

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

Кол жазма укугунда
УДК 614.2:616-085(575.22)

ИСРАИЛОВА ДАРЫГУЛ КУБАНЫЧБЕКОВНА

**«ЖАЛПЫ ҮЙ-БҮЛӨЛҮК ДАРЫГЕРЛЕР ПРАКТИКАСЫНДА
ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМ БЕРҮҮНҮ УЮШТУРУУДАГЫ
КӨЙГӨЙЛҮҮ МАСЕЛЕЛЕР» (КЫРГЫЗ
РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮШТҮК АЙМАГЫНЫН
МИСАЛЫНДА)**

14.02.03 – коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын алуу үчүн
жазылган диссертация

Илимий жетекчиси:

медицина илимдеринин доктору,

Шамшиев Абдилатип Абдрахманович

Бишкек 2024

**“ЖАЛПЫ ҮЙ-БҮЛӨЛҮК ДАРЫГЕРЛЕР ПРАКТИКАСЫНДА
ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМ БЕРҮҮНҮ УЮШТУРУУДАГЫ
КӨЙГӨЙЛҮҮ МАСЕЛЕЛЕР (КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
ТҮШТҮК АЙМАГЫНЫН МИСАЛЫНДА)**

14.02.03 – коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын алуу үчүн
жазылган диссертация

МАЗМУНУ

МАЗМУНУ	3-4
ШАРТТУУ КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ	5-5
КИРИШҮҮ	6-12
1-БАП. ЖАЛПЫ МЕДИЦИНАЛЫК (ҮЙ-БҮЛӨЛҮК) ПРАКТИКАДАГЫ ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМ (АДАБИЙ БАЯН)	13-54
1.1. Үй-бүлөлүк медицинанын принциптери.....	13-26
1.2. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам көрсөтүүнүн тартиби.....	26-41
1.3. Калктын ден соолугунун абалын талдоо жана кадрларды даярдоо.....	41-54
2-БАП. ИЗИЛДӨӨНҮН МЕТОДОЛОГИЯСЫ ЖАНА ЫКМАЛАРЫ	55-65
2.1. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамды изилдөөнүн жалпы методологиясы.....	55-58
2.2. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишинин уюштурулушу жана амбулаториялык кабыл алуунун методологиясы.....	58-62
2.3. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын изилдөө.....	62-63
2.4. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык кызматтын ишердүүлүгүнүн экономикалык аспектилерин изилдөө методикасы.....	64-65
3 БАП. ИЗИЛДӨӨНҮН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ ЖАНА АЛАРДЫ ТАЛКУУЛОО	65-72
3.1.1. Ош облусунда оорулардын негизги класстарынын динамикасы	65
3.1.2. Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасындагы	

терапевттерге кайрылган оорулуулардын түзүмү жана таралышы.....	72
3.2. Кыргыз Республикасынын Ош областындагы жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасындагы респиратордук оорулуулардын көрсөткүчтөрү.....	78
3.3. Үй-бүлөлүк медицина боюнча адистерди даярдоо.....	82
3.4. Үй-бүлөлүк медицинадагы профилактикалык кароо маселелери.....	85
3.5. Амбулатордук жардамды финансылоо.....	91
3.6. Баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдөгү терапиялык кызмат.....	93
3.7. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу.....	106-114
ТЫЯНАК	115-115
ПАЙДАЛАНЫЛГАН АДАБИЯТТАР	116-137
ТИРКЕМЕЛЕР	138-151

ШАРТТУУ КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

1.	БДССУ	- Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму
2.	БМСЖ	- Баштапкы медициналык жардам
3.	ЖДПБ	- Жалпы дарыгерлер практикалык борбору
4.	ЖК	- Жогорку Кеңеш
5.	ЖКТС	- Жүрөк кан тамыр системасы
6.	ЖИО	- Жүрөктүн ишемиялык оорусу
7.	ОшМУ	- Ош мамлекеттик университети
8.	КР	- Кыргыз Республикасы
9.	ССМ	- Саламаттык сактоо министрлиги
10.	ҮДТ	- Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу
11.	ҮМБ	- Үй-бүлөлүк медицина борбору

КИРИШҮҮ

Изилдөө темасынын актуалдуулугу. Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун маалыматы боюнча, БМСЖдын модели салттуу медициналык жардам көрсөтүүдөн айырмаланып, ден соолукту чындоо жана ооруларды алдын алуу чараларын, ошондой эле ден соолуктун начарлашына шарт түзгөн факторлор менен күрөшүү аракеттерди камтышы керек. Дарыгер менен тейленүүчү калктын ортосундагы тыгыз, туруктуу мамилелерди түзүүнүн эң маанилүүсү алардын социалдык шарттарын эске алуу менен медициналык кызмат көрсөтүүнүн үзгүлтүксүздүгүн камсыз кылуу болуп саналат .

Саламаттыкты сактоону өнүктүрүүдө бүткүл дүйнө боюнча, анын ичинде КМШ өлкөлөрүндө үй-бүлөлүк медицина институтун ишке киргизүү менен стационардан амбулатордук б.а. профилактикалык иштерге басым жасоо болгон [В. И. Стародубов ж.б., 2002; О. П. Щепин, 2005; Д. М. Флеминг, 2004].

Кыргыз Республикасынын 2030-жылга чейинки “Дени сак эл – гүлдөгөн өлкө” саламаттыкты сактоо трамагын өнүктүрүү боюнча Улуттук программаларынын негизги милдеттери бул, — учурдагы саясий-экономикалык шарттарда үй-бүлөлүк медицинанын жана милдеттүү медициналык камсыздандыруунун принциптерин андан ары ишке ашыруу жолу менен калкка медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу. Мындан улам баштапкы медициналык-санитардык жардам системасын реформалоо маселеси өзгөчө мааниге ээ [Н. К. Касиев, 1999; Т. С. Мейманалиев, 2003].

БМСЖ көрсөткөн дарыгерлердин иштөө убактысы мекемелерде (поликлиникада) төрт саат жана эки саат үймө-үй кыдыруу менен чектелген. Мындай график үй-бүлөлүк медицина борборлорунда бейтаптардын узун кезектерин пайда кылат. Мындан тышкары айрыкча айыл жеринде кадрлардын жетишсиздиги оптималдуу жана өз убагында медициналык жардамды уюштуруунун жоктугун далилдеп турат [М. Т. Калиев, 2021].

Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишмердүүлүгүнүн түрдүү аспектилерин изилдөөгө чет өлкөлөрдө жана Кыргызстанда бир катар эмгектер арналган [Р.

С. Гаджиев, 2005; О. П. Королев, 2008; Н. Н. Бримкулов, 2018; О. Т. Касымов, 2019; М. М. Каратаев, Р. Б. Султаналиева, Н. Абылова, 2024].

Бирок, бүгүнкү күнгө чейин амбулатордук деңгээлдеги калкка баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүү системасындагы терапиялык жардамдын көлөмү, технологиясы, сапатына таасир этүүчү факторлор, экономикалык аспектилер, терапиялык жардамды баалоо критерийлери иштелип чыккан эмес.

Жогоруда айтылган көйгөйлөр баштапкы медициналык-санитардык кызматындагы терапиялык жардамды комплекстүү изилдөөнүн зарылдыгын аныктады жана ошонун негизинде Ош областынын мисалында терапиялык жардамды уюштуруунун артыкчылыктуу багыттарын аныктоого негиз болду.

Диссертация темасынын илимий программалары же негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы. Диссертациялык иш өз алдынча демилгелүү болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты: амбулатордук деңгээлде көрсөтүлүүчү медициналык жардамды комплекстүү изилдөөнүн негизинде терапиялык жардамды оптималдаштыруу жана анын сапатын, натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган илимий негизделген чараларды иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Ош облусунун калкынын арасында мониторингке алынган оорулар боюнча 2016-2023 жылдар аралыгында БМСЖнын деңгээлинде оорунун жана өлүмдүн таралышын талдоо менен терапиялык жардамдын сапатын баалоо жана жакшыртуу боюнча хронокарталарды иштеп чыгуу;

2. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин көп профилдүү адистиги менен терапевттердин ортосундагы сапаттык жана натыйжалуулук боюнча айырмачылыктарын салыштырып изилдөө аркылуу эксперттик баалоо ыкмасынын критерийлерин түзүү;

3. Аймактык факторлордун (калктын социалдык-экономикалык абалы, медициналык инфраструктуранын жеткиликтүүлүгү, кадрдык камсыздоо) Кыргызстандын Түштүк региондорундагы БМСЖдагы терапиялык кызмат

көрсөтүүгө тийгизген таасирин изилдөө менен терапиялык кызматтын технологиясын иштеп чыгуу;

4. БМСЖдагы терапиялык жардамдын жеткиликтүүлүгүн, сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатуу боюнча илимий негизделген сунуштардын комплексин иштеп чыгуу, аларды практикалык медицинага киргизүү жана натыйжалуулугун эксперимент аркылуу сыноодон өткөрүү.

Изилдөөнүн илимий жаңылыгы:

1. Алгачкы жолу Ош облусунун калкынын арасында мониторингке алынган оорулардын (жүрөк-кан тамыр, дем алуу ж.б) таралышы жана өлүмгө себеп болгон факторлор 7 жылдык мезгил ичинде системалуу түрдө талданды. БМСЖ системасында терапиялык жардамдын сапаты жана жеткиликтүүлүгү, мониторинг оорулардын көрсөткүчтөрү изилденип, дарылоонун алгоритмдерин жаңыртуу жана калкка терапиялык кызмат көрсөтүүнүн жеткиликтүүлүгүн жогорулатуу үчүн уюштуруучулук-технологиялык иш-чараларды камтыган терапевттердин ишинин сапатын баалоо жана жакшыртуу боюнча хронокарталар иштелип чыкты.

2. Үй-бүлөлүк дарыгерлер менен терапевттердин иш практикасын салыштыруу үчүн системалуу эксперттик баалоо ыкмасы биринчи жолу колдонулду. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин көп профилдүү адистиги менен терапевттердин ортосундагы сапаттык жана натыйжалуулук боюнча айырмачылыктар аныкталып, сапатты баалоодо эксперттердин пикирин негиздөөчү атайын критерийлер (мисалы, диагноз коюу, дарылоо протоколдорун колдонуу, бейтаптар менен өз ара мамилелер) иштелип чыкты.

3. Биринчи жолу Кыргызстандын Түштүк региондорундагы калктын муктаждыктарына жараша медициналык кызмат көрсөтүүнүн жеткиликтүүлүгүн жана сапатын салыштырып талдоо аркылуу БМСЖдагы терапиялык кызмат көрсөтүүнүн уюштуруу өзгөчөлүктөрү системалуу изилденип, аймактык факторлордун (калктын социалдык-экономикалык абалы, медициналык инфраструктуранын жеткиликтүүлүгү, кадрдык камсыздоо)

терапиялык кызмат көрсөтүүнүн сапатына тийгизген таасирине анализи жасалды.

4. БМСЖ кызматтары тарабынан мониторингке алынган ооруларды диагностикалоо, дарылоо жана реабилитациялоо боюнча медициналык жардамдын сапаты алгач ирет комплекстүү терапиялык жардам көрсөтүүдө жетишкендиктер жана кемчиликтер илимий негизде талданып, иштелип чыккан “Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам” аталыштагы методикалык колдонмо оорунун алдын алуу жана дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатаары далилденди.

Алынган маалыматтардын теориялык жана практикалык баалуулугу. Диссертациялык иштин жыйынтыгы менен амбулатордук деңгээлдеги терапиялык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган иш-чаралар жана практикалык сунуштар камтылган “Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам” аталыштагы методикалык колдонмо иштелип чыкты жана практикалык медицинага ишке киргизилди.

Дарыгердин жумуш убактысын үнөмдөө үчүн стандарттуу жолдомолор, даяр рецепттер, диета терапиясы боюнча сунуштамалар, уюштуруучулук жана технологиялык чараларды, терапевттердин ишинин сапатын баалоону камтыган «Хронокарталар» даярдалып БМСЖ системасына сунушталды.

Изилдөөнүн натыйжалары Ош облусунун Ноокат районунун үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 11.03.2024 жыл), Жалалабад облусунун Сузак районунун үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 29.04.2024 жыл), Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 08.10.2024 жыл) практикага киргизилди.

Теориялык материалдары Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасынын окуу процессине киргизилди (актысы 22.05.2024 жыл).

Диссертациянын коргоого алып чыккан негизги жоболору:

1. БМСЖ деңгээлинде 50 жаштан жогору бейтаптардын арасында оорулардын таралышы миң кишиге 88,7ден 208,1 көрсөткүчкө өскөнү аныкталды (өсүү коэффициенти 2,34).

Оорунун түзүмүндө салыштырмалуу биринчи орунда жүрөк кан-тамыр оорулары (51,2%), экинчи дем алуу органдарынын оорулары (29,4%), ал эми мээнин кан тамыр оорулары (19,4%) үчүнчү орунда турат.

Жалпы текшерүүгө алынгандардын ичинен 15,9% ден соолугу чың, 20,3% иш жүзүндө ден соолугу чың, 3,4% оорунун компенсацияланган түрү, ал эми 0,1% декомпенсацияланган оорулуулардын катарына киргени аныкталган.

2. Балдардын профилактикалык кароосунун уюштурулушу боюнча көйгөйлөр: Кыргызстанда мектеп окуучуларын профилактикалык медициналык кароодон өткөрүү үчүн үй-бүлөлүк дарыгерлерге каражат бөлүнбөйт, бул орто билим берүү жана мектепке чейинки мекемелерде профилактикалык иштерди жүргүзүүнүн мүмкүнчүлүгүн чектейт. Балдардын профилактикалык медициналык кароосу боюнча жобо иштеп чыгуу жана тиешелүү укуктук-ченемдик документтерге өзгөртүүлөрдү киргизүү зарылчылыгы тастыкталды.

3. Терапиялык жардамдын сапаты жана дарыгерлердин квалификациясын жакшыртуу: Терапиялык оорулардын айрым түрлөрү менен ооругандарды сурамжылоо жана физикалык текшерүү сапаты төмөн экендиги аныкталды, бул үй-бүлөлүк дарыгерлердин квалификациясын жетишсиздигин көрсөтөт.

“Амбулатордук терапиялык бейтаптарды кабыл алуу технологиясы” боюнча квалификацияны үзгүлтүксүз билим берүү системасы аркылуу өркүндөтүү зарыл.

4. Дарыгердин жумуш убактысын үнөмдөө үчүн стандарттуу жолдомолор, даяр рецепттер, диета терапиясы боюнча сунуштамалар, уюштуруучулук жана технологиялык чараларды, терапевттердин ишинин сапатын баалоону камтыган «Хронокарталар» терапиялык жардамды уюштуруу жана башкаруунун натыйжалуулугун жогорулатат.

5. «Кабыл алуунун эрежелери» жана дарыгердин иш- графиктери боюнча сунушталган “Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатуу” аталыштагы методикалык колдонмо БМСЖ деңгээлинде терапиялык жардамдын сапатын, жеткиликтүүлүгүн жана натыйжалуулугун жогорулатат.

6. Бул жоболор БМСЖ деңгээлинде терапиялык жардамдын сапатын, жеткиликтүүлүгүн жана натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган чечимдерди сунуштап, практикада колдонуу үчүн илимий негиздүү база түзөт.

Изилдөөчүнүн жеке салымы. Д. К. Исраилованын жеке катышуусунда диссертациянын темасы боюнча жазылган бардык изилдөөлөргө, адабий булактарга аналитикалык талдоолор жүргүзүлдү. Изденүүчү Ош, Жалалабад, областындагы БМСЖ көрсөткөн мекемелердин ишмердүүлүктөрүнө саресеп жасап, атайын жеке сурамжылоолорду жүргүзүп, сандык параметрлердин статистикалык эсептөөлөрүн жана эксперименттик иштерди жүргүзгөн.

Автор тарабынан жыйынтыкталган материалдардын керектүү сандык көрсөткүчтөрдүн анализи жасалган. Автор мониторингге алынган оорулар менен кайрылган бейтаптарды дарылоону уюштуруу боюнча жыйынтыктарын изилдеди.

Диссертациянын жыйынтыктарын талкуулоо. Диссертациянын материалдары эл аралык илимий конференция (РФ, Нижневартовск, 2021-ж); Б.Сыдыков атындагы Кыргыз-Өзбек эл аралык университетинин эл аралык илимий-конференциясында (Ош ш., 2022-ж.); Ош Мамлекеттик Университетинин медицина факультетинин 30-жылдык юбилейине арналган “Теорияны, билимди жана илимди прикладдык медицина менен интеграциялоо” Эл аралык илимий конференцияда, (Ош ш., 22-23-июнь 2023г), Ош Мамлекеттик Университетинин кафедралар аралык отурумда коомдук саламаттык сактоо кафедрасында (Ош ш., 2023-ж.), Андижан мамлекеттик медициналык институтунда (30-апрель, 2024-ж.) “Профилактикалык медицинада жогорку инновациялык технологияларды колдонуу” аттуу эл аралык илимий-практикалык конференцияда талкууланган.

Диссертациянын темасына ылайык чыгарылган илимий эмгектер.

Диссертациянын темасы боюнча 12 илимий макала жарыяланган, анын ичинен 8 макала импфакт - фактору 0,1ден жогору болгон Россиянын илимий цитаталарынын индексине (РИНЦ) кирген басылмаларда чыгарылган.

Диссертациянын көлөмү жана түзүлүшү. Диссертация кыргыз тилинде электрондук терүү жолу менен 153 бетте жазылып, киришүүдөн, үч баптан, тыянактан турат. Илимий иштин натыйжалары 18 таблица жана 17 сүрөт менен коштолгон. Пайдаланылган эмгектердин саны 163, алардын ичинен: 83 – кыргызча, 47 - орусча жана 33 - чет тилинде.

1-БАП

ЖАЛПЫ МЕДИЦИНАЛЫК (ҮЙ-БҮЛӨЛҮК) ПРАКТИКАДАГЫ ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМ (адабий баян)

1.1 Үй-бүлөлүк медицинанын принциптери

Үй-бүлөлүк медицина салыштырмалуу жаш жана клиникалык дисциплина катары жалпы кабыл алынган аныктамага ээ эмес. Адатта, клиникалык медицинаны адистиктерге бөлүү анатомияга, жаш курагына же саламаттыкты сактоо кызматкерлери колдонгон технологияга негизделет [7, 24].

Н. Н. Бримкуловдун (2018) изилдөөсүнө таянсак, Кыргыз республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин аныктамасына ылайык, үй-бүлөлүк дарыгер - бул калкка жынысына жана жашына карабастан баштапкы медициналык жардам көрсөтүүчү жогорку медициналык билимдүү адис. Ушул эле документте орто медициналык билими бар үй-бүлөлүк медицина боюнча адисти тандоонун өбөлгөлөрү камтылган [23, 25, 26].

Ж. В. Дороштун (2019) айтымында, үй-бүлөлүк медицина адиси туш болгон клиникалык көйгөйлөрдүн кеңдиги анын белгилүү бир психологиялык макияжга ээ болушун талап кылат, бул кууш адистин пациентине болгон мамилесинен кыйла айырмаланат [41].

Жакынкы убакка чейин, бул оору физиологиялык процесстердин бузулушунун кесепети деп б.а. басымдуулук кылган, б.а. адамдын жан дүйнөсү (психикасы) менен анын денеси ортосунда так чектер түзүлүп, адамдын ден-соолугу анын функцияларынын физиологиялык абалы катары гана аныкталган [84, 93].

Эл аралык уюмдардын маалыматына боюнча, дүйнө калкынын жарымы негизги медициналык кызматтарга, анын ичинде инфекциялык жана

инфекциялык эмес оорулардын алдын алуу жана дарылоо, энелер менен балдардын ден соолугун коргоо, психикалык жана репродуктивдик ден соолукка жете алышпайт[133,134,135]. Чындыгында, бул моделдин продуктусу калкты медициналык тейлөөнүн учурдагы тутуму болуп саналат: медициналык жардам айрым медициналык технологияларды колдонуудан гана турат жана оорунун биологиялык тарабы менен чектелген. Дарыгерлер бейтаптын психикалык ден-соолугуна өтө эле аз көңүл бурушат, ал тургай анын үй-бүлө мүчөлөрүнүн психикалык саламаттыгына анчалык деле көңүл бурушпайт [3, 40].

Медицинанын биопсихосоциалдык моделин иштеп чыгуу менен жалпы эле медициналык кадрларды даярдоо тутумунда, айрыкча үй-бүлөлүк медицина жаатында иштөөгө аргасыз болгондорду даярдоо тутумунда олуттуу өзгөрүүлөрдүн зарылдыгы жөнүндө түшүнүк пайда болду. Үй-бүлөлүк дарыгер адис үй-бүлөнүн адамдын ден-соолугуна жана адамдын ден-соолугу анын үй-бүлөсүнө кандай таасир этерин жакшы түшүнүшү керек [6, 7, 11, 48].

Үй-бүлө менен иштөө саламаттыкты сактоо кызматкерлеринин үй-бүлөнүн ар бир мүчөсү ооруп калганда пайда болуучу эмоционалдык кыйынчылыктарга жана кесепеттерге түшүнүү менен мамиле кыларын билдирет [19, 54, 55, 84, 126].

Үй-бүлөлүк жашоо образы адамдын ден-соолугуна жана ар кандай оорунун жүрүшүнө чоң таасир этери талашсыз. Бейтаптын жана анын үй-бүлөсүнүн билим алуусу дарыгердин ишинин маанилүү элементи болуп саналат. Бейтапты жана анын үй-бүлөсүн башкаруу чеберчилиги клиникалык практиканын, үй-бүлөлүк дарыгердин өзгөчө тажрыйбасы. Бул иште үй-бүлөлүк дарыгердин милдеттүү жардамчысы медайым саналат [77].

Ошентип, үй-бүлөлүк медицина адамдын биопсихосоциалдык абалын эске алуу менен адамдын ден-соолугун жана ооруларын караган адистик болуп саналат. Үй-бүлөлүк медицина адистиги катары бир катар өтө маанилүү принциптерге ээ.

Алардын негизгилери:

- 1) байкоо жүргүзүүнүн узактыгы жана үзгүлтүксүздүгү;
- 2) баштапкы медициналык-санитардык жардамдын ар тараптуулугу;
- 3) үй-бүлөнү медициналык жардамдын бирдиги катары кароо;
- 4) дарыгердин жана медайымдын ишинин негизи катары алдын алуу;
- 5) экономикалык натыйжалуулук жана жардамдын максатка ылайыктуулугу;
- 6) медициналык жардамды координациялоо;
- 7) ден-соолукту сактоо жана чыңдоо үчүн пациенттин, анын үй-бүлө мүчөлөрүнүн жана коомдун жоопкерчилиги [10].

Үй-бүлөлүк медицина адиси бейтапты медициналык "кызматтын" бардык татаалдыктары аркылуу жетектейт. Эгерде пациент менен түздөн-түз байланыш үзүлүп калса, пациент жардамдын үзгүлтүксүздүгүнүн бузулгандыгын кескин билип, бардык кырдаалды саламаттыкты сактоо тутумунун жетишсиздиги деп эсептейт [152]. Үй-бүлөлүк дарыгер жана үй-бүлөлүк медайым бул процесстин кайсы жерде жүргүзүлүшүнө карабастан - медициналык мекемеде, үйдө, жумушта бейтаптын кызыкчылыгын жактоочунун, медициналык "кызматтын" интеграторунун ролун аткарат [104]. Тейлөөнүн үзгүлтүксүздүгүн дарыгер өзү же анын кесиптештери (медайымдар, фельдшерлер, социалдык кызматкерлер) камсыз кылат. Үй-бүлөлүк адис менен пациенттин ортосундагы мамиле ушул процесстин катышуучулары аны токтотууну каалаганда гана аяктайт. Узак мөөнөттүү жана туруктуу мамилелер жеке консультациялардын суммасынан көп, бирок алардын натыйжалуулугу медициналык кеңештердин сапаты менен тыгыз байланыштуу [69].

Үзгүлтүксүз кызмат көрсөтүүнүн артыкчылыктарынын бири - пациент менен кызматташууну камсыз кылуу (белгиленген дары-дармектердин кабыл алынышын көзөмөлдөө, башка сунуштардын аткарылышы). Мында жүрүм-турум терапиясы чоң роль ойнойт, аны үй-бүлөлүк дарыгер жана үй-бүлөлүк медайым өздөштүрүшү керек. Мындай учурда, пациенттин медициналык жардамга келүүнү кийинкиге жылдырышы ыктымалдыгы төмөндөйт [53].

Байкоо жүргүзүүнүн үзгүлтүксүздүгү пациенттин психологиялык көйгөйлөрүн аныктоо көрсөткүчтөрүн кыйла жакшыртат, лабораториялык жана

инструменталдык кызматтарга болгон муктаждыкты төмөндөтөт жана натыйжада медициналык жардамдын баасын төмөндөтөт [2].

Күтүүнүн үзгүлтүксүздүгү 4 өлчөмгө ээ: хронологиялык, географиялык, дисциплиналар аралык жана инсандар аралык.

1. Хронологиялык өлчөм жардамдын инсандын жана үй-бүлөнүн өсүшү жана өнүгүшү менен байланышкан аспектилерин камтыйт. Үй-бүлөлүк адистер эрте жаштан карылыкка чейин жардам көрсөтүшөт [28].

2. Географиялык ченем медициналык-санитардык биринчи жардамды кайсы жерде көрсөтүлбөсүнө карабастан көрсөтөт: үйдө, үй-бүлөлүк дарыгерлер кабинетинде, ооруканада, реабилитациялык борбордо, карылар үйүндө же башка саламаттыкты сактоо шарттарында.

3. Дисциплиналар аралык чен бейтаптын жана туугандарынын башына түшкөн кырдаалды камтыйт, ар кандай адистердин катышуусун талап кылган бир нече көйгөйлөр. Ошол эле учурда, үй-бүлөлүк медицина адиси өз ишин үй-бүлөнүн кадимки жашоосуна ашыкча кийлигишүүдөн сактап калгандай кылып координациялашы керек [42, 163].

4. Адамдар аралык өлчөм 4 элементтен турат:

- 1) системалык (медайым) - пациенттеги мамилелер;
- 2) системалык дарыгердеги (медайым) - пациенттин үй-бүлөсүндөгү мамилелер;
- 3) үй-бүлөлүк дарыгер (медайым) тутумундагы мамилелер - «тар» адистер;
- 4) үй-бүлөлүк дарыгер (медайым) тутумундагы мамилелер - социалдык-экологиялык чөйрө.

70%дан ашуун калк, текшерүү жана дарылоо процесстерин баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелерине жардамга кайрылган адамдар, бул жерде медико-социалдык көйгөйлөрдүн көпчүлүгү чечилет. Ошондуктан БМСЖ деңгээлиндеги медициналык кызмат көрсөтүүчүлөрдүн иши ден соолук сактоо системасынын натыйжалуулугу жана сапаты үчүн чоң мааниге ээ [31].

Саламаттыкты сактоо мамлекеттик тутум катары максаттардын бирдиктүүлүгү, кызматтардын өз ара аракеттенүүсү жана үзгүлтүксүздүгү

(терапиялык-профилактикалык), квалификациялуу медициналык жардамдын жалпыга жеткиликтүүлүгү жана чыныгы гуманисттик багыты менен каралат [44].

Көп тармактуу баштапкы медициналык жардам.

Ден-соолуктун көп өлчөмдүүлүгүнүн негизинде үй-бүлөлүк медицина адамды бир бүтүн деп эсептеген бирден-бир клиникалык адистик, б.а. биопсихосоциалдык моделдин негизинде [81, 126].

"Ар тараптуулук" түшүнүгү юридикалык аспекти камтыйт. Үй-бүлөлүк дарыгер (үй-бүлөлүк медицина боюнча адис) ар кандай пациентке жашына жана жынысына карабастан баштапкы медициналык жардам көрсөтүүгө укуктуу. "Үй-бүлөлүк медицина" адистиги боюнча дипломдон кийинки кесиптик даярдыктын мамлекеттик стандартына ылайык, үй-бүлөлүк дарыгер квалификациялуу терапиялык жана педиатриялык жардам көрсөтөт, ошондой эле башка адистиктер боюнча биринчи медициналык жардам көрсөтөт [39, 40].

Керек болсо, ал башка адистиктер боюнча кошумча тереңдетилген окуудан өтүп, квалификациялуу же адистештирилген жардам көрсөтүү укугуна (мисалы, УЗИ диагностикасында) тиешелүү сертификаттарды ала алат [32, 79, 94].

Үй-бүлө саламаттыкты сактоонун бирдиги катары.

Үй-бүлө каада-салты, маданияты, динге болгон мамилеси менен мүнөздөлөт, экология жана укуктук ченемдер анын сырткы контурларын түзөт. Тукум куучулук, тарбиялоо, жалпы жана кесиптик билим берүү адамдардын жеке сапаттарын жана жүрүм-турумун, алардын бири-бири менен болгон мамилесин аныктайт. Үй-бүлө мүчөлөрүнүн инсандык мамилелерине коомдогу учурдагы инсан, экономика, дин, жаратылыш, экология, ден-соолук жана оорулар ж.б [143, 147, 148].

Өзгөчө мааниге ээ болуп жаткан маселе — ден соолук сактоо системасынын өнүгүшүнө жаңыланган идеологияны түзүү зарылчылыгы, бул жерде анын түзүлүшүнүн жана иштешинин өзгөчөлүктөрүн гана эмес, ошондой эле заманбап чет өлкөлүк тренддерди да эске алуу керек, бул тренддерди ден

соолук сактоо уюмдары кабыл алышы керек. Бул тренддердин арасынан интеграцияланган медициналык жардам көрсөтүү модельдеринин өнүгүүсүн, адамдын өз ден соолугун көзөмөлдөөгө жана айрым медициналык кызматтарды узактан алууга мүмкүнчүлүк берүү аркылуу ден соолугуна башкаруу катышуусун белгилөөгө болот[48].

Ошол эле учурда, үй-бүлөдө жана коомдо иштеп жаткан идеялар дайыма өзгөрүп турат жана акыркы жылдары, тез өнүгүп жаткан маалыматтык технологиялардын таасири астында, бул өзгөрүүлөрдүн темпи жогорулап, адамдардын социалдык жана психологиялык көйгөйлөрүнүн пайда болушуна алып келет, айрыкча, бир катар жагдайлар боюнча, адамдар коомдогу тез өзгөрүүлөргө даяр [36, 108].

Муну түшүнгөн үй-бүлөлүк медицина адиси ар бир пациентти айрым биологиялык көйгөйлөрү бар инсан катары гана эмес, ошондой эле анын жашоосу, социалдык мейкиндиги, табигый-климаттык жана экологиялык чөйрөсүнүн контекстинде адам катары кабыл алышы керек [132].

Бир үй-бүлөдөн чыккан бир нече муундагы бейтаптарга жардам көрсөтүү менен, үй-бүлөлүк дарыгер жана үй-бүлөлүк медайым сөзсүз түрдө ички үй-бүлөлүк көйгөйлөргө туш болушат. Үй-бүлөнүн ден-соолукка жана ооруларга, жаратылышка жана экологияга, спортко жана тамактанууга, зыяндуу адаттарга жана бүтүндөй коомго болгон мамилеси дарылоо концепциясынын алкагында медициналык адис тарабынан туруктуу көзөмөлдөнүп турушу керек. Үй-бүлө мүчөлөрүнө жардамчы да, зыян келтирүүчү да болушу мүмкүн [44, 99, 126, 141].

Оорунун медициналык же психикалык кесепеттери канчалык олуттуу болбосун, бул көйгөйлөрдү баалоо жана чечүү оорулуунун инсандыгына, анын турмуштук тажрыйбасына, социалдык абалына жана жашоо шартына жараша болот. Үй-бүлөлүк медицина адисинде патологиялык өзгөрүүлөрдүн баштапкы этабында профилактикалык чараларды колдонуунун уникалдуу мүмкүнчүлүгү бар [137].

Профилактика - бул дарыгер менен медайымдын ишинин негизи.

Алдын алуу фокусу үй-бүлөлүк медицинанын эң маанилүү принциби. Айрым оорулардын өнүгүшүн болжолдоо, алардын клиникага чейинки диагнозу, бейтаптарга өз убагында маалымдоо, ошондой эле профилактикалык чараларды көрүү үй-бүлөлүк дарыгер менен медайымдын күнүмдүк ишинин эң маанилүү компоненттери болуп саналат. Ооруларды алдын-ала божомолдоо жана эрте таануу деп, алдын-алуу жана дарылоо үчүн ылайыктуу болгон оорулардын баштапкы баскычтарын жана өнүгүүнүн бузулушун аныктоо түшүнүлөт [3, 39].

Экономикалык натыйжалуулук принциби жана жардамдын ылайыктуулугу.

Үй-бүлөлүк медицина өзүнүн жогорку социалдык маанисине байланыштуу жетиштүүлүк, максатка ылайыктуулук жана экономикалык натыйжалуулук сыяктуу түшүнүктөр менен тыгыз байланышта. Бардык өлкөлөрдө саламаттыкты сактоого кеткен чыгымдарды 3 тенденцияга байланыштуу көбөйтүү болжолдонууда: улгайган бейтаптардын санынын өсүшү; медициналык-техникалык прогрессти өнүктүрүү; медициналык кызматтарга суроо-талаптын өсүшү. Медициналык кызматтарга чексиз суроо-талапты жөнгө салуучу шаймандар жок жана үй-бүлөлүк дарыгердин милдети - аларды аныктоо [8, 83, 85, 60].

Жарандардын ден соолугун коргоо аймактык деңгээлде да, жалпы мамлекеттик деңгээлде да өтө маанилүү [83, 92]. Кыргыз Республикасында (КР) 60,0% калк айыл тургундарынан турат [74], ошондуктан бул категориядагы калкка медициналык жардам көрсөтүүнү уюштуруу маселелери биринчи кезекте мааниге ээ [5, 110].

Үй-бүлөлүк дарыгерлер башка адистерге караганда медициналык жана экономикалык жактан сарамжалдуу ыкмаларды колдонушат, айрыкча текшерүү жана дарылоо жагынан. Бирок, жалпы практикага мүнөздүү өнөкөт ооруларда өз убагында колдонулбагандан кийин, кийинки чыгымдарды алдын алууга болот. Көбүнчө медициналык кызматкер эмес, анын субъективдүү кабылдоосундагы пациент медициналык кызматка муктаждык бар же жок экендигин аныктай тургандыгын эске алуу керек [31].

Экономикалык жактан натыйжасыз медициналык жардамдын себептери ашыкча диагноз деп аталат; ашыкча текшерүү жана терапия; негизсиз консультациялар жана бир нече жолу медициналык текшерүүлөр; ооруканага жаткыруу жана узак ооруканада болуу [123].

Баштапкы медициналык санитардык жардам медициналык камсыздоонун маанилүү бөлүгүн түзүп, ал иш жүзүндө илимий жактан негизделген жана социалдык жактан кабыл алынуучу ыкмаларды жана технологияларды негиздейт. Алар ар бир адамга жана үй-бүлөлөргө жеткиликтүү болушу керек. Үй-бүлөлүк медицинанын экономикалык натыйжалуулугунун принцибине ылайык, медициналык жана медайымдык персоналдын иш-аракеттери жетиштүү, максатка ылайыктуу, экономикалык жактан натыйжалуу жана зарыл болгон чарадан ашпашы керек. Үй-бүлөлүк медицинанын мүнөздөмөсүнүн эң маанилүү компоненти болуп саламаттыкты сактоонун комплекстүү жардамы саналат, б.а. пациентке жана анын үй-бүлөсүнө ар тараптуу, ырааттуу жана үзгүлтүксүз кызматтарды көрсөтүү [6].

Үй-бүлөлүк дарыгер жана үй-бүлөлүк медайым медициналык жардамдын интегратору катары чыгат. Үй-бүлөлүк медицина боюнча адис экономикалык жактан негизделген клиникалык чечимдерди кабыл алат, мониторинг программасын иштеп чыгат, дарылоо жүргүзөт жана тар адистерди тартуунун жана ооруканага жаткыруунун максаттуулугун аныктайт [123].

Комплекстүү саламаттыкты сактоонун сапаты үчүн жоопкерчилик үй-бүлөлүк дарыгерге жана анын жардамчыларына, анын ичинде мыйзамдын чегинде өз ара аракеттенишкен медициналык процесстин бардык катышуучуларына жүктөлөт [35, 153].

Бейтаптын, анын үй-бүлө мүчөлөрүнүн жоопкерчилиги ден-соолукту сактоо жана жакшыртуу боюнча коомдор.

Бул ачылыштар профилактикалык медицинанын жаңы концепциясын сунуш кылат.

Учурда үй-бүлөлүк медицина адисинин иш-аракетинде 3 негизги стратегия бар:

- жалпы калк үчүн мүнөздүү болгон зыяндуу факторлордун таасирин азайтууга багытталган калктын стратегиясы; бул стратегиянын натыйжалуулугу, негизинен, өлкөнүн маданий жана экономикалык өнүгүү деңгээлинен көз каранды (санитардык-гигиеналык режим, эмдөө ж.б.) - баштапкы алдын алуу [136, 138];

- жеке тобокелдик факторлорун азайтууга, айрым өнөкөт оорулардын өнүгүшүн алдын алууга же жайлатууга багытталган клиникага чейинки стратегия; бул үчүн жүрүм-турумдук жана когнитивдик терапияны камтыган алдын алуу иш-чараларынын кыйла кеңири арсеналы колдонулат; бул экинчи профилактика;

- клиникалык стратегия - өнөкөт ооруларды жана алардын татаалдашын аныктоо, анткени пациентте даттануулар жана симптомдор пайда болот; бул, эреже катары, кеч диагноз, анткени өнөкөт ооруларда алгачкы даттануулар жана белгилер жок; бул алдын алуу үчүнчү деңгээлде болот [42, 118].

Медициналык кадрларды даярдоо жана аларды саламаттык сактоо уюмдарына бекитүүнүн абалы жөнүндө маалымат

Эгемендүүлүккө ээ болгондон тартып Кыргыз Республикасындагы саламаттык сактоо секторунда ар кыл реформалар жүзөгө ашырылууда. Алсак, калкты баштапкы медициналык-санитардык жардам деңгээлинде жеткиликтүү жана сапаттуу медициналык кызмат көрсөтүүлөр менен камсыздоого бир катар күч-аракеттер жумшалган. Ошондой эле, саламаттык сактоо системасы переориентациялоого курс алган [16]. Ал өз кезегинде кымбат баалуу стационардык жардам көрсөтүү практикасынан чыгымы азыраак жана үй-бүлөлүк врачтар/жалпы практика врачтары тарабынан амбулатордук деңгээлде көсөтүлүүчү медициналык жардамды профилактикалоого багытталган. Калктын ден соолугун чыңдоо жана калкка көсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу боюнча максаттарды жүзөгө ашырууда саламаттык сактоо системасы кадрдык ресурстарды башкаруу жаатында бир катар көйгөйлөргө туш болууда [66]. Ал туурасында төмөндө сөз болот.

РФда негизги себептердин бири, үй-бүлөлүк дарыгердин институтун

киргизүүгө тоскоолдук кылган, жалпы практика дарыгерлеринин даярдыгынын төмөндүгү болуп саналат, баштапкы саламаттыкты сактоо реформасы жай жана тегиз эмес жүрүүдө [15, 34, 39, 59, 82, 130]. Кытайда айыл жергесинде кадрлардын жетишсиздиги байкалат, себеби, айылда иштеп, тейлөөнү каалаган дарыгерлердин жана студенттердин саны азайып баратат. БМСЖ коомдук ден соолукту коргоодо чоң роль ойнойт, анткени ооруну алгачкы этапта аныктоого багытталган, бул экономикалык жактан пайдалуу [132, 163].

