

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН БИЛИМ ЖАНА ИЛИМ
МИНИСТРЛИГИ
ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ**

Д 14.23.690 диссертационный совет

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

2025

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

14.02.03 – коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо

илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын алуу үчүн жазылган диссертация

МАЗМУНУ

МАЗМУНУ.....	3-4
ШАРТТУУ КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ.....	5
КИРИШҮҮ.....	6-11
1-БАП. БАШТАПКЫ МЕДИЦИНАЛЫК-САНИТАРДЫК ЖАРДАМДЫ УЮШТУРУУДАГЫ КӨЙГӨЙЛҮҮ МАСЕЛЕЛЕР (АДАБИЙ БАЯН).....	12-38
1.1. Үй-бүлөлүк медицинанын принциптери.....	12-25
1.2. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам көрсөтүүнүн тартиби.....	26-37
1.3. Калктын ден соолугунун абалын талдоо жана кадрларды даярдоо.....	37-38
2-БАП. ИЗИЛДӨӨНҮН МЕТОДОЛОГИЯСЫ ЖАНА ЫКМАЛАРЫ.....	39-65
2.1. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамды изилдөөнүн жалпы методологиясы.....	40-42
2.2. Ооруларды кабыл алуунун методологиясы.....	43-46
2.3. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын изилдөө.....	46-48
2.4. Изилдөө ыкмалары.....	48-49
3-БАП. «КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮШТҮК АЙМАГЫНДА КАЛКТЫН ДЕН-СОЛУК КӨРСӨТКҮЧҮ».....	49-94
3.1. Кыргыз Республикасынын түштүк аймагында оорулардын негизги класстарынын динамикасы.....	49-59
3.2. Саламаттык сактоонун баштапкы деңгээлинде калктын оорусунун курактык өзгөчөлүкөрү.....	59-63
3.3. Жалпы медициналык практика борборунда профилактикалык иштер.....	63-83
3.4. Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын	84-87

ишмердүүлүгүн баалоо.....	
4-БАП. ҮЙ-БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНАДАГЫ ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМДЫН САПАТЫН ЖОГОРУЛАТУУ	94-116
4.1 Монитордук оорулууларды кабыл алууда дарыгерлердин ишинин технологиясын өркүндөтүү.....	95-99
4.2. Үй-бүлөлүк медицинада медициналык жардамды уюштурууну жакшыртуу жана сапатын жогорулатуу боюнча иштелип чыккан чаралар системасынын натыйжалуулугун эксперттик баалоо.....	99-103
4.2.1. Үй-бүлөлүк медицинада жумуш убактысын сарамжалдуу пайдалануу.....	103-106
4.2.2. Мониторго алынган ооруларды изилдөөнүн сапатын өркүндөтүү.....	106-116
4.2.3. Бейтаптарды сурамжылоонун сапатын жогорулатуу.....	
4.2.4. Оорулууларды текшерүүнүн сапатын жогорулатуу.....	
КОРУТУНДУ	117-118
ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР	118-121
ПАЙДАЛАНЫЛГАН АДАБИЯТТАР.....	122-142
ТИРКЕМЕЛЕР	143-151

ШАРТТУУ КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

БДССУ	Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму
БМСЖ	Баштапкы медициналык жардам
ЖДПБ	Жалпы дарыгерлер практикалык борбору
ЖК	Жогорку Кеңеш
ЖКТС	Жүрөк кан тамыр системасы
ЖИО	Жүрөктүн ишемиялык оорусу
ОшМУ	Ош мамлекеттик университети
КР	Кыргыз Республикасы
ССМ	Саламаттык сактоо министрлиги
ҮДТ	Үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу
ҮМБ	Үй-бүлөлүк медицина борбору

КИРИШҮҮ

Изилдөө темасынын актуалдуулугу.

Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун маалыматы боюнча, БМСЖдын модели салттуу медициналык жардам көрсөтүүдөн айырмаланып, ден соолукту чыңдоо жана ооруларды алдын алуу чараларын, ошондой эле ден соолуктун начарлашына шарт түзгөн факторлор менен күрөшүү аракеттерди камтышы керек.

Саламаттык сактоо системасынын рыноктук мамилелер шартында эмгек, материалдык жана каржылык ресурстарды эффективдүү пайдаланууну талап кылат. Бул эң жогорку натыйжалуулук, медициналык жардамдын сапатын жана жеткиликтүүлүк деңгээлине жетишүү менен аныкталат (Вялков А. И., 2020).

Белгилүү болгондой, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүк жана сапат деңгээли, саламаттыкты сактоо системасынын эффективдүүлүгү биринчи медициналык-санитардык жардамдын абалы жана өнүгүүсү менен аныкталат (Денисов И. Н. ж.б., 2021; Магаев К. А., 2022).

Бүгүнкү күндө медициналык жардамдын сапатын, жеткиликтүүлүгүн жана натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган жаңы технологияларды иштеп чыгууга жана ишке ашырууга чоң көңүл бурулууда. Саламаттыкты сактоону өнүктүрүүдө бүткүл дүйнө боюнча, жана башка өлкөлөрдө үй-бүлөлүк медицина институтун ишке киргизүү менен стационардан амбулатордук б. а. профилактикалык иштерге басым жасоо болгон (Стародубов В. И. ж.б., 2015).

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. Кыргыз Республикасынын 2019-2030-жылдарга чейинки калктын ден соолугун сактоо жана саламаттык сактоо системасын өнүктүрүү боюнча “Ден соолугу чың адам – өнүккөн өлкө” 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 [Бримкулов Н. Н. 2019; Касиев Н. К. 2019; Молдоисаева С. 2022].

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, 2019].

Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишмердүүлүгүнүн түрдүү аспектилерин изилдөөгө чет өлкөлөрдө жана Кыргызстанда бир катар эмгектер арналган [Р. С. Гаджиев ж.б., 2021; А. Г. Гаибов ж.б. 2019; М. М. Каратаев ж.б., 2017; E. Barbazza et al., 2019].

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 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: Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган терапиялык кызматты оптималдаштырууну илимий-методикалык негиздөө.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Кыргыз Республикасынын Ош, Жалал-Абад жана Баткен облустарында амбулатордук деңгээлдеги оорулардын негизги класстарынын динамикасын изилдөө.

2. Амбулатордук-поликлиникалык жардамдын көлөмүн, мүнөзүн жана уюштуруу өзгөчөлүктөрүн изилдөө аркылуу үй-бүлөлүк медицинагы дарыгерлердин ишинин натыйжалуулугун баалоо.

3. Жалпы дарыгерлер практикалык борборунда бейтаптарды амбулатордук кабыл алуу, ооруларды алдын алуу иштеринин уюштурулушун комплекстүү изилдөө.

4. Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын (БМСЖ) деңгээлинде монитордук оорулууларды диагноз коюу жана дарылоо сапатын жогорулатууга багытталган терапиялык жардамдын уюштуруу-технологиялык ыкмаларын иштеп чыгуу, аларды практикалык медицинага киргизүү жана натыйжалуулугун баалоо.

Изилдөөнүн илимий жаңылыгы:

1. Биринчи жолу социалдык-инфраструктуралык факторлорду эске алуу менен Кыргызстандын түштүк аймагында (Ош, Жалал-Абад, Баткен) оорулардын негизги класстарынын динамикасынын аймактык өзгөчөлүгү аныкталды. Аталган маалыматка ылайык, жүрөк-кан тамыр системасынын, заара-жыныс системасынын жана дем алуу органдарынын оорулары алгачкы орунда калууда, бирок алардын көрсөткүчтөрү COVID-19 пандемиясы (2020–2021-жылдары) менен байланышкан олуттуу өзгөрүүлөргө дуушар болгон, ал эми 2023-жылга карата абал турукташа баштаган.

2. Алгачкы жолу үй-бүлөлүк медицинадагы дарыгерлердин бейтаптарга амбулатордук жардам көрсөтүүнү уюштуруунун өзгөчөлүгү аныкталды.

Биринчи жолу терапиялык оорулууларды кабыл алууда (даттанууларды угуу, симптомдорду, оорулардын себептерин талдоо) жалпы практикалык дарыгерлерге (баштапкы адистиги педиатрлар, акушер-гинекологдор ж.б.) салыштырмалуу үй-бүлөлүк дарыгерлерде (баштапкы адистиги терапевттер) бейтаптарды кабыл алуунун сапаты жогору экендиги тастыкталды.

3. Системалык мамиленин негизинде жалпы практикалык дарыгерлердин ишинин сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган комплекстүү изилдөө жүргүзүлүп, натыйжада үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишинин технологиясын өркүндөтүү үчүн зарыл болгон сапаттык жаңы, мурда белгисиз маалыматтар алынган.

4. Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык кызматты оптималдаштыруу боюнча технологияларды жергиликтүү шарттарга ылайыкташтыруу жана билим берүү программаларын күчөтүүнү камтыган, практикага багытталган сунуштар иштелип чыкты. Баштапкы медициналык-санитардык жардамдагы (БМСЖ) терапиялык кызмат көрсөтүүнүн жаңы уюштуруучулук жана технологиялык ыкмалары иштелип чыкты жана сыноодон өткөрүлдү.

Бул изилдөөнүн жыйынтыктары социалдык-экономикалык жана инфраструктуралык кыйынчылыктары болгон өлкөлөрдө баштапкы медициналык-санитардык жардамды (БМСЖ) реформалоо үчүн далилдүү база түзүүгө салым кошот.

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 20.05.2024 жыл), Жалалабад облусунун Сузак районунун үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 29.04.2024 жыл), Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборуна (актысы 21.10.2024 жыл) практикага киргизилди.

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

Диссертациянын коргоого коюлуучу негизги жоболору:

1. 2019-жылы Кыргыз Республикасынын Ош облусунун калкынын арасында таралышы боюнча төмөнкү оорулар басымдуулук кылган: кан айлануу системасынын оорулары (100 миң калкка 5232,3), 2-орунда - сийдик бөлүп чыгаруу системалардын оорулары. (100 миң калкка 3314,2), 3-орунда дем алуу органдарынын оорулары (100 миң калкка 3030,6), көрсөткүчтөр пандемия учурунда өскөн. Ош, Баткен жана Жалал-Абад облустарында негизги оорулар класстарынын таралышын салыштырганда, бардык жылдарда жүрөк-кан тамыр оорулары биринчи орунда турат.

2. Иштелип чыккан методикалык колдонмо баштапкы медициналык-санитардык жардамда даттанууларды аныктоодо, оорунун белгилерин, узактыгын жана себептерин тактоодо оң натыйжаларды берет.

3. Терапиялык кызматты жакшыртуунун иштелип чыккан технологиясы үй-бүлөлүк дарыгерлер үчүн дарылоо ишинин сапатын 19,7%га, жалпы практикалык дарыгерлер үчүн 27,9%га жогорулатат.

4. Эксперименттик шарттарда активдүүлүктүн жалпы коэффициенти үй-бүлөлүк дарыгерлер арасында 4,6дан 9,4кө, жалпы практикалык дарыгерлерде 3,4төн 5,7ге чейин өстү. Бул көрсөткүчтөр оорулуулар менен иштөө процессине дарыгерлердин активдүү катышуусунун деңгээли жогорулагандыгын, ошондой эле системалуу окутуунун жана жаңы ыкмаларды колдонуунун натыйжалуулугун көрсөтүп турат.

Изилдөөнүн жыйынтыгында терапиялык кызматты жакшыртуу боюнча сунушталган усулдар жана окутуу программалары дарыгерлердин ишин оптималдаштырып, бейтаптарды сапаттуу дарылоону камсыз кылат жана бүтүндөй саламаттыкты сактоо системасынын натыйжалуулугун жогорулатат.

Издөнүүчүнүн 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 мониторингте алынган оорулар менен кайрылган бейтаптарды дарылоону уюштуруу боюнча жыйынтыктарын изилдеди.

Диссертациянын жыйынтыктарын талкуулоо. Диссертациянын материалдары эл аралык илимий конференция (РФ, Нижневартоск, 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., 2024-ж.), Андижан мамлекеттик медициналык институтунда “Профилактикалык медицинада жогорку инновациялык технологияларды колдонуу” аттуу эл аралык илимий-практикалык конференцияда (Андижан ш., 30-апрель, 2024-ж.) талкууланган.

Диссертациянын темасына ылайык чыгарылган илимий эмгектер. Диссертациянын темасы боюнча 14 илимий макала жарыяланган, анын ичинен 9 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 151 бетте жазылып, киришүүдөн, 4 баптан, тыянактан турат. Илимий иштин натыйжалары 19 таблица жана 6 сүрөт менен коштолгон. Пайдаланылган эмгектердин саны 163, алардын ичинен: 83 – кыргызча, 47 - орусча жана 33 - чет тилинде.

1-БАП

БАШТАПКЫ МЕДИЦИНАЛЫК-САНИТАРДЫК ЖАРДАМДЫ УЮШТУРУУДАГЫ КӨЙГӨЙЛҮҮ МАСЕЛЕЛЕР (адабий баян)

1.1 Үй-бүлөлүк медицинанын принциптери

Үй-бүлөлүк медицина салыштырмалуу жаш жана клиникалык дисциплина катары жалпы кабыл алынган аныктамага ээ эмес. Жардам көрсөтүү модели калктын саламаттыкты сактоо жаатындагы максаттары жана артыкчылыктары менен шайкеш келтирилип, саламаттыкты сактоо тутумунун натыйжалуулугун жогорулатуу максатында өнүгүп жатат [8].

Н. Н. Бримкуловдун (2015) изилдөөсүнө таянсак, күчтүү жана натыйжалуу үй-бүлөлүк медицинаны түзүү үчүн өкмөттүн деңгээлинде төмөнкү кадамдарды түшүнүү жана ишке ашыруу зарыл: тиешелүү каржылоону бөлүү, заманбап инфраструктураны түзүү (имараттар, техникалык жабдуулар, лабораториялар), негизги дары-дармектер менен камсыздоо жана жалпы практикалык дарыгерлерди, үй-бүлөлүк врачтарды колдоо [27].

Жалпы дарыгердик практика — бул уникалдуу адистик, ал атайын компетенциянын кеңири чөйрөсүнөн тышкары, өзгөчө коммуникативдик, менеджменттик, координациялоо, уюштуруу жана башка көндүмдөрдү талап кылат [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 [43].

Саламаттык сактоо системасы жана социалдык коргоо системаларынын макулдашылган иш-аракеттери зарыл, алар өлкөдөгү кары жана курактык топторго өтө керектүү жогорку адистештирилген медициналык жана медициналык-социалдык жардамды камсыз кылууга жардам берет, бул, алардын

өмүрүнүн узарышына таасир этет [84]. Демек, дени-сак карылыкты колдоодо Кыргыз Республикасынын коомдук саламаттыкты сактоо кызматтарын чыңдоо боюнча программаларды активдештирүү зарылдыгы келип чыгууда [114].

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. Баштапкы медициналык-санитардык жардам жана анын натыйжалуулугун баалоо аркылуу бекемделиши туруктуу өнүктүрүүнүн маанилүү бөлүгү болуп саналат. Австралиянын айыл жана алыскы аймактарында жашаган адамдардын ден соолугун жакшыртууга 58% каражат бөлүнөт. Интеграцияланган баштапкы медициналык-санитардык жардам ыкмалары өнөкөт оорулардын өсүп жаткан жүгүн азайтууда чоң мааниге ээ. Баштапкы медициналык жардам негизги тобокелдик факторлорун – тамеки тартуу, семирүү жана ашыкча туз керектөөнү – көзөмөлгө алууга багытталган натыйжалуу мамлекеттик саясат менен айкалышканда көбүрөөк натыйжа берет. Бейтаптардын көбүндө бир нече оорунун айкалышы кездешет, медицина кызматкерлери жетишсиз [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. Өнөкөт инфекциялык эмес оорусу бар бейтаптарда психоэмоционалдык факторлорду аныктоо ийгиликтүү дарылоонун маанилүү бөлүгү болуп саналат. Ошондуктан, саламаттыкты сактоонун баштапкы медициналык жардам мекемелеринде скринингдик текшерүүлөрдү жүргүзүү жана зарыл болгон учурда ПЭМ (психо-эмоционалдык) бузулууларынын алдын алуу жана оңдоо боюнча кеңештерди берүү актуалдуу жана өз убагында жасалуучу чара катары каралат [44].

Саламаттыкты сактоо — бул саясий, экономикалык, социалдык-укуктук, илимий, медициналык, санитардык-гигиеналык, эпидемияга каршы жана маданий багыттардагы чаралардын жыйындысы, ал ар бир адамдын дене жана психикалык ден соолугун сактоо жана чыңдоо, өмүрдүн ден соолугун колдоо жана ден соолук начарлаган учурда медициналык жардам көрсөтүү максатында багытталган [74].

Кыргызстан 160 жыл мурун эркиндик менен Россиянын курамына кирип, ошол учурда кыргыз элинин турмушуна саламаттыкты сактоо тутумунун алгачкы элементтери кире баштаган Улуу Октябрь социалисттик революциясынын жеңиши менен Кыргызстандын түштүгүндө калкты саламаттык сактоо менен камсыздоо боюнча натыйжалуу система түзүүгө мүмкүнчүлүк түзүлдү. Ош облусунда калкка медициналык жардам көрсөтүү үчүн дарылоочу-санитардык кербен түзүлгөн. XX кылымдын 30-жылдарына чейин дүйнө жүзүндө дарыгерлик адистиктердин айырмачылыгы азырак болчу; медициналык жардам калкка негизинен бир гана дарыгер тарабынан көрсөтүлүп, бала, кары адамдарга бөлүнгөн эмес [75, 76, 89].

Саламаттыкты сактоону өнүктүрүүдө түзүмдүн өзгөчөлүктөрүн жана чет элдик заманбап тенденцияларды эске алуу маанилүү. Алардын ичинде медициналык жардамдын интеграцияланган моделдерин өнүктүрүү, адамды ден соолугун көзөмөлдөөгө тартуу жана медициналык кызматтарды алыстан же үй шартында колдонуу шарттарын түзүү кирет [50].

Эмоционалдык чарчоо синдромунун (ЭЧС) баштапкы белгилерин өз убагында аныктоо медицина кызматкерлеринин жеке жана кесиптик потенциалын сактоого жардам берет. ЭЧСнын алдын алуу профессионалдык көндүмдөрдү бекемдөөнү жана эмоционалдык стресстен арылууну камтыйт [20].

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. Социалдык жумушчу азыркы коомдук саламаттык сактоо жана саламаттык сактоо системасындагы бардык чөйрөлөрдө өзгөрүүлөрдү алып келет [56, 57, 85, 126].

БМСЖ (баштапкы медициналык-санитардык жардам) жана башка уюмдар ортосундагы тыгыз кызматташтык өз убагында аныктоо жана диагноз коюуну жакшыртууга мүмкүндүк берет: баштапкы этапта медициналык жардамдын көлөмүн жана жеткиликтүүлүгүн жогорулатуу; оорулууларга үй шартында активдүү баруулардын санын көбөйтүү; калктын баштапкы медициналык жардамдын сапатына болгон жогорку канааттануусун камсыз кылуу [5, 6].

Медициналык мекемелерде көрсөтүлүп жаткан кызматтардын сапаты, атмосфера, кызматкерлердин адистик жана моралдык потенциалынын өсүшү, медициналык бригадалардын кызмат көрсөтүүсүнүн сапаты жана натыйжалуулугу саламаттык сактоо мекемелеринин жетекчилеринин лидерлик жөндөмдүүлүгүнөн жана медициналык кызматкерлердин ишмердүүлүгүнүн натыйжаларына көз каранды. Ошондуктан жаңы медициналык жана санариптик маалыматтык технологияларды киргизүү менен бирге, медициналык жардам көрсөтүү боюнча уюштуруу технологияларын жакшыртуу зарыл [19, 97].

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: байкоо жүргүзүүнүн узактыгы жана үзгүлтүксүздүгү; баштапкы медициналык-санитардык жардамдын ар тараптуулугу; үй-бүлөнү медициналык жардамдын бирдиги катары кароо; дарыгердин жана медайымдын ишинин негизи катары алдын алуу; экономикалык натыйжалуулук жана жардамдын максатка ылайыктуулугу; медициналык жардамды координациялоо; ден-соолукту сактоо жана чыңдоо үчүн пациенттин, анын үй-бүлө мүчөлөрүнүн жана коомдун жоопкерчилиги. «Үй-бүлөлүк медицина» кафедрасын координатордук борбор катары сактоо жана күчтөндүрүү зарыл, ал үчүн кафедранын кадрдык потенциалын жаңыртып, «үй-бүлөлүк дарыгер» адистигине атайын даярдык алган жаш окутуучуларды даярдоону күчөтүү керек. Кафедранын филиалдарын бардык ҮДБда түзүп, ал жерде кафедранын окутуучусу сөзсүз түрдө үй-бүлөлүк дарыгер катары

кошумча иштөөсү керек [13].

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]. Кыргыз Республикасынын мамлекеттик саламаттык сактоо системасынын негизги максаты — жарандарга саламаттык сактоо тармагында акысыз жардам көрсөтүүдө ачык кызыкчылыкты ишке ашыруу [105]. Профилактикалык кеңеш берүү (ПК) — бул терапевт-дарыгердин дарылоочу-диагностикалык, профилактикалык жана психолого-педагогикалык ишмердүүлүктөрүн интеграциялоо. ПК ишинде дарыгердин коммуникациялык компетенциялары негизги ролду ойнойт, бул бейтапты текшерүү жыйынтыктары тууралуу маалымат берүү, бейтаптын индивидуалдык өзгөчөлүктөрүн эске алуу менен маалыматты түшүндүрүү, ошондой эле дарыгердин сунуштары жана кеңештерине бейтаптын ылайыктуу мамиле түзүүсүн калыптандыруу менен байланыштуу [71].

Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын түзүмүндө үй-бүлөлүк дарыгерлер кызматынын түзүлүшү төмөнкүлөргө мүмкүнчүлүк берет: баштапкы этапта медициналык жардамдын көлөмүн жана жеткиликтүүлүгүн жогорулатуу; оорулууларга үй шартында активдүү баруулардын санын көбөйтүү; калктын баштапкы медициналык жардамдын сапатына болгон жогорку канааттануусун камсыз кылуу. Байкоо жүргүзүүнүн үзгүлтүксүздүгү пациенттин психологиялык көйгөйлөрүн аныктоо көрсөткүчтөрүн кыйла жакшыртат, лабораториялык жана инструменталдык кызматтарга болгон муктаждыкты төмөндөтөт жана натыйжада медициналык жардамдын баасын төмөндөтөт [4].

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. БМСЖ

мекемелерин материалдык-техникалык жактан камсыздоону жакшыртуу, бул мекемелердин ишин бүткүл өлкө боюнча сапаттуу мониторинг жүргүзүү жана баалоо зарыл, ошондой эле алардын айыл жергесиндеги калкка көрсөтүлгөн амбулатордук жана стационардык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатууга багытталган кийинки аракеттерди көрүү керек [32].

Көп тармактуу баштапкы медициналык жардам.

Акыркы он жылдыктарда КМШ өлкөлөрүндө медицина илиминин тездик менен өнүгүүсү байкалууда, буга байланыштуу рынокто ар кандай ооруларды натыйжалуураак жана сапаттуу дарылоого жана алдын алууга мүмкүнчүлүк берген жаңы технологиялардын көп саны пайда болуп жатат жана дагы пайда болууда [9].

Алгачкы документтерди системалаштыруу жана киргизүү Кыргыз Республикасында кол менен жүргүзүлөт, бул «адам факторунун» айынан так эместиктерге жана каталарга жол берилиши мүмкүн. Маалыматтык системаларды түзүү убакытты жана техникалык маселелерди чечүүнү талап кылат [37].

