

**«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ жанындағы
медицина колледжі**

ДӘРІС КЕШЕНІ

Мамандық: 09130100 «Мейіргер ісі»

Біліктілігі: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»

Оқу түрі: күндізгі

Оқытудың нормативтік мерзімі: 1 жыл 6 ай

Циклдар мен пәндер индексі АП 11

Курс: 2

Семестр: 3

Пән: «Мамандандырылған мейіргерлік күтім және дәлелді практика»

OÑTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 2 беті

Кафедра мәжілісінде қаралды және бекітілді.

№ 1 хаттама « 27 » 07 2024 ж.

Кафедра меңгерушісі  Серикова Б.Д.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 3 беті

№1 дәріс

1. Тақырыбы: Кіріспе. Мамандандырылған (бейінді мамандандырылған) көмек, әр түрлі емдеу-профилактикалық ұйымдардағы науқастарға мейіргерлік күтім әдістері.

2. Мақсаты: Студенттерге мамандандырылған (бейінді мамандандырылған) көмек туралы түсінік беру.

3. Дәріс тезистері:

- Медициналық көмек түрлері.
- Мамандандырылған медициналық көмек.
- Бейінді мамандандырылған медициналық көмектің түрлері мен көлемі.

Мамандандырылған медициналық көмек - диагностиканың, емдеу мен медициналық оңалтудың арнаулы әдістерін талап ететін аурулар кезінде бейінді мамандар көрсететін медициналық көмек.

Бейінді мамандандырылған медициналық көмек диагностиканың, емдеу мен медициналық оңалтудың ең жаңа технологияларын пайдалануды талап ететін аурулар кезінде уәкілетті орган айқындайтын медициналық ұйымдарда бейінді мамандар көрсететін медициналық көмек.

Медициналық-әлеуметтік көмекке тізбесін Қазақстан Республикасының Үкіметі айқындайтын әлеуметтік мәні бар аурулармен науқастанған азаматтарға бейінді мамандар көрсететін медициналық көмек жатады. Барынша кең тараған медициналық көмек түріне бастапқы медициналықсанитарлық көмек (БМСК) жатады. Ол әрбір азамат үшін негізгі, қол жетімді және тегін медициналық қызмет көрсету түрі болып табылады.

Медициналық көмек түрлерінің тізбесі бір жағынан көбіне денсаулық сақтау жүйесінің алдына қойған мақсатына тәуелді келеді, екінші жағынан денсаулық сақтау мекемелерінің өзінің ұйымдастырушылық құрымының және номенклатурасының қалыптасуына ықпал етеді.

Медициналық көмек түрлері

Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексында медициналық көмектің негізгі түрлері былайша жіктелген:

- дәрігерге дейінгі медициналық көмек;
- білікті медициналық көмек;
- мамандандырылған медициналық көмек;
- жоғары мамандандырылған медициналық көмек;
- медициналық-әлеуметтік көмек.

Жалпы ережелер

Осы ереже халыққа мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсету тәртібін, сондай-ақ оны жүзеге асыруға жауапты органдар мен ұйымдардың әртүрлі кезеңдердегі өзара іс-қимылды айқындайды. Осы ережеде мынадай ұғымдар пайдаланылады:

ЖММК-нің шекті көлемдері – ақы төлеуге жатпайтын медициналық көмек сапасыз көрсетілген жағдайды қосқанда берілген есептік нысандар бойынша бір жылда немесе өзге есепті кезеңде емдеуге жатқызу жағдайларының жалпы саны.

Мамандандырылған медициналық көмек көрсету тәртібі

Мамандандырылған медициналық көмекті денсаулық сақтаудың көп бейінді ұйымдары консультациялық-диагностикалық, стационарды алмастыратын көмек немесе стационарлық медициналық көмек нысанында көрсетеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 4 беті

Мамандандырылған медициналық көмек меншік нысанына қарамастан, тиісті медициналық және дәрігерлік қызметке Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес берілген лицензиясы бар денсаулық сақтаудың медициналық ұйымдары көрсетеді.

Диагнозды сәйкестендірудегі қиындықтар кезінде, сондай-ақ өзге де басқа көрсетімдер кезінде мамандандырылған медициналық көмек көрсетудің кез келген деңгейінде, оның ішінде науқасты тасымалдау мүмкін болмағанда қажет болғанда республикалық деңгейдегі консультантты қосқанда қажетті мамандарды тарта отырып, консилиум ұйымдастырылады. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс мамандандырылған медициналық көмек Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес ақылы негізде көрсетілуі мүмкін.

Мамандандырылған медициналық көмекті Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес бейінді маманданудан өткен және қажетті біліктілігі бар дәрігерлер көрсетуі тиіс. Зерттеудің зертханалық-диагностикалық әдістерін қосқанда, мамандандырылған медициналық көмек көлемін диагностика мен емдеудің мерзімдік хаттамаларымен айқындалады.

Мамандандырылған медициналық көмектің түрлері

Амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарында дәрігерлік мамандықтарға байланысты терапиялық, хирургиялық, педиатриялық және акушериялық гинекологиялық бейіндерге бөлінеді.

Терапиялық бейін мыналарды қамтиды: терапия, аллергология, гастроэнтерология, гематология, нефрология, кардиология, кардиоревматология, пульмонология, эндокринология, психиатрия, психотерапия, медициналық психология, неврология, терапиялық стоматология, сексопатология, реабилитология, кәсіби патология, еңбек терапиясы, наркология, фтизиатрия, геронтология-гериатрия, гирудотерапия, токсикология, емдік дене шынықтыру, диетология, рентгенология, Су-джок-терапия, мануалды терапия, рефлексотерапия, гомеопатия, дермато-венерология, дермато-косметология, жұқпалы аурулар, иммунология, лепрология.

Хирургиялық бейін мыналарды қамтиды: хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия, эндоскопия, онкология, андрология, травматология мен ортопедия, камбустиология, урология, андрология, оториноларингология, офтальмология, проктология, маммология, хирургиялық стоматология, ортодонттық стоматология, ортопедиялық стоматология, жақ-бет сүйегі хирургиясы, трансплантология, экстракорпоралдық детоксикация, гипербариялық оксигенация, токсикология, анестезиология мен реаниматология.

Педиатриялық бейін мыналарды қамтиды: педиатрия, фтизиопедиатрия, балалар анестезиологиясы мен реаниматологиясы, балалар хирургиясы, балалар нейрохирургиясы, балалар эндоскопиясы, балалар травматологиясы мен ортопедиясы, балалар камбустиологиясы, балалар трансплантологиясы, балалар экстракорпоралды детоксикациясы, балалар аллергологиясы, медициналық генетика, балалар кардиоревматологиясы, балалардағы жұқпалы аурулар, балалар иммунологиясы, балалар онкологиясы, балалар онкогематологиясы, балалар неврологиясы, балалар нефрологиясы, балалар эндокринологиясы, балалар психиатриясы, балалар токсикологиясы, балалар гипербариялық оксигенациясы, балалар пульмонологиясы, балалар гастроэнтерологиясы, балалар оториноларингологиясы, балалар офтальмологиясы, ортопедия мен ортодонтияны қосқанда балалар стоматологиясы, балалар жақ-бет сүйегі хирургиясы, балалар урологиясы, балалар мен жасөспірімдер гинекологиясы, балалар дермато-венерологиясы, жасөспірімдер наркологиясы, жасөспірімдер терапиясы, балалар реабилитологиясы, неонатология.

Акушериялық-гинекологиялық бейін мыналарды қамтиды: гинекология, акушерия, неонатология, медициналық генетика, жоғары репродуктивті технология.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 5 беті

Халыққа мамандандырылған медициналық көмек түрлері медициналық ұйымның бейініне және түріне байланысты болады және Хаттамалармен анықталады.

Амбулаториялық-емханалық деңгейдегі мамандандырылған медициналық көмек

Халыққа амбулаториялық-емханалық деңгейдегі мамандандырылған медициналық көмек диагностиканың, емдеудің арнайы әдістерін және күрделі медициналық технологияларды пайдалануды қажет ететін аурулар кезінде амбулаториялық-емхана ұйымдары көрсетеді.

Халыққа амбулаториялық-емханалық деңгейдегі мамандандырылған медициналық көмек стационарды алмастыратын технологиялар принципі бойынша көрсетіледі.

Науқасты стационарлық емдеуге жіберу қажет болған жағдайда амбулаториялық-емхана ұйымының дәрігері толық диагнозды, егер науқас зертханалық тексеріп-қарау мен емдеуден өтсе, оның нәтижелерін көрсете отырып, емдеуге жатқызу үшін жолдама береді.

Науқасты шұғыл айғақтары бойынша емдеуге жатқызу қажет болған жағдайда пациентті жедел медициналық жәрдем қызметімен немесе амбулаториялық-емхана ұйымының санитариялық автокөлігімен медицина қызметкерінің сүйемелдеуімен стационарға жеткізіледі.

Медициналық ұйымдардағы ММК көрсету бойынша медициналық қызметтердің сапасын бағалау және талдау қорытындылары медициналық және фармацевтикалық қызметтің сапасын бағалау жөніндегі мемлекеттік органның аумақтық бөлімшелерінің басшылары бекітетін акт түрінде ресімделеді.

ММК көрсету бойынша медициналық ұйымдардың шығыстарын өтеу уәкілетті органға тапсырылған орындалған жұмыстардың актісі негізінде, республикалық бюджет қаражаты есебінен бекітілген.

Стационарлық деңгейдегі мамандандырылған медициналық көмек

Халыққа стационарлық деңгейдегі мамандандырылған медициналық көмекті арнайы диагностикалау әдісін, емдеуді және күрделі медициналық технологияны пайдалануды қажет ететін аурулар кезінде медициналық ұйымдар көрсетеді. Науқасқа мамандандырылған медициналық көмек көрсету қажеттілігі кезінде ол тиісті бейіндегі (мамандандырылған) денсаулық сақтау ұйымына жіберіледі.

Бейінді мамандандырылған медициналық көмектің түрлері мен көлемі

1. Жоғары мамандандырылған медициналық көмек – диагностиканың, емдеу мен медициналық оңалтудың ең жаңа технологияларын пайдалануды талап ететін аурулар кезінде уәкілетті орган айқындайтын медициналық ұйымдарда бейінді мамандар көрсететін медициналық көмек.

2. Жоғары мамандандырылған медициналық көмектің түрлері терапиялық, хирургиялық, педиатриялық және акушериялық-гинекологиялық бейіндерге бөлінеді және денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекітеді.

3. Пациенттерге жоғары мамандандырылған медициналық көмектің көлемі тиімділігі мейлінше дәлелденген профилактикалық, диагностикалық және емдік ішаралардың негізінде медициналық айғақтар бойынша айқындалады.

4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5.Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Медициналық көмек қандай түрлері бар?
- Мамандандырылған медициналық көмек дегеніміз не?
- Бейінді мамандандырылған медициналық көмектің түрлері мен көлемі?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 6 беті	

№2 дәріс

1. Тақырыбы: Туберкулезбен ауыратын науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмекті ұйымдастыру.

2. Мақсаты: Студенттерді туберкулезбен ауыратын науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмекті ұйымдастыруды үйрету.

