

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК 614.2:371.7(574)

На правах рукописи

**АБИЛЬДИНА АКБОТА СУЛЕЙМАНОВНА**

**Совершенствование комплексной программы укрепления здоровья  
казахстанских школьников с использованием концепции  
Всемирной организации здравоохранения**

8D10103 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени  
доктора философии (PhD)

Отечественный научный консультант  
кандидат медицинских наук,  
ассоциированный профессор  
А.К. Тургамбаева

доктор медицинских наук,  
Г.А. Жаксылыкова

Зарубежный научный консультант  
доктор PhD,  
Osama Ali Maher

Республика Казахстан  
Астана, 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ</b> .....	4
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ</b> .....	7
<b>ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ</b> .....	10
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	11
<b>1 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНЦЕПЦИИ ВОЗ ШКОЛЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b> .....	17
1.1 Опыт прогрессивных стран в методах оценки эффективности программ укрепления здоровья детей в школьной среде.....	17
1.1.1 Протокол проведения литературного обзора.....	19
1.1.2 Методы поиска .....	19
1.1.3 Критерии отбора .....	20
1.1.4 Результаты литературного обзора .....	20
1.2 Анализ потенциала национальной системы школьного здравоохранения для реализации принципов Школ, способствующих укреплению здоровья.....	26
1.2.1 Финансирование ШСЗ.....	28
1.2.1.2 Доступность.....	30
1.2.1.3 Приемлемость.....	32
1.2.1.4 Участие.....	32
1.2.1.5 Эффективность и безопасность.....	33
1.2.1.6 Резюме.....	33
1.2.2 Оборудование школьных медицинских кабинетов.....	34
1.2.2.1 Доступность учебных материалов по укреплению здоровья.....	35
1.2.2.2 Резюме.....	36
1.2.3 Сотрудничество с другими участниками в условиях школы.....	36
1.2.3.1 Сотрудничество с родителями и детьми.....	37
1.2.3.2 Сотрудничество с членами местного сообщества.....	37
1.2.3.3 Резюме.....	38
1.2.4 Дополнительные характеристики: механизмы, ресурсы и возможности.....	40
1.2.4.1 Функции среднего медицинского работника ШСЗ.....	42
1.2.4.2 Мониторинг ШСЗ.....	43
<b>2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	45
2.1 Фрагмент исследования 1.....	45
2.2 Фрагмент исследования 2.....	45
2.3 Фрагмент исследования 3.....	48
2.4 Фрагмент исследования 4.....	55
2.5 Фрагмент исследования 5.....	56

<b>3 ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ В ВОПРОСАХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ШКОЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....</b>	<b>57</b>
<b>4 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШКОЛЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ.....</b>	<b>70</b>
<b>5 ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПИТАНИЯ И УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ ОПРОСА.....</b>	<b>86</b>
5.1 Характеристики питания детей.....	86
5.2 Физическая активность и малоподвижное поведение.....	90
5.3 Школьная среда и возможности для физической активности.....	91
5.4 Маршруты в школу.....	92
<b>6 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КАЗАХСТАНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНЦЕПЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....</b>	<b>94</b>
6.1 Роль учителя в укреплении здоровья в школьной системе.....	94
6.2 Требуемые или желаемые специфические навыки учителя.....	95
6.3 Роль медицинских работников в укреплении здоровья в школьной системе.....	95
6.4 Стратегия внедрения укрепления здоровья в школьную систему.....	96
6.5 Учебные часы, посвященные укреплению здоровья в школе.....	96
6.6 Модель совершенствования комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья».....	97
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>101</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>105</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А – Форма для проведения антропометрического обследования детей.....</b>	<b>113</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Вопросник для детей.....</b>	<b>115</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В – Вопросник для родителей.....</b>	<b>120</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Утверждение кандидатуры для участия в исследовании.....</b>	<b>124</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Д – Акты внедрения.....</b>	<b>126</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Е – Выписки из протокола заседания.....</b>	<b>134</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Ж – Авторское свидетельство.....</b>	<b>135</b>

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:  
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 20 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-290/2020.

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 30 октября 2020 года, №ҚР ДСМ-170/2020.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020–2025 годы: утв. 26 декабря 2019 года, №982 (изм. на 26 декабря 2019).

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан: утв. 3 февраля 2016 года, №85.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи: утв. 30 сентября 2011 года, №665.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года, №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»: утв. 27 февраля 2017 года, №39.

Приказ и.о. Министра национальной экономики Республики Казахстан. Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»: утв. 24 февраля 2015 года, №127.

Национальный календарь прививок для детей за счет средств республиканского бюджета.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Дорожной карты по усилению защиты прав ребенка, противодействию бытовому насилию и решению вопросов суицидальности среди подростков на 2020-2023 годы: утв. 30 марта 2020 года, №156.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению: утв. 23 сентября 2020 года, №ҚР ДСМ-109/2020.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования»: утв. 16 августа 2017 года, №611.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении состава аптечки для оказания первой помощи: утв. 8 октября 2020 года, №ҚР ДСМ-118/2020.

Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан. Об утверждении Типовых квалификационных характеристик должностей педагогических работников и приравненных к ним лиц: утв. 13 июля 2009 года, №338.

Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан. О внесении изменений в некоторые приказы Министра образования и науки Республики Казахстан – ИПС «Әділет»: утв. 17 мая 2019 года, №216 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 20 мая 2019 года, №18700).

Постановление Главного Государственного санитарного врача Республики Казахстан. О дальнейшем усилении мер по предупреждению заболеваний коронавирусной инфекцией среди населения Республики Казахстан: утв. 23 октября 2020 года, №57 (приложение 14).

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования»: утв. 16 августа 2017 года, №611 (глава 10).

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам организаций образования: утв. 7 апреля 2017 года, №141 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 мая 2017 года, №15131).

Закон Республики Казахстан. Об образовании: принят 27 июля 2007 года, №319-III.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 20 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-290/2020.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 гг.: утв. 26 декабря 2019 года, №982 (изменения на 26 декабря 2019 г.).

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи: утв. 30 сентября 2011 года, №665.

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 г. №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»: утв. 27 февраля 2017 года, №39.

Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Инструкции по организации и

осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу: утв. 22 августа 2014 года, №19.

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

**Буллинг** – Агрессивное преследование одного из членов коллектива (особенно коллектива школьников и студентов, но также и коллег) со стороны другого, но также часто группы лиц, не обязательно из одного формального или признаваемого другими коллектива. Травлю организует один (лидер), иногда с сообщниками, а большинство остаются свидетелями. При травле жертва оказывается не в состоянии защитить себя от нападков, таким образом, травля отличается от конфликта, где силы сторон примерно равны. Травля может быть и в физической, и в психологической форме. Проявляется во всех возрастных и социальных группах. В сложных случаях может принять некоторые черты групповой преступности [1].

**Блейминг** – Обвинение жертвы (англ. Victim blaming), происходит, когда на жертву преступления, несчастного случая или любого вида насилия возлагается полная или частичная ответственность за совершённое в отношении него/неё нарушение или произошедшее несчастье.

**Внешкольное сообщество** – Ресурсы, которые находятся вне школьного сообщества, но способствуют развитию и укреплению возможностей и потенциала школы.

**Грамотность в вопросах здоровья** – Когнитивные и социальные навыки, которые определяют мотивацию и способность людей получать доступ, понимать и использовать информацию таким образом, чтобы способствовать и поддерживать хорошее здоровье.

**Европейская сеть Schools for Health in Europe** – Некоммерческая организация, цель которой – укрепить здоровье детей и подростков в Европе и Центральной Азии. Объединяя образование и здоровье, она стремится улучшить здоровье посредством лучшего образования.

**Жизненные навыки** – Способности к адаптивному и позитивному поведению, которые позволяют людям эффективно справляться с требованиями и проблемами повседневной жизни [2].

Жизненные навыки состоят из личных, межличностных, когнитивных и физических навыков, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнь, а также развивать способность жить с окружающей средой и вносить в нее изменения

**Здоровье** – Состояние полного физического, социального и психического благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов.

**Здоровые привычки** – Поведение человека в отношении здоровья, которое описывает модели, действия и привычки, связанные с поддержанием, восстановлением и улучшением здоровья группы или отдельного человека. Определенное поведение, связанное со здоровьем, может быть начато в подростковом возрасте, тогда как другие модели поведения, такие как режим питания, устанавливаются в более раннем детстве.

**Кибербуллинг** – Это запугивание и травля с использованием цифровых технологий в течение продолжительного периода времени в социальных сетях, в приложениях для обмена сообщениями, на игровых платформах и мобильных телефонах, цель которых напугать, разозлить или опозорить тех, кого преследуют.

**Инфекционные заболевания** – Группа заболеваний, вызываемых проникновением в организм патогенных (болезнетворных) микроорганизмов вирусов.

**Психическое здоровье** – Это состояние благополучия, в котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справиться с обычными жизненными стрессами, продуктивно работать и внести свой вклад в жизнь общества.

**Неинфекционные заболевания** – Группа нарушений здоровья, которая включает диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические респираторные болезни и психические расстройства – вызывают 86% смертности и 77% бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ. Эти нарушения во многом предотвратимы и связаны общими факторами риска, глубинными детерминантами и возможностями для вмешательств.

**Обратная связь** – Отзыв, отклик, ответную реакцию на какое-либо действие или событий

**Обучение вопросам здоровья** – Включает в себя сознательно созданные возможности для обучения, включая некоторые формы общения, предназначенные для повышения медицинской грамотности, включая улучшение знаний и развитие жизненных навыков, благоприятных для человека и сообщества здоровье.

**Поведение в отношении здоровья** – Любая деятельность, предпринимаемая человеком, независимо от фактического или предполагаемого состояния здоровья, с целью укрепления, защиты или поддержания здоровья, независимо от того, является ли такое поведение объективно эффективным для этой цели.

**Поведенческие факторы риска** – Какое-либо свойство или особенность человека, или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы. Наиболее важными факторами риска являются пониженная масса тела, небезопасный секс, высокое кровяное давление, потребление табака и алкоголя и небезопасные вода, санитария и гигиена [3].

**Профилактика заболеваний** – Меры не только по предотвращению возникновения заболевания, например, по снижению факторов риска, но также по остановке его прогрессирования и уменьшению последствий после установления.

**Репродуктивное здоровье** – Это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.



**Сообщество** – Конкретная группа людей, часто проживающих в определенной географической области, разделяющих общую культуру, ценности и нормы, выстраивается в социальную структуру в соответствии с отношениями, которые сообщество развило в течение определенного периода времени. Члены сообщества обретают свою личную и социальную идентичность, разделяя общие убеждения, ценности и нормы, которые были разработаны сообществом в прошлом и могут быть изменены в будущем. Они демонстрируют некоторую осведомленность о своей идентичности как группе, разделяют общие потребности и стремление удовлетворить их.

**Социальная среда** – Социальная среда школы относится к качеству взаимоотношений между учениками, а также между учениками и учителями, другим персоналом и руководством школы. Этот компонент также включает школьную политику, связанную со здоровьем, благополучием, издевательствами, безопасностью, инклюзивностью и разнообразием, а также школьные социальные сети и виртуальную среду. Эти формы социального общения также могут влиять на здоровье и благополучие и являются важной частью школьной культуры.

**Тролинг** – Форма социальной провокации во время общения в социальных сетях, больше направленное на узнаваемость, публичность и эпатаж; также характерно для анонимных пользователей.

**Укрепление здоровья** – Это процесс, позволяющий людям усилить контроль и улучшить свое здоровье и свои обстоятельства.

**Физическая активность** – Это какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий. Термин «физическая активность» не следует путать с понятием «упражнение» – одной из категорий физической активности, которое является запланированным, структурированным, повторяющимся и направлено на улучшение или поддержание одного или нескольких компонентов физического состояния.

**Физическая среда** – К физической среде школы относятся размеры классных комнат, внешнее пространство, внутренний климат, освещение, шум, гигиена, архитектура, дизайн интерьера, мебель и внутренние помещения.

**Школы, способствующие укреплению здоровья** – Школа, которая постоянно укрепляет свой потенциал в качестве здоровой среды для жизни, обучения и работы.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АТН	– Употребление алкоголя, табака и наркотиков
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВОП	– Врач общей практики
ГОБМП	– Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДПСЗ	– Доброжелательные к подросткам службы здравоохранения
ЗОЖ	– Здоровый образ жизни
КПН	– Комплексный подушевой норматив
КПР ООН	– Конвенция ООН о правах ребёнка
МЗ РК	– Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МИС	– Медицинская информационная система
МОН РК	– Министерство образования и науки Республики Казахстан
ОСМС	– Обязательное социальное медицинское страхование
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
РГП на ПХВ	– Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения
РК	– Республика Казахстан
РЦЭЗ	– РГП на ПХВ Республиканский центр электронного здравоохранения
СЭС	– Социально-экономический статус
ШСЗ	– Школьные службы здравоохранения
ШМР	– Школьный медицинский работник
ШСУЗ	– Школы, способствующие укреплению здоровья

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность темы.**

В Оттавской хартии укрепления здоровья говорится, что «здоровье создается и поддерживается людьми в пределах их повседневной жизни; где они учатся, работают, играют и живут» [4]. Школа – фундаментальный институт не только в строительстве образовательных достижений, но также для создания возможностей для оздоровления учащихся, чтобы они могли быть активными участниками своих сообществ [5-7].

Было предпринято много попыток улучшить поведение детей в отношении здоровья с помощью различных школьных программ по укреплению здоровья; эти программы показали положительное влияние на физическое, психическое и социальное здоровье детей школьного возраста [8, 9].

Многие зарубежные исследования показали потенциал подхода, основанного на принципе окружающих условий, в улучшении показателей здоровья в школах с помощью концепции «Школы, способствующей укреплению здоровья» (ШСУЗ) [10-12]. Впервые она была обозначена на конференции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в начале 1980-х годов и олицетворяла целостный, общешкольный подход к здоровью. Это программа продвижения здоровья, при которой широкая программа медицинской грамотности поддерживается окружающей средой и духом школы [13-15]. Хорошо разработанные программы ШСУЗ экономически эффективны, поскольку побуждают детей к выбору поведения в пользу здоровья и сокращают вредные для здоровья привычки [16-20].

Принцип реализации концепции ШСУЗ базируется на применении инструментов оценки и планирования, охватывающих шесть ключевых областей (политика в области здравоохранения, физическая и социальная среда, отношения с общественностью, личные навыки в области здоровья и медицинские услуги), которые были разработаны для оказания школам помощи в стратегическом решении конкретных проблем школьного здравоохранения. Каждая ключевая область имеет ряд компонентов и соответствующих наборов показателей, которые актуальны, адаптируемы и достижимы с учетом контекста, характерного для каждого региона.

С мая 1999 года Республика Казахстан является официальным членом Европейской сети «Школы, способствующие укреплению здоровья».

В 2017 году в Республике Казахстан было проведено пилотное внедрение ШСУЗ в 6 школах в Мангистауской (Средняя школа №12 Мунайлинского района и Средняя школа №20, г. Актау), Кызылординской (Средние школы №35 и №198 г. Кызылорда) областях и городах Алматы (Средняя школа №116) и Астана (Школа-гимназия №10).

По итогам пилотного внедрения, 6 школ отметили рост качества знаний и улучшение показателей здоровья в классах, активизацию внеклассных мероприятий по формированию ЗОЖ, повышение качества питания школьников; установлены диспенсеры для воды и питьевые фонтаны с

фильтром; приобретены спортивные формы, спортивный инвентарь, методическая литература; открыты новые кружки и другое.

Одним из их успехов является снижение числа учеников с избыточным весом: в начале проекта таких учеников было 88 человек, к концу проекта – 63 человека.

Другим фактором успеха было увеличение на 25% учеников, заинтересованных в занятии любыми видами спорта, укрепляющими здоровье.

По результатам национального исследования 19,1% казахстанских детей в возрасте 8 и 9 лет имеют избыточную массу тела, 6,0% детей имеют ожирение, 1,1% – чрезмерное ожирение, 3,4% детей имеют недостаточную массу тела [21].

Детское ожирение является основной причиной неинфекционных заболеваний, а также влияет на самооценку и социальные коммуникации среди сверстников. Только в 48,6% опрошенных школах учебное расписание включает уроки по рациональному питанию, в виде отдельного предмета или как часть других уроков [22].

По результатам пилотного внедрения и национальных эпидемиологических исследований в области здоровья детей и подростков Министерством здравоохранения Республики Казахстан было принято решение о расширении в 2019 году инициативы ШСУЗ в стране посредством поэтапного внедрения во всех регионах страны.

Из 7017 школ в республике в 2019 году в проекте ШСУЗ участвовали 735 школ (10%). Для закрепления обязательств всех заинтересованных сторон реализация ШСУЗ была включена в государственную программу «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» [23].

Помимо этого, данное исследование является обязательной частью имплементации проекта ШСУЗ в Казахстане, закрепленной в Дорожной карте по реализации проекта «Школы, способствующие укреплению здоровья» (№01-1-0/9305-вн от 11.09.2020). Проект определен как приоритетное направление для сохранения и укрепления здоровья учеников, преподавательского и преподавательского состава в школьной среде.

Казахстанское расширение инициативы ШСУЗ является флагманом среди близлежащих стран. Многие соседние страны проявляют интерес к казахстанскому успешному опыту реализации ШСУЗ, привлекают для дальнейшей трансляции и адаптации под условия своего региона. Помимо этого, страна получает методологическую и техническую поддержку от Европейского регионального бюро ВОЗ, Странового офиса ВОЗ в Казахстане, а также от Европейской сети Schools for Health in Europe.

Таким образом, на основании вышеизложенного, актуальность данной темы позволяет провести нам дальнейшее исследование.

**Цель исследования.** Оценить систему школьного здравоохранения Казахстана на основании сравнений эффективности программ укрепления здоровья с использованием концепции ВОЗ «Школы, способствующей укреплению здоровья» и традиционной программы укрепления здоровья на базе школ у учащихся начального звена.

### **Задачи исследования:**

- 1) изучить потребности детей в вопросах укрепления здоровья в рамках школьных медицинских услуг;
- 2) оценить эффективность мер в рамках концепции ШСУЗ на основании индекса массы тела (ИМТ);
- 3) определить факторы образа жизни, питания и уровня физической активности на основании опроса родителей;
- 4) разработать рекомендации для реализации комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции ВОЗ «Школы, способствующей укреплению здоровья».

### **Материалы и методы исследования:**

- 1) обзор литературы. Были проанализированы данные актуальных опубликованных исследований в международных базах MEDLINE (PubMed), Springer, EMBASE, Cochrane, Elsevier, Web of Science. Проведён систематический обзор доказательств по ключевым словам с использованием методологии PICO. Проведен анализ методологических и рамочных документов Всемирной организации здравоохранения;
- 2) проведен ретроспективный анализ нормативно-правовых актов по национальной системе школьного здравоохранения по материалам «Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан» (2017-2021 годы), база данных Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр электронного здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК);
- 3) обсуждены в фокусных группах мнения учеников и родителей;
- 4) проведено измерение роста и веса детей 8–10 лет для расчета индекса массы тела (Приложение А).

Метод одномоментного исследования был использован для изучения популяции детей в школах с одинаковыми характеристиками и условиями функционирования, часть из которых реализуют программы укрепления здоровья с использованием концепции ШСУЗ, другие – с традиционной программой укрепления здоровья для учащихся начального звена.

Данные собраны путем популяционного опроса и анкетирования родителей, учителей и школьной администрации (Приложения Б, В).

**Научная новизна.** Впервые, на основе комплексного подхода и системного анализа эффективности применения в Казахстане концепции ВОЗ – ШСУЗ выявлены приоритетные факторы риска: показатели здоровья, социально-экономические показатели.

Впервые научно обоснована реализация многоаспектного подхода профилактических программ, основанных на индикаторе ИМТ в плане укрепления здоровья школьников на Национальном уровне, в отличие от календарно-тематического подхода здорового образа жизни (ЗОЖ), при выполнении которых ИМТ детей не менялся.

### **Практическая значимость**

Результаты исследования могут быть использованы для разработки и улучшения качества услуг школьной медицины, для разработки стандартных операционных процедур, алгоритмов оказания медико-социальной помощи детям и подросткам.

Полученные данные позволят разработать стратегию для эффективного расширения инициативы ШСУЗ в Казахстане в рамках государственной программы «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». Проект определен как приоритетное направление для сохранения и укрепления здоровья учеников, преподавательского и непедагогического состава в школьной среде.

### **Теоретическая значимость**

Теоретическая значимость работы определяется глубоким анализом существующей системы школьной медицины в Казахстане. Предложенные рекомендации могут быть использованы в укреплении его потенциала и повышении качества медицинских услуг, дружественных для детей и подростков.

Фактический материал может быть использован при разработке политики и стратегий в области укрепления здоровья детей и молодежи, а также для формирования мнений лиц, принимающих решения, и иных стейкхолдеров; для разработки стандартов школьной медицины, алгоритмов оказания медико-социальной помощи дружественной детям и молодежи; для создания учебных материалов по школьной медицине и обучения региональных координаторов ШСУЗ.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Существующая система школьного здравоохранения не в полной мере покрывает потребности детей в вопросах укрепления здоровья.

2. Показатели избыточного веса среди учеников, которым применили общешкольный подход, ниже, чем у учеников с тематическими краткосрочными подходами здорового образа жизни, основанными исключительно на информированности.

3. Существующие показатели факторов образа жизни, питания и уровня физической активности детей требуют принятия мер по формированию навыков в пользу здорового выбора и пищевого поведения.

4. Общешкольный подход оказывает больший эффект на здоровье, чем тематические краткосрочные подходы, основанные исключительно на информированности.

### **Апробация диссертации**

Основные положения диссертационной работы доложены на:

1. International Adolescent Health On-line Conference 2020/IV-th biennial National Conference in adolescent health «Protection of the adolescent health and development in context of COVID-19 crisis» (Chisinau, 2020 – 26-27 November).

2. III онлайн-конференция «Современная наука. Управление и стандарты научных исследований», сборник статей и тезисов, «Оценка национальной

системы школьного здравоохранения для внедрения комплексного подхода к укреплению здоровья школьников Казахстана» (Прага, 2021 – 22-23 апреля).

3. «Последующие шаги – меры, предпринятые после проведения оценки: Казахстан». Итоговая конференция. Проект по улучшению Школьных Служб Здравоохранения (ШСЗ) в Европейском регионе ВОЗ (Москва, 2021 – 18-19 ноября).

4. V Международная научно-практическая конференция «Инновационные технологии в фармации», сборник статей и тезисов, «Relevance of school health services to the actual needs of children and parents» (Прага, 2022 – 29-30 марта).

5. 2022 NEPA Europe Conference: An ecosystem approach to health-enhancing physical activity promotion. September 2022. Volume 32 Supplement 2. ABSTRACT SUPPLEMENT. «Physical activity surveillance across the life-course: from data to policy». European Public Health Association 2022.

#### **Личный вклад диссертанта**

Провела сбор материала, обсуждение в фокусных группах, адаптацию руководства для школ по реализации ШСУЗ в Казахстане.