"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 [79]. Үй-бүлөлүк медицина кесип катары рационалдуу эмес, анткени бир дарыгер кеңири сапаттуу жардам көрсөтө албайт, адистештирилген адистердин кызматында сапат жогору [111].

Керек болсо, ал башка адистиктер боюнча кошумча тереңдетилген окуудан өтүп, квалификациялуу же адистештирилген жардам көрсөтүү укугуна (мисалы, УЗИ диагностикасында) тиешелүү сертификаттарды ала алат [33, 80, 95].

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. Саламаттыкты сактоо системалары саясаттын жана мамлекеттик колдоонун маанилүүлүгүн баса белгилейт [143, 147, 148].

Кытай медицинасы адамдын организмдин бирдиктүү система катары карайт, дененин тең салмактуулугуна жана акыл менен дененин өз ара аракетинен негизделген индивидуалдаштырууга басым жасайт жана дары чөптөр менен ийне сайууну колдонот [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 [141].

Баштапкы жана экинчи деңгээлдеги медициналык кызмат көрсөтүүлөр бейтаптарды тезирээк аныктап, дарылоо иштерине жана профилактикалык чараларды колдонууга артыкчылык бериши керек, бул калктын саламаттыгын коргоого жардам берет [137]. Өнөкөт жугуштуу эмес оорулардын жогорку деңгээли жана тобокелдик факторлорунун кеңири таралышы калктын ден-соолугуна терс таасир тийгизип, медициналык-социалдык жоготууларга жана экономикалык чыгымдарга алып келет [34].

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.

Ден соолукка таасир эткен тобокелдик факторлору: медициналык-биологиялык (жынысы, жаш курагы, курч оорулардын саны), социалдык-гигиеналык (социалдык абалы, билими, үй-бүлөлүк абалы, материалдык жетиштүүлүгү), медициналык-уюштуруучулук (медициналык активдүүлүк, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгү), жүрүм-турумдук факторлор (тамеки тартуу, алкогольду колдонуу, тамактануу) [46].

Калктын ден соолугунун абалы саламаттыкты сактоо тармагынын ишмердүүлүгүнө жарым-жартылай гана көз каранды экени айкын, ал тармактын ден соолукка тийгизген таасири канчалык ийгиликтүү жана олуттуу болбосун, ага жашоо образы, социалдык-экономикалык шарттардын комплекси, жашоо деңгээли, айлана-чөйрөнүн абалы жана башка факторлор да олуттуу таасир этет [41].

Акыркы жылдары Кыргызстандын калкынын тышкы эмгек миграциясы олуттуу масштабга ээ болду. Эмгек миграциясы экономикалык өнүгүү темпине, калктын санынын өсүшүнө таасирин тийгизет. Кыргыз Республикасында (КР) 60,0% калк айыл тургундарынан турат, ошондуктан бул категориядагы калкка медициналык жардам көрсөтүүнү уюштуруу маселелери биринчи кезекте мааниге ээ [10, 86].

Үй-бүлөлүк дарыгерлер башка адистерге караганда медициналык жана экономикалык жактан сарамжалдуу ыкмаларды колдонушат, айрыкча текшерүү жана дарылоо жагынан. Медициналык кызматтар калк үчүн тең укуктуу жеткиликтүүлүк негизинде көрсөтүлүшү керек. Бирок учурда бул кызматтар Кыргызстандагы көптөгөн аймактарда ар дайым жеткиликтүү эмес, бул өз кезегинде калктын медициналык жардам алуу үчүн транспорттук чыгымдарынын көбөйүшүнө алып келет, бейтаптар кызматтарга төлөө, дарылануу, лабораториялык анализдер, дары-дармектерди сатып алуу жана

башка чыгымдарга олуттуу каражат жумшоого аргасыз болушат [124].

Кыргызстанда төлөмдүү медициналык кызматтарды легалдаштыруу зарыл, ал эми төлөмдүү кызматтардан түшкөн каражаттарды медициналык кызматкерлердин эмгек акысын кошумча төлөөнүн булагы катары пайдалануу керек. Бул стимулдук бөлүк мамлекеттин катышуусунан толугу менен көз карандысыз болуп, негизги эмгек акысынан бир кыйла жогору болмок [36].

Оруларды алдын алууда жеке тобокелдик факторлорун азайтууга, айрым өнөкөт оорулардын өнүгүшүн алдын алууга чаралар талап кылынат [52].

Саламаттык сактоо системасын реформалоо таржымалы.

Эгемендүүлүккө ээ болгондон тартып Кыргыз Республикасындагы саламаттык сактоо секторунда ар кыл реформалар жүзөгө ашырылууда.

РФда үй-бүлөлүк дарыгердин институтун киргизүүгө тоскоолдук кылган, негизги себептердин бири – жалпы практика дарыгерлеринин даярдыгынын төмөндүгү болуп саналат, баштапкы саламаттыкты сактоо реформасы жай жана тегиз эмес жүрүүдө [39, 59, 83, 131]. 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. Маалыматтык медициналык сабаттуулук БМСЖ бейтаптардын канааттануусун арттырууда маанилүү ролду ойнойт [29].

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 [99, 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. Саламаттыкты сактоо тармагындагы бюджеттик-медициналык камсыздандыруу системасы төрт негизги этапка бөлүнгөн, бул этаптар бирдиктүү төлөөчү системасын түзүү жана өнүктүрүү процессин камтыйт: 1-чи (1996-2000 жылдар) — уюштуруу, 2-чи (2001-2006 жылдар) — бирдиктүү төлөөчү системасынын калыптанышы, 3-чү (2007-2015 жылдар) — улуттук деңгээлде бирдиктүү төлөөчү системасын түзүү, 4-чү (2016-жылдан баштап азыркы учурга чейин) - саламаттыкты сактоо төлөөчү системасын кийинки өнүктүрүү жана жакшыртуу. Калыптанган бюджеттик-камсыздандыруу системасы медициналык жардам көрсөтүүнүн сапатына аз таасир этет [38, 60]. Саламаттык сактоо системасын реформалоодо дарылоочу-профилактикалык мекемелерди каржылоо өзгөртүүлөрүнүн негизги элементтери төмөнкүлөрдөн турат: - баштапкы медициналык жардам секторунун комплекстүү реструктуризациясы, үй-бүлөлүк дарыгерлердин топторун түзүү аркылуу; - медициналык кызмат көрсөтүүчүлөргө төлөмдөрдүн жаңы системаларын киргизүү [67]. Каржы каражаттарынын жана ресурстардын жетишсиздиги шарттарында республикалык саламаттыкты сактоону реформалоо жана модернизациялоонун жетишкендиктеринин бири — бул баштапкы жана

адистештирилген медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгү жана сапаты боюнча программаны ишке ашыруу болуп саналат [2].

СССРден мураска алган билим берүү системасы, саламаттык сактоо системасын комерциялаштыруу жана кескин кыскартуу процессин токтотуу – мамлекеттин биринчи милдети. Заманбап системаны туруктуу өнүктүрүүгө саламаттык сактоо, санаториялык-курорттук мекемелери боюнча саясат жүргүзүлүшү керек [12]. Кыргыз Республикасында азыркы учурга чейин саламаттыкты сактоонун так негизделген, практика жүзүндө сыналган уюштуруучулук, башкаруучулук жана экономикалык модели жок. Ушуга байланыштуу, бүгүнкү күндө тармакты өнүктүрүү кызыкчылыктарын коргоо үчүн амортизациялык макроэкономикалык моделин түзүү актуалдуу болуп саналат [127].

Саламаттык сактоо системасынын пайда болгон түзүмдүк проблемаларын жана эгемендүүлүккө 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 [6].

Экономикалык жана социалдык проблемаларга карабай, саламаттык сактоо сектору олуттуу прогресске жетишти. Бюджеттик каржылоо жетишсиздиги шарттарында калктын өзгөрүп жаткан муктаждыктарына ылайык коомдук саламаттык сактоо практикалык ишмердүүлүгүнүн багыттарын өзгөртүүнүн объективдүү зарылдыгы жана кошумча каржылоонун булактарын издөө, саламаттыкты сактоо системасын сактоо жана аны мындан ары өнүктүрүү үчүн жакынкы жылдары бул тармакка бөлүнгөн каражаттын көлөмүн жок дегенде эки эсеге көбөйтүү зарыл болот. Мамлекеттик социалдык-экономикалык проблемалардын негизинде саламаттык сактоо, дене тарбия жана спорт сыяктуу социалдык экономиканын тармактарына акча жетишсиз бөлүндү [16, 107]. Акыркы жылдары Кыргызстанда социалдык-экономикалык абал жакшырып жатат, бирок калктын бир кыйла бөлүгү социалдык-экономикалык жашоо шарты

начар аймактарда жашайт [63].

«Манас» программасы 1996-2005-жылдары жана «Манас таалими» программасы 2006-2011-жылдары ишке ашырылган. БМСЖга киши башы үчүн каржылоо сыяктуу жаңы жол-жоболору киргизилген, ошондой эле мамлекеттик бюджеттен «бирдиктүү берене» боюнча каржылоого өтүү ишке ашкан [96].

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. Врачтардын жетишсиздиги экономикалык жана социалдык кесепеттерди туудурат. Кыргызстанда өзгөчө айыл жерлеринде врачтар менен камсыздоо маселеси өтө курч турат [87].

2012-2018-жылдарга карата «Ден соолук» программасы жогоруда аталган реформаларды андан ары бекемдөө жана алдыга илгерилетүү максатында иштелип чыккан. Программа ден соолуктун көрсөткүчтөрү төрт артыкчылыктуу 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. «Ден соолук» программасын ишке ашырууну баштагандан тартып ден соолуктун көрсөткүчтөрүнө таасир кылуу жагынан бир нече маанилүү натыйжалар жетишилген. Атап айтканда: - энелердин жана ымыркайлардын өлүмүнүн саны жай болсо да, төмөндөп келе жатат [122]. Акыркы бир нече жыл ичинде далилдүү медицинага негизделген баштапкы медициналык жардам үчүн жаңы клиникалык көрсөтмөлөрдү иштеп чыгууда жетишкендиктерге жетишти [112]. Азыркы учурдагы "Ден соолугу чың адам – гүлдөгөн өлкө" программасынын (2019-2030 жылдар) максаттары - баштапкы медициналык-санитардык жардамды бекемдөө, ооруканалар секторун реструктуризациялоо жана калкты каржылык тобокелдиктерден коргоо, ошол

эле учурда өмүр үчүн маанилүү кызматтарды камсыз кылуу [82]. Заманбап Кыргызстан өнүккөн, интеграцияланган жана социалдык багытталган саламаттыкты сактоо системасына муктаж [51].

1.2 Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардам көрсөтүүнүн тартиби

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

Медициналык жардамдын сапаты – бул көрсөтүлгөн медициналык жардамдын бейтаптын (калктын) муктаждыктарына, медицина илиминин жана технологиясынын заманбап деңгээлине дал келген өзгөчөлүктөрдүн жыйындысы катары аныкталат [1]. БМСЖнын жеткиликтүүлүгү жана сапаты, калктын канааттануусун жогорулатуу, медициналык уюмдардын натыйжалуулугу көйгөйлөрү көп жылдан бери актуалдуулугун жоготпой келет. Бул маселелерди чечүүдө медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жана сапатын жакшыртуу, өнүктүрүү, модернизациялоо боюнча программалык чаралар менен катар БМСЖ көрсөтүүчү медициналык уюмдардын ички иштөө процесстерин өркүндөтүү зарыл. Бул жаңы моделдерди киргизүү аркылуу иш процессин интенсивдештирүүнү талап кылат [48].

Калкка медициналык жардам көрсөтүүнү уюштуруу өлкөдө болуп жаткан социалдык-экономикалык, социалдык жана саясий өзгөрүүлөргө жараша болот. Калк үчүн жеткиликтүү жана акысыз медициналык жардамдын негизги түрү саламаттыкты сактоону жакшыртуунун артыкчылыктуу багыты катары аныкталган баштапкы медициналык-санитардык жардам (БМСЖ) болуп саналат. Дарыгердин ишиндеги эң маанилүү аспекттердин бири – пациенттерди туура тамактануунун принциптери боюнча маалымдоо жана окутуу. Жалпы дарыгерлер практика шарттарында ар кандай оорулардын формалары менен жабыркаган бейтаптарды диспансердик көзөмөлдөөнү жүргүзүү сунушталат [35].

Жогорку тобокелчиликтеги жүрөк-кан тамыр ооруларынын татаалдашуусу бар гипертониялык бейтаптардагы жеке психологиялык өзгөчөлүктөр (депрессия, тынчсыздануу, психосоматикалык реакциялар) социалдык-психологиялык адаптациянын бузулушуна жана жашоо сапатынын төмөндөшүнө алып келет. Бул факторлор амбулатордук-поликлиникалык шарттарда дарылоо жана алдын алуу иш-чараларын жүргүзүүдө эске алынууга тийиш [128].

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 келтирүүнү камтыган бейтаптын жашоо сапатын жакшыртууга багытталган иш чаралар [79].

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-бүлөлүк дарыгерлер топтору (ҮДТ-ГСВ), фельдшердик-акушердик пункттар (ФАП) терапиялык кызматты амбулатордук деңгээлде көрсөтүшөт [83].

Амбулатордук кабыл алууда врач-терапевттер пациенттер менен иштөөдөн көбүрөөк убакытты документтер менен иштөөгө сарпташат, ошондуктан терапевттин жүгүн түздөн-түз пациенттер менен иштөөгө көбөйтүп, документтер менен иштөөгө кеткен убакытты кыскартуу керек [28].

Амбулатордук-терапевтик жардамды жергиликтүү жалпы практикалык дарыгерлерден тышкары терапевт-адистер: кардиолог, ревматолог, эндокринолог, пульмонолог ж.б. консультациялык жардам көрсөтүшөт. Калкка терапиялык жардам көрсөтүү боюнча саламаттык сактоо мекемелеринин ишин

координациялоо тиешелүү аймактардын саламаттык сактоо органдарынын башкы терапевттери тарабынан жүзөгө ашырылат [79].

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. Атеросклероздук жүрөк-кан тамыр оорулары бар бейтаптар үчүн статиндер менен интенсивдүү терапияны сунуштайт [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. Медициналык мекемелерди диагностикалык жабдуулар менен жабдуу Кыргызстан Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин буйругуна ылайык жүргүзүлөт [79].

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

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо тармагындагы көйгөйлөр: тажрыйбасыз медициналык кызматкерлер жана кадрлардын жетишсиздиги, медициналык жабдуулар жана дары-дармектер менен камсыздоо жетишсиздиги. 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 [19]. Дарыгерлер бейтаптар менен ар кандай мамиледе болушат: "Дарыгерге багытталган" (же "ооруга багытталган") стиль – бул салттуу патерналисттик модель, анда дарыгер бейтаптын оорусуна гана басым жасайт, чечимдерди өзү кабыл алат жана бейтап дарыгердин чечимине ишенип, андан кеңеш күтөт. "Бейтапка багытталган" стиль – дарыгер бейтапты чечим кабыл алуу процессине катышууга чакырат жана мамиледе оорудан тышкары анын жалпы жашоосу эске алынат [158].

Врач-терапевттер эмгек шарттарынан канааттанышпайт, бул социалдык жана өндүрүштүк факторлордон келип чыгып, медициналык жардам көрсөтүүнүн натыйжалуулугуна, эмгектин өндүрүмдүүлүгүнө жана кесиптик милдеттерди ийгиликтүү чечүүгө таасир этет [15].

Көптөгөн медициналык уюмдар үчүн чечилгис көйгөйгө эскирген инфраструктура, медициналык кадрлардын жетишсиздиги, медициналык жабдуулардын эскиришинин, үзгүлтүксүз каржылоонун жетишсиздиги, дары-дармектердин, чыгым материалдарынын жана коммуналдык кызматтардын тарифтеринин туруктуу жогорулашы кирет [69].

Саламаттыкты сактоо, медициналык илим жана өндүрүш медициналык кызматкерлерди жаңы медициналык технологиялар, дары-дармектер, медициналык жабдуулар, приборлор жана инструменттер менен камсыз кылышы керек, бул өз кезегинде калктын ден соолугунун акыркы көрсөткүчтөрүнө олуттуу таасир этет. Алыскы аймактарда жашаган адамдар үчүн медициналык кызматтардын жеткиликтүүлүгүн камсыз кылуу маселесин чечүүдө телемедицина маанилүү роль ойнойт [47, 118].

Саламаттык сактоо системасындагы ишмердүүлүк саламаттык сактоо секторундагы бар болгон ресурстарды эффективдүү колдонууга, мамлекеттик-

жеке өнөктөштүктү өнүктүрүүгө, жеке сектордун катышуусун көбөйтүүгө, атаандаштык чөйрөсүн түзүүгө жана медициналык кызмат көрсөтүүчүлөрдүн жоопкерчилигин жогорулатууга багытталышы керек [78]. Ошондой эле, реалдуу өзгөрүүлөрдү камсыздоо үчүн Кыргызстандын мамлекеттик бюджетинин өз күчтөрүнө жана каражаттарына таянышы керек, ал эми донордук жардам кошумча колдоо катары каралышы керек [106].

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 [159]. Саламаттыкты сактоо тармагындагы реформалардын терс кесепеттеринин бири – дарыгерлердин кагаз иштеринин көлөмүнүн көбөйүшү. Бул, өз кезегинде, бейтаптардын узак кезекте турушуна алып келет, ошондой эле медициналык кызматкерлердин ишинин натыйжалуулугу төмөндөйт, анткени алар өз убактысынын көбүн кагаз иштерине сарптоого мажбур болушат [40].

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

- 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;

Кадрдык саясат медициналык кызматкерлердин санын, иштөө жүгүн жана эмгек акы системасын аткарылуучу иштин татаалдыгына, сапатына жана көлөмүнө ылайыкташтыруу багытында жүргүзүлүшү керек [104].

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 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 терапиялык аймак амбулаториянын медициналык аймактын калкынын саны жетишсиз болгон калктан (жетишсиз штат) же амбулатордук врач тейлеген калктан жана фельдшердик-акушердик пункттар тейлеген калктан түзүлөт [81].

Аймактын калкына дарылоо-профилактикалык жардам көрсөтүүнү туруктуу иштеген аймактык 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. Кыргыз Республикасынын зооноздук оорулар деңгээлине социалдык жана табигый факторлор таасирин тийгизет жана жугузуп алуу тобокелдиги тиричилик, кесиптик жана башка факторлор менен аныкталат [100, 110].

Аймактык жалпы практикалык врачты кызматка дайындоо жана бошотуу клиниканын башкы дарыгери тарабынан ишке ашырылат. Ал өз ишинде түздөнтүз терапевттик бөлүмдүн башчысына, ал эми ал жокто башкы дарыгердин дарылоо иштери боюнча орун басарына баш ийет [79]. Методикалык сунуштар медициналык жардамдын сапатын башкаруу маселесине заманбап методологиялык ыкмаларды чагылдырат. Үй-бүлөлүк медицинаны өнүктүрүү саламаттыкты сактоо системасын жеңилдетип, оорулардын алдын алууну күчөтүүгө мүмкүндүк берет [22, 23].

Терапевт: калкты медициналык текшерүүдөн өткөрөт. Диагностикалоону, дарылоону жана реабилитациялык жардамды амбулатордук, күндүзгү жана үй

шартында уюштурат; Шашылыш жардам көрсөтөт жана бейтаптарды адистерге же стационардык дарылоого жөнөтөт; Эпидемияга каршы иш-чараларды жана иммунопрофилактиканы өткөрөт; Эмгекке жарамсыздык экспертизасын жүргүзөт жана МСЭге документтерди тариздейт [79]; Бейтаптарды санаториялык-курорттук дарыланууга жөнөтүү боюнча корутунду чыгарат жана зарыл учурда карта түзөт; Медициналык уюмдар жана социалдык коргоо органдары менен кызматташат; Камкордукка муктаж жарандарга медициналык-социалдык жардам уюштурат [81];

Аймактык терапевттин 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. БМСЖдагы курч маселелерди түп-тамыры менен чечүү үчүн аймактык кызматты эки негизги өз ара байланышкан багытта – уюштуруучулук жана кадрдык жактан ырааттуу чыңдоо зарыл [130]. Амбулатордук шарттарда бир бейтаптын визити учурунда терапевт-дарыгердин жумуш убагынын эң чоң бөлүгү медициналык документтер менен иштөөгө кетет [49].

Жергиликтүү жалпы практикалык дарыгердин ишмердигинде чоң орунду үйгө чакыруулар үчүн медициналык тейлөө ээлейт. Аймактык 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. 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).

Дүйнө жүзү боюнча баштапкы медициналык жардам көрсөтүүчү

кызматкерлердин курамы кеңейип, орто медициналык кызматкерлердин медициналык жардам көрсөтүү кызматтарына жеткиликтүүлүктү жакшыртуудагы ролу чоң [149].

Кан тамырлар жетишсиздиги кеңири тараган жана баштапкы формалары менен ооруган бейтаптардын көбү терапиялык текшерүүлөрдө аныктоого болот. Бронхиалдык астма – бул дүйнөлүк ден соолук сактоо системасындагы олуттуу проблема. Өнөкөт обструктивдик өпкө оорусу жана бронхиалдык астандан жабыркаган бейтаптарда оорунун клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн жана терапиянын натыйжалуулугун талдоо үчүн жалпы медициналык практикада компьютердик каттоону колдонуу сунушталат, ал дарылоо тактикасын оптимизациялоого жардам берет. Өнөкөт обструктивдик өпкө оорулары менен ооруган бейтапты диспансердик көзөмөлдөөнүн планына гриппке каршы вакцинация, пульмонологго амбулатордук кайрылуу учурунда же стационардан чыгарууда берилүүчү сунуштарга, ошондой эле ооруган бейтаптарга жардам көрсөтүү стандарттарына киргизилиши керек [73, 77, 102, 120].

Тиркелген калктын ден соолугунун абалы жана дарылоо натыйжалары:

- калктын, анын ичинде эмгекке жарамдуу жана майып эркектер менен аялдардын курактык курамы;
- каза болгондордун саны (бардыгы, анын ичинде үйдө). Акыркы 4 жыл ичинде өнөкөт гепатит ооруларынын өлүм көрсөткүчү 2017-жылы жогорулап, ошол эле учурда таралышынын төмөндөө тенденциясы байкалган. Боордун циррозуна өлүм көрсөткүчүнүн төмөндөөсү жана оорунун жайылуу деңгээлинин салыштырмалуу көтөрүлүшү бардык ооруган адамдарды БМСЖ деңгээлинде каттоо менен мониторинг жүргүзүү жана баа берүү зарылдыгын көрсөтөт [92, 93].

Жергиликтүү жалпы практикалык дарыгер амбулатордук оорулуулардын медициналык картасы (форма No 025/у) медициналык документтерди туура түзүүгө милдеттүү: Амбулатордук карта 025-12/у; Профилактикалык эмдөө картасы 063-ж 5 жыл; Медициналык справка (медициналык корутунду) 086-у 3 жыл; Жугуштуу оору, тамак-аштан уулануу, курч профессионалдык уулануу,

вакцинацияга адаттан тыш реакция жөнүндө шашылыш билдирүү – 058. Медициналык документтер бейтаптын маалымдуулугу жана анын колтамгасы менен тастыкталган текшерүүгө жана дарылоого макулдугу жөнүндө маалыматтарды камтыйт. Оорулар МКБ-10 боюнча дарыгер тарабынан КОДтолот. Дарыгердин корутундусунун негизинде медайым ар бир аныкталган оору боюнча статистикалык форманы толтурат. 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 [58].

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, үйдөгү ооруканалар. Методикалык аккредитациялык-симуляциялык борборлор практикалык көндүмдөрдү калыптандырып, окутуунун заманбап технологияларын сыноодон өткөрүүчү бөлүмдөр болуп саналат. Бул борборлор врач-терапевттердин, үй-бүлөлүк дарыгерлердин аккредитациялоого даярдоону жакшыртып, кесипкөйлүктү өркүндөтүүгө көмөктөшөт [7].