3. Дәріс тезистері:

- Туберкулез ауруы.
- Туберкулездің профилактикасы.
- Туберкулезбен ауыратын науқастармен жұмыс жасаудағы мейіргердің рөлі.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің м.а 2014 жылғы 22 тамызда №19 бұйрығы «Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулықты бекітілді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша, жер шарының әрбір үшінші тұрғыны туберкулез микобактериясы инфекциясын жұқтырады. Жыл сайын әлемде 8 миллион 400 мың адам туберкулезбен ауырып, 2 млн. адам өмірімен қоштасады екен. Ем қабылдамайтын әрбір науқас 10 адамнан 15 адамға дейін ауруын жұқтырып үлгереді десек, дүниежүзінде әрбір минут сайын 1 адам осы кеселдің құрығына ілігіп жатады. Бірақ инфекцияны жұқтырғандардың 5-10 пайызының ағзасында ғана туберкулез бактериялары дамуы мүмкін. Республика медицинасын туберкулезге шалдыққандардың 75 пайызы 20 мен 40 жас аралығындағы адамдар құрайтыны алаңдатып отыр. Дүние жүзі бойынша 2013 жылы 1,5 млн әлемдегі туберкулез ауру 9 миллион адам қаза тапты. Соңғы 2 жыл көлемінде өлім саны азайған.

Туберкулез бұл ауа-тамшыларымен таралатын жұқпалы ауру және ағзаға туберкулез бактериялары түскенде дамиды. Микобактериялармен шақырылған созылмалы жұқпалы ауру.

Қоздырғышы Кох таяқшасы.

Ең алдымен өкпе, кейде басқа органдарды да зақымдайды.

Жұқтыру көзі туберкулезге шалдыққан адам болып табылады.

Туберкулез түрлері

Ашық

Ашық түрінде қақырықта туберкулез таяқшалары болады, сондықтан туберкулездің мұндай түрімен ауыратын адамдар өте қауіпті деп есептелінеді.

Жабық

Ал жабық түрінде қақырықта туберкулез таяқшалары болмайды, бірақ дерт асқынатын болса, туберкулездің мұндай түрімен ауыратын науқастар да ауру жұқтырады.

Туберкулез таяқшалары әр түрлі органдарды, көбінесе өкпені зақымдайды.

Этиологиясы

ДАМУЫНА ЫҚПАЛ ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР:

Іске қосатын фактор –

Иммунитеттің әлсіреуі.

-Толыққанды, үйлесімді тамақтанбау.

-Ауыр аурулардың қатар жүруі

-(АҚТҚ, қант диабеті, ойық жара аурулары және басқалары);

- суық тигізу;

- зиянды әдеттер;

- созылмалы күйзелісті жағдайлар.

Патогенезі.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 7 беті	

Қоздырғыш тыныс жолдары, шырышты қабықшалар және терідегі жаралар арқылы енеді. Бірінші ошағы — өкпе немесе ішек жолдарының лимфа бездері.

Туберкулез эпидемиологиясы

Инфекция көзі ауру адам.

Жұғу жолдары

-экзогенді (ауа тамшы, ауа шан), тұрмыстық қарым қатынас, алиментарлы, жынысты жолмен,

-эндогенді – қан және лимфа арқылы. Туберкулез – созылмалы қалғымалы инфекция.

Клиникасы:

- екі аптадан артық жөтел;
- әлсіздік;
- дене қызуының көтерілуі;
- тершендік;
- тәбеттің нашарлауы;
- жүдеу;
- шаршағандық;
- қан аралас қақырықтың түсуі;
- кеуде тұсының ауыруы

Диагностикасы

Зерттеу заттары: қақырық, зәр, нәжіс, қан сарсуы т.б. Зерттеу тәсілдері: микроскопиялық (қарапайым, люминисценттік) микробиологиялық (таза дақыл бөліп алу) биологиялық серологиялық (сирек қолданылады)

аллергологиялық (Манту, Пирке сынақтары)

Экспресс (шұғыл) диагностика — ИФР

(РИФ).ПТР (ПЦР)

Туберкулездің алдын алу

-Салауатты өмір салтын ұстану, яғни спортпен айналысу

-Тиімді және құнарлы тамақтану(ет, сүт және сүт өнімдері, балық,дәнді дақыл өнімдері,көкөністер,жемістер)

-Зиянды арақ-шараптарды және темекіні,есірткіні қолданудан бас тарту

-Қоршаған орта және жеке бас тазалығын сақтау

-Жеке гигиена құралдары мен ыдыстарды пайдалану

-Жылына екі рет рентгенді тексеруден өту

-Бала туылғаннан кейін міндетті түрде БЦЖ вакцинасын және ревакцинананы егу

-Аурулармен сөйлескенде сақтық шараларын сақтаңыз (бөлмені жиі-жиі елдету, маска кию т.б.)

Туберкулезбен ауыратын пациенттермен жұмыс жасау мейірбикенің рөлі

Туберкулезбен ауыратын пациенттермен жұмыс жасайтын мейірбике өте аңғарымды және өте төзімді болуы қажет.Пациенттерге жүргізілетін ем шараның маңыздылығын түсіндіруі қажет. Пациенттің жеке бас гигиенасын сақтауы кезінде мейірбикенің ролі ерекше болып табылады.

Мейірбикенің атқаратын қызметіне дәрігердің тағайындауын дұрыс орындау кіреді.Барлық дәрілерді пациент уақытылы қабылдауы қажет (тамаққа дейін,тамақтан кейін).Пациент дәрілерді мейірбикенің қатысуымен көзінше қабылдауы қажет.Мейірбике пациенттің дәрілерді уақытылы дұрыс қабылдауына жауапты.

Туберкулезбен ауыратын пациенттерге жөтелу және қақырыну кезінде жеке бас гигиенасын сақтауды үйрету

-Туберкулезді жұқтырудың бірден-бір көзі қақырық.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 8 беті

-Туберкулездің жұғу жолы ауа тамшылы болғандықтан, туберкулездің қоздырғыштары қоршаған ортада өте төзімді, ұзақ сақталады (айлар бойы, жылдар бойы) ең басты гигиена жөтелу және қақырыну кезінде болып саналады.

-Жөтелу және түшкіру кезінде туберкулезбен ауыратын пациент жанында отырған адамдардан басын бұрып, беторамалмен ауыз, мұрнын тұмшалауы қажет.

-Қақырықты дұрыс жинау үшін пациенттерге екі түкіргіш беріледі.

Біріншісі- қолдануға, екіншісі-дезинфекциялауға. Түкіргіштердің аузы міндетті түрде жабулы тұруы қажет. Аймақтық мейірбике пациентке түкіргішті қолдану ережесін түсіндіруі қажет. Пациент түкіргішті барлық жерде қолдануы қажет. Қақырық түкіргіштің қабырғаларына жабысып қалмауы үшін түкіргіштің 1/3 бір бөлігі дезинфекциялық сұйықтыққа немесе суға толтырылуы қажет.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Туберкулез қандай ауру?
- Туберкулезбен ауыратын пациенттермен жұмыс жасау.
- Туберкулезбен ауыратын пациенттерге мамандандырылған мейіргерлік күтім көрсету.

№3 дәріс

1. Тақырыбы: Неврологиялық науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмекті ұйымдастыру.

2. Мақсаты: Студенттерге неврологиялық науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмекті түсіндіру.

3. Дәріс тезистері:

- Неврологиядағы мейіргерлік іс.
- Неврологиялық практикада науқасқа медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Неврологиядағы мейіргерлік іс. Неврологиялық практикада науқасқа медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Неврология бөлімшесінде мейіргер жұмысын ұйымдастырумен танысу, медициналық құжаттарды жүргізу.

Мейіргер үрдісінің кезеңдерін орындау.

Неврологиялық науқастарға медбикелік диагноз қою.

Қимыл, сезімталдық, вегетативті және жоғарғы ми қызметі бұзылыстарының неврологиялық жағдайларын зерттеу, науқастарда тану қызметінің бұзылыстарын анықтау (сезім, қабылдау, ойлау қабілетінің бұзылуы); анализаторлар қызметін анықтау; науқастарға күтім жасау.

Неврологиялық науқастарға көмек көрсетуде этикалық және заңды аспектілерді сақтау.

Стационардағы санитариялық індетке қарсы іс-шараларды жүргізу.

Науқастарды лабораториялық және инструментальдық зерттеу тәсілдеріне дайындауды ұйымдастыру. Науқаспен және оның туыстарымен науқас жағдайының жақсаруына бағытталған тиімді қарым- қатынас жасау.

Шеткі нерв жүйесінің ауруларымен сырқаттанатын науқастарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Омыртқаның бел-сегізкөз бөлімінің рентгенографиясына науқасты дайындау.

Қимыл, сезімталдық, вегетативті және жоғарғы ми қызметі бұзылыстарының неврологиялық статусын зерттеу.

Омыртқалардың мойын, кеуде және бел-сегізкөз деңгейлеріндегі остеохондроздардың неврологиялық көріністерін зерттеу.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 9 беті

Остеохондроздар кезінде ауырсыну нүктелерін және симптомдарды анықтау. Науқастарды тасымалдау. Қатты төсек орнын дайындау.

Функционалды керуетті тағайындау және қолдану. Бет нервінің қызметін анықтау. Қимыл әрекет бұзылыстарымен сырқаттанатын науқастарға күтім жасау. Емшараларды стандарт бойынша орындау.

Вегетативті нерв жүйесінің ауруларымен сырқаттанатын науқастарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Неврология бөлімшесінде жұмыс істеу, науқастарды курациялау, науқастардың шағымдарын, анамнезін жинау. Шұғыл жағдайларда көмек көрсету. Қосымша зерттеу әдістеріне науқастарды дайындау. Вегетативті нерв жүйесінің ауруларымен сырқаттанған науқастарға күтім жасау.

Нерв жүйесінің жұқпалы ауруларымен сырқаттанатын науқастарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Стационарда жұмыс істеу. Науқасты қосымша зерттеу әдістеріне дайындау. Люмбальды пункция жасауға арналған құрал жабдықтарды дайындау, люмбальды пункция жасаған науқасқа күтім көрсету, қалыпты және патологиялық жағдайдағы ликвор құрамын талдау. Жауыржараның алдын алу шараларын жүргізу. Нерв жүйесі ауруларымен сырқаттанған науқастарға күтім жасауға қажетті заттарды дезинфекциялау. Бөлімшедегі санитариялық-індетке қарсы жасалынатын шаралар жүргізу. Науқасқа көмек көрсету. Ем шараны стандарт бойынша орындау.

Орталық нерв жүйесінің (ОНЖ) жарақаттарымен сырқаттанатын науқастарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Неврологиялық бөлімшеде жұмыс істеу.

Бас-ми жарақаттарының психикалық бұзылыстарын анықтау, ОНЖ жарақаттарымен сырқаттанған науқастарға күтім жасау, алғашқы медициналық көмек көрсету.

Науқастарды тасымалдау. ОНЖ жарақаттармен сырқаттанған балаларға күтім жасау. Асфиксиямен, акушериялық салданумен туылған балаларға күтім жасау.

Бас сүйек, ми жарақаттарының асқынуы бар науқастарға күтім жасау. Жұлын жарақаттары бар науқастарға күтім жасау.

Емшараларды стандарт бойынша орындау.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Неврологиялық науқастарға күтім.
- Нерв жүйесінің жұқпалы ауруларымен сырқаттанатын науқастарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру.

№4 дәріс

1.Тақырыбы: Инсульттық науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмекті ұйымдастыру.

2. Мақсаты: Студенттерге инсульттық науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмек процесін түсіндіру.