Принимала непосредственное участие в проведении тренингов для региональных координаторов ШСУЗ, участвовала в международном исследовании по изучению национальных систем школьного здравоохранения в Европейском регионе (Приложение Г).

Провела кодирование конфиденциальных персональных данных участников исследования, анализ и форматирование полученных данных, статистическую обработку, а также провела поиск литературных источников согласно теме диссертационной работы.

Вклад автора в работу подтвержден публикацией в научных журналах и участием в научных конференциях, согласно поставленным задачам диссертационной работы.

Внедрение в практику (Приложение Д).

Результаты диссертационной работы внедрены в практику в следующих организациях:

1. РПП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

2. «Общеобразовательная школа №12» отдела образования по Мунайлинскому району Управления образования Мангистауской области.

3. ТОО «Clinic Miras», город Караганда.

4. «Городская поликлиника №11» акимата города Астана.

5. «Городская поликлиника №14» акимата города Астана.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 11 научных работ:

– из них 3 статьи в журналах, индексируемых в базах Web of Science и Scopus;

– 3 в изданиях, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан (МОН РК);

– 3 тезиса и 2 доклада на международной научно-практической конференции;

– 1 методическое руководство по реализации проекта ШСУЗ в «Реализации принципов укрепления здоровья и благополучия в школах Казахстана в контексте существующих условий» (Приложение Е);

– 1 авторское свидетельство (Приложение Ж).

**Объем и структура диссертации.** Диссертационная работа представлена на 112 страницах (без учета приложений), состоит из следующих разделов: введение, обзор литературы, материалы и методы исследования, теоретическая и практическая части собственных исследований, заключение, приложения. Работа иллюстрирована 34 таблицами и 18 рисунками. Список использованных источников включает 113, из которых 83 (73%) – на английском языке.



# 1 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНЦЕПЦИИ ВОЗ ШКОЛЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

## 1.1 Опыт прогрессивных стран в методах оценки эффективности программ укрепления здоровья детей в школьной среде

ШСУЗ являются ключевой концепцией ВОЗ для повышения здоровья детей и молодежи. Поэтому база научных исследований, относящихся к данной области, регулярно обновляется, что позволяет ученым проводить новые обзоры и исследования. Ученые продолжают работать над поиском новых доказательств эффективности ШСУЗ, которые стремятся развивать холистический подход к укреплению здоровья детей в школьной среде. Недавние научные статьи [5, р. 101138-1; 6, р. 237; 13, р. 1088-1] обращают внимание на необходимость оценки эффективности подобных программ.

Оценка эффективности программ укрепления здоровья детей с использованием концепции ШСУЗ, может быть проведена с помощью различных методов и инструментов, таких как опросники, тесты, мониторинг физического состояния или показателей здоровья и др. В этом систематическом обзоре мы рассмотрели статьи, которые исследовали эффективность этой концепции.

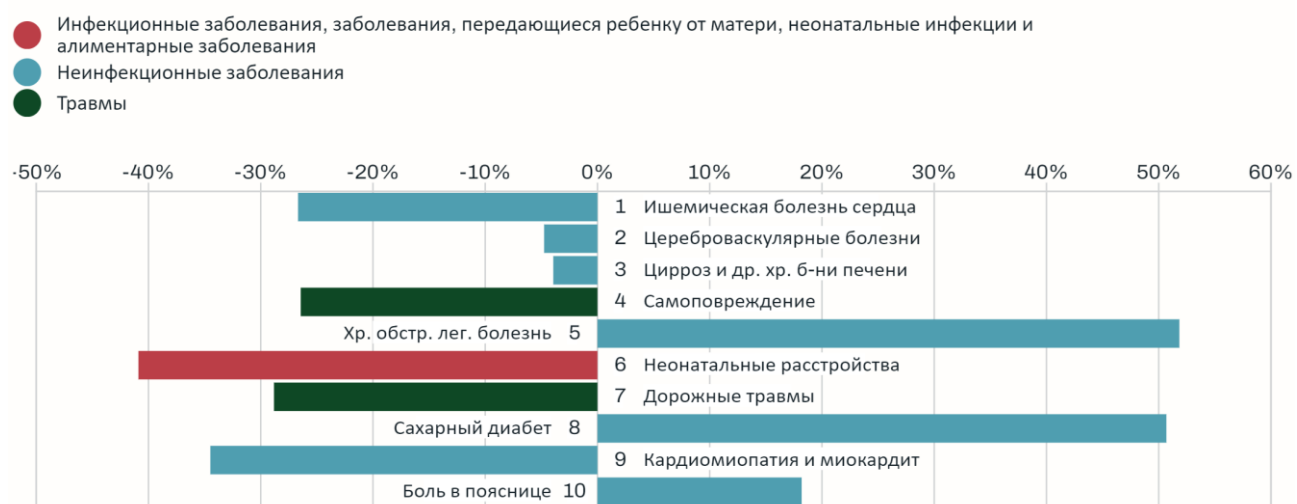


Рисунок 1 – 10 основных причин смерти и инвалидности

Примечание – Составлено по источнику [24]

На рисунке 1 продемонстрирован показатель DALY – годы жизни с поправкой на нетрудоспособность в 2019 г. и процентное изменение по сравнению с 2009 г. по всем возрастным группам [25]. Приведенные данные явно демонстрируют необходимость увеличения внимания к вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний, которые возникают в результате поведенческих рисков.

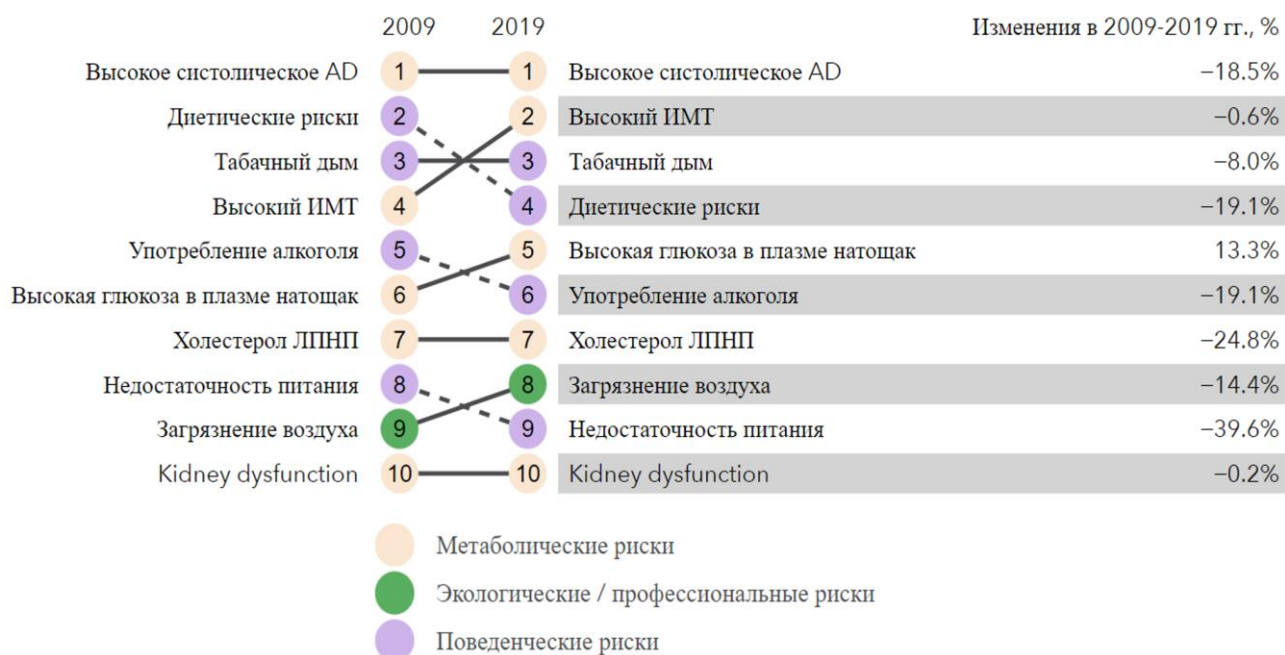


Рисунок 2 – Факторы риска, приводящие к потерям от смерти и несмертельных нарушений здоровья в Казахстане

Примечание – Составлено по источнику [24]

В соответствии с рисунком 2, среди факторов риска, которые приводят к потерям от смерти и инвалидизации в Казахстане, поведенческие риски занимают 40%. Но в динамике с 2009 по 2019 годы бремя от поведенческих рисков снизилось в среднем 21,45%, в частности наблюдается динамическое снижение бремени от рисков недостаточности питания, что составило 39,6%. Бремя от рисков употребления алкоголя и диетических рисков снизились на 19,1%. Бремя от рисков в следствии табачного дыма одинаково занимают третье место как 2009 году, так и 2019 году и снизилось на 8,0% [24].

Эти данные демонстрируют необходимость повышения внимания к проблеме профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний (рисунок 3). Главную позицию в перечне десяти ведущих причин смертности у взрослого населения занимают сердечно-сосудистые заболевания, диабет и деменция в глобальном масштабе.

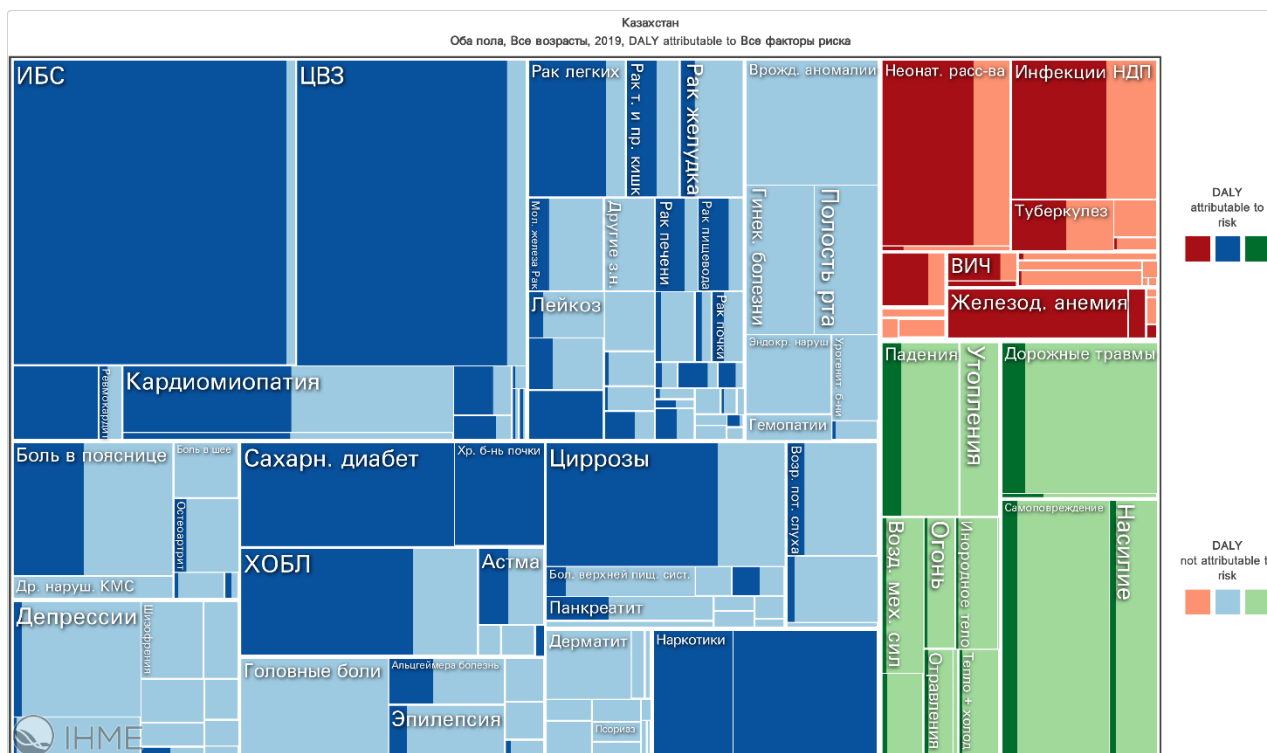


Рисунок 3 – 10 основных факторов риска, повлиявших на показатель DALY в 2019 г., и процентное изменение по сравнению с 2009 г. по всем возрастным группам

Примечание – Составлено по источнику [25]

Из рисунка 3 видно, в масштабах Казахстана у взрослого населения лидирующие позиции по показателям факторов риска, влияющих на DALY занимают ишемическая болезнь сердца (10,94%), цереброваскулярные заболевания (8,88%), цирроз и другие заболевания, при хронических заболеваниях печени (3,77%), сахарный диабет (2,84%), кардиомиопатия и миокард (2,77%) [25].

Но динамика годового изменения показателя смертности от кардиомиопатии и миокарда резко увеличились от 1,01 до 3,53% с 2018 по 2019 годы; от сахарного диабета от 22,4 до 3,33%; и от циррозов от 3,2 до 4,63%. Также от расстройств, вызванных употреблением наркотиков, годовая динамика смертности увеличилась на 2,34%.

### 1.1.1 Протокол проведения литературного обзора

Данная методология литературного обзора позволила провести обзор научных статей и исследований, связанных с использованием программ укрепления здоровья с применением концепции ВОЗ Школы, способствующих укреплению здоровья и выявить их эффективность.

### 1.1.2 Методы поиска

Для поиска релевантных статей были использованы следующие базы данных:

MEDLINE (PubMed), EMBASE, Springer, Elsevier, Web of Science, Cochrane. Ключевые слова для поиска включили «Health promotion», «Children», «School» «WHO», «Health-promoting schools», «Whole-school approach», «Kazakhstan». Для включения статей в обзор, они должны были быть опубликованы на английском языке с 2010 года по 2020 год.

Для формирования релевантного исследовательского вопроса мы использовали формат доказательной медицины PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome).

Population: Дети, школьная администрация, родители.

Intervention: Программы укрепления здоровья, основанные на концепции ВОЗ Школы, способствующих укреплению здоровья.

Comparison: Отсутствие программ укрепления здоровья, основанных на концепции ВОЗ Школы, способствующих укреплению здоровья, либо использование других программ укрепления здоровья.

Outcome: Оценка эффективности программ укрепления здоровья, основанных на концепции ВОЗ Школы, способствующих укреплению здоровья в контексте укрепления физического и психического здоровья.

### 1.1.3 Критерии отбора

Статьи, включенные в данный обзор, соответствовали следующим критериям:

– исследования, оценивающие эффективность программ укрепления здоровья детей в рамках концепции ВОЗ Школы, способствующих укреплению здоровья;

– исследования, опубликованные на английском языке в период с 2015 года по 2020 год.

### 1.1.4 Результаты литературного обзора

В результате заданных критериев мы не обнаружили результатов исследований с оценкой эффективности программ укрепления здоровья детей с использованием концепции ВОЗ Школы, способствующих укреплению здоровья в Казахстане.

В соответствии с рисунком 4, Поиск в базе данных показал 703 статей (PubMed = 194, Cochrane Library = 211, Scopus = 159, Web of Science = 139). В результате скрининга отобраны 40 полнотекстных публикаций на приемлемость, из них исключены 34 по причинам: 17 статей с кратким обзором без описания методологий оценки или результатов; 11 исследований незавершенных.

Были выявлены 4 систематических обзора и 2 систематических обзора с мета-анализом, в которых дублировались исследования (таблица 1).

Для включения в качественный синтез нами было отобрано 8 исследований.

Систематический обзор мы завершили в соответствии с ведомостью PRISMA 2009 г. [26].

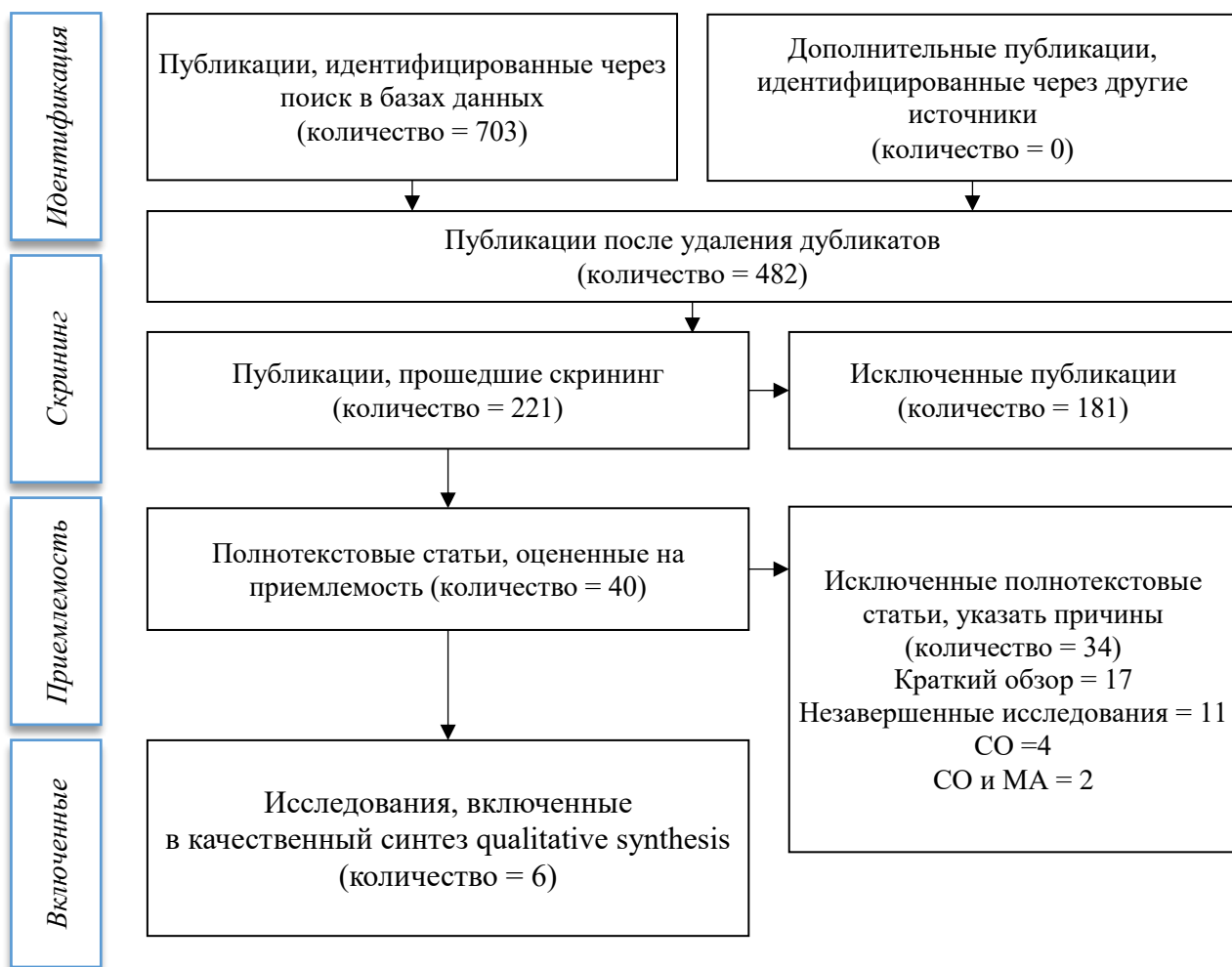


Рисунок 4 – Диаграмма PRISMA для результатов литературного обзора

Примечание – Составлено по источнику [26]

Таблица 1 – Характеристики изученных публикаций

Авторы	Страна/ Регион	Описание вмешательств	Мероприятия по укреплению здоровья	Заключения
1	2	3	4	5
Hayati Adilin Mohd Abd Majid et al. (2015)	Малазия	В исследовании участвовали 60 городских и сельских школ, выбранные рандомизированным методом. Исследователи проводили интервью со школьным педагогом, ответственный за меры по укреплению здоровья в школьной среде. Был использован набор утвержденной малайской версии вопросника «Картирование общешкольной школьной среды», основанного на ANGELO Framework (аналитическая сетка для сред, связанных с ожирением).	Оценка эффективности общешкольного подхода по снижению ожирения среди детей проводилась с точки зрения физической среды в школе; экономических показателей; школьной политики; социокультурного контекста.	Данное исследование показало, что существует возможность улучшения уже существующей программы школы, направленной на продвижение укрепления здоровья. Холистический подход к физической, экономической, политической и социокультурной среде необходим для продвижения здорового питания и физической активности среди школьников. Общешкольный подход способствует предотвращению детского ожирения через создание среды, которая способствует укреплению здоровья.
Lee et al. (2019)	Китай	Исследование проводилось на базе 18 начальных и 19 средних школ при участии школьной администрации. Инструментами исследования выбраны утвержденные анкеты: шкала удовлетворенности жизнью (LIFE), шкала самооценки депрессии (DSRS), исследование рискованного поведения молодежи (YRBS). Анкетирование учащихся и школ, школьное наблюдение, кабинетный обзор, интервью. Анкеты для учащихся и школ, обзор учебной программы, обзор документов, индивидуальный или фокус-групповые интервью	Оценка проводилась по показателям (1) здравоохранение и социальные результаты; (2) результаты по укреплению здоровья; (3) действия по укреплению здоровья среди шести ключевых областей школы, способствующей укреплению здоровья (компетенции действий, связи с сообществом, физическая среда, социальная среда, школьная политика, службы школьного здравоохранения). Данный вид оценки основан на принципах аккредитации и поощрений школ, которые реализуют концепцию ШСУЗ.	В ходе данного исследования были определены индикаторы, оказывающие наиболее значительное влияние на широкий спектр результатов эффективности реализации концепции ВОЗ ШСУЗ, связанных со здоровьем. Эти индикаторы могут быть использованы для мотивации изменений на организационном уровне, направленных на улучшение здоровья и благополучия учащихся. Кроме того, они могут служить в качестве индикаторов успеха школ, помогая им контролировать и оценивать свои усилия в области ШСУЗ.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
Waters et al. (2018)	Австралия	Учащиеся 24 начальных школ были рандомизированы (возраст 5–12 лет). 1426 учащихся из 12 интервенционных школ и 1539 учащихся из 10 сравнительных школ приняли участие в исследовании.	В интервенционных школах проводилась политика здорового питания и физической активности по принципу ШСУЗ в отличие от школ для сравнения.	Результаты исследования не привели к статистически значимым различиям в показателе ИМТ между исследуемыми группами, но привело к большей реализации политики ШСУЗ, увеличению вовлеченности и ресурсов родителей, улучшению самооценки здоровья ребенка, увеличению потребления фруктов, овощей и воды и сокращению потребления сладких напитков.
Thakur et al. (2014)	Индия	Исследование проведено по результатам имплементации системы аккредитации ШСУЗ и его промежуточных результатов на базе 17 школ. Оценка проводилась по баллам, присвоенным в результате аккредитации.	Вмешательства оценивались по ключевым направлениям ШСУЗ (здоровая школьная среда; наличие и информированность о ШСУЗ; школьные услуги здравоохранения; услуги школьного питания; физическая активность; школьная среда; партнерство в школьном сообществе; развитие аккредитационной системы).	Результаты аккредитации ШСУЗ в динамике продемонстрировали значительный рост на уровне всех ключевых направлений ШСУЗ. Улучшение показателей аккредитации в период с 2011 по 2013 год свидетельствует о том, что система может быть эффективной для повышения уровня укрепления здоровья в сообществах.
Dr Heidi Leeson (2017)	Новая Зеландия	В целях оценки воздействия подхода ШСУЗ здоровью и благополучию, и успеваемости учащихся исследователь сравнил три группы: (1) школы, которые участвовали в программе ШСУЗ (n=807); (2) школы, которые участвовали в других программах по укреплению здоровья, кроме ШСУЗ (n=412); (3) школы, которые не участвовали ни в одной программе по укреплению здоровья (n=920).	Используя The Educational Review Office (ERO), про вели внутреннюю и внешнюю оценку успеваемости школы по конкретным критериям (подходы, процессы, улучшение и ускоренное достижение учащихся). Для оценки действующих политик, процедур и практик в школе был применен домен The HPS health and wellbeing rubric.	ШСУЗ помогает школам улучшать посещаемость, снижать выговоры и отстранения, и улучшать успеваемость учащихся. Основой для этого являются эффективный фасилитатор ШСУЗ, эффективное лидерство, вовлеченность родителей и школьного сообщества.