Баштапкы медициналык-санитардык жардамда санариптик технологиялар кызмат көрсөтүүлөрдүн сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатат, медицинанын жеткиликтүүлүгүн кеңейтет, диагноз коюунун жана чечим кабыл алуунун тактыгын жогорулатат, жардам көрсөтүү убактысын кыскартат. Алар процесстерди оптималдаштырып, инфраструктураны өркүндөтүп, медициналык адистерди инструменттер жана билимдер менен байытып, телемедицина жана медициналык маалыматтарга онлайн жеткиликтүүлүк аркылуу медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн кеңейтет [28].

Саламаттык сактоо системасын реформалоо таржымалы.

Саламаттыкты сактоо системасын реформалоонун максаттарынын бири — баштапкы медициналык-санитардык жардамдын ролун күчөтүү. Анткени, амбулатордук деңгээлде саламаттыкты сактоо системасы медициналык жардамдын кепилденген минимумун камсыз кылууга тийиш, анын жеткиликтүүлүгү, комплекстүүлүгү жана жарандарды системалуу тейлөөнүн координациясын жана башка саламаттык сактоо кызматтары менен тыгыз байланышта болуусун, пациенттерди алардын абалы, дарылоо ыкмалары жана күтүлгөн жыйынтыктар жөнүндө маалымдуулугун камсыз кылат. Демек, амбулатордук-поликлиникалык кызматтын ишин уюштуруу натыйжалуулугунан саламаттык сактоо системасынын эффективдүүлүгү көп учурда көз каранды. [134, 138, 147, 148, 152, 156, 160].

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо системасы 1991-жылы эгемендүүлүккө ээ болгондон кийинки экономикалык өзгөрүүлөрдүн мезгилинде

каражаттын кескин жетишсиздигине дуушар болду. ИДПнын (ички дүң продукт, жан башына киреше) иш жүзүндөгү деңгээли, мамлекеттик сектордун кирешеси 90-жылдардын ортосунда эки эсе кыскарып, андан соң акырындык менен кайра калыбына келе баштаган. Пайда болгон жагдай мамлекеттин саламаттык сактоо системасында каржылык милдеттенмелерин аткаруу жөндөмүн бир топ төмөндөтүп койгон. Ошону менен катар саламаттык сактоо мекемелеринин иш-аракеттерин камсыз кылуу үчүн зарыл болгон, мисалы, дары-дармек жана электр кубаты сыяктуу негизги товарлар менен кызмат көрсөтүүлөрдүн баасы өскөн [27]. Натыйжада, аталган факторлор дары-дармектер менен саламаттык сактоо технологиясынын жетишсиздигине, коммуналдык кызмат көрсөтүүлөр боюнча карыздардын топтолушуна жана медициналык кызмат көрсөтүүлөр үчүн, дары жана саламаттык сактоо технологиялары үчүн «жең ичинен акы төлөөлөрдүн» өсүшүнө алып келген [58].

Мураска калган система, айрыкча стационардык деңгээлдеги ашыкча кубаттуулуктар менен мүнөздөлгөн. Буга бир нече фактор таасирин тийгизген. Биринчи кезекте, медициналык кызмат көрсөтүүлөрдү каржылоо ыкмасы баштапкы ченемдер менен (мисалы, бейтаптар жатчу орундун саны) шартталып, физикалык кубаттуулукту кеңейтүүнү колдогон [120].

Саламаттык сактоонун адистешилген системаларынын ар түрдүү деңгээлде көп болушу кызмат көрсөтүү милдеттеринин кайталанышына алып келген. Медициналык кызмат көрсөтүү ченемдери, биринчи кезекте, адистештирилген стационардык жардам көрсөтүүгө басым жасап, ал эми бейтапканалардын (поликлиникалардын) ролу негизинен бейтаптарды стационарларга жолдомо берүү менен чектелген [127].

Саламаттык сактоо системасынын пайда болгон түзүмдүк проблемаларын жана эгемендүүккө өтүүнүн экономикалык кесепеттеринен жаралган проблемаларды чечүү үчүн Кыргыз Республикасында саламаттык сактоо секторуна реформаларды жүргүзүү процесси башталган. Бул комплекстүү реформатор клиникалык практикага өзгөртүүлөрдү киргизүүдөн тартып

системаны уюштурууга, каржылоого өзгөртүүлөрдү киргизүүгө чейин болгон [5].

Экономикалык жана социалдык проблемаларга карабай, саламаттык сактоо сектору олуттуу прогреске жетишти. Саламаттык сактоо секторун өнүктүрүү стратегиясы саламаттык сактоону бекемдөөгө жана профилактикалык жана баштапкы медициналык-санитардык жардамга багыттап бурууга; ресурстардын калыс бөлүштүрүлүшүн жакшыртууга; саламаттык сактоо кызмат көрсөтүүлөрүнүн жеткиликтүү болушундагы финансылык жана финансылык эмес чектөөлөрдү жоюуга багытталган [15, 106].

«Манас» программасы 1996-2005-жылдары жана «Манас таалими» программасы 2006-2011-жылдары ишке ашырылган. Аталган программалар мурдакы системага салыштырганда максаттардын, институттардын, иш багыттарынын олуттуу өзгөрүшүнө, ошондой эле кызмат көрсөтүүлөр менен камтуунун, каражаттарды топтоонун жана медициналык жардамды сатып алуунун жогорулашына алып келди [65].

Негизги реформатор кызматтарды сатып алуучу (Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги саясатка жооп берет) жана кызмат көрсөтүүчүлөрдүн (оорукана, клиникалар) ортосундагы ролдорду бөлүүгө умтулат. Ооруканаларды реструктуризациялоо менен коштолгон медициналык-санитардык жардамдын баштапкы деңгээлине жана үй-бүлөлүк медицинага көп басым жасоо, Мамлекеттик кепилдиктер пакетинин (мындан ары - МКП) алкагында белгиленген кызмат көрсөтүүлөрдүн тизмесиндеги, калктын кошумча төлөөсүн (кош төлөө) камтыган кызматтарды көрсөтүү; ошондой эле оорукана койкаларын кыскартуу жана пациенттерди түздөн-түз кароого сарптоолорду көбөйтүү аркылуу экономикалык эффективдүүлүктү жогорулатуу, анын ичинде саламаттык сактоого кеткен чыгымда БМСЖнын үлүшүн көбөйтүү башкы реформаларда камтылган [98].

Медициналык кызмат көрсөтүүчүлөрдү каржылоонун стационардык деңгээлинде дарылоо үчүн акы төлөө жана БМСЖга киши башы үчүн

каржылоо сыяктуу жаңы жол-жоболору киргизилген, ошондой эле мамлекеттик бюджеттен «бирдиктуу берене» боюнча каржылоого өтүү ишке ашкан, бул болсо кызмат көрсөтүүчүлөрдүн акысын төлөө боюнча аталган жол-жоболорду болушунча оң натыйжалуу пайдалануу үчүн зарыл шарт болуп эсептелет [78, 112].

Кошумча ресурстарды тартуу, каржы коопсуздуктарынан коргонуучулук деңгээлин жогорулатуу жана медициналык кызмат көрсөтүүлөрдү пайдалануунун натыйжалуулугун жогорулатуу үчүн анын жол-жоболорун жакшыртуу максатында милдеттүү түрдө медициналык камсыздандыруу системасы киргизилген [117].

1996-2005-жылдарга «Манас» программасынан баштап саламаттык сактоо системасынын ооруга багытталган кымбат баалуу медициналык жардам көрсөтүү практикасынан оорунун алдын алууга багытталган, чыгашасы аз, саламаттык сактоонун баштапкы бөлүгүндөгү медициналык жардамга багыттап буруу аракети жүргөн, үй-бүлөлүк медицина институту киргизилип, бүтүндөй өлкө боюнча үй-бүлөлүк дарыгерлер топтору түзүлгөн. 2700го жакын терапевт, педиатр, акушер-гинекологдор үй-бүлөлүк медицина боюнча кыска мөөнөттүү (4 айлык) курстарда кайра окутулган. Үй-бүлөлүк дарыгерлер менен камсыздоо 2005-жылы 74 % түзүп, бул БМСЖ башкы милдеттерине оң таасир кылды жана БМСЖ деңгээлинде үй-бүлөлүк дарыгерлер дарылашы керек болгон абалдагы бейтаптарды ооруканага жаткырган жана адистерге жиберген учурлар кыскарды [63].

2007-2010-жылдары өлкөдө экономиканын начарлашына жана саясий туруксуздукка, ошондой эле реформаларга карата саясий колдоонун төмөндөшүнө байланыштуу кадрлар өлкөдөн көп кете баштагандыгы байкалган. Кийинки реформаларда саламаттык сактоо системасындагы кадрлар ресурсуна байланышкан проблема олуттуу бойдон калган [86].

2012-2018-жылдарга карата «Ден соолук» программасы жогоруда аталган реформаларды андан ары бекемдөө жана алдыга илгерилетүү максатында иштелип чыккан. Программа ден соолуктун көрсөткүчтөрү төрт

артыкчылыктун багыттар: жүрөк-тамыр ооруларын көзөмөлдөө, эне- баланын ден соолугун коргоо, кургак учук жана АИВ/КИЖС аркылуу жакшыртууга басымды өзүнө камтыйт. Бекемдөө үчүн беш компонент аныкталган: коомдук саламаттык; жекече кызмат көрсөтүүлөр; каржылоо; ресурстарды калыптандыруу; стратегиялык башкаруу [106, 49].

«Ден соолук» программасын ишке ашырууну баштагандан тартып ден соолуктун көрсөткүчтөрүнө таасир кылуу жагынан бир нече маанилүү натыйжалар жетишилген. Атап айтканда, 30-39 жаш курактагы адамдардын арасында жүрөк-тамыр ооруларынын себебинен болуучу өлүмдүн жалпы саны 2012-жылдагы 100 000 / 45,5тен 2016-жылы 100 000 / 31,1ге чейин кыскарган. Кургак учуктан, ошондой эле инсульттан болгон өлүмдөрдүн көрсөткүчтөрү төмөндөдү. БУУнун Эл аралык өзгөчө балдар фондунун (ЮНИСЕФ) глобалдык отчетуна ылайык, 2015-жылы Кыргызстан Миң жылдыкты өнүктүрүүнүн 4-максатына жетти: - балдардын өлүмүн кыскартуу боюнча 1990-жылга салыштырганда ЦРТ-4 2/3 жетишти. Бирок Миң жылдыкты өнүктүрүүнүн бешинчи - энени коргоону жакшыртуу максатына жетүүгө мүмкүн болбой калды. Бирок энелердин жана ымыркайлардын өлүмүнүн саны жай болсо да, төмөндөп келе жатат [53, 121].

Саламаттык сактоого жумшалган мамлекеттик чыгымдар мамлекеттин жалпы чыгымынын 13 %дан кем эмес деңгээлинде сакталган.

Мамлекеттик жана жеке чыгымдардын катышы акыркы он жылда олуттуу өзгөрдү, эгер 2005-жылы мамлекеттик чыгымдардын үлүшү саламаттык сактоого кеткен жалпы чыгымдын 41 %ын түзсө, жеке төлөөлөрдүн көлөмү дээрлик 60 % болгон, бирок 2012-жылы жагдай түп- тамырынан өзгөрүп, мамлекеттин үлүшү дээрлик 53,5 % жетти, ал эми жеке чыгымдар 47 %дан төмөн болду [106, 120, 123].

1.2 Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам көрсөтүүнүн тартиби

Кыргызстандын саламаттыкты сактоо системасы жана медициналык жардамдын сапатын камсыз кылуу бир катар мыйзам актыларына негизделген.

Калкка медициналык жардам көрсөтүүнү уюштуруу өлкөдө болуп жаткан социалдык-экономикалык, социалдык жана саясий өзгөрүүлөргө жараша болот. Биздин өлкөдө калк үчүн жеткиликтүү жана акысыз медициналык жардамдын негизги түрү саламаттыкты сактоону жакшыртуунун артыкчылыктануу багыты катары аныкталган баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) болуп саналат [34].

БМСЖга кеңири тараган ооруларды, жаракаттарды, ууланууларды жана башка өзгөчө кырдаалдарды дарылоо; санитардык-гигиеналык жана эпидемияга каршы иш-чараларды жүргүзүү, социалдык маанилүү оорулардын медициналык алдын алуу; санитардык-гигиеналык билим берүү; үй-бүлөнү коргоо чаралары жана жарандардын жашаган жери боюнча медициналык жардам көрсөтүүгө байланышкан иш-чаралар кирет [14, 128, 119].

Терапиялык жардам - ички органдардын ооруларында калкка көрсөтүлүүчү дарылоо-профилактикалык жардамдын эң кеңири таралган адистештирилген медициналык кызматтын бир түрү.

Терапиялык жардамдын максаты: оорулардын алдын алуу, сергек жашоо образын жайылтуу, бейтапка медициналык жардам көрсөтүү, дары-дармек менен камсыздоо, кадрларды даярдоонун сапатын жогорулатууну, оорулуу адамдын эмгекке жарамдуулугун калыбына келтирүүн камтыган бейтаптын жашоо сапатын жакшыртууга багытталган иш чаралар [78, 135].

Максатка ылайык терапиялык жардамдын милдеттери: оорулуу адамдын эмгекке жарамдуулугун калыбына келтирүү, бейтапты текшерүү жана дарылоону пландаштыруу, санитардык-агартуу иштерин жүргүзүү, калкты өзгөчө коркунучтуу инфекциялардын алдын алуу боюнча окутуу.

Үй-бүлөлүк медицина (ҮМБ) жана жалпы дарыгерлер практикалык борборлору (ЖДПБ), үй-бүлөлүкдарыгерлер топтору (ҮДТ-ГСВ), фельдшердик-акушердик пункттар (ФАП)терапиялык кызматты амбулатордук деңгээлде көрсөтүшөт [82].

Алардын ишинин негизги принциптери — оорулуулукту алдын алуу менен дарылоонун бирдиктүүлүгүн камсыздоо аркылуу диспансердик иштөө ыкмасы колдонуу менен бөлүнгөн аймактагы белгилүү бир сандагы адамдардын ден соолугуна кам көрүшөт. Амбулатордук-терапевтик жардамды жергиликтүү жалпы практикалык дарыгерлерден тышкары терапевт-адистер: кардиолог, ревматолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, пульмонолог, нефролог, аллерголог, гематолог ж.б. консультациялык жардам көрсөтүшөт [82].

Калкка терапиялык жардам көрсөтүү боюнча саламаттык сактоо мекемелеринин ишин координациялоо тиешелүү аймактардын саламаттык сактоо органдарынын башкы терапевттери тарабынан жүзөгө ашырылат.

Бейтаптардын 80% амбулатордук шартта жардам алышып саламаттыкты сактоо системасында бул кызмат алдыңкы орунду ээлейт. Үй-бүлөлүк медицина жана жалпы дарыгерлер практикасынын иши белгиленген аймакта жашаган калкка жардам көрсөтүүдө калкты тейлөөнүн аймактык-участкалык принцибине негизделет [145].

Кубаттуулугуна жараша 750-5000 миң адамга чейин тейлеген баштапкы медициналык жардам көрсөтүүчү мекемелер бар.

Үй-бүлөлүк медицина (ҮМБ) жана жалпы дарыгерлер практикалык борборлорунун структурасында – административдик-экономикалык бөлүгү, маалыматтык-аналитикалык бөлүм, реестр, статистика бөлүмү (башкармасы), уюштуруу-методикалык бөлүм (кабинет), алдын алуу бөлүмү (кабинет), биринчи жардам бөлмөсү, текшерүү бөлмөсү, флюорография кабинети, саламаттыкты сактоо жана калкты гигиеналык агартуу кабинети, ден соолук мектебинин кеңсеси, консультативдик-диагностикалык бөлүм, функционалдык диагностика бөлүмү (кабинети), радиациялык диагностика бөлүмү, лаборатория, өзгөчө кырдаалдар бөлүмү, амбулаториялык хирургия, күндүзгү стационар, фельдшердик акушердик пункттар жана ден соолук борборлору бар [110].

Медициналык мекемелерди диагностикалык жабдуулар менен жабдуу Кыргызстан Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин буйругуна ылайык жүргүзүлөт [78].

Иштөө убактысы: адис дарыгерлер менен алты күндүк иш жумасы жана бардык бөлүмдөр ишемби күндөрү кезектешип иштешет.

Терапиялык штаттар 10 миң чоң кишилерге эсептелген кызмат орундарынын саны терапевт 5.9, жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгер (чоңдор) 6.67, (аралаш калк) 8.4.

Медициналык мекеменин ишмердүүлүгү негизинен анын башкаруу деңгээли менен аныкталат жана медсестрадан башкы дарыгерге чейин клиникада иштеген бардык кызмат адамдарынын функционалдык милдеттерин так бөлүштүрүү чоң мааниге ээ. Кызматкерлердин ишмердүүлүгү саламаттык сактоо министрлигинин буйруктары, жоболору жана нускамалары менен жөнгө салынат. Кызматкерлердин функционалдык милдеттери медициналык мекеменин өзгөчөлүгүн эске алуу менен жер-жерлерде жөнгө салынышы мүмкүн [17, 158].

Медициналык мекеменин мүмкүнчүлүгүнө жараша башкы дарыгердин бир нече орун басарлары бар. Биринчи орун басар дарылоо иштери боюнча орун басары болуп саналат, ал уюштуруучулук жөндөмү бар эң квалификациялуу дарыгерлердин ичинен дайындалат. Башкы дарыгер жок болгон учурда анын милдеттерин аткарат. Директор клиниканын бардык медициналык иш-чараларына жооптуу. Ал бейтаптарды клиникада жана үй шартында текшерүүнүн жана дарылоонун туура жана өз убагында жүргүзүлүшүн уюштурат жана контролдойт; бейтаптарды профилактикалоонун, диагностикалоонун, дарылоонун жана реабилитациялоонун заманбап ыкмаларын, иштин жаңы уюштуруу формаларын жана ыкмаларын ишке ашырууга мониторинг жүргүзөт [33].

Клиникалык башчысынын жетекчилиги астында клиниканын бардык профилактикалык иштери: мезгил-мезгили менен жана максаттуу медициналык

текшерүүлөр, профилактикалык эмдөөлөрдү жана калкты медициналык кароодон өткөрүү, санитардык агартуу иштери өз убагында жүргүзүлөт [67].

Эмгекке жарамдуулукту сапаттуу текшерүү жана камсыздандыруу уюмдары менен өз ара аракеттенүү үчүн башкы дарыгердин убактылуу эмгекке жарамсыздыкты экспертизалоо боюнча орун басары (МК) медициналык комиссияны (МК) жетектейт[77, 105].

Медициналык мекемеде жалпы практикалык дарыгерлердин 6-8 кызмат орду болсо, терапиялык бөлүм түзүлүп, аны бөлүм башчы жетектейт. Ага бөлүмдүн дарыгерлеринин ишинин бардык бөлүмдөрүндөгү ишмердүүлүгүнө, уюштуруу-методикалык иштерине мониторинг жүргүзүү, негизги көрсөткүчтөрдү талдоо менен пландарды, отчетторду түзүү, диагностика жана дарылоо процессине жаңы технологияларды киргизүү милдети жүктөлгөн[80]. [48, 159].

Келгендердин биринчи таанышуусу кабыл алуу пунктунан башталат. Бул клиниканын негизги структуралык бөлүмдөрүнүн бири болуп саналат.

Реестрдин милдеттерине төмөнкүлөр кирет:

- бейтаптар менен түздөн-түз жана телефон аркылуу байланышып жатканда, врачтын кабыл алынышына алдын ала жана шашылыш каттоону уюштуруу;
- кабыл алуу талондорун берүү аркылуу дарыгерлердин бирдей жүктөмүн түзүү максатында пациенттердин агымын так жөнгө салууну камсыз кылуу;
- медициналык документтерди өз убагында тандап алуу жана дарыгерлердин кабинеттерине жеткирүү, клиниканын файлдык шкафын талаптагыдай тейлөө жана сактоо [103].

Медициналык мекемедеги калкка медициналык кызмат көрсөтүү Кыргыз республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин «Калкты медициналык тейлөөнү уюштуруунун тартиби жөнүндө» буйругуна ылайык уюштурулган жана ооруканага чейинки, медициналык тез жардамдын бардык түрлөрүнүн аймактык (анын ичинде транспорттук) жеткиликтүүлүгүнүн критерийлерин эске алуу менен жүзөгө ашырылат.

Медициналык мекемелерде калктын сунуш кылынган саны менен төмөнкү медициналык зоналар уюштурулушу мүмкүн:

- терапиялык – 1700 чоңдор (18 жаш жана андан улуулар);
- жалпы практикалык дарыгер – 1500 чоң киши;
- үй-бүлөлүк дарыгер – 1200 чоңдор жана балдар;
- комплекстүү терапиялык аймак – 2000 же андан көп чоңдор жана балдар.

Комплекстүү терапевтикалык аймак амбулаториянын (АПУ) медициналык участкасынын калкынын саны жетишсиз болгон калктан (жетишсиз штат) же амбулатордук врач тейлеген калктан жана фельдшердик-акушердик пункттар тейлеген калктан түзүлөт[80].

Жарандардын дарыгерди жана медициналык мекемени тандоо укугун камсыз кылуу максатында ЖАПКнын жетекчилери ЖАПКнын тейлөө аймагынан тышкары жашаган жарандарды жергиликтүү жалпы практикалык дарыгерлерге (ЖПТ) медициналык байкоо жүргүзүү жана дарылоо үчүн белгиленген нормадан ашпастан дайындайт. бир участкалык врачтын кызмат орду үчүн калктын саны ченемдик 15%дан жогору [39].

Аймактын калкына дарылоо-профилактикалык жардам көрсөтүүнү туруктуу иштеген участкалык дарыгер жана медайым ишке ашырат. Жергиликтүү принцип дарылоочу дарыгерге өз аймагын жакшыраак билүүгө, эмгек жана жашоо шарттарын эске алуу менен динамикалык байкоо жүргүзүүгө, тез-тез жана узакка ооруган адамдарды аныктоого, дарылоо-профилактикалык иш-чараларды өз убагында жүргүзүүгө, жугуштуу оорулардын пайда болушуна жол бербөөгө мүмкүндүк берет. Мунун баары акыр аягында клиниканын натыйжалуулугун аныктайт [99, 109].

Аймактык жалпы практикалык врачты кызматка дайындоо жана бошотуу клиниканын башкы дарыгери тарабынан ишке ашырылат. Ал өз ишинде түздөн-түз терапевтик бөлүмдүн башчысына, ал эми ал жокто башкы дарыгердин дарылоо иштери боюнча орун басарына баш ийет [79].

Жергиликтүү жалпы дарыгерлер практикалык борбордун иши саламаттыкты сактоо министрлигинин “Учурдагы жалпы практикалык дарыгердин ишин уюштуруу жөнүндө” буйругу менен жөнгө салынат.

Аймактын терапевт:

- ага тиркелген калктан медициналык (терапевтик) участкакту түзөт;
- санитардык-гигиеналык агартууну камсыз кылат, сергек жашоо образын калыптандыруу боюнча кеңеш берет;
- оорулардын алдын алуу жана азайтуу боюнча профилактикалык иш-чараларды жүргүзөт, оорулардын эрте жана жашыруун формаларын, социалдык маанилүү ооруларды жана коркунуч факторлорун аныктоо, ден соолук мектептерин уюштуруу жана өткөрүү;
- калктын ден соолукту чыңдоочу иш-чараларга болгон муктаждыктарын изилдейт жана аларды ишке ашыруунун программасын иштеп чыгат;
- калкты, анын ичинде социалдык жөлөкпулдардын комплексин алууга укугу бар адамдарды медициналык текшерүүдөн өткөрөт;
- ар кандай ооруларды жана шарттарды диагностикалоону жана дарылоону, анын ичинде бейтаптарды амбулатордук, күндүзгү стационардык жана үй шартында реабилитациялык дарылоону уюштурат жана жүргүзөт;
- клиникада, күндүзгү стационарда жана үй стационарында катуу шарттарда (курч оорулар, жаракаттар, уулануулар жана башка өзгөчө кырдаалдар) бейтаптарга шашылыш медициналык жардам көрсөтөт;
- бейтаптарды адистердин консультацияларына, анын ичинде медициналык себептер боюнча стационардык жана реабилитациялык дарылоого өз убагында жөнөтөт;
- эпидемияга каршы иш-чараларды жана иммунопрофилактиканы уюштурат жана өткөрөт;
- убактылуу эмгекке жарамсыздык экспертизасын жүргүзөт жана бейтаптарды медициналык-социалдык экспертизага (МСЭ) жөнөтүү үчүн документтерди тариздейт [78];

- ден соолугунун абалы боюнча бейтаптарды санаториялык-курорттук дарыланууга жөнөтүүнүн зарылдыгы жөнүндө корутунду чыгарат жана зарыл болгон учурда кароодон өткөндөн кийин санаториялык-курорттук картаны түзөт;
- медициналык уюмдар, медициналык камсыздандыруу компаниялары жана башка уюмдар менен өз ара аракеттенет; – социалдык коргоо органдары менен бирдикте камкордукка муктаж жарандардын айрым категорияларына: жалгыз бой, кары-картаңдарга, майыптарга, өнөкөт оорулууларга медициналык-социалдык жардам көрсөтүүнү уюштурат;
- баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүчү медайымдардын ишин жетектейт [80];
- медициналык документтерди жүргүзөт, дайындалган калктын ден соолугунун абалын жана медициналык бөлүмдүн ишин талдайт.

Башка адистиктеги дарыгерлер үчүн иштөөгө участкалык дарыгер эмес, тескерисинче, бардык башка адистер, анын ичинде функционалдык диагностика, рентген, стоматологиялык кабинеттердин дарыгерлери да ага социалдык жана гигиеналык анализ жана жалпы дарылоо жана ден соолукту чыңдоо чараларын пландаштыруу. Жергиликтүү жалпы практикалык дарыгер бардык аткарылган иштерди координациялоого тийиш [78].

Аймактын терапевтин иши клиниканын администрациясы тарабынан бекитилген иш тартибине ылайык жүргүзүлөт. Рационалдуу түзүлгөн иш графиги участоктун калкына жер-жерлердеги кызматтардын жеткиликтүүлүгүн жогорулатууга мүмкүндүк берет. Жумуш күнү кабыл алууда 3-4 саат иштөө, чалууларга жооп берүү (3 саат) жана башка жумуштардын түрлөрүнөн (санитардык агартуу иштери, отчетторду жазуу ж.б.) турат [129].

Бейтаптарды кабыл алуу участкалык дарыгердин ишинин маанилүү бөлүгү. Оорулууну биринчи кароодо дарыгер алдын ала диагноз коюп, текшерүү жана дарылоону дайындоосу керек.

Жергиликтүү жалпы практикалык дарыгердин ишмердигинде чоң орунду үйгө чакыруулар үчүн медициналык тейлөө ээлейт. Участкалык дарыгердин үй

шартында жардам көрсөтүү убактысы орто эсеп менен ар бир бейтапка 30-40 мүнөт болушу керек. Оорулууларды үй шартында текшерүү клиникага же ооруканага караганда кыйыныраак. Мындан тышкары, көпчүлүк чалуулар улгайган курактагы бейтаптарга жасалат. Участкалык дарыгер оорулууну үйүндө кароодон өткөндөн кийин, аны кабыл алууга же зарыл болгон учурда активдүү түрдө зыярат кылууну пландаштырышы керек. Кайталануучу (активдүү) баруулар, туура уюштурулганда, чалуунун жалпы санынын 70-75% түзөт (дарыгер күнүнө бдан кем эмес чакырууларды тейлөөгө тийиш) [133].

Аймактын дарыгердин ишинин жооптуу бөлүгү оорулууну пландуу ооруканага жаткырууга даярдоо жана жөнөтүү болуп саналат. Оорулуу мүмкүн болушунча толук текшерилиши керек. Текшерүүдөн алынган маалыматтар, көрсөтүлгөн дарылоо жана ооруканага жаткыруу максаты No 057у-04 формасында киргизилет. Медициналык китепчеден жолдомо бардык болгон оорулардын диагнозун, ошондой эле тактоону талап кылган шарттарды камтууга тийиш. Диагноз кабыл алынган классификацияга ылайык жазылат, анда оорунун формасы, оордугу, фазасы, функционалдык бузулушу жана татаалдашы көрсөтүлөт. Адегенде негизгиси, андан кийин атаандаш жана коштолгон оорулар көрсөтүлөт. Шашылыш ооруканага жаткырылган учурда медициналык мекеменин формасына эркин формадагы жолдомо толтурулат [149].

Аймактын дарыгер өз ишинде саламаттыкты сактоо министрлигинин “Саламаттыкты сактоо мекемелеринин баштапкы медициналык документтеринин формаларын бекитүү жөнүндө буйругу менен бекитилген бланктарды гана колдонууга тийиш. «Социалдык кызмат көрсөтүүлөрдүн комплексин алууга укугу бар жарандарга баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүнүн тартиби жөнүндө» ж.б [78].

Буйруктар баштапкы документтердин формаларын, аларды толтуруу эрежелерин жана медициналык мекемеде сактоо мөөнөттөрүн камтыйт. Терапевт өз ишинде төмөнкү формаларды колдонушу керек:
No. Форманын аталышы Форма номери Жарамдуулук мөөнөтү

1 Амбулатория 025у-04 25 жашта медициналык китепче
2 Диспансердик байкоонун контролдук картасы 030у-04 5 жыл
3 Карточка мезгил-мезгили менен текшерилүүгө тийиш 046-у 3 жыл
Профилактикалык флюорографиялык кароонун картасы 052-ж 1 жыл
Профилактикалык эмдөө картасы 063-ж 5 жыл
Профилактикалык эмдөөлөрдүн реестри 061-у 3 жыл
Врачка кайрылууга жолдомо 025-4-Ү Жыл
Врачтын үй китепчеси 031-3 жыл
путёвка алуу женунде кубелук (заказ No 256) 070-у 3 жыл.
Санаторий-курорттук карта (заказ No 256) 072-й 3 жыл
Медициналык справка (медициналык корутунду) 086-у 3 жыл
Акыркы (такталган) диагноздорду каттоо үчүн статистикалык талон 025-2-ж.
Бул мекемеде 071-жылы катталган оорулардын жыйындысы
Медициналык баруулардын рекорду 039-ж
МЭБга жолдомо (2007-жылдын 31-январындагы № 77 Долбоор) 088/у-06 3 жыл
Госпитализацияга, реабилитациялык дарылоого, кароого, консультацияга
жолдомо 057у-04
Жугуштуу оору, тамак-аштан уулануу, курч профессионалдык уулануу,
вакцинацияга адаттан тыш реакция жөнүндө шашылыш билдирүү, жыл 058
Кесиптик-техникалык окуу жайларында окуган студенттер үчүн убактылуу
эмгекке жарамсыздыгы тууралуу справка, 095-жыл
Корутундуларды жазуу журналы VK 035-и
Эмгекке жарамсыздык баракчаларын каттоо китеби 036-й 3 жыл
Санитардык агартуу иштери журналы 038-жыл
106-жылдын медициналык өлүмү тууралуу күбөлүк
Рецепттер (02.12.07 № 110 буйрук) 107-1/у,
148-1/у-88,
148-1/у-04
Гематологиялык анализге жолдомо 201-ай
Анализге жолдомо 200-ай

Биохимиялык кан анализине жолдомо 202-ай

Амбулатордук карта 025-12/у.

Аймактын кырдаалды көзөмөлдөө жана ишти максаттуу пландаштыруу үчүн участкалык дарыгер КРССМнин буйругу менен бекитилген медициналык (терапевттик) участоктун паспортун (форма 030-П/у) толтурат.

Паспортто төмөнкү бөлүмдөр белгилениши керек:

- терапевттик аймактын мүнөздөмөлөрү:

- калктын саны;

– имараттардын кабаттарынын санын, батирлердин санын, мектептердин, мектепке чейинки мекемелердин жайгашкан жерин көрсөтүү менен участоктун планы;

– кызматкерлердин санын көрсөтүү менен ишканалардын жана мекемелердин тизмеси (тизмелер жыл сайын такталып, ишканалардын администрациясы тарабынан күбөлөндүрүлөт).

- тиркелген калктын мүнөздөмөлөрү:

– калктын курактык жана жыныстык курамы;

– эмгекке жарамдуу калк (эркектер, аялдар);

– 60 жаштан ашкан калк (эркектер, аялдар);

– эмгекке жарамдуу калк (эркектер, аялдар);

– иштебеген калк (эркектер, аялдар);

– пенсионерлер (эркектер, аялдар);

– кесиптик коркунучу бар адамдардын саны (эркектер, аялдар);

– тобокелдик топторуна кирген жана алкогольдук ичимдиктерди, тамеки чегүүлөрдү, баңги заттарды (эркектер, аялдар) кыянаттык менен пайдаланган адамдардын саны;

– социалдык маанидеги оорулардан (кургак учук, кант диабетти, шишик, жүрөк-кан тамыр оорулары жана таяныч-кыймыл аппаратынын бузулушу) жабыркаган адамдардын тизмеси [71, 75, 76].

Тиркелген калктын ден соолугунун абалы жана дарылоо натыйжалары:

- калктын, анын ичинде эмгекке жарамдуу жана майып эркектер менен аялдардын курактык курамы;
- диспансердик топ (курактык жана гендердик мүнөздөмөлөрү, кыймылы “D” тобу, зарыл болгон медициналык-эс алуу чаралары жана аларды кабыл алуу (амбулатордук, стационардык дарылоо, ВТМП, күндүзгү стационарда дарылоо, санаториялык-курорттук дарылоо);
- жүргүзүлгөн иш-чаралардын саны: эмдөөлөр, тесттер, изилдөөлөр, процедуралар, консультациялар;
- жол жүрүүдө шашылыш медициналык жардам алган адамдардын (адамдардын), анын ичинде ооруканага жөнөтүлгөндөрдүн саны;
- майып болуу (жалпы, отчеттук жылда);
- каза болгондордун саны (бардыгы, анын ичинде үйдө) [91, 92].

Жергиликтүү жалпы практикалык дарыгер амбулатордук оорулуулардын медициналык картасы (форма No 025/у) медициналык документтерди туура түзүүгө милдеттүү.

Текшерүүнүн натыйжалары, дайындалган дарылоо жана текшерүү жөнүндө маалыматтар медициналык китепчеге жазылат. Диагноз даттанууларга, объективдүү экспертизанын маалыматтарына жана анамнезге ылайык келиши керек. Диагнозду түзүү клиникалык вариантты, курстун оордугун, фазасын, функционалдык бузулууларды жана татаалдашууларды көрсөтүү менен кабыл алынган классификацияга ылайык жүргүзүлөт. Диагностикада негизги, атаандаш жана коштолгон ооруларды айырмалоо зарыл [119].

Медициналык документтер бейтаптын маалымдуулугу жана анын колтамгасы менен тастыкталган текшерүүгө жана дарылоого макулдугу жөнүндө маалыматтарды камтыйт.

Оорулар МКБ- 10 боюнча дарыгер тарабынан КОДтоллот. Дарыгердин корутундусунун негизинде медайым ар бир аныкталган оору боюнча статистикалык форманы толтурат. Эгерде оору биринчи жолу аныкталса, диагноз "+" белгиси менен коюлат. Эгерде оору биринчи жолу аныкталса, диагноз "+" белгиси менен коюлат. Эгерде пациент мурда байкалган өнөкөт

оорусу бар болсо, статистикалык талон жылына бир жолу “-” белгиси менен толтурулат [56].

Статистикалык талондор (форма 025-2/у) оорунун бардык учурларын алардын болушуна жараша эсепке алуу үчүн колдонулат, эсепке алуу формасы № 071/у «Ооруларды эсепке алуунун консолидацияланган баракчасы» түзүлөт, анын жыйынтыгы боюнча оорулуулар жана жалпы оорулуулар; көрсөткүчтөр ар бир участок, бөлүм жана клиника боюнча эсептелет. Форма квартал сайын даярдалат.

*Жергиликтүү жалпы практикалык дарыгердин ишинде оорукананы
алмаштыруучу технологиялар*

Ооруканада жардам көрсөтүү кымбат жана изилдөөлөргө ылайык, ооруканада дарыланып жаткан бейтаптардын 20дан 50%га чейин ооруканага негизсиз жиберилет жана амбулаториялык шартта натыйжалуураак жана арзаныраак жардам ала алат. Бул үчүн стационарды алмаштыруучу технологияларды колдонуу зарыл: ооруканаларда жана поликлиникаларда күндүзгү стационарлар (ДС), үйдөгү ооруканалар (НН) [6].

Жергиликтүү жалпы практикалык дарыгер өз ишинде оорукананы алмаштыруучу технологияларды, атап айтканда, күнү-түнү медициналык көзөмөлдү талап кылбаган курч жана өнөкөт оорулары бар бейтаптарды дарылоо үчүн түзүлгөн СД технологияларын колдонот. Фолликулярдык тонзиллит (кеминде үч күн), курч жеңил пневмония, курч бронхит жана өнөкөт оорулардын (гипертония, ашказан жарасы ж.б.) күчөшүндө оорулууларды дарылоо үчүн түзүлөт [45].

Кант диабети менен ооруган бейтап текшерүүдөн өтүшү керек (жалпы кан анализи, заара анализи, ЭКГ, зарыл болгон медициналык адистердин консультациясы жергиликтүү жалпы практикалык дарыгер оорунун алгачкы күндөрүндө пациентти күн сайын, андан кийин - зарылчылыкка жараша текшерүүгө милдеттүү); Дарылоо комплекстүү болушу керек: процедуралар үй шартында медайым тарабынан жүргүзүлөт (ар кандай инъекциялар, стакандар,

горчицалар), массаж, физкультура жана башкалар. Кант диабетин уюштуруу жөнүндө маалымат медициналык китепчеге киргизилет [111, 114, 115, 116].

Эмгек жөндөмдүүлүгүн текшерүү

Аймактык жалпы практикалык дарыгер - бейтапты кароодо ал диагностикалык жана дарылоо маселелерин гана чечпестен, анын эмгек ишмердүүлүгүн улантуу мүмкүнчүлүгүн да аныктайт. Ал убактылуу эмгекке жарамсыздык боюнча экспертиза жүргүзүү жана бейтаптарды медициналык-социалдык экспертизадан өткөрүү үчүн жооптуу [68].

Жергиликтүү кызматтын эпидемияга каршы бөлүмү

Эпидемияга каршы негизги иш-чараларды өткөрүү жергиликтүү дарыгерге жүктөлөт. Участкалык терапевт жугуштуу ооруларды диагностикалоо маселелерин гана эмес, эпидемиология маселелерин да жакшы билиши керек, анткени эпидемиологиялык анамнезди чогултуу дарыгерге ооруну алгачкы этапта таанууга жана өз убагында керектүү чараларды көрүүгө мүмкүндүк берет [20]. Мисалы, баштапкы медициналык-санитардык жардамдын кургак учукка каршы, СПИДге каршы кызматтардын ортосундагы тыгыз кызматташтык АИВде кургак учукту аныктоону жана диагностикалоону жакшыртат [4].

Эгерде жугуштуу ооруга шек болсо, жергиликтүү жалпы практикалык дарыгер бул тууралуу клиниканын жетекчилигине, инфекционистке жана керектөөчүлөрдүн укуктарын коргоо жана адамдын жыргалчылыгын көзөмөлдөө кызматтын органдарына билдирүүгө милдеттүү. Оорулуу тез арада ооруканага жаткырылышы керек жана 24 сааттын ичинде инфекциялык оорулуу жөнүндө шашылыш билдирүү (№ 058/у формасы) толтурулуп, берилиши керек. Эгерде бейтап ооруканага жаткырылбаса, инфекциянын жайылышын алдын алуу үчүн зарыл болгон нерселердин баары жасалат (максималдуу изоляция, байланыштарды байкоо, дезинфекциялоо). Оорулуу ооруканага жаткырылганда, жергиликтүү дарыгер керектүү документтерди даярдоо менен оорунун бүткүл инкубациялык мезгилине эпидемия учурундагы байланыштарды көзөмөлдөйт [10, 100].

Жумушка киргенде алдын ала медициналык текшерүүлөр текшерилип жаткан адамдын ден соолугунун абалынын ага жүктөлгөн ишке ылайыктуулугун аныктоо максатында жүргүзүлөт.