3. Дәріс тезистері:

- Инсульт туралы түсінік.
- Инсульт кезіндегі мейіргерлік күтім.

Инсульт (лат. insultus — соққы, қыспа талу, инсульт) — ми тканінің зақымдалуын, оның қызметінің, мидағы қан айналысының кенеттен бұзылуы; осының салдарынан миға қан құйылады, немесе ми тамырлары бітеліп қалады (тромбоз).

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 10 беті	

Ми инсультына ұшырау қауіп-қатер факт

- 1) Қан қысымының – ҚҚ артуы (50%);
- 2) Қант диабеті (8%);
- 3) Жүрек кеселдері (7-33%);
- 4) Темекі тарту, шылымқорлық,
- 5) Алкогольді шектен тыс тұтыну (29,6%);
- 6) Психоэмоционалдық зорығу (76%);
- 7) Гипокинезия (36%);
- 8) Семіздік (23%).

Ишемиялық инсульт ми қантамырларының тромбозы немесе эмболиясының нәтижесі болып табылады. Жиі ішкі ұйқы артериясының, ортаңғы ми немесе негізгі артерияның тромбозы байқалады.

Геморрагиялық инсульт қантамырлардың жарылуы, аневризманың жарылуы немесе вазомоторлы бұзылыстар нәтижесінде дамиды (қантамырлар дистониясы).

Клиникасы

Науқас дұрыс күле алмайды.Еріннің бір бұрышы төмен түседі.

Науқас дұрыс сөйлей алмайды.Сөзі баяу,түсініксіз болады.

Зақымданған бөлігінің салдануы,қолдағы, аяқтағы әлсіздік,науқас бір мезетте екі қолының бірін көтере алмайды.

Бұл үш симптомды анықтаған кезде тез арада жедел-жәрдем шақырту керек.

Клиникалық көрінісі:

-Сойлеудің бұзылысы

-Белгісіз интензивті бас ауру

-Қол, аяқ қозғалысының бұзылуы

-Бас айналу

-Науқасты қажетті таза ауамен қамтамасыз етіңіз. Ол үшін белдік пен көйлектің жағасын ағытыңыз немесе қалың киімін шешіңіз. Гимаратта болсаңыз, терезе мен желкөзді (форточка) ашыңыз.

Геморрагиялық инсульт кезіндегі мейірбикелік күтім.

Мейірбике дәрігер нұсқауын орындайды.

Мейірбике науқастың гемодинамикасын бақылайды

АҚҚ, есін бағалау, пульс, температурасын, диурезін бақылау/

Тыныс алу бұзылғанда тыныс алу өткізгіштігін бақылау,

кома кезінде құсықтың алдын алу.

Геморрагиялық инсульт кезіндегі науқастағы проблемалар:

Мейірбикенің іс-әрекеті:

Тыныс алу бұзылыстары.

Тіс протезін алып тастау.

Эндотрахиалды түтік қою.

Науқастың төсектегі қалпын өзгерту.

Тыныс алу гимнастикасын жасатқызу.

Жұтынуудың бұзылысы

Науқастың ес-түссіз/ кома/ жағдайда немесе жұтыну рефлексі болмаған кезде тағам назогастральды зонд арқылы беріледі.

Терморегуляция бұзылысында науқастың дене температурасын бақылап температура парағына түсіру. Бөлме температурасын қадағалау.

Әр 2 сағ сайын бөлмені желдету.Науқасқа қалың жапқыш қолданылмайды.

Қимыл-қозғалысты қалпына келтіру.

Науқаспен бірге дәрігер нұсқауы бойынша дене шынықтыру жаттығуларын орындау.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 11 беті

Сойлеуді қалпына келтіру.

Логопедпен жұмыс жасау.

Өзін-өзі күтуді қалпына келтіру.

Өзін – өзі күту дағдыларын қалпына келтіру

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Инсульт қандай ауру?
- Геморрагиялық инсульт кезіндегі мейірбикелік күтім.
- Профилактикасы.

№5 дәріс

1.Тақырыбы: Хирургиялық профилдегі науқастарға көрсетілетін мамандандырылған мейіргерлік көмек.

2.Мақсаты: Студенттерге хирургиялық профилдегі науқастарға көрсетілетін мамандандырылған мейіргерлік көмекті үйрету.

3.Дәріс тезистері:

- Хирургиялық көмекті ұйымдастырудың ерекшеліктері.
- Шұғыл медициналық көмекті талап ететін хирургиялық сырқаттар.
- Хирургиялық көмек түрлері.

АМСК жағдайында хирургиялық науқастарға көмек көрсету ерекшеліктері.

Соңғы уақытта дәрігердің практикалық жұмысында көптеген өзгешеліктер пайда болды.

Медициналық көмекке байланысты заң, әлеуметтік-экономикалық заңдар өзгеріске ұшырады. Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау жұмысы 1978 жылы Алматы қаласында БДҰ конференциясы бойынша экономикалық тұрғыдан біріншілік медико-санитарлы көмекті ұйымдастыруды шыңдауға бағытталған. Бұл жұмысты ұйымдастыру ерекшеліктері науқастардың хұқығы мен халықтың денсаулығын көтеруге негізделген.

Денсаулық сақтаудағы маңызды бағыттың бірі – жалпы тәжірибелік дәрігерлер институтын енгізу. Жалпы тәжірибелік дәрігерлерге қазіргі уақытта алғашқы медико – санитарлы көмекті көрсетуде басты роль берілген. Дәрігерлердің негізгі жұмысы: профилактикалық жұмыстар, емдеу үрдісін арзандату, әлеуметтік нәтижені анықтау. Сонымен қатар кіші профильді дәрігерлердің көмегін де көрсетуі тиіс (ЛОР аурулары, көз аурулары, неврология, хирургиялық патология), сонымен қатар балалар мен жасөспірімдерге көмек көрсету. Бұл өз кезегінде басқа кеңестерге кететін қаражатты үнемдеуге және кіші мамандарды күрделі патологияларды толығымен жекелеп қарастыруға және диспансерлі топтарды жүргізуге мүмкіндік береді. Стационарлық көмекке дейінгі көмекті шыңдау науқасты ауруханаға жатқызуға көмектеседі.

Хирургиялық көмекті ұйымдастырудың ерекшеліктері.

Хирургиялық көмекті Қазақстан Республикасында хирургиялық науқастарды емдеу және профилактикалық жұмысты жүргізуді келесі медициналық ұйымдар жүргізеді.

1. Фельдшерлік-акушерлік пункттер дәрігерге дейінгі шұғыл көмекті көрсетеді, сонымен қатар жарақаттар мен сырқаттардың профилактикасын жүргізеді.
2. Емханалар, жарақат пункттері шұғыл және жедел хирургиялық көмектер көрсетеді және көлемді хирургиялық операцияны талап етпейтін жағдайда көмек көрсетіп, фельдшерлік – акушерлік пункттердің жұмысын қадағалайды.
3. Орталық райондық ауруханада шұғыл және жедел жағдайларда жоғары мамандық және жарақаттарда арнайы хирургиялық көмек көрсетіп, сонымен қатар кең тараған хирургиялық сырқаттардың жоспарлы емін жүргізеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 12 беті

4. Көп профильді қалалық және обыстық ауруханаларда жалпы хирургиялық көмектен басқа арнайы хирургиялық көмектер де көрсетіледі. (урологиялық, онкологиялық, травматологиялық, ортопедиялық және т.б.).

5. Медициналық оқу орындарында жалпы және арнайы хирургиялық көмек көрсетіп қана қоймай, сонымен қатар хирургиядағы әртүрлі бағыттар бойынша ғылыми жұмыстар жасалады, студенттерге білім беріліп, мамандар біліктілігін жоғарылататын курстар жүргізіледі.

6. Ғылыми – зерттеу институттарында өз профильдарына байланысты арнайы хирургиялық көмек көрсетіп, ғылыми және методикалық орталықтар болып табылады.

7. Стационарлық хирургиялық көмек түрлері.

Стационарлы хирургиялық көмек 3 түрлі хирургиялық бөлімдерде жүргізіледі:

- жалпы профильді,
- арнайы профильді,
- жоғары маманданған орталықтарда..

Жалпы хирургиялық бөлімдер қалалық және райондық ауруханаларда ұйымдастырылады. Олар тұрғындарға негізгі маманданған хирургиялық көмек көрсетеді. Бұл орындарда әртүрлі хирургиялық сырқаттарды емдейді, соның ішінде 50% жедел хирургиялық патологиялар, 20-40% тірек қимыл аппараттарына байланысты науқастар.

Арнайы бөлімдер облыстық, қалалық ауруханаларда ашылып, 50 000-нан 3 млн. тұрғындарға дейін емдейді. Олар өз профильдеріне сәйкес науқастарға көмек көрсетеді. Арнайы көмекті көрсету нақты сырқаттардың көрінісі бойынша емдейді:

- бір жүйелік ағзалар сырқатында – тамырлар хирургиясының бөлімі, өкпе хирургиясы, проктологиялық, урологиялық және т.б.;
- Орналасуы байланысты нозологиялық формалары бойынша – күйік бөлімі, зәр шығару, буын – сүйек туберкулезі бөлімдері.;
- Хирургиялық патологиялар бөлімдері бойынша – онкологиялық бөлім, шұғыл хирургия, ірінді хирургия және т.б.;
- Операциялардың түрлеріне байланысты – пластикалық хирургия;
- Жас ерекшеліктеріне байланысты – балалар хирургиясы.

Хирургиялық көмек түрлері.

Шұғыл, жоспарлы, амбулаторлы-емханалық, стационарлық хирургиялық көмектерді бөліп қарастырады.

ПМСП деңгейінде көрсетілетін көмектер халыққа тегін көрсетілетін көмектерге кіреді. және нормативті хұқықты актермен бақыланады:

Нормативті құқықты актілер:

- Қазақстан Республикасының бірлескен халықтық концепциясын құру;
- ҚР 32 статьясы 2009 жылдың 18 қыркүйегінен «Халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі жайлы»;
- ҚР 2009 жылдың 15 желтоқсанынан № 2136 тұжырымы «кепілденген тегін медициналық көмектің тізімі»;
- Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы №796 26 қараша айынан «Медициналық көмек көлемін және ұйымдастыруы туралы»;
- 2010 жылдың 3 тамызынан Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы №452 «Госпитализациялау бюросының порталы бойынша тегін кепілді медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру туралы»;
- 2011 жылдың 5 қаңтарынан Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы №7 « Амбулаторлы-емханалық көмекті көрсетуші ұйымдардың жұмысын тұжырымдау туралы».

Хирургиялық науқастарға шұғыл медициналық көмек көрсету реті екі кезеңнен тұрады:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 13 беті	

- Бірінші – ауруханаға дейінгі кезең, ПМСП деңгейінде дәрігерге дейінгі, дәрігердік және шұғыл медициналық көмек көрсету;
- Екінші – ауруханалық кезең, арнайы, сонымен қатар жоғарғы технологиялық, жалпы хирургиялық профильді бөлімде медициналық көмек көрсету. Жоғарғы технологиялық медициналық көмек арнайы ретпен көрсетіледі.

Хирургиялық науқастарға шұғыл медициналық көмек көрсету реті.

Дәрігерге дейінгі көмек (дәрігерлік көмекті алу мүмкіндігі болмағанда) орта буынды мед. персоналдармен көрсетіледі – фельдшермен, амбулаторлы жағдайда және тұрмыстық жағдайда мейірбикелермен көмек көрсету.