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5
Langford et al. (2014)	Результаты систематического обзора базы данных	В работе было проведено 67 кластерных испытаний, в которых были случайно выбраны 1443 объектов (1345 школ и 98 районов). Исследования затрагивали широкий спектр проблем здоровья, но качество доказательств в целом было низким или средним. Оценки «риска искажения» выявили методологические ограничения, включая тяжелую зависимость от само отчетных данных и высокие показатели отсева для некоторых исследований. Данных о долгом сроке наблюдения для большинства исследований не было.	насилие (n=2); психическое здоровье (n=2); гигиена рук (n=2); множественные рискованные поведения (n=7); использование велосипедного шлема (n =1); расстройства пищевого поведения (n =1), защита от солнца (n =1); гигиена полости рта (n =1). Качество доказательств определили по методике GRADE	В результате обзора были обнаружены положительные эффекты для некоторых вмешательств по: индексу массы тела (ИМТ), физической активности, потреблению фруктов и овощей, использованию табака и буллингу. Авторы дают заключение, что результаты данного обзора предоставляют доказательства эффективности некоторых вмешательств на основе для улучшения рамках ШСУЗ и некоторых его некоторых здоровых показателей, но не для всех. Выявлено, что необходимо проведение более качественных исследований для установления эффективности подхода ШСУЗ для других показателей здоровья и успеваемости учащихся
Примечание – Составлено по источнику [13, p. 1088-1; 14, p. 102; 27-30]				



Из полученных данных (таблица 1) следует, что социокультурное влияние оказывает существенное воздействие на питание учеников в школах. В целом 65,0% школ соответствуют этому влиянию, но при этом городские и сельские школы имеют разные показатели соответствия: 86,7 против 46,7% соответственно.

Основные причины различия в показателях соответствия заключаются в том, что студенты сельских школ проявляют меньшую приверженность к социокультурному влиянию, чем их сверстники в городских школах. Это обусловлено в первую очередь их культурой и окружением [31].

Анализируя предпочтения студентов в питании, можно заметить, что большинство из них отдадут предпочтение высококалорийным продуктам, таким как жареные продукты (например, наггетсы, гамбургеры и сосиски) и подслащенные напитки (ликеры и газированные напитки). Это связано с доступностью такой пищи в школьных столовых и влиянием культуры.

Поэтому, изменение моделей питания студентов может оказаться довольно сложной задачей. Необходимо обратить внимание на доступность более здоровой пищи в школьных столовых, чтобы снизить риск избыточного веса и связанных с ним проблем со здоровьем [32].

Эффективная школьная программа, нацеленная на развитие эмоциональных и социальных навыков детей и подростков, должна быть сосредоточена на навыках самообучения, в частности на когнитивных, аффективных и поведенческих навыках и компетенциях в вопросах здоровья [33]. Следование таким принципам показало результативность улучшения социальных и эмоциональных навыков на 25%, на 10% снижение плохого поведения в классе, беспокойства и депрессии, а также улучшение результатов успеваемости на 11% по сравнению с стандартными программами укрепления здоровья в школах [34].

Также дети, обучающиеся в школах, которые реализуют принципы ШСУЗ, в 42% случаев не выбирают простые углеводы в свой рацион питания и 67% выбирают чистую питьевую воду вместо сладких соков и газированных напитков [27, р. 92-1-92-15].

Результаты обзора показывают, что оценить эффективность реализации мер в рамках концепции ШСУЗ возможно по показателям здоровья [35], социально-экономическим компонентам [36] и академических достижений учащихся [37]. В частности, структурные модели показали, что доля успехов, достигнутых школами в этих показателях, может быть предсказана системной реализацией подхода ШСУЗ школой. Положительный эффект подхода усиливается ролью лидера, плодотворного взаимодействия со школьным сообществом и укреплением информированности всех участников школьной среды.

Изученные в обзоре исследования объединены одним весомым фактором: оценка была проведена в рамках шести компонентов общешкольного подхода по отдельности и/или вместе (Стратегия школы в отношении сохранения и укрепления здоровья; Школьная окружающая среда; Школьная социальная среда; Обучение индивидуальным навыкам и умениям в отношении здоровья;

Связи с общественностью; Службы здравоохранения) [38, 39]. Это свидетельствует о том, что для успешной реализации любого из исследованных показателей (здоровья, социо-экономические, академические результаты) необходимы комплексные меры и усилия всего школьного сообщества, сплоченного в тесном союзе школьной администрации, учеников, родителей, услугодателей, лиц, принимающих решения.

В странах, где успешно реализована программа укрепления школьников через реализацию принципов ШСУЗ, концепция закреплена на уровне национального приоритета [40, 41].

Таким образом, вышеуказанное обосновано стратегической целью содействовать школам в оценке и удовлетворении потребностей учащихся в вопросах здоровья и благополучия всех участников образовательного процесса, чтобы улучшить академические результаты.

## **1.2 Анализ потенциала национальной системы школьного здравоохранения для реализации принципов Школ, способствующих укреплению здоровья**

Соблюдения принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты является основным инструментом для ликвидации разрыва в течение жизни одного поколения [42-45].

Начиная с раннего возраста, дети обладают различными жизненными возможностями, как в масштабах планеты, так и внутри одной страны [46]. Уравнять их шансы в доступе к медицинским услугам может школьная система здравоохранения. Более того, являясь частью системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), согласно Алма-Атинской декларации, школьные медицинские услуги, должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии [47-49].

Ратифицированная в Казахстане Конвенция о правах ребенка также декларирует особую роль ПМСП в обеспечении полноценного доступа к медицинским услугам для детей и подростков на всех жизненных этапах [50].

Множество исследований показали, что часто дети и подростки выражают низкую удовлетворенность первичной медицинской помощью из-за складывающегося у них впечатления об отсутствии уважения, приватности и конфиденциальности, из-за опасения стигматизации и дискриминации [51, 52]. Казахстанской системе ПМСП также следует систематично распознавать нужды и потребности детей, и подростков, с учетом текущих тенденций и изменений.

На сегодняшний день в Казахстане отсутствуют актуальные исследования, которые направлены на выявление потребностей для укрепления школьных медицинских услуг, степень их реализации и объективное отношение самих детей и подростков к школьной системе здравоохранения.

Следовательно, эти факты необходимо изучить более углубленно в контексте существующих условий.

*Обзор нормативно-правовой базы*

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 гг. школьная медицина в 2017 г. была переведена из системы образования в систему здравоохранения [1, с. 3-89].

С того времени была проведена большая работа по адаптации новой службы в здравоохранении:

- определен порядок оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в медицинских пунктах организаций образования;

- определены функциональные обязанности школьных медицинских работников в медицинских пунктах организаций образования;

- утверждены санитарно-эпидемиологические требования к условиям обучения, питания, к медицинскому обеспечению на объектах образования, а также гигиенический норматив веса учебного комплекта и недельной учебной нагрузки;

- определена методика организации школьных медицинских услуг.

Медицинская помощь в рамках ШСЗ в Казахстане предоставлялась учащимся 6-17 лет [53, 54].

По состоянию на сентябрь 2020 г. в Республике Казахстан функционировало 6 759 государственных общеобразовательных организаций, общая численность обучающихся составляла 3 344 085 человек [55]. Соответственно, согласно действующим нормам в стране, процент покрытия медицинскими услугами школьников в рамках ШСЗ составлял 100% на базе закрепленных учреждений ПМСП.

Доврачебный этап проводится средним медицинским персоналом медицинского пункта, фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории, районной, городской поликлиники, средним медицинским персоналом организации образования (при его наличии), в том числе дошкольных организаций [1, с. 3-89].

Оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам организаций образования осуществляется в медицинских пунктах в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП), и больших различий нет между регионами и районами. Медицинский пункт функционирует в школах из расчета один на организацию, кроме малокомплектных школ (общеобразовательная школа с малым контингентом обучающихся, совмещенными классами-комплектами и со специфической формой организации учебных занятий [56]) с количеством учащихся до 50 детей.

Неравномерная плотность населения в стране обусловила региональный аспект данной проблемы: большинство малокомплектных школ располагается в Северо-Казахстанской (61,0%), Павлодарской (59,0%), Акмолинской (41,0%) областях [1, с. 3-28].

По состоянию на июнь 2020 г. количество малокомплектных школ составило 1879 единиц. Тенденция увеличения количества малокомплектных школ наблюдается в Алматинской, Карагандинской, Павлодарской, Северо-

Казахстанской областях, что связано с передвижением населения в крупные сельские и городские поселения.

При отсутствии медицинского пункта в организациях образования медицинская помощь обучающимся и воспитанникам предоставляется организацией ПМСП, определенной по решению местных органов государственного управления здравоохранения [1, с. 3-38].

Таким образом, анализ источников показал, что организация медицинской помощи в частных школах аналогична государственным школам по базовому обеспечению.

### 1.2.1 Финансирование ШСЗ

С 1 января 2020 г. с внедрением обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) школьная медицина финансируется за счет средств системы ОСМС, что включает в себя ежегодный профилактический осмотр школьников, плановую вакцинацию и осмотр врачом-стоматологом.

Планирование бюджета на услуги школьной медицины осуществляется поэтапно на уровне областей и городов республиканского значения, затем на уровне республики. При планировании бюджета услуг школьной медицины производится расчет путем произведения планируемой численности учащихся на тариф [57]. Объем средств на медицинскую помощь школьникам закреплен за организацией ПМСП по территориальному принципу.

По распоряжению местных органов государственного управления здравоохранения закреплены школы путем включения расчетной суммы в комплексный подушевой норматив (КПН) (планируемый объем КПН определяется в соответствии со среднесписочной численностью прикрепленного населения и половозрастных групп по областям и городам республиканского значения).

Расчет суммы производится по утвержденному уполномоченным органом в области здравоохранения тарифу из расчета на одного школьника, умноженного на количество учеников в организации образования, закрепленной к субъекту ПМСП.

Тарифы на медицинские услуги в рамках ГОБМП и/или в системе ОСМС, оплата которых осуществляется учреждениям ПМСП, обеспечивающим медицинскими услугами организации образования, предусматривают подушевой норматив на одного школьника в месяц, который составляет 472,07 тенге для всех городов и регионов РК [58].

В перечень услуг КПН, имеющих отношение к детям школьного возраста, входят следующие:

- профилактические осмотры целевых групп населения;
- иммунизация;
- приемы;
- лабораторно-диагностические исследования;
- медико-социальная помощь при социально значимых заболеваниях;

– санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

Перечень исследований для целевых групп детей в возрасте до 18 лет, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, в разбивке по пакетам ГОБМП и ОСМС.

В период с 2019 по 2021 гг. наблюдался планомерный рост уровня финансирования услуг школьного здравоохранения. Финансирование выросло в 2,7 раз (рисунок 5).

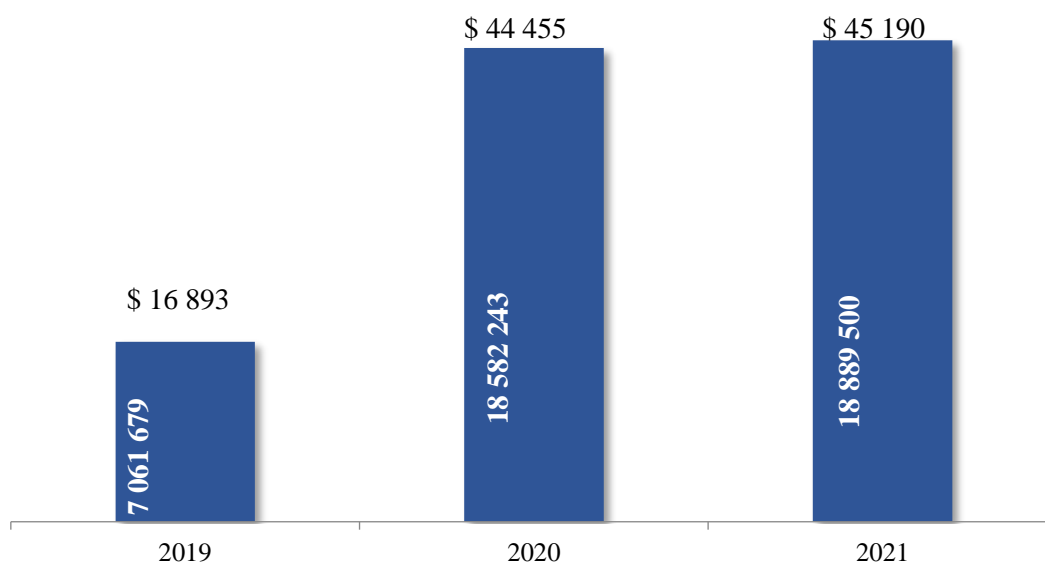


Рисунок 5 – Объемы финансирования школьных услуг здравоохранения в Казахстане за период 2019-2021 гг., млн. тенге

По данным Республиканского центра развития здравоохранения, размер средней заработной платы медицинской сестры в городской организации среднего образования, не относящейся к интернатным организациям, составило 94 083 тенге, в селе – 90 381 тенге [1, с. 3-89].

#### *Социальная справедливость*

Действующие нормативно-правовые акты, стратегии и политика в системе здравоохранения базируются на отраслевом Кодексе и Государственной программе развития здравоохранения на 2020–2025 гг., где гарантированы принципы социальной справедливости и защищенности граждан РК, обеспечения солидарной ответственности за охрану здоровья населения и минимизации социальных рисков путем актуализации льготных категорий граждан в системе ОСМС, взносы за которых вносит государство [1, с. 3-89].

С 2020 г. положено начало полноценного перехода на систему ОСМС, которая обеспечит расширение перечня и объема медицинской помощи и лекарственного обеспечения, повысит доступность медицинской помощи наиболее уязвимым категориям граждан, в том числе и детям [53].

В соответствии с Алгоритмом действий специалистов ПМСП, школьные медицинские работники и другие лица, принимающие участие в предоставлении школьных медицинских услуг, относятся ко всем детям и подросткам вежливо,

с одинаковой заботой и уважением, независимо от их социального положения, устанавливая с ними доверительные отношения [59].

Иммигранты, прибывшие в РК с целью возвращения на историческую родину (кандасы, этнические казахи и члены их семей), получают бесплатную медицинскую помощь наравне с гражданами РК в соответствии с перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи [59].

Таким образом, обзор действующих нормативно-правовых актов, а также 100% ответ ШМР не выявил очевидных практик, которые могут облегчить доступ к услугам для представителей меньшинств, мигрантов и беженцев, а также обеспечить высокое качество медицинской помощи, в том числе при необходимости предоставить переводчиков и/или посредников, осведомленных в вопросах культурологических особенностей.

#### 1.2.1.2 Доступность

Оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам организаций образования осуществляется в рамках ГОБМП по системе ОСМС и не предусматривает какой-либо формы оплаты от учащихся и родителей.

Доступность услуг ШСЗ для школьников обеспечивается проведением профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного и школьного возрастов.

Профилактические медицинские осмотры детей дошкольного и школьного возрастов проводятся специалистами территориальной организации ПМСП с выездом на территории организаций образования. Для детей дошкольного возраста, не посещающих дошкольные организации, профилактические медицинские осмотры проводятся в организации ПМСП по месту прикрепления.

Профилактические медицинские осмотры детей включают:

*Подготовительный этап:*

– осуществляется средним медицинским персоналом учреждения ПМСП: формирование целевых групп и информационного сопровождения);

– ежегодное формирование и составление списка целевых групп, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам в предстоящем году, не позднее сентября, предшествующего отчетному году, с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп;

– оповещение законных представителей детей о необходимости и условиях прохождения профилактических медицинских осмотров;

– составление графика выездов специалистов территориального учреждения ПМСП на территории организаций.

*Профилактический медицинский осмотр:*

– осмотр специалистами и заполнение данных о прохождении профилактического медицинского осмотра в Медицинской информационной системе (МИС);

– включает доврачебный, квалифицированный и специализированный этапы;

– доврачебный этап проводится средним медицинским персоналом медицинского пункта, фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории, районной, городской поликлиники, средним медицинским персоналом организации образования;

– при выявлении патологических изменений учащийся направляется на дополнительное обследование к профильному специалисту;

– специализированный этап проводится врачами профильных специальностей и включает осмотр с заполнением результатов в МИС;

– врачом педиатром, врачом терапевтом (для детей в возрасте от 15 до 17 лет включительно) или врачом общей практики, с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований, проводится комплексная оценка состояния здоровья детей с определением следующих «групп здоровья» (таблица 2).

Таблица 2 – Группы здоровья детей, формируемые по результатам профилактических осмотров целевых групп образовательных организаций

I группа	Здоровые дети
II группа	Здоровые дети, имеющие функциональные отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, с наличием факторов риска
III группа	Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма
IV группа	Дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями
V группа	Дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма
Примечание – Составлено по источнику [1, с. 3-29]	

Исходя из таблицы 2, дети, относящиеся к 3-ей, 4-ой и 5-ой группам здоровья, подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов учреждений ПМСП или специалистов соответствующего профиля; по завершении профилактического медицинского осмотра врачом педиатром, терапевтом или врачом общей практики проводится комплексная оценка здоровья, оформляются эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития.

В заключение предлагаются рекомендации по дообследованию, наблюдению, соблюдению санитарно-гигиенических правил, режиму, физическому воспитанию и закаливанию, проведению профилактических прививок, профилактике пограничных состояний и заболеваний, по физической группе (основная или специальная группа), и для мальчиков с 15 лет – заключение и рекомендации для военкомата [1, с. 3-59].

*Заключительный этап:*

– врач учреждения ПМСП или ответственное лицо учреждения ПМСП вносит результаты осмотра в МИС;

– результаты профилактического медицинского осмотра детей доводятся до сведения их законных представителей, с подписью об ознакомлении.

Для проведения профилактических медицинских осмотров школьников каждой возрастной группы определен один месяц в графике учреждения ПМСП и шесть месяцев для завершения осмотра данной возрастной группы.

Пересмотр и оценка порядка проведения профилактических осмотров (скринингов) осуществляется МЗ РК на системной основе. Так, в 2018 г. МЗ РК были внесены последние изменения и дополнение в Правила проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения в соответствии с введением ОСМС [1, с. 3-59].

В частности, исключены скрининговые исследования путем опроса и тестирования на раннее выявление и предупреждение риска употребления психоактивных веществ среди школьников от 17 лет и старше, обучающихся в средних общеобразовательных школах и среднеспециальных и высших учебных заведениях [1, с. 4-67].

Увеличение охвата скринингом было предусмотрено обеспечением максимального доступа к профилактическим обследованиям наибольшего количества населения, находящегося по возрасту в группе популяционного риска, кроме того, усилия были направлены на повышение уровня эффективности скринингов, раннее выявление заболеваний и снижение уровня смертности.

#### 1.2.1.3 Приемлемость

Гарантии обеспечения конфиденциальности медицинской информации на любом уровне медицинской помощи регламентированы главным отраслевым актом – Кодексом о здоровье народа и системе здравоохранения, которые также предусматривают предоставление несовершеннолетним в возрасте от 10 до 18 лет конфиденциальной комплексной помощи, включающей медицинские, психосоциальные и юридические услуги.

Специалисты территориальных участков ПМСП проводят профилактические медицинские осмотры учеников, согласно утвержденного графика [53; 54]. Осмотры проводятся на базе школ в спортивных залах, библиотеках и других просторных помещениях, на каждую возрастную группу выделяется один месяц.

Таким образом, график профилактических осмотров ограничивает специалистов во времени, что может оказывать негативное влияние на качество проведения осмотров. Более того, ограничения во времени могут вызывать стресс и спешку у специалистов, что также может отразиться на качестве работы и точности диагностики.

#### 1.2.1.4 Участие

В процессе анализа нормативных актов не обнаружены действующие практики вовлечения учеников в процессы принятия решений, а также



актуальных методов получения обратной связи и мнения учеников касаясь их удовлетворённости получаемой медицинской помощью в рамках работы ШСЗ.

Право ребенка на информированное согласие на диагностические манипуляции и лечение соблюдается в соответствии с действующими Кодексом [60]: несовершеннолетние в возрасте 16 лет имеют право на информированное согласие или отказ от оказания профилактической, консультативно-диагностической помощи, за исключением хирургических вмешательств, искусственного прерывания беременности, которые производятся с согласия их родителей или законных представителей [61].

#### 1.2.1.5 Эффективность и безопасность

Несмотря на то, что специалисты ШСЗ регулярно участвуют в программах непрерывного образования и повышения квалификации, предусмотренных организациями ПМСП, лишь небольшая часть из них проходит обучение принципам предоставления услуг молодежи на основании принципа доброжелательного отношения, также это носит не систематический характер. Кроме того, на уровне формирования политики отсутствует обязательное требование об освоении данной программы специалистами ШСЗ [1, с. 3-85].

В настоящий момент для работы с детьми в РК специалисты ШСЗ руководствуются Стандартами организации оказания педиатрической помощи и Стандартами организации оказания первичной медико-санитарной помощи в РК, в которых прописаны алгоритмы оказания медицинской помощи. Однако отсутствуют регламентирующие стандарты и протоколы организации оказания школьных медицинских услуг. Это снижает эффективность работы с детьми и подростками в школьной среде. Фактически, оказание медицинской помощи детям и подросткам в поликлинике и школе кардинально различается по меньшей мере ресурсами, физической средой, наличием необходимых специалистов и условий.

#### 1.2.1.6 Резюме

Обеспечение детей и подростков услугами ШСЗ осуществляется бесплатно в полной и равной мере, а также гарантирует принципы социальной справедливости и защищенности. Персонал ШСЗ и другие профильные специалисты, принимающие участие в предоставлении школьных медицинских услуг, относятся ко всем детям и подросткам с уважением, независимо от их социального положения. Базовые принципы и нормы подзаконных актов предоставления услуг ШСЗ в основном гарантируют конфиденциальность персональной информации в отношении детей и подростков, и их законных представителей. Услуги ШСЗ предоставляются в гигиенически чистом помещении и благоприятных условиях. При оказании медицинской помощи детям и подросткам соблюдается правило информированного согласия на инвазивные манипуляции через законного представителя. ШСЗ располагают необходимым оснащением, расходными материалами и основными ресурсами для оказания необходимых услуг.