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), массаж, физкультура жана башкалар. Кант диабетин уюштуруу жөнүндө маалымат медициналык китепчеге киргизилет. Кант диабети менен ооруган бейтаптарда

жүрөк-кан тамыр ооруларын алдын алуу гликемиянын максаттуу көрсөткүчтөрүнө жетишүү менен гана чектелбестен дислипидемияны да коррекциялоого багытталышы керек. Бардык эл аралык сунуштарга ылайык, кандагы липиддердин деңгээлин көзөмөлдөө гликемияны жана кан басымды көзөмөлдөө сыяктуу эле маанилүү. Кыргызстанда кант диабети менен ооруган бардык муктаж адамдар заманбап инсулиндер менен акысыз камсыздалат, ошондой эле диабет боюнча акысыз стационардык дарылануудан өтүшөт. Мамлекеттик кепилдиктер программасына ылайык, 2-типтеги кант диабети менен ооруган бардык адамдарга дарылоодо маанилүү дары-дармектердин бири болгон метформиндин 600 таблеткасынын баасынын 50%ы компенсацияланат. ҮМБда жылына бир жолу гликогемоглобин аныкталат, ал эми инсулинотерапия алган адамдар үчүн глюкометр аркылуу глюкозаны көзөмөлдөө үчүн жылына 500 тест-полосканын баасынын 40%ы кайтарылып берилет [115, 116, 117].

Жаңы класстагы гиперхолестеринемияга каршы дары-дармектердин натыйжалуулугу жана коопсуздугу боюнча маалыматтарга таянып, өзгөчө атеросклероз жана жүрөк-кан тамыр ооруларынын прогрессивдүү түрү бар бейтаптар үчүн, аларды өз убагында дайындоону камсыз кылуу максатында, баштапкы медициналык жардам көрсөткөн дарыгерлердин мүмкүнчүлүктөрүн кеңейтүү боюнча ыкмаларды иштеп чыгуу зарыл. Ошондой эле бейтаптын дарылануусунун поликлиникадагы терапевт жана кардиолог тарабынан ырааттуулугун (үзгүлтүксүздүгүн) камсыз кылуу маанилүү [11].

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. Акыркы жылдары өнөкөт оорулууларды башкарууда функционалдык топтордун негизинде түзүлгөн акылга сыярлык моделдерди колдонуу сунушталууда. Бул топтор врачтардан жана медайымдардан түзүлүп, алардын негизги милдети өнөкөт оорулары бар

бейтаптар үчүн индивидуалдуу пландарды түзүү болуп саналат. Бул пландар бейтаптын муктаждыктарына жана талаптарына багытталган дарылоо, диагностика, алдын алуу, реабилитация жана социалдык чараларды камтып, бейтаптарды өмүр бою көзөмөлдөөнү камсыз кылат [70].

Диспансердик байкоону пациентке баштапкы медико-санитардык жардам көрсөтүлгөн медициналык уюмда баштапкы медициналык санитардык жардам алып жаткан бейтапка врач-терапевт (аймактык терапевт, жалпы практика дарыгери (үй-бүлөлүк дарыгер)) жүргүзөт [42].

Көзөмөл жүргүзүү медициналык тейлөөнүн сапатына оң таасири бар экендиги жөнүндө айрым далилдер бар, бирок изилдөөлөр көбүнчө методологиялык көзөмөлү төмөн жана узак мөөнөттүү байкоолор жетишсиз [136].

Баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүү системаларынын сапатын баалоо – сапатты тынымсыз жакшыртуу процессинин маанилүү бөлүгү. Системаны баалоо инструменти БМСЖ кызматтарын баалоо жана жакшыртуу үчүн иштелип чыккан. Ал өнөкөт ооруларды кароодогу баалоо шкаласына негизделген [138].

Жергиликтүү кызматтын эпидемияга каршы бөлүмү

Эпидемияга каршы негизги иш-чараларды өткөрүү жергиликтүү дарыгерге жүктөлөт. 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. Мисалы, баштапкы медициналык-санитардык жардамдын кургак учукка каршы, СПИДге каршы кызматтардын ортосундагы тыгыз кызматташтык АИВде кургак учукту аныктоону жана диагностикалоону жакшыртат [5].

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 (No 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 [101].

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 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 [52, 54]. 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 [54].

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 (No 025-у форма) киргизилет. Экспертизага катышкан ар бир дарыгер кесиптик жарактуулугу жөнүндө өз корутундусун берет жана көрсөтүлгөн учурда дарылоо жана реабилитациялык чараларды дайындайт [58]. Медициналык мекемелерде көрсөтүлүп жаткан кызматтардын сапаты, кызматкерлердин адистик

потенциалынын өсүшү, медициналык бригадалардын кызмат көрсөтүүсүнүн сапаты жана натыйжалуулугу саламаттык сактоо мекмелеринин жетекчилеринин лидерлик жөндөмдүүлүгүнөн көз каранды [18].

Мезгил-мезгили менен текшерүүнүн жыйынтыгы боюнча жыйынтыктоочу корутундуну жооптуу дарыгер көзөмөлдөө кызматынын өкүлдөрү менен бирге түзөт жана 30 күндүн ичинде иш берүүчүгө берилет. 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 [56, 59].

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. БУУнун калк боюнча фондунун колдоосу менен даярдалган демографиялык божомолго ылайык 2050-жылга карата Кыргыз Республикасында калктын эрте картаюу тенденциясы бар [93].

Бүгүнкү күндө калктын айрым ден соолук көрсөткүчтөрү барган сайын жакшырып келе жатат. Акыркы жылдары энелердин өлүмү да азайды. Саламаттыкты сактоо тутумун реформалоо этабында калкка медициналык жардам көрсөтүүнү үй-бүлөлүк медицина негизинде уюштуруу системасы түзүлүп, ишке киргизилген. Балдардын саламаттыгын жакшыртуу жана өлүмдү азайтуу үчүн маанилүү шарттардын бири – бул өлкөнүн санитардык-эпидемиялык абалын жакшыртуу [72]. Балдар менен аялдардын саламаттыгын сактоо чөйрөсүндө көйгөйлөр сакталууда: Көп изилдөөлөрдүн маалыматына ылайык айыл жерлеринде 5 жашка чейинки балдардын өлүмү шаарларга караганда жогору болгон. Эне жана баланы коргоонун негизги максаттары: эненин жана ымыркайлардын ооруларынын жана өлүмүнүн азайышы, баштапкы медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу, аялдардын, балдардын ден соолугун чыңдоо [121, 122].

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 [111]. Үй-бүлөлүк медицина борборлорунун дарыгерлери карыган курактагы бейтаптарга жүрөк фибрилляциясында антикоагулянттарды дайындоодо жетишсиз же туура эмес дайындашат. Адистер үчүн негизги тандоо препараты катары варфарин калууда. А гипертониялык оору менен ооруган бейтаптардын көпчүлүгү дарыны кабыл алуу убактысына көңүл бурушпайт, аялдар эркектерге караганда дарыланууга көбүрөөк көңүл бурат [61, 62, 90]. Жаш курак өткөн сайын өлкөдө остеопения жана остеопороз боюнча кырдаал начарлап жатат. Ошону менен катар остеопения жана остеопороз кеңири таралган көйгөй болуп саналат жана алар жаш курагы улуу адамдардын арасында гана эмес, ар кандай курактагы адамдарда да кездешет. Бул оорулар жыныска да байланыштуу болуп, көбүнчө аялдар арасында көп учурайт [119].

Жыл сайын врачтардын саны көбөйүүдө. Ал эми үй - бүлөлүк врачтар жаатында тескери тенденция болуп жаткандыгын байкоого болот [94]. Медициналык кызматкерлер баштапкы медико-санитардык жардамды амбулатордук шарттарда көрсөтүүдө, эң башкысы, кадрлардын жетишсиздиги шартында баштапкы медициналык жардам көрсөтүү адистерине болгон талапты аныктап, баштапкы медико-санитардык жардамдын жеткиликтүүлүгүн камсыздоодо жатат. Саламаттыкты сактоо тутумунда кадрдык ресурстарды пландаштырууну жана пайдаланууну өркүндөтүү үчүн саламаттыкты сактоо кызматкерлерин ишке орноштурууну колдоо керек [88, 98]. «Коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо» дисциплинасы коомдогу өзгөрүүлөргө адаптациялана турган, өз кесибин туура тандап, кийинки кесиптик өсүш үчүн кошумча мүмкүнчүлүктөргө ээ болуу үчүн бүтүрүүчүлөрдү даярдоодо маанилүү роль ойнойт [64].

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. Үзгүлтүксүз медициналык билим берүү практикалык дарыгерлер менен ординаторлор үчүн жалпы дарыгердик практика адистиги боюнча кошумча билим берүү программаларын киргизүү мүмкүнчүлүктөрү практикалык дарыгерлер менен ординаторлорго билимин жаңыртууга жана кеңейтүүгө жардам берет [103]. Акыркы убактарда баштапкы деңгээлдеги саламаттык сактоо кызматкеринин ишин моделдеген роль оюндар сабакта активдүү өтүлүүдө [109]. 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 [53]. Көпчүлүк медициналык жогорку окуу жайларын бүтүргөндөр Кыргыз Республикасынан миграциялоону пландаштырууда, бул саламаттыкты сактоо тармагынын туруктуу иштеши үчүн коркунуч жаратат [68].

Төмөндө берилген жалпы корутунду адабий баяндын негизги мазмунун чогултуп берет:

1 БАП боюнча корутунду

Баштапкы медициналык-санитардык жардамды (БМСЖ) уюштуруу жана үй-бүлөлүк медицинанын (ҮМ) өнүгүүсү азыркы саламаттык сактоо системасынын натыйжалуулугун жана жеткиликтүүлүгүн жогорулатуудагы негизги багыттардын бири болуп саналат. ҮМ бул адамдын биопсихосоциалдык абалын эске алган, профилактика, дарылоо жана реабилитацияны айкалыштырган комплекстүү ыкма.

Медицинада үй-бүлөнү жалпы дарыгердик практика үчүн бирдиктүү бирдик катары кароо маанилүү принцип болуп эсептелет. Үй-бүлөлүк дарыгерлер пациенттердин кеңири спектрин тейлөө менен алардын физикалык, психологиялык жана социалдык муктаждыктарын канааттандырууга багытталган. Алар алдын алуу чараларын пландаштырып, оорулардын клиникага чейинки баскычында эрте аныктоо иштерин аткарат.

Кыргыз Республикасында үй-бүлөлүк медицинанын өнүгүүсү мамлекеттин

колдоосу менен уланып, саламаттыкты сактоонун инфраструктурасын жакшыртуу, үй-бүлөлүк дарыгерлердин квалификациясын жогорулатуу жана заманбап технологияларды киргизүү чаралары көрүлүүдө. Бул реформалардын максаты – калкка медициналык кызмат көрсөтүүнүн сапатын жогорулатуу жана жеткиликтүүлүгүн кеңейтүү болуп саналат.

Ошондой эле, телемедицина, маалыматтык системаларды колдонуу жана кызмат көрсөтүүнүн ар тараптуулугун камсыздоо, өнөкөт ооруларды натыйжалуу башкаруу, профилактика жана билим берүүнү жакшыртуу артыкчылыктуу багыттар болуп саналат.

Жыйынтыгында, үй-бүлөлүк медицина дарыгерлеринин милдети – бейтаптарды диагностикалоодон тартып реабилитацияга чейин толук циклди камсыз кылуу. Бул багыт саламаттыкты сактоо тутумунун туруктуу жана натыйжалуу иштешин камсыздоо үчүн маанилүү. 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, ошонун негизинде Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамды уюштуруунун артыкчылыктуу багыттарын аныктоого негиз болду.

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 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.

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

Илимий жумушта 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 изилдөө жүргүзүлдү.

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 амбулатордук 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 2023-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.

Бардык дарыгерлер шарттуу түрдө эки топко бөлүнгөн. 1-топ “Үй-бүлөлүк дарыгерлер” “Үй-бүлөлүк медицина” адистиги боюнча кайра даярдоодон өткөн мурдагы терапевттер.

Экинчи «Терапевттер» деп аталган топ — «үй-бүлөлүк медицина» адистиги боюнча квалификациядан өткөн мурдагы педиатр жана акушер-гинекологдор.

Жалпы практикалык дарыгерлер тарабынан көрсөтүлүүчү амбулаториялык жардамдын көлөмү жана мүнөзү 12-ЗДРАВ, 12-НСК жылдык статистикалык отчетторунун маалыматтарынын негизинде изилденген.

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 колдонулду.

Изилдөөнүн натыйжаларынын ишенимдүүлүгү математикалык статистикалык методдор менен чыгарылды.

Топтордун ортосундагы айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү Студенттин параметрдик тестинин жардамы менен аныкталды (t -

ишенимдүүлүк критерийи же ишеним коэффициенти), 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.

n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), p-айрымачылык. $p \leq 0,05^*$ - учурда ишенимдүү айрыма.

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 Оорулууларды 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 чогултуу жана 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 участокторго баруудагы иш убактысынын хронокартасы».

Хронометраж үчүн биз байкоо баракчасын 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 Р. С. Гаджиев (2005) түзгөн карталарга өзгөртүүлөр жана толуктоолорду киргизүү 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 максаты жана милдеттери 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 аткаарын аныктоого мүмкүндүк берди. Мисалы, бейтаптарды кабыл алуу жана кеңеш берүү, документация менен иштөө, профилактикалык иштер, чогулуштарга 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 формуланы колдондук.

2.3 Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын изилдөө

Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын изилдөөдө биздин изилдөөбүздүн максаттарына жана милдеттерине байланыштуу Р. С. Гаджиев 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 изилдөө, 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, клиникалык жетекчилер, бөлүм башчылары, башкы терапевттер, 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. Эксперттик баалоо сапатын башкы адистер менен биргеликте такай көзөмөл жүргүзүлдү.

Изилдөө ыкмалары.

Илимий иште төмөнкү ыкмалар колдонулду: аналитикалык, ретроспективдик, статистикалык, социологиялык (анкета жүргүзүү), эксперттик баа берүү жана уюштуруучулук модель.

Салыштырмалуу көрсөткүчтөр жана динамикалык катарлар эсептелди. Топтор арасындагы айырмачылыктын ишенимдүүлүгү параметрикалык t-критерийи (Стьюдент), репрезентативдик ката, жаңылбас божомолдун ишенимдүүлүк критери жана макулдук коэффициенти аркылуу аныкталды.

Бардык маалыматтар компьютерде иштетилип, Microsoft-Statistica 6.0, Microsoft Excel жана SPSS (IBM Inc, АКШ, версия 23) программалары колдонулду.

3 БАП

«КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮШТҮК АЙМАГЫНДА КАЛКТЫН ДЕН-СОЛУК КӨРСӨТКҮЧҮ»

3.1. Кыргыз Республикасынын түштүк аймагында 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.

2024-жылдын 1-январына карата маалыматтар КР ССМнин Электрондук саламаттык сактоо борборунун отчету: Кыргыз Республикасынын калктын саны миң адамга 7161,9, Ош облусу - 1490,1, Жалал-Абад облусу - 1335,8, Баткен облусу - 583,4 түзгөн.

Ош облусунун райондордун калкынын саны: Кара-Суу району - 488247, Ноокат району - 325926, Өзгөн району - 296071, Араван району - 147421, Кара-Кулжа району - 101560, Алай району - 93462, Чоң-Алай району - 37367 түзөт.

Кыргыз Республикасы боюнча катталган калктын өлүмүнүн себептерин биринчи орунда жүрөк-кан тамыр оорулары түзөт; 52,1% - 2022 жылы, 52,4% - 2023 жылы, Баткен областы боюнча 59,3% - 2022 жылы, 56,2% - 2023 жылы, Джалал-Абад областы боюнча 54,1% - 2022 жылы, 54,1% - 2023 жылы, Ош областы боюнча 54,5% - 2022 жылы, 56,1% - 2023 жылы.

Кыргызстандагы оорулардын негизги класстарын салыштырып изилдөө көптөгөн мекемелердин жана окумуштуулардын аракетинин натыйжасы болуп саналат. Бул изилдөөлөр (3.1.1-таблица) калктын саламаттыгын жакшыртуу жана саламаттыкты сактоо системасын өнүктүрүү боюнча негизги чечимдерди кабыл алууга жардам берет.

3.1.1-таблица – Оорулардын класстары боюнча таралышы (Ош облусу чоңдор жана өспүрүмдөр 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 төрөттөн 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											

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. 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 жыл сайын 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-таблицада көрүнүп тургандай 2019-жылы Кыргыз Республикасынын Ош облусунун калкынын арасында оорулардын таралышы боюнча төмөнкү оорулар басымдуулук кылган: кан айлануу системасынын оорулары (100 миң калкка 5232,3), 2-орунда заара чыгаруучу жана жыныс системасынын оорулары (100 миң калкка 3314,2), 3-орунда дем алуу органдарынын оорулары (100 миң калкка 3030,6), пандемия учурунда көрсөткүчтөр көбөйгөн. 4-орунда эндокриндик системанын оорулары (100 миң калкка 1735,6), 5-орунда нерв системасынын оорулары (100 миң калкка 1798).

Ош облусу боюнча динамикада кан айлануу системасынын оорулары 2021-жылы өсүү темпи +3,8% түзгөн, 2022-жылы +24,3%. Заара-жыныс системасы: Туруктуу 2-орунду ээлейт. 2021-жылы өсүү темпи 2021-жылы +33.2, 2022-жылы +15.9% түзгөн. Дем алуу органдары 3-орунда калып, пандемия учурунда

3.1.2-таблица - Оорулардын орундары (Ош облусу чоңдор жана өспүрүмдөр 2019-2023-ж)

			Кан айлануу			Заара-жыныс			Дем алуу			Эндокриндик			Нерв системасы		
№	Жыл	Жалпы саны	1-орун			2-орун			3-орун			4-орун			5-орун		
			Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ
1	2019	246407	45978	18,7		29123	11,8		26631	10,8		15251	6,2		15800	6,4	
2	2020	162841	32226	19,8	-29.9	19021	11,7	-34.7	19097	11,7	-28,3%	14234	8,7	-6,7%	10635	6,5	-32,7%
3	2021	196807	33459	17,0	3.8	25329	12,9	33.2	23689	12,0	24,0%	14967	7,6	5,1%	12962	6,6	21,9%
4	2022	237769	41587	17,5	24.3	29367	12,3	15.9	29566	12,4	24,8%	15426	6,5	3,1%	17359	7,3	33,9%
5	2023	204858	36376	17,8	-12.5	25487	12,4	-13.2	25814	12,6	-12,7%	16655	8,1	8,0%	14637	7,1	-15,7%

Эскертме: абсолюттук саны миң киши. Эскертме: маалыматтар КР ССМнин Электрондук саламаттык сактоо борборунун 2019-2023 жж отчеттук формасынан алынган. р - Ош облусунун жалпы оорулардын түзүмүнүн пайыздык көрсөткүчү. ӨТ – өсүү темпи(темп прироста) % менен.

көрсөткүчтөр көбөйгөн, 2021-жылы өсүү темпи +24,0% түзгөн, 2022-жылы 24,8%. Эндокриндик оорулар жыл сайын жогорулап, 4-орунда. Нерв системасынын илдеттери 5-орунду ээлеп, көрсөткүчтөр салыштырмалуу туруктуу.

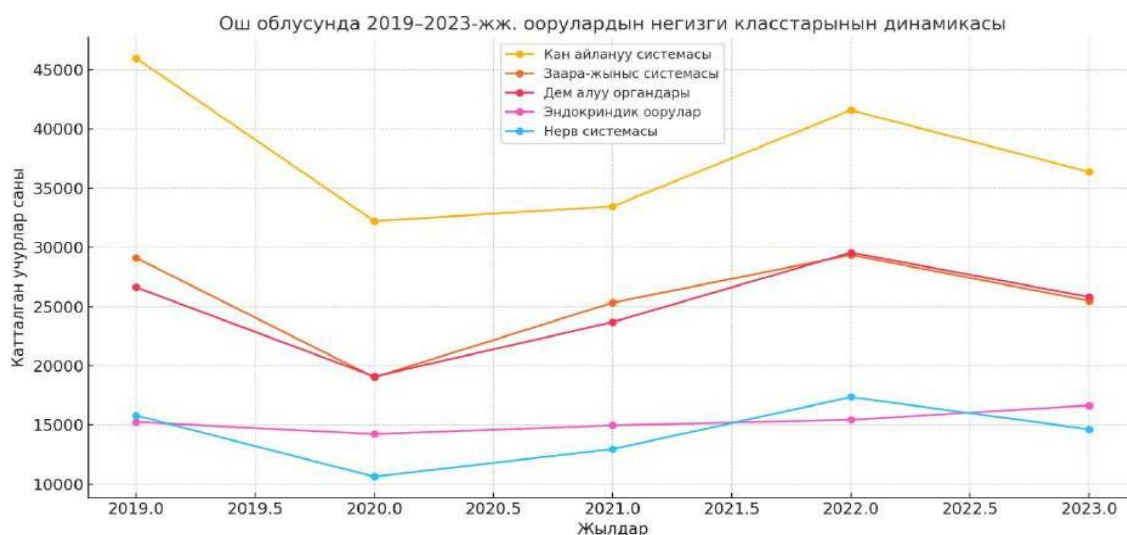
Төрөт жана төрөттөн кийинки оорулар 2019-жылы 17,759 учур болсо, пандемия учурунда (2020) бул көрсөткүч кескин азайып, андан кийин кайра өскөн. Шишик (онкологиялык) оорулар саны жыл сайын азайып, 2023-жылы 1,344кө жеткен. Жаракаттар жана уулануу: Кызыктуу тенденция байкалат, көрсөткүчтөр салыштырмалуу 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 эң жогорку деңгээлге жетти. Дем алуу жана заара-жыныс системасынын ооруларынын көрсөткүчтөрү да салыштырмалуу жогору жана туруктуу.

Эндокриндик жана нерв системасынын оорулары акыркы жылдарда бир аз өзгөрүү менен өсүү тенденциясын көрсөтөт. Кан айлануу системасынын оорулары жыл сайын калктын ден соолугундагы негизги көйгөйлөрдүн бири болуп калууда. Бул жүрөк-кан тамыр ооруларын алдын алуу жана дарылоо боюнча олуттуу чараларды талап кылат. АГ (артериалдык гипертензия) менен СДнын (сахар диабетинин) айкалышы бейтаптарда оорунун болжолун кыйла начарлатат, алар кесепеттердин жогорку тобокелчилиги бар топко кирет жана дароо антигипертензивдик дары-дармек терапиясын дайындоону талап кылат [3].

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. 3.1.1-сүрөт.



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

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 диабети 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.

3.1.3-таблицада 2019-жылы Кыргыз Республикасынын Жалал-абад облусунун калкынын арасында оорулардын таралышы боюнча төмөнкү оорулар басымдуулук кылган: кан айлануу системасынын оорулары (100 миң калкка 5786,3), 2-орунда дем алуу органдарынын оорулары (100 миң калкка 3108,4), 3-орунда заара чыгаруучу жана жыныс системасынын оорулары (100 миң калкка 2939,5), 4-орунда таяныч-кыймыл аппаратынын оорулары (100 миң калкка 2441,2), 5-орунда эндокриндик системанын оорулары (100 миң калкка 1689,1).