Дәрігерлік көмек амбулаторлы және тұрмыстық жағдайда дәрігер терапевтпен, жалпы тәжірибелік дәрігермен, уролог дәрігермен, хирургпен жүргізіледі.

- Хирургиялық аурулар шұғыл көмекті қажет еткенде кепілді медициналық көмек мед. персоналдармен қысқа уақыт ішінде белгілі стандарттарға сәйкес көрсетіледі.
- Хирургиялық науқастарға шұғыл медициналық көмекті жедел фельдшерлік медициналық бригада көрсетеді, жедел дәрігерлік медициналық бригада, реанимациялық профильді бригадалармен жүргізіледі.

Жедел медициналық көмек көрсету бригадасы науқасты құрамында хирургиялық, операциялық блок, анестезиология – реаниматология бөлімі бар тәулік бойы көмек көрсету қалалық ауруханаға, медсанчастьқа, жедел медициналық көмек көрсету ауруханасына, орталық райондық ауруханаға медициналық ұйымға жеткізеді. Арнайы медициналық ұйымдар болмағанда немесе арнайы медициналық көмекті көрсету мүмкіндігі болмағанда науқастар республикалық ұйымдарға, арнайы хирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау орындарына бағытталады.

- Жедел медициналық арнайы мамандық көмек көрсету мүмкіндігі болмағанда (санитарлы авиациялық) алыс тұрғылықты жерде тұратын науқастар тәулік бойы медициналық көмек көрсететін жақын жерде орналасқан құрамында хирургиялық бөлімі, операциялық блок және анестезиологиялық – реанимациялық бөлімі бар емдеу – профилактикалық орындарына жатқызылады.

Шұғыл медициналық көмекті талап ететін хирургиялық сырқаттар:

- Жедел аппендицит және оның асқынулары;
- Жедел ішек өтімсіздігі;
- Асқазан, ұлтабар тесілген ойық жара ауруы;
- Қысылған жарықтар;
- Жедел панкреатит;
- Асқазан – ішек қан кетуі;
- Жедел холецистит;
- Мезентериалды қан айналымның жедел бұзылысы;
- Абдоминалды жарақаттар.

Хирургиялық бөлімге жатқызу қабылдау бөлімі арқылы жүзеге асады. Жоғарыда көрсетілген шұғыл жағдайларда науқастар кезекші хирургпен және қажет болған жағдайда дәрігер – анестезиологпен жедел түрде қаралады, өмірлік маңызы бар мүшелер, жалпы жағдайы, бағаланып, емдік және диагностикалық манипуляциялар жүргізіледі.

Хирургиялық профильдегі шұғыл жағдайдағы науқастарға диагностика және ем жүргізу медициналық көмек көрсетудегі нақты белгіленген стандарттарға сай жүргізіледі. Науқасты стационарға жатқызғаннан кейін емдік – диагностикалық шаралар хирургиялық профильдегі шұғыл жағдайдағы науқастарға дәрігер хирургпен және бөлім меңгерушісінің кеңесімен жүргізіледі.

- Шұғыл енулерге көрсеткіштер табылғанда манипуляциялар мен емдік ену шаралары хирургиялық бөлімде медициналық персоналдармен жүргізіледі. Шұғыл медициналық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 14 беті	

көмек райондық ауруханаларда, қалалық, облыстық ауруханаларда және ҚР республикалық емдеу мекемелерінде көрсетіледі.

- Науқас ФАП құрсақ қуысындағы жедел ауырсынуға шағымданып, асқазан ішек жолдарынан қан кетіп қаралғанда жедел медициналық көмек көрсету бригадасының фельдшері науқасты жақын жерде орналасқан райондық немесе орталық ауруханаға бағыттайды.

Емхана хирургы диагноз қойылғаннан кейін немесе шұғыл хирургиялық патологияға күдік туған кезде (жедел аппендицит, жедел холецистит, панкреатит, жедел ішек өтімсіздігі, қысылған жарық, асқазан ішек жолдарынан қан кетуде, кеуде немесе құрсақ қуысының ашық және жабық жарақатында) науқасты жақын аралықта орналасқан хирургиялық профильдегі көмек көрсететін хирургиялық стационарға жолдайды.

Егер науқас жедел медициналық көмек көрсету бригадасын үйге шақырса жедел хирургиялық патологияға күдік туған жағдайда науқасты шұғыл хирургиялық профильдегі ауруханаға жеткізеді.

Науқас өз бетінше аурухананың қабылдау бөліміне келуге құқығы бар және жедел хирургиялық патологияға күдік туғанда ауруханаға жатқызылады.

4. Көрнекті материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Хирургиялық науқастарға шұғыл медициналық көмек көрсету реті қанша кезеңнен тұрады?
- Шұғыл медициналық көмекті талап ететін хирургиялық сырқаттар.

№6 дәріс

1.Тақырыбы: Жарақаттанудан және хирургиялық араласудан кейінгі науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмек және бақылау.

2.Мақсаты: Студенттерге жарақаттанудан және хирургиялық араласудан кейінгі науқастарға мамандандырылған мейіргерлік көмек және бақылау таныстыру.

3.Дәріс тезистері:

Хирургиялық науқастарға жалпы күтім.

Операциядан кейінгі кезеңде науқастарды бақылау және күту.


Операциядан кейінгі кезеңде науқастарды бақылау және күту

Медицина қызметкерлерінің барлық күш-жігері функцияны қалпына келтіруге, жараның қалыпты сауығуына, асқынулардың алдын алуға және олармен күресуге бағытталған.

Операциядан кейінгі кезең

Ол операция аяқталғаннан кейін бірден басталады және пациент жұмысқа оралғанға дейін және қалыпты өмір салтын ұстанады. Операциядан кейінгі кезең - алғашқы 5 күн, ал ең алыс - ауруханадан шығарылғаннан бастап жұмысқа қабілеттіліктің оралуына дейін. Ірі операциялардан кейін науқастар реанимация бөлімшесіне (реанимация) немесе операциядан кейінгі бөлімге жіберіледі. Операциядан кейінгі кезеңнің бірқалыпты жүруімен науқас 2-4 күннен кейін реанимация бөлімінен ауыстырылады.

Операция соңында пациент анестезиядан оянады, стихиялық тыныс қалпына келтірілгенде, эндотрахеальды түтік алынып, науқас анестезиолог пен эпкесінің сүйемелдеуімен палатаға жіберіледі. Науқасты операция бөлмесінен қайтару үшін сізге функционалды төсек дайындап, оны барлық жағынан жақындата алатын етіп орнатып, қажетті жабдықты ұтымды түрде орнатыңыз. Төсектерді түзетіп, жылытып, бөлмені желдетіп, жарық сәулесін түсіріңіз. Жағдайға, операцияның сипатына және анестезияға байланысты олар төсекте белгілі бір позицияны қамтамасыз етеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 15 беті	

Жергілікті анестезия бойынша іш қуысы операциясынан кейін, басын жоғары көтеріп, сәл иілген тізе қою керек, бұл іштің қысылуын жеңілдетеді. Егер қарсы көрсетілімдер болмаса, 2-3 сағаттан кейін аяқтарыңызды бүгуге болады, жағыңызға бұрылыңыз. Көбінесе анестезиядан кейін науқасты жастықсыз артқы жағына көлденең жатқызады, басын оның жағына бұрады. Бұл жағдай мидың анемиясын, тыныс алу жолдарына шырыш пен құсудың алдын алады. Омыртқадағы операциядан кейін науқас оның асқазанына, ал төсекке қалқан қойылады. Анестезия бойынша операция толық оянғанға дейін, тәуелсіз тыныс алуды және рефлекстерді қалпына келтіргенге дейін үнемі бақылауды қажет етеді. Операциядан кейін дереу жарақат аймағына құм дорбасы немесе мұз пакеті қойылып, гематоманың пайда болуына жол бермейді. Операцияны қарап, олар жалпы жағдайды, сыртқы түрін (терісінің түсі), жиілікті, ырғақты, импульсті толтыру, тыныс алу жиілігі мен тереңдігі, қан қысымы, диурез, газ бен нәжістің ағып кетуін, дене температурасын бақылайды.

Ауырсынумен күресу үшін олар тері астына морфин, омнофон (пантопон), промедол тағайындайды, олар бірінші күні әр 4-5 сағат сайын тағайындалады. Тромбоэмболиялық асқынулардың алдын-алу, дегидратация, науқасты төсекте активациялау (бірінші күннен бастап медициналық гимнастика), ерте көтерілу, көрсеткіштері үшін (варикозды тамырлармен) - аяқтарды серпімді таңғышпен байлау, антикоагулянттар енгізу. Төсектегі, банктердегі, қыша сылақтарындағы жағдайды өзгерту, тыныс алу жаттығулары (резеңке сөмкелер, шарларды үрлеу) жөтелге арналған арнайы манипуляциялар (алақанды жараға салып, жөтел кезінде аздап басу) қан айналымын және желдетуді жақсартады.

Егер науқасқа ішуге және жеуге тыйым салынса (ас қорыту жолындағы араласулар), белоктар, электролиттер, глюкоза ерітінділерін парентеральды енгізу тағайындалады. Қан жоғалуын толықтыру үшін және ынталандырушы мақсатта қан, плазма, қан алмастырғыштар құю керек. Күніне бірнеше рет ауыз қуысы дәретханасын жүргізу керек, оны дымқыл шармен сүрту керек (сутегі асқынымен сулану, натрий бикарбонатының (сода), бор қышқылы, калий перманганаты) шырышты қабығын, десен, тіс, лимон қабығымен тілден бляшканы алып тастаңыз (дымқыл тампонмен (шай қасық натрий бикарбонаты және бір стакан суға бір ас қасық глицерин), ерніңізді май желеімен майлаңыз. Егер науқастың жағдайы мүмкіндік берсе, оған аузын шаюды ұсыну керек. Ұзақ аштық кезінде сілекей шығаруды ынталандыру үшін қара крекерді, апельсин, лимон кесектерін шайнау ұсынылады (паротитті сілекей безінің қабынуын болдырмау).

Толтырудан (лапаротомиядан) кейін, иккупация, регургитация, құсу, еңтігу, нәжіс пен газдың сақталуы мүмкін. Көмек асқазанды зондпен босатудан тұрады (асқазанға операция жасалғаннан кейін дәрігер зондқа түседі), мұрын немесе ауыз арқылы енгізіледі. Қиындықты жою үшін атропин (1 мл 0,1% ерітінді), хлорпромазин (2,5% ерітінді 2 мл) тері астына енгізіледі, жатыр мойны вагосимпатикалық блогы жасалады. Газдарды кетіру үшін газ түтігі салынған, дәрі-дәрмектер тағайындалады. Асқазан-ішек жолдарының жоғарғы бөлігіндегі операциялардан кейін 2 күннен кейін гипертониялық клизмалар беріледі.

Операциядан кейін пациенттер әдеттен тыс позицияға, сфинктердің спазмына байланысты жиі өздігінен зәр шығара алмайды. Егер қарсы көрсетілімдер болмаса, қуық аймағына жылыту төсегіші қойылады. Су құйыңыз (кранды ашыңыз), жылы ыдыс, гексаметиленетрамин (уротропин), магний сульфаты, атропин және морфин ерітіндісін көктамыр ішіне енгізу зәр шығаруға мәжбүр етеді. Егер аталған шаралардың бәрі нәтиже бермесе, шығарылған несеп мөлшерін жазып, катетеризацияға барыңыз (таңертең және кешке). Диурездің төмендеуі ауыр асқынудың белгісі болуы мүмкін - операциядан кейінгі бүйрек жеткіліксіздігі. Қысымның пайда болуын болдырмас үшін теріні мұқият күтіп ұстау қажет: дененің күйін жиі өзгерту, камфор алкогольмен емдеу, кір жуу, киімдер кір болған кезде ауыстыру, парақтардағы қатпарларды мұқият түзету, резеңке шеңберге салу.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 16 беті	

Операциядан кейінгі режим жеке анықталады. Алғашқы көтерілу, алғашқы қадамдар бақылауда болу керек.