### 1.2.2 Оборудование школьных медицинских кабинетов

В системе здравоохранения существуют санитарно-гигиенические нормы, предъявляемые организациям образования в отношении освещения, вентиляции, отопления, размеров и местонахождения объекта, которые регулируются Комитетом санитарно-эпидемиологического контроля МЗ РК [1, с. 3-90].

Действующие нормативно-правовые акты регламентируют необходимый перечень оснащения, расходных материалов и основных ресурсов для оказания требуемой помощи в организациях образования:

- минимальный перечень медицинского оборудования и инструментария для оснащения медицинского кабинета;
- состав аптечки для оказания первой помощи;
- национальный календарь профилактических прививок в Республике Казахстан;
- перечень медицинской документации в общеобразовательной организации;
- рекомендуемая масса порции блюд в граммах в зависимости от возраста учащихся [1, с. 4-29].

Доля медицинских пунктов, соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям по стране, составляет 85,5%. В г. Нур-Султан доля медицинских кабинетов, соответствующих требованиям санитарно-эпидемиологических норм, составляет 99,1%. Показатели соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям медицинских кабинетов в Восточно-Казахстанской (84,6%) и Акмолинской (80,4%) областях оказались ниже республиканского значения (рисунок 6) [54].

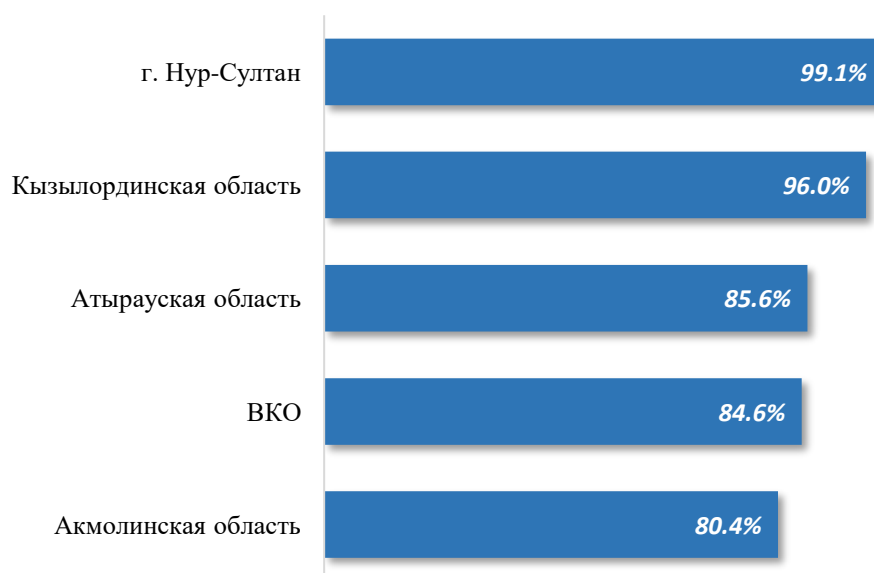


Рисунок 6 – Показатели соответствия медицинских пунктов санитарно-эпидемиологическим требованиям

Доля медицинских кабинетов, не соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям, по республике составила 6,7. В г. Нур-Султан нет медицинских кабинетов, несоответствующих санитарно-эпидемиологическим нормам.

Общая оснащенность медицинских кабинетов в исследуемых регионах остается преимущественно удовлетворительной, соответственно, между регионами существенного разрыва в показателе оснащенности нет. Тем не менее, показатели оснащенности компьютерной техникой являются неудовлетворительными, в частности в Акмолинской области. Удельный вес интеграции с медицинскими информационными системами также демонстрирует особую потребность в Акмолинской области, Восточно-Казахстанской области и Кызылординской области (таблица 3).

Таблица 3 – Информация об оснащенности ШСЗ по выбранным регионам

Регион	Оснащенность медицинских пунктов (МП)					
	оснащенность факт, %	потребность, %	количество компьютеров	доля оснащенности компьютерами, %	количество компьютеров с интегрированными МИС	доля оснащенности компьютерами с интегрированными МИС, %
Акмолинская область	76	23,95	23	7,3	5	1,6
Атырауская область	83	17	145	77,1	145	70,7
ВКО	80	20	105	21	57	54
Кызылординская область	78,3	21,7	78	18,7	58	74,4
г. Нур-Султан	81	19	83	72,2	86	74,7
Республика Казахстан	84,6	15,4	2 266	40,4	1550	48,6

#### 1.2.2.1 Доступность учебных материалов по укреплению здоровья

Информационные материалы (буклеты, брошюры, памятки, постеры, плакаты, инфографики) по теме укрепления здоровья изготавливаются и распространяются на национальном, региональном и местном уровнях. Содействие в этих вопросах школы получают от региональных Центров формирования здорового образа жизни, Молодежных центров здоровья, а также страновых представительств ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и т.д.

Информационные образовательные материалы в ШСЗ демонстрируются по следующим темам: общие понятия о здоровье и теле человека, правила личной гигиены, навыки гигиены, гигиена питания, вредные привычки, профилактика травматизма, здоровый образ жизни.

Материалы по укреплению здоровья в школах распространяются школьными медицинскими сестрами, специалистами ПМСП, представителями Центров формирования ЗОЖ во время уроков по биологии, самопознания, факультативов, классных часов, а также специальных мероприятий, организованных при участии приглашенных экспертов.

Помимо этого, в школах существует практика подготовки плакатов и постеров самими учениками по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний, приуроченных к темам календаря здоровья.

#### 1.2.2.2 Резюме

В системе здравоохранения существуют санитарно-гигиенические нормы, предъявляемые организациям образования в отношении освещения, вентиляции, отопления, размеров и местонахождения, и нормы соблюдаются на большей части территории страны. ШСЗ имеют в наличии актуальные учебные материалы по вопросам укрепления здоровья в печатном виде, которые изготавливаются и распространяются на национальном, региональном и местном уровнях.

Учебные материалы по вопросам укрепления здоровья в основном находятся в свободном доступе для учеников, родителей и школьного персонала и демонстрируются в зоне ожидания перед медицинским кабинетом и в других помещениях школы.

#### 1.2.3 Сотрудничество с другими участниками в условиях школы

Руководство школы и педагогический состав оказывают поддержку в работе персонала ШСЗ, выделяя в школьном расписании время для предоставления услуг ШСЗ, проводя информационную работу с родителями и учениками по вопросам здоровья и медицинских услуг. В школах существует действующая системная работа по взаимодействию школьных медицинских работников со школой, и в расписании предоставляется время для оказания услуг школьного здравоохранения ученикам. Это касается мер по реализации медицинских осмотров и вакцинации, а также проведения специализированных семинаров по вопросам укрепления здоровья.

Основными каналами информирования школьного сообщества о специалисте ШСЗ является доска объявления в школе, зона ожидания у медицинского кабинета, школьные или родительские чаты.

В пределах своих компетенций школьные медицинские работники должны принимать участие в организации учебного процесса и безопасных условий обучения, обеспечении рационального и безопасного питания, соблюдении санитарно-эпидемиологического режима в школе [61].

Совместно со школьным психологом, социальным педагогом и классным руководителем специалист ШСЗ оказывает поддержку школе в повышении академической успеваемости, участвуя в разработке индивидуальных учебных планов для учащихся с особыми потребностями и показателями, связанными со здоровьем.

Данная практика применяется по результатам решения психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК). В республиканскую ПМПК родители могут обращаться как по собственной инициативе, так и по направлению врачей и педагогов. Прием подростков старше 14 лет, обратившихся по личной инициативе, допускается без сопровождения родителей.

В результате комплексного обследования специалистами составляется заключение о характере проблем психофизического развития ребенка, родителям предоставляется консультативная помощь по вопросам лечения, обучения и воспитания детей. При необходимости ребенок может быть направлен на обследование к офтальмологу и сурдологу для исключения нарушений зрения и слуха. На основании заключения и рекомендаций РПМПК ребенок направляется в городские и областные ПМПК для определения адекватных условий обучения и воспитания.

Кроме того, в школах с инклюзивным образованием существуют «тьюторы» и специалисты по инклюзивному обучению, прошедшие специализированную подготовку по работе с детьми с особыми образовательными потребностями.

ШСЗ надлежащим образом направляют учащихся к другим медицинским специалистам в территориальную поликлинику в случае необходимости, при этом обеспечивая преемственность оказания медицинской помощи.

Перенаправления осуществляются при помощи государственных учреждений здравоохранения, как первичное звено медицинской помощи и специализированные центры по оказанию помощи подросткам (Молодежные центры здоровья).

#### 1.2.3.1 Сотрудничество с родителями и детьми

Работник ШСЗ на своем уровне может осуществлять доврачебную медицинскую помощь и консультирование учащихся и школьного персонала при самостоятельном обращении, направляя их после этого на получение специализированной медицинской помощи в организации ПМСП по территориальному прикреплению.

Помимо этого, по результатам плановых профилактических медицинских осмотров целевых групп, также при выявлении показаний производится перенаправление учащегося в поликлинику по территориальному прикреплению для более тщательного обследования и/или оздоровления. Данная информация предоставляется родителю или законному представителю.

#### 1.2.3.2 Сотрудничество с членами местного сообщества

Организации ПМСП и ШСЗ на местном уровне определяют членов местного сообщества, которые оказывают влияние на здоровье и благополучие детей. К ним относятся:

– региональные Центры формирования здорового образа жизни (частные организации, которые работают на основе государственных заказов и социальных грантов, участвуют в проведении круглых столов, пресс-

конференций, семинаров, тренингов, передвижных выставок, акций, мастер-классов по вопросам здорового образа жизни среди целевых групп населения);

- медицинские колледжи и университеты;
- управления общественного здравоохранения акиматов городов и областей;
- неправительственные организации, занимающиеся вопросами социального благополучия и здоровья населения;
- страновые представительства ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНЕСКО и т.д.;
- специалисты организации ПМСП;
- эксперты и тренеры в области укрепления здоровья детей и подростков.

Совместная работа ШСЗ и локальных партнеров осуществляется в соответствии с предварительно согласованным со школьной администрацией планом сотрудничества с обозначением перечня необходимых мероприятий по вопросам укрепления здоровья.

При перенаправлении ученика к профильному специалисту для более углубленного обследования или оздоровления после прохождения профилактического медицинского осмотра нарушается преемственность оказания медицинской помощи. Это происходит потому, что профилактические медицинские осмотры учащихся проводятся организацией ПМСП по территориально-участковому принципу, в то время как ученик может быть прикреплен по факту к другой поликлинике. Даже при своевременном информировании родителя или опекуна о перенаправлении, часто происходит так, что ученик не попадает на прием к профильному специалисту в силу разных причин.

ШСЗ надлежащим образом направляют учащихся к другим медицинским специалистам в случае необходимости, при этом обеспечивая преемственность.

### 2.2.3.3 Резюме

Руководство школы и педагогический состав оказывают поддержку в работе персонала ШСЗ, выделяя в школьном расписании время для предоставления услуг ШСЗ, проводя информационную работу с родителями и учениками по вопросам здоровья и медицинских услуг.

Персонал ШСЗ оказывает поддержку школе в повышении академической успеваемости, участвуя в разработке учебных планов для учащихся, имеющих проблемы со здоровьем. Работники ШСЗ принимают участие в разработке мер в сфере охраны здоровья и при проведении занятий по вопросам здоровья для детей, родителей и школьного персонала. Персонал ШСЗ вовлекается в решение санитарно-гигиенических вопросов в школе по вопросам питания и соблюдение гигиенических стандартов в школьной столовой.

Организации ПМСП и ШСЗ по территориально-участковому признаку определяют членов местного сообщества, которые оказывают влияние на здоровье и благополучие детей.

Для реализации функции ШСЗ при организациях ПМСП функционирует Дошкольный и школьный отдел (ДШО), в состав которого входит заведующая отделом, старшая медсестра, медсестры, распределённые в школы. В отдельных случаях, на усмотрение организации ПМСП, в состав ДШО входит врач (педиатр или врач общей практики).

Таким образом, работу ШСЗ нельзя охарактеризовать как междисциплинарную.

В общеобразовательной школе, которую курирует организация ПМСП по территориальному принципу, медицинская сестра ШСЗ принимает на базе школы на постоянной основе. Врач ДШО (при наличии) принимает на базе организации ПМСП, посещает школу в период профилактических медицинских осмотров на квалифицированном этапе в составе профильных специалистов, а также при плановой иммунизации в школе.

Фельдшер предоставляет медицинские услуги школе в отдалённых населённых пунктах при территориальном прикреплении, при этом выполняет функции как врача, так и медицинской сестры. Фельдшер принимает на базе фельдшерско-акушерского пункта и посещает школу в случае обращения, в период профилактических медицинских осмотров и плановой иммунизации.

Психолог и социальный педагог не входят в состав ДШО: они относятся к категории кадров школы.

По данным за 2020 г., в Казахстане функционирует 6 759 школ с общей численностью обучающихся 3 344 085 человек.

В школьных медицинских пунктах фактически задействовано 6 209 единиц среднего медицинского персонала, общая укомплектованность в стране составляет 94%.

В среднем по Республике по состоянию на 2020 г. на одного работника среднего медицинского звена приходилось 539 школьников.

Таблица 4 – Соотношение количества СМР и врачей на 1000 учеников

Регионы	Количество СМР на 1000 учеников	Количество врачей на 1000 учеников
Акмолинская	369 754	3 563 066
Атырауская	739 473	6 951 050
ВКО	432 191	4 343 124
Кызылординская	414 880	3 141 092
г. Нур-Султан	1 095 618	3 909 364

В соответствии с таблицей 4, в разрезе выбранных регионов наибольшее количество школьников на одного работника среднего медицинского звена в г. Нур-Султан 1096 школьников и 739 школьников Атырауской области (Кызылординская область – 415, Восточно-Казахстанская область – 432, Акмолинская область – 370).

Данные представлены медицинскими организациями, прикрепленными за школами через территориальные филиалы Республиканского центра электронного здравоохранения.

Действующая норма обеспеченности медицинского пункта медсестринским персоналом в организациях среднего образования, не относящихся к интернатным организациям, составляет одну должностную единицу на 500 обучающихся. По факту данная норма не соблюдается ввиду перегруженности школ в городах.

Должность медицинской сестры медицинского пункта малокомплектных школ определяется из расчета одна должностная единица на 100 обучающихся.

В соответствии с рисунком 7, в течение трех лет, с 2019 по 2021 год, дефицит школьных медицинских сестер в стране постепенно увеличивался. Пропорции роста дефицита за 2020 и 2021 годы относительно 2019 года составили соответственно 2,3 и 1,6%.

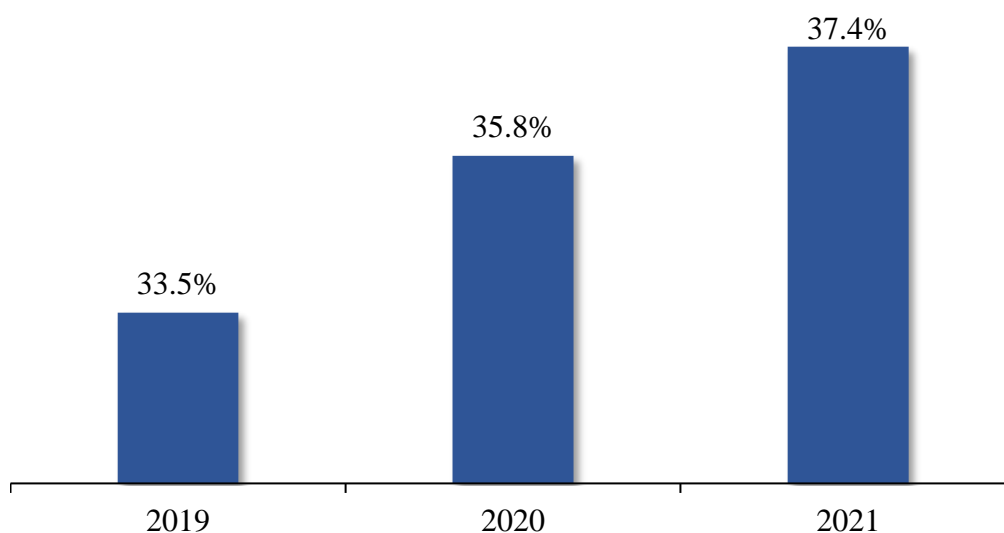


Рисунок 7 – Динамика кадрового дефицита школьных медицинских сестер

Это значит, что за два года дефицит (рисунок 7) школьных медицинских сестер вырос на 3,9%. Такая тенденция свидетельствует о необходимости принятия мер для улучшения ситуации и обеспечения необходимого количества медицинского персонала в школах.

#### 1.2.4 Дополнительные характеристики: механизмы, ресурсы и возможности

Продолжительность обучения на циклах повышения квалификации для школьных медицинских сестер составляет от 54/1 до 216/4 часов (недель), на сертификационных циклах – 108/2 часов (недель) каждые пять лет по рекомендуемым темам:

1. Стандарты сестринской практики.
2. Организация работы школьной медицинской сестры.



3. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

4. Актуальные вопросы педиатрии для средних медицинских работников школ.

5. «Базовая система жизнеобеспечения (BLS): сердечно-легочная реанимация». Содержание образовательных программ включает нижеприведенные аспекты.

6. Методы изучения показателей, характеризующих состояние здоровья детей и подростков.

7. Требования к устройству и содержанию детских дошкольных организаций и школ.

8. Гигиенические основы учебного процесса детей и подростков.

9. Гигиенические требования к предметам обихода детей и подростков.

10. Гигиенические требования к питанию детей различного возраста.

Образовательные программы актуализируются каждые пять лет и направлены на повышение уровня знаний и практических навыков школьных медицинских сестер. Программы повышения квалификации для СМР школ составляются на основе актуальных доказательных данных по педиатрии, приоритетным направлениям охраны материнства и детства, профилактике острых кишечных инфекций, воздушно-капельных инфекций, иммунопрофилактике, продвижению навыков здорового образа жизни.

Теоретические занятия проводятся в виде лекций, практические занятия в виде решения ситуационных задач, просмотра видеороликов, подготовки презентаций на актуальные темы, отработки практических навыков и умений на симуляционном оборудовании.

Конечные компетенции и знания СМР ШСЗ по указанным выше программам повышения квалификации должны быть следующие: актуальные нормативно-правовые акты РК в области гигиены детей до 18-летнего возраста; принципы и положения по охране здоровья детей школьного возраста; проведение профилактических осмотров и диспансеризации школьников; раннее выявление симптомов различных заболеваний; вопросы иммунопрофилактики; основы правильного питания; техника медицинских манипуляций; методы оказания неотложной медицинской помощи.

В соответствии с действующими требованиями к компетентности школьного медицинского работника предполагается, что после прохождения курсов повышения квалификации СМР ШСЗ должен обладать следующими навыками: владеть коммуникативными навыками; работать с медицинской документацией; проводить лечебно-оздоровительную работу, определять группы здоровья, уровень физического развития; осуществлять основные сестринские манипуляции (внутрикожные, подкожные, внутримышечные, внутривенное введение, антропометрия, термометрия, осмотры на педикулез и чесотку (в случае выявления проводить обработку); оказать неотложную доврачебную медицинскую помощь детям до 18-летнего возраста согласно международным стандартам (гипотермия, судороги, носовые кровотечения,

приступ бронхиальной астмы, анафилактический шок, травмы, ожоги); проводить анализ заболеваемости школьников, соблюдения санитарно-эпидемиологических норм; проводить санитарно-просветительскую работу среди учащихся, учителей и родителей.

#### 1.2.4.1 Функции среднего медицинского работника ШСЗ

– в целях оказания первичной медико-санитарной помощи формирует единый список обучающихся в организациях образования;

– проводит доврачебный осмотр обучающихся при обращении с записью в медицинской карте ребенка согласно установленной форме;

– ежегодно до 15 ноября формирует и составляет список обучающихся (целевых групп), подлежащих скрининговым осмотрам в предстоящем году, с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп;

– до прохождения скрининговых осмотров проводит оповещение родителей или законных представителей детей целевых групп о необходимости и условиях прохождения скрининга;

– по результатам проведенных профилактических (скрининговых) осмотров информирует родителей или законных представителей и обучающихся о состоянии их здоровья и рекомендациях по их оздоровлению, а также проводит обучение по вопросам профилактики заболеваний и соблюдению санитарно-гигиенических норм и правил по уходу за зубами и слизистой оболочкой полости рта;

– организует и проводит иммунопрофилактику с последующим поствакцинальным наблюдением за привитым (при наличии сертификата по иммунопрофилактике);

– направляет, при наличии показаний, всех сотрудников школы, работников пищеблока, обучающихся 15-17-летнего возраста на проведение флюорографического обследования [62];

– участвует в динамическом наблюдении и своевременном оздоровлении обучающихся с хроническими заболеваниями;

– направляет обучающихся, в том числе состоящих на диспансерном учете, на консультацию к врачу общей практики/участковому педиатру, с последующим контролем за своевременной и полной диспансеризацией учащихся;

– в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, отравлений среди обучающихся, педагогов и технического персонала проводит санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия, а также проводит наблюдение за очагом инфекции;

– в период повышения уровней инфекционной заболеваемости населения гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями осуществляет карантинные мероприятия с выдачей справки о временной нетрудоспособности согласно установленной форме, с последующим обращением больного в поликлинику;

– в целях профилактики заболеваний, а также закаливания детей участвует в проведении летнего оздоровительного отдыха;

– ведет контроль за соблюдением сроков прохождения обязательных медицинских осмотров всех сотрудников школы и работников пищеблока;

– проводит медицинские манипуляции в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями; определяет артериальное давление по показаниям; определяет остроту слуха и зрения с профилактической целью;

– проводит измерение антропометрических данных (рост, вес);

– проводит термометрию; проводит лечение детей от туберкулеза под непосредственным наблюдением по назначению фтизиатра; выполняет врачебные назначения;

– при внезапных острых заболеваниях, травмах, резком ухудшении состояния здоровья, обострении хронических заболеваний оказывает обучающимся, педагогическому и техническому персоналу экстренную и/или неотложную медицинскую помощь и осуществляет вызов скорой медицинской помощи или направляет в учреждение первичной медико-санитарной помощи, стационар;

– пропагандирует здоровый образ жизни, здоровое и рациональное питание, профилактику заболеваний путем информационного обеспечения, гигиенического обучения и воспитания обучающихся в вопросах укрепления здоровья;

– прививает навыки, поддерживающие психическое и эмоциональное благополучие, участвует в снижении поведенческих факторов риска (курение, наркомания, токсикомания, алкоголизм), а также проводит мероприятия по выявлению групп риска по суицидам среди обучающихся, с принятием превентивных мер совместно с психологами и социальными педагогами организаций образования; согласно статье 43 Кодекса оказывает медико-социальную помощь; ведет учетную и отчетную документацию в соответствии с установленными формами, а также проводит отчет по статистическим данным.