3.1.3-таблица - Оорулардын орундары (Жалал-абад облусу чоңдор жана өспүрүмдөр 2019-2023-ж)

			Кан айлануу			Дем алуу			Заара-жыныс			Таяныч-кыймыл аппараты			Эндокриндик		
№	Жыл	Жалпы	1-орун			2-орун			3-орун			4-орун			5-орун		
			Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ
1	2019	241179	47000	19,4		25248	10,4		23876	9,8		22938	9,5		13720	5,68	
2	2020	200490	39171	19,5	-16.7	27555	13,7	9.1	16433	8,19	-31.2	16931	8,4	-26.2	14210	7,08	3.6
3	2021	219471	39453	19,5	0.7	33659	15,3	22.2	19520	8,89	18.8	20323	9,2	20.0	14831	6,7	4.4
4	2022	253501	43756	17,2	10.9	38610	15,2	14.7	23002	9,07	17.8	23022	9,08	13.3	16102	6,3	8.6
5	2023	252605	44545	17,6	1.8	36517	14,4	-5.4	22731	8,99	-1.2	21354	8,4	-7.2	17416	6,89	8.2

Эскертме: абсолюттук саны миң киши. Эскертме: маалыматтар КР ССМнин Электрондук саламаттык сактоо борборунун 2019-2023 жж отчеттук формасынан алынган. р - Ош облусунун жалпы оорулардын түзүмүнүн пайыздык көрсөткүчү. ӨТ – өсүү темпи(темп прироста) % менен

Жалал-абад облусу боюнча динамикада кан айлануу системасынын оорулары 2022-жылы өсүү темпи +10.9% түзгөн, 2023-жылы +1,8% түзгөн. Дем алуу органдарынын оорулары пандемия учурунда 2020-жылы +9.1% өсүү темпин түзгөн, 2021-жылы +22.2%, 2022-жылы +14.7% өсүү темпин түзгөн, жыныс системасынын оорулары 2021-жылы +18,8% түзгөн.

Ош, Баткен жана Жалал-Абад облустарында негизги оорулар класстарынын таралышын салыштырганда, бардык жылдарда жүрөк-кан тамыр оорулары биринчи орунда турат.

Баткен жана Жалал-Абад облустарында кеңири таралган оорулардын ичинен жүрөк-кан тамыр, дем алуу жана заара-жыныс системаларынын оорулары басымдуулук кылат. Бирок медициналык кароолордо башкача көрүнүш байкалат: негизинен жүрөк-кан тамыр, Таяныч-кыймыл аппаратынын оорулары жана тамак сиңирүү системаларынын оорулары көп кездешет.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин отчетуна ылайык, 2022-жылы калктын күтүлгөн жашоо узактыгы төмөнкүдөй болду: Ош облусу – 72,1 жыл (эркектер – 69,2 жыл, аялдар – 75,6 жыл); Жалал-Абад облусу – 71,8 жыл (эркектер – 68,5 жыл, аялдар – 75,6 жыл); Баткен облусу – 71,5 жыл (эркектер – 69,1 жыл, аялдар – 74,1 жыл).

3.1.4-таблицада Баткен облусу боюнча динамикада кан айлануу системасынын оорулары 2022-жылы өсүү темпи +30.6%, 2023-жылы +2.8% түзгөн. Дем алуу органдарынын оорулары 2021-жылы өсүү темпи +5,9%, 2022-жылы +6,2%, 2023-жылы +23,4% түзгөн.

Баткен облусу калкынын арасында оорулардын таралышы боюнча динамикада 3-орунда заара-жыныс системасынын оорулары (абсолюттук саны 9109), 4-орунда тамак сиңирүү оорулары (абс.с. 7759), 5-орунда таяныч-кыймыл аппаратынын оорулары (абс.с. 6575).

Сунуштар: Кан айлануу системасынын оорулары боюнча: 1. Гипертонияны алдын алуу боюнча программаларды ишке киргизүү. 2. Калкты жүрөк-кан тамыр ооруларынын эрте белгилери боюнча маалымдоону күчөтүү. 3. Ден соолукту текшерүү борборлорунун санын көбөйтүү.

3.1.4-таблица - Оорулардын орундары (Баткен облусу чоңдор жана өспүрүмдөр 2019-2023-ж)

			Кан айлануу			Дем алуу			Заара-жыныс			Тамак сиңирүү оорулары			Таяныч-кыймыл аппаратынын оорулары		
№	Жыл	Жалпы	1-орун			2-орун			3-орун			4-орун			5-орун		
			Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ	Абс. с.	р - %	ӨТ
1	2019	96885	20651	21,3		11833	12,2		9109	9,4		7759	8,008		6575	6,78	
2	2020	77211	16135	20,9	-21.9	9142	11,8	-3,2	6124	7,9	-32.8	5643	7,3	-27.3	4887	6,3	-25.7
3	2021	78956	14152	8,8	-12.3	9874	12,5	5,9	4486	5,68	-26.7	6306	7,98	11.7	5590	7,079	14.4
4	2022	100835	18484	18,3	30.6	13400	13,28	6,2	9517	9,4	112.1	6899	6,8	9.4	7445	7,38	33.2
5	2023	99186	19010	19,16	2.8	16266	16,39	23,4	9104	9,17	-4.3	6705	6,7	-2.8	6963	7,02	-6.5

Эскертме: абсолюттук саны миң киши. Эскертме: маалыматтар КР ССМнин Электрондук саламаттык сактоо борборунун 2019-2023 жж отчеттук формасынан алынган. р - Ош облусунун жалпы оорулардын түзүмүнүн пайыздык көрсөткүчү. ӨТ – өсүү темпи(темпы прироста) % менен

Эндокриндик оорулар боюнча: 1. Кант диабетинин алдын алуу үчүн туура тамактануу программаларын иштеп чыгуу. 2. Йод кошулган туздарды колдонуу боюнча билим берүү иштерин күчөтүү.

Дем алуу оорулары: 1. Профилактикалык эмдөөлөрдү уюштуруу жана күчөтүү. 2. Климатка ылайыктуу шарттарды түзүү (жылуулук системаларын жакшыртуу).

Заара-жыныс оорулары: 1. Суу менен камсыздоо жана санитардык-гигиеналык шарттарды жакшыртуу. 2. Жеке гигиенанын эрежелерин калкка кеңири түшүндүрүү.

Психикалык саламаттыкты колдоо боюнча: 1. Кризистик борборлорду түзүү. 2. 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, ошондой эле калктын орточо жашоо узактыгы узармак.

3.2 Саламаттык сактоонун баштапкы деңгээлинде калктын ооруусунун курактык жана жыныстык өзгөчөлүктөрү

Ар кандай курактык топтордо терапиялык ооруларынын таралышынын көрсөткүчтөрүн изилдөө 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 документтердин негизинде жүргүзүлдү.

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 (3.2.1.- таблица).

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

№	Жылдар	Жаш курагы						
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 - жогорку	орточо
1	2017	1,8	1,7	8,2	11,6	38,8	51,7	20,0
2	2018	5,4	11,8	37,8	47,2	97,0	172,4	55,0
3	2020	8,3	-	16,0	58,3	48,3	211,1	36,8

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 ($9,0 \pm 0,4$ тен $90,9 \pm 5,0$, б.а. 10 эсе). 60-69 жаштагы байкалган үй-бүлө мүчөлөрүндө оору 2,1 эсеге көбөйгөн ($85,07 \pm 4,3$ тен $186,57 \pm 2,7$ 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 ($72,5 \pm 4,3$; $79,7 \pm 3,8$, $p > 0,05$ жана $165,3 \pm 5,1$, $p < 0,05$).

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 $20,0 \pm 1,3$ 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. Биздин изилдөөбүздө жалпы дарыгерлер (үй-бүлөлүк) ушул эле мезгилде терапевттерге караганда гипертония оорусунан дээрлик 5 эсе көп жана жүрөктүн ишемиялык ооруларынан 4,6 эсе көп учурларда аныктаганы далилдеди.

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

ооруларынун 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.

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 $4,3 \pm 1,8$, ал эми аялдар арасында $44,1 \pm 3,7$ ($p < 0,05$).

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 көрсөткүчтөрүн тапкан айрым авторлордун маалыматтарына туура келет.

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.

Ошентип, баштапкы медициналык жардам кызматындагы калктын оорулуулукту изилдөөсү көрсөткөндөй, байкалган 50 жаштан жогору бейтаптардын арасында оорунун таралышы 100 бейтапка 2017-жылы 88,7 ден 2020-жылы 208,1ге чейин көбөйгөн.

3.3 Саламаттык сактоонун системасынын баштапкы деңгээлинде ооруларды алдын алуу иш – чараларынын абалына баа берүү.

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 жана ошол өзүнүн аймагындагы жаңы төрөлгөн баладан баштап баардык кишилердин ден-соолугуна камкордук көрүү милдети жүктөлгөн. 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. Ал кызматкерлер жашаган дареги боюнча үй-бүлөлүк дарыгердин көзөмөлүндө турат жана ал кишиге мамлекет тарабынан бөлүнгөн каражат жашаган дарегин тейлеген дарыгерге бөлүнгөн.

Бирок мындай система билим берүү жана коргонуу министрлик тармагына

тиешелүү болбой калган. Себеби аталган системада эмгектенген, билим-тарбия алгандар катталаган дереги боюнча ҮМБга (Үй-бүлөлүк медицина) карайт жана каржылоо ошол ҮМБга бөлүнөт.

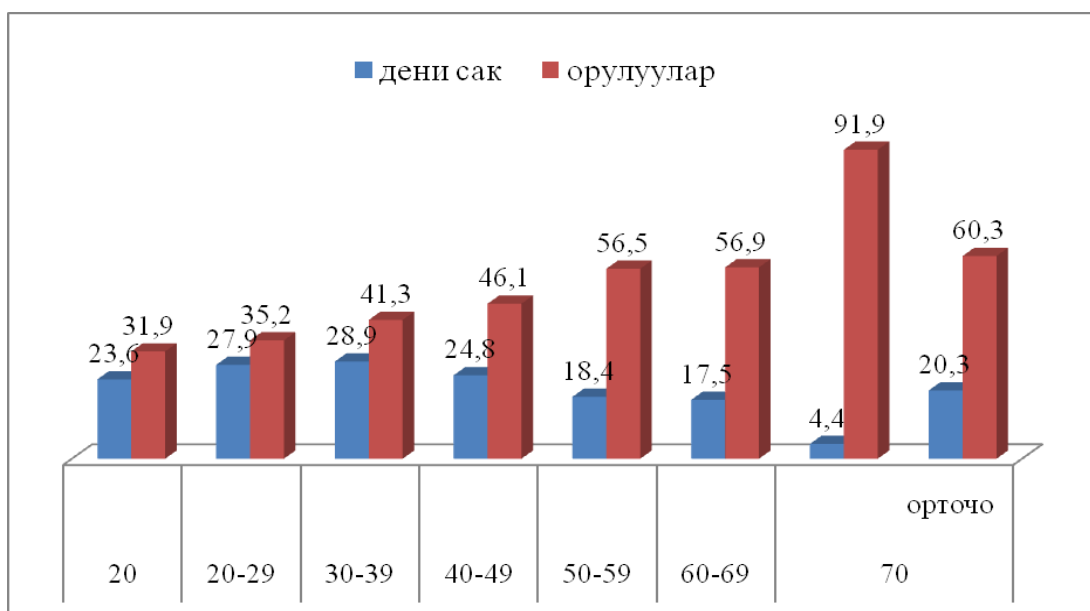
Ал эми профилактикалык медициналык кароо иштеген же окуган жеринен акысыз өткөрүлүп келет. Мисалы Ош шаардык ҮМБда 172 үй- бүлөлүк дарыгер бар болсо шаар боюнча 60 тан ашуун орто мектептерде жана 50гө жакын мектепке чейинки балдарды тарбиялоочу мекемелерде 150 миңге чукул балдар тарбияланып келет. Аларга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

Профилактикалык текшерүүлөрдүн маалыматы боюнча, КРдеги оорулардын деңгээли кайрылуулардан алынган маалыматтарга караганда 40% жогору. Бул факт оорулуулардын көбү же өз алдынча дарыланып, же таптакыр дарыланбагандыгын көрсөтөт. Адамдардын ден соолугуна мындай мамилеси өнөкөт оорулардын көбөйүшүнүн негизги себеби болуп саналат. Өнөкөт оорулардын дагы бир себеби – толук кандуу дарылоонун жоктугу [65].

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 (3.3.1-сүрөт).

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

диабети, дем алуу органдарынын жетишсиздиги менен жалпы оорулуулуктун басымдуу бөлүгүн түзгөн.



3.3.1-сүрөт – Профилактикалык текшерүүнүн жыйынтыгы % менен.

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 3.3.1- таблицанда келтирилген.

3.3.1-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. (3.3.2-таблица).

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 $14,9 \pm 1,2$, $8,1 \pm 1,3$).

3.3.2-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	$8,1 \pm 4$	$7,6 \pm 1,0^*$	$8,0 \pm 1,3^{**}$
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

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 орунду ээледі. Табылган патологиялардын арасында алардын үлүшү 7,5%, таралышы $7,4 \pm 1,3$

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.

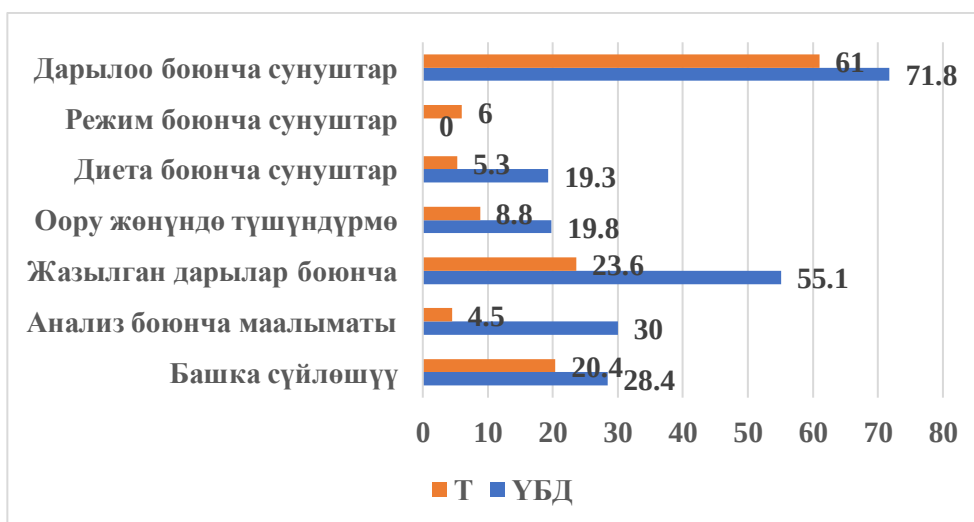
Ошентип изилдөөнүн жыйынтыгы көрсөткөндөй мектеп окуучуларынын медициналык кароодон өткөрүү үчүн үй бүлөлүк дарыгерлерге каражат бөлүнбөй калган. Ошол себептен орто билим берүү жана мектепке чейинки тарбиялоо мекемелерининдеги балдардын профилактик медициналык текшерүүсүн кайрадан карап, жобо иштеп чыгуу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

3.4 Баштапкы медициналык-санитардык жардамдын ишмердүүлүгүн баалоо

Саламаттыкты сактоо системасынын ишинин натыйжалуулугунун көрсөткүчтөрү, кандай модельде курулуп, кайсы булактан каржыланганына карабастан, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгү жана сапаты, ошондой эле анын көрсөтүлүшүнө кеткен чыгымдар болуп эсептелет. Ар бир мамлекет чектелген ресурстар шартында өз жарандарына сапаттуу медициналык жардам көрсөтүүгө аракет кылат [113].

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. (3.4.1-сүрөт)



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

Бейтаптын оорулуулук боюнча биринчи жолу кайрылуусунда, 3.4.1-сүрөттө көрүнүп тургандай, изилдөөнүн жыйынтыктары боюнча бейтаптарды кабыл алуудагы дарыгерлердин ишмердүүлүктөрү көрсөтүлдү.

Изилдөөнүн жыйынтыктары боюнча бейтаптарды кабыл алуудагы дарыгерлердин ишмердүүлүктөрү 3.4.1-сүрөттө көрсөтүлдү. 61 бейтап дарылоо боюнча сунуштарды терапевттерден алышса, үй-бүлөлүк дарыгерлерде бул элементтин көрсөткүчү 72 ге жеткен, б.а. ҮБДда 11 элементке көп болгон. Ал эми терапиялык оорулууларга дары-дармектерди жазуу боюнча ҮБДге (55,1) салыштырганда терапевттер азыраак жазышкан.

Изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча оорулуулар ҮБДге караганда терапевттерден дары-дармек жазуу боюнча азыраак сунуштарды алышкан. Ал эми дарылар боюнча кеңири түшүндүрмөнү да ҮБДлер көп беришкен ($p \leq 0,005$). Диета боюнча сунуштарды ҮБДлер 19,3, ал эми терапевттер 5,3 беришкен. Анализдер боюнча маалыматты түшүндүрүүдө ҮБДлер 30, Т болсо 4,5 гана айтып беришкен.

Лабораториялык анализдердин жыйынтыгын бейтаптарга маалымат айтуунун пайдасы ар түрдүү оорулардын алдын алууда бейтап өзүнүн ден соолугуна кам көрөт, жана оорулардын кесепеттерин алдын алат. Режим боюнча сунуштарды дарыгерлер такыр эле айтпаганы көрүнүп турат.



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

Бирок, бейтаптарды кабыл алууда текшерүү жана сурамжылоо жүргүзүүнүн башка элементтерин карасак, көрсөткүчтөрүндө бир топ айырма бар.

3.4.1-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	M±m	Элемен саны	M±m	Элемен саны	M±m	Элемен саны	M±m	Элемен саны	p±m	Элемен саны	p±m
1	Даттануусун 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*

Кайрылган терапиялык оорулуулардын даттануусун угууда 3.4.1-таблицада үй-бүлөлүк дарыгерлер изилденген 100 бейтапта $47,8 \pm 4,6$ учурду түзгөн, бул көрсөткүч терапевттерде $46,5 \pm 4,8$ учур болуп салыштырмалуу ишенимдүү айрымачылык болгон эмес ($p \leq 0,005$) (3.4.1 -таблица).

Оорулууну биринчи жолу көрүүдө терапевттер оорунун симптомдорун - $m \pm 8,5$ учурда аныктаса, үй-бүлөлүк дарыгерлер - $m \pm 17,6$ учурда аныктаганы белгилүү болуп ишенимдүү ($p = 12,706$) айырмачылык болгон. Илдеттин узак мөөнөттүгүн аныктоодо курч респиратордук оорулар, гриппте ҮБДлер 27,0, Ттер 8,3 туура келген. Башкача айтканда терапевттер үч эсе аз аныктаган. Гипертония оорусунда оорунун белгилерин тактоодо ҮБДлер - 16,0, Т - 8,9 учурда аныктады. Ал эми оорунун узактыгын ҮБДлер - 29,7, Т - 7,7. Гипертониянын пайда болуу факторлорун аныктоодо ҮБДлер - 32,1, Т - 3,4 элементти гана такташты. 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 бейтапка бардык изилдөө элементтеринин жалпы суммасы эсептелген. 100 бейтап биринчи кайрылганда Ттер сурамжылоонун 151 элементин аткарган жана активдүүлүк көрсөткүчү 1,5 түзгөн. Үй-бүлөлүк дарыгерлер үчүн 100 адамга аткарылган элементтердин жалпы саны 223,3 түзүп 2,2 коэффициентке барабар болгон.

Бронхит жана пневмония ооруларында оорунун симптомдорунун мүнөзүн сурамжылоодо Үй-бүлөлүк дарыгерлер – 32,8, Терапевттер – 24,0 элементи туура келген. Ал эми оорунун узактыгын тактоодо ҮБДлерде – 17,1, Ттер – 8,8 көрсөткүчкө барабар болгон. Тобокелдик факторлорун сурамжылоодо Бронхит жана пневмония ооруларында 28,7 жана 10,7 элементтин саны такталды.

Дарылоо иш чараларын сурамжылоо жүргүзүүнүн элементтери ҮБДлерде 61,7, Ттер – 31,6. Ал эми гипертонияда ҮБД – 70,2, Ттер – 28,6 аныктагандыгы белгилүү. А курч респиратордук ооруларда ҮБД – 54,1, Ттер – 27,2 дарылоо сурамжылоонун элементтери такталды. Демек, Үй-бүлөлүк дарыгерлер терапевттерге караганда бейтаптарды терең излдешкен. Терапевттердин билим деңгээли төмөн деген тыянак чыгарууга болот жана квалификациясын жогорулатуу зарыл.

3.4.2-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 белгилерин 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 элементтердин 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)

Терапиялык оорулууларды кабыл алууда сурамжылоонун жыйынтыгы 3.4.2-таблицада берилген.

Алынган маалыматтар ҮБД менен Тде айырма бар ($p \leq 0,005$) экенин далилдеп турат. ҮБДде жүрөктүн ишемиялык оорусу (3,2), ашказан жарасы, гастрит (2,9), гипертония (2,5), Тде ашказан жарасы, гастрит (1,8), бронхит жана пневмония (1,7), жүрөктүн ишемиялык оорусу (1,7) көрсөткүчкө барабар болгон.

Ооруларда оорунун белгилеринин мүнөзүн сурамжылоодо ЖИО ҮБДлер – 31,2, Т -17,6, ашказан жарасы, гастритте ҮБДлер – 28,0, Т – 17,6.

ЖИО сурамжылоо жүргүзүүдө оорулардын узактыгын тактоодо ҮБДлер жакшы көңүл бурушкан – 51,0 Тге караганда – 10. Ашказан жарасы, гастрит (57.2), Т – 13,8 көрсөткүчтү берген. Оорунун тобокелдик факторун сурамжылоодо ҮБДлер ЖИОнда 46,9 элементти, Т – 8,0 элементти гана такташкан. Ашказан жарасында ҮБДлер (31.7), Т(12,4) көрсөткүч аныкталган.

Дарылоо иш чараларын сурамжылоодо ҮБДлер 81,4, Т 38,1 ЖИО көрсөткүчкө барабар болгон, ашказан жарасы, гастритте - 76,0, Т - 38,2 көрсөткүчкө барабар болгон. Башка ооруларда да терапевттердин аныктаган сурамжылоо элементтери ҮБДлерге салыштырмалуу азыраак экени маалыматтарда байкалды. Бейтапты кабыл алууда дарыгерлер бардык элементтерге толугу менен жакшы көңүл бурбагандыгы маалым болду.

Терапиялык оорулардын нозологиясына жараша үй-бүлөлүк дарыгерлер сурамжылоодо арыздануунун баардык түрүн аныкташкан. Терапевттер бронхит, пневмония жана жүрөктүн ишемиялык оорусунда аныктаган. Терапиялык оорулууларды кабыл алууда аларды сурамжылоонун натыйжалуулугун текшерүүнүн жыйынтыгында үй-бүлөлүк дарыгерлер терапевттерге караганда бейтаптарды кеңири сурашкан.

Изилдөөнүн жүрүшүндө биз бейтапты текшерүүнүн 14 элементин аныктадык. 3.4.3-таблицада үй-бүлөлүк дарыгерлер менен терапевттердин терапиялык оорулууларды текшерүүсү көрсөтүлдү (3.4.3-таблица).

Үй-бүлөлүк дарыгерлер менен терапевттердин терапиялык оорулууларды текшерүүсүндө алынган маалыматтар боюнча Тге салыштырганда ҮБДде

көрсөткүч жогору экени көрүнүп турат.

3.4.3-таблица – Үй-бүлөлүк дарыгерлер менен терапевттердин терапиялык оорулууларды текшерүүсү, кабыл алынган 100 бейтапка.