Бандажды және дренажды бақылау . Киімнің жай-күйін бақылау күніне бірнеше рет, киімнің ыңғайлылығына, қауіпсіздігіне, тазалығына және дымқыл болуына назар аударады. Егер жара мықтап жабылса, таңу құрғақ болуы керек. Тамақтың сәл сулануымен, қанмен, жоғарғы қабаттарды өзгерту керек (стерильді материалмен), таңғышпен, ешқандай жағдайда жараны ашпаңыз. Егер жара толығымен жабылмаған болса, онда дренаж, тампондар, түлектер қалады, содан кейін ағып кету пайда болуы мүмкін және таңу дымқылданады. Науқасқа жараны қалыпты сауықтыру үшін дренаж жасалынғанын түсіндіру керек және төсекті ластамау үшін шаралар қабылдау керек: төсенішке майды, қағазға қоқыс салыңыз. Ұзақ дренаж сору жүйесіне қосылады немесе ыдысқа батырылады. Қысқа дренаждар мен тампондар үшін разряд таңғышқа түседі, ол тез ылғалданады және оны үнемі ауыстырып отыру керек. Дренаждың құлап кетпеуі үшін оны теріге жабысқақ патчтың тігістерімен және жолақтарымен бекітеді. Егер ыдысқа су төгілсе, ағызу мөлшері есептеледі және температура кестесінде жазылады. Ағызу мен тампондарды ауыстыру, тарту, қысқарту - бұл тек медициналық манипуляция. Ешқандай жағдайда сіз төгілген су мен тампондарды қайтадан салуға тырыспаңыз - бұл туралы дәрігерге немесе кезекші дәрігерге дереу хабарлауыңыз керек. Егер дренаждың ағуы тоқтап қалса, ол оның жоқтығынан (экссудат жиналмайды, абсцесс жақсы босатылады) немесе фибриннің, шырыштың (тығын) жиналуымен немесе түтіктің бүгілуімен дренажды бітеп тастайды. Дәрігердің басшылығымен бітелген дренаж жуылады, оның ішіндегісі сорылады. Таза жұмыстан кейін, жиналған қанды кетіруге арналған тампондар мен төгінділер 2-3-ші күні шығарылады (манипуляциялар киім ауыстыратын бөлмеде жасалады). Экссудатты, ірінді, өт ағызуға арналған дренаждар мен тампондар біртіндеп шығарылады, өйткені ағызу мөлшері азаяды. Операциядан кейінгі кезеңнің қолайлы ағымымен, жаралардағы киім тігістер алынып тасталғанша өзгермейді. Егер дөңгелек таңғыш ауырса, ұлпаны сығып тастаса, жарадан стерильді материалды алып тастамай, таңғышты босатыңыз. Егер киім көп мөлшерде қанға сіңіп кетсе, сіз дәрігерге шақырмай, киюге зарарсыздандырылған материал дайындаңыз немесе науқасты гарнияға кию бөлмесіне апарыңыз. Қатты қан кету кезінде кейде өз бетіңізше шұғыл шаралар қабылдауға тура келеді. Егер іштегі таңғыш кенеттен серозды қанды сұйықтықпен суланып кетсе және оның астында ірінділік байқалса (әрдайым көрінбейді), сіз жараның бөлінуі және ішектің (эвтрация) нәтижесінде пайда болған ақауларға түсуі туралы ойлануыңыз керек. Оқиға кезінде жөтел, түшкіру, күрт бұрылудан кейін жиі кездеседі. Мұндай жағдайларда, таңғышты ұстамай, стерильді сүлгімен, парақпен салыңыз, науқасты жатқызыңыз (егер ол отырса, жүрсе) және дереу дәрігерге қоңырау шалыңыз. Тегістеудің алдын-алу - бұл тігістерді алып тастағаннан кейін таңғыш түрінде іштің сүлгімен тығыздалуы.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Ауырсынумен күресу үшін не істеу керек?
- Бандажды, дренажды қалай бақылаймыз?

№7 дәріс

1. Тақырыбы: Диагностикалық және скринингтік зерттеулер.

2. Мақсаты: Студенттерді диагностикалық және скринингтік зерттеулермен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

- Скринингтік зерттеулер.
- Скринингтік тексеру жүргізу кезеңділігінің алгоритмдері.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 17 беті	

- Диагностикалық зерттеулер.

Скрининг- бұл ауруларды ерте сатыда анықтауға және аурулардың дамуын, қауіп факторларын, қосалқы аурулардың туындауын болдырмауға және халық денсаулығын нығайтуға бағытталған скринингтік тексерулер.

Скринингтік тексерулер осы қызметтің түріне лицензиясы бар денсаулық сақтау субъектілерінің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде жүргізіледі.

Ересек халықты скринингтік тексерулер мен алдын алулар:

- 1) қан айналым жүйесінің негізгі аурулары артериялық гипертензия, ишемиялық жүрек ауруы;
- 2) ерлер мен әйелдердің арасында қант диабетін;
- 3) әйелдердің арасында жатыр мойнының ісікалды, қатерлі ісіктерін;
- 4) әйелдердің арасында сүт бездерінің ісікалды, қатерлі ісіктерін;
- 5) ерлер мен әйелдердің арасында глаукоманы;
- 6) ерлер мен әйелдердің арасында жуан және тік ішектің ісікалды, қатерлі ісіктерін ерте анықтау мен алдын алуға бағытталған.

- Балаларды скринингтік тексерулер әртүрлі жас кезеңінде, оның ішінде жасөспірімдік кезеңде анатомиялық-физиологиялық даму ерекшеліктеріне байланысты ауруларды ерте анықтауға және дамуының алдын алуға бағытталған.

Скринингтік тексерулер динамикалық бақылаумен және сауықтырумен бастапқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі – БМСК ұйымдары) көрсететін мынадай денсаулық сақтау ұйымдары жүзеге асырылады:

- 1) қала халқы үшін – қалалық емханалар, дәрігерлік амбулаториялар, ведомстволық медициналық-санитариялық бөлімдер мен меншік нысанына қарамастан емханалар;
- 2) ауыл халқы үшін – медициналық пункттер, фельдшерлік-акушериялық пункттер, дәрігерлік амбулаториялар, аудандық емханалар, сондай-ақ мобильдік бригадалар (арнайы автокөлік пен темір жол көлігі базасындағы жылжымалы медициналық кешендер (поезд));

БМСК ұйымдары

- 1) қызмет көрсету аумағындағы тіркелген халықты есепке алуды жүзеге асырады, скринингтік тексеруге жататын адамдардың нысаналы тобын қалыптастырады;
- 2) осы тексерулерді жүргізу үшін бейінді медициналық ұйымдармен байланыс пен сабақтастықты қамтамасыз етеді;
- 3) халықты скринингтік тексерулер қажеттілігі туралы ақпараттандырады;
- 4) амбулаториялық пациенттің медициналық картасына немесе баланың даму тарихына тексеру нәтижелерін енгізе отырып есептік нысандарды толтырады;
- 5) бекітілген халық денсаулығын нығайту бойынша іс-шараларды әзірлей отырып, жүргізілген скринингтік тексерулердің ай сайынғы талдауын жүргізеді;
- 6) скринингтік тексерулердің электрондық базасын қалыптастырады және ай сайын аумақтық медициналық ақпараттық-талдау орталығына жібереді.

Халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеру жүргізу кезеңділігінің алгоритмдері

Халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеру жүргізу кезеңділігінің алгоритмдері
Ересектердің нысаналы топтарын скринингтік тексеру жүргізу мынадай кезеңдерді қамтиды:

- 1) дайындық – нысаналы топтарды қалыптастыру, ақпараттық сүйемелдеу, скринингке шақыру
- 2) скрининг жүргізу – баланың, амбулаториялық пациенттің (бұдан әрі - 025-08/е нысан), профилактикалық медициналық тексерудің (скрининг) статистикалық картасын (бұдан әрі - 025-08/е нысан), толтыру, скрининг-тест, зертханалық және аспаптық зерттеулер, мамандардың консультацияларын өткізу.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 18 беті	

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

Диагностика – қандай да бір аурудың, оның белгілері, шығу себептері және оны емдеу әдісі туралы ілім.

Диагностикалық зерттеулерге жатады:

УДЗ

Электрофизиологиялық зерттеу: ЭКГ, ЭЭГ

Эндоскопиялық зерттеу: ФГДС, колоноскопия

Сәулелік зерттеу: МРТ

ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУГЕ ДАЙЫНДЫҚ

Құрсақ қуысының УДЗ дайындық

1) Зерттеу аш қарынға жүргізіледі (тамақ жемеу және су ішпеу керек), таңертеңгі уақыттарда түсірген жақсы. 2 жасқа дейінгі балалар үшін тамақ ішкеннен кейін 3 сағаттан кейін түсіруге болады.

Егер зерттеу күннің екінші жартысында болса: үлкен жастағы балалар үшін тамақты қабылдағаннан кейін кемі 6 сағат өтуі тиіс. Егер бала сұйықтық ішсе, бұл туралы дәрігерге айту қажет.

2) Зерттеуге дейін 3 күн бұрын газ қалыптастыратын өнімдерді (сүт, қара нан, шикі көкөністер мен жемістер. Бұршақты, ашытылған қырыққабат, газдалған сусындар мен шырындар, квас) қабылдамаған жөн.

3) Газ жиналған кезде зерттеуге дейін үш күн ішінде дәрігердің ұсынысы бойынша белсендірілен көмір, мезим форте (ересектерге), эспумизан (балаларға) қабылдау қажет.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Скринингтік зерттеу деген не?
- Диагностикалық зерттеудің қандай түрлері бар?

№ 8 дәріс

1. Тақырыбы: Дәлелді медицинаның анықтамасы. Дәлелді медицинаның даму тарихы.

2. Мақсаты: Студенттерді дәлелді медицинаның даму тарихымен таныстыру.

3. Дәріс тезистері:

- Дәлелді медицина.
- Дәлелді медицинаның даму тарихы.

Дәлелді медицина - дегеніміз бұл нақты науқаст емдеу үшін жақсы клиникалық зерттеулерді дәл және шын жүректен қолдану. Дәлелді медицина бұл медициналық тәжірибе әдісі, бірақ:

- ол «ғылым» емес,

- ол «эпидемиология» емес,

- ол «статистика» емес

- зерттеу әдісі емес.

Дәлелді медицинаның аурушандықтың алдын алу, диагностикалау, емдеу және денсаулық сақтауды ұйымдастыру бойынша ғылыми дәлелденген шешімдер қабылдауға мүмкіндік беретін медициналық ақпараттарды жинау, талдау, зерделеу және ұғыну технологиясы екендігі көрсетіледі. Халықтың денсаулығын жақсарту бағытында мүмкіндігінше іс жүзінде тиімділігі дәлелденген дәрі-дәрмектер мен медициналық араласулар жүзеге асырылуы тиіс.