#### 1.2.4.2 Мониторинг ШСЗ

Мониторинг ШСЗ осуществляется местными исполнительными органами здравоохранения (Управления общественного здравоохранения при акиматах городов и областей) на основании Кодекса РК о здоровье населения и системе здравоохранения в целях реализации ключевых мер Государственной программы развития здравоохранения на 2020–2025 гг., а также на основании протокольных поручений МЗ РК в рамках деятельности по укреплению и охране здоровья детей школьного возраста и улучшению качества медицинской помощи [1, с. 3-89].

В 2020 г. Управление общественного здравоохранения г. Нур-Султан реализовал практику системного мониторинга ШСЗ путем назначения координаторов по школьной медицине на каждую территориальную единицу города, с определением надбавки к основной заработной плате за дополнительный объем работы. Координаторы школьной медицины

назначаются из числа сотрудников дошкольного и школьного отдела структуры ПМСП. Координаторы школьной медицины составляют регулярный отчет о состоянии ШСЗ курируемой территориальной единицы и участвуют в совершенствовании работы ШСЗ.

## **2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для решения поставленных задач исследования использован комплексный подход с применением аналитического и эмпирического методов.

Для определения актуальности исследовательского вопроса проведен обзор отечественных и международных научных публикаций в области укрепления здоровья детей в контексте школьных программ.

Для поиска актуальных статей были использованы следующие базы данных: MEDLINE (PubMed), EMBASE, Springer, Elsevier, Web of Science, Cochrane. Ключевые слова для поиска включали «Health promotion», «Children», «School», «WHO», «Health-promoting schools», «Whole-school approach», «Kazakhstan».

### **2.1 Фрагмент исследования 1**

Путем ретроспективного исследования проведен анализ нормативно-правовых актов, регламентирующих условия реализации услуг школьной медицины в Республике Казахстан; путем кабинетного исследования осуществлен анализ отчетных данных уполномоченных органов и ведомств в области здравоохранения [1, с. 3-25]. Используются следующие источники данных:

1. «Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан» за период с 2017 по 2021 годы. Анализу подлежал раздел «Дети Казахстана» в части демографических характеристик и здравоохранения.

2. Отчетные данные по вопросам школьной медицины РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения».

3. Отчетные данные по санитарно-эпидемиологическим нормам Комитета санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

4. Аналитические отчеты РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения».

5. Материалы и данные РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения».

### **2.2 Фрагмент исследования 2**

Дизайн исследования: одномоментное качественное исследование.

Период исследования: Сентябрь 2020 г. – Февраль 2021 г.

Предмет исследования: потребности детей и родителей в рамках школьной системы здравоохранения.

Объект исследования: дети 8-10 лет, родители.

Метод исследования: фокус группы.

Статистический метод: описательная статистика.

В качестве основы для оценки национальной школьной системы здравоохранения были взяты стандарты «Европейской концепции качества

школьных медицинских услуг и компетенций специалистов школьного здравоохранения» [63, 64], разработанные Всемирной Организацией здравоохранения, которые включают следующие компоненты: доступность, приемлемость и качество услуг, участие, социальная справедливость, соответствие, медицинская информация.

Для обеспечения непрерывного совершенствования школьных служб здравоохранения в рамках «Европейской концепции качества школьных медицинских услуг и компетенций специалистов школьного здравоохранения» экспертами ВОЗ разработаны «Вопросник для оценки национальных систем школьного здравоохранения».

Для данного этапа исследования определены участники исследования с учетом географических условий и репрезентативности в ряде областей (Нур-Султан, Акмолинская область, Кызылординская область, Восточно-Казахстанская область, Атырауская область).

Вопросы для фокусных групп состоят из вопросника для детей и вопросника для родителей.

Каждый вопросник состоит из общей части (для исследователя) и основных вопросов.

Количество вопросов для детей состоят из разделов: «Социальная справедливость» - 1 вопрос; «Доступность» - 6 вопросов; «Приемлемость» - 7 вопросов; «Участие» - 6 вопросов; «Соответствие» - 8 вопросов; «Медицинская информация» - 4 вопроса.

Вопросы для родителей состоят из разделов: «Социальная справедливость» - 3 вопроса; «Доступность» - 5 вопросов; «Приемлемость» - 5 вопросов; «Участие» - 4 вопроса; «Соответствие» - 3 вопроса; «Медицинская информация» - 5 вопросов.

Вопросы адаптированы в условия казахстанского контекста, переведены на казахский язык и одобрены Локальным Комитетом по биоэтике РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» (Протокол 2 от 03.07.2021).

При формировании выборки на начальном этапе исследования определены 8 школ по всей стране для участия в фокус-группах и интервью, то есть по две школы из четырех регионов. Выбор четырех регионов обусловлен большой территорией страны и наличием 17 региональных единиц [1, с. 3-52].

Таким образом, четыре региона представляли северную, южную, восточную и западную части республики:

- север – г. Нур-Султан, Акмолинская область;
- юг – Кызылординская область;
- восток – Восточно-Казахстанская область;
- запад – Атырауская область.

Выбор школ осуществлялся местными органами здравоохранения (Управления здравоохранения акиматов/территориальные департаменты Комитета контроля качества безопасности товаров и услуг МЗ РК), с учетом репрезентативности выборки [1, с. 3-50].

В работе со школами приходилось проявлять гибкость и лояльность, так как ограничительные меры в рамках недопущения распространения коронавирусной инфекции в образовательных учреждениях препятствовали предварительно запланированным мероприятиям [1, с. 3-85].

На момент проведения работы со школами для дошкольных и 1-11 классов организация учебного процесса проводилась в дистанционном формате, за исключением школ с контингентом от 50 до 180 человек [65], где численность детей в классе была ограничена пятнадцатью учащимися, по заявлениям родителей и законных представителей детей при наличии в школах соответствующих условий [66] и открытии дежурных классов с присутствием до 15 детей для обучающихся 1-4 классов.

Основной контингент участников исследования составляли учащиеся школ от 8 до 10 лет (50%) и родители (50%). Гендерная представленность респондентов в исследовании среди учащихся составляла 46,2% мальчиков и 53,8% девочек; среди родителей – 7,1% мужчин и 92,9% женщин.

В разбивке по месту регистрации граждан участники из городского населения составили 58,0%, сельского населения – 42,0%. Удельный вес участников в исследовании по регионам: в Акмолинской области (13,0%), Атырауской области (25,3%), Восточно-Казахстанской области (26,4%), Кызылординской области (22,0%), г. Нур-Султан (13,3%).

Социо-демографические данные исследования представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Социо-демографические данные участников исследования

Показатель		n	%
Пол	Мужской	196	26,6
	Женский	540	73,4
Место жительства	Село	309	42,0
	Город	427	58,0
Населенные пункты (n=736)	Акмолинская область	96	13,0
	Атырауская область	186	25,3
	Восточно-Казахстанская область	194	26,4
	Кызылординская область	162	22,0
	г. Нур-Султан	98	13,3
Участники фокус-групп (n=736)	Ученики	368	50,0
	Родители	368	50,0
Примечание – n – количество			

Фокус-группы проводились в городе Нур-Султан (в настоящее время Астана) очно в школах, в других регионах – через платформу ZOOM на русском и казахском языках (в зависимости от языка обучения учащихся).

Для участия в фокус-группах формировались группы по 15 человек из каждой категории.

Среди детей проведено всего 25 фокус-групп и среди родителей 25 фокус-групп.

Проведена проверка вопросов на полноту ответов и на точность в формулировке. Вопросы, на которых отсутствуют ответы респондентов на более чем 20%, были исключены из анализа, что составило 2,7% от общего количества вопросов в фокус-группе.

Так как фокус-группы были сформированы по социально-демографическим параметрам, то сравнение реакций целевых групп было проведено по предварительному кодированию открытых вопросов и группировке ответов респондентов.

Для анализа данных фокус-групп были использованы горизонтальный и кластерный методы анализа. После систематизации данных был произведен поиск взаимосвязи во всех проведенных фокус-группах.

#### *Ограничения*

В силу того, что исследование проходило в условиях пандемии COVID-19, основные мероприятия проходили в формате онлайн-встреч. Это создавало ограничения в виде трудностей в планировании встреч, временных ресурсов и отсутствия живого контакта для глубинного обсуждения в фокус-группах [1, с. 3-85].

Кроме того, при формировании выборки возникали сложности для охвата всего разнообразия в популяционных группах, особенно среди детей из уязвимых групп населения. Приходилось менять выборку несколько раз, потому что выбранные классы закрывались на карантинный режим. Также ученики не выходили на связь в назначенное время.

### **2.3 Фрагмент исследования 3**

Дизайн исследования – кросс-секционное рандомизированное контролируемое исследование.

Для реализации данного фрагмента исследования была использована методика Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением COSI – эпидемиологическая система для измерения тенденции избыточной массы тела и ожирения среди детей младшего школьного возраста [67].

COSI включает стандартизированные измерения роста и веса, предоставляя репрезентативные национальные данные для участвующих стран, большой региональный набор данных для анализа детерминант избыточного веса и ожирения у детей. В период 2015–2017 гг. был проведен четвертый раунд COSI в 36 странах Европейского региона ВОЗ, что позволило получить национальные репрезентативные данные по всем странам [68], включая впервые Казахстан.

По результатам этого исследования в рекомендациях отражены ключевые факторы, формирующие принципы ШСУЗ как программы укрепления здоровья на всех этапах жизни; мероприятия, способствующие выбору в сторону здоровых пищевых привычек; реализация комплексных мер по созданию здоровой школьной среды.

Следовательно, меры в рамках реализации ШСУЗ способствуют снижению показателей ожирения среди детей.



Таким образом, на основании вышеизложенного сформирована научная гипотеза: методика COSI может быть использована для оценки эффективности мер в рамках общешкольного подхода через показатели ИМТ детей 8-10 лет в Казахстане как основы для мониторинга и влияния на меры по укреплению здоровья.

Целевая группа: дети 8, 9, 10 лет, учащиеся 2, 3, 4 классов общеобразовательных школ.

Из перечня ранее определенных школ были исключены малокомплектные школы и специализированные школы для детей с особыми нуждами. В школах методом рандомизации были выбраны 2-й, 3-й, 4-й классы.

#### *Критерии включения*

Мы включили в исследование детей возрастных групп от 8 до 10 лет с полной информацией, необходимой для оценки ИМТ веса (пол, возраст, рост и вес). Также в данном фрагменте исследования оценивается восприятие родителями веса своего ребенка с помощью вопроса в форме семейной документации. Родитель или законный представитель указал степень родства с ребенком. Мы включили детей, у которых хотя бы один родитель или опекун заполнил форму.

#### *Критерии исключения*

Критериями исключения были определены: отказ ребенка, его родителя или законного представителя от участия на любом этапе исследования без обязательного требования объяснения причин; сопутствующие соматические состояния, которые могут повлиять на результаты исследования, наличие у детей диспансерного учета в связи с хроническими заболеваниями.

В рамках исследования детей было разделение на экспериментальную и контрольную группы. Для экспериментальной группы использованы мероприятия, направленные на укрепление здоровья учащихся по принципам ШСУЗ, для контрольной проводились стандартные программы по ЗОЖ в рамках планового тематического школьного календаря.

Первый этап исследования проводился в октябре 2021 года. Были измерены базовые антропометрические параметры детей 8, 9 и 10 лет, проведен опрос родителей и законных представителей детей, школьной администрации на основе анкет COSI.

Мы провели оцифровку данных, кодировку персональных данных детей, формирование генеральной совокупности и формирование выборочной совокупности, согласно критериям включения и исключения.

Во втором этапе исследования проведены расчеты индекса массы тела (ИМТ) детей экспериментальной и контрольной групп, после которой в каждой возрастной группе дети были поделены на группы по показателям ИМТ: группа недостаточного веса; группа нормального веса; группа избыточного веса.

Для определения статуса веса детей мы использовали эталонные показатели роста и веса, рекомендованные ВОЗ [69].

В стандартизированной методике COSI используются пороговые значения расчета Z-показателей ИМТ по возрасту и для оценки распространенности избыточного веса.

Учитывая отсутствие навыков расчета Z-показателей ИМТ у школьных медицинских работников, мы в своем исследовании применили стандартный расчет ИМТ ( $\text{вес}/(\text{рост}/100)^2$ ), который также является релевантным для определения статуса веса детей от 5 до 19 лет [70]. Более того, страны Центральной Азии только с 2015 года начали участвовать в стандартизированных исследованиях COSI и, на сегодняшний день, в утвержденной методике не определено соответствующее значение ИМТ для азиатских популяций [71].

После формирования групп, в отношении детей экспериментальной группы был применен общешкольный подход Концепции ВОЗ – ШСУЗ.

Для каждой группы были разработаны поведенческие цели в отношении питания, физической активности, социальной школьной среды, персональных навыков и компетенций в отношении здоровья и поддержки семьи (таблица 6).

Таблица 6 – Методический план для работы с экспериментальной группой

Общешкольный подход	Приоритеты	Мероприятия
1	2	3
Питание	I. Увеличить количество употребляемых полноценных приемов пищи. II. Увеличить потребление овощей и фруктов. III. Уменьшить употребление жирной и сладкой пищи.	Проведение образовательных сессий для учителей, родителей и учащихся о полноценном рационе питания и важности правильного питания.
		Организовывать школьные обеды, включающие в себя полноценный рацион питания.
		Проведение мастер-классов для учащихся, родителей и преподавателей как составлять продуктовую корзину.
Физическая активность	I. Увеличить количество физической активности в течение дня II. Пересмотреть качество физической активности в течение дня III. Увеличить время, проводимое на прогулках	Пересмотреть программу уроков физической культуры в сторону разнообразия и индивидуального подхода детей
		Проводить обучающие мероприятия о физической активности для учителей, родителей и учащихся
		Организовывать спортивные события, чтобы стимулировать учащихся
		Повышение активности в перерывах между уроками, например, с помощью зарядки.
		Обучение учащихся навыкам физической активности, например, проведение занятий по йоге, танцам или другим видам физической активности.
		Организация спортивных игр, соревнований и занятий на открытом воздухе для учащихся.

Продолжение таблицы 6

1	2	3
Социальная школьная среда	<p>I. Создать безопасную и поддерживающую образовательную среду</p> <p>II. Развивать навыки социального взаимодействия</p>	Создание клуба поддержки, в котором учащиеся могут встречаться и обсуждать свои успехи в достижении поставленных целей, а также давать друг другу мотивацию и поддержку в продолжении своего пути к здоровью.
		Организация встреч с психологом, который может помочь учащимся в развитии здоровых стратегий поведения и изменения образа жизни
		Увеличение участия учеников в общественной жизни школы, например, участие в организации мероприятий и волонтерство
Персональные навыки и компетенции в отношении здоровья	<p>I. Развивать навыки самоуправления и самоэффективности.</p> <p>II. Повышать осведомленность учащихся о проблемах здоровья.</p>	Обучение учащихся навыкам управления эмоциями и стрессом
		Проведение обучения проблемам здоровья, которые помогут учащимся лучше понимать свое здоровье и принимать более информированные решения
		Развитие уверенности учащихся в себе и своих силах через различные мероприятия и задачи
Поддержка семьи	<p>I. Повышать осведомленность семьи о проблемах здоровья, связанные с питанием.</p> <p>II. Поддерживать взаимодействие между родителями и учителями для обеспечения успешности учащихся.</p> <p>III. Повышать осведомленность учащихся о проблемах здоровья.</p>	Организация мероприятий и образовательных программ для родителей, которые могут помочь им поддерживать здоровый образ жизни у своих детей
		Предоставление учащимся информации о различных общественных организациях и ресурсах, которые могут помочь им в достижении своих целей.
		Организовать чат родителей по группам детей экспериментальной группы для активного взаимодействия родителей и обмена опытом в достижении целей в области здоровья детей

На основании данных таблицы 6, были поставлены цели:

– в области питания, которые были сосредоточены на управлении чувством голода (предотвращение пропуска приемов пищи и поощрение сбалансированного питания и перекусов), контроле порций, уменьшении чрезмерного потребления жирной пищи, уменьшении потребления напитков на основе сахара, увеличении потребления фруктов и овощей и изменении рациона питания, обстановка в доме и общение с членами семьи;

— в области физической активности были установлены для увеличения ежедневной активности (увеличение активного времяпровождения, подбор индивидуальных физических упражнений на уроках физкультуры, регулярного посещения программных групповых секций в школе) и уменьшения малоподвижного образа жизни (уменьшение времени, проводимого за гаджетом, компьютером и/или видеоиграми);

– в области школьной среды были определены для формирования поддерживающей среды и развития навыков социального взаимодействия детей;

– в области персональных навыков детей были для повышения информированности учеников о вопросах здоровья;

– в области поддержки семьи были сформированы для укрепления мотивации детей и активного взаимодействия родителей со школьным сообществом в вопросах укрепления здоровья учеников;

– в области персональных навыков и компетенций в отношении здоровья и поддержки семьи.

На третьем этапе исследования, с целью выявления динамики и прогресса мер в рамках ШСУЗ, в феврале 2022 года был проведен второй этап антропометрических измерений двух групп детей, также расчет ИМТ. Результаты сообщались отдельно для детей и для родителей до и после вмешательства.

В целях реализации данной фазы исследования использована методика сбора данных Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением, 2016 [72].

Данный инструмент разработан для странового исследования избыточной массы тела и ожирения у детей в возрасте 6,0–9,9 лет. Измерения у детей проводится персоналом, обученным измерению роста и веса с использованием стандартизированной методики ВОЗ. Семейные анкеты заполняются родителями или законными представителями. Форма включает вопросы о восприятии родителями статуса массы тела их ребенка, показатели рациона питания детей, модели физической активности, социально-экономические характеристики семьи и наличие сопутствующих заболеваний, связанных с ожирением [73].

Методика была адаптирована в условия общеобразовательной школы для приемлемости и применимости, учитывая базовые навыки школьной медицинской сестры, в существующих условиях школьной среды.

При адаптации из инструмента исключены разделы и пункты, подразумевающие страновые данные (таблица 7): код стран, код школы; код лица, проводившего обследование, заменили паспортными данными.

Таблица 7 – Содержание инструмента методики COSI до и после адаптации

Содержание оригинального инструмента COSI	Содержание адаптированного инструмента COSI
1. Обязательная детская учетная форма	1. Обязательная детская учетная форма
Методические рекомендации по заполнению детской учетной формы	Методические рекомендации по заполнению детской учетной формы
Список кодов стран, являющихся государствами-членами Европейского региона ВОЗ	Исключен
Список кодов школьных учебных заведений (обязательно)	Исключен
Список кодов учебных классов (обязательно)	Список кодов учебных классов (обязательно)
Список кодов на детей	Список кодов на детей
Список кодов на обследователей	Исключен
Список весовых единиц с учетом формы одежды (обязательно)	Исключен
Статистический вес индивидуальных выборок и переменные величины плана выборочных обследований (обязательно)	Исключен
2. Обязательная школьная учетная форма	Исключен
Методические рекомендации по заполнению обязательной школьной учетной формы	Исключен
3. Факультативная семейная учетная форма	3. Факультативная семейная учетная форма
4. Информированное согласие	4. Информированное согласие
Образец письма об информированном согласии родителей (пассивный подход)	Образец письма об информированном согласии родителей
Образец письма об информированном согласии родителей (активный подход)	Исключен
5. Стандартизация условий	5. Стандартизация условий
Обследователи	Обследователи
Дети	Дети
Измерительные приборы	Измерительные приборы
Типовые формы	Типовые формы
Время	Время
Место	Место
6. Методики проведения антропометрических измерений	6. Методики проведения антропометрических измерений
Вес тела	Вес тела
Рост	Рост
Окружность талии	Исключен
Окружность бедер	Исключен
7. Приборы для антропометрических измерений	7. Приборы для антропометрических измерений
Методика калибровки приборов	Методика калибровки приборов
8. Библиография	8. Библиография

Исходя из таблицы 7, из детской учетной формы были исключены поля для внесения численности населения, регион/муниципальное образование ребенка, вторичный и средний результат замера роста. Мы исключили окружность талии и окружность бедер по той причине, что для стандартного расчета ИМТ эти данные не требуются. Также исключены методические рекомендации к этим пунктам.

Адаптированный инструмент COSI мы перевели на казахский язык и передали в школы для тестирования на понимание и релевантность содержания. После обсуждения с работниками школьной медицины и администрации школ, были внесены изменения редакционного характера.

Методика COSI соответствует Международным этическим рекомендациям по биомедицинским исследованиям с участием человека [74], также одобрена Локальным Комитетом по биоэтике РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» (Протокол 2 от 03.07.2021).

Для измерения антропометрических параметров детей экспериментальной и контрольной группы использована обязательная детская учетная форма, которая состоит из 11 вопросов, из них 4 – для демографических данных, 7 – по задаче инструмента.

Во время проведения исследования действовали ограничительные меры в связи с коронавирусной инфекцией, часть детей находилась на онлайн-обучении или отсутствовала по различным причинам. Уровень участия классов составил 100%, так как 5 классов, отказавшихся принять участие в исследовании, были заменены классами из списка резервных классов.

Общий запланированный объем выборки был определен из расчета, что среднее количество учащихся в классе – 20 человек.

Как показало исследование, среднее число учащихся в одном классе составило 21,3. Общее число респондентов в 24 классах – 526 человек. Из них на момент обследования отсутствовали 84 учащихся, 74 школьников отказались принять участие.

Таким образом, уровень ответа школьников составил – 70,02%.

Количество учеников в выборке составило 736 человек (мальчиков 46,7%, девочек 53,3%). Участников из городской местности 55,4%, из сельской – 44,6%.

В ходе отбора целевой группы детей возрастной группы 8-ми лет – количество их составило 222 человек. Возрастная группа 9 лет – количество их составило 268 человек. Возрастная группа 10 лет – количество их составило 246 человек (таблица 8).

Таблица 8 – Характеристики детей и родителей по регионам

Область/Город	Мальчики, %	Девочки, %	Медианный возраст в годах	Дети из городской местности, %	Семейная учетная форма, заполненная мамами, %
Акмолинская	39,6	60,4	9,4	-	96,1
Атырауская	45,2	54,8	9,5	60,2	95,7
Кызылординская	50,6	49,4	9,6	54,3	98,2
Восточно- Казахстанская	47,4	52,6	9,4	56,7	88,4
Нур-Султан	44,9	55,1	9,5	-	83,1

Данные таблицы.8, обработка результатов исследования осуществлялась с применением статистических методов в программе IBM SPSS Statistics 22 версии. Использовались методы описательная и аналитическая статистика.

Для сравнения двух зависимых выборок был применен критерий парных выборок. Также был рассчитан 95% доверительный интервал для разности.