№	Текшерүү	Кайрылуулар				Жалпысынан алганда	
		баштапкы		кайталанган		Биринчи	кайталанган
		ҮБД	Т	ҮБД	Т	ҮБД	Т
1	Тери жана тери аст. май клетчаткасын	8,2	4,4	3,3	2,8	5,6	3,6
2	Ооз көңдөйүн	30,7	26,8	9,5	17,8	20,1	22,3
3	Өпкөнүн перкуссиясы	58,8	38,0	23,2	27,0	41,0	32,5
4	Өпкөнүн аускультациясы	66,4	58,3	36,9	37,3	51,8	47,8
5	Жүрөк перкуссиясы	39,8	34,2	32,6	23,1	36,2	33,6
6	Жүрөктүн аускультациясы	78,4	60,1	29,0	34,7	53,7	42,4
7	А/Б өлчөө	76,2	34,7	54,7	20,8	65,4	27,7
8	Пульсту изилдөө	42,0	28,0	28,3	10,9	35,1	19,5
9	Ашказандын пальпациясы	36,5	21,9	28,5	16,8	32,6	19,4
10	Боор перкуссиясы	31,3	23,8	16,8	18,0	24,1	20,9
11	Боордун пальпациясы	27,4	18,2	14,5	14,1	20,9	16,2
12	Ичеги пальпациясы	49,5	20,7	26,4	24,3	38,0	22,5
13	Шишиктин аныктоо	22,3	20,8	10,9	18,3	16,6	19,5
14	Бөйрөктүн перкуссиясы	24,0	18,0	10,6	12,0	17,3	15,0
15	100 бейтапка элементт-н жалпы	591,5	407,9	325,2	278,0	458,4	342,9
16	Активдүүлүк коэффициенти	5,9	4,0	3,3	2,8	4,6	3,4
	M ± m	42,2±21,7	29,1±15,2	23,2±13,5	19,8±9,16	32,7±16	24,4±11,4
		p=0,07		p=0,44		p=0,13	
	t-test(критерий)	1,88		0,77		1,52	

Эскертме: М- орточо сан, м- стандарттык четтөө (отклонение), р= топтордун ортосундагы айрымачылык, *-p≤ 0,5 учурда ишенимдүү (достоверность) айрымаланган.

Тери жана тери астындагы май клетчаткасын кармалоо ҮБД 8,2, терапевттер 4,4 учурда текшеришкен.

Ооз көңдөйүн текшерүү кайталанган кайрылууда ҮБДлер 9,5, терапевттер 17,8 көп учурда текшеришкен.

ҮБДде: жүрөктүн аускультациясы - 78,4, А/Б өлчөө - 76,2, өпкөнүн аускультациясы - 66,4, Тде – жүрөктүн аускультациясы - 60,1 жана өпкө аускультациясы - 58,3. Кайталанган кайрылууда жүрөктүн аускультациясын терапевттер 34,7 көбүрөөк угушкан.

Кайталанган кайрылууда ж кан басымды өлчөө ҮБДде – 54,7, Тде – 20,8 текшерген. Кайталанган кароодо ҮБДде – 28,3, Тде – 10,9 пульсту текшеришкен. Ичеги пальпациясын ҮБДлер 49,5 аткарышкан, ал эми Тр 20,7 учурда гана кармалоо методун колдонгон.

ҮБДде текшерүүнүн жалпы суммасы 591 болуп терапевттерге салыштырмалуу кыйла жогору болгон жана - бир оорuluуга 5,9 элемент туура келген. Ал эми кайталанган учурларда 3,3 коэффициентти түзгөн.

Демек, терапевттердин бейтаптарды физикалык текшерүү 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 3.4.4 таблицада берилди. Терапиялык бейтаптарды физикалык текшерүүнүн сапаты ар бир ооруда ар түрдүү көрсөткүчтү берген, кабыл алынган 100 бейтапка пайыздык көрсөткүч менен аныкталды.

Алынган маалыматтар көрсөткөндөй 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 - 51,2. Боор жана ичегилерди перкуссиялоодо - 3,8; пальпациялоодо - 7,4 болгон. Кан басымынын жогорулашында жүрөктү

3.4.4-таблица – Терапиялык бейтаптарды физикалык текшерүүнүн сапаты

№	Текшерүү элементтери	Курч респиратордук оорулар, грипп		ронхит жана пневмония		пертофия 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	3,7	6,6	4,8	7,4	4,6	3,8	3,4

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

аускультациялоо – 76,4 жана ЖИО - 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 - 3,7 жана 4,8ди түздү.

Бронхит жана пневмония ооруларында дарыгерлер өпкө аускультациясы жана перкуссиясы жетиштүү деңгээлде текшеришкен жана жүрөктүн ишемиялык оорусунда жүрөктүн аускультациясын жана кан басымды өлчөө 100 пайызга толук кандуу текшерилген.

Ашказандын пальпациясын ашказан жарасы жана гастритте 79,7 менен 56,9 көрсөткүчтү берген, ал эми башка ооруларда мисалы, дарыгерлер жүрөктүн ишемиялык оорусунда 24,8, жана 10,0 пайыз текшеришкен.

Жалпы дарыгерлер практикалык борборунда дем алуунун курч ооруларынын жана сасык тумоо менен ооруган 100 бейтапка элементтердин жалпы саны 530,6 жеткен, ал эми ашказан жарасы жана гастрит үчүн бул көрсөткүч 740 учурга жеткен. Терапевттерде бул көрсөткүч тиешелүүлүгүнө жараша 396 жана 456ны түзгөн.

Терапиялык оорулууларды кабыл алуудагы физикалык текшерүүнүн сапатын баалоодо, жалпы практикалык дарыгерлер борборунда дем алуу органдарынын илдеттеринде орточо 5,3 коэффициентти берген, ушул ашказан жарасында активдүүлүк коэффициенти көрсөткүчү ҮБДде 7,4 кө барабар болуп 2,1 га жогору болгон. Гастрит жана ашказан жарасында 7,4 жана 4,6 б.а. активдүүлүк коэффициенти аймактык терапевттерге караганда ҮБДде 1,5 эсе көп экени аныкталган.

Терапиялык ооруларды текшерүү учурунда ҮБДде бир топ жогорку көрсөткүч 3.4.5-таблицада белгиленди.

ЖПДБда оорулууларды кабыл алууда алар менен баарлашуу өзгөчө мааниге ээ. Себеби бейтаптын дартын аныктап ага дары жазуудан башка уйку режими, дем алуу режими, иштөө режими жана туура тамактануу сыяктуу кеп кеңештерин беришет. Бейтап менен баарлашуунун дагы бир маанилүүлүгү кайсы анализдерди кантип тапшыруу керектигин да, алардын жыйынтыгы боюнча да

түшүндүрүп берет. Ошондой эле оорулардын алууда кандай чараларга көңүл буруу керектигин жана өнөкөт ооруларда оорулардын ар түрдүү кесепеттерин алдын алуу тууралуу да маалыматтарды берсе көп оорулардын саны азаймак, калктын орточо жашоо узактыгы узармак.

3.4.5-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					

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

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

Тде оорусу боюнча 9 учурда, ал эми ҮБДа - 22 учурда түшүндүрмө берген. Ттер 3,7 жана ҮБДлер 17,1 учурда анализи жөнүндө маалымат берген. Кайталанган кароодо ҮБДлер 42,9, Ттер 5,2 учурда гана маалыматты түшүндүрүп

беришкен.

Бейтаптын кайталанып кайрылуусунда дары дармектерди түшүндүрүү боюнча Тде 57,7 учур үй-бүлөлүк дарыгерлерде 61,7ни түзүп анча айрымачылык болгон эмес ($p \geq 0,005$). Диета жана туура тамактануу боюнча кеңеш берүүдө терапевттерде 5,3 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 жетишээрлик деңгээлде жумуш жасалган эмес. Өзгөчө бул көрсөткүчтөр терапевттерде төмөн деңгээлде болгон.

Жалпы практикалык дарыгерлер борборуна кайрылгандардын оорусунун түрү боюнча берилген сунуштардын изилдөөсүнүн жыйынтыгы 3.4.6-таблицада берилген.

Алынган маалыматтарга карасак терапевттер режим сактоо жөнүндө ГО (27,7), ЖИО (30,9), АЖ (17,3) азыраак кеп-кеңеш бергени байкалган.

Жазылган дары-дармектерге түшүндүрмө берүүдө жүрөктүн ишемиялык (37,5) жана ашказан жарасы, гастрит илдеттеринде (31,2) кеңири түшүндүрмөлөрдү сунуштаганы белгилүү болду.

Бейтаптын оорусу жөнүндө түшүндүрмөнү берүү (37,7) сапаты да жогорку деңгээлди түзгөн.

Жалпы практикалык дарыгерлер борборуна кайрылгандарга оорусунун түрү боюнча терапевтердин берген сунуштарынын *активдүүлүк коэффициенти* – БжП (2,2), ЖИО да 100 кабыл алынган бейтапка берген кеңеши (2,1) барабар болуп, башка элементтерге салыштырмалуу жогорку көрсөткүчкө ээ болгон.

3.4.6-таблицага карасак ҮБДлерде курч респиратордук оорулар жана гриппте режим боюнча кеңеш берүү көрсөткүчү 38,3 барабар болуп Тде 15,0 караганда сапаты эки жарым эсе жогору экени байкалып турат. Жүрөктүн

3.4.6-таблица – Терапиялык бейтаптарды берилген сунуштардын сапаты

№	кеңештер жана сунуштар	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	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.													

ишемиялык оорусунда (48,9 каршы 30,9 учур) сунуштарды берүү 1,5 эсе көп. ЖИОсу боюнча текшерүү жана түшүндүрүүнүн сапаты (19,7 учурга каршы 12,9) көрсөткүчтү берип терапевттерден 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 терапевттерге караганда үй-бүлөлүк дарыгерлердин активдүүлүк коэффициенти 1,5 эсе жогору экендиги далилденди.

ҮБДлер оорулууну көрүүдө илдеттин узактыгын жана белгилерин терапевттерге салыштырганда бир жарым эсе, себептерин үч эсеге көп аныктаган.

Бейтап ЖПДБна кайрылган учурларда үй-бүлөлүк дарыгерлердин активдүүлүк коэффициенти 2,3, ал эми Т үчүн активдүүлүк коэффициенти 1,8 түзүп ишенимдүү айырмаланган ($p \geq 0,005$). Бул аймактык терапевттердин амбулатордук технологиянын методикалык маселелери боюнча билими канаатандыраалык эместигин айгинелеп турат.

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

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

Ош облусундагы респиратордук оорулар

Убактылуу эмгекке жарамсыздыктын курактык ооруларын изилдеген айрым изилдөөчүлөр эркектердин оорوشунун жогорку көрсөткүчтөрүнө да көңүл бурушат [49].

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 $26,2 \pm 3,8$).

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 $38,3$ тен $19,1\%$ 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 $88,9 \pm 7,0$; $p < 0,05$) (3.4.7-таблица).

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

№	Жылдар	Жаш курагы						
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-жогорку	орточо
1	2017	43,6	37,2	13,6	27,7	31,3	31	31,5
2	2018	34,5	37,2	27	16,6	22,3	20,6	26,2
3	2020	116,7	88,9	76,0	50	54,3	33,3	64

Эркектер арасында дем алуу органдарынын оорулары аялдарга караганда көп кездешет. 3.4.7-таблицадан көрүнүп тургандай, 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 жалпы (үй-бүлөлүк) практика тарабынан каралган, 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.

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. (19,4%). 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.

Кыргыз Республикасынын Ош облусунун аймагындагы кант диабеттин 2 тиби менен ооруган бейтаптардын диабетинин кабылдоосунун алдын алуу боюнча бейтаптардын билимин изилдөө үчүн социологиялык сурамжылоо жүргүзүлүп, жаш курагы 43-82 жаштагы бейтаптар түзгөн, 20 % респонденттер дарыларын убагында ичишпейт, 25,9 % кууш адистерден профилактикалык кароодон өтүшкөн эмес. 72% медициналык жардамдын сапатына канааттанат, 28 % канааттанбайт. Бейтаптардын кант диабети жана анын кесепеттери тууралуу билими жетишсиз экени аныкталган, бул маалымат берүү, таркатуу иштеринин натыйжалуулугунун төмөндүгүн айгинелейт. Үй-бүлөлүк медицина борборлорунда кант диабети менен ооруган бейтаптар үчүн кант диабети мектептерин ачуу жана кадрларды даярдоо үчүн бош орундарды ачуу

сунушталат. Азыркы учурда диабет мектептери борбордук үй-бүлөлүк медицина борборлорунда гана бар.

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 [27].

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 кфалификациясын жогорулатуу жана дипломдон кийинки даярдоо институтунун түштүк филиалынын базасында үзгүлтүктүү окутуу башталган [45]. 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

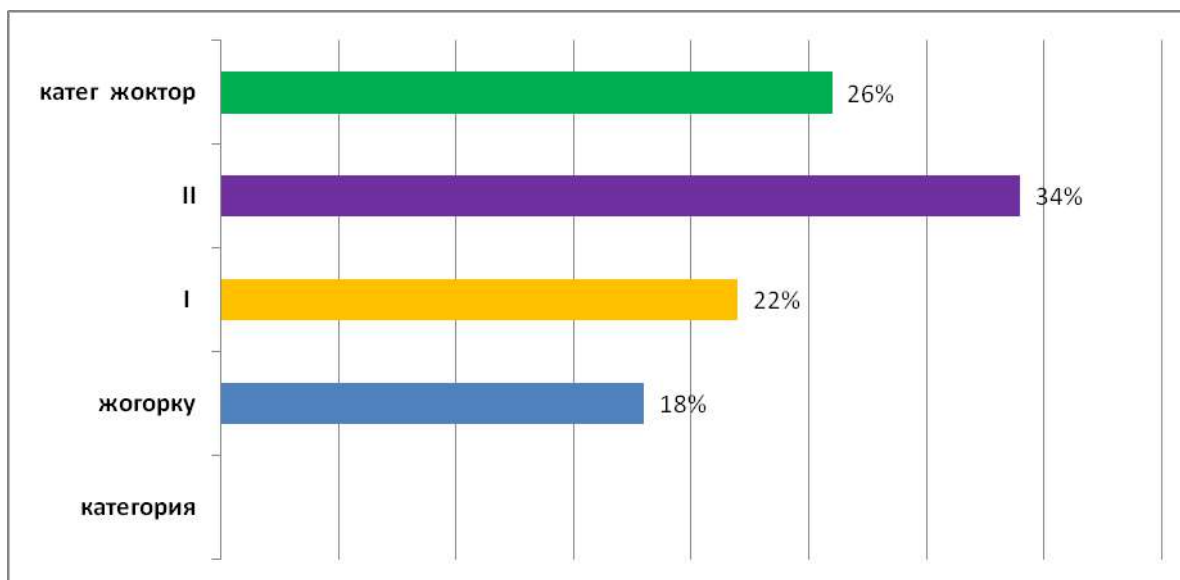
кайра даярдоонун эсебинен ишке ашат.

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 [87].

Дарыгерлерди жалпы практика боюнча массалык даярдоо үчүн медициналык университеттерде өзүнчө бөлүмдөрдү же факультеттерди түзүү мүмкүнчүлүгүн карап чыгуу керек. Бул дарыгерлерди жалпы практика боюнча атайын даярдоо багытын түзүү жөнүндө болуп жатат, ал университетке кабыл алынган учурдан баштап ординатураны аяктаганга чейин жүргүзүлөт жана кийинчерээк бул адистик боюнча гана бөлүштүрүү менен аяктайт. Мисалы, мындай система Францияда иштейт [129].

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 (3.4.3-сүрөт).



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

3.4.3-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. 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. КР ССМнин Электрондук саламаттык сактоо борборунун отчету боюнча 2023-жылы КР боюнча жалпысынан 6318 бүтүрүүчү жогорку профессионалдык медициналык окуу жайын аяктаган, а ОшМУну 2023-жылы 784 бүтүрүүчү, ал эми Жалал-Абад мамлекеттик университетин 774 бүтүрүүчү аякташкан.

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 укуктарын коргоо.

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

Баштапкы медициналык жардамды каржылоо

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 практикалык дарыгерлер топторун ишке киргизүү жана бул багытта адистерди кайра даярдоо болду. Мындай кадамдар Республиканын баардык аймактарында калкка корсотулгон 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 жетишээрлик 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 финансылуу БМСЖдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатууга мүмкүндүк берген эмес.

Кыргыз Республикасынын Президентинин жарлыгы менен 2022 жылдын 1 апрелинен баштап жалпы практикалык дарыгерлер борборунда эмгектенген врачтарга (үй-бүлөлүк дарыгер) жети миң кырк сом өлчөмүндө 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 коюм менен 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 жетишерлик денгээлде болгон эмес деген корутунду жасоого болот.

4 БАП

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.

Р. С. Гаджиевдин изилдөөлөрүндө үй шартында медициналык жардам көрсөтүүдө көпчүлүк бейтаптарга өз убагында жана толук кандуу текшерүү жүргүзүлбөйт [30, 31].

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 [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 [115].

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 [9].

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.

4.1. Монитордук оорулууларды кабыл алууда 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, оорулууну 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. (4.1.1 таблица).

4.1.1-таблица – Амбулатордук кабыл алууда терапиялык 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							

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.

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 болот. Бирок, акыркы он жылдыкта 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, байланыш кыска мөөнөттүү, мазмуну жок, психологиялык жана социалдык факторлордун бейтаптын оорусунун жүрүшүнө тийгизген таасирин жетишсиз түрдө эсепке алынат. Биздин байкоолорубуздун натыйжалары сүйлөшүүнүн жана аны жүргүзүү формасына биринчи кезекте тиешелүү болгон аныкталган кемчиликтерди четтеткен багытта сүйлөшүүлөрдү жүргүзүүнүн зарылдыгы аныкталды. Биз 4.1.2-таблицада бейтап менен сүйлөшүүнүн схемасын сунуштадык.

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

№	Сүйлөшүү	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 атоону 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.

4.2. Үй-бүлөлүк медицинада медициналык жардамды уюштурууну жакшыртуу жана сапатын жогорулатуу боюнча иштелип чыккан чаралар системасынын натыйжалуулугун эксперттик баалоо

4.2.1. Үй-бүлөлүк медицинада жумуш убактысын сарамжалдуу пайдалануу

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 жоюуу 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.

2019-2023-жылдар аралыгында Ош шаардык үй-бүлөлүк медицина борборунун жана Ноокат, Сузак райондук үй-бүлөлүк медицина борборлорунун базасында 12 үй-бүлөлүк дарыгерлер тобунун (ГСВ) катышуусунда эксперимент жүргүзүлүп, үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишин уюштурууну жакшыртуу жана алардын терапиялык жардам көрсөтүү сапатын жогорулатуу боюнча сунуштардын максатка ылайыктуулугу жана натыйжалуулугу бааланган.

Учурдагы шарттардагы жана эксперименттин жүрүшүндөгү жалпы практикалык дарыгерлердин жана терапевттердин жумуш убактысынын чыгымдарынын түзүмү 4.1.1-таблицада көрсөтүлгөн.

Таблицада үй-бүлөлүк дарыгерлер менен терапевттердин жумуш убактысынын чыгымдарынын кыскарышы байкалган.

1. Диагноз коюу жана дарылоо иштерине сарпталган убакыт: Үй-бүлөлүк дарыгерлер экспериментте 44,5 мүнөт (окутууга чейин) жана 37,6 мүнөт (экспериментте) сарпташкан. Айырма статистикалык маанилүү ($p=0,001^*$).

4.2.1-таблица. Учурдагы шарттарда жана экспериментте орточо жалпы практикалык дарыгерлердин жана терапевттердин жумуш убактысынын чыгымдарынын түзүмү

№	Иштин түрүнө сарпталган убакыт	Үй-бүлөлүк дарыгер		Терапевт	
		Чейин	Кийин	Чейин	Кийин
		M±m		M±m	
1	Диагноз коюу жана дарылоо иштерине	44,5±1	37,6±0.1	42,1±1	35,5±1
		p=0,001*		p=0,022*	
2	Профилактикалык иштерге	10,1±1	6,2±1	13,4±1	6,2±1
		p=0,008*		p=0,0009*	
3	Медициналык документтерди даярдоого	31,2±1	24,0±1	38,0±0,8	28,2±1
		p=0,009*		p=0,0002*	
4	Жеке квалификациясын жогорулатууга	7,3±0,1	7,2±0,1	2,6±0,07	6,7±0,1
		p=0,007*		p=0,023*	
5	Башка иш-чараларга	11,4±1,1	3,2±0,1	10,0±1	5,1±1,1
		p=0,002*		p=0,004*	
6	Жумуш тыныгууга	6,0±1	2,8±1	7,7±0,71	4,5±0,7
		p=0,017*		p=0,000*	
Эскертме: n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), p-айрымачылык. p≤0,05*- учурда ишенимдүү айрыма					

Терапевттер үчүн да экспериментте убакыттын кыскарышы байкалат: 42,1 мүнөт (окутууга чейин) жана 35,5 мүнөт (экспериментте), бул айырма дагы статистикалык маанилүү (p=0,022*).

Демек, убакытты рационалдуу пайдалануу боюнча берилген сунуштама менен иштегенде дарыгерлердин дарылоо жана диагноз коюу иштерине сарпталган убакытты кыскаргандыгы байкалган.

2. Профилактикалык иштерге сарпталган убакыт: Үй-бүлөлүк дарыгерлерде убакыт 10,1 мүнөттөн 6,2 мүнөткө азайган (p=0,008*).

Терапевттерде айырма 13,4 мүнөттөн 6,2 мүнөткө азайган (p=0,0009*).

Профилактикалык иштерге сарпталган убакыт, экспериментте, төмөндөгөн. Бул дарыгерлер профилактикалык иш аракеттерге өзгөчө көңүл

бөлүшпөгөндүгүн же аларды башка иштер менен алмаштыргандыгын көрсөтүшү мүмкүн.

3. Медициналык документтерди даярдоого сарпталган убакыт: Үй-бүлөлүк дарыгерлерде 31,2 мүнөттөн 24,0 мүнөткө азайган ($p=0,009^*$).

Терапевттерде айырма 38,0 мүнөттөн 28,2 мүнөткө азайган ($p=0,0002^*$).

Анализ: Медициналык документтерди даярдоого сарпталган убакытта дагы кыскарыш болгон. Бул, убакытты рационалдуу пайдалануу боюнча берилген сунуштаманын эффективдүүлүгүн далилдеп турат.

4. Жеке квалификациясын жогорулатууга сарпталган убакыт: Үй-бүлөлүк дарыгерлерде окууга кеткен убакыттын айырмасы дээрлик болбогондой: 7,3 мүнөттөн 7,2 мүнөткө азайган ($p=0,007^*$).

Терапевттерде убакыт 2,6 мүнөттөн 6,7 мүнөткө көбөйгөн ($p=0,023^*$).

Ошентип, үй-бүлөлүк дарыгерлер жеке квалификациясын жогорулатууга сарпталган убакытты азайтууга аракет кылышса, терапевттерде бул убакыт көбөйгөн. Мунун себептери квалификацияны жогорулатуу үчүн тренингдердин көбөйүшү же жаңы билимдерди алуу үчүн көбүрөөк убакыт талап кылынган болушу мүмкүн.

5. Башка иш-чараларга сарпталган убакыт: Үй-бүлөлүк дарыгерлерде 11,4 мүнөттөн 3,2 мүнөткө азайган ($p=0,002^*$). Терапевттерде айырма 10,0 мүнөттөн 5,1 мүнөткө азайган ($p=0,004^*$).

Анализ: Башка иш-чараларга сарпталган убакыт кыскарган, бул жаңы иш-чаралардын жүргүзүлбөй калганы же аларды жүргүзүү үчүн жумушчу шарттардын өзгөргөндүгү тууралуу сөз кылышы мүмкүн.

6. Жумуш тыныгуусуна сарпталган убакыт: Үй-бүлөлүк дарыгерлерде тыныгуунун узактыгы 6,0 мүнөттөн 2,8 мүнөткө азайган ($p=0,017^*$). Терапевттерде тыныгуу 7,7 мүнөттөн 4,5 мүнөткө азайган ($p=0,000^*$).

Анализ: Жумуштун тынымсыз жүрүшү дарыгерлердин жүктөмүнүн көбөйгөндүгүн билдирет, бул иштин стресстүү шарттарында болушу мүмкүн.