Мезгил-мезгили менен текшерүүнүн максаты - өндүрүштүк коркунучтун таасиринин шарттарында жумушчулардын ден соолугунун абалына динамикалык мониторинг жүргүзүү. Бул шарттарда ишти улантууга тоскоол болгон жалпы жана кесиптик оорулардын белгилерин алдын алуу жана өз убагында аныктоо, ошондой эле кырсыктарды болтурбоо. Профилактикалык жана реабилитациялык иш-чараларды өз убагында жүргүзүү [135, 137].

Зыяндуу, кооптуу заттар жана өндүрүштүк факторлор, аларды аткаруу үчүн кызматкерлерди алдын ала жана мезгил-мезгили менен медициналык кароодон өткөрүү талап кылынган жумуштар; - медициналык каршы көрсөтмөлөр; – экспертизаларга катышкан медициналык адистер; – зарыл лабораториялык жана функционалдык изилдөөлөр; – жалпы медициналык каршы көрсөтмөлөр; - кесиптик оорулар менен иштөө КРССМнин буйруктары менен бекитилген [39].

Мезгил-мезгили менен текшерүүлөрдү жүргүзүүнүн мезгилдүүлүгү конкреттүү санитардык-гигиеналык жана эпидемиологиялык абалга жараша Керектөөчүлөрдүн укуктарын жана адамдын жыргалчылыгын көзөмөлдөө жергиликтүү органдары тарабынан иш берүүчү менен бирге аныкталат, бирок эки жылда бир жолудан кем болбоого тийиш. Ал эми 21 жашка чейинкилерге жылына бир жолудан кем эмес. Коркунучтуу өндүрүштө 5 жыл жана андан ашык иштеген жумушчулар үчүн медициналык текшерүүлөр кесиптик патологиялык борборлор тарабынан жүргүзүлөт [78].

Медициналык текшерүүлөр иштин көрсөтүлгөн түрүнө лицензиясы бар медициналык мекемелер тарабынан жүргүзүлөт. Иш берүүчү текшерүү башталганга чейин 2 ай мурун медициналык мекемеге цехтерди, кооптуу жумуштарды жана факторлорду көрсөтүү менен көзөмөл кызматынын аймактык органдары менен мурда макулдашылган текшерүүгө жаткан адамдардын фамилиясынын тизмесин берет [158].

Медициналык комиссиянын курамын саламаттык сактоо объектисинин башкы дарыгери бекитет, анын төрагасы кесиптик патолог же кесиптик патология боюнча билими бар башка адистиктеги дарыгер болууга тийиш; комиссиянын мүчөлөрүнүн да атайын даярдыгы болушу керек. Комиссия өндүрүштүк факторлордун өзгөчөлүгүн жана бул адистик боюнча иштөөгө медициналык каршы көрсөтмөлөрдү эске алуу менен зарыл изилдөөлөрдүн түрлөрүн жана көлөмүн аныктайт [49].

Экспертизадан өтүү үчүн кызматкер иш берүүчү тарабынан берилген жолдомо, паспорт, амбулатордук карта жана мурунку текшерүүлөрдүн жыйынтыгын көрсөтөт. Текшерүүлөрдү жүргүзүүчү негизги адам – бул участкалык дарыгер. Текшерүүнүн маалыматтары медициналык китепчеге (№ 025-у форма) киргизилет. Экспертизага катышкан ар бир дарыгер кесиптик жарактуулугу жөнүндө өз корутундусун берет жана көрсөтүлгөн учурда дарылоо жана рекреациялык чараларды дайындайт [17].

Мезгил-мезгили менен текшерүүнүн жыйынтыгы боюнча жыйынтыктоочу корутундуну жооптуу дарыгер көзөмөлдөө кызматынын өкүлдөрү менен бирге түзөт жана 30 күндүн ичинде иш берүүчүгө берилет. Профилактикалык иштердин бөлүмдөрүнүн бири – эмдөө, ал жергиликтүү кызмат тарабынан Саламаттык сактоо министрлигинин буйругу менен бекитилген Профилактикалык эмдөөлөрдүн улуттук календарына ылайык жүргүзүлөт [78].

Аймактык дарыгердин санитардык-агартуу иши коомдун саламаттыгын чыңдоо муктаждыктары менен аныкталат. Анда дарыгер коомдук саламаттыкты сактоо кызматкерлеринин жардамы менен ашыкча тамактанууга, тамеки тартууга, керексиз дары-дармек, стресске ж.б. боюнча окууларды жүргүзүшөт [111, 119].

1.3 Калктын ден соолугунун абалын талдоо жана кадрларды даярдоо

Республиканын туруктуу калкынын орточо жылдык саны 2017-жылдын 1-январына карата 6 074 900 адамды түзгөн (2015-ж. - 5 957 300, өсүш - 117,6

миң адам).

Жаш-курагы боюнча калктын 36,4%ын балдар менен өспүрүмдөр (0-17 жаш) түзөт, 60,3 %ы - эмгекке жарактуу курактагылар, 6,8 %ы - эмгекке жарактуу курактан улуулар. 2016-жылы жаңы төрөлгөн балдардын саны бир аз азайганы байкалып, ал 1000 адамга 25,9 %ды (2015-ж. - 27,4 %) түзгөн. БУУнун Калк боюнча фондунун колдоосу менен даярдалган демографиялык божомолго ылайык 2050-жылга карата Кыргыз Республикасында калктын эрте картаюу тенденциясы бар, бул болсо саламаттык сактоо системасын андан ары өнүктүрүү үчүн жаңы чакырык болуп эсептелет [92].

Калктын каза болуу көрсөткүчү 2016-жылы 1000 адамга 5,4 адамды түзгөн (2015-жылы - 5,8; 6,9 %га азайган). Республикада калктын өлүмүнө негизги себептер кан айлануу системасынын оорулары - 50,4 % (2015-жылы - 50,8 %), шишик оорулары - 12,0 % (2015-жылы - 11,0 %), тышкы себептер - 8,4 % (2015-жылы 8,9 %), тамак сиңирүү органдарынын оорулары - 6,4 % (2015-жылы- 6,6 %), дем алуу органдарынын оорулары - 5,7 % (2015-жылы- 5,3) болууда [89].

Бүгүнкү күндө калктын айрым ден соолук көрсөткүчтөрү барган сайын жакшырып келе жатат. Алсак, 2009-жылдан бери 1 жашка чейинки ымыркайлардын өлүмү 1000 тирүү төрөлгөндөргө 25,0тен 16,6 га чейин болуп же 33,6 % кыскарган. Ошондой эле 5 жашка чейинки балдардын өлүмүнүн санынын коэффициенти 1000 тирүү төрөлгөндөргө 29,3тен 19,8га чейин азайып, башкача айтканда 32,4 % кыскарган. Акыркы жылдары энелердин өлүмү да азайды. Тактап айтканда, бул көрсөткүч, 2009-жылы 100 миң тирүү төрөгөндөрдүн ичинен 63,5 энени түзсө, 2016-жылы 30,3ке чейин, же 52,3 %га азайган [70].

Ошого карабай, балдар менен аялдардын саламаттыгын сактоо чөйрөсүндө көйгөйлөр сакталууда: Көп индикаторлуу кластердик изилдөөнүн маалыматына ылайык 2014-жылы айыл жерлеринде 5 жашка чейинки балдардын өлүмү шаарларга караганда 1,6 эсе жогору болгон, балдар арасында алдын алууга боло турган өлүмдөрдүн саны алыскы райондордо жашоочу

калктын аярлуу топторунда баарынан көп. Бул өлүмдөрдүн 80%нан ашыгы төрөлгөн жылы алдын алууга боло турган себептерден - жугуштуу оорулардан (диарея жана пневмония), ошондой эле перинаталдык мезгилдеги кабылдоолордон болот. Ошондой эле балдар менен (43 %, медициналык-демографиялык изилдөө, 2012-жыл) аялдар (35 %, медициналык-демографиялык изилдөө, 2012-жыл) арасында микронутриенттик жетишсиздик, салмагы аз төрөлгөн балдардын саны 5,3 %дан 5,9 %га чейин, ал эми 6 региондо 1,5-3 % өсүшү белгиленди, бул болсо акыл-эс жагынан артта калууга алып келиши мүмкүн [121].

Психикалык оору менен жабыркаган адамдардын жалпы санынан 43,8 % - бул акыл-эси жагынан артта калган адамдар. Бул ооруну аныктоо жана түрдүү психикалык оорулардын баштапкы мезгилинде чара көрүү системасы жок [137].

Кургак учук менен ооругандардын саны 2009-жылдагы 100 миң адамга 103,9 учурдан 2016-жылы 93,4 учурга чейин, же 10,1 % кыскарганына карабай, кургак учуктун дарыга туруштук берүүчү түрлөрүнүн өсүшү коркунуч жаратат. Жүргүзүлгөн иш-чаралардын натыйжасында Кыргыз Республикасы безгек оорусунан эркин деп таанылып, Дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун “Безгек оорусунан эркин өлкө” аттуу эл аралык сертификатын алган. Ошол эле учурда Кыргыз Республикасы дүйнөдө АИВ-инфекциясы өтө тез жайылып бараткан 10 өлкөнүн катарына кирет. 2010-жылдан бери расмий катталгандардын саны эки эсе өстү, жаңы катталгандардын саны АИВ менен жашап жаткандардын жалпы санынын 43%ын түзөт [“СПИД” республикалык борбору, 2017-жыл].

Тамеки чегуу, тузду пайдалануу, ичкилик ичүү, гиподинамия сыяктуу жугуштуу эмес дарттардын коркунуч факторлорун контролдоо боюнча чаралар жетишсиз болгондуктан, алардын калк арасында жайылышы жогорку деңгээлде калууда. Жугуштуу эмес дарттардын коркунуч факторлорун (STEPS 2014-ж.) эпидкөзөмөлдөөнүн баалоо жыйынтыгы боюнча кун сайын 25-64 жаштагы кыргызстандыктардын 26%ы тамеки чегет, өспүрүмдөр арасында (13-15 жаш) алар 2,4 % түзөт. 25-64 жаштагы кыргызстандыктардын 11,4 %ы

интенсивдүүлүгү орто машыктыруу аракеттерине жумасына 150 мүнөттөн кем убакыт бөлүшөт. Физикалык активдүүлүк көбүнчө жумуш менен байланышкан жана 3,7% гана атайын ден соолук үчүн машыгат. Кыргыз Республикасы дүйнөдө тузду эң көп пайдалангандардын бири болуп эсептелип, дүйнөлүк рейтинг боюнча (Powles, 2013-жыл.) 180 өлкөнүн ичинен 4 орунда турат. 44,8 % эркектер 17,7% аялдар Кыргыз Республикасында айына жок дегенде 1 жолу ичкилик ичет[ДССУ, 2016-жыл].

Өлкөнүн өсүп бара жаткан калкы (азыркы кездеги 6 млн адамдын саны 2050-жылы 7-9 миллионго жетет деп болжолдонууда).

Саламаттык сактоодогу кадрлар боюнча соңку кырдаал жөнүндө айта турган болсок, бүгүнкү күнү республиканын калкына медициналык-профилактикалык жардам 13517 врач жана орто медициналык билими бар 34 090 адис тарабынан көрсөтүлүп келе жатат (РММБ маалыматтары, 2017- ж.) [62].

Өткөн жылдардагыга салыштырмалуу, врачтардын саны акыркы 10 жыл ичинде (2007—2016-ж.ж.) 9,8%на көбөйгөн. Бул мезгил ичинде орто медициналык билими бар адистерди саны 19,4%га көбөйгөн. Ал эми үй - бүлөлүк врачтар жаатында тескери тенденция болуп жаткандыгын байкоого болот, маселен, акыркы 10 жыл ичинде үй-бүлөлүк врачтардын саны 202ге кыскарган. Эгерде реформалардын башталышында (2005-ж.) БМСЖларда врачтар менен комплектилөө 74%ды түзгөн болсо, бүгүнкү күнү бул көрсөткүч 53%ды түзөт. БМСЖларда медайымдык персоналдар менен камсыз болуу жакшы деңгээлде экендигин байкоого болот (96,5%). Ал эми 2016- жылга карата БМСЖларга кайрылуулардын саны - 9 750 631ди түзгөн [43, 94].

Саламаттык сактоо системасынын эффективдүүлүгүн жана экономдуулугунун жогорулоосуна алып келүүчү биринчи звенонун негизги функцияларын жакшыртуу үчүн үй-бүлөлүк врачтар менен атайын багыттагы адистердин бири-бирине катыштыгы жок эле дегенде 50:50 болуусу зарыл[61].

Медициналык кадрларды даярдоо мамлекеттик менен бирге жеке менчик медициналык жогорку окуу жайлары, улуттук борборлор жана илимий-изилдөө

уюмдары тарабынан жүзөгө ашырылат. Медициналык билим берүү системасы үч деңгээлге бөлүнөт: дипломго чейин, дипломдон кийин жана үзгүлтүксүз медициналык билим [90, 97].

Дипломго чейинки деңгээлде жогорку билими бар медициналык адистерди даярдоо 9 медициналык жогорку окуу жайлары жана университеттер (ЖОЖ тизмесин тиркемеден караңыз) алдындагы медициналык факультеттер тарабынан жүзөгө ашырылат. Төрт ЖОЖ (И.К. Ахунбаев атындагы КММА, КРСУ, ОшМУ жана ЖАМУнун медициналык факультеттери) медициналык кадрларды негизинен өлкө үчүн даярдашса, башка медициналык жогорку окуу жайлары чет элдик студенттерди окутуу менен медициналык билимди экспортко сунушташат. Жыл сайын медициналык жогорку окуу жайын 2000 адам аяктайт, алардын ичинен - 445 адам чет элдик жарандар. ЖОЖдордун ичинен бир гана И.К. Ахунбаев атындагы КММА Саламаттык сактоо министрлигинин карамагында. ЖОЖдордун санынын өсүшү менен студенттердин саны дагы өсүүдө. Медициналык адистиктеги студенттердин санынын өсүүсү врачтык кадрлардын таңкыстыгы менен байланышкан көйгөйлөрдү чечүүгө таасир этпейт. Бирок ошол эле учурда клиникалык базаларга карата болгон атаандаштык шарттарында даярдоо сапаты тынчсыздандырбай койбойт [43, 62].

Бүгүнкү күнү ар кыл уюштуруучулук-укуктук формага ээ 25 медициналык колледж орто медициналык билимге ээ адистерди даярдап чыгарышат.

Ал эми дипломдон кийинки медициналык билим берүү И.К. Ахунбаев атындагы КММАдан сырткары Кыргыз мамлекеттик кадрларды даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу медициналык институтунда (КМКДжКЖМИ), М.Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борборунда, Бишкек травматология жана ортопедия илимий-изилдөө институтунда, Улуттук эне жана баланы коргоо борборунда, Улуттук хирургиялык борбордо, КМКДжКЖМИнин түштүк филиалында, жүрөк хирургиясы жана органдарды трансплантациялоо илимий-изилдөө институтунда, улуттук онкология жана

гематология борборунда, б.н.Ельцин атындагы кыргыз-орус-славян университетинде, жүрөк-кан тамыр хирургиясынын түштүк регионалдык илимий борборунда, ош мамлекеттик университетинин дипломдон кийинки билим берүү факультетинде жүргүзүлөт [90].

Дипломдон кийинки билим берүү милдеттүү жана медициналык кадрларды даярдоонун маанилүү этабы болуп саналат. Анын негизинде болочок врачтан практикалык тажрыйбага ээ болушуп, дипломго чейинки деңгээлде алган өз профессионалдык компетенцияларын жакшыртууга мүмкүнчүлүк алышат. Дипломдон кийинки медициналык билим берүү ординатура формасында жүзөгө ашырылат. Дипломдон кийинки билим берүүнүн спецификасы - бул пациенттер менен иш алып баруу жолу аркылуу ординаторлордун келечектеги профессионалдык ишмердүүлүгү үчүн зарыл болгон таалим-тажрыйбага ээ болуусу. Мындай тажрыйбаны алар бир гана клиникалык базаларда алышат. Медициналык жогорку окуу жайын аяктагандыгы тууралуу диплом менен ординатураны аяктагандыгы тууралуу сертификаттын болуусу профессионалдык ишмердүүлүккө карата мүмкүнчүлүк алуунун милдеттүү шарты болуп саналат [150].

Жыл сайын Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан бюджеттик жана контракттык негизде клиникалык ординатура менен интернатурага кабыл алуу бекитилет жана ал медициналык кадрларга болгон талапка ылайык жүзөгө ашырылат. Ал эми Билим берүү жана илим министрлигине караштуу билим берүүчү мекемелер үчүн кабыл алуу планы аталган министрлик тарабынан бекитилет. Азыркы учурда дипломдон кийинки деңгээлдеги врачтык кадрларды даярдоо иштерин пландоо бир жылга карата иштелип чыгат жана анда медициналык билим берүү мекемелеринин табыштамалары, ошону менен бирге практикалык саламаттык сактоо талаптары жана практикалык сапаттуу билим берүүнү камсыздоо үчүн клиникалык базалардын мүмкүнчүлүктөрү эске алынат. Дипломдон кийинки деңгээлде медициналык жогорку окуу жайларынын бүтүрүүчүлөрү негизинен атайын адистиктерди тандап алышат. Ошентип, дипломдон кийинки медициналык билим берүү баскычында эле

медициналык адистерди даярдоодо жаатында дисбаланс түзүлөт [3].

2017-жылы билим алууну улантышкан клиникалык ординаторлор менен врач-интерндердин саны 1157 адамды түзгөн, алардын ичинде бюджеттик негизде окугандардын саны - 256 адам.

Жыл сайын июль айында Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан бюджеттик жана контракттык негизде клиникалык ординатура менен интернатурага кабыл алуу бекитилет жана ал медициналык кадрларга болгон талапка ылайык жүзөгө ашырылат [90].

Бүгүнкү күнү бюджеттик бөлүмдөрдүн 170 бүтүрүүчүнүн ичинен 113 адам жолдомо боюнча ишке орношкон жана алардын ичинен 68 бүтүрүүчү региондорго жөнөтүлгөн. Бөлүштүрүлгөн жерге баруу иштери дагы деле болсо улантылууда.

Жогоруда айтылган көйгөйлөрдү чечүү сектор аралык иш-аракеттерди жана өкмөттүк деңгээлде чечимдерди кабыл алууну талап кылат. Өзүнүн мандатынын жана укуктарынын алкагында ССМ саламаттык сактоо тармагындагы кадр ресурстары боюнча маселени чечүү үчүн төмөндөгү ишмерликти жүргүзөт:

Саламаттык сактоо системасын жалпы реформалоонун бөлүгү катары медициналык билим берүү системасына да реформа жүргүзүлөт. Медициналык билим берүү системасын реформалоо максаты - медициналык кадрларды даярдоону жакшыртуу жана анын практикалык саламаттык сактоонун талаптарына туура келүүсү болуп эсептелет [51].

2008 ж. дипломго чейинки медициналык билим берүүнү реформалоо демилгеленген. 2018-жылдын сентябрь айында жалпы дарыгердик практика боюнча даярдоого максатталган жаңы интеграцияланган программа боюнча окутулган студенттердин биринчилери окуусун бүтүшөт [108].

2014-жылдан тартып, “2020-жылга чейин Кыргыз Республикасында дипломдон кийинки жана үзгүлтүксүз билим берүүнү өнүктүрүү стратегиясы» иштелип чыгып, КР ССМ буйругу менен бекитилген реформалары башталган. Бул стратегияда медициналык билим берүүнү реформалоонун негизги

багыттары аныкталган, тактап айтканда, үй-бүлөлүк дарыгерлер/жалпы практикадагы дарыгерлерди даярдоо региондор үчүн артыкчылыктуу болуп саналат. Кандай реформа болбосун ишке ашырып баштаганда ССМ медициналык билим берүү уюмдары тарабынан реформага каршы чыккандар болду. Бирок ырааттуу иштин негизделген жана далилденген чаралардын натыйжасында көп каршылыктарды жеңилип берди. Бүгүнкү күндө бардык кызыкдар тараптар (билим берүү уюмдары, клиникалык база болуп берчү саламаттык сактоо уюмдары, кесиптик ассоциациялар, окутуучулар, студенттер, ординаторлор) медициналык билим берүүнүн реформасын ишке ашыруу процессине тартылышты. И.К.Ахунбаев ат. КММАда дипломго чейинки билим берүү деңгээлинде жалпы практикадагы дарыгерди/үй-бүлөлүк дарыгерди даярдоого максатталып, окутуу программалары өзгөртүлдү; биринчи беш жылдагы окуу программалары толугу менен кайра каралып чыкты жана жаңыртылды окутуу формаларына маанилүү өзгөртүүлөр киргизилди; эки клиникалык тажрыйба борбору түзүлдү жана шаймандар менен жабдууланды, билим берүү процессинин сапатын жана студенттердин билимин текшерүүчү электрондук система иштеп баштады жана электрондук китепкана түзүлдү; бүгүнкү күндө КММА профессордук-окутуучулук жамаатындай 6-курстун практикалык даярдыкты күчөтүүгө жана клиникалык тажрыйба алууга максатталган окутуу программасын реформалоо иштери бүтүрүлүүдө [106].

Дипломдон кийинки медициналык билим берүү деңгээлинде структура менен дипломдон кийин даярдыктын мазмунунда олуттуу өзгөрүүсү болуп өткөн, дипломдон кийинки билим берүүнү регионалдык клиникалык базаларга децентралдаштыруу менен ординаторлорду практикалык даярдоо иштери күчөтүлгөн. Үй-бүлөлүк медицина боюнча дипломдон кийинки даярдык эки жылдык ординатурада жүзөгө ашырылат. Мындан соң региондордо бир жылдык милдеттүү иштөө зарыл. Атайын адистиктер боюнча даярдоо мөөнөтү кайрадан каралып чыгат жана эл аралык талаптарга ылайык көбөйтүлүшү мүмкүн [118].

Дипломдон кийинки медициналык билим берүүнү реформалоо боюнча

даярдоо иштери : студенттер, ординаторлор жана окутуучулар арасындагы маалыматтык иштер, жергиликтүү мамминистрация жана жергиликтүү өз алдынча башкаруу органдары, саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилери жана региондордогу медайымдар менен көчмө жолугушуулар өткөрүлгөн [127].

Саламаттык сактоо уюмдарынан дипломдон кийинки билим берүүнү децентралдаштыруу чоң колдоо тапкан. Иштелип чыккан критерийлердин негизинде дипломдон кийинки медициналык билим берүү үчүн клиникалык база катары саламаттык сактоо уюмдарынан потенциалына баалоо иштери өткөрүлгөн (базалык лаборатордук-диагностикалык жабдуулардын болуусу, клиникалык тажрыйба алуу үчүн ординаторду зарыл болгон жумуш өлчөмү менен камсыздоо, жер-жерлерде ординаторлорго насаатчы боло ала турган биринчи жана жогорку категориядагы врачтардын болуусу, ординаторлорго айлык маяна төлөп берүү мүмкүнчүлүгү) [96].

Баалоо жыйынтыктарынын жана саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилеринин интервьюсунун жыйынтыгы боюнча бардыгы болуп 118 регионалдык клиникалык база бар, алардын ичинен (60 ҮМБ жана 58 стационар) клиникалык базаларга коюлган негизги критерийлерге жарым-жартылай жооп беришет. Ошол эле учурда регионалдык ҮМБлар бардыгы болуп 1 264 ординаторду, ал эми стационарлар - 1 134 ординаторду кабыл ала алышат [145].

Дипломдон кийинки медициналык билим берүү децентралдаштыруунун алкагында КМКДжКЖМИнин жана башка билим берүүчү мекемелердин базасында дистанттык окутуу системасы түзүлүп, иштеп жатат. 2015-жылдан тартып врачтар менен ординаторлор үчүн дистанттык курстар жума сайын, регулярдык негизде өткөрүлүп келет.

Дипломдон кийинки медициналык билим берүүнү децентралдаштыруу - региондордогу кадрлардын таңкыстык маселесин чечүү, кадрларды жер-жерлерге бекитүү үчүн саламаттык сактоо министрлиги тарабынан кабыл алынып жаткан чаралардын бири болуп саналат. Децентралдаштырууну

ординаторлор менен саламаттык сактоо уюмдары үчүн эң пайдалуу процесс катары кабылдоого болот. Себеби, ординаторлор пациенттер менен түздөн-түз иштеп, медициналык окуу жайдан алышкан билимдерин иш менен бекемдешсе, саламаттык сактоо уюмдарында иштеп жатышкан врачтардын иш жүгү жеңилдемекчи. Мындан сырткары, регионалдык саламаттык сактоо уюмдары менен борбордук медициналык билим берүү мекемелеринин ортосундагы байланыштын чыңдалышынын эсебинен калкка көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапаты жакшырмакчы [162].

Учурда үй-бүлөлүк медицина» адистиги боюнча биринчи жана экинчи окуу жылындагы 83 ординатордун ичинен 60%ы ординатураны облустук жана райондук ооруканалар менен ҮМБларда өтүшүүдө.

Мындан ары дипломдон кийинки медициналык билим берүүнү децентралдаштыруунун айрым бир уюштуруучулук жана финансылык аспектилерин чечүү талап кылынат [91].

Медициналык билим берүүнү реформалоо уюштуруучулук-укуктук формасына карабастан бардык медициналык жогорку окуу жайларын кучагына камтуусу үчүн медициналык билим берүүнүн ченемдик-укуктук базасын анализдөө боюнча чон иштер өткөрүлүп, «Кыргыз Республикасындагы дипломдон кийинки медициналык билим берүү жөнүндө» КР Өкмөтүнүн 2017-жылдын 31-июнундагы №303 Токтому иштелип чыгып, өзгөртүүлөр киргизилген [42].

Реформаларды киргизүүнүн алкагында медициналык билим берүү маселелери боюнча саясий, сектор аралык, ведомство аралык диалог орнотулган. КР ЖКнын, КР Өкмөтүнүн жана кызыктар болгон бардык тараптардын катышуусунда жылына эки жолу тегерек стол өткөрүлөт. Аталган тегерек стол сектор аралык диалог үчүн аянтча болуп бермекчи жана анда саламаттык сактоо кадрларын даярдоо боюнча эң эле курч маселелер талкууланат. 2016-жылдан тартып 3 тегерек стол өткөрүлгөн [133].

Кадрларды ишке тартуу жана бекитүү сектор аралык мамилени талап кылган көйгөй болуп саналат. Кадрларды ишке тартуу жана бекитүү үчүн

Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан алыскы райондордо, чакан шаарларда жана айыл жергесинде саламаттык сактоо уюмдарында иштеген дарыгерлерге кошумча дем берүү программасы (КР Өкмөтүнүн 2012- жылдын 16-августундагы №570 “Кыргыз Республикасынын алыскы райондорундагы, чакан шаарларындагы жана айыл жергесиндеги саламаттык сактоо уюмдарында иштеген дарыгерлерди кошумча дем берүү боюнча чаралар жөнүндө” токтому) ишке ашырылууда. Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан аталган Программа боюнча иштерди аткаруу үчүн дарыгерлердин саны 150 орун болуп аныкталган, бул орундар региондор боюнча төмөнкүдөй бөлүштүрүлгөн:

№	Облустар	Орундардын саны
1.	Нарын облусу	18
2.	Баткен облусу	38
3.	Жалал-Абад облусу	32
4.	Ош облусу	28
5.	Ысык-Көл облусу	14
6.	Чүй облусу	3
7.	Талас облусу	17

Программанын катышуучулары жаш дарыгерлер жалпыга маалымдоо каражаттарында жарыяланган конкурстук алуу жарыя аркылуу (жашынын чектелүүсү 45 жашка чейин), жыл сайын Ахунбаев ат. КММАда өткөрүлүүчү вакансиялар жарманкесинен, ошондой эле бюджеттик негизде окууну аяктаган ординатура бүтүрүүчүлөрүн жыл сайын бөлүштүрүүдө кабар алышат [91].

Жаш адистерди алыскы райондордо, чакан шаарларда жана айыл жергесинде саламаттык сактоо уюмдарында бекитүү үчүн зарыл болгон социалдык-тиричилик шарттарды түзүү максатында саламаттык сактоо боюнча облустук координаторлор жана райондук, шаардык деңгээлдеги саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилери менен биргеликте Программа боюнча иштеген дарыгерлерге жардам көрсөтүү боюнча мамлекеттик жергиликтүү өз алдынча башкаруу органдары менен иштер жүргүзүлөт. Программага катышууга тандалып алынган дарыгер, Саламаттык сактоо министрлиги, иш

берүүчү жана "ЖОБО ортосундагы төрт тараптуу типтүү келишим түзүлөт [148].

Программада 150 эле орун каралгандыктан, мындай муктаждык болгон күндө да, алыскы райондордо, чакан шаарларда жана айыл жергесинде саламаттык сактоо уюмдарында иштеген бардык жаш адистерди депозит менен камсыздай албайт. Программада катышуу мөөнөтү 3 жыл. Кошумча дем берүү программасы боюнча келишимдин мөөнөтү бүткөн соң, жаш адистер келишимдин мөөнөтүн узартууну талап кылышат, узартылбаса кетип калышат. Дарыгерлерге кошумча дем берүү программасы алыскы райондордогу бош орундарды толуктоого мүмкүндүк берет, бирок кадрларды жеринде бекитүүнүн узак мөөнөттүү механизми болуп бере албайт. Мурунураак белгиленгендей, сектор аралык механизмдер жана ЖОБОНун бул маселеге көбүрөөк катышуусу керек [18].

Саламаттык сактоо министрлиги тарабынан кадрларды ишке тартуу боюнча дипломдон кийинки жана үзгүлтүксүз медициналык билим берүү ишин борбордон ажыратуу жүргүзүлүүдө, иш орундарында квалификациясын жогорулатуу үчүн шарттар түзүлүүдө, “коллегиялык байкоо топтору”, дистанциялык окутуу, телеконсультациялар жана клиникалык устатчылык, мунун ичинен дистанциялык устатчылык сыяктуу үзгүлтүксүз билим берүү ыкмалары ишке киргизилүүдө, электрондук саламаттык сактоо ресурстарына, клиникалык нускамаларга жана протоколдорго жол ачылып берилүүдө [56].

Саламаттык сактоо министрлигинин алдында кадр ресурстары боюнча абалды жакшыртуу үчүн көптөгөн маселелер турат. 2018-жылга чейин узартылган “Ден соолук” (2012-2016) реформалоо программасында кадр ресурстары боюнча көйгөй курч бойдон турат, үй-бүлөлүк дарыгерлерди даярдоого жана камсыздоого, өлкөнүн айылдарын жана алыскы региондорун дарыгер кадрлар менен камсыздоого байланыштуу индикаторлор аткарылган жок. Саламаттык сактоо министрлиги бул көйгөйлөрдү так түшүнүү менен булар жөнүндө ачык айтып, аны чечүү жолдорунун үстүндө иштеп жатат [103].

Азыркы учурда Саламаттык сактоо министрлиги бардык кызыкдар

тараптарды жана өнөктөштөрдү кеңири тартуу менен 2040-жылга чейинки “Жаңы доор” өлкөнү өнүктүрүүнүн улуттук программасына жана Өкмөттүн беш жылдык “Кырк кадам” программасына ылайык 2030-жылга чейин Саламаттык сактоону өнүктүрүү программасын иштеп жатат. Саламаттык сактоону өнүктүрүү боюнча аталган программада чечим табылууга тийиш болгон саламаттык сактоодогу кадр ресурстары боюнча негизги көйгөйлөр - айылдарда жана алыскы региондордо дарыгер кадрларынын, айрыкча үй-бүлөлүк дарыгерлеринин жетишсиздиги, пациенттердин жана дарыгерлердин өздөрүнүн кызыкчылыктарын коргоо үчүн медициналык кызматкерлердин кесиптик ишмерлигиндеги жөнгө салуучулук маселелери, ошондой саламаттык сактоо тармагында эле ачык, эффективдүү жана адилеттүү кадрдык саясатын иштеп чыгуу болуп саналат [157].

2-БАП

ИЗИЛДӨӨНҮН МЕТОДОЛОГИЯСЫ ЖАНА ЫКМАЛАРЫ

2.1. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамды изилдөөнүн жалпы методологиясы

Изилдөөдө, “Кыргыз Республикасындагы саламаттык сактоо уюмдарынын ишине байланыштуу келип чыгуучу коомдук мамилелерди жөнгө салат, алардын иштешинин укуктук негиздерин түзөт, саламаттык сактоо уюмдарынын типтерин, түрлөрүн аныктайт, аларды медициналык-санитардык жардам көрсөтүү деңгээлдери боюнча классификациялайт” деп аталган Кыргыз Республикасынын 2004-жылдын 13-августу № 116, 2016-жылдын 29-апрелиндеги № 52, 2017-жылдын 2-августундагы № 167, 2017-жылдын 1-декабрындагы № 197 (2), 2020-жылдын 22-августундагы № 142 редакцияланган “Кыргыз Республикасындагы саламаттык сактоо уюмдары жөнүндө” мыйзамын жетекчиликке алдык [174].

Медициналык кызматкерлердин эмгегин жана медициналык жардамды уюштуруу боюнча Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты Сактоо Министрлигинин жоболору — илимий иштин методологиялык негизин түздү.

Изилдөө иштери кыргыз республикасынын Ош облусунун Ноокат районунун үй-бүлөлүк медицина, Жалалабад облусунун Сузак районунун үй-бүлөлүк медицина, Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборлорунун жана дарыгерлеринин ишмердүүлүктөрү камтылган комплекстүү статистикалык изилдөө болуп эсептелет.

Жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан көрсөтүлгөн терапиялык жардамдын сапатына *эксперттик баа берүүдө*, терапиялык бейтаптарды амбулатордук дарылоонун аяктаган 415 учуру, анын ичинде: ревматизм - 45 учур, гипертониянын II стадиясында - 55, жүрөктүн ишемиялык

оорусу - 50, бронхит (курч жана өнөкөт) - 50, ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы - 40, гастрит (өнөкөт) - 45, холецистит (өнөкөт) - 40, нефрит (курч жана өнөкөт) - 50 учур, бронхиалдык астма – 40 алынган.

Терапиялык жардамдын сапатына берилген *эксперттик баалардын негизинде*: ревматизм – 40 учур, гипертония II стадия – 65, жүрөктүн ишемиялык оорусу – 60, бронхиалдык астма- 48, ашказан жана он эки эли ичеги жарасы - 56, гастрит (өнөкөт) - 55, холецистит (өнөкөт) - 40, нефрит (курч жана өнөкөт) – 58 ди түзүп жалпы – 422 учур изилденген.

Медициналык жардамдын сапатын терең изилдөө үчүн нозологиялык формалар боюнча жалпы оорулары бар ар бир үчүнчү амбулатордук карта жана сейрек кездешүүчү оорулар менен ар бир экинчи карта текшерилип талдоо пайызы 35-50% га чейин көбөйтүлдү.

Амбулатордук бейтаптарды клиникалык кароонун сапатына эксперттик баа берүүдө, диспансердик көзөмөлдө турган 145 өнөкөт оорулары бар бейтаптардын диспансердик карталарына байкоо жүргүзүлгөн, анын ичинде: гипертония – 20 учур, жүрөктүн ишемиялык оорусу оору - 60, ашказан жана он эки эли ичеги жарасы - 15, гастрит (өнөкөт) - 20, нефрит (өнөкөт) - 20, холецистит (өнөкөт), - 15, бронхит (өнөкөт) - 10, бронхиалдык астма - 10, кант диабети - 10, ревматизм, ревматоиддик артрит - 10 жана анемия - 15.

Жалпы практикалык дарыгерлердин эксперименталдык шарттарында 2007-жылы аякталган 320 амбулаториялык пациенттердин каттоосу экспертизадан өткөрүлдү, анын ичинде төмөнкү оорулар: ревматизм - 25 учур, гипертония II стадиясында - 50, жүрөктүн ишемиялык оорусу - 40, пневмония - 25, бронхит. – 30, бронхиалдык астма – 25, ашказан жана он эки эли ичеги жарасы – 35, гастрит (өнөкөт) – 35, холецистит (өнөкөт) – 25, нефрит (курч жана өнөкөт) – 30.

Эксперименттик шарттарда жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлерде 2023-жылы аяктаган ооруу менен амбулатордук оорулуулардын 235 каттоосу экспертизасынан өткөн, анын ичинде: ревматизм – 25 учур, гипертония II стадиясында. - 55, жүрөктүн ишемиялык оорусу - 50, пневмония -

25, бронхит - 40, бронхиалдык астма - 25, ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы - 30, гастрит (өнөкөт) - 30, холецистит (өнөкөт) - 25, нефрит жана нефрит. өнөкөт) – 30 оорулар түзгөн.

Жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлер көрсөткөн медициналык жардамдын сапаты боюнча калктан 204 анкета алынып талданды.

90 үй-бүлөлүк дарыгердин иш уюштуруусу каралып, жалпысынан, 3255 саат (465 жумушчу күн) изилденген.

Эксперименттик шарттарда 50 дарыгердин жалпысынан 1735 саатка (249 жумушчу күн) жазылган жумуш убактысынын хронометражы жүргүзүлгөн.

Шаардык жана айыл шарттарында жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлер көрсөткөн амбулаториялык жардамдын көлөмү жана мүнөзү 65400 кайрылуунун маалыматтары боюнча изилденди.

Жүргүзүлгөн комплекстүү изилдөөлөрдүн негизинде методикалык сунуштамаларды иштеп чыгып, эксперименталдык жактан текшерип (2020-2024 ж.ж), практикага киргизилди.

Мындан тышкары, биз үй-бүлөлүк дарыгерлердин жана терапевттердин ишмердигинин медициналык-профилактикалык, уюштуруучулук, технологиялык жана социалдык-экономикалык аспектилерин комплекстүү изилдөө үчүн атайын методологияны жана программаны иштеп чыктык.

Изилдөөнүн максатына жана милдеттерине ылайык: статистикалык, эксперттик баалоо жана эксперименталдык методдор колдонулду.

Изилдөөнүн натыйжаларынын ишенимдүүлүгү математикалык статистикалык методдор менен чыгарылды [49].

Топтордун ортосундагы айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү Стюденттин параметрдик тестинин жардамы менен аныкталды (t - ишенимдүүлүк критерийи же ишеним коэффициентин), репрезентативдик каталар ($\pm m$), "p" эсептөө - катасыз прогноздун ишенимдүүлүк критерийи $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$ (95,0%; 99,0%; 99,9%) колдонулган. Ал эми статистикалык иштетүү Statistica 6.0 жана MS Excel 2003 программаларынын жардамы аркылуу ишке ашырылды.

Изилдөөнүн ар бир багыты боюнча иш пландары түзүлүп, жумушчу программалар жана методдор иштелип чыкты (эксперттик баалоо карталары, хронокарталар, анкеталар ж.б).

Калктын ден соолугунун көрсөткүчтөрү, профилактикалык иш-чаралар, ошондой эле амбулаториялык жардамдын көлөмү жөнүндө маалыматтар, баштапкы медициналык документтерден, ошондой жылдык статистикалык отчетторунун (форма 12 ЗДРАВ, форма 12 НСК) маалыматтарынан алынды.

Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишин изилдөөдө, дарыгердин бейтапты бир жолу кабыл алуусу бир жумуш сааты эсептелип байкоо бирдигин түздү; амбулаториялык медициналык жардамдын сапатына эксперттик баа берүүдө - өнөкөт оорусу менен 3 жылдан кем эмес жергиликтүү дарыгердин көзөмөлүндө туруп, дарылоону аяктаган пациент эсептелди;

2.2. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишинин уюштурулушу жана амбулаториялык кабыл алуунун методологиясы

Бул иштин өзгөчөлүгү, жалпы практикалык дарыгерлердин амбулаториялык кабыл алуудагы технологиялык жана эмгек процесси изилдеген. Технологиялык процесс медициналык жардам көрсөтүүнүн мазмунун жана мүнөзүн аныктаса, анда эмгек процесси аткаруучулардын (дарыгер жана медайым) иш-аракетинин мазмунун жана тартибин аныктайт. Ошондуктан бул изилдөөнү жүргүзүүдө технологиялык процессти алгачкы изилдөө менен катар өркүндөтүлгөн технологияны иштеп чыгуу жана анын натыйжалуулугун баалоо үчүн зарыл болгон эмгек процесси да изилденген .