Алғаш рет 1990 жылы канадалық Мак-мастер университетінің ғалымдарының бір тобы клиникалық тәжірибесі бар ғылыми мәліметтерді және пациенттердің жеке қалауын жеке медицина бөліміне топтастыруды ұсынды.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 19 беті

Бұл ғылыми-тәжірибелік бөлім қол жетерлік, тығыз және объективті ақпараттардың бүкіл әлемде жүргізілетін клиникалық зерттеулердің заманауи және дәлелденген, яғни қандайда бір емдеу әдісі немесе дәрілік заттарды қолданудың артықшылығын дәлелдейтін, оны "Evidence-Based Medicine" (EBM) немесе «ғылыми дәлелденген медицина» (НДМ) деп атайды. Дәлелді медицина: пайда болуының алғышарттары:

1. Ақпараттар ағымы: жылына 4 000 000 астам мақалалар 20 мыңнан астам медицинналық журналдар
 2. Телекоммуникация торабының дамуына байланысты медициналық ақпараттармен алмасу көбеюде: әрбір екі жылда екі еселенеді
 3. Науқас талаптарының өсуі
 4. Денсаулық сақтау шығындарының өсуі
 5. Білімнің тез ескіруі
 6. Клиникалық зерттеулер нәтижелері мен қорытындыларының қарама қайшылықтары.
- 4. Көрнекі материалдар:** 15-20 слайд
- 5. Әдебиеттер:** Соңғы бетті қараңыз.
- 6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):**
- Дәлелді медицина дегеніміз не?
 - Дәлелді медицинаны қолдану қай жылдан басталған?
 - Алғаш рет кім ұсынған?

№ 9 дәріс

1. Тақырыбы: Клиникалық эпидемиология: анықтамасы, даму тарихы, негізгі қағидалары мен тәсілдері.

2. Мақсаты: Студенттерге клиникалық эпидемиологияның негізгі принциптерін түсіндіру. Зерттеудің нақтылығы мен дұрыстығын анықтаудың негіздерін талқылау. Әдістерін үйрету.

3. Дәріс тезистері:

- Клиникалық эпидемиология.
- Клиникалық эпидемиологияның негізгі принциптері.

Дәлелді медицинаның негізі болып, медициналық ақпарат алу үшін тек қана ғылыми факторларымен дәлелденген, жүйелі және кездейсоқ қателіктердің әсер етуін болғызбайтын эпидемиологиялық әдістерді пайдаланатын, медицинаның бір саласы «клиникалық эпидемиология» саналады.

«Клиникалық эпидемиология» термині екі пәннің атынан алынған – «клиникалық медицина» және «эпидемиология».

«клиникалық эпидемиология» (clinical epidemiology) – бұл «клиникалық» ғылым, өйткені өте сенімді фактыларға негізделген клиникалық сұрақтарға жауап беруге және клиникалық шешімдер ұсынуға ұмтылады. Басқаша айтқанда «клиникалық эпидемиология» - клиникалық зерттеу әдістерін жасайтын ғылым, ол жүйелі және кездейсоқ қателіктердің әсерін бақылай отырып, әділ қорытындылар шығаруға мүмкіндік береді;

Эпидемиологиялық тұрғыдан – ол медициналық ақпарат алу үшін тек қана ғылыми фактылармен дәлелденген, жүйелі және кездейсоқ қателіктердің әсер етуін болғызбайтын, эпидемиологиялық әдістердің пайдаланатын медицинаның бір тарауы. Сондықтан, бұл «эпидемиология» ғылымы, өйткені оның көп жақтарын («қауәпті факторларды» немесе «себепкер факторларды» немесе «себепкерлік модульді» іздеп табу, оның салдары ретінде шығатын ауруларды және оларды жоюға бағытталған тәсілдерді, яғни жауап ретінде қолданатын шараларды) эпидемиологтар зерттейді. Бұл жерде науқасқа берілетін нақты көмек жеке тұлғаға (ауру адам) жататын тұрғындардың үлкен популяциясымен (ауру жұғу қаупі төнген адамдар тобы) бірге қарастырылады;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 20 беті	

Эпидемиолог пен клиницистің арасында өзара тығыз байланыс қажет, онсыз нақты адамның және жалпы тұрғындардың денсаулығын қорғау мәселелерін шешуде олардың іс - әрекеттері шектеулі және тиімділігі аз болады.

Клиникалық эпидемиологияның ең басты постулаты – медициналық практикадағы кез келген шешім қатал дәлелденген фактыларға сүйенуі керек, олар дәлелді медицина үшін негіз болып табылады.

1. Клиникалық эпидемиологияның негізгі принципі – бұл зерттеуде белгілі бір клиникалық нәтижені бағалау. Клиникалық нәтиже төмендегідей болады: өлім, ауру, дискомфорт, мүгедектік, қанағаттанбағандық. Клиникалық нәтиже жанама (суррогаттық) және тікелей болып бөлінеді. Жанамаға қандайда бір зерттелген көрсеткіштердің оң нәтиже беруі жатады (мысалы, төмендеген

артериялық қысымның жоғарлауы), қандағы биологиялық субстанцияның деңгейі қалыпты жағдайда болуы, ферменттердің белсенділігінің қалпына келуі ж. т.б.

Суррогатты соңғы нүкте клиникалық тиімділіктің немесе терапиялық іс-шара зияндылығының тура көрсеткіші болмайды, бірақ сирек кездесетін және соңғы болатын нәтижені болжауы мүмкін. Тікелей критерийге мыналар жатады: сауығу, өлім-жітімнің азаюы және асқинуы, ауруханада емделу мерзімінің қысқаруы, өміпсүру сапасының жақсаруы, асқинудың алдын алу.

Клиникалық эпидемиологияда клиникалық құбылысты зерттеу үшін сандық тәсіл қолданылады. Сандық тәсіл дәлелді нәтиже береді, яғни ол қателерді бағалауға, клиникалық нәтижені цифрлық эквивалентте беруге негізделген. Зерттеу нәтижесін тәжірибеде қолану үшін белгілі бір талаптарды сақтау қажет: статистикалық әдістердің мәліметтерін дұрыс пайдалану; зерттеудің сауатты таңдалған дизайны және дұрыс рандомизация әдісі.

Клиникалық эпидемиологияның келесі принципі – бұл зерттеуді жүргізу үшін белгілі бір ерекшелігі бар популяцияны таңдау. Популяция – дегеніміз белгілі бір географиялық аймақта тұратын адамдар тобы немесе белгілі бір ортақ белгісімен топтастырылғандар. Популяция халықтың бір бөлігі болуы мүмкін, мысалы белгілі бір клиникаға жатып шыққан немесе белгілі бір аурумен ауыратын адамдар тобы, сонымен жалпы популяция, госпитальдық популяция немесе белгілі бір нақты ауруы бар пациенттер популяциясы деп атауға болады.

Зерттеудің нақтылығы мен дұрыстығын анықтаудың 3 негізі:

1. жасырын рандомизация-зерттеуге алынатындар кездейсоқ жасырын іріктеледі. 2. жеткілікті іріктеу- зерттеуге алынатындардың саны көп болуы қажет.

3. жасырын үш жақты зерттеу.

Дұрыс ұйымдастырылған зерттеу жүйелі қатенің болмауын қамтамасыз етеді. Зерттеудің қорытындысын жалпылау – сыртқы сипаттама, басқа топтағыларға зерттеудің нәтижесін қолдану жиілігі қаншалықты екенімен анықталады.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Клиникалық эпидемиологияның негізгі принциптері қандай?
- Зерттеудің нақтылығы мен дұрыстығын анықтаудың неше негізі бар?

№10 дәріс

Тақырыбы: Дәлелдеудегі эпидемиологиялық зерттеулердің маңызы.

2. Мақсаты: Студенттерге дәлелдеудегі эпидемиологиялық зерттеулердің маңызы жайында түсінік беру.

3. Дәріс тезистері:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 21 беті	

- Эпидемиологиялық процесс.
- Эпидемиологиялық зерттеу әдістері.

Эпидемиологиялық процесс күрделі құбылыс болғандықтан, оны зерттеу үшін кешенді әдістер қолданылады. Эпидемиологиялық зерттеу әдістері медицинаның басқа да салаларында көп жағдайларда пайдаланылады. Мысалы: бақылау, тексеру, тарихи-жағрыяпшылық сипаттау мен салыстыру, эксперимент, статистикалық және қисынды талдау т.б.

Эпидемиологиялық зерттеуде қазіргі ғылыми-техникалық жетістіктерде пайдаланылатын көптеген әдістерді қолдану бүгінгі күннің талабы. Мысалы, компьютерлік технологияны пайдаланып, эпидемиялық процестің математикалық үлгілерін және оған болжау жасауды, оның көріністерін қадағалауды және әртүрлі компьютерлік бағдарламалар жасауды; нәзік және өте дәл биохимиялық, иммуногенетикалық әдістерді пайдаланып, қоздырғыштың жан-жақты қасиеттерін, субмолекулярлық құрылымын зерттеуді, гендік инженерлік технологияны пайдаланып, жаңа иммундық егулер жасауды, т.б. жүзеге асыруға болады.

Эпидемиологияға шектес ғылымдардың әдістемелік құралдарын толық, уақытында, керек орнында пайдалану бұрыннан келе жатқан әдет, олар микробиологиялық, энтмологиялық, иммунологиялық, т.б. әдістер. Сонымен, эпидемиологиялық мақсатқа қолданылған әдістер осы пәнге тән бағытқа ие болады және осы пәнді зерттеуде ерекше орын алады.

Эпидемиялық процестің өзіне тән қасиеті болғандықтан, тек инфекциялық аурулар эпидемиологиясына тиісті әдіс: инфекциялық аурулар ошағын бақылау мен тексеру кезінде жиналған мәліметтерді эпидемиологиялық талдау мен құрастыру және мәліметтерді жан-жақты математикалық, статистикалық әдістермен тексеріп дәлелдеу.

Эпидемиологиялық әдіс - эпидемиялық процестің себеп - салдары байланысын анықтауда пайдаланылатын әдістемелік тәсілдер мен амалдар жиынтығы.

Эпидемиологиялық әдіс - инфекциялық аурулардың пайда болу себептерін, берілу механизмдерін анықтау және эпидемиологиялық жағдайды бақылауда қолданылатын әдістің жиынтығы.

1. Эпидемиологиялық тексеру мен бақылау. Инфекциялық аурулар ошағын эпидемиологиялық тексеру әдісі ең алғашқы және маңызды болып саналады. Бұл әдіс ошақтың пайда болу жағдайы мен себебін, инфекция қоздырғышының көзін, берілу факторлары мен жолдарын, сонымен қатар жұқтыру қауіп - қатеріне ұшыраған адамдарды анықтау үшін пайдаланылады.

Эпидемиологиялық тексеру эпидемиялық ошақты тежеу және біржола құрту мақсатында індетке қарсы керек шаралардың мөлшері мен бағытын анықтау үшін атқарылады. Ол эпидемиологиялық диагноз қоюмен тәмамдалады.

Ошақты тексеру мен қадағалау эпидемиологиялық әдістің өзіндік бөлігі болып саналады. Бұл эпидемиолог маманның ең басты және маңызды жұмыстарының бірі. Ошақты эпидемиологиялық тексерудің нәтижесі осы ошақты құрту барысында атқарылатын әрекеттер туралы шешім қабылдаудың негізі болып саналады.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиет: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Эпидемиологиялық зерттеу әдістеріне не жатады?
- Эпидемиологиялық процесс.