Нормальность распределения переменных проверены одновыборочным критерием Колмогорова-Смирнова. Поскольку выборки распределены нормально, применили параметрический критерий t-Стьюдента для определения статистически значимого различия до и после проведения мероприятия в параметрах роста, веса и ИМТ.

#### 2.4 Фрагмент исследования 4

В рамках кросс-секционного исследования проведено анкетирование родителей и школьной администрации, направленное на определение показателей рациона питания и физической активности детей.

Для анкетирования родителей использована Факультативная семейная учетная форма из 17 вопросов, из них 4 вопроса для демографических данных, 13 вопросов по назначению инструмента. Для анкетирования школ применена обязательная школьная учетная форма с 17 вопросами, из них 3 вопроса для идентификации школы, 14 вопросов по назначению инструмента. Анкеты одобрены Локальным Комитетом по биоэтике РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» (Протокол 2 от 03.07.2021).

Родителями или законными представителями детей были заполнены 349 семейных анкет, процент ответов составил 77%, из них проанализированы 331 анкета с полными ответами. Ответы школьной администрации составили 100%.

В факультативной семейной учетной форме есть вопрос: «Каким, как вам кажется, является вес у вашего ребенка: недостаточный; нормальный; немного избыточный; крайне избыточный». Учитывая то, что семейная учетная форма заполнялась разными членами семьи, ответы были группированы по восприятиям матерей и отцов. Если форма семейной записи была заполнена матерью, данные назывались «материнским восприятием», тогда как, если форма заполнялась отцом, данные назывались «отцовским восприятием».

Мы построили меру соответствия, чтобы указать, правильно ли родитель воспринимал весовой статус своего ребенка по сравнению с категориями ожирения ВОЗ. Воспринимаемая и фактическая классификация веса детей считалась последовательной в следующих случаях:

Родительская реальная оценка статуса веса детей, наблюдалось если:

- дети с худобой были правильно классифицированы как «недостаточный вес»;
- дети с нормальным весом как «нормальный вес»;
- дети с избыточным весом как «с небольшим избыточным весом»;
- детей с ожирением как «чрезвычайно избыточный вес».

Родительская недооценка веса своего ребенка наблюдалась, если:

- дети с нормальным весом воспринимались как «недовес»;
- дети с избыточным весом воспринимались как «недовес» или «нормальный вес»;
- дети с ожирением воспринимались как «недостаточный вес», «нормальный вес» или «немного избыточный вес».

Родительская переоценка весового статуса своего ребенка наблюдалась, если:

- худощавые дети воспринимались как «нормальный вес», «немного избыточный вес» или «чрезвычайно избыточный вес»;
- дети с нормальным весом воспринимались как «с небольшим избыточным весом» или «чрезвычайно избыточным весом»;
- дети с избыточным весом воспринимались как «чрезвычайно избыточный вес».

Точность восприятия родителями статуса веса их ребенка также оценивалась путем оценки недостаточного веса, нормального веса, избыточного веса.

Преимущественно в опросе участвовали матери, 92,9%; законных представителей в исследовании не было.

## **2.5 Фрагмент исследования 5**

На основе анализа данных, полученных в эмпирической части исследования, а также международного опыта укрепления здоровья школьников, были предложены различные методы совершенствования технологий сохранения здоровья школьников.

В разделе 6. «Рекомендации по разработке стратегий для системы школьного здравоохранения» подробно описаны возможные методы и необходимые шаги, которые могут быть применены для сохранения и укрепления здоровья детей.

Применение предложенных методов и материалов позволило достигнуть цели исследования, решить поставленные задачи, сделать научно-обоснованные выводы и предложить практические рекомендации. Это может помочь в создании более эффективных технологий укрепления здоровья и благополучия школьников.



### 3 ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ В ВОПРОСАХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ШКОЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Изучение потребностей детей в рамках существующих условий школьного здравоохранения оценивалось с помощью обсуждения в фокус- группах с применением Вопросника для оценки национальных систем школьного здравоохранения (Вопросник ШСЗ), который состоял из семи ключевых компонентов: социальная справедливость, доступность, приемлемость, участие, соответствие, медицинская информация. Уровни ответов были распределены в соответствии с утверждениями «Всегда неверно»; «Иногда верно»; «Преимущественно верно», «Неприменимо».

Всего в фокус-группах участвовали 368 детей (25 фокус групп) и 368 родителя (25 фокус группы).

Результаты анализа подчеркивают важность обеспечения социального равенства в организации ШСЗ и необходимость постоянного мониторинга и улучшения политик и программ, чтобы предоставить равные возможности и условия для всех детей, вне зависимости от их происхождения и других характеристик. Важно отметить, что проявления социальной справедливости выражаются факторами, такими как различия в возрасте, поле, национальности и других характеристик.

На рисунке 8 показаны результаты анализа реализации принципов социальной справедливости по мнениям детей и родителей.

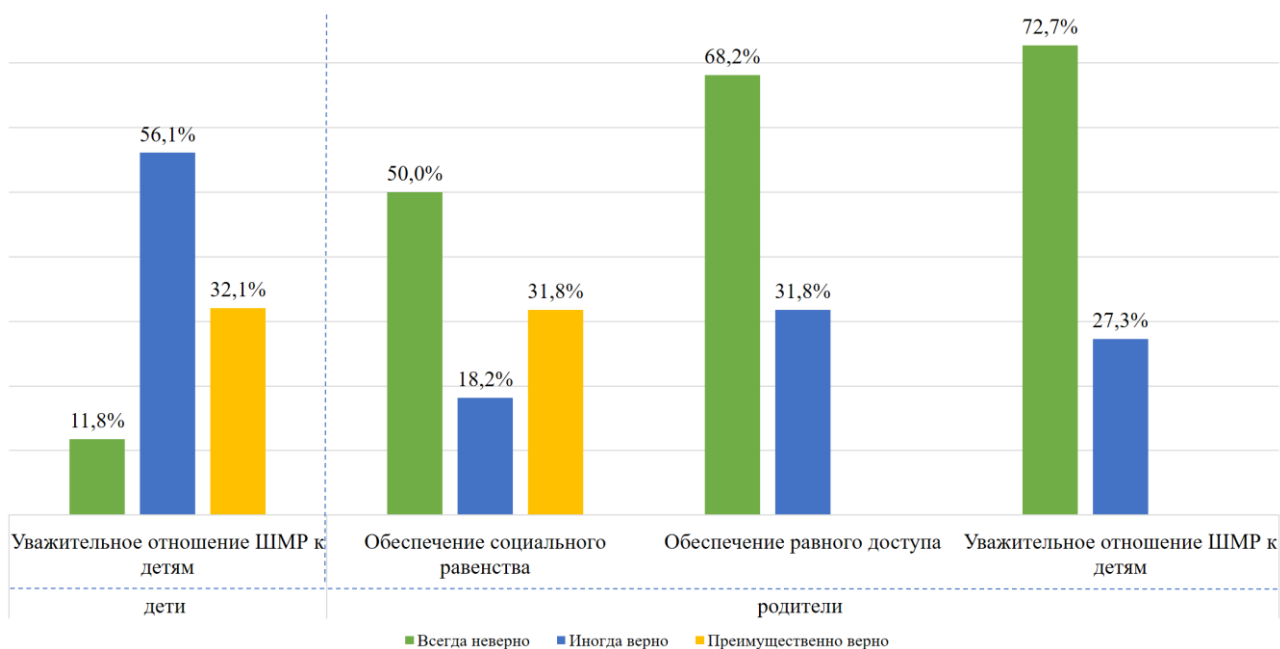


Рисунок 8 – Обеспечения социального равенства в организации ШСЗ

Согласно рисунка 8, установлено, что родители (72,7%) чаще наблюдают проявление неуважения к детям, чем сами дети (12%). Проявление уважения (32%) в отношении учащихся и социальное равенство (31,8%) наблюдается чаще,

чем равный доступ. Это может указывать на то, что уважение как аспект социальной справедливости может быть более доступным, чем другие аспекты.

Для проверки статистической значимости мы применяли метод анализа ANOVA, который используется для сравнения средних значений трех или более групп с пороговым значением вероятности (p-value) на уровне 0.05. Анализ показал ( $P=0,00000373441$ ;  $p < 0,05$ ) статистическую значимую разницу в обеспечении социального равенства для всех детей в зависимости от их происхождения и других характеристик в организации ШСЗ и оказании услуг, что указывает на то, что организация ШСЗ может нуждаться в изменениях в политиках и программах, чтобы обеспечить более равные возможности и условия для всех детей.

Сильная положительная корреляционная связь ( $r=0.70595471608373$ ) между ответами родителей на вопросы «По вашему мнению, обеспечивает ли организация ШСЗ и оказание услуг социальное равенство для всех детей, вне зависимости от их происхождения и других характеристик?» и «Знаете ли вы о таких ситуациях, когда к ребёнку/подростку работники ШСЗ относились с неуважением?» означает, что в среднем родители, которые считают, что ШСЗ обеспечивает социальное равенство, также более склонны знать о ситуациях, когда работники ШСЗ относились к детям с неуважением.

Для проведения анализа доступности услуги ШСЗ были рассмотрены ответы родителей и детей на вопросы, связанные с доступом к специалистам, направлением к другим специалистам, оплатой за услуги, а также удобством часов работы и получением информации о услугах (рисунок 9).

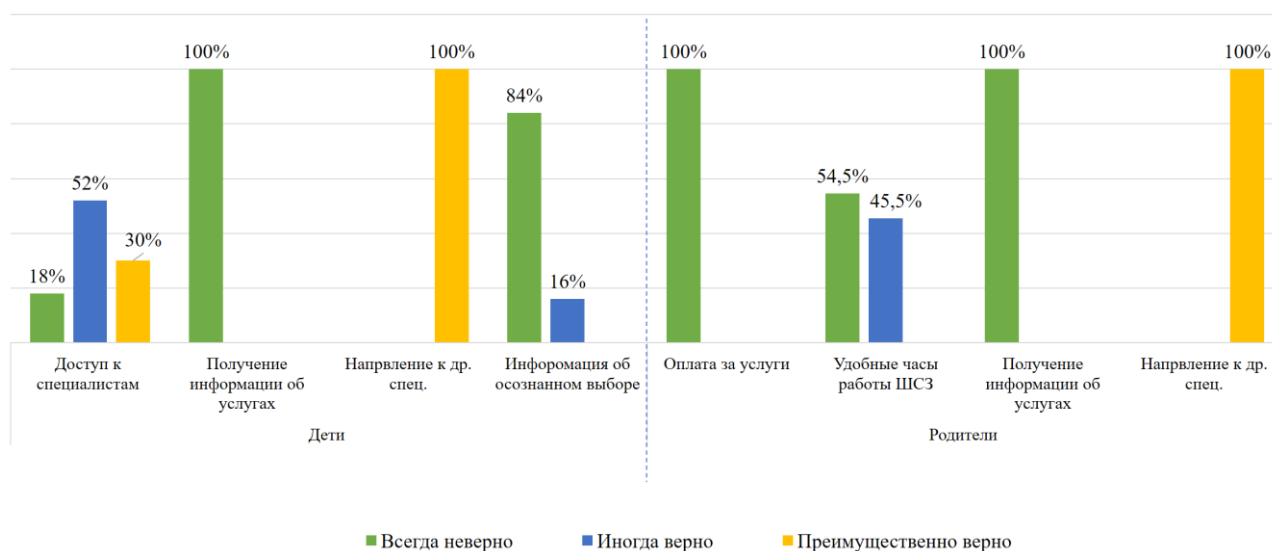


Рисунок 9 – Доступность услуг ШСЗ

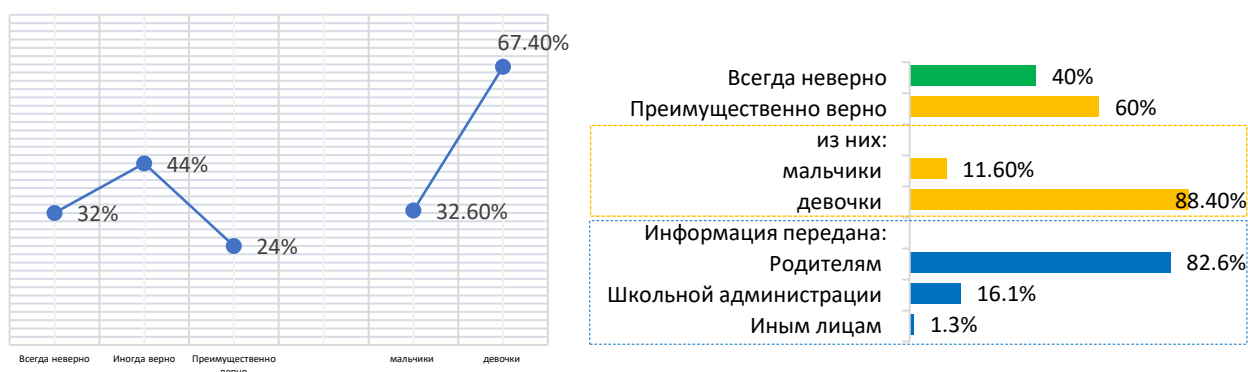
Из рисунка 9 видно, что в среднем 35% детей имеют сложности в доступе к специалистам (не всегда 18%; иногда 52%), что в большей мере связано с неудобством графика работы ШМР, по мнению родителей.

В школьной системе здравоохранения отсутствует практика предоставления информации о перечне реализуемых услуг, что подтверждено абсолютными ответами детей и родителей (100%). Тогда как, дети и родители хорошо осведомлены (100%) о практике направления для получения специализированной помощи через ШСЗ (например, к психологу, физиотерапевту, стоматологу и т.д.) и без какой-либо оплаты.

Учащиеся и дети в равной мере имеют сведения об услугах ШСЗ в своих школах и нет статистической значимых различий в ответах детей и родителей о доступности услуг ШСЗ ( $p= 4.62644926137992E-114$ ;  $p < 0$ ). Кроме того, анализ показал, что между ответами детей на вопрос о доступности ШСЗ в удобное для них время и ответами родителей на вопрос о доступности ШСЗ в удобное для детей время существует отрицательная корреляция ( $r=-0.447$ ). Это означает, что чем более доступна ШСЗ для детей, тем меньше вероятность того, что они столкнутся с проблемой доступа в удобное для них время во время перемен, обеденных перерывов и после уроков. С учетом этих результатов можно предположить, что улучшение доступности услуг ШСЗ для детей в удобное для них время может значительно улучшить общее качество услуг и увеличить количество детей, которые получают необходимую им помощь.

Результаты фокус-групп показали, что более половины детей (68%) частично или полностью ощущали дискомфорт при разглашении личной информации работнику школьной медицины, связанный с нарушением приватности, чаще всего девочки (67,4%).

Больше половины детей (60%) сталкивались с ситуацией, когда медицинский работник разглашал их личную информацию без их согласия, среди девочек (88,4%) такое происходило чаще, чем среди мальчиков (11,6%). Информация, которую дети хотели сохранить в тайне, касалась здоровья, семейно-бытовых и социальных вопросов и передавалась родителям (82,6%), школьной администрации (16,1%), поликлинике и социальным работникам (1,3%), (рисунок 10).



а – Чувствуете ли вы себя комфортно, когда разглашаете личную информацию врачу или медсестре?; б – Случалось ли такое, чтобы врач или медсестра рассказывали вашим родителям или кому-то ещё, информацию, которую вы хотели сохранить в тайне?

Рисунок 10 – Основные аспекты приемлемости

На основании данных рисунка 10, оценка приемлемости реализации услуг школьного здравоохранения проводилось по анализу аспектов о конфиденциальности, проявления осуждения со стороны ШМР, приемлемость помещения ШСЗ и времени ожидания приема.

Далее, на рисунке 11 видно, что преимущественно родители осведомлены (63,3%) о том, что школьная медицина обеспечивает гарантию конфиденциальности при проведении бесед с детьми и при осмотрах детей, тем не менее более двух третей детей частично (56%) или полностью (28%) отрицали соблюдение конфиденциальности при проведении осмотров школьными медицинскими работниками.

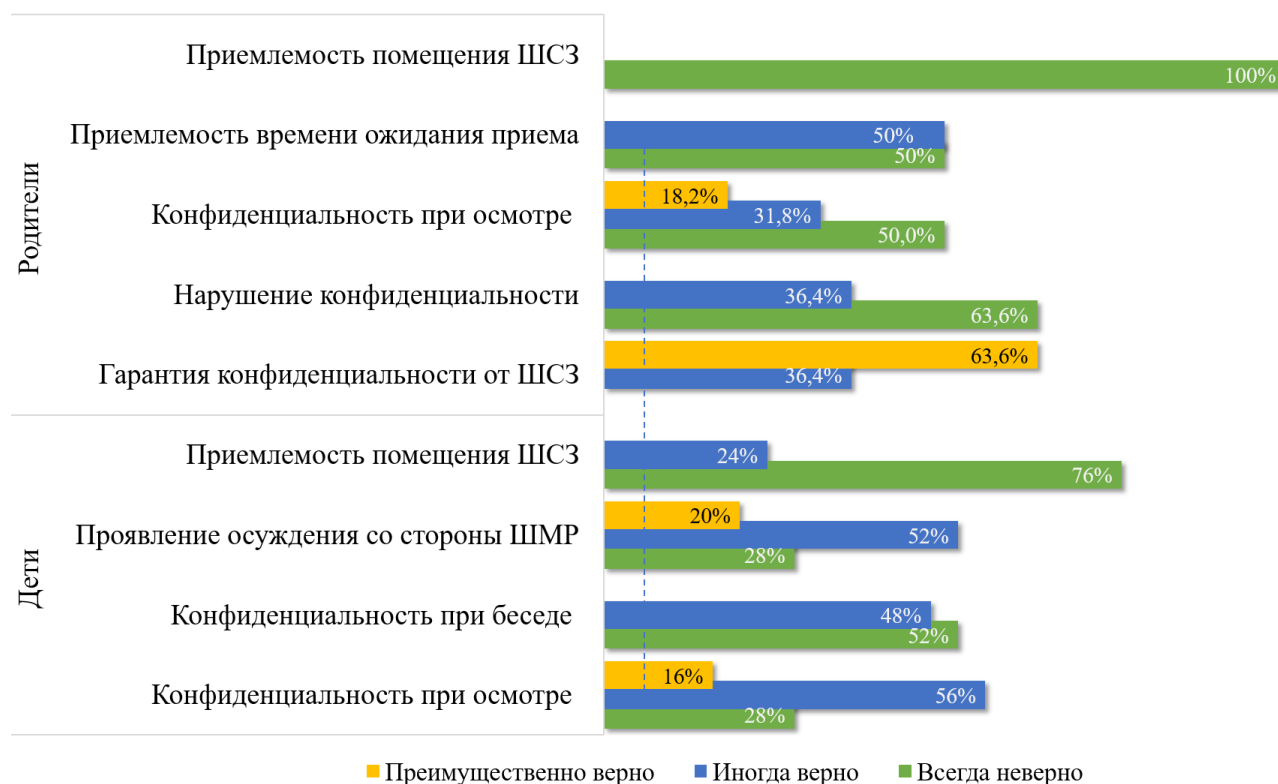


Рисунок 11 – Приемлемость услуг ШСЗ

Также, по мнению детей (рисунок 11), частично (48%) или полностью (52%) не соблюдена приватность при проведении бесед с ШСЗ. Более трети детей сообщили о неудовлетворительном опыте общения с ШМР, так как частично (52%) и полностью (20%) чувствовали осуждение со стороны ШМР, когда обсуждали свои чувства и проблемы, связанные с самочувствием на момент обращения.

Кроме того, анализ коэффициента корреляции Пирсона ( $r=-0.645$ ) между вопросами о конфиденциальности и ощущениях осуждения со стороны врача или медсестры показал высокую обратную зависимость между этими понятиями. То есть, чем больше дети беспокоятся о конфиденциальности процесса осмотра, тем больше они склонны чувствовать осуждение со стороны врача или медсестры.

Таким образом, врачи и медсестры должны обратить внимание на вопросы конфиденциальности и стараться создать комфортную и доверительную обстановку для детей во время осмотра, чтобы уменьшить возможность чувства осуждения со стороны пациентов.

Дети (76%) и родители (100%) преимущественно считали помещения ШСЗ чистыми и комфортными, 24% детей частично считали кабинет ШСЗ маленьким. Родители частично (50%) и полностью (50%) оценили время ожидания приема не приемлемым.

В целом, результаты анализа приемлемости услуг ШСЗ показывают значимую разницу между группами в рассматриваемых аспектах ( $p=5.88361E-62$ ;  $p < 0$ ). Это подтверждает вероятность различий в восприятии приемлемости услуг ШСЗ у детей и их родителей, и относительно слабое качество взаимодействия между ними.

Следовательно, возникает потребность в принятии мер для улучшения культуры конфиденциальности в школьной медицине. Это может быть достигнуто путем проведения обучающих программ для школьных медицинских работников по вопросам конфиденциальности и этики.

Для оценки степеней участия детей и родителей в реализации школьных услуг здравоохранения в фокус-группах были обсуждены такие аспекты участия, как информирование детей о состоянии здоровья и понимание этой информации, наличие обратной связи при обращении с детьми, участие в разработке плана по контролю хроническим заболеванием, наличие анкет удовлетворенности детей услугами ШСЗ (рисунок 12).



Рисунок 12 – Степень участия детей и родителей в реализации услуг ШСЗ

Результаты фокус группы (рисунок 12) показали, что большинство детей (60%) получают информацию о своей ситуации или состоянии здоровья от медсестры при обращении, однако, почти половина родителей (45,5%), не были осведомлены об этом. Только одна треть частично (27,3%) и другая треть (27,3%) полностью осведомлены о том, что дети когда-либо получали от школьного медицинского работника сведения об их состоянии здоровья. При этом 56% детей предоставленную информацию об их ситуации или состоянии здоровья от медсестры оценили не доступной для их понимания, 44% частично понятной. В свою очередь, ни один учащийся в фокус группе не услышал от ШМР, была ли ясна озвученная ему информация, что свидетельствует об отсутствии обратной связи от детей.

Между данными детей об информации касательно состояния здоровья и пониманием этой информации установлена сильная обратная взаимосвязь ( $r = -0.0807$ ). Это говорит о том, чем меньше медсестра рассказывает о состоянии здоровья ребенка, тем сложнее детям понимать и усваивать информацию, которую им передают медицинские работники. Эта обратная связь подчеркивает важность эффективной коммуникации между медицинским персоналом и пациентами, особенно в случаях, когда пациентами являются дети. Более детальное и понятное объяснение состояния здоровья ребенка со стороны медсестры может помочь детям лучше понимать и усваивать переданную им информацию.

Результаты фокус-групп детей и родителей в равной степени свидетельствуют об отсутствии в школьной системе здравоохранения каких-либо практик по привлечению детей или их родителей для разработки плана по контролю хронических заболеваний, при их наличии. Также не выявлены случаи предоставления анкет для оценки удовлетворенности услугами ШСЗ как детям, так и родителям. Школьная система здравоохранения предоставляет письменное информированное согласие родителям, в частности для процедур вакцинации.