Изилдөө системалык ыкманы колдонуу менен жүргүзүлдү, бул ар бир уюм бөлүктөн турган система экенин, ар биринин өзүнүн максаттары бар экенин таанууну билдирет. Бул кызматтардан жалпы практикалык врачтын жана терапевттин амбулатордук кабыл алуудагы ишинин технологиясын тейлөөнүн конкреттүү ыкмаларынан жана ыкмаларынан абстракциялоонун

натыйжасында обочолонгон үч подсистемадан турган система катары кароо керек [42]: 1. маалыматты жана чогултуу кабыл алуу;

2. алынган маалыматты изилдеп чыгуу жана чечимдерди кабыл алуу процесси;

3. кабыл алынган чечимди ишке ашыруу жана коюлган максаттарга жетүүнү көзөмөлдөө.

Иштин технологиясын системалуу көз караштан кароо кошумча мүмкүнчүлүктөрдү ачып, амбулатордук кабыл алууда врач аткарган технологиялык жана эмгек операцияларын тыгыз байланышта изилдөөгө мүмкүндүк берет.

Технологияны изилдөө жана өркүндөтүү боюнча иштер 2 этап менен жүргүзүлдү.

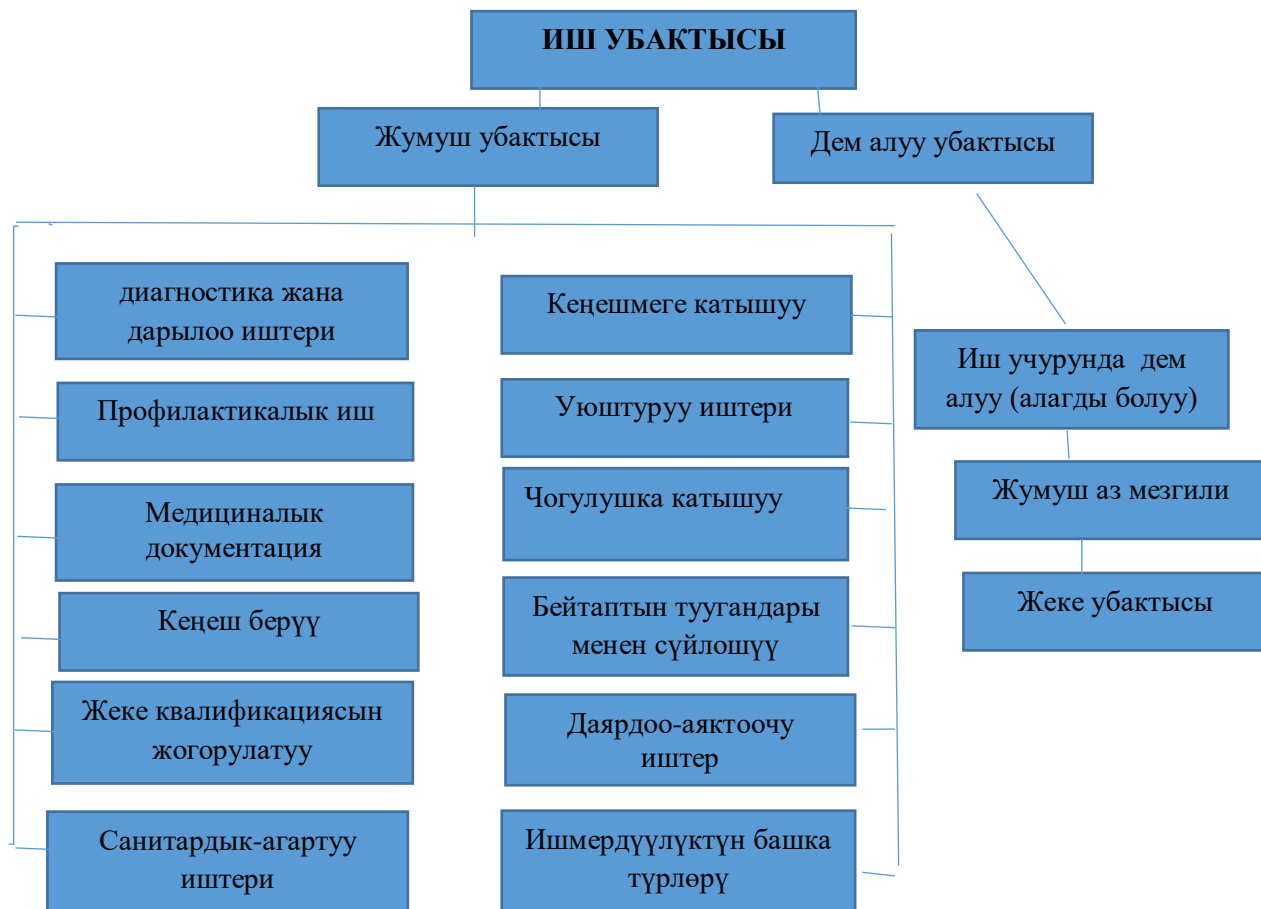
Биринчи этап 2020-2022-жылдарды камтыйт. Бул мезгил ичинде амбулатордук кабыл алуулардагы жалпы практикалык дарыгерлердин азыркы шарттарда иштөө технологиясы изилденип, диагностика жана дарылоо маселелери боюнча клиникалык медицинанын заманбап жетишкендиктери да изилденген.

Изилдөөлөрдүн натыйжалары боюнча медициналык мекеменин түрүнө (райондук, шаардык) жана материалдык-техникалык базага зарыл болгон өзгөртүүлөр менен эң көп таралган оорулар боюнча медициналык жардамдын стандарттары иштелип чыкты.

Экинчи этап 2022-2024-жылдарды камтыйт. Бул мезгилде долбоорлонгон амбулатордук кабыл алуунун технологиясы сыноодон өткөрүлдү жана такталды, анын жыйынтыгы боюнча жалпы практикалык дарыгерлердин ишин уюштурууну жана ишинин технологиясын жакшыртуу боюнча сунуштар иштелип чыкты.

Бул бөлүмдү изилдөөнүн методологиясын жана уюштуруусун көрсөтүүгө түздөн-түз өтүүдөн мурун, эмгек процессин изилдөөдө негизги пункт болуп саналган жумуш убактысынын чыгымдарын классификациялоо принциптерине токтоло кетүү зарыл. Үй-бүлөлүк дарыгердин ишинин өзгөчөлүгүн эске алуу

менен биз бул адистер үчүн жумуш убактысынын бөлүштүрүлүү классификациясын иштеп чыктык (2.2.1-схема).



2.2.1-схема – Үй-бүлөлүк дарыгер үчүн жумуш убактысынын чыгымдарынын классификациясы.

Үй-бүлөлүк дарыгер үчүн жумуш убактысынын сарпталышын изилдөө боюнча иштерди жүргүзүүдө эң маанилүү милдет болуп хронометраждык карталарды түзүү саналат, мында байкоо жүргүзүүнүн бүткүл мезгилиндеги байкоочу адамдын убактысынын чыгымын жазууга милдеттүү.

Хронокарталарды түзүүдөн мурун биз жалпы практикалык дарыгерлер (үй-бүлөлүк дарыгерлер) аткарган функциялардын тизмесин алдын ала аныктадык. Андан соң иштелип чыккан “хронокарта долбоору жалпы практикалык дарыгерлерге алардын ишинин бардык элементтерин тактоо үчүн 5 күн бою автохронометраж жүргүзүү үчүн тапшырылды.

Киргизилген өзгөртүүлөр жана толуктоолор эске алынып, акырында 4 хронокарта иштелип чыккан:

- 1) «жалпы практикалык дарыгердин (участкалык) амбулатордук баруу хронокартасы»;
- 2) «үй-бүлөлүк дарыгердин клиникада (амбулаторияда) иштөө убактысын эсепке алуу хронокартасы» ;
- 3) «үй-бүлөлүк дарыгердин үйгө чакыруу боюнча тейлөө хронокартасы ;
- 4) «дарыгердин участкаторго баруудагы иш убактысынын хронокартасы».

Хронометраж менен биргеликте иш күнүн сүрөткө тартуу ыкмасын да колдондук. Бул үчүн биз байкоо баракчасын (8-тиркеме) колдондук, мында хронометражчылар байкоолордун жыйынтыгын киргизип, иштин ар бир элементинин башталышы жана аяктоо убактысын белгилешти.

Бул ыкмалардын айкалышы бизге жалпы практикалык дарыгерлердин (үй-бүлөлүк дарыгерлердин) жумуш убактысын бөлүштүрүү боюнча ишенимдүү, толук жана ар тараптуу маалымат алууга мүмкүнчүлүк берди.

Хронокарталарды түзүүдө, биздин изилдөөбүздүн максатына жана милдеттерине ылайыктап Ю. И .Зотов (1970) жана Р. С .Гаджиев (2005) түзгөн карталарга өзгөртүүлөр жана толуктоолорду киригизүү менен негиз катары алынган.

Ар бир хронометражды жүргүзүүдө медициналык документтерди жүргүзүүнүн жана тариздөөнүн методикасы боюнча көрсөтмөлөр берилди. Убакыт башталар алдында жалпы практикалык дарыгерлерге жана изилдөөнүн максатын жана милдеттерин түшүндүрүлдү.

Эмгекти уюштурууну изилдөө программасын иштеп чыгууда дагы бир маанилүү жагдай, белгилүү болгондой, байкоо бирдигин туура тандоо жана эмгек бирдигин негиздөө болуп саналат. Жалпы практикалык дарыгерлердин иш процесстеринин мүнөзүн алдын ала изилдөө жумуш убактысынын ичинде ар кандай иш-аракеттерди аткараарын аныктоого мүмкүндүк берди.

Мисалы, бейтаптарды кабыл алуу жана кеңеш берүү, документация менен иштөө, профилактикалык иштер, чогулштарга катышуу, бейтаптардын жакындары менен сүйлөшүү ж.б. Ушуга байланыштуу изилдөөдө байкоо бирдиги катары жалпы практикалык дарыгердин (үй-бүлөлүк дарыгерлердин) бир жумушчу сааты алынган. Медицина кызматкерлеринин эмгегин уюштурууну изилдеген бир катар авторлор сыяктуу, биз М.Меркованын (1963) формуласын колдондук.

2.3. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын изилдөө

Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын изилдөөдө биздин изилдөөбүздүн максаттарына жана милдеттерине байланыштуу Б.З.Кучеренко (2002) тарабынан иштелип чыккан *эксперттик баалоо* ыкмасына толуктоолор жана өзгөртүүлөр киргизилип колдонулду.

Материалды чогултуу үчүн *«Жалпы практикалык дарыгерлер тарабынан көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын эксперттик баалоо картасы»* иштелип чыккан. Аны түзүүдө КРССМги тарабынан бекитилген көп кездешүүчү терапиялык оорулар боюнча амбулаторияларда бейтаптарды текшерүүнүн жана дарылоонун клиникалык протоколдору негизге алынган.

Терапиялык жардамдын сапатын баалоодо: ооруну өз убагында изидөө, диагноздун негиздүүлүгү, дарылоонун өз убагында жана сапаты, консультациялык жардамдын сапаты критерийлери колдонулду. Эксперттер ошондой эле амбулатордук иш кагаздарын жүргүзүүнүн жана иштетүүнүн сапаты боюнча кемчиликтерин айтышты. Медициналык жардамдын сапатын баалоо үчүн негиз катары эксперттердин корутундулары алынды.

Диспансердик көзөмөлдүн сапатын изилдөө үчүн атайын *“Амбулатордук диспансердик көзөмөлдүн сапатын эксперттик баалоо картасы”* иштелип чыкты, анда төмөнкү бөлүмдөр камтылган: байкоо жүргүзүүнүн үзгүлтүксүздүгү, лабораториялык жана клиникалык изилдөөлөрдүн толуктугу жана өз убагында

жүргүзүлүшү, консультациялык жардамдын сапаты; дарылоо жана эс алуу иш-чаралары, медициналык кароонун натыйжалуулугу ж.б.

Үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын баалоодо байкоо бирдиги катары дарыланып бүткөн бейтап алынган.

Терапиялык жардамдын сапатын текшерүү үчүн үй-бүлөлүк дарыгерлер, аклиникалык жетекчилер, бөлүм башчылары, райондордун жана Ош шаарынын башкы терапевттери, штаттык врач-эксперттер тартылган.

Ар бир экспертке биз иштеп чыккан *«Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык кызматтын сапатын эксперттик баалоо картасын толтуруу боюнча нускама»* берилди жана башкы терапевттеринин катышуусунда эксперт-дарыгерлерге медициналык жардамдын сапатын баалоо методикасы боюнча көрсөтмөлөр берилди. Экспертизанын сапатын башкы адистер менен биргеликте такай көзөмөл жүргүзүлдү.

Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун сунуштарына ылайык (1990) медициналык жардамдын сапатынын критерийлеринин бири калктын медициналык жардамга канааттануусу болуп саналат. Мындай маалыматты алуу үчүн биз сурамжылоо (анкетирлөө) ыкмасын колдондук. Изилдөөнүн предмети болуп үй-бүлөлүк медицина борборлоруна кайрылган бейтаптар эсептелди.

Маалымат чогултуу үчүн 4 анкета иштелип чыкты:

- 1) *“Үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапаты жана уюштурулушу жөнүндө калктын пикирин изилдөө үчүн анкета”;*
- 2) *“Үй-бүлөлүк медицинадагы көрсөтүлүүчү медициналык жардамды уюштуруу жана сапаты”;*
- 3) *“Калктын профилактикалык кароо жана диспансердик көзөмөлгө болгон пикири изилдөө үчүн анкета);*
- 4) *“18 жаштан жогорку курактагы калктын жашоо шарты жонундө анкета”.*

2.4. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык кызматтын ишмердүүлүгүнүн экономикалык аспектилерин изилдөө методикасы

Азыркы учурда саламаттыкты сактоонун менеджменттин жана экономикасынын негизги принциптерин билүүнүн негизинде ресурстарды башкаруу процессине клиницисттердин катышуусу көбөйүүдө. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин милдети — иш учун зарыл болгон нерселерди алуу гана эмес, ошондой эле аларга берилген бардык материалдык, финансылык жана эмгек ресурстарын натыйжалуу пайдалануу болуп эсептелет.

Изилдөө саламаттык сактоо мекемелеринин ишмердигине экономикалык талдоо жүргүзүүнүн жалпы методологиялык мамилелерине негизделген. Ошону менен бирге материал чогултуу, аны талдоо, чарбалык эсептерди жүргүзүү, саламаттыкты сактоо ресурстарын пайдалануунун эффективдүүлүгү боюнча алынган маалыматтарды талдоо кирет.

Жалпы практикалык дарыгерлердин жана терапевттердин ишинин экономикалык аспектилерине В .З. Кучеренко (1996, 2001), Е. Н. Кулагина, И. И. Введенская (1998), Н. Г. Шамшурина (2001), В. М. Шипова, В. Н .Синицын (2001), Р. С. Гаджиев (2003) тарабынан иштелип чыккан методдорду колдонуу менен изилдөө жүргүзүлдү.

Талдоо үчүн төмөнкүдөй *экономикалык көрсөткүчтөр* алынган:

- 1 жана 100 лабораториялык жана инструменталдык изилдөөлөрдүн саны (текшерилген адам);
- жалпы практикалык, кууш адистиктеги дарыгерлердин бир жолу амбулаторияда же пациенттин үйүнө барып кабыл алуу баасы;
- жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлер тейлеген аймактардан тез медициналык жардам көрсөтүү боюнча калктын кайрылууларынын жыштыгы (1000 калкка);
- жергиликтүү дарыгерлер тейлеген аймактардан ооруканага жаткырылгандардын саны (1000 калкка);

- үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан кууш адистиктеги дарыгерлердин консультациясына жиберилген пациенттердин саны (1000 келүүгө);
- убактылуу эмгекке жарамсыздык баракча ачылган 100 оорулуу (учуру жана күндөрү боюнча);
- нозологиялык формалар боюнча бейтаптарды дарылоонун орточо убактысы;
- үй-бүлөлүк дарыгерлер тейлеген аймактарда кургак учук жана онкологиялык оорулардын өнүккөн учурларынын санынын азайышы (көбөйүшү);
- жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан берилген убактылуу эмгекке жарамсыздык баракчалардын саны (100 бейтапка);
- жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлер тейлеген аймактарда калктын алгачкы майыптыгынан келип чыккан финансылык чыгымы;
- диагностикалык жана дарылоочу жабдууларды (электрокардиограф, УЗИ, физиотерапевтик жабдуулар ж.б.) пайдалануу коэффициенти.

Жалпы практикалык жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишинин экономикалык аспектилерин изилдөөдө: экономикалык; каржылык талдоо; эмгекке кеткен чыгымдардын убактысынын эсебин жүргүзүү; экономикалык жана статистикалык методдор; экономикалык эксперименттин изилдөө ыкмаларын колдонулду.

3-БАП

ИЗИЛДӨӨНҮН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ ЖАНА АЛАРДЫ ТАЛКУУЛОО

3.1.1. Ош облусунда оорулардын негизги класстарынын динамикасы

Ооруларды класстар боюнча изилдөө — медицина жана коомдук саламаттыкты сактоо тармагындагы негизги багыттардын бири. Бул жаатта изилдөөлөрдү жүргүзгөн окумуштуулар, уюмдар жана институттар ар кандай оорулардын таралышын, себептерин жана алдын алуу жолдорун изилдейт.

Кыргызстандагы оорулардын негизги класстарын салыштырып изилдөө көптөгөн мекемелердин жана окумуштуулардын аракетинин натыйжасы болуп саналат. Бул изилдөөлөр калктын саламаттыгын жакшыртуу жана саламаттыкты сактоо системасын өнүктүрүү боюнча негизги чечимдерди кабыл алууга жардам берет.

Ош облусунда оорулардын негизги класстарынын 2019–2023-жылдар аралыгындагы динамикасын изилдөө аймактагы саламаттыкты сактоо системасынын абалын жана көйгөйлөрүн терең түшүнүү үчүн өтө маанилүү. Эпидемиологиялык абалды баалоо аркылуу оорулардын түрлөрү жана динамикасы аркылуу аймактагы калктын ден соолугунун негизги көйгөйлөрү аныкталат. Саламаттыкты сактоо саясатын оптималдаштыруу багытында оорунун түрлөрүнүн таралышы боюнча маалыматтар программаларды жана ресурстарды натыйжалуу пландаштырууга мүмкүндүк берет. Профилактика жана дарылоо иш-чаралары ооруларды алдын алуу жана дарылоо боюнча конкреттүү чараларды иштеп чыгуу үчүн негиз түзөт. Ал эми Пандемиянын таасирин баалоо менен COVID-19 пандемиясынын саламаттыкты сактоого тийгизген таасири жана анын аймактагы ооруларга болгон өзгөрүүлөрүн изилдөө маанилүү 3.1.1-таблица.

3.1.1-таблица – Оорулардын класстары боюнча таралышы (Ош облусу 16 жаштан жогоркулар 2019-2023-ж)

№		Абсолюттук саны					100 миң калкка				
		2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Жалпы	246407	162841	196807	237769	204858	28041,2	18197,5	21552,0	26290,7	22004,0
1	Айрым жугуштуу жана мите оорулары	7524	9511	7203	6783	6602	856,2	1062,9	788,8	750,0	711,5
2	Шишик (онкологиялык) оорулар	2227	1432	1648	1655	1344	253,4	160,0	180,5	183,0	144,8
3	Кан оорулары	11168	6819	6287	8082	6425	1270,9	762,0	688,5	893,6	692,4
4	Эндокриндик системанын оорулары	15251	14234	14967	15426	16655	1735,6	1590,6	1639,0	1705,7	1722,5
5	Психикалык бузулуулар	5152	2164	4335	4303	4055	586,3	241,8	474,7	475,8	437,0
6	Нерв системасынын оорулары	15800	10635	12962	17359	14637	1798	1188,5	1419,4	1919,4	1577,3
7	Көз оорулары	18517	9962	13487	16730	15595	2107,2	1113,3	1476,9	1849,9	1680,6
8	Кулак оорулары	4965	2326	3855	5643	4323	565	259,9	422,2	624,0	465,9
9	Кан айлануу системасынын оорулары	45978	32226	33459	41587	36376	5232,3	3601,2	3664,0	4598,4	3920,0
10	Дем алуу органдарынын оорулары	26631	19097	23689	29566	25814	3030,6	2134,1	2594,1	3269,2	2781,8
11	Тамак сиңирүү оорулары	16831	11125	12829	15233	10258	1915,4	1243,2	1404,9	1684,4	1105,4
12	Тери оорулары	8304	3988	6799	7459	6712	945	445,7	744,5	824,8	723,3
13	Таяныч-кыймыл аппаратынын оорулары	13171	7018	12013	13706	11467	1498,9	784,3	1315,5	1515,5	1235,7
14	Заара-жыныс системасынын оорулары	29123	19021	25329	29367	25487	3314,2	2125,6	2773,7	3247,2	2746,6
15	Кош бойлуулук, төрөт жана төрөтгөн кийинки мезгил	17759	8568	12908	18100	12508	4059,8	1923,9	2839,0	3986,6	1347,9
16	Тубаса кемтиктер	522	207	326	378	303	59,4	23,1	35,7	41,8	32,7
17	Симптомдору так аныкталбаган оорулар	664	332	621	720	671	75,6	37,1	68,0	79,6	72,3
18	Жаракаттар жана уулануу	6820	4176	4090	5672	5626	776,1	466,7	447,9	627,2	606,3
Эскертме: маалыматтар КР ССМнин Электрондук саламаттык сактоо борборунун 2019-2023 жж отчеттук формасынан алынган											

Жалпы оорулардын саны: 2019-жылы 246,407 учур катталып, 2020-жылы бул көрсөткүч кескин азайып (162,841 учур), кийин жыл сайын кайрадан жогорулаган (2023-жылы 204,858 учурга жеткен). Бул пандемия мезгилиндеги медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүнүн чектелиши жана каттоо системасындагы өзгөрүүлөр менен байланыштуу болушу мүмкүн.

Оорулардын негизги класстары боюнча кан айлануу системасынын оорулары: Ар жылдар бою эң көп катталган оорулардын бири. 2019-жылы 45,978 учур катталып, 2023-жылы 36,376 учурга чейин азайган. 100 миң калкка катышы 2019-жылы 5,232.3төн 2023-жылы 3,920.0гө төмөндөгөн.

Дем алуу органдарынын оорулары: Катталган учурлар саны 2019-жылы 26,631ден 2023-жылы 25,814ке чейин өзгөрүп турган. Пандемия учурунда (2020–2021) бул оорулардын көбөйүшү байкалган.

Эндокриндик системанын оорулары: 2019–2023-жылдар аралыгында өсүү тенденциясы байкалат: 15,251 учурдан 16,655ке жеткен.

100 миң калкка катышы да жыл сайын өсүп турган (2019-жылы 1,735.6, 2023-жылы 1,722.5).

Онкологиялык оорулар: Туруктуу деңгээлде, бирок 2023-жылы бир аз азайган: 2,227 учурдан 1,344кө чейин.

Жаракаттар жана уулануу: 2019-жылы 6,820 учур катталган, бул көрсөткүч 2023-жылы 5,626га чейин азайган.

Психикалык бузулуулар: 2020-жылы (пандемия мезгилинде) катталган учурлар 2,164кө чейин азайып, андан соң кайра өскөн.

Көз оорулары: 2019-жылдан 2023-жылга чейин жалпы учурлар азайып, туруктуулукка жетишкен.

Анализден көрүнүп тургандай, пандемия оорулардын динамикасына олуттуу таасир тийгизген. Айрым класстар боюнча өсүү тенденциясы байкалган (эндокриндик оорулар), ал эми башкаларында туруктуу кыскаруу жүргөн (кан айлануу системасы жана жаракаттар). Бул маалыматтарды колдонуп, Ош облусунун саламаттык сактоо системасындагы ресурстарды

эффективдүү бөлүштүрүү жана алдын алуу иштерин күчөтүү боюнча чечимдерди кабыл алууга болот.

Алынган маалыматтардын негизинде оорулардын негизги класстарын бири-бири менен салыштырып, жыл сайын катталган учурлардын саны боюнча орундарын аныктап, жалпы динамиканы кеңири талдап чыгалы. Ар бир оорунун абсолюттук санын пайдаланып, жыл сайын оорулардын орундарын төмөнкүдөй бөлүп карасак 3.1.2-таблица.

3.1.2-таблица - Оорулардын орундары

№	Жыл	1-орун	2-орун	3-орун	4-орун	5-орун
1	2019	Кан айлануу (45,978)	Заара-жыныс (29,123)	Дем алуу (26,631)	Тамак сиңирүү (16,831)	Нерв системасы (15,800)
2	2020	Кан айлануу (32,226)	Заара-жыныс (19,021)	Дем алуу (19,097)	Эндокриндик (14,234)	Нерв системасы (10,635)
3	2021	Кан айлануу (33,459)	Заара-жыныс (25,329)	Дем алуу (23,689)	Эндокриндик (14,967)	Нерв системасы (12,962)
4	2022	Кан айлануу (41,587)	Заара-жыныс (29,367)	Дем алуу (29,566)	Эндокриндик (15,426)	Нерв системасы (17,359)
5	2023	Кан айлануу (36,376)	Заара-жыныс (25,487)	Дем алуу (25,814)	Эндокриндик (16,655)	Нерв системасы (14,637)
<p>Эскертме: абсолюттук саны миң киши. Эскертме: маалыматтар КР ССМнин Электрондук саламаттык сактоо борборунун 2019-2023 жж отчеттук формасынан алынган</p>						

3.1.2-таблицада көрүнүп тургандай кан айлануу системасынын оорулары бардык жылдары 1-орунду ээлейт. 2019-жылы максималдуу көрсөткүч (45,978 учур) катталган, бирок 2023-жылы 36,376 учурга чейин азайган.

Заара-жыныс системасы: Туруктуу 2-орунду ээлейт. 2019-жылы 29,123 учур катталса, 2023-жылы 25,487 учур болгон.

Дем алуу органдары 3-орунда калып, пандемия учурунда (2020–2021) көрсөткүчтөр көбөйгөн. 2022-жылы 29,566 учур катталган болсо, 2023-жылы бул көрсөткүч 25,814кө төмөндөгөн.

Эндокриндик оорулар жыл сайын жогорулап, 4-орунда. 2019-жылы 15,251 учурдан баштап, 2023-жылы 16,655 учурга жеткен.

Нерв системасынын илдеттери 5-орунду ээлеп, көрсөткүчтөр салыштырмалуу туруктуу. 2019-жылы 15,800 учур катталган, 2023-жылы бул көрсөткүч бир аз азайып, 14,637 болгон.

Төрөт жана төрөттөн кийинки оорулар 2019-жылы 17,759 учур болсо, пандемия учурунда (2020) бул көрсөткүч кескин азайып, андан кийин кайра өскөн.

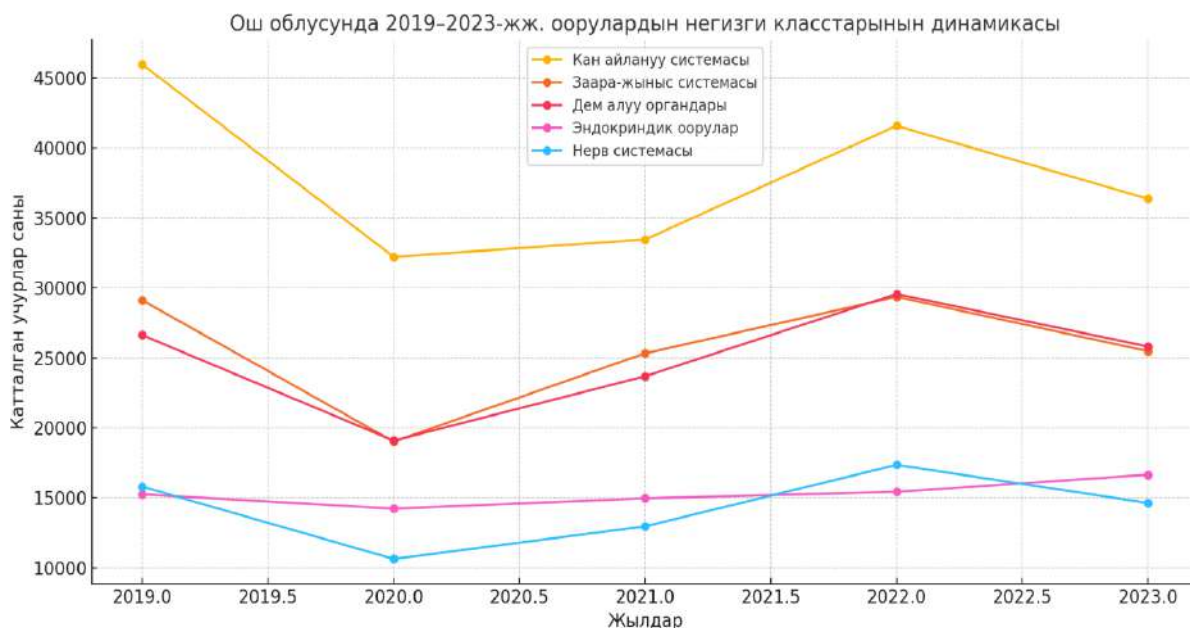
Шишик (онкологиялык) оорулар саны жыл сайын азайып, 2023-жылы 1,344кө жеткен.

Жаракаттар жана уулануу: Кызыктуу тенденция байкалат, көрсөткүчтөр салыштырмалуу азайган.

Бул анализ көрсөткөндөй, Ош облусунда эң кеңири тараган оорулар кан айлануу, заара-жыныс, дем алуу органдары, ошондой эле эндокриндик оорулар болуп саналат. 2020–2021-жылдары (пандемия учурунда) катталган учурлардын динамикасы өзгөргөн, бул ошол учурлардагы медициналык ресурстар менен байланыштуу болушу мүмкүн.

Изилденген мезгил аралыгында кан айлануу системасынын оорулары дайыма эң жогорку деңгээлде.

-Дем алуу жана заара-жыныс системасынын ооруларынын көрсөткүчтөрү да салыштырмалуу жогору жана туруктуу 3.1.1-сүрөт.



3.1.1-сүрөт – Ош облусундагы оорулардын негизги класстарынын 2019–2023-жылдар аралыгындагы динамикасы.

Эндокриндик жана нерв системасынын оорулары акыркы жылдарда бир аз өзгөрүү менен өсүү тенденциясын көрсөтөт.

Кан айлануу системасынын оорулары эң жогорку деңгээлде катталган жана жыл сайын калктын ден соолугундагы негизги көйгөйлөрдүн бири болуп калууда. Бул жүрөк-кан тамыр ооруларын алдын алуу жана дарылоо боюнча олуттуу чараларды талап кылат.

Заара-жыныс системасынын оорулары туруктуу түрдө экинчи орунда турат. Өсүү динамикасы бар, айрыкча, 2021–2022-жылдары көрсөткүчтөр көбөйгөн. Бул инфекциялык оорулар менен гигиеналык шарттардын сапатын жакшыртуу маселесин караштыруу керектигин билдирет.

Дем алуу органдарынын оорулары пандемия учурунда бул оорулар көбөйгөнү байкалат, бул COVID-19дун түздөн-түз жана кыйыр таасирлеринен кабар берет. Бирок, 2023-жылы оорулардын саны азайган. Бул жаатта алдын алуу жана климаттык шарттарга байланыштуу чараларды күчөтүү маанилүү.

Эндокриндик оорулар, айрыкча, кант диабетти жана йод жетишсиздиги көйгөйлөрү менен байланыштуу болушу мүмкүн. Жыл сайын өсүү динамикасы

байкалат, бул туура тамактануу жана алдын алуу иш-чараларын күчөтүүнү талап кылат.

Нерв системасынын ооруларынын көрсөткүчтөрү салыштырмалуу туруктуу бойдон калууда, бирок 2022-жылы аздап көбөйгөн. Бул, балким, стресс факторлору жана башка психологиялык маселелердин таасири менен байланыштуу.

Сунуштар. Кан айлануу оорулары боюнча: Гипертонияны алдын алуу боюнча программаларды ишке киргизүү. Калкты жүрөк-кан тамыр ооруларынын эрте белгилери боюнча маалымдоону күчөтүү. Ден соолукту текшерүү борборлорунун санын көбөйтүү.

Эндокриндик оорулар боюнча: Кант диабетинин алдын алуу үчүн туура тамактануу программаларын иштеп чыгуу. Йод кошулган туздарды колдонуу боюнча билим берүү иштерин күчөтүү.

Дем алуу оорулары: Профилактикалык эмдөөлөрдү уюштуруу жана күчөтүү. Климатка ылайыктуу шарттарды түзүү (жылуулук системаларын жакшыртуу).

Заара-жыныс оорулары: Суу менен камсыздоо жана санитардык-гигиеналык шарттарды жакшыртуу. Жеке гигиенанын эрежелерин калкка кеңири түшүндүрүү.

Психикалык саламаттыкты колдоо боюнча кризистик борборлорду түзүү. Нерв системасынын ооруларынын алдын алуу үчүн стресс менен күрөшүү боюнча билим берүү программаларын ишке ашыруу.

Бул ооруларды каттоо системасын санариптештирүү жана маалымдуулукту жогорулатуу. Жыл сайын оорулардын динамикасын көзөмөлдөп, тиешелүү корутундуларды чыгаруу.

Алынган маалыматтар оорулардын негизги себептерин тереңирээк түшүнүүгө жана Ош облусунда калктын ден соолугун жакшыртуу боюнча приоритеттүү иш-чараларды иштеп чыгууга жардам берет. Жогорудагы сунуштар эффективдүү аткарылган учурда, ооруларды алдын алуу жана дарылоо натыйжалуулугун жогорулатууга олуттуу салым кошот.

3.1.3 Ош областындагы үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык оорулар

Терапевттердин көзөмөлү астында жана жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасынан өткөрүлүп берилген калктын ооруп калуусун изилдөө төмөндөгү медициналык иш кагаздардын негизинде жүргүзүлдү:

1) амбулатордук карталар, 2) жылдык отчеттордогу маалыматтар; 3) амбулаториялык поликлиникалардын иши жөнүндө статистикалык маалыматтар; 4) отчеттуулук формалары; 5) үй-бүлөлүк дарыгерлер практиканын ишин жөнгө салуучу ченемдик укуктук документтер.

Терапиялык оорулардын таралышынын динамикасы жана структурасын салыштыруу жана талдоо үчүн ар бир бейтап боюнча 4 жылдык маалымат чогултулган.

2017-жылы терапевттерге кайрылган 100 пациенттин $79,6 \pm 2,3$ нөн оорулуулук аныкталды. 2018-жылы ал $75,2 \pm 2,2$ ге барабар болгон; 2019-жылы – $122,3 \pm 2,8$ жана 2020-жылы – $182,4 \pm 3,1$ ($p < 0,05$).

Оорунун өсүш тенденциясы эркектерде да (2018-жылы $119,8 \pm 2,6$ га салыштырганда, 2017-жылы $100,3\%$ га салыштырганда $85,3 \pm 2,4$) аялдарда да ($124,0 \pm 2,8$ $75,9 \pm 2,2$) байкалган.

Терапевттердин (2017) жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин (2018, 2019, 2020) көзөмөлүндөгү ар кандай курактагы пациенттердин арасындагы оорулардын жалпы көрсөткүчтөрү (текшерилген 100 адамга).

2017 жана 2020-жылдардагы оорулардын эң жогорку көрсөткүчү 70 жаштан жогору адамдарга тиешелүү болуп $131,0 \pm 2,4$ жана $244,8 \pm 1,8$ 2020-жылы ушул курактагы текшерилген пациенттердин жана алардын үй-бүлө мүчөлөрүнүн арасындагы айрыкча эркектер арасындагы оорулардын саны кескин көбөйгөндүктөн – 3,2 эсе жалпы оорунун деңгээли 1,8 эсеге өстү.

50-59 жаштагы адамдарда оорулардын көрсөткүчү, текшерилген 100 адамга $50,0 \pm 4,0$ ден $94,4 \pm 3,9$ га чейин жогорулады, ошондой эле эркек

бейтаптардын эсебинен (9.0 ± 0.4 тен 90, 9 ± 5.0 , б.а. 10 эсе). 60-69 жаштагы байкалган үй-бүлө мүчөлөрүндө оору 2,1 эсеге көбөйгөн (85.07 ± 4.3 тен 186.57 ± 2.7 ге чейин) ($p < 0.001$). 50 жаштан жогору курактык топтон экинчи ооруга чалдыккандардын оорусунун өсүшүнүн аныкталган динамикасы 2020-жылы сакталып калган ($192,6 \pm 4,2$; 100 байкалган үй-бүлө мүчөсүнө $169,6 \pm 3,7$ жана $355,5 \pm 6,7$). 50-59, тиешелүүлүгүнө жараша; 60-69 жана 70 жаштан жогору).

Байкоо жүргүзүү жылдарында жалпы оорунун деңгээлинин жогорулашы 50 жаштан жогору адамдар үчүн гана мүнөздүү (2017-жылы $88,7 \pm 4,0$; 2018-жылы $175,3 \pm 5,4$ жана 2020-жылы $208,1 \pm 5,6$, $P < 0,05$), ошондой эле 50 жашка чейинки үй-бүлө мүчөлөрү (72.5 ± 4.3 ; 79.7 ± 3.8 , $P > 0.05$ жана 165.3 ± 5.1 , $P < 0.05$). Андан тышкары, 2020-жылы жаш бейтаптардын арасындагы оорулардын өсүү темпи 50 жаштан ашкан адамдарга салыштырмалуу кыйла жогору болгон ($116,2$ жана $94,4\%$).

Алынган маалыматтар пенсияга чейинки жана пенсияга чыгуу курагындагы адамдардын улгайган курактагы топторунда гана эмес, ошондой эле жаштар арасында да оорунун өсүшүн көрсөттү.

Бирок улгайган адамдардын тобундагы оору эркектер арасында көбүрөөк көбөйгөн, ошондон улам бул курак алар үчүн азыркы оорулардын башталышы же күчөшү боюнча эң коркунучтуу деп жыйынтык чыгарсак болот.

2019-жылы кан айлануу системасынын оорулары (IX класс) жайылышы боюнча алдыңкы орунга чыккан. Эгерде 2017-жылы алар 100 сурамжылоого 20.0 ± 1.3 учурду түзсө (100 байкалган эркекке 13.7 жана 100 аялга 24.2), 2019 – жылы бул деңгээл $55.0 \pm 2, 7$ ге чейин көтөрүлгөн ($P < 0.001$). Эркектерде ал мурунку деңгээлден $2,7$ эсе ашып кетти ($37,9$), жана аялдар $2,9$ эсе (100 сурамжылоого $70,1$). 2020-жылы кан айлануу тутумунун ооруларынын таралышы өткөн жылга салыштырмалуу төмөн – $36,8 \pm 1,5$.

Бул класстагы оорулардын салыштырма салмагы 2017-жылы $25,1\%$ дан 2020-жылы $46,1\%$ га чейин жогорулаган. 2017-жылы биз көрсөткөн кан айлануу системасынын ооруларынын жайылуу деңгээли айыл жериндеги калктын деңгээлине дал келет. Кыязы, жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер өз

пациенттерине байкоо жүргүзүүнүн алгачкы жылдарында бар болгон патологияны аныктоого аракет кылып, бейтаптарды кылдаттык менен текшерип, аларды көрүүгө чакырышкан жана ушул класстагы оорулардын көп учурларын аныкташкан. Авторлор өз изилдөөлөрүндө жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк) дарыгерлери ушул эле мезгилде райондук терапевттерге караганда гипертония оорусунан дээрлик 5 эсе көп жана жүрөктүн ишемиялык ооруларынан 4,6 эсе көп учурларды аныкташарын көрсөтүшкөн.