№11 дәріс

1. Тақырыбы: Дәлелді медицинаның бес кезеңі.

2. Мақсаты: Студенттерге дәлелді медицинаның кезеңдері жайында түсінік беру.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 22 беті	

3. Дәріс тезистері:

- ДМ дегеніміз не?
- ДМ медицина кезеңдеріне түсініктеме.

ДМ - нақты науқасқа емдеу әдісін таңдау кезінде дәлелденген ең жақсы клиникалық зерттеулердің қорытындыларын пайдалану;

- бұрынғы емдеу, диагностикалау әдістерінен нақты айырмашылығымен ерекшеленетін, дәрігерлерден критикалық бағалауды талап ететін клиникалық медицинаның жаңа бағыты;
- жаңа ғылым емес, бірақ медициналық ақпаратқа талдау жасау, оларды іздестіру, жалпылау, қолданудың жаңа технологиясы;
- ғылыми зерттеулер мен клиникалық тәжірибе арасына жол салу;
- ДМ клиникалық тәжірибеде дәлелденген және науқастың қажеттілігі мен талабына сай жасалған ең жақсы ғылыми дәлелдемелердің интеграциясы”
- Дәлелді медицина (ДМ) – медициналық көмектің және барлық денсаулық сақтау жүйесінің сапасын жақсарту үшін өмірлік маңызы бар медицинаның дамып келе жатқан бағыты.

Дәлелді медицина кезеңдері

1. бірінші кезеңі - дұрыс құрастырылған негізгі сұрақтар,
2. екінші кезеңі - мәліметтерді іздеу,
3. үшінші кезеңі - мәліметтерді сынап бағалау,
4. төртінші кезеңі - науқаста анықталған ерекшеліктермен алынған мәліметтерді интеграциялау,
5. бесінші кезеңі - әсер етуі мен тиімділігін бағалау.

ДМ-нің бірінші кезеңі

Дұрыс қойылған сұрақтар бүкіл дәлелді медицинаның негізін құрайды.

Дұрыс құрастырылған сұрақ науқастың бірінші кезектегі мүддесіне көп көңіл бөліп, күткен жауаптың оптимальді түрін анықтайды және уақыт үнемделеді.

Дұрыс құрастырылған негізгі сұрақ екі бөлімнен тұрады:

негізгі сұрақтың түбірі (кім, не, қайда, неге, қалай?) деген сұрақтарға жауап береді және етістік.

Клиникалық маңызды қосымша сұрақтар төрт компоненттен тұрады:

(англ. PICO):

Patient-науқас және/немесе мәселе

Intervention- іс-әрекет жасау

Comparison-салыстыру (егер қажет болса)

Outcome-нәтиже

Науқас (немесе популяция) науқастың ерекшеліктері (жасы, жынысы, мамандығы)

Іс-әрекет

емі, диагностикасы, ағзаға әсер ету факторлары

Салыстыру

салыстырамыз, плацебо, араласуды шектеу немесе оның басқа түрі

Нәтиже

іс-әрекеттің нәтижесі қандай? сауығу, госпитализация, өлім және т.б.

Сұрақтың түрлері

«НЕГІЗГІ», «ҚОЛДАНБАЛЫ» екі компоненттен тұрады.

Қандай да бір ауруды жүргізу жайлы арнайы білімі

Негізгі сұрақ (кім, қашан, қайда, қалай)

Ауру немесе аурудың кейбір аспектілері.

Төрт компонент (PICO)

ДМ-нің екінші кезеңі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 23 беті

Мәліметтерді іздеу. Бұл кезде іздеудің 2 режимі бар:шынайы түпнұсқа (оригиналді) зерттеу мен әдістемелік іріктеуден өткен және ДМ-нің компьютерлік базалары мен журналдарында баспаға шығарылған түрлері. Бұл режим түрлерінің екеуі де артықшылықтар мен кемшіліктерге ие. ДМ -ге арналған базалардан (ACP Journal Club, Cochrane Collaboration Date Base, басқада ДМ-ге арналған журналдар мен журнал секциялары) іздеу, әдетте, оңайға соғады, кейде басқа жерлерде жоқ ақпараттарды табуға мүмкіндік береді және ақпарат көзінің бір жүйеде болуы олардың критикалық бағалануын жеңілдетеді. Теріс жағына олардың толық еместігі (осы тақырып бойынша жүйелі шолудың болмауы бұл салада жұмыс жүргізілмегендігін көрсетпейді), қол жетімділіктің төмендігі (Medlineмен салыстырғанда), белгілі бір науқасқа сәйкес келетін ақпарат табудың қиындығы, баспаға шығуына дейін ақпараттың ескіріп қалуы жатады. (Medline базасы, EMBASE, «Ресей медицинасы»).

ДМ-нің 3-ші кезеңі.

Мәліметтерді сынап бағалау.

Сынап (критикалық) бағалау үшін табылған мәліметтердің әдістемелік сапасын бағалайтын стандартты жинағы қолданылады, сол сияқты әртүрлі жұмыстардың (мәліметтердің) сенімділігі, нақтылығы, қолданымдылығы, тиімділігі бағаланады.

Нақтылықтың үш «киті»:

-салыстыру тобына зерттелушілерді кездейсоқ жасырын таңдау (жасырын, соқыр) рандомизация);

-таңдау санының жеткілікті дәрежеде болуы;

-жасырын (соқыр) бақылау (ең тиімдісі үш жақты). Нақты нанымды зерттеулер зерттеудің дұрыс ұйымдастырылмауынан туындаған жүйелі қателерді болдыртпайды, ал статистика ($p < . .$) тек кездейсоқ қателерді анықтауға мүмкіндік береді.

ДМ-нің төртінші кезеңі.

Науқаста анықталған ерекшеліктермен алынған мәліметтерді интеграциялау. Бұл сатыда нақты бір науқасты емдеу үшін ғылыми зерттеулердің нәтижесін қолдану және ДМ-нің негізгі ерекшеліктері берілген. Біріншіден, ДМ-де осы емдеуді қолданудың тиімділігі нақты бір науқас дәрігердің іс-әрекетінен пайданы сезіну мүмкіншілігіне (әсердің көлемі) назар аударылады. Тиімділік өлшемі көрсеткіштерінің ішінде үш негізгі индексті және мүмкіншілік қатынасы (odds ratio) көрсеткішін ажыратамыз: эксперименталді топтағы мүмкін болатын оң нәтиженің бақылау тобының мүмкін болатын оң нәтижесіне қатынасы немесе біздің ұтқан санымыздың ұтылған санымызға қатынасы. Клиникалық зерттеу жағдайында өлім ұтылысты білдіреді, ал өмір-ұтыс.

ДМ-нің бесінші кезеңі.

Әсер етуі мен тиімділігін бағалау.

Бұл сатыда клиницист өзінің пациенттермен жұмысын, клиникалық сұрақты құрастыра алу қабілетін, қажетті мәліметтерді тауып практикаға енгізе алу мүмкіншілігін бағалайды. Тиімді ем мен тиімді диагностикалау арқылы дәрігердің бос уақыты көбейеді.

4. Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5. Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6. Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- ДМ-нің бес кезеңін атаңыз?
- PICO сұрақтары.

№12 дәріс

1. Тақырыбы: Дәлелді мейіргерлік практиканы енгізу.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы		№72/ 11 ()
Дәріс кешені		28 беттің 24 беті

2. Мақсаты: Студенттерге дәлелді мейіргерлік практиканы енгізу жайында түсінік беру.

3. Дәріс тезистері:

- Дәлелді мейіргерлік тәжірибе.
- Дәлелді мейіргерлік практиканы енгізудегі артықшылықтары мен кедергілер.

Дәлелді Мейіргерлік Тәжірибе (ДМТ/EBN) бұл озық қолжетімді нақты деректердің, мейіргерлік тәжірибенің, пациенттердің ерекше ықыласының және ресурстардың бірігуі (1-сурет). ДМТ/EBN мақсаты – пациенттердің жоғары сапалы медициналық көмекті алуын қамтамасыз ету болып табылады. ДМТ/EBN – мейіргердің сыни ойлауы мен шешімді қабылдауы үшін негіз болып табылады. ДМТ/EBN форматында PICO (T) әдістемесі (1-кестеге қараңыз) жиі зерттеу сұрағын қою үшін қолданылады. Сұрақты ресімдеу клиникалық сұрақты ұсақтау бөліктерге бөлуге және кілтті сөздерді анықтауға, және сәйкесінше ең жақсы қолжетімді дәлелдерді табуға көмектеседі. Ең жақсы қолжетімді дәлел медицинадағыдай дәлелдер деңгейлерлің негізінде бағаланған дәлелдемелерді зерттеуден тұрады. Зерттеу күшін сипаттау үшін дәлелдемелер деңгейлері саралау жүйесінде орналасқан. Дәлелдерді қолдану кезінде мұқият оқу, сыни бағалау және клиникалық пайымдаулар әлі де қолданылуы тиіс.

Ең жақсы қолжетімді дәлел – мейіргерлердің араласуы кезінде (мысалы, пациенттерді оқыту, қол гигиенасы) тауып алуға болатын ең сенімді және расталған дәлел. Қолда бар ең жақсы деректер, әдетте, нақты тақырып бойынша ағымдағы зерттеулерге негізделеді, алайда зерттеу деректері әлсіз болғанда немесе олар болмаған кезде дәлелдердің басқа түрлерін (мысалы, клиникалық ұсыныстар, ең жақсы тәжірибелер) қолдануға болады.

Мейіргер ісіндегі сараптама дегеніміз, мейіргер алдыңғы қатарлы білім базасын, шешімдерді қабылдаудың кешенді дағдыларын және тәжірибе үшін клиникалық құзіреттіліктерді иеленді дегенді білдіреді.

Пациенттердің ерекше ықыласы дегеніміз мейіргерлер пациенттерді өздерінің күтімінің белсенді қатысушылары болуға шақырады дегенді білдіреді. Мұнда пациенттің және оның отбасы мүшелерінің аурумен немесе созылмалы жағдаймен тәжірибесі көрсетіледі. Мейіргерлер аурудың биопсихосолеуметтік аспектілерін қарастырады, және шешімдер пациенттің қабылдауы мен құндылықтарын ескере отырып қабылданады.



4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5.Әдебиеттер: Соңғы бетті қараңыз.

6.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- Мейіргер ісіндегі сараптама дегеніміз не?
- ДМТ/EBN мақсаты қандай?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()
Дәріс кешені	28 беттің 25 беті

№13 дәріс

1. Тақырыбы: Дәлелді мейіргерлік практиканың ҚР дамуы мен кедергілері.

2. Мақсаты: Студенттерге дәлелді мейіргерлік практиканың ҚР дамуы мен кедергілері жайында түсінік беру.

3. Дәріс тезистері:

- ДМТ/EBN ақпаратты қолдану
- Дәлелді тәжірибе қазақстандық мейірбикенің негізгі құзыреттілігі

Мейіргерлік мамандықтары денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық қызметтерді дамыту үшін шешуші мәнге ие. Сапалы мейіргерлік қызметтердің дамуы мейіргер ісі саласындағы клиникалық шешімдерді қабылдау дәлелдерге негізделуін талап етеді. Жекелеген зерттеулер нәтижесінде алынған қазіргі уақытта қолда бар ғылыми деректер, мысалы, жүйелі шолулар, дәлелдемелер түйіндемелері, ең жақсы тәжірибенің ақпараттық парақтары және науқастардың күтімі бойынша клиникалық басшылықтар үшін, жалпылануы керек, және осыдан кейін тәжірибелік ортада қолданылуы тиіс.