Алынган натыйжалардын негизинде, айырмачылыктар дарыгерлердин жумуш шарттарынын өзгөргөндүгүн жана алардын иш күнүндөгү убакытты

кантип бөлүштүргөндүгүн көрсөтөт. Эксперименттердин натыйжасында убакыт кыскарган иш-чаралар (диагноз коюу, дарылоо, профилактика) көбөйдү, ал эми квалификация жогорулатуу жана башка иш-чаралар үчүн сарпталган убакыт кээ бир учурларда көбөйгөн. Бул маалыматтар дарыгерлердин ишин оптималдаштыруунун жана жакшыртуунун мүмкүнчүлүктөрүн ачат.

Биз тараткан иштелип чыккан “*Жумуш убакытты рационалдуу пайдалануу*” сунуштары терапиялык жардамдын сапатын жогорулатты деген корутунду жасоого болот.

4.2.2. Мониторго алынган ооруларды изилдөөнүн сапатын өркүндөтүү

Үй-бүлөлүк медицина системасы саламаттыкты сактоонун алгачкы баскычы катары ар кандай ооруларды алдын алуу жана дарылоодо маанилүү роль ойнойт. Изилдөө Ош шаары жана Ноокат, Сузак райондорунда үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишмердүүлүгүн жакшыртууну жана алардын бейтаптарды изилдөө жөндөмдөрүн өнүктүрүүнү көздөгөн. Бул аймактардагы медициналык кызматтардын сапатын жогорулатуу жалпы элдин ден соолугун жакшыртууга чоң салым кошо алат.

Терапиялык оорулар боюнча бейтаптарды изилдөөнүн сапатын жакшыртуу боюнча иш-чараларды киргизүүнүн натыйжасында, үй-бүлөлүк дарыгерлерде оорулууну сурамжылоонун элементтери статистикалык жактан олуттуу өзгөргөн ($1>9$, $p<0,001$).

1. Сурамжылоонун төмөнкү элементтери боюнча олуттуу өсүү байкалган: Арыздарды аныктоо: 82,3%дан 97,6%га ($p=0,0002$).

- Оорунун белгилерин аныктоо: 32,8%дан 64,8%га ($p=2,0$).
- Оорунун узактыгын аныктоо: 17,1%дан 57,3%га ($p=1,2$).
- Оорунун себептерин аныктоо: 4,7%дан 48,0%га ($p=9,15$).

Бул өсүү үй-бүлөлүк дарыгерлердин клиникалык ой жүгүртүүсү жана

диагностикалык жөндөмдөрү боюнча олуттуу прогрессти көрсөтөт. Арыздарды жана белгилерин аныктоонун жогорку деңгээли диагностиканын негизги звеносу катары маанилүү (4.3.1-таблица).

2. Дарылоо иш-чаралары боюнча көрсөткүчтөр 61,7%дан 82,4%га өскөн ($p=1,1$).

- Башка дарылоочу элементтер боюнча көрсөткүчтөр 3,7%дан 16,7%га ($p=0,0006$) жакшырган.

Дарылоонун сапатынын өсүшү медициналык кызматтардын натыйжалуулугун жогорулатканын көрсөтөт. Бул, өз кезегинде, оорулуулардын дарылоого болгон ишенимин арттырат жана алардын ден соолукка байланышкан көйгөйлөрүн ыкчам чечүүгө жардам берет.

3. Активдүүлүк коэффициентинин жогорулашы

Экспериментке чейинки активдүүлүк коэффициенти (АК) орто эсеп менен 2,3 болсо, эксперименттен кийин 4,2ге жеткен ($p=2,0$). Бул бардык аспектилерде иштин натыйжалуулугу өскөнүн көрсөтөт.

АКнын өсүшү үй-бүлөлүк дарыгерлердин диагностикалык жана терапевтикалык процессине активдүү катышуу деңгээли жогорулаганын билдирет. Бул, өзгөчө, системалуу окутуу жана көзөмөл жүргүзүү натыйжасында болгон.

Эксперименталдык шарттарда ҮБД бронхит боюнча даттанууларды аныктоону (100дөн 97,6 учур) жана дарылоо иш-чараларын жүргүзүүнү (82,4 учур) натыйжалуу ишке ашырганы байкалган. Гипертония боюнча оорунун узактыгын (98,9 учур) жана тобокелдик факторлорун (86,2 учур) аныктоо көрсөткүчтөрү жакшырган. Жүрөктүн ишемиялык оорусунда даттанууларды (97,1 учур) жана оорунун себептерин (76,3 учур) аныктоо деңгээли жогорулаган. Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы боюнча даттанууларды жана оорунун узактыгын аныктоо (100 учур), дарылоо иш-чараларын жүргүзүү (97,2 учур) жана тобокелдик факторлорун аныктоо (100 бейтапка 82,8 учур) көрсөткүчтөрү өскөн.

4.3.1-таблица. Мониторго алынган терапиялык ооруларды сурамжылоонун сапатын текшерүү (ҮБД 100 бейтапка)

№	Сурамжылоонун элементтери	Бронхит, пневмония		ГО		ЖИО		Ашказан, 12эли жарасы	
		Чейин	Кийин	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин
		M±m		M±m		M±m		M±m	
1	Арыздарды аныктоо	82,3±0,6	97,6±1	89,6±1,05	100,0±0,95	91,0±0,9	100,0±0,9	84,5±1,2	100,0±0,9
		p=6,3		p=0,0002		p=0,0004		p=8,5	
2	Оорунун белгилерин аныктоо	32,8±0,9	64,8±0,9	16,0±1,1	67,1±1,0	31,2±0,9	78,6±1,4	28,0±1,0	72,9±1,0
		p=2.0		p=5,2		p=1,5		p=7,3	
3	Оорунун узактыгы	17,1±1,0	57,3±1,0	29,7±1,0	98,9±1	51,0±1,0	100,0±0,9	57,2±1,1	100,0±0,9
		p=1,2		p=1,3		p=5,4		p=8,6	
4	Оорунун себептери	4,7±1	48,0±1	6,8±1	64,5±2,2	11,4±1,1	76,3±2,0	14,1±1,3	82,8±1,7
		p=9,15		p=2,6		p=1,28		p=9,4	
5	Тобокел фактору	28,7±1,0	52,9±0,9	32,1±0,7	86,2±1,0	46,9±1	97,1±1	31,7±0,9	94,3±1
		p=9,5		p=2,5		p=4,6		p=1,8	
6	Дарылоо иш- чаралары	61,7±0,8	82,4±0,9	70,2±1,0	91,3±1,0	81,4±0,9	94,0±1,8	76,0±1,05	97,2±0,95
		p=1,1		p=1,6		p=0,0008		p=1,6	
7	Башка элементтер	3,7±1,5	16,7±1,4	5,2±1,1	18,4±1,0	4,8±0,9	20,3±0,8	2,7±1	15,8±0,95
		p=0,0006		p=0,0001		p=3,7		p=0,0001	
8	элементтер жалпы саны	231,0±1,5	419,7±0,6	249,6±2,0	526,4±3,2	317,7±1,2	566,3±8,2	294,2±4,1	563,0±6,8
		p=4,09		p=2,5		p=9,5		p=5,1	
9	Активдүүлүк коэф	2,3±0,1	4,2±0,1	2,5±0,1	5,3±0,1	3,2±0,1	5,7±0,1	2,9±0,3	5,6±0,2
		p=2,0		p=4,3		p=6,7		p=0,0001	
Эскертме: n-байкоолордун саны=100. М-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), p-айрымачылык. p≥0,05*- ишенимдүү айрыма									

Ошентип, жаңы технологияны колдонуу жалпы практикалык дарыгерлерге бейтап менен ырааттуу жана эффективдүү маектешүү мүмкүнчүлүгүн түзгөнү белгиленет. Бул өзгөрүү айрым оорулар боюнча изилдөөнүн элементтериндеги көрсөткүчтөрдүн жогорулашы менен далилденет. Эксперименттик шарттарда активдүүлүк коэффициенти бронхит боюнча 2,3төн 4,2ге, гипертонияда оорунун узактыгын аныктоо жана тобокелдик факторлор боюнча 2,5тен 5,3кө, жүрөктүн ишемиялык оорусунда 3,2ден 5,7ге, ал эми ашказан жана он эки эли ичегинин жарасында 2,9дан 5,6га чейин жогорулаган.

Аймактык өзгөчөлүктөр. Ош жана Сузак сыяктуу аймактарда медициналык кызматтарга жетүү деңгээли ар кандай, жана бул фактор бейтаптарды изилдөө сапатына таасир этиши мүмкүн. Ар бир аймактын социалдык-экономикалык шарттарын эске алып, ар кандайча мамиле кылуу керек. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишин жогорулатуу үчүн үзгүлтүксүз окутуу, диагностикалык жабдууларды жана жумуш шарттарын камсыз кылуу маанилүү.

Бул изилдөө үй-бүлөлүк дарыгерлердин билим жана көндүмдөрүн жогорулатуу аркылуу диагностикалык жана дарылоо сапаты жакшырганын көрсөттү. Келечекте ушул тажрыйбаны кеңири жайылтуу аркылуу жалпы саламаттыкты сактоо системасын жакшыртууга мүмкүнчүлүк түзүлөт.

4.2.3. Бейтаптарды сурамжылоонун сапатын жогорулатуу

Изилдөөнүн бул бөлүгүндө үй-бүлөлүк дарыгерлердин (ҮБД) жана терапевттердин (Т) бейтаптарды сурамжылоонун сапатын жогорулатуу боюнча жүргүзүлгөн эксперименталдык иш-чаралар талдоого алынган.

Максаты – жаңы технологияларды колдонуу аркылуу бейтаптар менен иштөө методологиясын жакшыртуу, бейтаптарды изилдөөнүн сапатын жогорулатуу, жана диагностикалык процесс менен дарылоо иш-чаралардын натыйжалуулугун жогорулатуу.

Сурамжылоонун сапатынын өзгөрүшү берилген. (4.2.3.1-таблица)

4.2.3.1-Таблица. Бейтаптарды сурамжылоонун сапаты (100 адамга)

№	Бейтапты сурамжылоонун элементтери	Үй-бүлөлүк дарыгер		Терапевт	
		Чейин	Кийин	Чейин	Кийин
		M±m		M±m	
1	Арыздарды аныктоо	95,2±1	100±1	90,1±1	98,4±1
		p=0,004*		p=0,0005*	
2	Оорунун белгилери мүнөзү	24,2±1	89,5±1,5	13,8±0,7	32,7±0,7
		p=2,8		p=1,08	
3	Оорунун узактыгы	33,6±3,0	87,5±8,0	17,4±2,3	42,0±2,6
		p=8,04		p=1,07	
4	Оорунун себептери	19,6±1	78,4±1	7,0±1	34,6±1
		p=2,2		p=4,5*	
5	Эмгек жана жашоо шарттары	20,3±1	89,0±1	5,6±1	32,2±1
		p=1,19		p=5,2	
6	Тукум куучулук	6,8±1	64,2±1	3,6±1	18,5±1
		p=2,4		p=5,3	
7	Эпидемиологиялык тарых	10,9±1	65,1±1	4,3±1	13,8±1
		p=3,08		p=0,0003*	
8	Жаман адаттар	19,3±1	83,9±1	7,6±1	41,0±1
		p=1,5		p=2,13	
9	Дарылоо иш-чаралары	21,5±1	58,6±1	25,5±1	27,9±1
		p=1,5		p=0,005	
10	Баңгизатка толеранттуулук	15,8±1	70,8±1,25	5,6±1,1	29,4±2,11
		p=5,4		p=3,6	
11	Оорунун жүрүшүндө өзгөрүүлөр	3,9±0,8	25,7±1,2	1,8±0,8	4,0±0,7
		p=1,29		p=0,04	
12	Башка элементтер	6,0±0,15	10,3±0,9	2,0±1,9	2,5±2,2
		p=0,001		p=0,05	
13	100 бейтапка жалпы элементтер	277,1±3,6	823,4±4,1	184,3±8,0	377,0±7,15
		p=6,9		p=6,4	
14	Активдүүлүк коэффициенти	2,7±0,95	8,2±0,9	1,8±0,95	3,7±1
		p=0,002		p=0,07	

Эскертме: n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), p-айрымачылык. $p \geq 0,05^*$ - учурда ишенимдүү айрыма

Сурамжылоонун негизги элементтери, мисалы, оорунун белгилерин аныктоо, узактыгы, себептери жана эмгек шарттары боюнча статистикалык жактан олуттуу өсүш байкалган ($p < 0.05$). Арыздарды аныктоо: ҮБДде 95,2%дан 100%га өстү, ал эми Тде 90,1%дан 98,4%га жетти.

Оорунун узактыгы: ҮБДде 33,6%дан 87,5%га, ал эми Тде 17,4%дан 42%га көбөйдү.

Тукум куучулук: ҮБДде 6,8%дан 64,2%га, Тде 3,6%дан 18,5%га жогорулады.

Дарылоо иш-чаралары: ҮБД 58,6%, Т 27,9%га чейин өсүш көрсөттү.

Бул көрсөткүчтөр сурамжылоонун сапаты жакшырганын, ошондой эле үй-бүлөлүк дарыгерлердин методологиялык жактан алдыңкыраак иштегенин көрсөтүүдө.

Жаңы технологияларды киргизүүнүн таасири. Жаңы технологиялар жана усулдар колдонулган шарттарда активдүүлүк коэффициенти үч эсеге жакын өстү: ҮБДде 2,7ден 8,2ге чейин. Тде 1,8ден 3,7ге чейин.

Бул активдүүлүктүн жана сурамжылоонун натыйжалуулугунун олуттуу өсүшүн билдирет. Дарыгерлер бейтаптар менен сүйлөшүү учурунда оорунун белгилерин тактап, анын себебин жана таасирин тереңирээк изилдей башташты. Үй-бүлөлүк дарыгер менен терапевттердин бейтаптар менен сүйлөшүү сапатына салыштырмалуу анализи. ҮБД Тге караганда: оорунун узактыгы: 87,5%га каршы 42%.

- Тукум куучулук факторлор: 64,2%га каршы 18,5%.

- Эмгек жана жашоо шарттары: 89%га каршы 32,2%.

Бул көрсөткүчтөр үй-бүлөлүк дарыгерлердин эксперименталдык шарттарда бейтаптарды изилдөөнүн сапатын кыйла натыйжалуу жүргүзгөнүн тастыктоодо.

Демек, жаңы ыкмалар жана жабдуулар үй-бүлөлүк дарыгерлердин мүмкүнчүлүктөрүн кеңейтип, бейтаптарды ырааттуу жана толук изилдөөгө шарт түзгөн. Мунун натыйжасында, дарыгерлер оорунун узактыгы, анын себептери жана башка факторлор боюнча тереңирээк маалымат топтой алышты.

Системалык мамиленин натыйжалуулугу. ҮБД эксперименталдык шарттарда иштегенде, диагностикалык жана терапевтикалык иш-чараларды натыйжалуу уюштура алышты. Бул көрсөтүлгөн методдорду келечекте бардык аймактык медицина борборлорунда кеңири колдонуу мүмкүнчүлүгүн сунуштайт.

Терапевттердин бейтаптарды сурамжылоо көрсөткүчтөрү үй-бүлөлүк

дарыгерлерге салыштырмалуу төмөн болуп, бул терапевттердин квалификациясын жогорулатуу жана ресурстар менен камсыздоонун зарыл экенин көрсөтүүдө.

Изилдөөнүн жыйынтыгы үй-бүлөлүк дарыгерлердин бейтаптарды изилдөө сапатынын олуттуу өсүшүн жана жаңы технологияларды колдонуу менен алардын мүмкүнчүлүктөрүн кеңейтүүнүн маанилүүлүгүн көрсөтөт. Бул эксперименталдык ыкма калктын жалпы саламаттыгына оң таасир берип, өлкөнүн саламаттыкты сактоо системасын жакшыртууга жардам берет.

4.2.4 Оорулууларды текшерүүнүн сапатын жогорулатуу

Биз сунуштаган технологияларды киргизүү менен бейтаптарды текшерүүнүн сапаты олуттуу жакшырганы байкалды (4.2.4.1-таблица).

Терини жана тери астындагы майларды текшерүү.

- Үй-бүлөлүк дарыгерлерде (ҮБД): 5,6%дан 26,3%га чейин өскөн.
- Терапевттерде (Т): 3,6%дан 9,1%га чейин жогорулаган.

Бул көрсөткүч терини жана анын астындагы май катмарларын текшерүү изилдөө сапаты жаңы технологиялар менен олуттуу түрдө жакшырганын билдирет. ҮБДлер терапевттерге караганда бул процесске көбүрөөк көңүл бурган.

Ооз көңдөйүн текшерүү.

- Үй-бүлөлүк дарыгер: 20,1%дан 62,6%га чейин.
- Терапевт: 22,3%дан 33,5%га чейин.

Үй-бүлөлүк дарыгерлер бул элементке өзгөчө көңүл буруп, ооз көңдөйүндөгү патологияларды аныктоо ишин жакшы уюштура алышкан. Терапевттерде бул көрсөткүч анчалык өскөн жок, бул методологиядагы айырмачылыктардан кабар берет.

Өпкөнүн перкуссиясы жана аускультациясы

- Перкуссия: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 41%дан 82,8%га. - Терапевт: 32,5%дан 48,9%га.

4.2.4.1-таблица. Терапиялык оорулууларды текшерүүнүн сапаты (100 бейтапка)

№	Текшерип изилдөөнүн элементтери	Үй-бүлөлүк дарыгер		Терапевт	
		Чейин	Кийин	Чейин	Кийин
		M±m		M±m	
1	Тери жана тери аст. майларды текшерүү	5,6±0,9	26,3±0,9	3,6±0,1	9,1±4,4
		p=1,1		p=0,3	
2	Ооз көндөйү	20,1±1	62,6±1	22,3±1,5	33,5±1,5
		p=1,09		p=0,0009	
3	Өпкөнүн перкуссиясы	41,0±1	82,8±1,9	32,5±1	48,9±1,4
		p=6,0		p=8,5	
4	Өпкөнүн аускультациясы	51,8±1,2	93,7±3,2	47,8±1	77,3±1
		p=4,2		p=3,8	
5	Жүрөктүн перкуссиясы	36,2±4,8	89,0±2,0	33,6±2,6	40,1±2,0
		p=1,6		p=0,02	
6	Жүрөктүн аускультациясы	53,7±1,2	91,5±1,7	42,4±2,0	82,4±2,2
		p=8,3		p=2,5	
7	Кан басымын өлчөө	65,4±2,2	98,0±2,6	27,7±2	87,5±3,8
		p=7,8		p=2,2	
8	Пульсту текшерүү	35,1±3,8	77,4±4,8	19,5±1	41,0±2
		p=2,3		p=6,4	
9	Ашказандын пальпациясы	32,6±1,7	26,1±1,0	19,4±1	13,6±1
		p=0,005		p=0,002	
10	Боор перкуссиясы	24,1±1,4	66,8±1,9	20,9±1,1	37,8±1,2
		p=9,1		p=6,5	
11	Боор пальпациясы	20,9±1,1	89,2±1,6	16,2±1	34,4±1
		p=5,9		p=2,3	
12	Ичегилерди пальпациялоо	38,0±2,5	30,1±2,0	22,5±0,7	20,0±1
		p=0,04		p=0,14	
13	Шишикти аныктоо	16,6±0,7	61,9±1	19,5±0,9	23,1±0,9
		p=3,7		p=0,009	
14	Бөйрөк перкуссиясы	17,3±0,7	46,9±1,4	15,0±1,3	21,7±1,3
		p=5,7		p=0,002	
15	100 бейтапка элем-н жалпы саны	458,4±2,7	942,3±2,1	342,9±2,4	570,4±2,2
		p=1,7		p=2,9	
16	Активдүүлүк коэффициенти	4,6±0,1	9,4±0,1	3,4±0,1	5,7±0,1
		p=5,0		p=9,4	
Эскертме: n-байкоолордун саны=100. M-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), p-айрымачылык. p≥0,05*- учурда ишенимдүү айрыма					

- Аускультация: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 51,8%дан 93,7%га.- Терапевт: 47,8%дан

77,3%га.

Бул көрсөткүчтөр өпкө ооруларын изилдөөнүн сапаты кескин жакшырганын билдирет. Өзгөчө ҮБДде өпкөнүн аускультациясы дээрлик бардык бейтаптарга жүргүзүлгөн.

Жүрөктүн перкуссиясы жана аускультациясы

- Перкуссия: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 36,2%дан 89%га.- Терапевт: 33,6%дан 40,1%га.

- Аускультация: - ҮБД: 53,7%дан 91,5%га.- Т: 42,4%дан 82,4%га.

Жүрөк-кан тамыр ооруларына байланыштуу изилдөөлөрдө ҮБДнин көрсөткүчтөрү кыйла жогорулаган. Бул жүрөккө байланыштуу көйгөйлөрдү аныктоого мүмкүндүк берген.

Кан басымын өлчөө

- ҮБД: 65,4%дан 98%га.

- Т: 27,7%дан 87,5%га.

Бул көрсөткүч гипертония жана башка кан басымына байланыштуу ооруларды көзөмөлдөө иши кыйла жакшырганын билдирет.

Пульсту текшерүү

- ҮБД: 35,1%дан 77,4%га.

- Т: 19,5%дан 41%га.

Бул көрсөткүч кан айлануу системасынын көйгөйлөрүн аныктоо сапатын жогорулатканын көрсөтөт. ҮБД бул жаатта жакшыраак натыйжаларды көрсөттү.

Ашказан жана боор изилдөөлөрү

- Ашказандын пальпациясы:

- ҮБД: 32,6%дан 26,1%га жогорулады.

- Т: 19,4%дан 13,6%га.

- Боор перкуссиясы:

- ҮБД: 24,1%дан 66,8%га.

- Т: 20,9%дан 37,8%га.

- Боор пальпациясы:

- ҮБД: 20,9%дан 89,2%га.

- Т: 16,2%дан 34,4%га.

Ашказанды пальпациялоонун төмөндөшү дарыгерлер керектүү учурларда гана бул текшерүүнү колдоно баштаганын көрсөтөт. Ошол эле учурда боорду перкуссиялоо жана пальпациялоо сапаты кыйла жакшырган.

Шишикти жана бөйрөктү изилдөө

- Шишикти аныктоо:

- ҮБД: 16,6%дан 61,9%га.

- Т: 19,5%дан 23,1%га.

- Бөйрөк перкуссиясы:

- ҮБД: 17,3%дан 46,9%га. - Т: 15%дан 21,7%га.

Шишикти аныктоо жана бөйрөктү текшерүү иштери ҮБДде кыйла жакшырды. АТде өсүү бар, бирок анчалык олуттуу эмес.

Жалпы активдүүлүк коэффициенти - ҮБД: 4,6дан 9,4кө чейин. - Т: 3,4төн 5,7ге чейин.

Эксперименталдык шарттарда жалпы активдүүлүк коэффициенти кыйла жогорулаган, бул жаңы технологиялардын жана окутуулардын эффективдүүлүгүн тастыктайт.

Сунуштар

1. Үй-бүлөлүк дарыгерлердин ишмердүүлүгү: Жаңы технологияларды киргизүү менен алардын иш сапаты жакшырды. ҮБДнин көрсөткүчтөрү терапевттерге салыштырмалуу кыйла жогору.
2. Терапевттер үчүн колдоо: Кошумча окутууларды жана жаңы технологияларды колдонуу жолдорун уюштуруу зарыл.
3. Диагностикалык протоколдорду бекемдөө: Бардык дарыгерлер үчүн бирдиктүү стандарттарды иштеп чыгуу.
4. Бул ыкмаларды башка региондордо да колдонуу сунушталат.