Ар кандай курактык топтордогу үй-бүлө мүчөлөрүнүн арасында жүрөк-кан тамыр патологиясынын таралышынын деңгээлин изилдөө 2018-жылы анын жаш курагына жараша өсүш тенденциясы бар экендигин көрсөттү (3.1.1-таблица).

3.1.3-таблица – Ар кандай курактык топтордо кан айлануу системасынын ооруларынын таралышынын көрсөткүчтөрү (сурамжылоого алынган 100 адамга)

Жаш курагы	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 - жогорку	орточо
2017	1,8	1,7	8,2	11,6	38,8	51,7	20,0
2018	5,4	11,8	37,8	47,2	97,0	172,4	55,0
2020	8,3	-	16,0	58,3	48,3	211,1	36,8

Сурамжылоонун бардык мезгилинде 50 жашка чейинки бейтаптардын арасында ушул класстагы оорулардын үлүшү 2017-жылы 7,5% дан 2018-жылы 12,3% га жана 2008-жылы 13,1% га чейин көбөйгөндүгү байкалууда, бул жаштардын жүрөк жана кан тамыр ооруларынын үлүшү көбөйгөндүгүн тастыктайт.

Кан айлануу системасынын патологиясынын арасында биринчи орунда гипертония турат, ал ушул катмардагы оорулардын катталган учурларынын 51,2% түзөт. Экинчи орунду жүрөктүн ишемиялык оорусу ээлейт – 27,0%, ал

эми үчүнчү – мээнин кан тамыр оорулары – 19,4%. Ачылган структура айрым авторлор тарабынан белгиленген ушул класстагы оорулардын жалпы тенденциясын чагылдырат [4,7,8].

Гипертониялык оору негизинен аялдарда кездешет (катталган учурлардын 94,0%), негизинен 60-70 жашта (71,2%), бул бир катар илимпоздордун маалыматтары менен дал келет.

Эркектер арасында бул патологиянын таралышы 100 сурамжыланган эркекке 4.3 ± 1.8 , ал эми аялдар арасында 44.1 ± 3.7 ($P < 0.05$).

Ишемиялык оору эркектерге да, аялдарга да бирдей мүнөздүү, таралышы бирдей (100 бейтапка $15,5 \pm 3,3$ жана $12,8 \pm 2,5$). Бул оорунун көп бөлүгү 50 жаштан жогору адамдардын арасында катталган – 82,9%.

Мээнин кан тамыр оорулары аялдарда көбүрөөк кездешет (катталган учурлардын жалпы санынын 74,2%), таралуу деңгээли $12,8 \pm 2,4$ жана $6,8 \pm 2,3$. Бул оорунун катталган бардык учурлары 60 жаштан жогору пациенттерге тиешелүү, бул 60 жашында мээ кан тамыр ооруларынын максималдуу көрсөткүчтөрүн тапкан айрым авторлордун маалыматтарына туура келет.

Таралышы боюнча үчүнчү орунду таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын оорулары ээлейт (XIII-класс). Бул класстагы оорулардын жалпы ооруга чалдыгуу түзүмүндөгү үлүшү 2017-жылы 13,2%, 2019-жылы 12,2% жана 2020-жылы 10,5% түзгөн, каралып жаткан жылдарда алардын таралышы, тиешелүүлүгүнө жараша $10,5 \pm 1,7$;

Каралган 100 адамга $16,3 \pm 2,1$ жана $17,3 \pm 1,4$, бул таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын патологиясы учурларынын көбөйүшүнүн тенденциясын билдирет.

Ушул класстагы оорулардын ар кандай курактык топтордо жайылуу деңгээлин изилдөө 60 жаштан жогорку адамдарда бул патологиянын басымдуулук кылгандыгын көрсөттү, алардын арасында жалпы оорулардын 69% катталды. Бирок, 2006-жылы 50 жаштан жогору жана андан улуу пациенттердин арасында таяныч-кыймыл аппаратынын оорулары дээрлик

бирдей болгон (54,2% жана 45,8%), биринчи курактык топто айрым басымдуулук кылган.

Бул класстагы оорулардын ичинен остеохондроз эң көп кездешкен (54,3%), остеоартриттин үлүшү 43,5%, ревматоиддик артрит 3,2% учурларда аныкталган. 2006-жылы оорунун түзүмүндө төртүнчү орунда нерв системасынын оорулары турган, алардын деңгээли дээрлик 10 эсеге жогорулаган – айрым учурлардан үй бүлөнүн 100 мүчөсүнө $11,2 \pm 1,1$ чейин. Алардын үлүшү 6,1% ды түздү. Мындан тышкары, 50 жашка чейинки курактагы адамдарда ушул класстагы оорулар басымдуулук кылган (16га каршы 4). Бул дагы бир жолу өсүп жаткан социалдык-экономикалык кризистин шартында бейтаптардын бул курак категориясы оорулардын, атап айтканда, нерв системасынын ооруларынын өнүгүшүнө көбүрөөк сезимтал экендигин көрсөтөт.

Ичеги-карын системасынын оорулары (XI класс) 2017-жылы терапевттин сурамжыланган бейтаптарынын арасында бирдей жайылган. Жана 2018-жылы жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк дарыгерлер), $4,4 \pm 1,2$ жана $5,1 \pm 1,2$ түздү. Бул класстын нозологиялык формаларынан көбүнчө ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы (40,0%), өнөкөт гастрит (40,7%), 19,3% ичеги-карын ооруларынын башка оорулары аныкталды.

Кулак жана мастоиддик процесстин таралышы (VIII класс) 2019-жылы жогорку деңгээлде мүнөздөлгөн. Эгерде 2017-жылы райондук терапевт бейтаптарынын арасынан текшерилген 100 бейтапка $3,4 \pm 0,3$ табылса, анда бейтаптар жана алардын үй-бүлөлөрү жалпы практикалык дарыгерлердин көзөмөлү (үй-бүлөлүк дарыгерлер) – $8,2 \pm 1,0$ ($P < 0,05$). Көбүнчө кулак жана мастоиддик процесстин оорулары 60 жаштан жогору пациенттерде пайда болгон, анда жалпы оорулардын 66,7% катталган. 71,4%) учурларда, ушул курактагы адамдар угуу жөндөмүн жоготуу жөнүндө кайрылышкан.

Жыныс органдарынын оорулары (XIV класс) 2017-жылы текшерилген 100 адамга $4,4 \pm 0,9$ учурларда жана $6,4 \pm 1,1$ – 2018-жылы катталган ($P < 0,05$). 2019 жана 2020-жылдардагы тери жана тери асты кыртышы (XII класс)

ооруларынын оорушунун көрсөткүчү жогорулоонун белгилүү тенденциясы болгон (2017-жылы $4,7 \pm 1,1$ $2,0 \pm 0,7$ ге каршы), ошондой эле көздүн жана анын аднексасынын оорулары (VII даража) – 4,1 жана 9, 100гө 1ден, 3кө ($P < 0,05$) каршы. Көздүн оорулары жана анын аксессуардык аппараттары (VII класс) негизинен улгайган адамдарда катталган (60 жаштан жогору) – 66,7%). Эң көп таралган патология катаракта болуп саналат, ал ушул класстагы оорулардын жалпы санынын 50% түзөт.

Эндокриндик системанын оорулары, тамактануу жана зат алмашуунун бузулушу (IV класс) бир аз көбөйөт. 2017-жылы алар сурамжылоого алынган 100 кишиге 0,6 учурдан, ал эми 2018-жылы байкалган контингенттин 1,3 деңгээлине жеткен. 80.0%) учурлар аялдар арасында катталган, диабет диагнозу 50.0%, тиреотоксикоз 25.0% жана семирүү 25.0%. 2004-жылы катталган учурлардын ичинен 75,0% 60-69 жаштагы адамдарга тиешелүү.

Жаракат алуу, уулануу жана тышкы себептердин айрым башка кесепеттери үчүн (XIX класс) 2017-жылы участкалык терапевттер 100 байкалган учурлардын ичинен $2,7 \pm 0,8$ учурларда, ал эми жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк дарыгерлер) менен $3, 4 \pm 1,1$ кайрылышкан. Албетте, бул көрсөткүчтөр, ошондой эле несеп-жыныс системасынын ооруларынын көрсөткүчтөрү, негизинен, адистештирилген кызматтарга кайрылган пациенттердин кайрылуусуна байланыштуу, оорунун чыныгы деңгээлин чагылдырбайт.

Жогоруда аталган класстардын баарында оорулардын салыштырма салмагы 2017-жылы 96,1% түздү. Калган 3,9% “башка оорулар” рубрикасына кирген I-IV, XX жана XXI класстарда. 2018 жылы “башка оорулардын” үлүшү 1,9% түзгөн.

Ошентип, алынган маалыматтар жалпы дарыгерлердин (үй-бүлөлүк дарыгерлердин) көзөмөлүндө бейтаптардын жана алардын үй-бүлөлөрүнүн ооруп калуу деңгээлинин жыл сайын туруктуу өсүшүн көрсөтүп турат. Оорунун өсүш тенденциясы аялдарга да, эркектерге да мүнөздүү, бирок кийинкисинде ал кыйла ачык байкалат (жалпы өсүш 1,8 менен 3,5 эсе).

Эң жогорку оору көрсөткүчү 50 жаштан жогору адамдарда байкалган. Оорулардын жайылышындагы айырмачылыктын жаш өзгөчөлүгү кан айлануу тутумунун, нерв системасынын, көздүн жана анын аднексасынын, кулак жана мастоид, таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын өнөкөт оорулары сыяктуу өзгөчө мааниге ээ.

Байкоо жүргүзүү жылдарында илдетке чалдыккан адамдардын прогрессивдүү динамикасы улуу курактагы топтор үчүн гана эмес, ошондой эле бейтаптар жана 50 жашка чейинки байкалган үй-бүлө мүчөлөрү үчүн мүнөздүү болуп чыкты. Дем алуу тутумунун өнөкөт ооруларынын, кан айлануу тутумунун, таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын ооруларынын таралышынын жана үлүшүнүн көбөйүшү 50 жашка чейинки адамдардын арасында өнөкөт патологиянын эрте көрүнүшүн жана оорулуулардын бардык курак категорияларында күчөшүн көрсөтүшү мүмкүн. Жалпы (үй-бүлөлүк) практика тарабынан каралат.

Жалпы оорунун түзүмүндө биринчи 3 орунду дем алуу тутумунун оорулары (X класс), кан айлануу тутумунун оорулары (IX класс), таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын оорулары ээлейт (XIII класс).

Ошентип, баштапкы медициналык жардам кызматындагы калктын оорулуулукту изилдөөсү көрсөткөндөй, байкалган 50 жаштан жогору бейтаптардын арасында оорунун таралышы 100 бейтапка 2017-жылы 88,7 ден 2023-жылы 208,1ге чейин көбөйгөн. Оорунун түзүмүндө биринчи орунду дем алуу органдарынын оорулары, экинчи орунду –кан тамыр оорулары, үчүнчү орунду – жүрөктүн ишемиялык оорулары, төртүнчү – мээнин кан тамыр оорулары ээледі.

3.2.1 Ош облусундагы респиратордук оорулар

Убактылуу эмгекке жарамсыздыктын курактык ооруларын изилдеген айрым изилдөөчүлөр эркектердин оорунунун жогорку көрсөткүчтөрүнө да көңүл бурушат [2,3,4].

Онунчу жолу каралып чыккан Эл аралык статистикалык оорулардын жана ага байланыштуу ден-соолук көйгөйлөрүнүн классификациясы боюнча ооруларды талдоо 2017-жылы респиратордук оорулар (X класс) таралышы боюнча биринчи орунда тургандыгын көрсөттү. Алардын деңгээли 2017-жылы байкалган 100 үй-бүлө мүчөсүнө $31,5 \pm 2,7$ түзгөн (100 эркекке жана 26,2 аялга 32,8).

2018-жылы патологиянын бул классынын таралышы төмөндөгөн - жалпы дарыгерлердин ошол эле 100 бейтапка $26,2 \pm 2,5$ (эркектер арасында 22,4 жана аялдар арасында 27,9) түзгөн. Каралып жаткан мезгилде жалпы ооруга чалдыгуу деңгээлинде респиратордук оорулардын салыштырма салмагы 38,3тен 19,1% га чейин төмөндөгөн, бул бир катар авторлордун маалыматтарына туура келет [1, 5], ага ылайык алардын үлүшү бойго жеткен калктын оорулуу структурасы 20%, өспүрүмдөр - 36% жана балдар - 50%.

50 жашка чейинки пациенттерде дем алуу органдарынын оорулары, айрыкча 20-29 жаш курагында эң көп таралган (2017-жылы кароого алынган 100 бейтапка $43,6 \pm 3,6$; 2018-жылы $34,5 \pm 5,3$ жана 2020-жылы $116,6 \pm 5,6$ жана 30 жашта -39 ($88,9 \pm 7,0$; $p < 0,05$) (3.2.1-таблица).

3.2.1-таблица – Ар кандай курактык топтордо респиратордук оорулардын таралышынын көрсөткүчтөрү (сурамжылоого алынган 100 адамга)

Курак	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-жогорку	орточо
Жылдар							
2017	43,6	37,2	13,6	27,7	31,3	31	31,5
2018	34,5	37,2	27	16,6	22,3	20,6	26,2
2020	116,7	88,9	76,0	50	54,3	33,3	64

3.2.1-таблицадан көрүнүп тургандай, эркектер арасында дем алуу органдарынын оорулары аялдарга караганда көп кездешет. Ошентип, 2017-жылы 20-29 жаш курагында бул класстагы оорулардын таралышы эркектерде $46,6 \pm 2,4$, аялдарда - $32,0 \pm 1,5$, 30-39 жашта, тиешелүүлүгүнө жараша $44,0 \pm 2,7$ жана $32,3 \pm 1,9$ ($P < 0,05$). Эң кызыгы, 2018 жана 2020-жылдары. аялдар жана эркектер арасында ушул класстагы оорулардын жайылуусунун абалы тескерисинче болду.

20-29 жаштагы жигиттер тобунда бул көрсөткүч эркектерде каралгандардын ар бирине $26,6 \pm 1,4$, ал эми $40,0 \pm 1,9$, 30-39 жаштагы аялдарда - $20,0 \pm 1,2$ жана $47,0 \pm 2,1$; 40-49 жаштагылар - $34,7 \pm 1,7$ жана $14,2 \pm 0,5$ ($P < 0,05$).

Белгиленген тенденция курч респиратордук оорулар учурунда медициналык жардамга кайрылган жаштардын азыраак санына байланыштуу болушу мүмкүн, алар жумушсуз калуудан же туруктуу иштеп тапкандан коркуп, "бутуна туруп" турушат.

2020-жылы 50 жашка чейинки үй-бүлө мүчөлөрүндө респиратордук оорулардын таралышы улгайган пациенттерге караганда 2 эсе жогору болгон ($90,7 \pm 3,9$, $44,0 \pm 2,8$, $P < 0,05$).

X классындагы оорулардын катарына биринчи кезекте жогорку дем алуу жолдорунун курч оорулары кирет. 2017-жылы алар катталган дем алуу органдарынын жалпы санынын $81,1\%$, ал эми 2019-жылы - $85,5\%$ түзүшкөн. 50 жашка чейинки курактагы адамдарда жогорку дем алуу жолдорунун курч оорулары басымдуулук кылат, бул катталган оорулардын жалпы санынын $67,7\%$ түзөт. Бул курактагы категориядагы пациенттердин арасында алардын таралышы 2017-жылы текшерилген 100 кишиге $30,9 \pm 3,7$, ал эми ушул жаштан улуу адамдардын арасында $17,8 \pm 3,2$ ($P < 0,05$). 2018-жылы бул көрсөткүчтөр бирдей болуп, тиешелүүлүгүнө жараша $28,3 \pm 2,6$ жана $15,0 \pm 3,0$ ($P < 0,05$) болгон.

50 жаштан ашкан адамдардын өпкө өнөкөт ооруларынын үлүшү 2017-жылы $82,4\%$, 2018-жылы $90,9\%$ жана 2020-жылы $92,8\%$ түздү, бул карылык

курагындагы карылардын арасында өнөкөт өпкө оорусунун күч алгандыгын билдирет.

Ошентип, алынган маалыматтар жалпы дарыгерлердин (үй-бүлөлүк дарыгерлердин) көзөмөлүндө бейтаптардын жана алардын үй-бүлөлөрүнүн ооруп калуу деңгээлинин жыл сайын туруктуу өсүшүн көрсөтүп турат. Оорунун өсүш тенденциясы аялдарга да, эркектерге да мүнөздүү, бирок кийинкисинде ал кыйла ачык байкалат (жалпы өсүш 1,8 менен 3,5 эсе).

Эң жогорку оору көрсөткүчү 50 жаштан жогору адамдарда байкалган. Оорулардын жайылышындагы айырмачылыктын жаш өзгөчөлүгү дем алуу тутумунун, кан айлануу тутумунун, нерв системасынын, көздүн жана анын аднексасынын, кулак жана мастоид, таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын өнөкөт оорулары сыяктуу өзгөчө мааниге ээ.

Байкоо жүргүзүү жылдарында илдетке чалдыккан адамдардын прогрессивдүү динамикасы улуу курактагы топтор үчүн гана эмес, ошондой эле бейтаптар жана 50 жашка чейинки байкалган үй-бүлө мүчөлөрү үчүн мүнөздүү болуп чыкты. Дем алуу тутумунун өнөкөт ооруларынын, кан айлануу тутумунун, таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандардын ооруларынын таралышынын жана үлүшүнүн көбөйүшү 50 жашка чейинки адамдардын арасында өнөкөт патологиянын эрте көрүнүшүн жана оорулуулардын бардык курак категорияларында күчөшүн көрсөтүшү мүмкүн. жалпы (үй-бүлөлүк) практика тарабынан каралат

Изилдөө көрсөткөндөй, дем алуу органдарынын оорулары (81,1%), экинчи орунду –кан тамыр оорулары (51,2%), үчүнчү орунду - жүрөктүн ишемиялык оорулары (27,0%), төртүнчү - мээнин кан тамыр оорулары ээледі. (19, төрт%). Жалпы текшерүүдөн өткөндөрдүн 15,9% ден-соолугу чың, 20,3% иш жүзүндө ден-соолугу чың экендиги, оорунун компенсацияланган түрү 3,4%, ал эми бейтаптардын 0,1% декомпенсацияланган түрү бар экендиги аныкталды.

3.3.1 Үй-бүлөлүк медицина боюнча адистерди даярдоо

Үй-бүлөлүк медицина боюнча адистерди даярдоо. Медициналык жардамдын сапаты көптөгөн факторлордон көз каранды жана эң негизгилеринин бири жогорку квалификациялуу адистерди даярдоо болуп саналат. Мындай адистерди даярдоо үй-бүлөлүк медицинанын практикасын киргизүү процессинин негизги милдети болуп саналат.

Жалпы үй-бүлөлүк медицина боюнча алгачкы адистер (4 дарыгер жана 4 медайым) 1996-1997-жылдары Санкт-Петербургдагы Медициналык жогорку окуу жайынан кийинки билим берүү академиясында жана Санкт-Петербург шаарындагы №2 медициналык колледжинде сегиз айлык окуу планы боюнча даярдалган [48].

Үй-бүлөлүк медицина боюнча адистерди даярдоо Кыргыз Республикасында Саламаттык сактоо министрлигинин буйругу менен 1998 жылдан тартып “үй-бүлөлүк дарыгер” кесибине 2 жылдык мөөнөт менен медициналык кадрлардын квалфикациясын жогорулатуу жана дипломдон кийинки даярдоо институтунун түштүк филиалынын базасында үзгүлтүктүү окутуу башталган [53]. Пилот катары Ош шаардык “Тоо деми” жана Жалалабад областык поликлиникасынын дарыгерлери окутулуп 2000 жылы “үй-бүлөлүк дарыгер” адистери даярдалып чыккан. Бирок үй-бүлөлүк медицина принциби алгачкы жолу 2002 жылдан тартып практика жүзүнө ишке кире баштаган.

Андан кийин тренер-педагогдорду даярдоо 11 айлык окуу планы боюнча Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу медициналык институтунун (КММИ жана КЖ) үй-бүлөлүк медицина кафедрасынын базасында жүргүзүлдү. Бул программанын алкагында 16 медициналык тренер жана 8 медайымдардын тренери даярдалган [67].

Мурунку союздаш (СССР) өлкөлөрүндө жалпы дарыгер практикасына окутуу, дарыгерлерди күндүзгү жана толук эмес убакытта бир жумадан үч же андан көп жылга чейин даярдоонун ар кандай формалары жана ыкмалары менен кайра даярдоонун эсебинен ишке ашат.

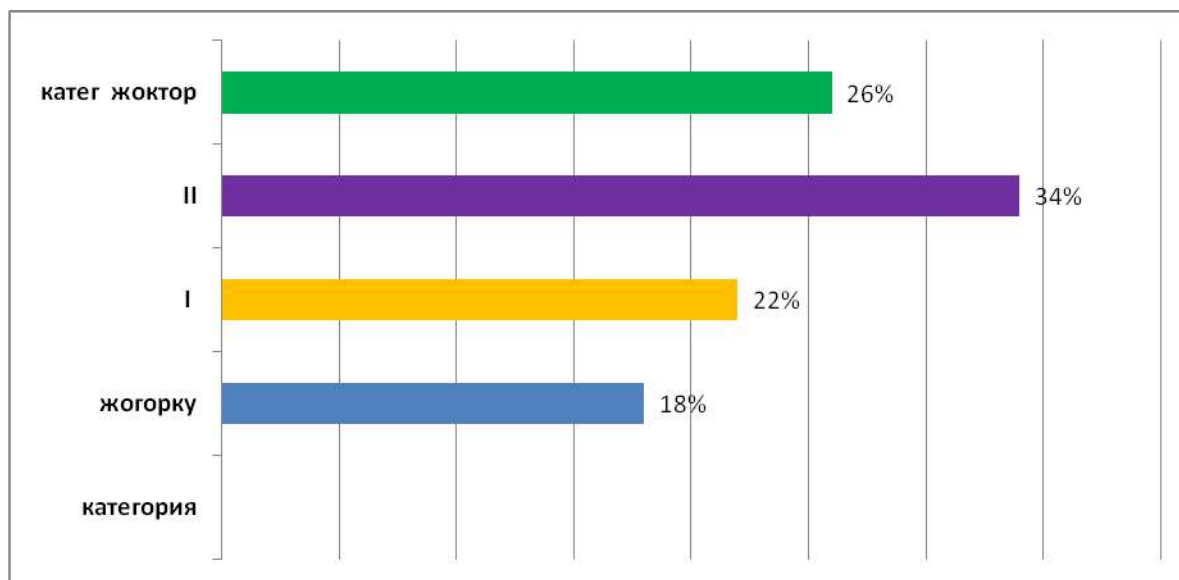
Мисалы, Кыргызстанда үй-бүлөлүк дарыгерлер топторун кайра даярдоо боюнча 4 айга созулган окуу программасы 2 жылга (үзгүлтүксүз окутуу) арналган жана эки этаптан турат: окутуунун биринчи этабы клиникалык базада жүргүзүлөт. КММИнин жана КЖнын, ал эми экинчи этапта үй-бүлөлүк медицина боюнча жумуш орундарында практикалык көндүмдөрдү өздөштүрүүгө багытталган [74].

Эстонияда участкалык дарыгерди кайра даярдоо райондук мурдагы адистерге: жалпы практикалык дарыгерлерге, педиатрларга, акушер-гинекологдорго жумуш ордунда окутууну уюштуруу жана үй-бүлөлүк медицина көндүмдөрүн жайылтуу мүмкүнчүлүгүн көрсөтөт. Бул окуу 3 жылга созулат (ар бир айдын бир жумасы университеттин кафедраларында иштөөгө бөлүнгөн) [82].

Даярдалган дарыгерлердин жалпы санынын ичинен аялдар 78%, эркектер 22% түзөт.

Алардын адистиги боюнча иш стажы 5 жылдан ашты. Изилдөөгө алынган мекемелерде иштеген дарыгерлердин ЖДПы (жалпы дарыгерлер практикасы) жана ҮДТда 114 анкетасын талдоодо терапевттердин 45%, педиатрлардын 35%, акушер-гинекологдордун 12%, башка адистердин 8%ы кайра даярдоодон өткөнү аныкталган.

3.3.1-сүрөттө көрүнүп тургандай кайра даярдалган дарыгерлердин ичинен 18%ы жогорку квалификациялык категорияга ээ, 22%ы - биринчи, 34%ы - экинчи, 26%ы квалификациялык категориясы жок болгон. Дарыгерлердин 74%ы үчүн бул адистик боюнча окуу мөөнөтү 6 айдан, 19%ы үчүн 8 айдан, 7%ы үчүн 11 айдан ашкан эмес. Аларды окутуунун узактыгын врачтардын 74 % жетишсиз деп баалашкан, ал эми негизинен 8 жана 11 айлык программа боюнча окуган врачтардын 26% гана окуунун узактыгы менен канааттанган.



3.3.1-сүрөт – Үй-бүлөлүк медицина боюнча кайра даярдалган дарыгерлер (Ош.ш)

Сурамжылоодо дарыгерлер педиатрия 35%, терапия - 27%, акушер-гинекология - 63%, хирургия - 16%, офтальмология - 15%, неврология - 13%, ЛОР оорулары боюнча - 9% кошумча билим алууну каалашканы аныкталган. Белгиленген ченемдер боюнча ҮМБда бир штаттык бирдигине 1500-1700 адам каралган. Кыргыз Республикасынын Ош шаарында ички жана тышкы миграциянын эсебинен 500 миңден ашуун адам жашайт. Демек Ош шаарына кеминде 330 дан ашуун үй-бүлөлүк дарыгерлер талап кылынат.

Учурда изилденип жаткан Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборунда 172 үй-бүлөлүк дарыгер эмгектенет. Бирок ал дарыгерлердин арасында жогорку медициналык окуу жайлардын атайын Үй-бүлөлүк медицина факультеттерин бүтүргөн бир дагы адис жок. Баардыгы мурдагы терапевт, педиатр, акушер-гинекологдор түзөт.

2013 жылы Үй-бүлөлүк медицина адистерин даярдоо И.К Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясында атайын факультет ачылып 2019 жылы андан 50 студент бүтүрүп 3 жылдык ординатурага кабыл алынышкан. Кыргызстанда алгачкы болуп 2021 жылы 8 жылдык окуу мөөнөтүн аяктаган 50 атайын үй-бүлөлүк дарыгерлер чыгарылган.

Эгерде Кыргызстанда 6 миллиондон ашуун калк жашаса анда орто эсеп менен 4 миң атайын үй-бүлөлүк дарыгер керек болот.

Баштапкы медициналык-санитардык жардам мекемелеринин материалдык техникалык базасын чындоо (жаңы заманбап жабдууларды алуу).

Медицина кызматкерлеринин эмгек акысын жогорулатуу. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин карьералык өсүү механизмдерин иштеп чыгуу жана алардын социалдык жана моралдык жактан укутарынын коргоо.

Кыргызстандагы баардык жогорку медициналык окуу жайларында “үй-бүлөлүк медицина” факультеттерин ачуу зарылчылыгы бар экени аныкталды.

3.4. Жалпы дарыгерлер практикалык борборундагы ооруларды алдын алуу иш-чаралары

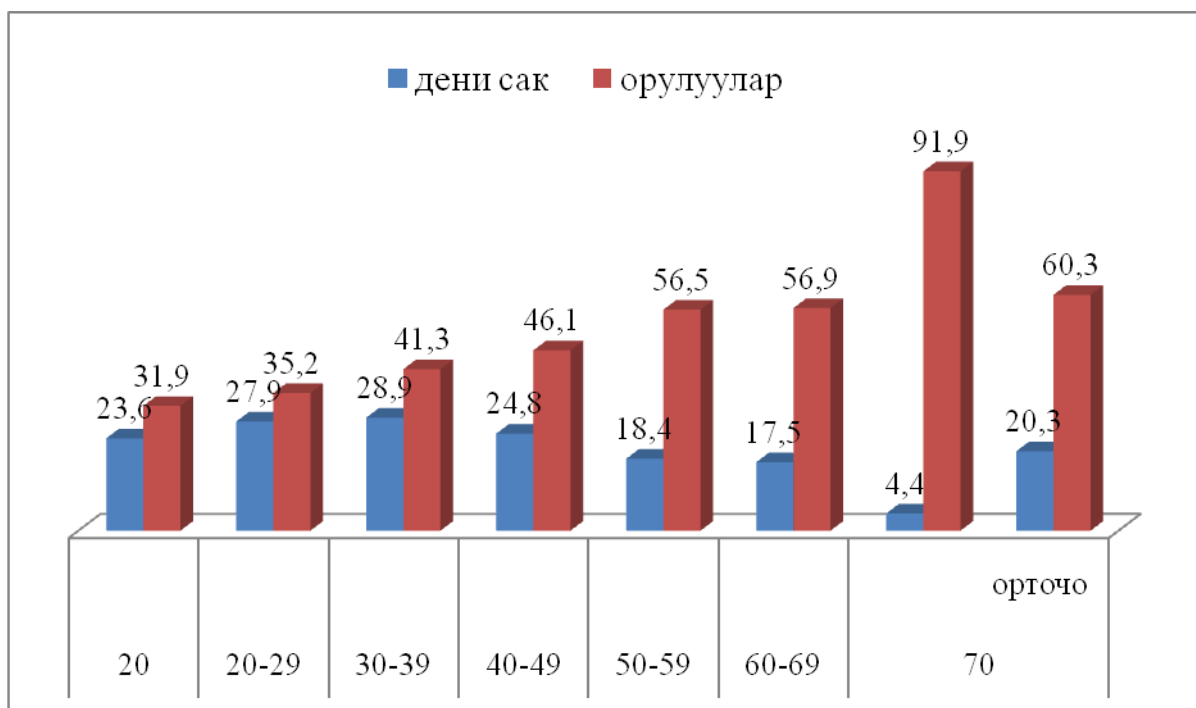
Үй-бүлөлүк медицина борбору мамлекеттик бюджет тарабынан киши башына (подушевое финансирование) жараша каржыланат. Ар бир үй-бүлөлүк дарыгерге белгиленген аймакта 1500-1700 адам бөлүнүп бекитилген [1] жана ошол өзүнүн аймагындагы жаңы төрөлгөн баладан баштап баардык кишилердин ден-соолугуна камкордук көрүү милдети жүктөлгөн [2]. Ошол себептен мезгил мезгили менен тейлеген участкадагы адамдарды үймө-үй (подворовой обход) кыдыруу жасап профилактикалык кароо жүргүзүп келет.

Ал эми мекеме-ишкана кызматкерлери профилактикалык медициналык кароо өтүш үчүн үй-бүлөлүк медицина борбору менен келишим түзүп бекитилген баалардын наркы (прейскурант) менен акча каражат которуп анан медициналык текшерүүдөн өткөрүлөт [3]. Ал кызматкерлер жашаган дареги боюнча үй-бүлөлүк дарыгердин көзөмөлүндө турат жана ал кишиге мамлекет тарабынан бөлүнгөн каражат жашаган дарегин тейлеген дарыгерге бөлүнгөн [4].

Бирок мындай система билим берүү жана коргонуу министрлик тармагына тиешелүү болбой калган. Себеби аталган системада эмгектенген, билим-тарбия алгандар катталаган дареги боюнча ҮМБга (Үй-бүлөлүк медицина) карайт жана каржылоо ошол ҮМБга бөлүнөт.

Ал эми профилактикалык медициналык кароо иштеген же окуган жеринен акысыз өткөрүлүп келет [5]. Мисалы Ош шаардык ҮМБда 172 үй-бүлөлүк дарыгер бар болсо шаар боюнча 60 тан ашуун орто мектептерде жана 50гө жакын мектепке чейинки балдарды тарбиялоочу мекемелерде 150 миңге чукул балдар тарбияланып келет [6]. Аларга медициналык кароо жашаган дериги боюнча жүргүзүлүш керек. Бирок бул милдет Ош шаардык ҮМБга жүктөлүп калган.

ҮМБга катталган калктын ооруусун изилдөө максатында Ош шаардык ҮМБ жана анын филиалдарынын дарыгерлери тарабынан 2022 жылдын биринчи чейрегинде тереңдетилген профилактикалык кароо жүргүзүлгөн. Белгиленген оорулар боюнча бардык маалыматтар ҮМБнын компьютердик маалымат базасына киргизилип, бардыгы болуп 4260 профилактикалык кароо жүргүзүлгөн. Бул маалыматтын негизинде текшерилген калктын ден соолук топтору боюнча бөлүштүрүлгөн. Аныкталган оорулар жөнүндө маалымат профилактикалык текшерүүлөр боюнча оорулардын көрсөткүчтөрүн эсептөөгө мүмкүндүк берди (3.4.1-сүрөт).



3.4.1-сүрөт – Профилактикалык текшерүүнүн жыйынтыгы % менен.

Сүрөттө көрүнүп тургандай жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер тарабынан текшерилген бейтаптардын 20,3% дени сак деп классификацияланган. Ден соолугунан жабыркагандар 60,3%ды түздү. Оорунун эң жогорку көрсөткүчү 70 жаштан жогорку жарандарда, ал эми эң аз оорулуулук 20 жашка чейинкилерге тиешелүү болгон. Жашы өткөн улгайган жарандардын арасында дээрлик 90% дан ашууну өнөкөт оорусу барлар болгон. Анын ичинен жүрөк кан-тамыр, кант диабетти, дем алуу органдарынын жетишсиздиги менен жалпы оорулуулуктун басымдуу бөлүгүн түзгөн.

Ден соолук боюнча биринчи жана экинчи топторго кирген адамдардын үлүшү жаш курагына жараша дени сак топто 44,5%дан 3,7%ке чейин, иш жүзүндө дени сак адамдарда 23,6%дан 4,4%ке чейин төмөндөйт. Тескерисинче, үчүнчү жана төртүнчү ден соолук топторундагы бейтаптардын үлүшүнүн ачык өсүү тенденциясы аныкталган, б.а. ар кандай даражадагы компенсация менен өнөкөт оорулуулар, 31,9%дан 91,9%ке чейин.

Тереңдетилген профилактикалык текшерүүлөрдүн маалыматтары боюнча оорунун анализи жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер тарабынан байкалган пациенттердин текшерилген тобунун арасында анын деңгээли текшерилген 100 адамга $98,7 \pm 4,6$ түзөөрүн көрсөттү. Аялдар арасында оорулардын таралышы ($120,7 \pm 4,9$) эркектерге ($72,4 \pm 3,1$) жана ар бир курактык топто ($P < 0,05$) караганда кыйла жогору. 50 жаштан жогорку адамдардын оорусу 50 жашка чейинкилерге караганда 3,7 эсе жогору болгон ($168,5 \pm 5,8$ каршы $44,7 \pm 2,3$, $P < 0,05$). Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлердин бейтаптарындагы профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө аныкталган оорунун деңгээли жөнүндө маалымат 3.4.1-таблицада келтирилген.

3.4.1-таблица – Үй-бүлөлүк дарыгерлердин профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө аныкталган оорулардын жашына жана жынысына жараша таралышы

№	Жаш курагы	Эркектер	Аялдар	Орточо
1	20-29	23,9	45,4	32,9
2	30-39	23,3	38,3	32,4
3	40-49	53,8	89,2	74,6
4	50-59	71,4	94,1	87,5
5	60-69	140,4	218,6	180,0
6	70-79	214,3	245,4	233,3
7	Орточо	72,4	120,7	98,7
Эскертме: интенсивдүү көрсөткүч кабыл алынган 100 бейтапка				

Алынган маалыматтарга таянсак бир жаш курактык топтон экинчисине өтүүдө ооруга чалдыгуу көрсөткүчүнүн көбөйүшүн жана бардык курактык топтордогу аялдардын басымдуулугун көрсөттү.

Профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө аныкталган оорулардын структурасын талдоо кан айлануу системасынын оорулары (IX класс) биринчи орунда экендигин көрсөттү, алардын деңгээли $43,5 \pm 2,4$ (текшерилген 100 эркекке 28,6 жана 100 аялга 55,9) түзөт. Алардын үлүшү аныкталган оорулардын жалпы санынын 44,0%ын түздү.

Профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө белгиленген жүрөк жана кан тамыр ооруларынын таралуу деңгээли ($43,5 \pm 2,4$) бул оорулар боюнча медициналык жардам сурап кайрылган пациенттер үчүн тиешелүү көрсөткүчтөн ($36,8 \pm 1,5$) $P < 0,05$ ашат. Кызыктуусу, бул айырмачылык негизинен аялдардын арасында бул патологиянын көбүрөөк аныкталгандыгына байланыштуу (бул жыныстагы текшерилген 100 адамга 29,8ге каршы 55,9). Оорулардын башка класстары үчүн мындай олуттуу айырма табылган эмес ($p > 0,05$). 50 жаштан улуу адамдардын арасында жүрөк-кан тамыр ооруларынын таралышы $89,4 \pm 2,3$, ал эми үй-бүлөнүн жаш мүчөлөрүнүн арасында - $7,5 \pm 1,2$ ($p > 0,001$).

Аныкталган оорулардын түзүмүндө экинчи орунда таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандын оорулары (XIII) турат, алардын үлүшү 11,9%, таралышы $11,8 \pm 1,6$ үй-бүлөнүн текшерилген 100 мүчөсүнө туура келет. 50 жаштан ашкан бейтаптарда бул класстагы оорулардын таралышы бул жаштан кичүү адамдарга караганда 3,4 эсе жогору (100 текшерилгенге 5,7ге каршы 19,5). Аялдардын арасында таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандын оорулары басымдуулук кылат (эркектерде $p < 0,05$ боюнча $14,9 \pm 1,2$, $8,1 \pm 1,3$).

Үчүнчү орунда тамак сиңирүү системасынын оорулары турат, алар 9,4%ды түзүп, алардын таралышы $9,3 \pm 1,4$ (50 жашка чейинки текшерилген 100 пациентке 5,7 жана ушул жаштан улуу 100 пациентке 14,0).

Көздүн жана анын кошумча бөлүкчөлөрүнүн оорулары профилактикалык кароонун жыйынтыгы боюнча төртүнчү орунду ээлеп, аныкталган оорулардын жалпы санынын 8,0%ын түзөт. Каралып жаткан эркектер менен аялдардын арасында профилактикалык текшерүүлөр учурунда аныкталган нерв системасынын ооруларынын таралуу деңгээли көңүл бурууга арзыйт. Жалпысынан алганда, бул класстын оорулары бешинчи орунду ээледі, ал эми эркектер арасында жүрөк-кан тамыр системасынын ооруларынан кийин экинчи, экинчи орунду ээледі. Табылган патологиялардын арасында алардын үлүшү 7,5%, таралышы $7,4 \pm 1,3$ (3.4.2-таблица).

3.4.2-таблица – Профилактикалык текшерүүдө аныкталган оорулардын таралышы

№	Оорунун түрлөрү	Эркектер	Аялдар	Орточо
		$P \pm m$	$P \pm m$	$P \pm m$
1	VI нерв системасы	$11,4 \pm 1,1$	2,2*	$7,4 \pm 1,3^{**}$
2	VII көз оорулары	$8,1 \pm 1,4$	$7,6 \pm 1,0^*$	$8,0 \pm 1,3^{**}$
3	IX кан айлануу	$28,6 \pm 1,2$	$55,9 \pm 2,4^*$	$43,5 \pm 2,4^{**}$
4	XI тамак сиңирүү	$9,2 \pm 1,5$	$9,5 \pm 1,5^*$	$9,3 \pm 1,4^{**}$
5	XIII сөөк-булчуң	$8,1 \pm 1,3$	$14,9 \pm 1,2^*$	$11,8 \pm 1,6^{**}$
6	Башкалар:	$12,4 \pm 1,1$	$30,6 \pm 2,3^*$	$18,9 \pm 1,2^{**}$

Эскертме: Кабыл алынган 100 бейтапка. $P \pm m$ интенсивдик көрсөткүч, репрезентативдик ката, $p > 0,05$, $** - p < 0,01$. топтордун ортосундагы ишенимдүү айрыма.