ДМТ/EBN ақпаратты қолдану – бұл ынтымақтастық, оқыту және іс жүзінде талқылау. EBN іс жүзінде қолдану кезінде өзгерістерді жеңілдету үшін нақты бағытталған және ынталандыру әрекеттерін ескеру маңызды. Мейіргер ісінде мейіргерлер мен олардың көшбасшылары тәжірибені жақсарту үшін керек, және, мысалы, жергілікті көшбасшыларды ДМТ/EBN тағайындау ДМТ/EBN пайдаланылуын қолдау және оның рөлін күшейту әдістерінің бірі болып табылады.

Дәлелді мейірбике ісі, дәлелді тәжірибе және дәлелді медицина тұжырымдамалары, сондай-ақ дәлелді тәжірибе қазақстандық мейірбикенің негізгі құзыреттілігі болып табылады.

Дәлелді мейірбике іс-тәжірибесінің сапасын жақсарту үшін жағымды ұйымдастырушылық мәдениет қажет. Финляндиядан келген бас оқытушы Х.Хопия өзінің мақаласында «Дәлелді мейірбикелік тәжірибе үшін оң ұйымдық мәдениетті қалай құруға болады?» атты мақаласында дәлелді мейірбикелік тәжірибиенің сәтті және тиімді жүзеге асырылуына әсер ететін факторлар жазылған. Оқытушы А.Үмбетжанова және басшы Зауре Байғожина "Қазақстан Республикасындағы клиникалық мейіргерлік басшылықты әзірлеудегі тәжірибе" атты мақала жазды. Мақалада клиникалық мейірбикелік нұсқаулықтар мейірбикелік практиканы Мейірбике ісі саласындағы соңғы ғылыми мәліметтерге сәйкес келтіруге арналған ғылыми-практикалық құралдар болып табылатыны көрсетеді. Бұл мақала мейірбике ісінің барлық студенттері үшін міндетті түрде оқылуы керек және мейірбике ісінің барлық мүдделі тараптарына таныс болуы керек.

Мейірбикелік іс жетекшілері медициналық ұйымдардың клиникалық бөлімшелерінде дәлелді практиканы ілгерілетуде маңызды рөл атқарады. Кәсіби қызығушылық, пациенттердің әл-ауқатына назар аудару, сыни ойлау және қазіргі күтім тәжірибесін сыни бағалау дәлелдемелерге негізделген өзгерістерді жүзеге асырудың маңызды қозғаушы күші болып табылады.

Мейіргерлерді даярлау ДМТ бойынша оқытуды қамтығаны маңызды. Сондай-ақ, оқу материалы нақты мейіргерлерге арналған болуы және, мысалы, медициналық сарапшылардың оқуымен бірдей болмағаны жөн.

ProInCa жобасы (Денсаулық сақтау қызметтерінің ауысу кезеңінде мейіргер ісі саласындағы жоғары білім берудің инновациялық элеуетіне жәрдемдесу) шеңберінде ДМТ жөніндегі ұсынылған ұлттық оқу материалдары жоғары білім беру бойынша еуропалық және қазақстандық әріптестермен ынтымақтастықта әзірленді. Материалдар 2019 жылы апробацияланып, 2020 жылы аяқталды. Осы жобада материалдардың келесі деңгейлері әзірленетін болады:

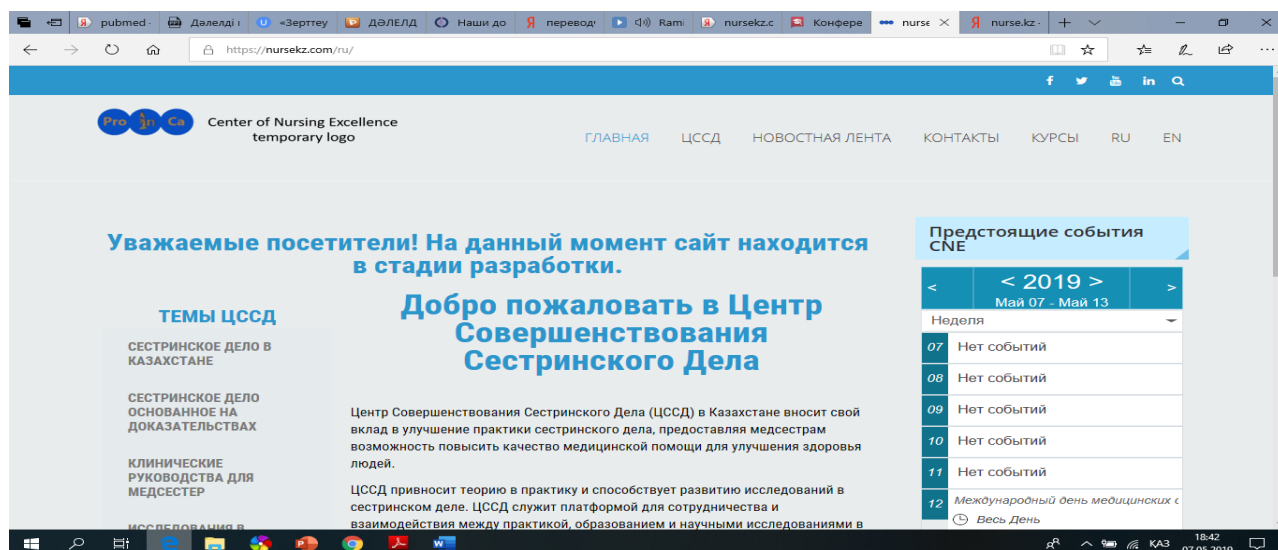
- Базалық Мейіргер ісі, дәлелдемелер негізінде (бакалавр дәрежесі үшін, оқытудың 1-ші жылы);
- Ілгері Дәлелді Мейіргерлік Тәжірибе (бакалаврларға арналған, оқытудың 4-ші курсы);
- Дәлелді Мейіргерлік Тәжірибе пәні бойынша үлгілік оқу бағдарламасы (магистрлерге арналған).

Дәлелді мейіргерлік зерттеу басқа мамандардың ең үздік клиникалық дәлелді зерттеулеріне сүйене отырып, тәжірибе негізінде дәлелді шешім қабылдауды қарастырады. Яғни мейіргер зерттеу жүргізу үшін дәлелді зерттеуге негізделген ақпарат көздеріне сүйенуі керек.

Сондықтан мейіргер зерттеуге қажетті дәлелді ақпарат көздерін тиімді пайдалана білуі тиіс. Ол мейіргерлік тәжірибенің сапасының артуына әсер етеді.

Мейірбике ісіндегі ғылыми зерттеулер кез келген басқа ғылыми пән сияқты кәсіби қызметті жүзеге асыруға мүмкіндік беретін нақты ғылыми дәлелді ақпараттарды алу әдісі болып табылады.

Қазақстандағы дәлелді ақпарат көздері



Бұл база - Қазақстандағы Мейірбике ісін жетілдіру орталығы (МІЖО) деп аталмақ.

Қорытындылай келе мейіргерлік істе зерттеу жүргізудің түпкі мақсаты-мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру. Ал мейіргерлік тәжірибенің сапасын арттыру үшін мейіргерлер зерттеуге қажетті дәлелді ақпараттарды қолдана білуді, ақпаратты қалай дұрыс пайдалану, қандай жарияланымдар мен ұсыныстарға сенім білдіру керектігін білуі тиіс. Пациенттерге көмек көрсету барысында жасалатын іс-әрекеттердің барлығы дәлелденген медицинаға негізделген болуы маңызды. Осы зерттеу барысында шетелдек дәлелді ақпарат көздері қарастырылды. Және де Қазақстандағы Мейірбике ісін жетілдіру орталығы (МІЖО) медбикелерге адамдардың денсаулығын жақсарту үшін медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік бере отырып, мейірбике ісінің тәжірибесін жақсартуға өз үлесін қосады деп күтілуде.

4.Көрнекі материалдар: 15-20 слайд

5.Әдебиеттер:

Негізгі әдебиеттер

1. Мейірбике ісіндегі менеджмент [Мәтін] : оқу құралы / К. Ш. Сыздыкова [т. б.]. - Қарағанды : АҚНҰР, 2019. - 246 б. с
2. Хамзина, Н. К. Менеджмент в сестринском деле: учеб. пособие 2-е изд. – Алматы : Эверо, 2015. – 196 с.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Мейіргер ісі-1» кафедрасы	№72/ 11 ()	
Дәріс кешені	28 беттің 27 беті	

3. Дәріс кешені «Мейірбике ісіндегі менеджмент» пәні бойынша: дәріс кешені Мейірбике ісі кафедрасы анестезиология және реаниматология курсымен. – Шымкент : ОҚМФА, 2015. – 42бет.

Қосымша әдебиеттер:

1. Денсаулық сақтаудағы менеджмент [Мәтін] : дәрістік топтама / Ж. С. Төлебаев [ж/б.]. - Алматы : АҚНҰР, 2016. - 258 бет. с
2. Сыздыкова, К. Ш. Экономика и маркетинг в здравоохранении [Текст] : учебное пособие / К. Ш. Сыздыкова, Ж. С. Тулебаев, Э. А. Актуреева. - Алматы : ИП "Ақнұр", 2015. - 274 с.
3. Сыздыкова, К. Ш. Менеджмент в здравоохранении [Текст] : учебное пособие / К. Ш. Сыздыкова, А. Р. Рыскулова, Ж. С. Тулебаев. - Алматы : ИП Изд-во "Ақнұр", 2015. - 236 с.

6. Бағдарламамен қамтамасыз ету және Интернет ресурс:

1. К.Ш. Сыздыкова, Ж.С. Тулебаев, Н.С. Мусина, А.А. Маукенова, А.Р. Рыскулова, Н.Н. Авгамбаева МЕЙІРБИКЕ ІСІНДЕГІ МЕНЕДЖМЕНТ, Оқу құралы, Қарағанды 2020 <https://aknurpress.kz/reader/web/1434>
2. К.Ш. Сыздыкова, Ж.С. Тулебаев, Н.С. Мусина, А.А. Маукенова, А.Р. Рыскулова, Н.Н. Авгамбаева МЕНЕДЖМЕНТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ Учебное пособие, Караганда, 2020 <https://aknurpress.kz/reader/web/1433>
3. МЕНЕДЖМЕНТ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ Учебное пособие. Второе издание/ Хамзина Н.К., Бейсенова Г.С., Имашева Б.С. – Алматы:Эверо, 2020. – 196 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/495/
4. Тасмагамбетова А.А., Сыздыкова К.Ш., Тулебаев Ж.С., Авгамбаева Н.Н., Административный процесс и менеджмент в сестринском деле: учебное пособие. -Алматы: ТОО «Эверо», 2020, - 304 с. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/431/
5. А.К. Тургамбаева ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ Учебник, Караганда, 2016 <https://aknurpress.kz/reader/web/1431>

7.Бақылау сұрақтар (кері байланыс):

- ДМТ/ЕВН ақпаратты қалай қолдану керек?
- Қазақстандық мейірбикенің негізгі құзыреттіліктері қандай?



«Мейіргер ісі-1» кафедрасы

№72/ 11 ()

Дәріс кешені

28 беттің 28 беті