Для анализа соответствия услуг школьного здравоохранения были рассмотрены аспекты, связанные с проведением вакцинации в школах, получением обучения по вопросам укрепления здоровья, направлением к стоматологу, информированностью родителей об обращении детей в ШСЗ и способами обращения в ШСЗ.

Дети в значительной мере осведомлены о процедурах вакцинации (100%) и проведении стоматологического осмотра (100%), проводимых им в рамках школьной медицины (рисунок 13). Меньше всего детей (20%) ответили, что им проводилось обучение по вопросам укрепления здоровья, одной трети детей (32%) не проводилось подобного обучения, тогда как больше половины родителей (59,09%) утверждали о полном отсутствии уроков по укреплению здоровья в школах.

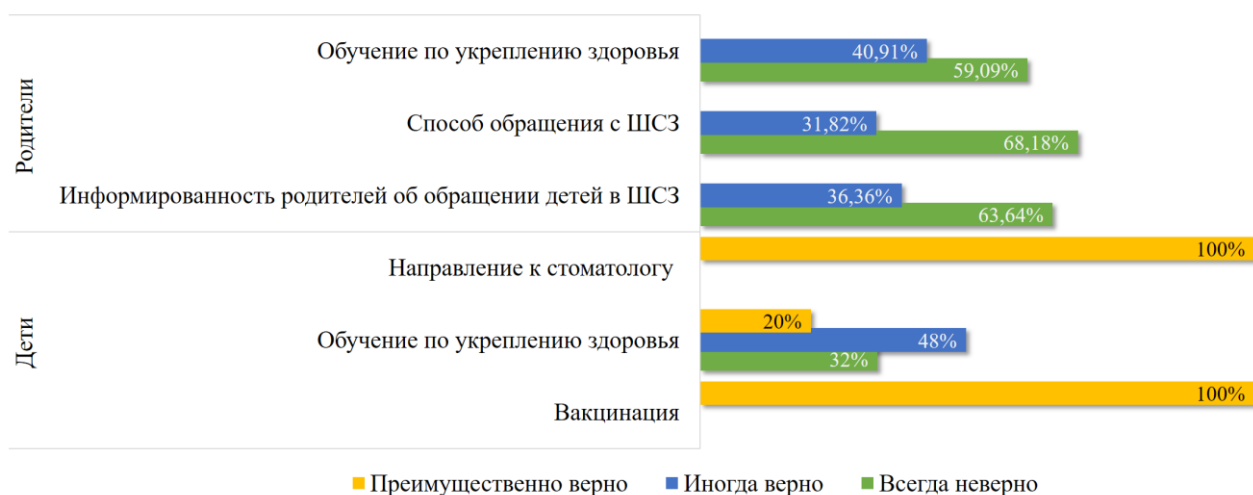


Рисунок 13 – Соответствие услуг ШСЗ

Анализ показал (рисунок 13) существенную долю отсутствия информированности родителей о видах услуг, которыми пользовались их дети в ШСЗ (36,4%), о способах обращения детей за услугами в ШСЗ (31,8%), о проведении уроков по укреплению здоровья в школе (40,9%).

Коэффициенты корреляции между этими аспектами составили  $r = 0.292$ ,  $r = 0.439$ ,  $r = 0.275$  соответственно, что свидетельствует о прямой связи между перечисленными переменными и имеют влияние на соответствие реализуемых услуг ШСЗ.

Для оценки реализации принципов медицинской информации, были изучены аспекты уровня осведомленности учащихся и родителей о материалах по укреплению здоровья, предоставляемых в школах. В рамках исследования были заданы респондентам вопросы, направленные на понимание того, в каких условиях они получают информацию о здоровье своих детей и насколько эта информация доступна.

Преимущественно дети (67,3%) и родители (54,5%) наблюдали демонстрацию материалов по укреплению здоровья в зонах ожидания перед кабинетом школьного медицинского работника (рисунок 14).

На основании данных из рисунка 14, в других помещениях школы материалы по укреплению здоровья дети (28,1%) и родители (63,6%) наблюдали частично. Однако, установлена сильная обратная корреляционная связь ( $r = -0.635$ ) между осведомленностью родителей о материалах по укреплению здоровья, которые могут быть предоставлены в зонах ожидания и в других частях школы. Это может свидетельствовать о том, что родители, которые не обратили внимание на материалы в зонах ожидания перед кабинетом ШСЗ, могут не знать о том, что они могут получить дополнительные материалы по укреплению здоровья.



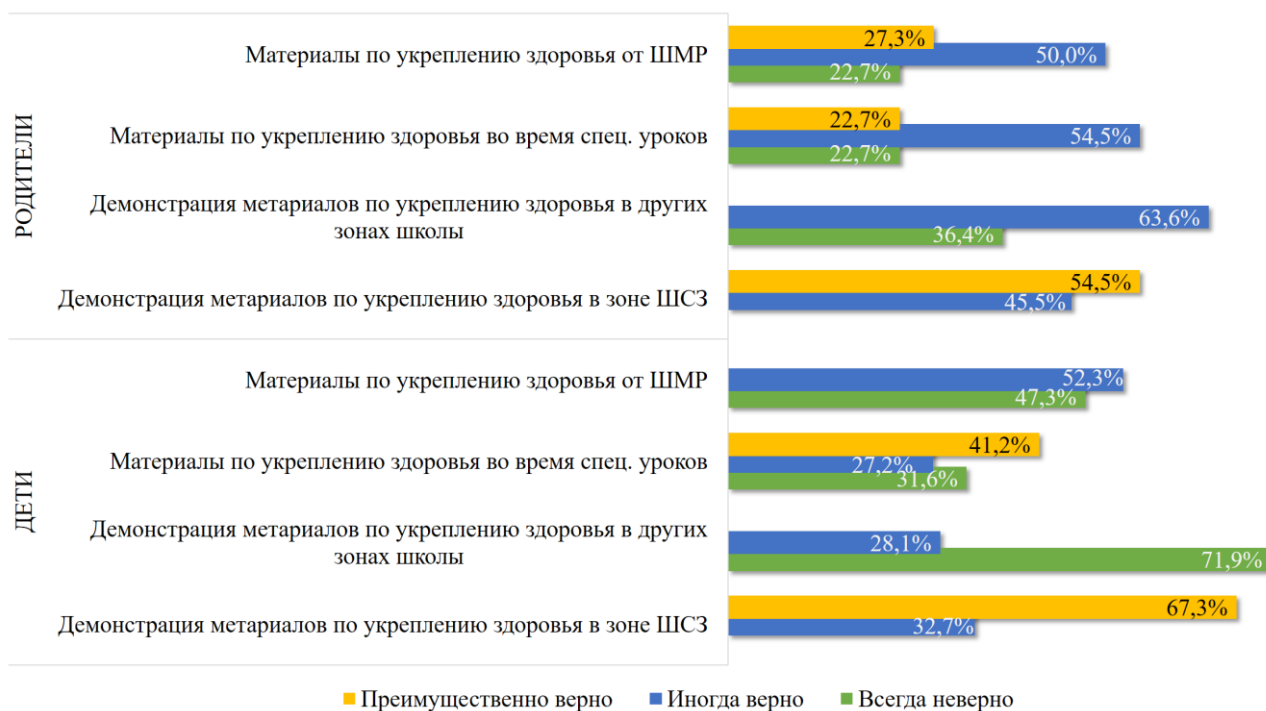


Рисунок 14 – Медицинская информация для детей и их родителей

На рисунке 14 представлены результаты фокус-группы, которая исследовала мнение детей и родителей относительно медицинской информации в школе. Из данных видно, что дети получали материалы по укреплению здоровья во время специализированных уроков чаще (41,2%, преимущественно верно), чем от работника школьной медицины (52,3%, иногда верно). Это говорит о том, что специализированные уроки касательно здоровья играют важную роль в предоставлении медицинской информации детям. Только одна треть родителей были осведомлены о том, что дети могли получать дополнительные материалы по укреплению здоровья во время специализированных уроков (22,7%) и от школьного медицинского работника (27,3%), в среднем половина родителей были частично информированы (52,3%) об этом, другая треть (22,7%) родителей считали, что дети совсем не получали дополнительных материалов по укреплению здоровья.

Установлен отрицательный коэффициент корреляции ( $r=-0.491$ ) между данными родителей, которые позволяют анализировать степень их осведомленности о материалах по укреплению здоровья, которые могут быть предоставлены во время специализированных уроков или на приемах у школьного медицинского работника, то есть если родители хорошо осведомлены о материалах по укреплению здоровья во время специализированных уроков, то они могут быть менее осведомлены о материалах, которые могут быть предоставлены во время приема у врача/медсестры и наоборот.

Для школы это означает, что ей следует обратить внимание на улучшение информации для родителей о материалах по укреплению здоровья, которые предоставляются в рамках специализированных уроков и приемов у врача/медсестры, чтобы родители были более полно осведомлены о



возможностях для укрепления здоровья своих детей. Можно также рассмотреть возможность проведения родительских собраний или распространения информации о материалах по укреплению здоровья через электронные письма и социальные сети.

Из результатов исследования следует, что большинство родителей не осведомлены о том, что материалы по укреплению здоровья могут быть предоставлены в зонах ожидания перед кабинетом медицинского работника, а также о том, что их дети могут получать материалы по укреплению здоровья во время приемов у врача/медсестры. Это свидетельствует о том, что информация об услугах и ресурсах, предоставляемых в школах для укрепления здоровья детей, не всегда достигает родителей.

Кроме того, из результатов исследования можно заключить, что доступность материалов по укреплению здоровья в разных частях школы оставляет желать лучшего. Более того, родители не всегда знают о том, что их дети могут получать материалы по укреплению здоровья в рамках специализированных уроков. Это может быть связано с тем, что школы недостаточно информируют родителей о своих ресурсах и услугах.

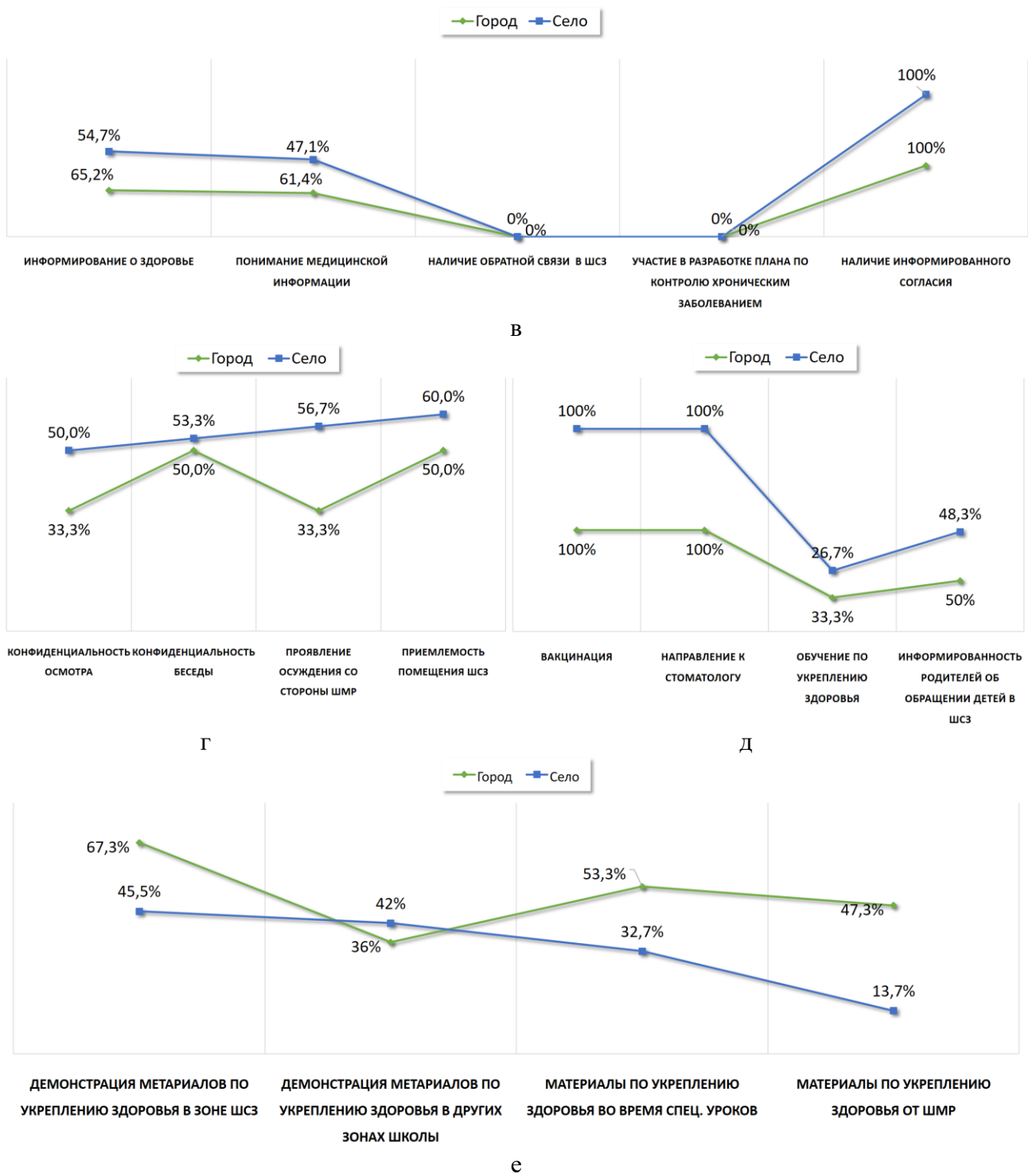
Таким образом, школам следует обратить внимание на усовершенствование информационных каналов, чтобы родители были более осведомлены о ресурсах и услугах, предоставляемых для укрепления здоровья детей, включая материалы по укреплению здоровья, доступные в зонах ожидания.

Оценив все показатели потребностей детей в рамках школьного здравоохранения по кластерам, был проведен анализ распределения данных на уровне города и села (рисунок 15).



а – социальная справедливость; б – доступность

Рисунок 15 – Анализ потребностей городских и сельских детей в рамках школьного здравоохранения, лист 1



в – Участие; г – приемлемость; д – соответствие; е – медицинская информация

Рисунок 15, лист 2

Анализ показал (рисунок 15), что обеспечение социального равенства для детей в пределах школьных услуг здравоохранения реализуется только на половину как в городе (61.1%), так и на селе (56,1%).

Однако, у детей из сёл этот показатель ниже на 5%, чем у городских.

Обеспечение равного доступа к услугам школьного здравоохранения для городских детей составил 69,4, тогда как у сельских - 44,4%. Разница в

показателе обеспечения равного доступа к школьным услугам здравоохранения в городе и на селе составила 2/3 доли. Также установлено, что уважительное отношение ШМР к детям из сёл выше на 25% по сравнению с городскими.

Таким образом, необходимо проводить работы по улучшению социальной справедливости в обоих местах. При этом, каждый населенный пункт имеет свои особенности, поэтому при разработке мер по улучшению социальной справедливости необходимо учитывать данные особенности.

Из представленных показателей доступности в городе и на селе видно, что доступ к специалистам в сёлах немного ниже, чем в городах – 57,6 и 71,2% соответственно. Это может быть связано с дефицитом медицинских кадров в сельских районах или территориальными особенностями.

В городах информация об услугах ШСЗ доступна для 76,6% детей и родителей, тогда как в сёлах только для 23,3%. Это говорит о том, что существует неравенство доступа к услугам ШСЗ между жителями городов и сёл.

Показатель направления к узким специалистам в рамках ШСЗ в городах составил 100%, что говорит о том, что в городах есть возможность получить более квалифицированную медицинскую помощь. В то же время, у сельских детей этот показатель немного ниже – 82,0%.

Информацию об осознанном выборе дети получают в одинаковой мере в городах и сёлах – 50%. Это означает, что половина детей не имеет достаточного понимания об осознанном выборе в пользу здоровья.

В целом, можно сделать вывод, что доступность услуг ШСЗ в сельских районах и городах имеет свои особенности и зависит от многих факторов, таких как наличие квалифицированных специалистов и информационной поддержки.

Приемлемость условий в рамках реализации услуг школьного здравоохранения представлены по четырем показателям: конфиденциальность осмотра, конфиденциальность беседы, проявление осуждения со стороны ШМР и приемлемость помещения ШСЗ.

Установлено, что конфиденциальность осмотра детей в школьном медицинском пункте менее приемлема в городе (33,3%), чем на селе (50,0%). Это означает, что в городских условиях недостаточно обеспечивается уровень конфиденциальности во время прохождения медицинского осмотра детей в школах. Конфиденциальность беседы также оказалась менее приемлемой в городе, чем в сельской местности, с незначительной разницей (50,0% против 53,3%).

Дети из сельской местности (33,3%) в меньше мере ощутили осуждение со стороны школьного медицинского работника, чем дети в городе (56,7%). Это может говорить о том, что в городских условиях школьные медицинские работники не проявляют достаточного уважения к детям. Также, дети из сёл (60,0%) более удовлетворены приемлемостью помещения ШСЗ, чем дети в городе (50,0%).

Таким образом, анализ приемлемости условий реализации услуг ШСЗ показал, что дети в сельской местности больше удовлетворены приемлемостью условий ШСЗ в сравнении с детьми в городе.

Участие детей и родителей в реализации услуг школьного здравоохранения подразумевает информирование о состоянии здоровья или самочувствия детей, понимания медицинской информации, наличия обратной связи в ШСЗ, участие в разработке плана по контролю хронических заболеваний и наличие информированного согласия при проведении медицинских процедур.

Анализ показал, что в городах дети (65,2%) информированы о состоянии своего здоровья, в то время как в сельских районах этот показатель ниже (54,7%). Аналогично большинство городских детей (61,4%) имеют понимание представленной медицинской информации, в то время, как только 47,1% детей из села имеют такую возможность.

Однако, наличие обратной связи в ШСЗ и участие детей и родителей в разработке плана по контролю хронических заболеваний в рамках школьной медицины оказались нулевыми как в городах, так и в сёлах.

Наличие информированного согласия в данном опросе достаточно высокое и составляет 100% как в городах, так и в сёлах.

Таким образом, результаты исследования показали неравномерное распределение возможностей информирования и понимания медицинской информации между городами и сёлами, а также отсутствие обратной связи и участия в разработке плана по контролю хронических заболеваний.

Анализ соответствия реализации школьных медицинских услуг в городах и сёлах представлен по показателям вакцинации, направлению к стоматологу, обучения по вопросам укрепления здоровья и степенью информированности родителей об обращении детей в ШСЗ.

Результаты анализа показали, что родители и дети в городах и сёлах в равной мере (100%) хорошо осведомлены о проведении вакцинации и направлении к стоматологу в рамках школьной медицины. Однако, анализ показал значительно низкие показатели проведения обучающих сессий для детей по вопросам укрепления здоровья как в городах (33,3%), так и сёлах (26,7%).

Только половина родителей, участвовавших в исследовании информированы об обращении своих детей за услугами в ШСЗ. Доля информированности родителей о возможностях обращения детей в ШСЗ составляет 50% в городских районах и 48,3% в сельских районах.

Таким образом, анализ соответствия реализации школьных медицинских услуг в городе и селе позволяет сделать вывод о том, что в целом эффективно реализованы программы вакцинации и направления детей к стоматологу. Однако, существуют некоторые различия между городами сёлами, которые могут быть устранены путем проведения дополнительных мероприятий по обучению и информированию родителей и детей об укреплении здоровья и услугах Школьного здравоохранения.

Анализ присутствия медицинской информации в системе школьного здравоохранения был проведен через выявление демонстрации материалов по укреплению здоровья в зоне ожидания перед медицинским кабинетом, в других частях школы, во время специализированных уроков или непосредственной раздачи школьным медицинским работником.

Как видно из рисунка 15, демонстрация материалов по укреплению здоровья в зоне ШСЗ на 21,9% чаще установлено в городах, чем в сёлах. Демонстрация материалов по укреплению здоровья в других зонах школы проводится на 6,1% чаще в городах, чем в сёлах. Материалы по укреплению здоровья во время специальных уроков проводятся на 20,6% также чаще в городах, чем в сёлах. Далее, материалы по укреплению здоровья от ШМР показали, что на 33,6% чаще в городах, чем в сёлах.

Следовательно, из данных таблицы можно сделать вывод, что медицинская информация по укреплению здоровья более доступна и чаще используется на городском уровне, чем на сельском.

Таким образом, важно отметить, что доступ к медицинской информации по укреплению здоровья имеет большое значение для профилактики заболеваний и поддержания общественного здоровья, поэтому наличие равного доступа к такой информации в городах и сёлах является важной задачей для здравоохранения.

#### **4 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР В РАМКАХ КОНЦЕПЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШКОЛЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

Концепция Школы, способствующей укреплению здоровья (ШСУЗ), была впервые определена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в начале 1980-х годов как эффективный подход к здоровому развитию учащихся на основе Оттавской хартии и закреплена Бангской хартией [75, 76]. Казахстан стал официальным членом Европейской сети ШСУЗ в 1999 году.

После определения обязательств для стейкхолдеров в рамках реализации концепции ШСУЗ, в 2017 году реализовано пилотное внедрение в 6 школах в Мангистауской, Кызылординской областях и городах Алматы и Астана. По итогам пилотного внедрения школы отметили рост качества знаний и улучшение показателей здоровья, активизация внеклассных мероприятий по укреплению здоровья, повышение качества питания.

В 2022 году количество ШСУЗ в Казахстане составило 1201 школа, 15.6% от общего количества школ в стране [77].

Концепция ШСУЗ на уровне школ реализуется при помощи адаптированных методических руководств, которые направлены на развитие у членов школьного сообщества общих и специальных знаний, навыков укрепления здоровья.

Общешкольный подход к укреплению здоровья состоит из шести компонентов: Стратегия школы в отношении сохранения и укрепления здоровья; Школьная окружающая среда; Школьная социальная среда; Обучение индивидуальным навыкам и умениям в отношении здоровья; Связи с общественностью; Службы здравоохранения.

Оценка эффективности данных компонентов проводится школами с периодичностью не менее 6 месяцев. Индикаторы для оценки эффективности школы выбирают самостоятельно в зависимости от выбранных компонентов.

Один из наиболее релевантных и легко интерпретируемых индикаторов компонента здоровья в школьной среде является показатели веса детей [78, 79]. Именно статус веса индикатором режим питания и уровень физической активности детей [80]. Более того, несмотря на то, что проблема недостаточного питания имеет тенденцию к снижению, но остается нерешенной [71, р. e13214].