Алсак, профилактикалык текшерүүлөрдүн жыйынтыгы көрсөткөндөй, профилактикалык кароодон өткөн бейтаптардын 15,9%ы гана биринчи ден соолук тобуна ээ, ал эми алардын жарымынан көбү (60,3%) өнөкөт оорулар менен жабыркайт. Белгиленген өнөкөт оорулары менен ооругандардын үлүшү жаш курак менен көбөйөт.

Профилактикалык текшерүүлөрдүн жүрүшүндө эң кеңири таралган патология болуп кан айлануу системасынын оорулары саналат, ал бардык аныкталган оорулардын 44%ын түздү.

Жүрөк-кан тамыр ооруларынын таралышы, тиешелүүлүгүнө жараша Профилактикалык кароодон өткөндөрдүн саны келгендердин санынан 19,4%га көп. Экинчи орунда таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандын оорулары, үчүнчү орунда тамак сиңирүү органдарынын оорулары турат. Байкоочу контингенттин оорусу анын структурасында биринчи орунду респиратордук оорулар ээлегендиги менен айырмаланат. Андан кийин кан айлануу системасынын, таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандын оорулары келет.

Аныкталган оорулардын структурасында жынысына байланыштуу айырмачылыктар табылган. Эркектер арасында нерв системасынын оорулары экинчи орунда турат, алардын деңгээли аялдарга караганда 5 эсе жогору.

Каралган аялдардын арасында структурасында экинчи орунду таяныч-кыймыл аппаратынын жана тутумдаштыргыч ткандын оорулары ээлейт. Үй-бүлөлүк дарыгерлер тарабынан ооруларды алдын алуу боюнча калкты текшерүүдөн өткөргөн мезгилде, оорулуулар жаш курагы 50 дөн жогоркулар арасында көп кездешкен.

Ошентип изилдөөнүн жыйынтыгы көрсөткөндөй мектеп окуучуларынын медициналык кароодон өткөрүү үчүн үй бүлөлүк дарыгерлерге каражат бөлүнбөй калган. Ошол себептен орто билим берүү жана мектепке чейинки тарбиялоо мекемелерининдеги балдардын профилактик медициналык текшерүүсүн кайрадан карап, жобо иштеп чыгуу зарылчылыгы келип чыгат.

3.5. Амбулатордук жардамды финансылоо

Дүйнөлүк практикада баштапкы медициналык жардамды каржылоонун бир нече түрү бар. Алардын ичинен кеңири таркаганы жана көп колдонулганы бул – 1) кабыл алган бейтаптын санына жараша акы төлөө, 2) оорулууну айыктырган учурдун санына ылайык каржылоо, 3) тейлеген аймактагы киши башына (подушевое) жана 4) нормативдик негизде бекитилген формадагы акы төлөө болуп эсептелет.

2001-2005-жылдары "Манас" Улуттук ден соолук Программасынын алкагында реформалар ишке ашырылып, калктын эң жакыр 40%ын финансылык жактан коргоону жакшыртууга жана кызмат көрсөтүүдө натыйжалуулук менен адилеттүүлүктү жогорулатууга оң таасирин тийгизди. Бул стратегия каржылоону жана кызмат көрсөтүүнү айкалыштыруу жана координациялоо аркылуу жакшы натыйжаларга жетишти.

Реформанын негизинде каржылоону оптималдаштыруу (кошумча төлөмдөрдү) дары-дармектерге жана медициналык каражаттарга болгон төлөмдөрдүн кыскарышына алып келди. Мындан тышкары, Кыргыз республикасынын бюджетти тарабынан каржылануучу кепилдиктер программалары киши башына жараша акы төлөө стандарттары киргизилген.

Саламаттыкты сактоону реформалоодо амбулатордук жардамдын муктаждыктары үчүн каржы ресурстарын (камсыздандыруу, кошумча киреше) медициналык кызматкерлерге эмгектик сыйлыктарды киргизүү каралган (КТУ төлөмдөрү). Бул фактор эмгек өндүрүмдүүлүгүн жогорулатууда маанилүү роль ойной алат.

"Манас" Улуттук ден соолук Программасынын дагы бир негизги багыты бул — жалпы пратикалык дарыгерлер топторун ишке киргизүү жана бул багытта адистерди кайра даярдоо болду. Мындай кадамдар республиканын баардык аймактарында калкка корсотулгөн баштапкы медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн камсыздады.

Саламаттыкты сактоонун реформалоонун экинчи Улуттук Программасы Манас-таалими деп аталып 2006 жылдан 2010 жылга чейин ишке ашырылды. Программада саламаттыкты сактоого кеткен каражаттардын көлөмүн көбөйтүү менен калктын ден соолугун чыңдоого багытталган. Бирок 2008 жылдан тартып дүйнөлүк кризистин кесепетинен мамлекеттеги макро-экономиканын төмөндөшүнөн улам реформаны толук аткарууга мүмкүн болбой калган.

2011-2018 жылдар аралыгындагы “Ден соолук” деп аталган үчүнчү Улуттук стратегиясы учурунда калктын ден соолугун чыңдоого каралган каржылоо маселелери жакшыра баштаганы байкалган.

Мисалы КРнын ММКФга топтолгон кошумча кирешелердин көлөмү көбөйүп, республиканын борборунда жана КРССМде адистеширилген программаларында оптималдаштыруу иштери жүргүзүлгөн.

Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун каржылоо булактарын көбөйтүү жөнүндө бир нече закондор кабыл алынган. Бирок амбулатордук жардамдагы каржылык иш-чаралар 2009-жылдагы реформаны ишке ашыруу алкагында аткарылган.

Саламаттыкты сактоонун “Манас” Улуттук программасын ишке ашыруу учурунда БМСЖДы каржылоо көрсөткүчү 2006-жылдарга чейин азайган. Андан соң 2014-жылга каржылоо бир аз көбөйгөнү байкалган. Мунун себеби мамлекетте жакырчылыкты жоюу иш-чараларына байланыштуу болгон. Амбулатордук деңгээлдеги финансылык иштер мисалы: дары-дармек, медициналык каражаттарга кеткен чыгымдардын дээрлик көпчүлүгү калктын өз эсебинен каржыланып турган.

Калктын саламаттыгын сактоодо ММКФду тарабынан ооруларды алдын алуу иш-чараларын кеңейтүү максатында баштапкы медициналык-санитардык жардамга басым жасоо каралган. Бирок стационарлардан амбулатордук жардамды БМСЖга өткөрүү менен жетишеерлик каржылоо болгон эмес.

Кыргыз республикасында саламаттыкты сактоо боюнча реформалар пилоттук аймактарды кошпогондо амбулатордук деңгээлде көрсөтүлүүчү медициналык-санитардык жардамга жан башына (подушевое) акы төлөө деп

аталган формула менен каржыланып келген. Мындай финансылоо БМСЖдын сапатын жана натыйжалуулугун жогоруатууга мүмкүндүк берген эмес.

Кыргыз Республикасынын Президентинин жарлыгы менен 2022 жылдын 1 апрелинен баштап жалпы практикалык дарыерлер борборунда эмгектенген врачтарга (үй-бүлөлүк дарыгер) жети миң кырк сом олчомундө эмгек акы төлөнө баштап, айлык акысына $2,16$ коэффицент менен эсептелген.

Ага кошумча иш тажырыйбасына жана категориясына жараша дагы кошумча төлөмдөр кошо каралган.

Маселен бир коюмменен эмгектенген дарыгер, стажы 15 жыл, категориясы жогорку болсо $7040 \times 2,16 = 15206$ стажы үчүн $30\% = 4561$ сом, жогорку категориясы үчүн $50\% = 7603$ сом. Жалпы $15206 + 4561 + 7603 = 27370$ сомду түзөт. Эмгек акынын мындай жогорулашы баштапкы медициналык санитардык жардам кызматында эмгектенгендерге бир топ стимул болгонун белгилеп кетүү керек.

Кыргызстандагы жалпы медициналык (үй-бүлөлүк) практиканы каржылоо боюнча талдоонун жыйынтыгын чыгарып, төмөнкүдөй тыянак жасоого болот: Үй-бүлөлүк медицинадагы эмгек акы саламаттыкты сактоону реформалоо башталгандан тартып киши башына төлөөгө негизделип, БМСЖды толук оптималдаштырууга мүмкүндүк берген эмес.

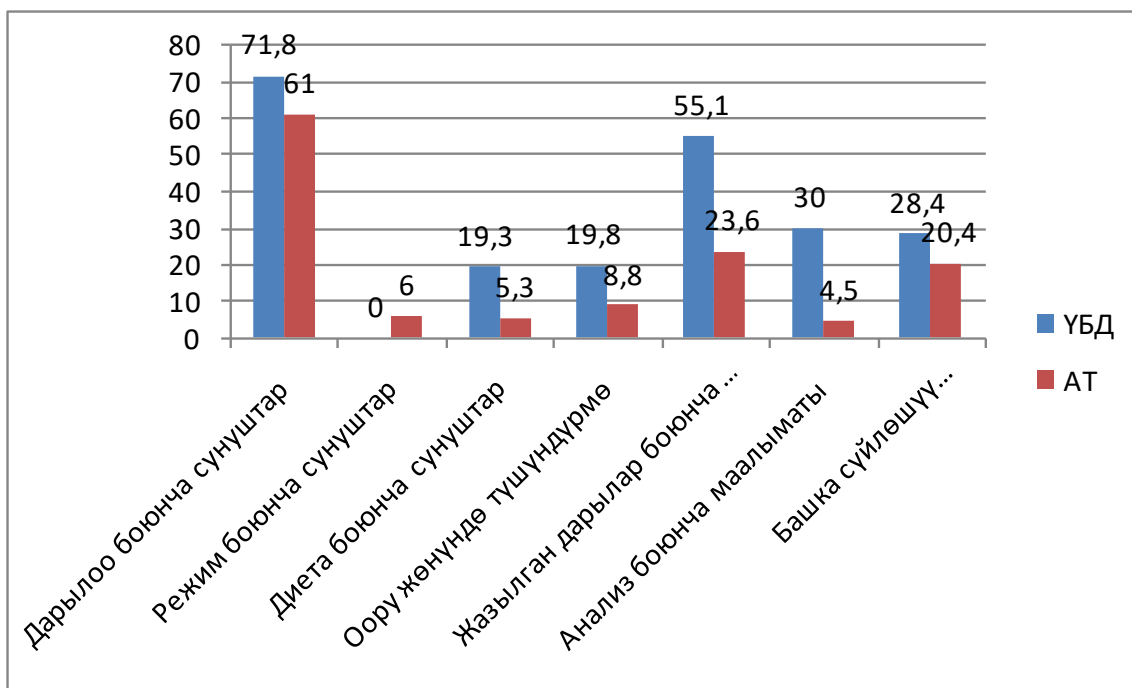
КРдагы СС реформалоо алгачкы медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу үчүн бөлүнгөн финансылык каражаттар жетишеерлик денгээлде болгон эмес деген корутунду жасоого болот.

3.6. Баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдөгү терапиялык кызмат

Баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүүдөгү терапиялык кызматты оптималдаштуруу максатында Ош облусунун Ноокат районунун үй-бүлөлүк медицина, Жалалабад облусунун Сузак районунун үй-бүлөлүк медицина, Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборлорунун иштөө технологиясына саресеп жасадык.

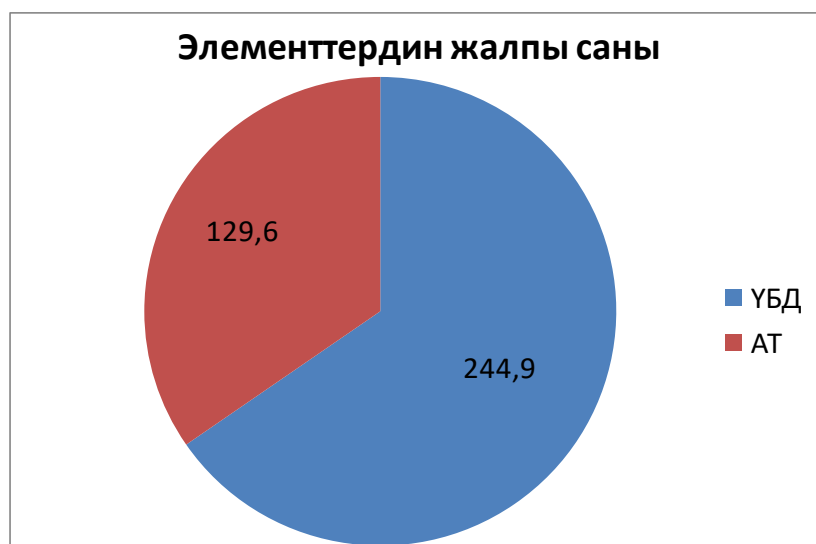
Изилдөө учурунда дарыгерлердин оорулууларды кабыл алуусу, терапиялык оорулардын түрлөрү жана дарыгерлердин бейтаптарга берген кеңештери аныкталды.

Изилдөөнүн жыйынтыктары боюнча бейтаптарды кабыл алуудагы дарыгерлердин ишмердүүлүктөрү 3.6.1, 3.6.2-сүрөттөрдө көрсөтүлдү.



3.6.1-сүрөт –Оорулуулар менен кеңештери жана сунуштары (100 оорулууга)

Бейтаптын оорулуулук боюнча биринчи жолу кайрылуусунда, 3.6.1-сүрөттө көрүнүп тургандай, үй-бүлөлүк дарыгер ар дайым даттанууларын толук тактоодо ($m = \pm 49,500$), ал эми терапевт — кабыл алынган 100 бейтапка ($m = \pm 48,500$) учурду түзгөн. Бирок, бейтаптарды кабыл алууда текшерүү жана сурамжылоо жүргүзүүнүн башка элементтерин карасак, көрсөткүчтөрүндө бир топ айрыма бар.



3.6.2-сүрөт – ҮБД-үй-бүлөлүк дарыгер, Т-терапевт, Оорулуулар менен баарлашуунун сапаты, (100 оорулууга).

Оорулууну биринчи жолу көрүүдө терапевттер оорунун симптомдорун - $m = \pm 8.950$ учурда аныктасы, үй-бүлөлүк дарыгерлер - $m = \pm 18.000$ учурда аныктаганы белгилүү болуп ишенимдүү ($p = 12,706$) айырмачылык болгон.

Илдеттин узак мөөнөттүгүн аныктоодо да ҮБДлер 50% Ттер 25% туура келген. Башка айтканда терапевтер эси эсе аз аныктаган.

Башаткы жолку текшерүүдө илдеттин себептерин ҮБДлер Тге салыштырмалуу үч эсе көп аныкташкан. Ал эми терапиялык оорулууларга дары-дармектерди жазуу боюнча ҮБДге салыштырганда терапевтер көбүрөөк жазышкан (30, 4 учур). 61 бейтап дарылоо боюнча сунуштарды терапевттерден алышса, үй-бүлөлүк дарыгерлерде бул элементтин көрсөткүчү 72 ге жеткен, б.а. ҮБДда 11 элементке көп болгон.

Изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча оорулуулар ҮБДге (82) караганда терапевттерден (71) дары-дармек жазуу боюнча азыраак сунуштарды алышкан. Ал эми дарылар боюнча кеңири түшүндүрмөнү да ҮБДлер көп беришкен ($p \leq 0,005$) [78, б. 17-21].

Кайрылган терапиялык оорулуулардын даттануусун угууда үй-бүлөлүк дарыгерлер изилденген 100 бейтапта 47.9 ± 6.6 учурду түзгөн, бул көрсөткүч

терапевтерде 45.4 ± 6.2 учур болуп салыштырмалуу ишенимдүүдүү айрымачылык болгон эмес ($p \leq 0,005$).

Оорулуулардын кайра келүүсүндө да Ттер үч эсе көп дары жазышкан.

Терапевттердин жана үй-бүлөлүк дарыгерлердин бейтаптарды сурамжылоосун ишке ашыруунун интегралдык баасын алуу үчүн кабыл алынган 100 пациентке бардык изилдөө элементтеринин жалпы суммасы эсептелген. 100 бейтапбиринчи кайрылганда Ттер сурамжылоонун 258 элементин аткарган. Кайра кароодо 152,8 (активдүүлүк көрсөткүчү 1,5) түзгөн. Үй-бүлөлүк дарыгерлер үчүн 100 адамга аткарылган элементтердин жалпы саны 382 түзүп 1,5 коэф барабар болгон.

Ошентип Тде оорулууларды кабыл алгандагы жалпы көрсөткүчтөрү 185 болуп 1 бейтапка 1,7 коэф түздү. ал эми ҮБДлерде бул коэффициент–278. Тагыраак айтканда Үй-бүлөлүк дарыгерлер терапевттерге караганда бейтаптарды көбүрөөк жана терең излдешкен. Демек бейтаптарды кабыл алууда терапевттердин билим деңгээли төмөн деген тыянак чыгарууга болот жана алардын квалификациясын жогорулатуу зарыл.

Терапиялык оорулууларды кабыл алууда аларды сурамжылоонун натыйжалуулугун текшерүү (3.6.2 жана 3.6.3-таблицаалар).

Алынган маалыматтар ҮБД менен Тде айрыма бар ($p \leq 0,005$) экенин далилдеп турат. ҮБДде жүрөктүн ишемиялык оорусу (3,1), ашказан жарасы, гастрит (2,8), гипертония (2,5), Тде ашказан жарасы, гастрит (1,8), бронхит жана пневмония (1,7), жүрөктүн ишемиялык оорусу (1,7) көрсөткүчкө барабар болгон.

Терапиялык оорулардын нозологиясына жараша үй-бүлөлүк дарыгерлер сурамжылоодо арыздануунун баардык түрүн аныкташкан, Ттер бронхит, пневмония жана жүрөктүн ишемиялык оорусунда аныктаган.

Изилдөөнүн жүрүшүндө биз бейтапты текшерүүнүн 14 элементин аныктадык. 3.6.1-таблицада үй-бүлөлүк дарыгерлер менен терапевтердин терапиялык оорулууларды текшерүүсү көрсөтүлдү.

3.6.2-таблица – Терапиялык оорулардын айрым түрлөрү боюнча бейтаптарды изилдөө сапаты

№	Сурамжылоо элементтери	Курч респиратордук оорулар, грипп				Бронхит жана пневмония				Гипертония оорусу			
		Үй бүлөлүк дарыгер		Терапевт		Үй бүлөлүк дарыгер		Терапевт		Үй бүлөлүк дарыгер		Терапевт	
		Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m
1	Датгануусун угуу	98,0	47.8±4.6	94,6	46,5±4.8*	89,6	46.0±4.5	91,0	47.6±4.4	89,5	44.2±4.3	87,4	44.1±4.4
2	Оорунун белги-н мүнөзү	17,6	4.75±3.7	8,5	4.35±8.3*	32,8	12.5±1.1	24,0	11.9±1.5*	16,0	45.0 ± 3.5	8,9	31.9±7.5*
3	Оорунун узактыгы	27,0	4.65±3.6	8,3	3.62±1.3*	17,1	49.0±3.9	8,8	3.62±8.0*	29,7	43.5±3.3	7,7	28.6±1.4*
4	Оорунун себептери	8,4	3.10±2.1	5,2	2.92±3.7*	4,7	18.0 ±0.8	2,6	14.2±1.8*	6,8	24.5 ±1.4	3,9	15.2±2.9*
5	Тобокелдик факторлору	12,4	2.95±1.9	4,9	2.46±5.7*	28,7	5.85 ±4.8	10,7	4.36±1.3*	32,1	22.0±1.2	3,4	4.51±1.5*
6	Дарылоо иш-чаралары	54,1	1.41±1.3	27,2	0.87±2.6*	61,7	16.3 ±1.5	31,6	9.8±3.0*	70,2	14.8± 1.3	28,6	8.61±3.4*
7	Башка элементтер	5,8	2.0±1.0	3,0	1.56±2.4*	3,7	14.5 ±0.4	1,9	10.7±1.3*	5,2	1.85± 0.8	2,7	0.74±2.1*
8	100 бейтапка элементтердин жалпы саны	223,3	7.63 ±7.5	151,7	5.82±1.1*	238,3	85.8 ±8.4	170,6	67.5±1.1*	249,6	71.4± 7.0	141,8	51.6±1.2*
9	Активдүүлүк фактору	2,2	1.25±0.2	1,5	1.12±0.6*	2,3	13.5±0.3	1,7	10.8±0.6*	2,5	1.20±0.20	1,4	1.0±0.7*

Эскертме: Көрсөткүч кабыл алынган 100 бейтапка. P±m интенсивдик көрсөткүч, репрезентативдик ката, p>0,05,**-p<0,01. топтордун ортосундагы ишенимдүү айрыма. * p – ыктымалдуулук божомолу (вероятность безошибочного прогноза)

3.6.3-таблица – Терапиялык оорулардын айрым түрлөрү боюнча бейтаптарды изилдөө сапаты

№	Сурамжылоо элементтери	Жүрөктүн ишемиялык оорусу				Ашказан жарасы, гастрит				Башка оорулар			
		Үй бүлөлүк дарыгер		Терапевт		Үй бүлөлүк дарыгер		Терапевт		Үй бүлөлүк дарыгер		Терапевт	
		Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m	Элемен саны	P±m
1	Даттануусун угуу	91,0	47.0±4.6	93,1	48.3±4.5	84,5	43.7± 4.2	86,5	45.6±4.1	87,3	42.6±4.1	84,3	41.8±4.3
2	Оорунун белги-н мүнөзү	31,2	9.30±8.3	17,6	5.62±1.5*	28,0	9.30 ±8.3	17,6	7.59±1.3*	15,1	4.90±3.9	8,8	5.94±7.0*
3	Оорунун узактыгы	51,0	5.50±4.5	10,0	2.13±2.5*	57,2	7.40 ±6.4	13,8	4.78±2.8*	13,8	4.95±3.9	8,9	3.84±6.4*
4	Оорунун себептери	11,4	2.65±1.6	4,3	1.94±5.2*	14,1	5.75 ±4.7	10,5	5.24±6.5*	7,0	2.75 ±1.7	4,5	4.62±3.0*
5	Тобокелдик факторлору	46,9	4.50 ±3.5	8,0	2.61±2.2*	31,7	6.70±5.7	12,4	5.86±1.5*	12,3	3.40±2.4	5,8	2.98±5.6*
6	Дарылоо иш-чаралары	81,4	19.5±1.8	38,1	12.4±4.0*	76,0	19.6 ± 1.8	38,2	11.9±3.7*	37,1	12.6±11.6	24,2	10.7±1.8*
7	Башка элементтер	4,8	1.65±0.6	2,3	1.23±1.9*	2,7	0.90±0.1	0,8	1.20±0.8*	3,4	0.95±0.7	0,9	0.24±1.2*
8	100 бейтапка элементтерд ин жалпы саны	317,7	87.2±8.6	173,4	53.4±1.5*	294,2	90.4± 9.4	179,8	62.7±1.2*	176,0	69.2 ± 6.8	137,4	48.6±8.7*
9	Активдүүлүк фактору	3,2	1.35 ±0.3	1,7	1.14±1.0*	2,9	1.40±0.4	1,8	1.21±1.9*	1,8	1.20 ±0.2	1,4	1.03±0.4*

Эскертме: Көрсөткүч кабыл алынган 100 бейтапка. P±m интенсивдик көрсөткүч, репрезентативдик ката, p>0,05,**-p<0,01.топтордун ортосундагы ишенимдүү айрыма. * p – ыктымалдуулук божомолу (вероятность безошибочного прогноза)

3.6.4-таблица – Үй-бүлөлүк дарыгерлер менен терапевттердин терапиялык оорулууларды текшерүүсү

№	Текшерүү	Кайрылуулар		Ыктымалдуулук божомолу	
		Үй бүлөлүк дарыгер	Терапевттер	Биринчи	Кайталанган
		P±m	P±m	p –	p –
1	Тери жана тери астындагы май клетчаткасын текшерүү	4.60±5.0	2.1±1.6*	>0,05	>0,05
2	Ооз көндөйүн текшерүү	15.8±2.1	5.25±6.0*	<0,01	<0,001
3	Өпкөнүн перкуссиясы	29.9±4.0	12.1±1.5**	<0,001	>0,05
4	Өпкөнүн аускультациясы	6.4±4.6	36,91±2.5	<0,001	<0,05
5	Жүрөк перкуссиясы	39.8±2.7	32,6±2.2	<0,001	<0,001
6	Жүрөктүн аускультациясы	78.4±54.7	29,0±1.9	<0,001	<0,001
7	А/Б өлчөө	76.2±53.1	54,7±3.7*	<0,001	<0,001
8	Пульсту изилдөө	42.0±28.9	28,3±1.9*	<0,001	>0,05
9	Ашказандын пальпациясы	36.5±2.5	28,5±1.9*	<0,001	>0,05
10	Боор перкуссиясы	31,3±2.1	16,88±1.1	>0,05	>0,05
11	Боордун пальпациясы	27,4±1.8	14,5±9.5*	>0,05	<0,001
12	Ичеги пальпациясы	49,5±3.4	26,±1.7**	>0,05	>0,05
13	Шишиктин аныктоо	22.3±1.5	10,9±7.0	>0,05	<0,05
14	Бөйрөктүн перкуссиясы	24.0±1.6	10.6±6.7*	>0,05	<0,001
15	100 бейтапка элементтердин жалпы саны	59.1±4.1	32.5±2.2*	>0,05	<0,001
16	Активдүүлүк коэффициенти	5,93±3.4	3.32±1.6*	>0,05	<0,001
<p>Эскертүү: P±m интенсивдик көрсөткүч, репрезентативдик ката, p>0,05,**-p<0,01. топтордун ортосундагы ишенимдүү айрыма. * p – ыктымалдуулук божомолу (вероятность безошибочного прогноза)</p>					

Алынган маалыматтар боюнча Тге салыштырганда ҮБДде көрсөткүч жогору экени көрүнүп турат.

ҮБДде: жүрөктүн аускультациясы -77,9),А/Б өлчөө -76,3, өпкөнүн аускультациясы -65,8, Тде – жүрөктүн аускультациясы -61 жана өпкө аускультациясы -58.

ҮБДде текшерүүнүн жалпы суммасы 590 болуп терапевттерге салыштырмалуу кыйла жогору болгон. Ал эми кайталанган учурларда - бир оорулууга 5,9 элемент туура келип 3,3 коэффициентти түзгөн. Демек, аймактык терапевттердин бейтаптарды сурамжылоосунун сапаттык мүнөздөмөлөрүнүн сандык көрсөткүчү кабыл алынган 100 бейтапка орточо 342,9 түздү, б.а. бир бейтапка 3,4 элемент, ал эми үй-бүлөлүк дарыгерлер үчүн— 458,4 ди түзүп активдүүлүк коэффициенти 4,6 га барабар болгон.

Оорунун нозологиялык түрүнө жараша бейтапты физикалык текшерүүнүн сапаты 3.6.5, 3.6.6-таблицааларда берилди.

3.6.5-таблицадан көрүнүп тургандай оорунун ар кандай түрлөрүндө аймактык терапевттердин бейтапты изилдеп текшерүү элементтери ар кандай. Мисалы, курч респиратордук ооруларда жана гриппте ооз көңдөйүн текшерүү 56,5, ашказан жарасы жана гастрит -52. Боор жана ичегилерди пальпациялоодо -3,8; 7,5; 3,7 болгон. Кан басымынын жогорулашында жүрөктү аускультациялоо -77 жана 85,2 көрсөткүчкө жетип, кан басымын өлчөө 95 жана 100 учурга барабар болгон. Оорунун нозологиялык түрү боюнча бейтаптарды физикалык текшерүүнүн элементтеринин жалпы активдүүлүк коэффициенти аймактык терапевттерде - бир 3,7 жана 4,8ди түздү.

3.6.5-таблица – Терапиялык бейтаптарды физикалык текшерүүнүн сапаты

№	Текшерүү элементтери	Курч респиратордук оорулар, грипп		Бронхит жана пневмония		Гипертония оорусу		Жүрөктүн ишемиялык оорусу		Ашказан жарасы, гастрит		Башка оорулар	
		ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер	ҮБД	Тер
1	Тери, май клетчатка	13,7	2,6	3,7	3,4	10,4	1,8	12,8	2,5	14,0	3,2	11,7	5,0
2	Ооз көңдөйү	78,9	56,5	58,0	42,4	34,8	14,3	36,0	16,3	84,9	51,2	32,1	27,5
3	Өпкө перкуссиясы	74,0	62,3	82,4	79,0	52,0	27,6	57,1	30,2	37,1	18,4	30,5	25,3
4	Өпкө аускультациясы	96,7	83,1	100,0	99,4	67,5	41,3	70,5	47,3	65,9	33,3	56,6	58,6
5	Жүрөк перкуссиясы	48,1	32,1	64,1	56,4	72,8	52,7	77,6	44,0	38,7	27,0	41,9	32,7
6	Жүрөктүн аускультациясы	72,0	67,5	89,0	75,9	93,0	76,4	99,3	85,2	67,1	45,5	50,9	61,9
7	А/Б өлчөө	65,1	55,7	68,7	60,1	100,0	95,0	100,0	100,0	71,7	49,6	63,1	65,9
8	Пульс	27,0	12,1	28,3	13,9	60,5	25,5	62,7	30,6	22,8	8,1	21,7	15,4
9	Ашказандын пальпациясы	11,3	3,9	17,5	12,4	11,0	5,8	24,8	10,0	79,7	56,9	9,8	7,3
10	Боор перкуссиясы	9,0	2,7	18,1	16,0	6,7	3,8	35,0	28,7	72,3	47,0	8,6	5,8
11	Боор пальпациясы	16,1	7,4	17,5	14,4	23,8	12,3	32,4	18,6	87,8	53,6	20,3	12,4
12	Ичеги пальпация	8,6	3,9	16,7	13,2	18,0	6,2	24,1	11,4	69,7	43,9	9,3	8,1
13	Шишиктин аныктоо	8,0	4,1	7,9	3,4	13,1	8,9	21,3	12,7	12,5	7,0	9,7	6,9
14	Бөйрөктүн перкуссиясы	2,6	1,9	2,8	1,3	36,7	10,0	38,9	14,3	14,6	11,6	10,1	4,9
15	100 бейтапка жалпы саны	530,6	395,6	574,7	491,2	600,3	380,9	692,5	451,8	738,8	456,3	376,3	337,7
16	Активдүүлүк коэффициенти	5,3	4,0	5,4	4,9	6,0	3,8	6,6	4,5	7,4	4,6	3,8	3,4

Эскертме: ҮБД - Үй-бүлөлүк дарыгер, Тер-терапевт. Кабыл алынган 100 бейтапка пайыздык көрсөткүч.

Терапиялык ооруларды текшерүү учурунда ҮБДде бир топ жогорку көрсөткүч 3.6.6-таблицада белгиленди.

3.6.6-таблица – Терапиялык бейтаптар менен сүйлөшүүнүн сапаты

№	Оорулуулар үчүн кеңештер жана сунуштар	Биринчи жолу кайрылуу		Кайталанган кайрылуу	
		Үй-бүлөлүк дарыгер	Терапевт	Үй-бүлөлүк дарыгер	Терапевт
1	Дарылоо боюнча сунуштар	82,0	71,0	61,7	57,7
2	Режим боюнча сунуштар	23,7	8,0	17,3	5,3
3	Диета боюнча сунуштар	26,0	8,6	12,6	3,7
4	Оору жөнүндө түшүндүрмө	22,6	9,4	17,0	8,2
5	Жазылган дарылар боюнча түшүндүрмө	72,4	43,7	37,8	20,2
6	Анализ боюнча маалыматы	17,1	3,7	42,9	5,2
7	Башка сүйлөшүү элементтери	31,8	21,9	25,0	23,2
8	100 бейтапка элементтердин жалпы саны	275,6	171,7	214,3	123,7
9	Активдүүлүк коэффициенти	2,8	1,7	2,1	1,2
Эскертме: интенсивдүү көрсөткүч кабыл алынган 100 бейтапка					

Жалпы дарыгерлер практикалык борборунда дем алуунун курч ооруларынын жана сасык тумоо менен ооруган 100 бейтапка элементтердин жалпы саны 529 жеткен, ал эми ашказан жарасы жана гастрит үчүн бул көрсөткүч 740 учурга жеткен. Терапевтерде бул көрсөткүч тиешелүүлүгүнө жараша 396 жана 457 ни түзгөн.

Терапиялык оорулууларды кабыл алуудагы көрүүсүндө, жалпы практикалык дарыгерлер борборунда дем алуу органдарынын илдеттеринде орточо 5,4 коэффициентти берген, ушул эле дарт менен активдүүлүк коэффициентинин

көрсөткүчү терапевтерде 7,3 кө барабар болуп 1,9 га жогору болгон. Гастрит жана ашказан жарасында 3,9 жана 4,5 б.а. активдүүлүк коэффициенти аймактык терапевттерге караганда ҮБДде 1,5 эсе көп экени аныкталган.

ЖПДБда оорулууларды кабыл алууда алр менен баарлашуу өзгөчө мааниге ээ. Себиби бейтаптын дартын аныктап ага дары жазуудан башка туура тамактануу сыяктуу кеп кеңештерин беришет. [78, б. 17-21]. Бейтап менен баарлашуунун дагы бир маанилүүлүгү кайсы анализдерди кантип тапшыруу керектигин да, алардын жыйынтыгы боюнча да түшүндүрүп берет.

Оорулуу менен баарлашууда сурамжылоонун башка түрлөрүндө үй-бүлөлүк дарыгерлерге караганда терапевтерде ишенимдүү айрымачылык болгон ($P \leq 0,005$).

Туура тамактануу боюнча кеңеш берүүдө терапевтерде 100 кабыл алынган оорулууга 8,6 учурду түзсө үй-бүлөлүк дарыгерлерде бул көрсөткүч үч эсе көп болуп статистикалык жактан ынандуу айрымаланган ($p \leq 0,005$).

Тде оорусу боюнча 9 учурда, ал эми ҮБДда - 22 учурда түшүндүрмө берген. Т тер 3.7 жана ҮБД лер 17.1 учурда анализи жөнүндө маалымат берген.

Бейтаптын кайталанып кайрылуусунда дары дармектерди түшүндүрүү боюнча Тде 57,7 учур үй-бүлөлүк дарыгерлерде 61,7ни түзүп нанча айрымачылык болгон эмес ($P \geq 0,005$). Диета жана туура тамактануу боюнча кеңеш берүүдө терапевтерде 5,4 учурду түзүп үй-бүлөлүк дарыгерлерге салыштырмалуу 12 учурга аз болгон тагыраак айтканда ишенимдүү айрымачылык болгон ($P \leq 0,005$).

Изилдөө учурунда алынган жыйынтыктарга таянсак оорулууларды баштапкы жолу жана кайталап келген учурда кабыл алууда дары-дармек жазуу жана алар боюнча түшүндүрмө берүүдө дарыгерлер тарабынан жетишеерлик деңгээлде жумуш жасалган эмес. Өзгөчө бул көрсөткүчтөр терапевтерде төмөн деңгээлде болгон.

Жалпы практикалык дарыгерлер борборуна кайрылгандардын оорусунун түрү боюнча берилген сунуштардын изилдөөсүнүн жыйынтыгы 3.6.7-таблицада берилген.

3.6.7-таблица – Терапиялык бейтаптарды берилген сунуштардын сапаты

№	кеңештер жана сунуштар	Курч респиратордук оорулар, грипп		Бронхит жана пневмония		Гипертония оорусу		Жүрөктүн ишемиялык оорусу		Ашказан жарасы, гатсрит		Башка оорулар	
		ҮБД	тер	ҮБД	тер	ҮБД	тер	ҮБД	тер	ҮБД	тер	ҮБД	тер
1	Дарылоо боюнча сунуштар	77,5	68,4	83,6	67,1	87,3	71,8	89,0	77,6	84,7	67,5	58,2	51,8
2	Режим боюнча сунуштар	38,3	15,0	16,5	7,0	38,7	27,7	48,9	30,9	22,0	17,3	21,0	13,2
3	Диета боюнча сунуштар	26,4	12,4	8,7	2,9	22,1	16,0	45,4	38,0	48,0	23,6	20,1	23,0
4	Оору жөнүндө түшүндүрмө	37,7	25,5	24,0	10,1	17,0	15,8	19,7	12,9	19,3	11,4	8,0	8,9
5	Жазылган дарылар боюнча түшүндүрмө	18,0	19,4	36,4	24,7	27,6	20,1	37,5	28,6	31,2	30,9	32,7	28,0
6	Анализ боюнча маалыматы	11,2	9,5	13,0	4,0	11,2	4,2	21,3	7,6	16,5	9,0	7,0	5,2
7	Башка сүйлөшүү элементтери	16,1	26,4	37,0	32,9	28,0	17,0	15,7	11,4	17,0	14,6	23,0	17,2
8	100 бейтапка элементтердин жалпы саны	225,2	176,6	219,2	148,7	231,9	172,6	277,5	206,5	238,7	174,3	170,0	147,3
9	Активдүүлүк коэффициенти	2,3	1,8	2,2	1,5	2,3	1,7	2,8	2,1	2,4	1,7	1,7	1,5
Эскертме: ҮБД – үй-бүлөлүк дарыгер, Тер – терапевт. Кабыл алынган 100 бейтапка интенсивдүү көрсөткүч.													

Алынган маалыматтарга карасак терапевтер режим сактоо жөнүндө ГО ($m = \pm 13.350$), ЖИО ($m = \pm 14.950$), АЖ ($m = \pm 8.150$) көбүрөөк кеп-кеңеш бергени байкалган.

Жазылган дары-дармектерге түшүндүрмө берүүдө жүрөктүн ишемиялык ($m = \pm 13.800$) жана ашказан жарасы, гастрит илдеттеринде ($m = \pm 14.950$) кеңири түшүндүрмөлөрдү сунуштаганы белгилүү болду.

Бейтаптын оорусу жөнүндө түшүндүрмөнү берүү ($m = \pm 12.250$) сапаты да жогорку деңгээлди түзгөн.

Жалпы практикалык дарыгерлер борборуна кайрылгандарга оорусунун түрү боюнча терапевтердин берген сунуштарынын *активдүүлүк коэффициенти* – БжП ($m = \pm 0.400$), ЖИО да 100 кабыл алынган бейтапка берген кеңеши ($m = \pm 0.550$) барабар болуп, башка элементтерге салыштырмалуу жогорку көрсөткүчкө ээ болгон.

3.6.7-таблицага карасак ҮБДлерде Курч респиратордук оорулар жана гриппте режим боюнча кеңеш берүү көрсөткүчү $m = \pm 18.650$ барабар болуп Тге $m = \pm 7.000$ караганда сапаты эки жарым эсе жогору экени байкалып турат. Жүрөктүн ишемиялык оорусунда (48,9 каршы 30,9 учур) сунуштарды берүү 1,5 эсе көп. ЖИОсу боюнча текшерүү жана түшүндүрүүнүн сапаты ($m = \pm 44.000$ учурга каршы $m = \pm 38.300$) көрсөткүчтү берип терапевтерден анча айрыма жок ($P \geq 0,005$) экени белгилүү болду.

Изилдөө көрсөткөндөй ЖПДБда оорулууну кабыл алганда анын даттануусун угуп, илдетин аныктап, дары-дармек жазуунун сапатын текшерүүдө терапевтерге $m = \pm 0.400$ караганда үй-бүлөлүк дарыгерлердин активдүүлүк коэффициенти $m = \pm 0.650$ 1,5 эсе жогору экендиги далилденди.

ҮБДлер оорулууну биринчи жолу көрүүдө илдеттин узактыгын жана белгилерин терапевтерге салыштырганда бир жарым эсе, себептерин үч эсеге көп аныктаган. Алгачкы дарылоода элементтердин саны ҮБДде 383,5 Тде 257,9 ду түзүп, АКти бир жарым эсе өйдө болгон.