Биз сунуштаган технологиялардын натыйжасында дарыгерлердин Терапиялык оорулууларды текшерүү процессинде сапаттык өзгөрүүлөр болгонун тастыктады.

4.2.4.2.-таблица. Мониторго алынган ооруларды текшерүү сапаты (100 бейтапка)

№	Текшерүү элементтери	Бронхит, пиневмония		Гипертония		Жүрөк ишемиясы		Ашказан, 12эли жарасы	
		Чейин	Кийин	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин	Чейин	Кийин
		M±m		M±m		M±m		M±m	
1	Тери жана тери аст. майларды текшерүү	3,7±0,1	22,4±1,0	10,4±1	33,5±1	12,8±0,8	61,0±1	14,0±1	76,5±1,4
		p=6,7		p=1,1		p=3,6		p=1,9	
2	Ооз көндөюн текшерүү	58,0±1	87,3±2	34,8±1,4	48,7±1,0	36,0±1	48,3±1	84,9±1,5	100,0±1,5
		p=2,32		p=0,0001		p=0,0001		p=0,0003	
3	Өпкөнүн перкуссиясы	82,4±1	100,0±1,5	52,0±1,5	82,3±1,4	57,1±0,9	91,4±1,7	37,1±1,0	32,7±1,1
		p=0,0001		p=1,3		p=8,4		p=0,02	
4	Өпкөнүн аускультациясы	100,0±1,5	100,0±3,5	67,5±2,0	91,6±1,8	70,5±1,8	100,0±2	65,9±1,0	54,8±0,6
		p=0,41		p=0,0001		p=4,5		p=7,98	
5	Жүрөктүн перкуссиясы	64,1±1,0	72,4±1,0	72,8±0,8	100,0±1,5	77,6±0,7	100,0±1,5	38,7±0,9	39,4±1,1
		p=0,0006		p=1,36		p=2,75		p=0,09	
6	Жүрөктүн аускультациясы	89,0±1	96,5±1,7	93,0±1,5	100,0±2,0	99,3±1,1	100,0±1,5	67,1±0,9	55,3±0,8
		p=0,004		p=0,015		p=0,6		p=0,0001	
7	Кан басымын өлчөө	68,7±0,8	77,1±1,0	100,0±1	100,0±1	100,0±1	100,0±1	71,7±1,3	93,2±1,5
		p=0,0002		p=1		p=1		p=5,5	
8	Пульсту текшерүү	28,3±1,0	39,8±1,6	60,5±0,9	97,0±1,0	62,7±0,9	100,0±1,5	22,8±1,05	88,1±0,7
		p=0,0005		p=1,7		p=1		p=9,3	
9	Ашказандын пальпациясы	17,5±1	11,6±0,9	11,0±0,9	9,4±0,9	24,8±0,9	20,7±1,0	79,7±1,5	100,0±1,0
		p=0,001		p=0,09		p=0,005		p=4,8	
10	Боор перкуссиясы	18,1±1,1	12,2±1,2	6,7±1,4	62,2±2,1	35,0±1,5	30,9±1,1	72,3±1,0	100,0±0,7
		p=0,007		p=3,8		p=0,02		p=2,9	
11	Боор пальпациясы	17,5±0,9	10,4±0,7	23,8±1,3	63,1±0,9	32,4±1,0	87,5±0,8	87,8±0,6	100,0±2,0
		p=0,0005		p=1,7		p=2,2		p=0,001	
12	Ичегилерди пальпациялоо	16,7±1,2	9,7±0,78	18,0±1,4	13,7±0,7	24,1±0,9	20,6±0,8	69,7±0,8	95,0±1,0
		p=0,001		p=0,018		p=0,008		p=5,5	
13	Шишикти аныктоо	2,8±0,8	32,4±1,1	36,7±1,1	82,6±0,8	38,9±0,8	82,4±0,8	14,6±1,2	10,6±0,7
		p=3,6		p=5,9		p=3,5		p=0,019	
14	Бөйрөк перкуссиясы	7,9±0,9	24,7±1,2	13,1±1,1	41,5±1,1	21,3±1,0	61,8±0,8	12,5±0,8	22,7±1
		p=4,7		p=6,7		p=9,5		p=0,0001	
15	100 бейтапка элем-н жалпы саны	574,7±1,1	696,5±1,0	600,3±0,6	925,6±1,3	692,5±0,8	984±1	738,8±0,9	968,3±0,8
		p=1,6		p=2,7		p=2,7		p=5,7	
16	Активдүүлүк коэффициенти	5,7±0,2	7,0±0,1	6,0±0,2	9,3±0,2	6,9±0,2	9,8±0,2	7,4±0,2	9,7±0,3
		p=0,001		p=5,5		p=5,8		p=0,0003	

Эскертме: n-байкоолордун саны=100. М-орточо, m-стандарттык четтөө (отклонение), p-айрымачылык. p≥0,05*- учурда ишенимдүү айрыма

Мониторго алынган ооруларды текшерүү сапатына талдоо жүргүзүүнүн натыйжасында, 4.2.4.2-таблица көрсөткөндөй сунушталган технология боюнча бейтаптарды текшерүү элементтери жакшырган ($p \geq 0,05^*$).

1. Жаңы технологияларды киргизүү менен эксперименттик шарттардагы өзгөрүүлөр:

Бронхит жана пневмонияда: Өпкөнүн перкуссиясы жана аускультациясы: Эксперименталдык шарттарда 100 бейтаптын баарында жүргүзүлгөн. Бул диагностикалык ыкманын толук ишке ашырылганын жана натыйжалуулугун жогорулатканын көрсөтөт.

Дарылоо иш-чаралары: 82,4 учурга чейин өскөн, бул жана пневмониянын толук кандуу дарылоого багытталганын далилдейт.

Гипертонияда: Жүрөктүн перкуссиясы жана аускультациясы: Текшерүү 100% бейтапка жүргүзүлгөн.

Бул жүрөккө байланыштуу маселелерди терең изилдөөгө шарт түзгөн.

Кан басымын өлчөө: 100 учурга жеткен, бул гипертонияны көзөмөлдөөдө маанилүү.

Пульсту текшерүү: 97 учурга жетип, кан айланууну баалоодо негизги көрсөткүч болгон.

Шишикти аныктоо: 82,6 учурга чейин жогорулаган, бул оорунун клиникалык белгилерин аныктоону жеңилдеткен.

Жүрөктүн ишемиялык оорусунда (ЖИО):

Жүрөктүн перкуссиясы жана аускультациясы: 100% бейтапта жүргүзүлүп, жүрөк оорусунун өнүгүү өзгөчөлүктөрүн толук изилдөө камсыздалган.

Пульсту текшерүү: 100 учурга жеткен, бул жүрөк-кан тамыр абалына мониторинг жүргүзүүгө өбөлгө түзгөн.

Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасында:

Ооз көңдөйүн текшерүү: 100 учурга жеткен, бул тамак сиңирүү системасынын ооруларын аныктоодо маанилүү.

Ашказандын пальпациясы: 100 учур, бул дарылоонун максаттуулугун камсыздоодо чоң роль ойнойт.

Боор перкуссиясы: 100 учурга жетип, боор ооруларынын себебин изилдөө толук ишке ашырылган.

2. Диагностикалык иш-аракеттердин өзгөрүшү.

Жаңы технологиялар киргизилгенге чейин диагностикалык ыкмалар айрым элементтерде жетишсиз болгон, мисалы, өпкө аускультациясы бронхитте 61,8% учурда жүргүзүлгөн болсо, эксперименталдык шарттарда бул көрсөткүч 93,7%га өскөн.

Ошол эле учурда, ашказан жана боорду пальпациялоо сыяктуу элементтер азайган, мисалы, ашказанды пальпациялоо 17,5 учурдан 11,6 учурга чейин төмөндөгөн. Бул дарыгерлер керектүү элементтерге гана басым жасаганын жана методологиялык жактан так иштегенин билдирет.

3. Активдүүлүк коэффициенти жогорулашы.

Эксперименталдык шарттарда активдүүлүк коэффициенти:

- Бронхитте: 5,7ден 7,0гө чейин.
- Гипертонияда: 6,0дан 9,3кө чейин.
- ЖИО: 6,9дан 9,8ге чейин.
- Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасында: 7,4төн 9,7ге чейин өскөн.

Бул көрсөткүчтөр дарыгерлердин бейтаптарды изилдөө жана дарылоо процессине активдүү катышуусу жогорулаганын далилдейт.

Жаңы технологиялардын таасир: Диагностикалык иш-аракеттер толук масштабда жүргүзүлүп, көптөгөн оорулар боюнча дарыгерлердин иши сапаттык жактан жакшырган.

Оорулардын өзгөчөлүктөрүн тактоо жана дарылоо процессин уюштуруу жаңы деңгээлге чыккан.

Диагностикалык процесстин оптимизациясы: Керектүү жана маанилүү элементтерге гана басым жасоо иштин натыйжалуулугун жогорулатып, ресурстарды оптималдуу пайдаланууга шарт түзгөн.

Ошентип, баштапкы медициналык-санитардык жардамда терапевттик кызматтын инновациялык технологияларын киргизүүнүн натыйжаларына мониторинг жүргүзүү терапиялык жардамдын эффективдүүлүгүнүн, сапатынын

жана жеткиликтүүлүгүнүн мүмкүн болгон эң жогорку деңгээлине жетүү үчүн колдо болгон эмгек жана материалдык ресурстарды эффективдүү пайдаланган инновациялык модель түзүлгөн деп айтууга мүмкүндүк берет (4.2.4.3-таблица).

4.2.4.3-таблица. Алгачкы медициналык-санитардык жардамда терапиялык кызматтын технологиялары

№	Ишке ашыруунун натыйжалары
1	Дарыгер менен пациенттин сүйлөшүү схемасы
	Симптомдорду аныктоо, узактыгы, себептери жана эмгек шарттары ($p < 0.05$) сыяктуу негизги сурамжылоо пункттары боюнча статистикалык жактан маанилүү өсүүлөр байкалды. Даттануулар: үй-бүлөлүк дарыгерлер арасында 95,2%дан 100%га, жалпы практикалык дарыгерлерде 90,1%дан 98,4%га чейин өскөн. Оорунун узактыгы: үй-бүлөлүк дарыгерлер арасында 33,6%дан 87,5%ке чейин жана жалпы практикалык дарыгерлерде 17,4%дан 42%га чейин өскөн. Тукум куучулук: үй-бүлөлүк дарыгерлер арасында 6,8%дан 64,2%ке, жалпы практикалык дарыгерлерде 3,6%дан 18,5%га чейин өскөн. Дарылоо чаралары: СВ 58,6%, Т 27,9% көбөйгөн. Сурамжылоонун төмөнкү пункттарында олуттуу өсүш байкалды: Даттанууну таануу: 82,3%дан 97,6%га чейин ($p = 0,0002$). Симптомдорду таануу: 32,8%дан 64,8%га чейин ($p = 2,0$). Оорунун узактыгын аныктоо: 17,1%дан 57,3%ке чейин ($p = 1,2$). - оорунун себептерин аныктоо: 4,7%дан 48,0%га чейин ($p = 9,15$). Бул өсүш үй-бүлөлүк дарыгерлердин клиникалык ой жүгүртүүсүндөгү жана диагностикалык көндүмдөрүндөгү олуттуу жетишкендиктерди чагылдырат.
2	Бейтаптарды текшерүү картасы
	Пациенттерди сурамжылоо, башка текшерүүлөр сыяктуу эле объективдүү жүргүзүлүшү керек. Биз дарыгерди эч нерсени өткөрүп жибербөө зарылдыгынан бошотуп, алынган маалыматка көңүл бурууга мүмкүндүк берген интервью алуунун конкреттүү жол-жобосун сунуш кылдык. Белгилей кетсек, өнөкөт оорулардан жапа чеккен бейтаптарды

	жыйынтыктоочу текшерүү учурунда оорунун калдык белгилерин жана алардын оордугун аныктоо сунушталат, бул оорунун динамикасын жакшыраак баалоого мүмкүндүк берет.
3	Экспертизанын схемасы байкоо мезгилине жараша Пациенттин медициналык картасында төмөнкүлөр көрсөтүлүүгө тийиш: оорунун узактыгы, анын өнүгүшүнө шарт түзгөн себептер жана факторлор, ошондой эле өнөкөт оорунун бар экендиги жөнүндө маалыматтар; медициналык тарых; жалпы абалына даттануулар; организмдин айрым органдарынын жана системаларынын дисфункциясы, алардын мүнөзү, интенсивдүүлүгү жана узактыгы; айрым органдардын жана дене системаларынын абалынын белгилеринин жыйындысы менен физикалык экспертизанын маалыматтары; Кесиби, жашы, эмгек жана жашоо шарттары, жаман адаттарынын бар экендиги жөнүндө маалыматтар аныкталат.
4	Жумуш убактысын рационалдуу пайдалануу Алынган натыйжалар врачтардын эмгек шарттарынын өзгөргөндүгүн жана алардын жумуш күнүнүн ичинде алардын убактысын бөлүштүрүүнү көрсөтөт. Эксперименттердин натыйжасында убакытты үнөмдөөчү иш-чаралар (диагностика, дарылоо, алдын алуу) көбөйдү, кээ бир учурларда адистикти жогорулатууга жана башка иш-чараларга кеткен убакыт көбөйдү.
5	Терапиялык жардамдын сапатын баалоо критерийлери Оорулуулардын агымын жөнгө салуунун эсебинен жардамдын жеткиликтүүлүгү жана өз убагында болушу жогорулады. Тери жана тери астындагы майларды текшерүү: - Үй-бүлөлүк дарыгерлер: 5,6%дан 26,3%га көбөйгөн. - Терапевттер: 3,6%дан 9,1%ке чейин өстү. Бул көрсөткүч жаңы технологиялардын аркасында тери жана тери астындагы майларды текшерүүнүн сапаты бир топ жакшырганын көрсөтүп турат. Бул процесске жалпы практикалык дарыгерлерге караганда үй-бүлөлүк дарыгерлер көбүрөөк көңүл бурушкан.

	Оозеки кароо: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 20,1%дан 62,6%га чейин. - Терапевт: 22,3%дан 33,5%ке көбөйгөн. Өпкөнүн перкуссиясы жана аускультациясы. - Перкуссия: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 41%дан 82,8%га чейин. - Терапевт: 32,5%дан 48,9%ке чейин. - Аускультация: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 51,8%дан 93,7%га чейин. - Терапевт: 47,8%дан 77,3%ке өскөн. Жүрөктүн перкуссиясы жана аускультациясы. - Перкуссия: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 36,2%дан 89%га чейин. - Терапевт: 33,6%дан 40,1%ке чейин. - Аускультация: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 53,7%дан 91,5%га чейин. - Терапевт: 42,4%дан 82,4%ке чейин. Жүрөк-кан тамыр оорулары менен байланышкан изилдөөлөрдө жүрөк-кан тамыр оорулары кескин көбөйдү. Кан басымын өлчөө: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 65,4%дан 98%га чейин. - Терапевт: 27,7% дан 87,5%га чейин жакшырганын билдирет. Импульсту текшерүү: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 35,1%дан 77,4%га чейин. - Терапевт: 19,5%дан 41%ке чейин. Бул көрсөткүч кан айлануу көйгөйлөрүн аныктоо сапаты жакшырганын көрсөтүп турат. Бул багытта үй-бүлөлүк дарыгер эң жакшы натыйжаларды көрсөткөн. Ашказанды жана боорду текшерүү: - Ичтин пальпациясында: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 32,6%дан 26,1%ке чейин. - Терапевт: 19,4%дан 13,6%ке чейин. - Боор перкуссиясы: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 24,1%дан 66,8%ке чейин. - Терапевт: 20,9%дан 37,8%ке чейин. - Боорду пальпациялоо: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 20,9%дан 89,2%ке чейин. - Терапевт: 16,2%дан 34,4%ке чейин. Ичтин пальпациясынын популярдуулугунун төмөндөшү дарыгерлер тестти зарыл болгон учурда гана колдоно баштаганын көрсөтүп турат. Мында боордун перкуссиясынын жана пальпациясынын сапаты бир кыйла жакшырды. Шишик жана бөйрөктүн скрининги: - Шишикти аныктоо: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 16,6%дан 61,9%га чейин. - Терапевт: 19,5%дан 23,1%ке чейин. - Бөйрөк перкуссиясы: - Үй-бүлөлүк дарыгер: 17,3%дан 46,9%ке чейин. -
--	--

	Терапевт: 15%дан 21,7%ке чейин. Үй-бүлөлүк дарыгерлер шишик аныктоодо жана бөйрөк скринингинде олуттуу жакшырышты байкашкан. Жалпы практикалык дарыгерлер өсүштү байкашкан, бирок анчалык деле олуттуу эмес. Жалпы активдүүлүк коэффициенти: - үй-бүлөлүк дарыгер: 4,6дан 9,4кө чейин. - Терапевт: 3,4төн 5,7ге чейин. Эксперименталдык шарттарда активдүүлүктүн жалпы көрсөткүчү бир топ жогорулап, жаңы технологиялардын жана окутуунун натыйжалуулугун ырастады.
6	«Хронокарталар»
	Үй-бүлөлүк дарыгердин жумуш убактысын пайдаланууну изилдөө боюнча иштин жүрүшүндө 4 хронометраждык карта иштелип чыккан: 1) «Жалпы практикалык врачка (участкалык дарыгерге) амбулатордук баруунун иш убактысын эсепке алуу картасы»; 2) "Үй-бүлөлүк дарыгердин (амбулаториялык пунктта) иштөө убактысы"; 3) "Үй-бүлөлүк дарыгердин үйгө баруу кызматынын иш тартиби"; 4) «Тез жардам көрсөтүү учурунда врачтын иш убактысынын хронокарты».

КОРУТУНДУ

1. Кыргызстандын түштүк аймагында амбулатордук-терапиялык жардамдын сапаты жана жеткиликтүүлүгү региондун социалдык жана инфраструктуралык өзгөчөлүктөрүнө жараша өзгөрүп турат. Кан айлануу системасынын оорулары бардык жылдары 1-орунду ээлейт. Эң жогорку көрсөткүч (45 978 учур) 2019-жылы катталган, бирок 2023-жылы 36 376 учурга кыскарган. Заара-жыныс системасынын оорулары: ырааттуу 2-орунда. 2019-жылы 29 123 учур катталса, 2023-жылы 25 487 учур катталган. Дем алуу органдарынын оорулары эң көп таралган үчүнчү оору бойдон калууда, пандемия учурунда (2020–2021) оорунун көрсөткүчү өсүүдө. Эгерде 2022-жылы 29 566 учур катталса, 2023-жылы бул көрсөткүч 25 814кө кыскарган.

2. Сунушталган технологияларды колдонуу баштапкы медициналык-санитардык жардамдын диагностикалык мүмкүнчүлүктөрүн бир топ

жакшыртты. Арыздарды аныктоо, симптомдор, узактыгы жана оорунун себептерин тактоо сыяктуу көрсөткүчтөр статистикалык маанилүү деңгээлге чейин өстү. Үй-бүлөлүк дарыгерлер бул жаатта жалпы практикалык дарыгерлерге караганда бир кыйла жогору натыйжаларды көрсөтүштү, бул алардын методикалык ыкмаларынын ийгиликтүү жакшыргандыгын тастыктайт.

3. Үй-бүлөлүк дарыгерлерде дарылоо иш-чараларынын сапаты 61,7%дан 82,4%ке көтөрүлсө, терапевттер үчүн бул көрсөткүч 27,9%га жеткен. Бул жаңы технологияларды жана клиникалык алгоритмдерди колдонуу дарыгерлердин бейтаптарды дарылоодогу эффективдүүлүгүн жогорулатканын далилдейт. Эксперименттик шарттарда жалпы активдүүлүк коэффициенти үй-бүлөлүкдарыгерлер арасында 4,6дан 9,4кө, терапевтерде 3,4төн 5,7ге чейин өстү. Бул көрсөткүчтөр оорулуулар менен иштөө процессине дарыгерлердин активдүү катышуусунун деңгээли жогорулагандыгын жана жаңы ыкмаларды колдонуунун натыйжалуулугун көрсөтүп турат.

4. Изилдөөнүн натыйжалары үй-бүлөлүк медицина системасын өркүндөтүүдө заманбап технологияларды киргизүүнүн жана дарыгерлердин кесиптик билимин жогорулатуунун маанилүүлүгүн белгилейт. Сунушталган усулдар жана окутуу программалары дарыгерлердин ишин оптималдаштырууга, бейтаптарды сапаттуу дарылоону камсыздоого жана бүтүндөй саламаттыкты сактоо системасынын натыйжалуулугун жогорулатууга багытталган.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ҮЙ-БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНА СИСТЕМАСЫ

УЧУРДАГЫ КӨЙГӨЙЛӨРҮ:

Үй-бүлөлүк медицина боюнча кайра даярдоодон өткөн дарыгерлер коюлган милдеттерин толук аткара албай жатышат:
Адистик боюнча билимдин жетишсиздиги.
Бейтаптарды кабыл алууга убакыттын жетишсиздиги.
Үй-бүлөлүк медицина борборлорунун (ҮМБ) жана фельдшердик-акушердик пункттардын (ФАП) техникалык жабдууларынын жетишсиздиги.
Кууш адистер менен кызматташуунун чектелгендиги.
Бейтаптардын санынын көптүгү жана ашыкча жүктөмдөр (тубекулез, наркология, психиатриялык ж.б оорулар).



ҮЙ-БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНА СИСТЕМАСЫН ЖАКШЫРТУУ БОЮНЧА СУНУШТАР:

✓ Үй-бүлөлүк дарыгерлердин билимин жогорулатуу:
Тереңдетилген кайра даярдоо жана практикалык стажировка программалары (6-12 ай).
Ар бир 2-3 жылда үзгүлтүксүз квалификацияны жогорулатуу системасын киргизүү.
Үй-бүлөлүк дарыгерлер үчүн көндүмдөрдү өнүктүрүү боюнча симуляциялык борборлорду түзүү.

✓ Үй-бүлөлүк дарыгерлердин иш шарттарын жакшыртуу:
Бейтаптардын агымын бөлүштүрүү (мисалы, ҮМБда балдар жана чоңдор бөлүмдөрүн ачуу).
Диагностиканы жеңилдетүү үчүн электрондук медициналык карталар жана телемедицина киргизүү. mis.med.kg де электрондук картаны программисттер карап чыгуу керек, дарыгерлерге убакыт аз корото турган даяр алгоритмдерди түзүү.
Бир дарыгерге түшкөн жүктөмдү азайтуу үчүн үй-бүлөлүк дарыгерлер санын көбөйтүү.

✓ Үй-бүлөлүк дарыгерлер менен кууш адистердин ортосундагы кызматташууну күчөтүү:
Үй-бүлөлүк дарыгерлер жана кууш адистер менен үзгүлтүксүз биргелешкен консультацияларды уюштуруу.
Аймактарда консультация берүү үчүн кууш адистердин мобилдик топторун түзүү.
Эксперттер менен аралыктан байланышуу үчүн телемедицинаны өнүктүрүү.



КҮТҮҮЧҮ НАТЫЙЖАЛАР

- ✓ Медициналык жардамдын сапатын жогорулатуу.
- ✓ Үй-бүлөлүк дарыгерлердин жүгүн азайтуу.
- ✓ Оорулардын алдын алуу жана эрте диагностикасын жакшыртуу.
- ✓ Биринчи баскычтагы жана адистештирилген медициналык кызматтардын ортосундагы байланышты бекемдөө.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

Баштапкы медициналык-санитардык жардамда терапевттик кызматтын технологиясын ишке ашырууда жалпы практикалык врач принцибинде жауы уюштуруу формаларын жана ыкмаларын колдонуу: топтук практиканын негизинде бирдиктүү системаны киргизүү; жалпы медициналык практиканын негизинде тез жардам кызматын уюштуруу; көз карандысыз медайымдык кабыл алуу; врачтын кабыл алуу мөөнөтүн көбөйтүү, дарыгерлердин кабыл алууларын жана диагностикалык текшерүүлөрдү уюштуруу, дарыгерлердин жана медайымдардын автоматташтырылган жумуш ордун киргизүү, жалпы медициналык практикада телефондорду орнотуу ж.б.