Бейтап ЖПДБна кайра кайрылган учурларда үй-бүлөлүк дарыгерлердин активдүүлүк коэффициенти 1,6, ал эми Т үчүн активдүүлүк коэффициенти 1,5

түзүп ишенимдүү айрамланган ($P \geq 0,005$). Бул аймактык терапевттердин амбулатордук технологиянын методикалык маселелери боюнча билими канаатандыраалык эместигин айгинелеп турат.

ЖПДБга оорулуу алгачкы ирет кайрылган мезгилде текшерип кароонун сапаттык көрсөткүчтөрү терапевтерге салыштырганда үй-бүлөлүк дарыгерлерде бир жарым эсеге көп экендиги белгилүү болду. Мисалы: жүрөктү жана өпкөнү угууда, кан басымын өлчөөдө. Ал эми ЖПДБнын терапевтеринде жүрөктү жана өпкөнү угуу гана тешелүү түрдө жүргүзүлгөн.

ЖПДБгы дарыгерлер оорулууну кабыл алганда аларга жазылган дары-дармектерди түшүндүрүп, сурамжылап-текшерүүнүн башка элементтерин жакшы жүргүзбөгөндүгүн изилдөө далилдеди.

3.7. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу

Саламаттыкты сактоону өнүктүрүүдө Бүткүл дүйнө боюнча, анын ичинде КМШ өлкөлөрүндө үй-бүлөлүк медицина институтун ишке киргизүү менен стационардан амбулатордук б.а. профилактикалык иштерге басым жасоо болгон.

Кыргыз республикасында БМСЖды (баштапкы медициналык санитардык жардам өнүктүрүү стратегиясы алгач үй-бүлөлүк дарыгерлер тобун/үй-бүлөлүк медицина борборлорун уюштуруу аркылуу үй-бүлөлүк медицина институтун түзүүгө жана кымбат ресурсту талап кылган стационардык жардам секторун реорганизациялоого багытталган. [Канатова, 2023, б. 62-66].

Бирок, — калктын ден соолукту чыңдоо боюнча сабаттуулугунун төмөн деңгээли, туура эмес тамактануу, медициналык кеңештерди, көрсөтмөлөрдү аткарбоо, инъекцияларды колдонуу менен өзүн-өзү дарылоонун кеңири таралышы өлкөбүздөгү үй-бүлөлүк медицина институтунун учурдагы инсанга багытталган мамиленин жоктугун айгинелеп турат [Р.Султаналиева ж.б., 2022, б. 77-84].

БМСЖ көрсөткөн дарыгерлердин иштөө убактысы мекемелерде (поликлиникада) төрт саат жана эки саат үймө-үй кыдыруу менен чектелген. Мындай график үй-бүлөлүк медицина борборлорунда бейтаптардын узун кезектерин пайда кылат. Мындан тышкары айрыкча айыл жеринде кадрлардын жетишсиздиги оптималдуу жана өз убагында медициналык жардамды уюштуруунун жоктугун далилдеп турат [Борончиева жана Алдашукуров, 2022, б. 364-369].

Аталган көйгөйлөр БМСЖдагы терапиялык кызматты комплекстүү изилдөөнүн зарылдыгын аныктады жана ошонун негизинде Ош областынын мисалында терапиялык жардамды уюштуруунун артыкчылыктуу багыттарын аныктоого негиз болду.

Изилдөөнүн материалдарынын негизинде, амбулаториялык шарттагы дарыгердин ишинин технологиясы; жумуш убактысын рационалдуу пайдалануу; дарыгерлердин ишин пландаштырууну жакшыртуу; дарыгерлерди үзгүлтүксүз окутуу; амбулатордук кабыл алууларда дарыгерлерди маалыматтык камсыздоо; профилактикалык иштерин жакшыртуу; медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу; үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишин баалоо көрсөткүчтөрүн камтыган методикага өзгөртүүлөрдү киргизүү менен терапиялык жардамдын сапатын жогорулатууга багытталган иш-чаралардын системасын иштеп чыктык.

Терапиялык оорулууларды кабыл алуудагы дарыгерлердин ишинин технологиясын өркүндөтүү. Клиникалык изилдөө ыкмасын колдонуунун мисалында амбулаториялык кабыл алууда терапиялык жардам көрсөтүүнүн колдонуудагы технологиясынын негизги кемчиликтери каралган. Бул кемчиликтер эмгекти уюштуруунун азыркы шартында анын бардык элементтерин аткаруунун мүмкүн эместигинен келип чыккан. Дарыгердин каалоосу боюнча клиникалык ыкманын айрым элементтерин калтыруу медициналык жардамдын сапатынын төмөндөшүнө алып келет.

Терапиялык жардамдын мындан аркы өнүгүшү диагностиканын, дарылоонун жана алдын алуунун кымбатыраак ыкмаларынын жана каражаттарынын пайда болушуна алып келет. Бул терс көрүнүштүн пайда болушуна жол бербөө жана медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу үчүн иштин технологиясын өнүктүрүү максатка ылайыктуу.

Терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу боюнча *дарылоо жана диагностикалоо процессинин клиникалык технологиясынын, ооруну текшерүү картасын, жумуш убакытты рационалдуу пайдалануу сунуштарын* иштеп чыктык:

Дарылоо жана диагностикалоо процессинин клиникалык технологиясынын негизи бардык ооруларды аныктоо эрежелеринин жыйындысы, б.а. универсалдуу системасы болуп саналат. Терапияда: 1) сурамжылоо; 2) текшерүү; 3) пальпация; 4) перкуссия; 5) аускультация ыкмаларын камтыйт.

Бейтаптарды текшерүүнүн кандай гана жолу иштелип чыкпасын, ал дайыма сурамжылоо менен башталат. Сурамжылоо эң маанилүү жана татаал изилдөө ыкма болуп саналат, анын жардамы менен бардык оорулардын 60% га жакынын аныктоого болот.

Бейтаптарды сурамжылоо башка текшерүүлөр сыяктуу эле, объективдүү түрдө жүргүзүлүшү керек. Биз сурамжылоо жүргүзүүнүн белгилүү бир тартибин сунуштадык, бул дарыгерди ал эч нерсени өткөрүп жибербегендигин көзөмөлдөө зарылчылыгынан бошотот жана алынган маалыматка көңүл бурууга мүмкүндүк берет. Жалпы сурамжылоо схемасынын негизинде, дарыгерлердин диагностикалык маалыматка болгон муктаждыктарын жана медициналык байкоонун логикасын эске алуу менен биз байкоо жүргүзүү учуруна жараша сурамжылоо схеманы сунуш кылдык (3.7.1 таблица).

3.7.1-таблица – Амбулатордук кабыл алууда терапевтик бейтаптарды сурамжылоо схемасы

№	Сурамжылоо элементтери	Алгачкы		кайталанган		акыркы	
		курч	өнөкөт	курч	өнөкөт	курч	өнөкөт
1	Бейтаптын оорусу боюнча арызын угуу	+	+	+	+	-	+
2	Симптомдорду сурамжылоо	+	+	+	+		+
3	Оорунун узактыгы	+	-	-	-	-	-
4	Оорунун себептери	+	-	-	-	-	-
5	Симптомдордун пайда болуу убактысы, ырааттуулугу жана шарттары	+	+				
6	Дарылоо чараларын талкуулоо	+	+	+	+	+	+
7	Оорунун жүрүшүндө өзгөрүүлөр	-	-	+	+	-	+
8	Мурдагы изилдөөлөрдүн натыйжалары		+				
Эскертүү: "+" – зарыл болгон элемент "-" – зарыл эмес элемент							

Өнөкөт оорулардан жапа чеккен бейтаптарга акыркы сурамжылоо жүргүзүүдө оорунун калдык симптомдорду жана алардын оордук даражасын аныктоо сунушталаарына көңүл буруш керек, бул оорунун динамикасын жакшыраак баалоого мүмкүндүк берет.

Бейтапты кароодо суроо берүүнүн уландысы болуп клиникалык ыкмаларды колдонууга негизделген кароо, пальпация, перкуссия жана аускультация деп аталган физикалык текшерүү болуп саналат. Сурамжылоо менен бирге физикалык текшерүүнүн жардамы менен 80% учурларда диагноз коюуга мүмкүн болду. Бирок, акыркы он жылдыктарда инструменталдык изилдөө методдорунун өнүгүшүнө байланыштуу, кээ бир дарыгерлер бул методдун диагностикалык мүмкүнчүлүктөрүнө кандайдыр бир ишенбөөчүлүк пайда болуп, ошондуктан керектүү көндүмдөрдү калыптандырууга көңүл бурулбай келет.

Физикалык текшерүүнүн артыкчылыктары да бар, ал кошумча изилдөөлөрдү талап кылбай туруп айрым бейтаптарды дарылоону сунуштоого мүмкүндүк берет. Толук текшерүүдөн өтүү зарылчылыгы оорулуу биринчи жолу дарыгердин көзөмөлүнө келгенде пайда болот. Мындай учурларда мындай текшерүүнү диспансердик кабыл алууда уюштуруу максатка ылайыктуу.

Диагностикалык процесстин ажырагыс бөлүгү **дарыгер менен бейтаптын ортосундагы сүйлөшүү** болуп саналат. Бир катар изилдөөчүлөрдүн пикири боюнча, жана биздин жеке изилдөөлөр көрсөткөндөй, байланыш кыска мөөнөттүү, мазмуну жок, психологиялык жана социалдык факторлордун бейтаптын инсандыгына жана оорунун жүрүшүнө тийгизген таасирин жетишсиз түрдө эсепке алган. Биздин байкоолорубуздун натыйжалары сүйлөшүүнүн жана аны жүргүзүү формасына биринчи кезекте тиешелуу болгон аныкталган кемчиликтерди четтеткен багытта сүйлөшүүлөрдү жүргүзүүнү зарылдыгы аныкталды. Биз 3.7.2 таблицада бейтап менен сүйлөшүүнүн схемасын сунуштадык.

3.7.2-таблица – Амбулатордук кабыл алууда дарыгердин бейтап менен сүйлөшүү схемасы

№	Сурамжылоо элементтери	Алгачкы		кайталанган		акыркы	
		курч	өнөкөт	курч	өнөкөт	курч	өнөкөт
1	Диагнозду талкуулоо	+	+	+	+	-	+
2	Режим боюнча сунуштар	+	+	+	+	-	+
3	Диета боюнча сунуштар	+	+	+	+	-	+
4	Дарылоо боюнча сунуштар	+	+	+	+	-	+
5	Инструменталдык, лабораториялык текшерүүлөрдү талкуулоо	+	+	+	+	+	+
6	Кошумча			+	+	+	+
7	Профилактикалык сүйлөшүү	+	-	-	-	+	+
8	Талкуу	+	+	+	+	+	+

Эскертүү: “+” элементинин болушу “-” жок

Оорулуу менен кайра-кайра байланышуу учурунда анын көңүлүн анын ден соолугундагы оң өзгөрүүлөргө буруп, мурда кабыл алынган сунуштарды туура түшүнгөндүгүн текшерип, жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжалары менен тааныштыруу керек. Акыркы күнкү сүйлөшүүдө профилактикалык сунуштар камтылууга тийиш. Бейтаптын жеке көйгөйлөрүн талкуулоого, эгерде ал тарабынан демилге көрсөтүлгөн учурда гана жол берилет. Сүйлөшүү учурунда башка жумуш менен алектенбеш керек. Оорулуу менен маектешүү – бул амбулаториялык шартта медициналык жардам көрсөтүү технологиясынын акыркы этабы жана муну келечекте амбулатордук технология деп атаууну сунуштайбыз.

Терапиялык жардамдын кийинки этабы лабораториялык-инструменталдык ыкмаларды тандоону камтыйт. Бул ишти аткарууда биз, ишти уюштуруунун жана клиникалардын заманбап диагностикалык каражаттар менен жабдылышын эске алуу менен диагноз коюу үчүн маалыматтарды, эксперттик корутундуларды негиздөө, инструменталдык изилдөөлөрдү жүргүзүүнү, дарылоо-профилактикалык иш-чаралардын планын камтыган — *оорулууну текшерүү картасын* сунуш кылдык.

Картада киргизиле турган маалыматтар алдын ала даярдалган. Анда: оорунун узактыгы, анын өнүгүшүнө шарт түзгөн себептер жана факторлор, өнөкөт оорунун болушу жөнүндө маалымат; анамнездеги оорулар; жалпы абалынын даттануулары; организмдин айрым органдарынын жана системаларынын дисфункциясы, алардын мүнөзү, интенсивдүүлүгү, узактыгы; дененин айрым органдары жана системалары боюнча белгилерди топтоо менен физикалык текшерүүнүн маалыматтары; кесиби, жашы, эмгек жана жашоо шарттары, жаман адаттары боюнча маалыматтар аныкталат.

Жумуш убакытты рационалдуу пайдалануу бул, — ишти уюштуруунун негизги элементи. Жалпы практикалык дарыгерлердин ишинде алардын негизги милдеттери болгон: ишти пландоо, профилактикалык иштер, медициналык кароодон өткөрүү, жаңы ыкмаларды киргизүү, дарылоо, жеке

квалификациясын жогорулатуу менен бирге алардын иш убактысынын бир кыйла бөлүгү жазуу иштерине, чогулуштарга, конференцияларга катышууга жана башка чыгымдарга жумшалат. Мунун баары медициналык тейлөөнүн сапатына терс таасирин тийгизүүдө.

Дарыгердин медициналык документацияга кеткен убактысын кыскартуу үчүн изилдөөгө жана дарылоого жолдомолордун стандарттуу формаларын колдонуу маанилүү. Байкоолор көрсөткөндөй, ар бир 100 кайрылууга жолдомо берүү жыштыгы орто эсеп менен дарыгер тарабынан 26 жолу жана медайым тарабынан 48 жолу. Бир жолдомо берүү үчүн орто эсеп менен 1,5 мүнөт кетет.

Оорулууга кайда жана кайсы кабинетке келуу керек экендигин, текшерилүүгө кантип даярдануу керектигин түшүндүрүү зарыл экендигин эске алуу менен жумуш убактысынын сарамжалсыз чыгымдалышы бир кыйла көбөйөт.

Мындай терс көрүнүштөрдү жоюу максатында биз *стандарттык жолдомо формаларын колдонуу сунуштадык*. Ар бир жолдомо формасынын алдыңкы тарабы эки бөлүктөн турат.

Биринчи бөлүктө медайым бейтаптын фамилиясын, атын, медициналык картасынын номерин, дарегин, ошондой эле дарыгердин фамилиясын жана кабыл алынган күнүн жазат. *Экинчи бөлүк* көмөкчү диагностикалык кызматтарды изилдөөнүн жыйынтыктарын толтуруу үчүн арналган. Бланканын арткы бетинде изилдөөгө даярдануунун эрежелери, аны өткөрүү орду жана убактысы жөнүндө маалыматтарды камтыган пациент үчүн жазуу болот. Мындай формалардын болушу дарыгерди көрсөтмө жазуудан толугу менен бошотуп, медайымдын убактысын үнөмдөйт.

Дарыгерлердин ишин сарамжалдуу уюштуруу менен бейтаптарды кабыл алуу убактысынын орточо 35%ын түзгөн амбулатордук медициналык картаны жүргүзүүгө кеткен убакытты кыскартууну талап кылат. Бул үчүн медициналык китепчеге кошумчаларды колдонуу сунушталат, бул аларда көрсөтүлгөн белгилерге басым жасап, жетишпегендерин атайын бөлүнгөн саптарга киргизүү менен чыгымдарды олуттуу түрдө (20% га) кыскартууга мүмкүндүк берет.

Ошентип, терапиялык оорулууларды кабыл алуу учурунда стандарттуу жолдомо, даяр рецепттер, диета, машыгуу терапиясы боюнча сунуштамалар, байланыш каражаттары, оорулуу чакыруу үчүн жарык сигналы, тиешелүү «кабыл алуунун эрежелерин» белгилөө, кабинетте дарыгердин кыймылынын графиктерин иштеп чыгуу аркылуу дарыгердин жумуш убактысы үнөмдөлөт.

ТЫЯНАКТАР:

1. Баштапкы медициналык жардам кызматындагы калктын оорулуулукту изилдөөсү көрсөткөндөй, байкалган 50 жаштан жогору пациенттердин арасында оорунун таралышы 100 бейтапка 2017-жылы 88,7 ден 2020-жылы 208,1ге чейин көбөйгөн. Изилдөө көрсөткөндөй, дем алуу органдарынын оорулары, экинчи орунду –кан тамыр оорулары, үчүнчү орунду - жүрөктүн ишемиялык оорулары, төртүнчү - мээнин кан тамыр оорулары ээледі. Жалпы текшерүүдөн өткөндөрдүн 15,9% ден-соолугу чың, 20,3% иш жүзүндө ден-соолугу чың экендиги, оорунун компенсацияланган түрү 3,4%, ал эми бейтаптардын 0,1% декомпенсацияланган түрү бар экендиги аныкталды.

2. Терапиялык оорулууларды кабыл алуудагы көрүүсүндө, жалпы практикалык дарыгерлер борборунда дем алуу органдарынын илдеттеринде орточо 5,4 коэффициентти берген, ушул эле дарт менен активдүүлүк коэффициентинин көрсөткүчү терапевтерде 7,3 кө барабар болуп 1,9 га жогору болгон. Гастрит жана ашказан жарасында 3,9 жана 4,5 б.а. активдүүлүк коэффициентинин аймактык терапевтерге караганда ҮБДде 1,5 эсе көп.

3. Балдардын профилактикалык кароосунун уюштурулушу боюнча көйгөйлөр: Кыргызстанда мектеп окуучуларын профилактикалык медициналык кароодон өткөрүү үчүн үй-бүлөлүк дарыгерлерге каражат бөлүнбөйт, бул орто билим берүү жана мектепке чейинки мекемелерде профилактикалык иштерди жүргүзүүнүн мүмкүнчүлүгүн чектейт. Балдардын профилактикалык медициналык кароосу боюнча жобо иштеп чыгуу жана тиешелүү укуктук-ченемдик документтерге өзгөртүүлөрдү киргизүү зарыл

4. Дарыгердин жумуш убактысын үнөмдөө үчүн стандарттуу жолдомолор, даяр рецепттер, диета терапиясы боюнча сунуштамалар, уюштуруучулук жана технологиялык чараларды, терапевтердин ишинин сапатын баалоону камтыган «Хронокарталар» жана иштелип чыккан “Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам” аталыштагы методикалык колдонмо оорунун алдын алуу жана дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатат.

ПАЙДАЛАНЫЛГАН АДАБИЯТТАР

1. **Абдираев, П. А.** Реформирование и модернизация здравоохранения в Кыргызстане (часть 2) / П. А. Абдираев // Молодой ученый. – 2016. – № 17(121). – С. 325-328.
2. **Абылова, Н. К.** Распространенность артериальной гипертензии у лиц сахарным диабетом, находящихся на диспансерном учете в центрах семейной медицины г. Бишкек [Текст] / Н. К. Абылова // Здравоохранение Кыргызстана. – 2021. – № 4. – С. 79-83.
3. **Агаларова, Л. С.** Исследование медико-профилактических, организационно-технологических и социально-экономических аспектов деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение", 14.01.04 "Внутренние болезни" : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Агаларова Луиза Саидахмедовна. – Москва, 2010. – 47 с.
4. **Акматова, Б. А.** Результаты оценки услуг по выявлению и диагностике туберкулеза, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ [Текст] / Вестник Авиценны. – 2018, Т. 20. №2-3.
5. **Акматова, Б. А.** Комплексная оценка эффективности внедрения системы повышения качества на уровне службы первичной медико-санитарной помощи: на примере г. Ош и пилотных районов Ошской области [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Б. А. Акматова. – Бишкек, 2010. – 22 с.
6. Аккредитация врачей по специальностям "терапия", "общая врачебная практика (семейная медицина)", "диетология" [Текст]/ [О. М. Драпкина, С. Ю. Астанина, Р. Н. Шепель и др.]. // Учебно-методическое пособие / Москва, –2019. Сер. Библиотека Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины.

7. **Аксенова, Е. И.** Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи. Экспертный обзор. [Текст] / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, Е. О. Короткова – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». – 2021. – С. 57.
8. Актуальные вопросы оценки технологий здравоохранения в Азербайджане, Армении, Беларуси, Кыргызстане, Молдове, России, Таджикистане, Узбекистане / [Р. И. Ягудина, Д. Т. Угрехелидзе, А. А. Агзамов и др.] // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2015. – № 3. – С. 5-10.
9. Амбулатордук кабыл алуудагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуунун багыттары [Текст] / [Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров, А. Б. Боронбаев и др.]. // Ош мамлекеттик университети жарчысы. – 2024. – № 3. – 1-12-бб.
10. **Ананьин, М. А.** Вызовы пандемии и стратегическая повестка дня для общества и государства. [Текст] / [М. А. Ананьин, В. Н. Архангельский, В. А. Безвербный и др.] // Социально-политическое положение и демографическая ситуация в 2021 году – Москва, – 2021.
11. Анализ подготовки клинических ординаторов по специальности "Семейная Медицина" в КГМА. [Текст]/ [П. И. Матюшков, Ж. З. Мамытбекова, М. И. Дворкин, Н. Э Давлеталиева] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2018. – Т. 18. –№ 9. – С. 159-163.
12. Анализ антикоагулянтной терапии у пожилых людей во врачебной клинической практике центров семейной медицины Кыргызской Республики [Текст]/ [С. М. Маматов Канат кызы Б., А. О. Мусакеев и др.]. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2021. –Т. 17. – № 2. – С. 228-232.
13. **Акишина, А. А.** Национальные интересы и вопросы регионального развития в системе приоритетов международной деятельности Российских Университетов [Текст] / [А. А. Акишина, М. А. Аникьева, И. В. Антипина и др.] // Москва, – 2021. – С. 187-193.

14. **Апсаматова, Н. М.** Ранговая значимость факторов риска развития острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста. [Текст] / Н. М. Апсаматова // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 17. – С. 34-37.
15. **Арзыматов, Т. А.** Проблемы формирования финансов в сфере здравоохранения Кыргызстана / [Т. А. Арзыматов, М. У. Рахматова, Н. А. Асанова и др.] // Научные стремления. – 2018. – № 24. – С. 96-98. – DOI 10.31882/2311-4711.2018.24.27.
16. **Ацель, Е. А.** Пути совершенствования подготовки врачей первичного звена здравоохранения по вопросам кардиологической реабилитации [Текст] / [Е. А. Ацель, Р. А. Бодрова, Р. М. Газизов и др.]. // CardioСоматика. – 2013. – № S1. – С. 11.
17. **Бажанова, А. Е.** Оценка управленческих компетенций и потребностей в обучении руководителей здравоохранения Ошской области Кыргызской Республики [Текст] / А. Е. Бажанова // учебник / Бишкек 2017.
18. **Байызбекова, Д. А.** Качество и безопасность в условиях пандемии Covid-19: влияние обучения медицинских работников. [Текст] / Д. А. Байызбекова, М. Т. Калиев, Л. У. Асаналиева // Здравоохранение Кыргызстана. – 2021. – № 4. – С. 111-120.
19. **Баранов, А. А.** Вопросы психологии и психосоматики в послевузовской и дополнительной профессиональной подготовке врачей общей практики [Текст] / [А. А. Баранов, Р. Г. Аксенфельд, А. А. Колинько и др.]. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2020. – № 81. – С. 56-59.
20. Баштапкы медициналык санитардык жардамдын көлөмүн пландоонун ыкмалары [Текст] / [Г. А. Аскарбекова, Д. К. Исраилова, А. А. Шамшиев и др.]. // Илим. Билим. Техника. – 2022. – No. 2(74). – P. 91-94.
21. **Бекешова, Э. Н.** Повышение качества и доступности амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению [Текст]: / методические рекомендации Э. Н. Бекешова – Бишкек, 2018. – 40 с.

22. **Бекешова, Э. Н.** Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на современном этапе [Текст] / Э. Н. Бекешова // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6. – № 1. – С. 145-154.

23. **Беран, Д.** Уроки, извлеченные из лечения хронических заболеваний в Кыргызстане: последствия для медицинского образования [Текст] / Д. Беран, Л. Лутан, А. Абраимова, Г. Мурзалиева // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2013. – № 4-1. – С. 7-13.

24. **Бримкулов, Н. Н.** Астанинская декларация по ПМСП - видение мирового здравоохранения в XXI веке. [Текст] / Н. Н. Бримкулов, О. Т. Касымов // Здравоохранение Кыргызстана. – 2019. – № 1. – С. 146-152.

25. **Бримкулов, Н. Н.** Проблемы общей врачебной практики в материалах национального конгресса по болезням органов дыхания (16-19 октября 2018 г., Москва). [Текст] / Н. Н. Бримкулов, А. С. Белевский // Российский семейный врач. – 2018. – Т. 22. – № 4. – С. 49-52.

26. **Бримкулов, Н. Н.** Семейная медицина: прошлое, настоящее и будущее (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года). [Текст] / Н. Н. Бримкулов // Российский семейный врач. – 2015. – Т. 19. – № 3. – С. 33-36.

27. **Бримкулов, Н. Н.** Семейные врачи - лидеры на пути к лучшему здоровью (к всемирному дню семейного врача - 19 мая). [Текст] / [Н. Н. Бримкулов, С. Ж. Сыдыкова, А. Т. Жайлообаева и др.]. // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2018. – № 1. – С. 31-36.

28. **Вошев, Д. В.** Цифровая медицинская грамотность в первичной медико-санитарной помощи: ключевой фактор удовлетворенности пациентов в эпоху цифровой трансформации медицинских услуг. [Текст] / Д. В. Вошев, И. М. Сон, Н. А. Вошев. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – № 22. – 27 с.

29. **Гаджиев, Р. С.** Исследование организации и качества медицинской помощи на дому городскому населению. [Текст] / Р. С. Гаджиев, Л. С.

Агаларова, А. Н. Гасанов // Организация и совершенствование управления системой охраны здоровья населения. – 2021. – С. 45-51.

30. **Гаджиев, Р. С.** Исследование качества диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках. [Текст] / Р. С. Гаджиев, Л. С. Агаларова, М. А. Гамзаева // Справочник врача общей практики. – 2017. – № 3. – С. 15-22.

31. **Гаибов, А. Г.** Некоторые вопросы доступности и повышения качества медицинской помощи сельскому населению Республики Таджикистан [Текст] / [А. Г. Гаибов, Н. Т. Мирзоали, Х. К. Каримзода и др.] // Вестник Авиценны. - 2019. - Т. 21, № 3. - С. 415-419.

32. Государственные требования последиplomного медицинского образования специальность семейная медицина/врач общей практики. Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 30 марта 2018 г. №224. 45 с.

33. **Григорович, М. С.** Опыт кафедры семейной медицины и поликлинической терапии по подготовке врачей в сфере медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни [Текст] / М. С. Григорович // Совершенствование воспитательной работы в вузе: патриотическое воспитание - приоритетное направление воспитательной работы в вузах. Сб. статей IV Межвуз. науч.-практической конф. – 2018. – С. 155-158.

34. Денисов, И. Н. Общая врачебная практика: национальное руководство [Текст]: в 2-х т. / И. Н. Денисов. О. М. Лесняк – М. Том 1. – 2019. 970 с.

35. **Джапарова, Д.** Система оплаты труда в государственном секторе здравоохранения в Кыргызской Республике. [Текст]/ Д. Джапарова, Т. Ю. Джолдошева // Сибирская финансовая школа –2018. – №3 (128). – С. 23-26.

36. **Джапарова, Д.** Перспективы создания электронного здравоохранения в Кыргызстане [Текст] / Д. Джапарова // Реформа. – 2020. – № 2(86). – С. 64-70.

37. **Джапарова, Д.** Проблемы финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане [Текст] / Д. Джапарова // Актуальные вопросы современной науки. – 2016. – № 48. – С. 118-125.
38. **Джигоева, И. А.** Медико-социальные проблемы подготовки и обеспеченности врачами общей практики в Российской Федерации [Текст] / И. А. Джигоева, Л. А. Гаджиева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Vol.18, №1. – С.194-197.
39. **Джуманалиев, Т. Ж.** Некоторые особенности законодательства Кыргызской республики в сфере здравоохранения [Текст] / Т. Ж. Джуманалиев, М. К. Казакбаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2023. – № 7. – С. 213-216.
40. **Джуманалиев, Т. Ж.** Правовое регулирование охраны и укрепления здоровья населения в Кыргызстане [Текст] / Т. Ж. Джуманалиев, М. К. Казакбаев // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2023. – № 5. – С. 168-170.
41. **Дорош, Ж. В.** К 20-летию кафедры терапии и семейной медицины российского национального исследовательского университета имени Н. И. Пирогова [Текст] / Ж. В. Дорош // Справочник врача общей практики. – 2018. – № 5. – С. 4-8.
42. **Драпкина, О. М.** Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов [Текст] / О. М. Драпкина, В. Н. Шишкова, М. Б. Котова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022;21(10): – 97 с.
43. Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасына адистерди даярдоо [Текст] / [Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А. Шамшиев, Ы. А. Алдашукуров] // Вестник Ошского государственного университета. – 2022. – №3. – Р. 38-43.
44. **Жапаров К. А.** Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья населения, проживающего в сельской местности / К. А.

Жапаров, А. Р. Аралбаева, Ж. С. Таирова // Вестник Ошского государственного университета. – 2015. – № 3. – С. 48-54.

45. **Жусупова, А. Б.** Азыркы этаптагы саламаттыкты сактоонун маңызы жана мааниси / А. Б. Жусупова, Н. М. Бахрамжанова // Кыргызстандын саламаттыкты сактоо. – 2021. – № 2. – Р. 128-133.

46. Задворная, О. Л. Проблемы и направления развития первичной медико-санитарной помощи. [Текст] / О. Л. Задворная // "Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики" – 2021 г., – № 3.

47. Затраты рабочего времени врачей-терапевтов участковых при посещении одним пациентом. [Текст] / [В. В. Люцко, И. М. Сон, М. А. Иванова и др.] // Терапевтический архив – 2019, №1. – 19 с.

48. Интегрированные модели предоставления первичной медико-санитарной помощи за рубежом. [Текст] / В. И. Перхов, И. В. Самородская, А. А. Третьяков и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики – 2020, – №1. – 293 с.

49. **Исмаилова, К. Д.** Актуальные вопросы управления в системе здравоохранения Кыргызстана [Текст] / К. Д. Исмаилова, Э. С. Усонова // Известия Иссык-Кульского форума бухгалтеров и аудиторов стран Центральной Азии. – 2022. – № 2(37). – С. 49-53.

50. **Исраилова, Д. К.** Кыргыз Республикасынын Ош облусундагы жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасындагы респиратордук оорулуулардын көрсөткүчтөрү [Текст] / Д. К. Исраилова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2021. – № 9. – Р. 69-71.

51. **Исраилова, Д. К.** Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлер практикасындагы терапевттерге кайрылган оорулуулардын түзүмү жана таралышы [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2021. – № 5. – Р. 39-42.

52. **Исраилова, Д. К.** Үй-бүлөлүк медицинада профилактикалык текшерүү маселеси [Текст] / Д. К. Исраилова, Г. А. Аскарбекова, А. А.

Шамшиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Том 22, № 9. – С. 175-179.

53. **Исраилова, Д. К.** Баштапкы медициналык–санитардык жардамды өнүктүрүүдө медайымдардын орду [Текст] / Г. А. Аскарбекова, Д. К. Исраилова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2024. – № 2. – 74-77-бб.

54. **Исраилова, Д. К.** Трудно быть идеальным врачом в современном мире? [Текст] / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Сб. науч. трудов. Международный научно-практической конф. интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной. – 2023. – № 1. – 172-176-бб.

55. **Исраилова, Д. К.** Ош аймагындагы дарыгердик жардамды социалдык изилдөө (пациенттердин баасы). [Текст] / Д. К. Исраилова, Т. М. Мамаев, М. К. Сейдалиева // Сб. науч. трудов. Международный научно-практической конф. интеграция теории, образования и науки с прикладной медициной. – 2023. – №2. 174-178-бб.

56. **Исраилова, Д. К.** Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу [Текст] / Д. К. Исраилова, Ы. А. Алдашукуров // Endless Light in Science. – Нур-Султан, 2024. – Том 20, № 3. – 3-9-бб.

57. Опыт дистанционного обучения на кафедре внутренних болезней и семейной медицины в период ограничительных мер в связи с пандемией COVID-19 [Текст] / [Л. В. Ермачкова, Н. В. Кирьянова, Я. Б. Ховаева и др.]. // В сб: Медицинское образование в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. РОСОМЕД-УРАЛ. Матер. учеб.-методической конф. Пермь, – 2021. – С. 90-94.

58. **Калиев, М. Т.** Этапы становления и развития системы единого плательщика здравоохранения в Кыргызской Республике[Текст] / М.Т. Калиев // Менеджер здравоохранения.- 2019.- № 5.- С. 61-66.

59. **Канат, К. Б.** Комплаентность к антикоагулянтной терапии у пациентов старческого возраста с фибрилляцией предсердий в амбулаторных

условиях [Текст] / К. Б. Канат // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2021. – Т. 21. – № 5. – С. 32-36.

60. **Канат, К. Б.** Антитромботическая терапия у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий: состояние проблемы в реальной клинической практике врача семейной медицины [Текст] / К. Б. Канат, Н. К. Киндербаева С. О. Турдалиев // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). – 2021. – Т. 6, № 2. – С. 63-69.

61. **Капанова, Г. Ж.** Всеобщий охват услугами здравоохранения: возможности и проблемы (по материалам Международной конф., проведенной 10 декабря 2021 г. в Алматы, посвященной Международному дню всеобщего охвата услугами здравоохранения) [Текст] / Г. Ж. Капанова, Н. Н. Бримкулов, И. Е. Моисеева // Российский семейный врач. – 2022. – Т. 26, № 1. – С. 41-50.

62. **Каратаев, М. М.** Актуальные вопросы повышения качества образовательного процесса по общественному здоровью и здравоохранению в системе додипломного образования [Текст] / М. М. Каратаев, Д. Д. Ибраимова, К. И. Садамкулова // Наука и новые технологии. – 2011. – № 1. – С. 92-96.

63. **Каратаев, М. М.** О ходе реализации программы реформирования системы здравоохранения Киргизской Республики [Текст] / М. М. Каратаев, М. А. Мамбетов, У. Х. Аджибаев // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 4. – С. 10-12.

64. **Касиев, Н. К.** Россия и Китай: история и перспективы сотрудничества. Материалы IV международной науч.-практической конф. [Текст] / 2014. Том Выпуск 4 Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской Республике.

65. **Касиев, Н. К.** Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в Кыргызской Республике [Текст]: автореф дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.33 / Н. К. Касиев. – Москва, 1999. – С. 45-71.

66. **Касиев, Н. К.** Миграционные намерения студентов медицинских вузов в Кыргызстане: фактор риска и вызов для здравоохранения Республики

[Текст]/ Н. К. Касиев, Д. В. Вишняков // Анализ риска здоровью. – 2024. – № 1. – С. 128-140.

67. **Касиев, Н. К.** Некоторые вопросы системы здравоохранения Кыргызстана (Проблемы и перспективы) [Текст] / Н. К. Касиев, О. А. Болбачан, Д. Д. Ибраимова // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2019. – Т. 19, № 5. – С. 136-140.

68. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство [Текст] / [О. М. Драпкина, А. В. Концевая, А. М. Калинина и др.]. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. – Т. 23, №3. – С. 113-418.

69. Коммуникативные умения врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования (методологический аспект) [Текст] / [С. Ю. Астанина, А. М. Калинина, Р. Н. Шепель и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023;22(1S):3559. – 7 с.

70. Комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики врожденных пороков развития и последствий перинатального периода в Кыргызской Республике. [Текст] / [К. А. Узакбаев, Г. М. Саатова, А. Б. Фуртикова, А. Макенжан] // Здоровье матери и ребенка. – 2018. – № 1. – С. 1-14.

71. **Корж, А. Н.** Роль семейного врача в диагностике, профилактике и лечении хронической венозной недостаточности [Текст] / А. Н. Корж // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2016. – № 1. – С. 82-86.

72. **Кочербаева, А. А.** Современное состояние функционирования сферы здравоохранения Кыргызстана. [Текст] / А. А. Кочербаева, Л. Д. О. Аль-Шавбаке // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2018. – № 6. – С. 63-67.

73. **Кошмуратов, А. Г.** Здравоохранение Юга Кыргызстана в дореволюционный период [Текст] / А. Г. Кошмуратов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2017. – Т. 17, № 3. – С. 202-204.

74. **Кошмуратов, А. Г.** Здоровоохранение юга Кыргызстана в первые годы советской власти и в годы Великой Отечественной Войны [Текст] / А. Г. Кошмуратов, К. А. Атаханов, А. С. Амиракунова // Медицина Кыргызстана. – 2016. – № 3. – С. 39-49.

75. **Куканова, А. К.** Бремя псориаза в мире: Эпидемиология и факторы риска его развития [Текст] / А. К. Куканова, Ж. Т. Шакиев // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2023. – № 5. – С. 50-54.

76. **Курбатова, А. А.** Роль системы мониторинга в оценке эффективности терапии больных бронхиальной астмой общей врачебной практике (семейной медицине) [Текст] / А. А. Курбатова, А. В. Будневский // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2013. – Т. 16. – № 2. – С. 3-7.

77. **Кылчыкбаев, К.** Система здравоохранения Кыргызстана / К. Кылчыкбаев // Вестник Бишкекского гуманитарного университета. – 2012. – № 3(23). – С. 126-128.

78. Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө Кырг. Респ. мыйзамы [Текст]: – 2024-ж. 12-январь. – №14. – С. 14.

79. Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо уюмдарындагы медициналык жана фармацевтик адистиктердин номенклатурасын, кызмат орундарынын номенклатурасын жана медициналык, фармацевтик адистиктерди кызмат орундарына туура келүүсүн бекитүү жөнүндө буйрук. [Текст]: / – Бишкек. –2021. 31 с.

80. Кыргыз Республикасынын баштапкы медициналык-санитардык системасындагы медициналык жана башка кызматкерлердин штаттык нормативдерин бекитүү жөнүндө буйрук. [Текст] / – 2018-ж. – №774.

81. Кыргызстан: краткое описание системы здравоохранения, [Текст] / [С. Молдоисаева, М. Калиев, А. Сыдыкова и др. [Текст] / – 2022 г.

82. **Лычев, В. Г.** Контроль деятельности участкового врача-терапевта - путь повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи / В. Г.

Лычев, Т. Т. Карманова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 17-21.

83. **Маматов, С. М.** Состояние и перспективы геронтологии и гериатрии в Кыргызской Республике. [Текст] / [С. М. Маматов, М. А. Арстанбекова, Ф. Э. Иманалиева, К. Б. Канат] // Успехи геронтологии. – 2020. – Т. 33. – № 2. – С. 391-396.

84. **Мамырканов, М. А.** Подготовка социальных работников для деятельности в сфере общественного здравоохранения [Текст] / М. А. Мамырканов // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2022. – Т. 22, № 3. – С. 192-196.

85. **Мамытов, А. С.** Кыргыз Республикасындагы социалдык-демографиялык өнүгүүнүн тенденциялары жана факторлору [Текст] / А. С. Мамытов, И. А. Кыдырбаева // Бишкек мамлекеттик университетинин жарчысы. – 2024. – № 2(68). – Р. 43-47. – DOI 10.35254/bsu/2024.68.08.

86. **Мамытова, Ж. Б.** Инновационные механизмы привлечения медицинских кадров в сельское здравоохранение Кыргызстана [Текст] / Ж. Б. Мамытова // Вестник КазЭУ. – 2014. – № 1(97). – С. 36-44.

87. **Мирзоали, Н. Т.** Планирование и оптимизация численности медицинских и фармацевтических кадров [Текст] / Н. Т. Мирзоали, З. А. Раджабова // Здоровоохранение Таджикистана. – 2021. – № 2. – С. 105-112.

88. **Мукеева, С. Т.** Проблема семейной медицины в Кыргызстане. [Текст] / С. Т. Мукеева // Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. – 2012. – № 1. – С. 135-143.

89. **Муравицкая, М. Н.** Исследование факторов, влияющих на комплаентность амбулаторных больных гипертонической болезнью [Текст] / [М. Н. Муравицкая, А. А. Зуйкова, О. С. Посметьева, Н. Ю. Тырнова] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2020. – Т. 19. – № 1. – С. 159-164.

90. Непрерывное медицинское образование: международные тенденции и основные направления в Кыргызской Республике / [Т. Ч. Чубаков, Л. Лутонов,

Н. Н. Бримкулов и др.] // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2018. – № 1. – С. 79-86.

91. **Ногойбаева, К. А.** Заболеваемость, смертность и летальность от хронического гепатита в без и с дельта агентом в Кыргызстане за период 2010-2017 гг. [Текст] / [К. А. Ногойбаева, С. Т. Тобокалова, К. Т. Касымбекова, С. И. Умарова] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – № 10 (170). – С. 39-44.

92. **Ногойбаева, К. А.** Заболеваемость, смертность и летальность от цирроза печени в возрастном аспекте в Кыргызстане за период 2010-2017 гг. / К. А. Ногойбаева, С. Т. Тобокалова, С. И. Умарова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – №4(176). – С. 83-88.

93. Первичная медико-санитарная помощь, общественное здоровье и организация здравоохранения. Справочник понятий и терминов. [Текст] / [А. М. Калинина, Д. О. Савченко, Д. В. Вошев и др.]. – М.: РОПНИЗ, – 2023. – С. 76. 978-5-6050061-1-4.

94. Первый опыт первичной специализированной аккредитации врачей [Текст] / [А. Н. Калягин, С. М. Горбачева, А. Л. Павлюк и др.]. // Байкальский Вестник ДААД. – 2019. – № 1. – С. 102-107.

95. Переход к рыночной экономике и структурные реформы в государствах - членах Евразийского Экономического Союза [Текст] / [И. В. Пилипенко, В. Я. Пищик, Г. А. Бунич и др.]. // Санкт-Петербург, – 2019.

96. Приверженность антигипертензивной терапии больных гипертонической болезнью с различными вариантами коморбидной патологии на амбулаторно-поликлиническом этапе [Текст] / [Д. Н. Жихорева, М. Н. Муравицкая, А. А. Зуйкова и др.]. – Тверь: МЗРФ, 2021. – С. 127-131.

97. Проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях кадрового дисбаланса врачей-терапевтов участковых и пути их решения (обзор литературы). Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. [Текст] / [Л. И. Меньшикова, И. М. Сон, М. Ю. Крякова и др.] // – 2023 г., – № 2.

98. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. [Текст] / Приложение к постановлению Кабинета Министров Кыргызской Республики // – 2023. – № 493

99. **Раимкулов, К. М.** Роль социальных и природных условий в распространении возбудителей эхинококкозов на территории Кыргызской Республики. [Текст] / [К. М. Раимкулов, В. С. Тойгомбаева, О. Т. Куттубаев, А. Э. Мергенов] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2021. – № 2. – С. 28-36.

100. **Ратникова, Л. И.** Антимедиаторная терапия тяжелых форм гриппа. [Текст] / Ратникова Л.И. // Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – № 2 S1. – С. 105.

101. Регистр в оценке эффективности терапии больных хронической обструктивной болезнью легких в общей врачебной практике (семейной медицине) [Текст] / [В. Т. Бурлачук, Л. В. Трибунцева, Ю. В. Алтухова, А. В. Будневский] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – № 46. – С. 37-42.

102. **Ройтберг, Г. Е.** Подготовка врачей общей практики в современных условиях. Г. Е. Ройтберг, Ж. В. Дорош, О. О. Шархун. 2018. «Справочник врача общей практики», №5, 2018. С. 9-13.

103. **Руголь Л. В.** Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности. [Текст] / Л. В. Руголь, И. М. Сон. Л. И. Меньшикова. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020 (66) 3.

104. **Рысмендеев, Б. Д.** Система здравоохранения в суверенном Кыргызстане / Б. Д. Рысмендеев, Д. Ж. Асанбекова, Т. Ж. Джуманалиев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2023. – № 9. – С. 193-196.

105. **Сатыбалдиева, А. Ж.** Анализ результатов реализации международных проектов в сфере здравоохранения Кыргызстана / А. Ж. Сатыбалдиева // Вестник Дипломатической академии Министерства

иностранных дел Кыргызской Республики имени Казы Дикамбаева. – 2022. – № 18. – С. 119-125.

106. **Саякбаева, А. А.** Статистический анализ индикаторов реализации национальных программ охраны здоровья населения Кыргызской Республики [Текст] / А. А. Саякбаева, Г. К. Ташкулова, Н. И. Акылбекова // Евразийское Научное Объединение. – 2018. – № 9-2 (43). – С. 80-83.

107. Семейные врачи - лидеры на пути к лучшему здоровью (к Всемирному Дню семейного врача - 19 мая). Н. Н. Бримкулов, С. Ж. Сыдыкова, А. Т. Жайлообаева [и др.] // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. – 2018. – № 1. – С. 31-36.

108. Современные инновационные педагогические технологии в подготовке специалистов первичного звена здравоохранения [Текст] / [Г. Н. Шляхова, М. Е. Балашова, Г. Н. Шеметова и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 1. – С. 165-168.

109. Состояние здоровья первого и второго поколения лиц, пострадавших от радиации [Текст] / [Р. А. Алдашукуров, А. С. Абдыкарова, Д. К. Исраилова и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 1. – С. 107-113.

110. Состояние здоровья населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики [Текст] / Центр электронного здравоохранения МЗ КР. Бишкек, 2019. - Режим доступа: sez.med.kg/здоровье-населения-и-деятельность-оз/. - Загл. с экрана.

111. **Сластникова, Е. С.** Таргетный скрининг как метод обнаружения дислипидемий у детей в семьях с отягощенным семейным анамнезом в г. Казань. [Текст] / Е. С. Сластникова, Л. Ф. Галимова // Трансляционная медицина. – 2018. – Т. 5. – № S3. – С. 475.

112. **Смит, Б. Е.** Семейная медицина-правильный ли выбор для Кыргызстана? [Текст] / Б. Е. Смит // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2011. – № 3. – С. 62-70.

113. Сулейманова, Г. Т. Современные медико-демографические тенденции Кыргызской Республики. [Текст] / Г. Т. Сулейманова, Ж. Д. Тургумбаева, Г. О. Бапалиева // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2020. – № 12. – С. 58-64.

114. Султаналиева, Р. Б. Мониторинг липидного обмена у лиц с сахарным диабетом, находящихся на учете в центрах семейной медицины г. Бишкек. [Текст] / Р. Б. Султаналиева, Н. К. Абылова // Здравоохранение Кыргызстана. – 2022. – № 1. – С. 10-15.

115. Султаналиева, Р. Б. Контроль углеводного обмена у лиц с сахарным диабетом пожилого и старческого возраста в Центрах семейной медицины Г. Бишкека / Р. Б. Султаналиева, Н. К. Абылова // Научные исследования в Кыргызской Республике. – 2022. – № 3-1. – С. 77-84.

116. Султаналиева, Р. Б. Об организации медицинской помощи лицам с сахарным диабетом 2 типа в мире и в Кыргызстане / Р. Б. Султаналиева, Н. Абылова // Бюллетень науки и практики. – 2024. – Т. 10, № 3. – С. 420-427. – DOI 10.33619/2414-2948/100/52.

117. Табалдиева, А. С. Рынок труда в сфере здравоохранения Кыргызстана: проблемы и перспективы развития с помощью передовых технологий / А. С. Табалдиева, А. А. Джапарова // Известия Кыргызского государственного технического университета им. И. Раззакова. – 2023. – № 2(66). – С. 1223-1230. – DOI 10.56634/16948335.2023.2.1223-1230.

118. Тагаев, Т. Ж. Распространенность остеопенического синдрома и остеопороза у лиц пожилого и старческого возраста Кыргызстана. [Текст] / Т. Ж. Тагаев // Наука и инновации в медицине. – 2022. – Т. 7. – № 1. – С. 26-29.

119. Трибунцева, Л. В. Системный анализ эффективности терапии хронической обструктивной болезни легких в общей врачебной практике (семейной медицине) [Текст] / Л. В. Трибунцева, А. В. Будневский // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2013. – № 1. – С. 179.

120. Турдубаев, С. К. Пути совершенствования расходов государственного бюджета на здравоохранение на основе новых

информационных технологий / С. К. Турдубаев, З. М. Кенешбаева, И. У. Давыдов // Современные гуманитарные исследования. – 2018. – № 2(81). – С. 42-47.

121. **Узакбаев, К. А.** Место и роль Национального центра охраны материнства и детства в охране здоровья населения Кыргызстана / К. А. Узакбаев // Вопросы практической педиатрии. – 2017. – Т. 12, № 1. – С. 37-40.

122. **Фарафанова, С. И.** Удовлетворенность населения медицинской помощью в рамках ПМСП по результатам выборочного анкетирования [Текст] / С. И. Фарафанова, И. М. Акулин // Медицина и право в XXI веке: Сб. трудов XIII ежегодной науч.-практич. конф. – СПб.: ООО «Нордмедиздат», 2022. – С. 106-117.

123. **Чоюбекова, Г. А.** Экономические основы сферы здравоохранения в Кыргызской Республике. [Текст] / Г. А. Чоюбекова, А. А. Кочербоева // Вестник Карагандинского университета. Серия: Экономика. – 2019. – Т. 94. – № 2. – С. 205-211.

124. **Чоюбекова, Г. А.** Государственно-частное партнерство как экономический инструмент развития здравоохранения Кыргызстана / Г. А. Чоюбекова, Г. И. Жунушалиева, А. А. Накенова // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 5. – С. 441-449.

125. **Шамшиев, А. А.** Здравоохранение Кыргызстана в рамках проекта "государственно-частного партнерства" / А. А. Шамшиев // Медицина Кыргызстана. – 2012. – № 8. – С. 4-6.

126. **Шамшиев, А. А.** Факторы, влияющие на организацию медико-санитарной помощи населению южных регионов Кыргызской республики (по материалам социологического опроса). [Текст] / А. А. Шамшиев // Вестник АГИУВ – 2012. №2. – С. 8.

127. **Шамшиев, А. А.** Предпосылки повышения уровня медицинских услуг через реформу системы здравоохранения и внедрения новых механизмов финансирования. [Текст] / А. А. Шамшиев // Известия ВУЗов 2013 №1. – С. 63.

128. **Шахнабиева, С. М.** Оптимизация лечения больных гипертонической болезнью высокого сердечно-сосудистого риска на амбулаторно-поликлиническом этапе [Текст] / С. М. Шахнабиева, Л. В. Акулинина // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2018. – Т. 18. – № 2. – С. 174-179.
129. **Шейман, И. М.** Приоритет первичной медико-санитарной помощи – декларация или реальность [Текст] / И. М. Шейман, В. И. Шевский, С. В. Сажина. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019: 65(1).
130. **Ярочкина, Н. В.** Пациентоориентированный подход в подготовке медицинских кадров [Текст] / Н. В. Ярочкина // Специалист здравоохранения. – 2018. – № 2 (16). – С. 55-56.
131. Antineoplastic potential of the vitex species: an overview. [Text] / [M. Nigam, S. Saklani, A. P. Mishra, S. Plygun et al.]. // Boletin Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromaticas. – 2018. – Т. 17. – № 5. – С. 492-502.
132. Application of chinese medicine in acute and critical medical conditions. [Text] / [Y. Luo, J. G. Lin, C. Z. Wang et al.] // American Journal of Chinese Medicine. – 2019. – Т. 47. – № 6. – С. 1223-1235.
133. **Barbazza, E.** Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe [Text] / [E. Barbazza, D. Kringos, I. Kruse et al.] // BMC Health Serv Res. – 2019. – Vol. 19. – P. 1006.
134. **Barclay, L.** Rural and remote health research: Does the investment match the need? [Text] / L. Barclay, A. Phillips, D. Lyle // Aust J Rural Health. - 2018. - Vol. 26 (2). - P. 74- 79.
135. **Beaglehole, R.** Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care [Text] / [R. Beaglehole, J. Epping-Jordan, V. Patel et al.] // Lancet. - 2008. - Vol. 372. - P. 940-949.
136. **Bosch-Capblanch, X.** Primary health care supervision in developing countries [Text] / X. Bosch-Capblanch, P. Garner // Trop Med Int Health. - 2008. - Vol. 13. - P. 369-383.

137. Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: A retrospective cohort study [Text] / [R. Williams, D. A. Jenkins, D. A. Ashcroft et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2020. – Vol. 5 (10). – P. 543-550.
138. **Cunningham, F. C.** Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study [Text] / [F. C. Cunningham, S. Ferguson-Hill, V. Matthews et al.] // *BMC Health Serv Res*. - 2016. - Vol. 16. - P. 583.
139. **Dieterle, T.** Heart failure in the elderly. [Text] / T. Dieterle, M. Pfisterer, H. B. La Rocca // *Diabetologie und Stoffwechsel*. – 2018. – T. 13. – № 5. – C. 423-489.
140. Exploring IL-17 in spondyloarthritis for development of novel treatments and biomarkers. [Text] / [S. S. Groen, D. Sinkeviciute, A. C. Bay-Jensen et al.] // *Autoimmunity Reviews*. – 2021. – C. 102760.
141. Effects of camel milk in dyslipidaemia: a randomised clinical trial. [Text] / [A. Mohammaddin, D. K. Rohra, S. Mortaja et al.]. // *International Dairy Journal*. – 2018. – T. 84. – C. 79-84.
142. **Gulumian, M.** African herbal remedies with antioxidant activity: a potential resource base for wound treatment. [Text] / M. Gulumian, E. S. Yahaya, V. Steenkamp // *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. – 2018. – T. 2018. – C. 4089541.
143. S2K Guideline: diagnosis, therapy and follow-up of diabetes mellitus in the elderly: 2nd edition 2018 - awmf register no. 057-017. [Text] / [A. Bahrmann, P. Bahrmann, J. Baumann et al.] // *Biochemical Society Transactions*. – 2021. – T. 49. – № 6. – C. 2941-2955.
144. Reliability of point-of-care international normalized ratio testing in an academic family medicine clinic. [Text] / [E. J. Christenberry, M. E. Padilla, A. M. Loy et al.] // *Point of Care*. – 2018. – T. 17. – № 2. – C. 55-58.

145. Use of lipid-lowering therapies over 2 years in gould, a registry of patients with atherosclerotic cardiovascular disease in the us. [Text] / [C. P. Cannon, Y. Liu, Q. Gao et al.] // JAMA Cardiology. – 2021. – T. 6. – № 9. – C. 1060-1068.

146. **Kapadia, F.** Public Health Practice and Health Equity for Vulnerable Workers: A Public Health of Consequence, May 2023 [Text] / F. Kapadia // American Journal of Public Health. – 2023. – Vol. 113, No. 5. – P. 480-481.

147. **Khanassov, V.** Organizational interventions improving access to communitybased primary health care for vulnerable populations: a scoping review [Electronic resource] / [V. Khanassov, P. Pluye, S. Descoteaux et al.] // Int J Equity Health. – 2015. – Vol. 15. - Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC50057425/>. - The title from the screen.

148. **McKee, M.** Revisiting the corporate and commercial determinants of health [Text] / M. McKee, D. Stuckler // Am J Public Health. - 2018. - Vol. 108. - P. 11671170.

149. Mid-level health providers (MLHPs) in delivering and improving access to primary health care services – a narrative review [Text] / [V. Chauhan, N. Dumka, E. Hannah et al.] // Dialogues in Health. – 2023. – Vol. 3. – P. 100146.

150. **Myers, K.** Collaborative and bidirectional feedback between students and clinical preceptors: promoting effective communication skills on health care teams [Text] / K. Myers, C. L. Chou // J Midwifery Womens Health. – 2016. – Vol. 61 (S1). – P. 22-27.

151. Premature ovarian insufficiency: a toolkit for the primary care physician. [Text] / [I. Lambrinoudaki, S. A. Paschou, M. A. Lumsden et al.] // Maturitas. – 2021. – T. 145.

152. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage [Electronic

- resource] / Global Monitoring Report // WHO, 2019. - Access mode: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1. - The title from the screen.
153. **Rathert, C.** Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature [Text] / C. Rathert, M. D. Wyrwich, S. A. Boren // *Med Care Res Rev.* – 2012. – Vol. 70 (4). – P. 351–379.
154. **Rodnick, J. E.** Health care in Japan: Excellent population health, low medical expenditures, yet ambiguous place of primary care [Text] / J. E. Rodnick, I. Yokomaya, M. D. Fetters // *The SAGE Handbook of Modern Japanese Studies*, 2015. – P. 287-298.
155. **Sanobar Sheikh.** Healthcare Professionals in Kyrgyz Republic / Sanobar Sheikh, Ashish // *Bulletin of Science and Practice.* – 2022. – Vol. 8, №11. – P. 258-262.
156. **Schubert, N.** International approaches to rural generalist medicine: a scoping review [Electronic resource] / [N. Schubert, R. Evans, K. Battye et al.] // *Hum Resour Health.* - 2018. - Vol. 16. - Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6249972/>. - The title from the screen.
157. The inseparable link between primary health care and health security [Text] / [S. Belizzzi, C. M. Panu Napodano, P. Murgia et al.]. // *Public Health.* – 2022. – Vol. 205, – P. e1.
158. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction [Text] / [E. Krupat, S. L. Rosenkranz, C. M. Yeager et al.] // *Patient Education Counseling.* - 2000. - Vol. 39. - P. 49-59.
159. **Townsley, A.** When Patient Rudeness Impacts Care: A Review of Incivility in Health care [Text] / A. Townsley, J. Li-Wang, R. Katta // *Cureus.* – 2023. – Vol. 15 (6). – P. :e40521.
160. **Ward, B.** Context matters for primary health care access: a multi-method comparative study of contextual influences on health service access

arrangements across models of primary health care [Text] / [B. Ward, R. Lane, J. McDonald et al.] // Int J Equity Health. - 2018. - Vol. 17. - P. 78.

161. **Walker, S. H.** What is the evidence that can inform the implementation of a preceptorship scheme for general practice nurses, and what is the evidence for the benefits of such a scheme?: A literature review and synthesis [Text] / S. H. Walker, K. Norris // Nurse Educ Today. – 2020. – Vol. 86. – P. 104327.

162. **Yang, L.** Who will protect the health of rural residents in China if village doctors run out [Text] / L. Yang, H. Wang // Australian journal of primary health. – 2019. – Vol. 25. №2. – P. 99-103.

163. **Zhai X.** Traditional chinese and western medicine collaboration for stepwise therapy of lumbar disc herniation: significance and prospect. [Text]/ Zhai X., Chen K., Li M., Sun W.-Q., Li J.-H., Fang M., Hu J.-H., Pu J. //Academic Journal of Second Military Medical University. – 2019. –T. 40. – № 4. – C. 349-355.

1-ТИРКЕМЕ

1-Хронокарта

Датасы _____ адистиги _____ Ф.А.А (байкалуучу) _____ Ф.А.А (байкоочу) _____
Куну _____ 1,2,3,4,5,6

Үй-бүлөлүк медицина борбору. График боюнча ишти баштоо _____ иш жүзүндө _____
График боюнча жумушту аяктоо _____ иш жүзүндө _____
Район _____

Жалпы практикалык дарыгерге амбулатордук баруунун хронокартасы (баруунун себептери)

1. Диагноз коюу жана дарылоо сапары	2. Алдын алуу учун сапар (проф)	3. Консультациялык визит	4. документтерди даярдоо максатында
1. Онокот 2. Онокот оорунун кучошу 3. Травма	1. медициналык кароого активдуу чакыруу 2. Кооптуу ондуруштогу жумушчуларды текшеруу 3. Иштеп жаткан оспурумдорду кароо 4. коомдук тамактануу кызматкерлерин текшеруу 5. кош бойлууларды текшеруу 6. жумушка орношуу алдында 7. окууга кируу алдында 8. айдоочуларды 9. башка профилактикалык сапарлар	1. Бейтапты адис менен текшеруу 2. Жалпы медициналык болумдун башчысы менен кароо 3. башка консультациялык сапарлар	1. Оорулуу эргууну узартуу (б.л) 2. МСЭКке жонотуу 3. Адиске жолдомо же анализдерге жолдомо алуу учун 4. Башка документтерди алуу

5. Дарыгерге амбулатордук баруунун жыйынтыктары

1. Консультацияга жиберилди (адис) _____
2. Изилдоого жонотулду лаборатория, ЭКГ, флюорография) _____
3. Физиотерапияга жиберилген
4. Стационарга жиберилген
5. Диспансердик каттого турду

Хронометражист _____

6. Эксперттин баа беруусу

1. Бул дарыгерге кайрылуунун зарылдыгы
Ооба _____ Жок _____

7. Ооруканага жатуунун максатка ылайыктуулугу

1. Муктаж
2. Муктаж эмес _____ ооруканага жаткырылган болсо
А. - негиздуу _____ б. негиздуу эмес _____

3. уйдо дарылануусу керек

4. визит оорулуу ордуу (б/л) узартууга гана байланыштуу
5. баруунун кереги жок болчу
6. консультациянын кереги жок болчу
7. дарыгердин компетенттуулугу жетиштуу болчу

Врач-эксперттин колу _____

2-Хронокарта

Датасы _____ адистиги _____ Ф.А.А (байкалуучу) _____ Ф.А.А (байкоочу) _____
 Куну _____ 1,2,3,4,5,6
 Үй-бүлөлүк медицина борбору. График боюнча ишти баштоо _____ иш жүзүндө _____
 График боюнча жумушту аяктоо _____ иш жүзүндө _____
 Район _____

Жалпы практикалык дарыгердин поликлиникадагы иш убактысын жазуу үчүн хронокарта

№	Посетитель(бейтап)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	жалпы	
1	баруунун себептери																			
	1.Диагноз коюу жана дарылоо сапары																			
	2.Алдын алуу учун сапар (проф)																			
	3.Консультация алуу учун																			
	4.документтерди даярдоо максатында																			
2	БАРУУ																			
	1.Биринчи																			
	2.кайталанган																			
3	Диагностика жана дарылоо																			
	1.Бейтапты сурамжылоо																			
	2.медициналык документтер менен таанышуу																			
	3.бейтапты кароо, текшеруу																			
	4. дарылоону дайындоо																			
	5. кенештерди, сунуштарды беруу																			
	ЖАЛПЫ																			
	Жалпы- пациентке																			
	диагноз																			

Жалпы практикалык дарыгердин поликлиникадагы бейтаптарды кабыл алуу менен байланышпаган башка иштин турун бир күндөгү иш убактысын жазуу үчүн хронокарта

№	Врачтын жумуш убактысынын чыгымдарынын турлору	Откоргон убакыт	жалпы
1	Даярдоо иштери (иш ордун, документация, инструменттер, халат кийуу)		
2	Уюштуруу иши		
3	Диспансердик иш		
4	Медициналык кызматкерлердин ишин уюштуруу жана козомолдоо		
5	Жалпы практикалык дарыгердин поликлиникадагы бейтаптарды кабыл алуу менен байланышпаган башка документ иштери		
6	Жеке квалификациясын онуктуруу (конференция, семинар)		
7	Санитардык агартуу иштери		
8	Чогулуштарга катышуу		
9	Бейтаптын туугандары менен баарлашуу		
10	Уй-булого социалдык-медициналык жардам		
11	Оорулууларды кутуу		
12	Жеке убакыт, тамактануу		
13	башка		
	Жалпы		
	Жумуштун бардык багыттары учун поликлиникадагы Жалпы практикалык дарыгердин откоргон жалпы убакыт		

Хронометражист колу _____

Дата _____

Куну 1,2,3,4,5,6

Жалпы практикалык дарыгердин уйго чакыруу боюнча тейлоо хронокартасы

А.А.А дарыгер _____

адистиги _____

А.А.А бейтап _____

шифр(адрес) _____

1. Жашы ____ 2. Жынысы А. __Э. _____
 3. Калк тобу 1-жумушчу, 2-кызматкер, 3-пенсионер, 4-уй кожойкеси, 5-студент, 6- башка
 4. Чакыруу мунозу 1-биринчи жолу 2- кайталанып, 3-активдуу
 5. Оору 1-курч, 2-онокот

Дарыгердин жумуш элементтери	Откоргон убакыт	жалпы
6. Даярдоо иштери		
7. Оорулууларга баруу жолдору		
8. Танспорттун туру 1.Поликлиниканын транспорту 2. шаардык транспорт 3.жоо		
9. Поликлиникадан участкаккочейинки болжолдуу аралык 1.жакын, 2. 0,5км. 3. 1км 4. 1,5 км 5. 2км		
10. Диагностика дарылоо иштери Бейтапты сурамжылоо, медициналык документтер менен таанышуу, бейтапты кароо, текшеруу, дарылоону дайындоо, кенештерди, сунуштарды беруу		
11. Медициналык документтерди даярдоо (амбулатордук картаны толтуруу, жолдомо жазуу, рецепт жазуу)		
Жалпы откоргон убакыт		

12. Диагноз

13. Иш сапарынын жыйынтыгы

1. дарылоону уюндо дайындоо
2. анализдерди уюндо дайындоо
3. консультация адистерге
4. поликлиникага кел
5. Ооруканага жаткыруу
6. Тез жардам чакыруу
Хронометражист колу_____

Чакыруунун негиздуулугу

1. Негиздуу. 2. Негизсиз
3. Поликлиникага келсе болот эле
4. дени сак

врач-эксперт колу_____

4-Хронокарта

Дата _____ Специальность(адистиги) _____ Ф.И.О (байкалуучунун) _____ Ф.И.О наблюдателя (байкоочунун) _____
 Куну _____ 1,2,3,4,5,6
 Поликлиника График боюнча ишти баштоо _____ чындыгында _____
 Район _____ График боюнча жумушту аяктоо _____ чындыгында _____

Дарыгердин участокторго баруудагы иш убактысынын хронокартасы

Дарыгердин жумуш элементтери/ бейтаптар	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	жалпы
1. Даярдоо иштери												
2. Диагноз коюу жана дарылоо сапары												
3. документтерди даярдоо максатында												
4. Алдын алуу учун сапар (проф)												
жалпы												

бейтаптарды кабыл алуу менен байланышпаган башка иштин туру

№	Врачтын жумуш убактысынын чыгымдарынын турлору	Откоргон убакыт	жалпы
1	Медициналык кызматкерлердин ишин уюштуруу жана козомолдоо		
2	Жалпы практикалык дарыгердин поликлиникадагы бейтаптарды кабыл алуу менен байланышпаган башка документ иштери		
3	конференция, семинар откоруу		
4	Медициналык кызматкерлер менен баарлашуу		
5	Санитардык агартуу иштери		
6	Жеке убакыт, тамактануу		
7	башка		

Хронометражист колу _____

**2.1. Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгерлердин эмгек ишмердүүлүгүн изилдөө
АНКЕТАСЫ**

<https://docs.google.com/forms/d/1pfdBbpoJeRjE0Gy74WwSz4lanQIYaMuv20hnly6qTBA/edit?chromeless=1#responses>

1. Толук аты-жөнү

2. Жашаган жери

3. Иштеген жери

Жалпы медициналык иш стажы:

- 2 жылга чейин

- 2 жылдан 5 жылга чейин

- 5 жылдан ашык

4. Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгер болуп иштегениңизге канча жыл болду?

5. Буга чейин кайсы адистик боюнча иштедиңиз?

6. Эмне үчүн жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгер болгонуңуз келди?

7. Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгердин кесиби сизге жагабы?

- Ооба

- Жок

8. Жалпы үй-бүлөлүк практика боюнча жетиштүү билим алдыңызбы?

9. Азыркы учурда жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгердин иштөөсү үчүн окуунун кайсы түрүн эң туура деп эсептейсиз?

10. Сиздин иш кабинетинизде керектүү медициналык аспаптар жана буюмдар менен жабдылганбы?

11. Айлыгыңызга канааттанасызбы?

- Ооба

- Жок

12. Мурунку маянага салыштырмалуу айлыгыңыз канчага көбөйдү?

13. Күнүнө канча бейтап сизге кайрылат?

14. Жалпы (үй-бүлөлүк) дарыгердин системасын киргизүүнү кандай баалайсыз?

- Оң
- Бейтарап
- Терс

15. Жалпы практикалык (үй-бүлөлүк) дарыгер катары сиздин иш жүгүңүз кандай өзгөрдү?

- Көбөйдү
- Азайган
- Өзгөрүүсүз калган

16. Жумушунузда кандай кыйынчылыктар бар?

17. Алдын алуу иштерине күн сайын орточо канча убакыт коротосуз?

18. Участокто кандай алдын алуу иш-чараларын жүргүзөсүз?

- Сергек жашоо образын пропагандалоо
- Эмдөө
- Эпидемияга каршы иштер
- Төрөттөн кийин аялдарды реабилитациялоо ж.б

19. Бухгалтердик эсеп жана отчеттуулук документтерин күн сайын толтурууга канча убакыт кетет?

2.2. Дарыгерлерди сурамжылоо

АНКЕТАСЫ

<https://docs.google.com/forms/d/1XA6i57UpVB2LpyFrOxtrtyF5FWCWVLHGnJn2WRSHF24/edit?usp=drivesdk&chromeless=1>

Дарыгерлерди сурамжылоо:

1. “Сапаттуу жардам” деген сиз үчүн эмнени билдирет?
2. Сапаттуу медициналык жардам көрсөтүү үчүн эмне керек?
3. Туура диагноз коюу үчүн Сиздин ишинизде эмне керек?
4. Инструменталдык изилдөө үчүн сиздин мекемеңизде кандай жабдуулар бар?
5. Инструменталдык изилдөө үчүн Сизге кайсы жабдуулар зарыл?
6. сиздин мекемеңизде диагностика же дарылоо үчүн кандай аппараттар жетишпейт?
7. Сиздин мекемеде лабораториялык текшерүүлөр үчүн кандай анализдер бар?
8. Сиздин кесиптик ишмердигиңизде лабораториялык изилдөөлөр үчүн кайсы анализдер зарыл?
9. Сиздин мекемеде лабораториялык текшерүүлөр үчүн кайсы анализдер жок?
10. Көптөгөн адамдар интернет аркылуу өзүн-өзү дарылайт. Бул тууралуу эмне деп ойлойсуз?
11. Идеалдуу дарыгер кандай жеке сапаттарга ээ болушу керек?
12. Кесиптик жөндөмүнөздү өркүндөтүү үчүн Сиздин оюңузча эмне керек?
13. Сиз Гиппократ менен Авиценнаны идеалдуу дарыгердин образы деп эсептейсизби?
14. Медициналык тейлөөнүн сапатын жогорулатуу боюнча кандай сунуштарды сунуштайсыз?

«БЕКТЕМИН»
Жалалабад облусунун Сузак районунун
Үй-бүлөлүк медицина
борборунун директору
Орунбаева Замира Чоюбековна
« 29 - » апрель 2024-ж

**Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана
(же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы**

1. **Киргизүү автору:** Исраилова Дарыгул Кубанычбековна
2. **Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин аталышы:** “Жалпы дарыгерлер практикалык борборунда терапиялык жардам берүүнү уюштуруудагы көйгөйлүү маселелер” (Кыргыз республикасынын түштүк аймагынын мисалында).
3. **Кыскача аннотация:** үй-бүлөлүк медицина борборунда терапиялык жардам берүүнү уюштурууда көйгөйлөр бар экендиги аныкталды.
4. **Изилдөөнүн максаты:** Кыргыз Республикасынын түштүк аймагынын мисалында, Жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк) практикасын өркүндөтүүдөгү уюштуруунун жолдорун иштеп чыгуу. Үй-бүлөлүк медицина борборундагы терапиялык жардамдын сапатын жогорулатууга багытталган иш-чараларды иштеп чыгуу. Дарылоо мекемелеринин сапатын жогорулатуу боюнча методикалык сунуштарды киргизүү жөнүндө – аймактык дарыгерлер тарабынан көрсөтүлүүчү профилактикалык жардам.
5. **Сунуштарды киргизүүнүн эффективдүүлүгү;** Үй-бүлөлүк медицина борборунда терапевтик ооруларды кароодо жаны модель түзүү, сунуштарды киргизүү жалпы дарыгердик жардам көрсөтүүнүн сапаттык көрсөткүчтөрүн жакшыртууга мүмкүндүк берди, аймактык дарыгерлердин профилактикалык иштеринин көлөмү жана сапаты жогорулады, профилактикалык кароонун толуктугу (полнота охвата профосметрами) жогорулады, медициналык-санитардык жардам өз убагында, сапаттуу дарылоонун орточо мөөнөтү кыскарды. Дарыгерлердин дарылоо, диагностикалык жана алдын алуу иштерин жүргүзүүдөгү акылга сый баган убакыт чыгымдары азайды.
6. **Киргизүү орду жана убактысы:** Жалалабад облусунун Сузак районунун Үй-бүлөлүк Медицина борбору, 2024-жыл.
7. **Киргизүү формасы, методдору.** Үй-бүлөлүк медицина борборунда терапевтик оорулууларга консультация берүү. “Аймактык дарыгерлердин эмгегин рационалдаштыруу жолдору, “жумуш ордун рационалдаштыруу”, “аймактык дарыгерлерди маалыматтык камсыздоо”, “аймактык медициналык жардам көрсөтүү, алдын алуу ишин өркүндөтүү.
8. **Сын-пикирлер жана каалоолор** – аймактык жаны жалпы медициналык уюштуруу технологиялары боюнча кыска мөөнөттүү регулярдуу окутуу курстарды практикага киргизүү маселелери зарыл.

Жалалабад облусунун Сузак районунун
«Үй-бүлөлүк медицина
борборунун» директору

О.М.Умур
Иштер жана ишканалар
Боненжа директору,
Ф.-м.и.к., Фанж.



Орунбаева З. Ч.

29.04.2024

«БЕКТЕМИН»
Ош облусунун Ноокат районунун
«Үй-бүлөлүк медицина
борборунун» директору
Абдикеримов Ш.И.
« 20 » май 2024-ж.

Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжалары, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы

1. **Киргизүү автору:** Исраилова Дарыгул Кубанычбековна
2. **Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжалары, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин аталышы:** “Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасында терапиялык жардам берүүнү уюштуруудагы көйгөйлүү маселелер” (Кыргыз республикасынын түштүк аймагынын мисалында).
3. **Кыскача аннотация:** Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасында терапиялык жардам берүүнү уюштурууда көйгөйлөр бар экендиги аныкталды.
4. **Изилдөөнүн максаты:** Кыргыз Республикасынын түштүк аймагынын мисалында, үй-бүлөлүк медицинадагы дарылоо-профилактикалык, уюштуруучулук, технологиялык жана социалдык-экономикалык аспектилерин комплекстүү изилдөөнүн негизинде терапиялык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган иш-чаралардын системасын иштеп чыгуу жана илимий жактан негиздөө.
5. **Сунуштарды киргизүүнүн эффективдүүлүгү;** Жалпы дарыгерлер практикасындагы үй-бүлөлүк дарыгерлерди үзгүлтүксүз билим берүү системасы аркылуу квалификациясын өркүндөтүү, терапиялык бейтаптарды амбулатордук кабыл алуудагы дарыгерлердин иштөө технологиясын ишке киргизүү калка көрсөтүлгөн терапиялык жардамдын сапатын жогорулатаары негизделди.
6. **Киргизүү орду жана убактысы:** Ош облусунун Ноокат районунун «Үй-бүлөлүк медицина борбору», 2024-ж.
7. **Киргизүү формасы, методдору.** Үй-бүлөлүк медицина борборунда терапевтик оорудууларга консультация берүү, “Аймактык дарыгерлердин эмгегин рационалдаштыруу жолдору, “Аймактык дарыгерлерди маалыматтык камсыздоо”, “Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер борборунда медициналык жардам көрсөтүүдө алдын алуу ишин өркүндөтүү.
8. **Сын-пикирлер жана каалоолор** – аймактык жалпы медициналык уюштуруу технологиялары боюнча кыска мөөнөттүү регулярдуу окутуу курстарды практикага киргизүү маселелери зарыл.

Ош облусунун Ноокат районунун «Үй-бүлөлүк медицина борборунун» директору:

Ш.И.Укум ишмий иштер жана инновациялар боюнча директору, ф.-и.и.к., докторант:



«БЕКТЕМИН»

Ош мамлекеттик университетинин
медицина факультетинин
декан, м.и.д., профессор:
Ыдырысов А.Т.
«22» май 2024 ж.



Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү жөнүндө актысы

1. Автору: Исраилова Дарыгул Кубанычбековна

2. Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин аталышы: “Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасында терапиялык жардам берүүнү уюштуруудагы көйгөйлүү маселелер” (Кыргыз Республикасынын түштүк аймагынын мисалында).

3. Кыскача аннотация: диссертациялык иштин натыйжасында амбулатордук деңгээлдеги терапиялык кызматтын сапатын жогорулатуу боюнча илимий негизделген методикалык колдонмо окуу процессине киргизилди.

4. Киргизүүнүн таасири: «Медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу жана уюштурууну жакшыртуу, «аймактык дарыгерлердин иш технологиясы» «Кыргыз Республикасында аймактык дарыгерлерди амбулаториялык кабыл алууда информациялык «маалыматтык камсыздоо», «диспансеризациялоонун сапатын жакшыртуу», «дарылоо участогунун аймактык дарыгерлердин ишинин экономикалык аспектилери» коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасы кенери колдонулат. Окуу-методикалык колдонмо катары студенттерди окутууда, сабактарда “Жалпы медициналык санитардык жардам” “Калкка медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатынын методикалык ыкмалары” темалар киргизилген.

5. Киргизүү орду жана убактысы: Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин “Коомдук саламаттыкты сактоо” кафедрасы, 2024-жылдан азыркыга чейин.

6. Киргизүү формасы: Окуу-методикалык колдонмону амбулатордук терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу маселелерин теориялык окутуудагы практикалык сунуштар.

“Коомдук саламаттыкты сактоо”
кафедрасынын башчысы,
м.и.д., профессор:

Мамаев Т. М.

ОшМУнун илимий иштер жана
инновациялар боюнча проректору,
ф.-м.и.к., доцент:



Арапбаев Р. Н.

22.05.2024





Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы

1. **Автору:** Исраилова Дарьгул Кубаньбековна

2. **Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин аталышы:** “Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер практикасында терапиялык жардам берүүнү уюштуруудагы көйгөйлүү маселелер” (Кыргыз Республикасынын түштүк аймагынын мисалында).

3. **Кыскача аннотация:** диссертациялык иштин натыйжасында амбулатордук деңгээлдеги терапиялык кызматтын сапатын жогорулатуу боюнча илимий негизделген методикалык колдонмо практикага киргизилди.

4. **Киргизүүнүн таасири:** Жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер борборунда терапевттик ооруларды кароодо сунуштарды киргизүү жалпы дарыгердик жардам көрсөтүүнүн сапаттык көрсөткүчтөрүн жакшыртууга мүмкүндүк берди, аймактык дарыгерлердин профилактикалык иштеринин көлөмү жана сапаты жогорулады, профилактикалык кароонун толуктугу (полнота охвата профосмотрами) жогорулады, медициналык-санитардык жардам өз убагында, сапаттуу дарылоонун орточо мөөнөтү кыскарды. Дарыгерлердин дарылоо, диагноз коюу жана алдын алуу иштерин жүргүзүүдөгү убакыт чыгымдары азайды.

5. **Киргизүү орду жана убактысы:** Ош облусунун Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борбору, 2024-жылдан азыркыга чейин.

6. **Киргизүү формасы:** Окуу-методикалык колдонмодогу жалпы үй-бүлөлүк дарыгерлер борборунда терапиялык жардамдын сапатын жогорулатуу, жумуш убактысын эффективдүү пайдалануу, алдын алуу иш чараларын өркүндөтүү багытындагы практикалык сунуштар.

Киргизүү ишке ашкан мекеменин өкүлү:

Ош шаардык Үй-бүлөлүк медицина борборунун директору:

Кудайбердиева Б. Р.

Киргизүүгө сунуштаган мекеменин өкүлү:

ОшМУнун илимий иштер жана инновациялар боюнча проректору ф.-м.я.к., доцент:



Арапбаев Р. Н.

21.10.2024