Жалпы практикалык дарыгерлердин ишине көзөмөлгө алынган оорулары бар бейтаптарды диагностикалоодо жана дарылоодо терапевттик жардам көрсөтүүнүн технологиялары киргизилсин, бул жалпы медициналык практиканын шарттарында кароонун мөөнөттөрүн кыскартууга жана дарылоону эрте дайындоого көмөктөшөт.

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. **Абдираев, П. А.** Инновационные принципы реформирования и модернизации здравоохранения в Кыргызской республике. / П. А. Абдираев // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. Vol. 19. – № 3. – С. 56-60.
3. **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.
4. **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": [Текст]: автореферат дисс.... д-ра мед. наук: / Агаларова Луиза Саидахмедовна. – Москва, 2010. – 47 с.
5. **Акматова, Б. А.** Результаты оценки услуг по выявлению и диагностике туберкулеза, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ [Текст] / Вестник Авиценны. – 2018, Т. 20. №2-3.
6. **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.
7. 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.

8. **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.
9. 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.
10. 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.
11. Амбулаторная практика назначения гиполипидемической терапии по данным исследования АРГО-3 (Анализ Распространенности Гиперхолестеринемии в амбулаторной практике) [Текст] / М. В. Ежов, Н. М. Ахмеджанов, Т. Е. Колмакова и др. // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии – 2023;19(2):1. – С. 43-150.
12. **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.
13. 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.
14. 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.
15. Алдабергенова Г. А. Социальные аспекты и удовлетворенность врачей-терапевтов с условиями труда на уровне городской поликлиники. [Текст] / [Г. А.

Алдабергенова]. // Онкология - XXI век: материалы XXIII Международной научной конференции по онкологии; IX Итало-российской научной конференции по онкологии и эндокринной хирургии; XXIII Международной научной конференции «ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – XXI ВЕК» , Баку, 29 апреля – 05 2019 года. – Баку: Книжный формат, 2019. – С. 16-18.

16. **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.

17. **Ашенова, Л. К.** Сравнение антибактериальной терапии и фитотерапии при лечении хронического пиелонефрита в амбулаторно-поликлинических условиях. [Текст] / Л. К. Ашенова, О. Ю. Ким. // Наука и просвещение. – 2017. – С. 179-182.

18. **Бажанова, А. Е.** Оценка управленческих компетенций и потребностей в обучении руководителей здравоохранения Ошской области Кыргызской Республики [Текст] / А. Е. Бажанова // учебник / Бишкек 2017.

19. **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.

20. **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. Колинко и др.]. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2020. – № 81. – С. 56-59.

21. 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). – Р. 91-94.

22. **Бекешова, Э. Н.** Пути совершенствования первичной медико-санитарной помощи сельскому населению (на примере Ошской области)[Текст]: дисс. ... к-та мед. наук: / 14.02.03 / Э. Н. Бекешова – Бишкек, 2018. – 150 с.

23. **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.

24. **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.

25. **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.

26. **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.

27. **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.

28. **Вечорко В. И.** / Распределение рабочего времени на амбулаторном приеме врача-терапевта участкового с медицинской сестрой в поликлинике города Москвы. (фотохронметрическое наблюдение). [Текст] / В. И. Вечорко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. №6. – С. 1-11.

29. **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.

30. **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.

31. **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.
32. **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.
33. 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.
34. **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.
35. **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.
36. **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.
37. **Джапарова, Д.** Перспективы создания электронного здравоохранения в Кыргызстане [Текст] / Д. Джапарова // Реформа. – 2020. – №2(86). – С. 64-70.
38. **Джапарова, Д.** Проблемы финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане [Текст] / Д. Джапарова // Актуальные вопросы современной науки. – 2016. – № 48. – С. 118-125.
39. **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.

40. **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.
41. **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.
42. Диспансерное наблюдение при заболеваниях органов системы пищеварения (для специалистов первичного звена: врач-терапевт, врач общей практики, фельдшер). Опыт Пермского края. [Текст] / О. В. Хлынова Е. А. Степина, Л. Г. Вологжанина и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022;204(8): – С. 5–16.
43. **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.
44. **Драпкина, О. М.** Психоземotionalные 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.
45. 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.
46. **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.
47. **Жусупова, А. Б.** Азыркы этаптагы саламаттыкты сактоонун маңызы жана мааниси / А. Б. Жусупова, Н. М. Бахрамжанова // Кыргызстандын саламаттыкты сактоо. – 2021. – № 2. – Р. 128-133.

48. **Задворная, О. Л.** Проблемы и направления развития первичной медико-санитарной помощи. [Текст] / О. Л. Задворная // "Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики" – 2021 г., – № 3.
49. 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.
50. 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.
51. **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.
52. **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.
53. **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.
54. **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.
55. **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. – 74-77-66.

56. **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.
57. **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.
58. **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.
59. 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. РОСОМЕДУРАЛ. Матер. учеб.-методической конф. Пермь, – 2021. – С. 90-94.
60. **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.
61. **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.
62. **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.
63. **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.

64. **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.

65. **Каратаев, М. М.** Оценка процессной модели развития триады подсистем здравоохранения: клиничко-стационарная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, медико-социальная помощь [Текст] / М. М. Каратаев, Ж. И. Ашимов. Ш. Т. Абдрахманов // Молодой ученый. – 2017. – № 14(148). – С. 232-240.

66. **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.

67. **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.

68. **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.

69. **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.

70. 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.

71. 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.

72. 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.

73. **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.

74. **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.

75. **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.

76. **Кошмуратов, А. Г.** Здравоохранение 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.

77. **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.

78. **Кылчыкбаев, К.** Система здравоохранения Кыргызстана / К. Кылчыкбаев // Вестник Бишкекского гуманитарного университета. – 2012. – № 3(23). – С. 126-128.
79. Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө Кырг. Респ. мыйзамы [Текст]: – 2024-ж. 12-январь. – №14. – С. 14.
80. Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо уюмдарындагы медициналык жана фармацевттик адистиктердин номенклатурасын, кызмат орундарынын номенклатурасын жана медициналык, фармацевттик адистиктерди кызмат орундарына туура келүүсүн бекитүү жөнүндө буйрук. [Текст]: / – Бишкек. – 2021. 31 с.
81. Кыргыз Республикасынын баштапкы медициналык-санитардык системасындагы медициналык жана башка кызматкерлердин штаттык нормативдерин бекитүү жөнүндө буйрук. [Текст] / – 2018-ж. – №774.
82. Кыргызстан: краткое описание системы здравоохранения, [Текст] / [С. Молдоисаева, М. Калиев, А. Сыдыкова и др. [Текст] / – 2022 г.
83. **Лычев, В. Г.** Контроль деятельности участкового врача-терапевта - путь повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи / В. Г. Лычев, Т. Т. Карманова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 17-21.
84. **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.
85. **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.
86. **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.

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

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

89. **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.

90. **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.

91. Непрерывное медицинское образование: международные тенденции и основные направления в Кыргызской Республике / [Т. Ч. Чубаков, Л. Лутон, Н. Н. Бримкулов и др.] // Здравоохранение Кыргызстана. – 2018. – № 1. – С. 79-86.

92. **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.

93. **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.

94. 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.

95. 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.
96. 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.
97. 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.
98. 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.
99. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. [Текст] / Приложение к постановлению Кабинета Министров Кыргызской Республики // – 2023. – № 493
100. **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.
101. **Ратникова, Л. И.** Антимедиаторная терапия тяжелых форм гриппа. [Текст] / Ратникова Л.И. // Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – № 2 S1. – С. 105.
102. 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.

103. **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.
104. **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.
105. **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.
106. **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.
107. **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.
108. 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.
109. 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.
110. 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.
111. Состояние здоровья населения и деятельность организаций

здравоохранения Кыргызской Республики [Текст] / Центр электронного здравоохранения МЗ КР. Бишкек, 2023. - Режим доступа: sez.med.kg/здоровье-населения-и-деятельность-оз/. - Загл. с экрана.

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. Стандарты медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации: состояние и перспективы. [Текст] / [В. И. Стародубов, Т. А. Ефремова, Н. В. Коробов, Л. А. Лошаков]. // Здравоохранение Российской Федерации. 2015; 59 (4): 4—9.

114. **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.

115. **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.

116. **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.

117. **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.

118. **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.

119. **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.

120. **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.

121. **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.

122. **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.

123. **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.

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

125. **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.

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. **Шевский В. И.** Новые модели первичной медико-санитарной помощи: зарубежный опыт и российские перспективы. [Текст] / В. И. Шевский, И. М. Шейман, С. В. Шишкин. // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» – 2022 г. №2. (68).

130. **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).

131. **Ярочкина, Н. В.** Пациентоориентированный подход в подготовке медицинских кадров [Текст] / Н. В. Ярочкина // Специалист здравоохранения. – 2018. – № 2 (16). – С. 55-56.

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. Bahrman, P. Bahrman, 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 [Electronicresource] / 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.

БЕЙТАПТЫ ТЕКШЕРҮҮ КАРТАСЫ

Бейтап тууралуу жалпы маалымат

ААА _____

Жаш курагы _____

Жынысы _____ А _____ Э _____

Жашаган дареги _____

Статусу (студент, иштейт, пенсионер) _____

Кайрылган күнү _____

Үй-бүлөлүк дарыгер _____

2. Бейтаптын даттануусу:

Негизги даттануулары: _____

Кошумча даттануулары: _____

3. Оорунун тарыхы:

Алгачкы белгилер: _____

Оорунун узактыгы: _____

Ооруга алып келүүчү себептер: _____

Кайрылганга чейинки дарылануу: _____

4. Өмүр таржымалы:

Өнөкөт оорулары: _____

Тукум куума факторлору: _____

Аллергиялык реакциялар: _____

Зыяндуу адаттар (чылым чегүү, спирт ичимдиктери): _____

5. Кароо жүргүзүү жана диагностикалык маалыматтар:

Жалпы кароо: _____

Кан басымы: _____

Пульс: _____

Теринин абалы: _____

Органдардын жана система абалы(дем алуу, тамак сиңирүү, жүрөк-кан тамыр): _____

Лабораториялык изилдөө (кандын жалпы анализи, заара анализи): _____

Инструменталдык изилдөө (ЭКГ, УДИ, флюорография): _____

6. Адистердин корутундусу:

Терапевт: _____

Кардиолог: _____

Гастроэнтеролог: _____

Башка адистер (муктаждыгын негиздөө): _____

7. Дарылоо, алдын алуу иш-чаралар планы:

Дарылоо иш-чаралары: _____

Диета: _____

Эмгек жана эс алуу режими: _____

Дары-дармек терапия курсу: _____

Кабылдоолордун алдын алуу: _____

8. Үй-бүлөлүк медицина борборунун ишин уюштуруу боюнча сунуштар:

Жабдуулар: _____

Кадрлар: _____

Керектүү өзгөртүүлөр жана жакшыртуулар: _____

ТЕРАПИЯЛЫК ЖАРДАМДЫН САПАТЫН БААЛОО КРИТЕРИЙЛЕРИ

1. Структура (Түзүлүш) критерийлери (ресурстарды баалоо):

1.1 Кадрдык камсыздоо:

- Үй-бүлөлүк дарыгерлер жана медайымдардын зарыл санын камсыздоо.
- Кадрлардын квалификациясы (сертификаттардын болушу, билим берүү программаларына катышуу).

1.2 Материалдык-техникалык база:

- Медициналык жабдуулар менен кабинеттердин жабдылышы.
- Заманбап диагностикалык каражаттардын болушу (электрокардиограф, ЭХОКГ, УДИ, КТ, глюкометр ж.б.).
- Шашылыш жардам үчүн дары-дармектер менен камсыздоо.

1.3 Жумуш процессин уюштуруу:

- Кабыл алууга жазылуунун жеткиликтүүлүгү (телефон, сайт).
- Ыңгайлуу иш графиги.
- Бейтаптын кабыл алууга күтүп отуруу орточо убактысы.

2. Жумуш процессинин критерийлери (ишмердүүлүктү баалоо):

2.1. Клиникалык практика:

- Диагноз коюу жана дарылоо стандарттарын сактоо.
- Бейтапты текшерүүнүн толуктугу (даттанууларын угуу, оорунун тарыхын суроо, инструменталдык жана лабораториялык изилдөөлөр).
- Заманап дарылоо жана кайра калыбына келтирүү ыкмаларын колдонуу.

2.2. Коммуникация (мамиле):

- Дарыгердин бейтап өз ара аракеттенүүсүнүн сапаты (ишеним, көңүл буруу).
- Бейтапка анын абалы жана дарылоо планы тууралуу маалыматтын толуктугу.
- Дарылоону пландоодо бейтаптын жеке өзгөчөлүктөрүн эске алуу.

2.3. Алдын алуу иш-чаралары:

- Диспансерлөө
- Бейтаптардын өзүн-өзү контролдоо жана оорулардын алдын алуу ыкмаларына үйрөтүү.
- Вакцинация иш-чараларды өткөрүү.

3. Натыйжалуу критерийлер (натыйжаларды баалоо):

3.1. Медициналык натыйжалар:

- Өнөкөт оорулардын козгоосунун азаюусу
- Кан басымын, гликемияны ж.б. негизги көрсөткүчтөрдү текшерүү
- Сунушталган дарылоону аяктаган бейтаптардын үлүшү.

3.2. Бейтапка багытталган дарылоо:

- Бейтаптардын медициналык жардамдын сапаты боюнча канааттануу деңгээли.
- Үй-бүлөлүк дарыгерлердин иши тууралуу пикирлери.

- Үй-бүлөлүк медицина тууралуу сунуш берген бейтаптардын үлүшү.

3.3. Жумуштун пайдалуулугу

- Кабылдоолор менен байланышкан ооруканага жаткыруулардын азаюусу.
- Бейтаптардын жашоо узактыгын жана сапатын жогорулатуу.
- Эрте диагноз коюу жана алдын алуу аркылуу дарылоого болгон чыгымдарды азайтуу.

4. Административдик критерийлер

4.1. Иш кагаздары:

- Медициналык карталардын жана отчеттук документтердин толуктугу жана тактыгы.
- Медициналык жардам стандарттарына шайкеш келүү үлүшү.

4.2 Нормативдерди сактоо (талаптарды аткаруу):

- Диагноз коюу жана дарылоо иш-чараларды аткарууга кеткен орточо убакыт.
- Алдын алуу иш-чаралары менен камтуу деңгээли.

5. Социалдык критерийлер:

5.1. Жардамдын жеткиликтүүлүгү:

- Медициналык мекеменин бейтаптардын жашаган жеринен алыстыгы.
- Кечикпей жардам алган бейтаптардын үлүшү.

5.2. Экономикалык жеткиликтүүлүгү:

- Социалдык жактан корголбогон категориялар үчүн акысыз же жеңилдетилген программалардын болушу.
- Медициналык кызматтардын баасы боюнча маалыматтын ачыктыгы жана жеткиликтүүлүгү.

Бул критерийлер аймактын өзгөчөлүктөрүнө жараша өзгөрүшү мүмкүн.

Датасы _____ Адистиги _____
 Ф.А.А (байкалуучу) _____ Ф.А.А (байкоочу) _____
 Күнү _____ 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 үчүн сапар (проф)	3. Кеңеш алууга баруу	4. документтерди даярдоо максатында
1.Өнөкөт 2.Өнөкөт оорунун күчөшү 3.Травма	1. медициналык кароого активдүү чакыруу 2. Кооптуу өндүрүштөгү жумушчуларды текшерүү 3. Иштеп жаткан өспүрүмдөрдү кароо 4. коомдук тамактануу кызматкерлерин текшерүү 5. кош бойлууларды текшерүү 6. жумушка орношуу алдында 7. окууга кирүү алдында 8. айдоочуларды 9. башка профилактикалык сапарлар	1.Бейтапты адис менен текшерүү 2.Жалпы медициналык бөлүмдүн башчысы менен кароо 3. башка консультациялык сапарлар	1. Оорулуу эргүүнү узартуу (б.л.) 2.МСЭКке жөнөтүү 3.Адиске жолдомо же анализдерге жолдомо алуу үчүн 4.Башка документтерди алуу

5. Дарыгерге амбулатордук баруунун жыйынтыктары

1. Кеп-кеңеш алуу үчүн жиберилди (адиске) _____
2. Изилдөөгө жөнөтүлдү (лаборатория, ЭКГ, флюорография) _____
3. Физиотерапияга жиберилген
4. Стационарга жиберилген
5. Диспансердик каттоого турду

Хронометражист _____

6.Эксперттин баа берүүсү

1. Бул дарыгерге кайрылуунун зарылдыгы бар _____ Жок _____

7. Ооруканага жатуунун максатка ылайыктуулугу

1. Муктаж
2. Муктаж эмес _____ ооруканага жаткырылган болсо
 А. - негиздүү _____ б. негиздүү эмес _____
 3. үйдө дарылануусу керек
 4. оорулуу эргүүнү (б/л) узартууга гана байланыштуу баруу
 5. баруунун кереги жок болчу
 6. кеп-кеңештин кереги жок болчу
 7. дарыгердин компетенттүүлүгү жетиштүү болчу

Врач-эксперттин колу _____

2-Хронокарта

Датасы _____ Адистиги _____ Ф.А.А (байкалуучу) _____ Ф.А.А (байкоочу) _____
 Күнү _____ 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

№	Бейтап	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	жалпы
1	Баруунун себептери																		
	- Диагноз коюу жана дарылоо сапары																		
	- Алдын алуу үчүн сапар (проф)																		
	- Кеңеш алуу үчүн																		
	документтерди даярдоо максатында																		
2	БАРУУ																		
	- Биринчи																		
	- кайталанган																		
3	Диагностика жана дарылоо																		
	- Бейтапты сурамжылоо																		
	- медициналык документтер менен таанышуу																		
	- бейтапты кароо, текшерүү																		
	- дарылоону дайындоо																		
	- кеңештерди, сунуштарды берүү																		
	ЖАЛПЫ																		
	Жалпы- бейтапка																		
	диагноз																		

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

№	Врачтын жумуш убактысынын чыгымдарынын түрлөрү	Өткөргөн убакыт	жалпы
1	Даярдоо иштери (документация, инструменттер, халат кийүү)		
2	Уюштуруу иши		
3	Диспансердик иш		
4	Медициналык кызматкерлердин ишин уюштуруу жана көзөмөлдөө		
5	Жалпы практикалык дарыгердин поликлиникадагы бейтаптарды кабыл алуу менен байланышпаган башка документ иштери		
6	Жеке квалификациясын өнүктүрүү (конференция, семинар)		
7	Санитардык агартуу иштери		
8	Чогулуштарга катышуу		
9	Бейтаптын туугандары менен баарлашуу		
10	Үй-бөлөгө социалдык-медициналык жардам		
11	Оорулууларды күтүү		
12	Жеке убакыт, тамактануу		
13	башка		
	Жалпы		
	Жумуштун бардык багыттары үчүн поликлиникадагы Жалпы практикалык дарыгердин өткөргөн жалпы убакыт		

Хронометражист колу

Жалпы практикалык дарыгердин үйгө чакыруу боюнча тейлөө хронокартасы

Дата_____

Күнү 1,2,3,4,5,6

А.А.А дарыгер _____

адистиги_____А.А.А бейтап

Адрес_____

1. Жашы_____ 2. Жынысы А.____ Э._____ 3. Калк түрү 1-жумушчу, 2-кызматкер, 3-пенсионер, 4-үй кожойкеси, 5-студент, 6- башка

4. Чакыруу мүнөзү 1-биринчи жолу 2- кайталанган, 3-активдүү 5. Оору 1-курч, 2-өнөкөт

Дарыгердин жумуш элементтери	Өткөргөн убакыт	жалпы
Даярдоо иштери		
Оорулууларга баруу жолдору		
Транспорттун түрү шаардык транспорт жөө		
Поликлиникадан үйгө чейинки болжолдуу аралык 1. жакын, 2. 0,5км. 3. 1км 4. 1,5 км 5. 2км		
Диагностика дарылоо иштери Бейтапты сурамжылоо, медициналык документтер менен таанышуу, бейтапты кароо, текшерүү, дарылоону дайындоо, кеңештерди, сунуштарды берүү		
Медициналык документтерди даярдоо (амбулатордук картаны толтуруу, жолдомо жазуу, рецепт жазуу)		
Жалпы өткөргөн убакыт		

1. Диагноз _____ Иш сапарынын жыйынтыгы дарылоону үйндө дайындоо, анализдерди үйндө дайындоо, консультация адистерге,
поликлиникага келүү, Ооруканага жаткыруу, Тез жардам чакыруу

Хронометражист колу_____

2. Чакыруунун негиздүүлүгү, Негиздүү. 2. Негизсиз

3. Поликлиникага келсе болот эле, дени сак

врач-эксперт колу

4-Хронокарта

Дата _____ Адистиги _____ Ф.И.О (байкалуучунун) _____ Ф.И.О (байкоочунун) _____

Күнү _____ 1,2,3,4,5,6

Поликлиника _____ График боюнча ишти баштоо _____ чындыгында _____

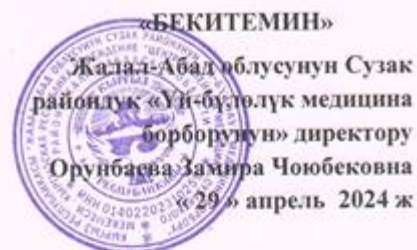
Район _____ График боюнча жумушту аяктоо _____ чындыгында _____

Дарыгердин участкакторго 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 үчүн сапар (проф)												
жалпы												

Бейтаптарды кабыл алуу менен байланышпаган башка иштин түрү

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



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

1. **Киргизүү автору(соавтор):** Исраилова Дарыгул Кубанычбековна
2. **Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин аталышы:** Үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатуу.
3. **Кыскача аннотация:** Бүгүнкү күнгө чейин амбулатордук денгээлдеги калкка баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүү системасындагы терапиялык жардамдын көлөмү, технологиясы, сапатына таасир этүүчү факторлор, терапиялык жардамды баалоо критерийлери иштелип чыккан эмес. Диссертациялык иштин натыйжасында үй-бүлөлүк медицинадагы терапиялык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатуу боюнча илимий негизделген методикалык колдонмо практикага киргизилди.
4. **Киргизүүнүн таасири:** Амбулатордук денгээлде мониторинг оорулар менен ооругандарды кароодо жаңы сунуштарды киргизүү медициналык жардам көрсөтүүнүн сапаттык көрсөткүчтөрүн жакшыртууга мүмкүндүк берди. Ошондой эле, дарыгерлердин иш убактысын оптималдаштыруу үчүн хронокарталар иштелип чыкты жана сапаттуу дарылоо-диагностикалык процессин жана алдын алуу иштерин жүргүзүүдөгү убакыт чыгымдары кыскарды.
5. **Киргизүү орду жана убактысы:** Жалал-Абад облусунун Сузак райондук үй-бүлөлүк медицина борбору, 2024-жыл.
6. **Киргизүү формасы.** Окуу-методикалык колдонмодогу үй-бүлөлүк медицинада терапиялык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун жогорулатуу, жумуш убактысын эффективдүү пайдалануу, алдын алуу иш чараларын өркүндөтүү багытындагы практикалык сунуштар.

Киргизүү ишке ашкан мекеменин өкүлү:

Жалал-Абад облусунун Сузак райондук
«Үй-бүлөлүк медицина
борборунун» директору:

 **Орунбаева З. Ч.**

Киргизүүгө сунуштаган мекеменин өкүлү:

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



 **Арапбаев Р. Н.**

29.04.2024