Для параметров роста детей до и после общешкольного подхода применили параметрический критерий -t-критерий Стьюдента для парных наблюдений. Результаты проверки двух гипотез представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Проверка на нормальность с одновыборочным критерием Колмогорова-Смирнова

Итоги по проверке гипотезы			
<i>нулевая гипотеза</i>	<i>критерий</i>	<i>значимость</i>	<i>решение</i>
Распределение Рост1 является нормальным со средним 139,29 и стандартным отклонением 7,59860.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200 <sup>a,b</sup>	Нулевая гипотеза принимается.
Распределение Рост2 является нормальным со средним 139,48 и стандартным отклонением 7,63965.	Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова	,200 <sup>a,b</sup>	Нулевая гипотеза принимается.
Выводятся асимптотические значимости. Уровень значимости равен ,050.			
а. Исправленная Лиллиефорса			
б. Это нижняя граница истинной значимости			

Обе гипотезы (таблица 9) были проверены одновыборочным критерием Колмогорова-Смирнова. Распределения Рост1 и Рост2 в экспериментальных группах действительно являются нормальными с заданными параметрами, далее был применен параметрический - t-критерий Стьюдента для парных наблюдений.

Для более полного анализа, были выведены асимптотические значимости; уровень значимости составил 0,05. Значение исправленной Лиллиефорса и нижняя граница истинной значимости были также рассчитаны и представлены в таблице. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что данные гипотезы подтверждаются. Это означает, что распределения Рост1 и Рост2 в экспериментальных группах нормальны (таблица 10).

Таблица 10 – Результаты t-критерий Стьюдента для парных наблюдений

<i>Критерий парных выборок</i>									
Параметры		Парные разности					t	ст.св.	знач. (двухсторонняя)
		среднее	среднеквадратичная отклонения	среднеквадратичная средняя ошибка	95% доверительный интервал для разности				
					нижняя	верхняя			
<i>Пара 1</i>	<i>Рост1 – Рост2</i>	-,18394	1,34788	,07026	-,32211	-,04577	-2,618	367	,003

Результаты анализа (таблица 10) парных выборок ростов детей показали, что  $P=0.009$ , что меньше уровня значимости 0.05. Это говорит о том, что между значениями Рост1 и Рост2 есть статистически значимые различия до и после проведения мероприятия.

Критерий парных выборок использован для сравнения двух связанных выборок, которые получены от одних и тех же объектов, но в разные моменты

времени. Также в таблице 10 представлены результаты парного сравнения веса детей до и после применения общешкольного подхода. Среднее значение разностей веса составляет -0,5717. Это означает, что в среднем вес испытуемых после применения общешкольного подхода стал на 0,5717 кг меньше, чем до события. Стандартное отклонение равно 1,1834, что говорит о том, что разброс значений в выборке достаточно большой. Среднеквадратичная ошибка составляет 0,0617, что означает, что ошибка нашей оценки среднего значения достаточно мала.

Доверительный интервал для разности веса на уровне 95% составил от -0,6930 до -0,4504 (таблица 11).

Таблица 11 – Статистически значимые различия между показателями веса в экспериментальной группе

Параметры		Парные разности					t	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)
		среднее	среднеквадратичная отклонения	среднеквадратичная средняя ошибка	95% доверительный интервал для разности				
					нижняя	верхняя			
<i>Пара 1</i>	<i>Вес1 – Вес2</i>	-,5717	1,1834	,0617	-,6930	-,4504	-9,267	367	0,000

Согласно данным таблицы 11, мы можем с уверенностью на 95% утверждать, что разница в весе до и после применения общешкольного подхода лежит в выбранном интервале.

Значение статистической значимости (двухстороннее) равно 0,000. Это означает, что есть статистически значимые различия в весе до и после применения общешкольного подхода.

Таким образом, на основании данного критерия можно сделать вывод о том, что применение общешкольного подхода оказало влияние на вес детей.

Исходя из указанных данных, можно сделать вывод, что применение общешкольного подхода является фактором, влияющим на изменение веса детей в экспериментальной группе.

Таблица 12 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в экспериментальной группе

Параметры		Парные разности					t	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)
		среднее	среднеквадратичная отклонения	среднеквадратичная средняя ошибка	95% доверительный интервал для разности				
					нижняя	верхняя			
<i>Пара 1</i>	<i>ИМТ1 – ИМТ2</i>	-,26978	,78148	,04074	-,34989	-,18967	-6,622	367	,000



Из таблицы 12 видно, что была рассчитана разность между значениями ИМТ1 до мероприятий ШСУЗ и ИМТ2 после мероприятий ШСУЗ, и среднее значение разности составило -0,26978. Это означает, что в среднем значение ИМТ2 меньше значения ИМТ1 на 0,26978 в экспериментальных группах.

Значение t-статистики равно -6,622, а p-значение 0,000, что говорит о статистически значимом различии между ИМТ1 и ИМТ2. Это означает, что есть значимые различия между результатами ИМТ до и после применения общешкольного подхода в экспериментальных группах.

Также был рассчитан 95% доверительный интервал для разности. Нижняя граница составила -0,34989, а верхняя -0,18967. Это означает, что с 95% вероятностью истинное значение разности между ИМТ1 и ИМТ2 лежит в диапазоне от -0,34989 до -0,18967.

Таким образом, это указывает на то, что с высокой вероятностью разница между ИМТ1 и ИМТ2 находится в указанном диапазоне.

Результаты анализа показали, что имеются статистически значимые различия между значениями ИМТ1 и ИМТ2. Значение P было рассчитано как 0.000, что меньше уровня значимости 0.05. Это говорит о том, что изменения в ИМТ являются статистически значимыми, то есть они не могут быть объяснены случайными факторами.

Анализ параметров нормального распределения ИМТ2 показал, что среднее значение равно 17.295, а среднеквадратичное отклонение равно 2.1736.

Таблица 13 – Критерий t Стьюдента для парных выборок в экспериментальной группе

Параметры	M±SD	t	P
Рост1	139.29±7.60	2.62	0.009
Рост2	139.48±7.64		
ВЕС1	33.44±7.48	9.27	0.000
ВЕС2	33.02±7.15		
ИМТ1	17.02±2.29	6.62	0.000
ИМТ2	17.29±2.17		

Согласно таблицы 13 следует, что есть статистически значимое различия до и после проведения мероприятий общешкольного подхода в параметрах роста, веса и ИМТ в экспериментальных группах, можно сделать следующие выводы:

Среднее значение параметров Рост1 и Рост2 практически равны, но статистически значимо отличаются друг от друга ( $t=2.62$ ,  $p=0.009$ ).

Таким образом, показатели роста у исследуемых детей не остались постоянными во время исследования.

Средние значения параметров Вес1 и Вес2 также отличаются друг от друга ( $t=9.27$ ,  $p=0.000$ ). Это может указывать на изменение веса у исследуемых детей во времени.

Средние значения параметров ИМТ1 и ИМТ2 также практически равны, однако статистически они отличаются друг от друга ( $t=6.62$ ,  $p=0.000$ ). Это может указывать на изменение ИМТ у исследуемых детей во времени.

Общий вывод: исследуемые параметры имеют статистические различия между первым и вторым измерениями роста, веса и ИМТ в экспериментальных группах (таблица 14).

Таблица 14 – Статистически значимые различия между показателями роста в контрольной группе

<i>Критерий парных выборок</i>									
Параметры		Парные разности					t	ст.св.	знач. (двухсторонняя)
		среднее	среднеквадратичная отклонения	среднеквадратичная средняя ошибка	95% доверительный интервал для разности				
					нижняя	верхняя			
<i>Пара 1</i>	<i>Рост1 – Рост2</i>	-,1575	1,7408	,1407	-,4356	,1205	-1,119	152	,265

В данном исследовании был проведен анализ на критерий парных выборок, который позволил определить, есть ли статистически значимые различия между двумя связанными выборками.

Для этого были собраны данные по парным разностям между этапами измерения роста детей контрольной группы Рост1 и Рост2, которые были представлены в таблице.

Результаты анализа показали, что значение t-статистики равно 1,7408, а p (двухсторонняя) составляет 0,265. Это означает, что различия между средними значениями парных разностей Рост1 и Рост2 в контрольных группах не являются статистически значимыми на уровне значимости 0,05.

Кроме того, был рассчитан 95% доверительный интервал для разности, который составил от -0,4356 до 0,1205. Это говорит о том, что существует достаточно большая вероятность того, что истинное значение разности между двумя группами лежит в данном интервале.

Таким образом, на основании рассмотренных данных, нет статистически значимых различий между значениями парных разностей в группах Рост1 и Рост2 в контрольных группах (таблица 15).

Таблица 15 – Статистически значимые различия между показателями веса в контрольной группе

<i>Контрольная группа</i>	<i>Статистические критерии<sup>a</sup></i>
<i>Z</i>	-7,590 <sup>b</sup>
<i>Асимп. Знач. (двухсторонняя)</i>	,000
а. Критерий знаковых рангов Вилкоксона	
б. На основе отрицательных рангов	

Таблица 15 представляет собой результаты контрольной группы и статистические критерии.

В таблице 15 приведены значения разницы между  $Вес2$  и  $Вес1$ , обозначенные как  $Z$ . Значение  $Z$  равно  $-7,590$ . Асимптотическое значение (двухстороннее) равно  $0,000$ . Критерий знаковых рангов Вилкоксона использован для анализа данных, а отрицательные ранги использованы для расчета статистического критерия.

Полученные результаты анализа данных показали значение  $Z$ -статистики как равное  $-7,590$ , что говорит о наличии статистически значимой разницы между  $Вес2$  и  $Вес1$  в контрольных группах. Асимптотическое значение (двухстороннее) равное  $0,000$ , подтверждает статистическую значимость полученных результатов.

Для более точной проверки гипотезы о равенстве средних значений в выборках был использован критерий знаковых рангов Вилкоксона. В данном случае, так как значение  $Z$ -статистики отрицательное, был использован критерий на основе отрицательных рангов, что дополнительно подтверждает наличие статистически значимой разницы между выборками.

Таким образом, результаты проведенного анализа данных позволяют сделать вывод о том, что между показателями  $Вес2$  и  $Вес1$  в контрольных группах имеется статистически значимая разница.

Был использован критерий парных выборок для сравнения средних значений двух наборов данных, который позволяет сравнить средние значения двух связанных выборок, получаемые при измерении одних и тех же объектов дважды, в разное время или при разных условиях. В нашем случае, парные выборки были получены при измерении показателей ИМТ1 и ИМТ2 в контрольных группах. Для этого были рассчитаны парные разности, среднее, среднеквадратичная отклонения и среднеквадратичная средняя ошибка.

Был рассчитан 95% доверительный интервал для разности, который составил от  $-0.2130$  до  $0.0352$ . Значение двухсторонней значимости составило  $0.159$ . Значение двухсторонней значимости  $0.159$  означает, что вероятность получения таких результатов при условии нулевой гипотезы составляет 15.9% (таблица 16).

Таблица 16 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в контрольной группе

<i>Критерий парных выборок</i>									
Параметры		парные разности					t	ст.св.	знач. (двухсто ронняя)
		сред нее	среднеква дратич ная откло нения	среднеква дратичная средняя ошибка	95% доверительный интервал для разности				
					нижняя	верхняя			
<i>Пара 1</i>	<i>ИМТ1 – ИМТ2</i>	$-0,0889$	$,7771$	$,0628$	$-0,2130$	$,0352$	$-1,415$	$152$	$,159$

Таким образом, на основании проведенного анализа, можно сделать вывод о том, что статистически значимых различий между средними значениями ИМТ1 и ИМТ2 в контрольных группах не обнаружено. Это означает, что изменения, которые произошли в ИМТ, не привели к статистически значимым различиям между первым и вторым измерениями.

Для проверки статистической значимости в показателях ИМТ детей в разрезе статусов веса в экспериментальных и контрольных группах был использован критерий U Манна-Уитни для независимых выборок.

Таблица 17 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 8 лет

<b>Ранги</b>				
Переменные	ГРУППА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	экспериментальная	111	111,95	12427,00
	контрольная	114	114,02	12998,00
	Всего	225		
ИМТ 2	экспериментальная	111	108,10	12323,50
	контрольная	114	118,03	13101,50
	Всего	225		
<b>Статистические критерии<sup>а</sup></b>				
Критерии		ИМТ 1	ИМТ 2	
U Манна-Уитни		6211,000	5768,500	
W Уилкоксона		12427,000	12323,500	
Z		-,238	-1,144	
Асимп. знач. (двухсторонняя)		,812	,025	
а. Группирующая переменная: ГРУППА				

Для проверки статистической значимости в показателях ИМТ детей внутри групп в экспериментальной и контрольной группах был использован критерий U Манна-Уитни для независимых выборок. Из таблицы 17 видно, что были обнаружены значимые различия в показателях ИМТ детей 8 лет в экспериментальной группе ( $U=5768$ ,  $Z=-1,144$ ,  $p=0,025$ ).

Таблица 18 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 8 лет с дефицитом веса и нормой веса

Ранги				
1	2	3	4	5
Переменные	СТАТУС ВЕСА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	дефицит веса	23	12,17	280,00
	норма веса	160	103,48	16556,00
	Всего	183		
ИМТ 2	дефицит веса	20	25,26	581,00
	норма веса	163	101,59	16255,00
	Всего	183		
Статистические критерии <sup>а</sup>				
Критерии			ИМТ 1	ИМТ 2
U Манна-Уитни			309,000	305,000
W Уилкоксона			611,000	581,000
Z			-5,730	-6,462
Асимп. знач. (двухсторонняя)			,112	,002
а. Группирующая переменная: СТАТУС ВЕСА				

Данные из таблицы 18 показывают переход детей 8 лет (n=3) из группы дефицита веса в группу нормы веса по числу среднего ранга, что составляет разницу в 1,64% между группами и критериев (U=305, Z=-6,462, p=0,002).

Таблица 19 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 8 лет с нормой веса и избытком веса

Ранги				
Переменные	СТАТУС ВЕСА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	норма веса	160	80,50	12880,00
	избыток веса	42	181,50	7623,00
	Всего	202		
ИМТ 2	норма веса	160	82,84	13254,00
	избыток веса	42	172,60	7249,00
	Всего	202		
Статистические критерии <sup>а</sup>				
Критерии			ИМТ 1	ИМТ 2
U Манна-Уитни			399,000	374,000
W Уилкоксона			14880,000	13254,000
Z			-7,966	-8,857
Асимп. знач. (двухсторонняя)			,131	,011
а. Группирующая переменная: СТАТУС ВЕСА				

Представленные данные в таблице 19 показали переход детей 8 лет (n=5) по статусу веса из группы избытка веса в группу нормы веса по числу среднего ранга, что составляет разницу в 2,48% между группами (U=374, Z=-8,857, p=0,011).

Таблица 20 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 8 лет с дефицитом веса и избытком веса

Ранги				
Переменные	СТАТУС ВЕСА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	дефицит веса	23	12,00	276,00
	избыток веса	42	44,50	1869,00
	Всего	65		
ИМТ 2	дефицит веса	23	13,43	309,00
	избыток веса	42	43,71	1836,00
	Всего	65		
Статистические критерии <sup>а</sup>				
Критерии			ИМТ 1	ИМТ 2
U Манна-Уитни			37,000	33,000
W Уилкоксона			321,000	309,000
Z			-4,631	-6,176
Асимп. знач. (двухсторонняя)			,421	<,001
а. Группирующая переменная: СТАТУС ВЕСА				

В группе детей 8 лет с дефицитом веса и избытком веса не произошел переход, но по числу рангов достоверна положительная разница дефицита веса и избытка веса ( $U=33$ ,  $Z=-6,176$ ,  $p=0,001$ ).

Таблица 21 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 9 лет

Ранги				
Переменные	ГРУППА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	экспериментальная	134	141,11	18286,00
	контрольная	117	108,69	13340,00
	Всего	251		
ИМТ 2	экспериментальная	134	136,46	18909,00
	контрольная	117	114,02	12717,00
	Всего	251		
Статистические критерии <sup>а</sup>				
Критерии			ИМТ 1	ИМТ 2
U Манна-Уитни			6437,000	5814,000
W Уилкоксона			13340,000	12717,000
Z			-2,444	-3,529
Асимп. знач. (двухсторонняя)			,115	,042
а. Группирующая переменная: ГРУППА				

Данные из таблицы 21 показали, что обнаружены значимые различия в показателях ИМТ детей 9 лет в экспериментальной группе ( $U=5814$ ,  $Z=-3,529$ ,  $p=0,042$ ).

Таблица 22 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 9 лет с дефицитом веса и нормой веса

<b>Ранги</b>				
Переменные	СТАТУС ВЕСА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	дефицит веса	22	11,73	258,00
	норма веса	172	108,47	18657,00
	Всего	194		
ИМТ 2	дефицит веса	17	16,11	398,50
	норма веса	177	107,65	18516,50
	Всего	194		
<b>Статистические критерии<sup>а</sup></b>				
Критерии		ИМТ 1	ИМТ 2	
U Манна-Уитни		155,000	145,500	
W Уилкоксона		258,000	398,500	
Z		-7,610	-7,043	
Асимп. знач. (двухсторонняя)		,419	,016	
а. Группирующая переменная: СТАТУС ВЕСА				

В группе детей 9 лет с дефицитом веса (таблица 22) преодолен порог ( $n=5$ ) к норме веса по числу рангов (2,58%) и критериев ( $U=145$ ,  $Z=-7,043$ ,  $p=0,016$ ).

Таблица 23 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 9 лет с нормой веса и избытком веса

<b>Ранги</b>				
Переменные	СТАТУС ВЕСА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	норма веса	172	89,99	15477,50
	избыток веса	57	190,48	10857,50
	Всего	229		
ИМТ 2	норма веса	178	91,05	15660,00
	избыток веса	51	187,28	10675,00
	Всего	229		
<b>Статистические критерии<sup>а</sup></b>				
Критерии		ИМТ 1	ИМТ 2	
U Манна-Уитни		599,500	782,000	
W Уилкоксона		15477,500	15660,000	
Z		-9,926	-9,505	
Асимп. знач. (двухсторонняя)		,601	<,011	
а. Группирующая переменная: СТАТУС ВЕСА				

Данные из таблицы 23 показали переход детей 9 лет ( $n=6$ ) по показателям ИМТ в конце исследования в статусе веса из группы избытка веса в группу нормы веса с разницей в 2,62% по числу рангов ( $U=782$ ,  $Z=-9,505$ ,  $p=0,011$ ).

Таблица 24 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 10 лет

Ранги				
Переменные	ГРУППА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	экспериментальная	123	127,31	15659,50
	контрольная	137	133,36	18270,50
	Всего	260		
ИМТ 2	экспериментальная	123	123,50	15283,00
	контрольная	137	133,79	18297,00
	Всего	260		
Статистические критерии <sup>а</sup>				
Критерии			ИМТ 1	ИМТ 2
U Манна-Уитни			8093,500	8057,000
W Уилкоксона			16659,500	15683,000
Z			-,648	-,1609
Асимп. знач. (двухсторонняя)			,517	,004
а. Группирующая переменная: ГРУППА				

Данные из таблицы 24 показали, что обнаружены статистически значимые различия в показателях ИМТ детей 10 лет в экспериментальной группе ( $U=8057$ ,  $Z=-1609$ ,  $p=0,004$ ).

Таблица 25 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 10 лет с дефицитом веса и нормой веса

Ранги				
Переменная	СТАТУС ВЕСА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	группа дефицита веса	10	15,73	155,00
	группа нормы веса	155	188,00	13640,00
	Всего	165		
ИМТ 2	группа дефицита веса	7	16,50	55,00
	группа нормы веса	158	197,00	13980,00
	Всего	165		
Статистические критерии <sup>а</sup>				
Критерии			ИМТ 1	ИМТ 2
U Манна-Уитни			6401,000	6112,000
W Уилкоксона			13298,000	12981,000
Z			-2,293	-4,293
Асимп. знач. (двухсторонняя)			<,059	,039
а. Группирующая переменная: СТАТУС ВЕСА				

Анализ данных показал достоверную разницу в показателях ИМТ детей 10 лет по статусу веса. По числу рангов видно, что осуществлен переход детей из группы дефицита веса в группу нормы веса во время второго этапа расчетов ИМТ, что составляет 1,82% ( $U=6112$ ,  $Z=-4,293$ ,  $p=0,039$ ).

Таблица 26 – Статистически значимые различия между показателями ИМТ в группе детей 10 лет с нормой веса и избытком веса



Ранги				
Переменные	СТАТУС ВЕСА	N	Средний ранг	Сумма рангов
ИМТ 1	группа нормы веса	155	178,25	12129,00
	группа избытка веса	95	202,59	19246,00
	Всего	250		
ИМТ 2	группа нормы веса	162	198,64	12172,00
	группа избытка веса	88	199,14	19203,00
	Всего	250		
<b>Статистические критерии<sup>а</sup></b>				
Критерии			ИМТ 1	ИМТ 2
U Манна-Уитни			3439,000	3182,000
W Уилкоксона			13129,000	12172,000
Z			-1,197	-3,119
Асимп. знач. (двухсторонняя)			,602	,042
а. Группирующая переменная: СТАТУС ВЕСА				

Данные в таблице 26 показали переход детей 10 лет (n=7) из группы избытка веса в группу нормы веса по показателям ИМТ в конце исследования по числу рангов (2,82%) и критериев (U=3182, Z=-3,119, p=0,042).

Таким образом, в результате данного исследования были выявлены статистически значимые различия между экспериментальной и контрольной группами в показателях ИМТ детей. В частности, обнаружены достоверные различия в группе детей 8 лет: установлены переходы из группы дефицита веса в группу нормы веса с разницей в среднем ранге 1,64% (p=0,002); выявлено также переход из группы избытка веса в группу нормы веса с разницей в среднем ранге 2,48% (p=0,011). В группе детей 9 лет: есть существенные переходы из группы дефицита веса к норме веса с разницей в среднем ранге 2,58% (p=0,016); переход из группы избытка веса в группу нормы веса с разницей в среднем ранге 2,62% (p=0,011). В группе детей 10 лет: виден достоверный переход из группы дефицита веса в группу нормы веса, что составляет 1,82% по числу рангов (p=0,039); переход из группы избытка веса в группу нормы веса с разницей в среднем ранге 2,82% (p=0,042).

В результате первого этапа расчетов ИМТ, мы обнаружили, что дети в возрасте 8 лет с недостаточным весом в Акмолинской области составляют 1,8%, в Атырауской области 3,2%, в Кызылординской области 2,5%, в Восточно-Казахстанской области 2,1%, и в городе Нур-Султан 4,08%.

В исследовании не был выявлен дефицит веса у детей 9 и 10 лет. Показатель избыточного веса преобладает в городе Нур-Султан (12,24%) и Восточно-Казахстанской области – 11,3% среди детей в возрасте 10 лет.

Показатели ИМТ среди городской местности по недостаточному весу также наблюдается среди детей 8 лет – 2,9% в городе и 2,4% в селе. В городской местности детей с избыточным весом 9 лет (8,8%) и 10 лет (11,3%) больше, чем в сельской местности (таблица 27).

Таблица 27 – Показатель ИМТ учащихся в разрезе исследуемых регионов, %

Область/Город	Дети с недостаточным весом, %			Дети с нормальным весом, %			Дети с избыточным весом, %		
	8 лет	9 лет	10 лет	8 лет	9 лет	10 лет	8 лет	9 лет	10 лет
Акмолинская	1.8	-	-	19.6	23.2	16.1	10.7	5.4	8.9
Атырауская	3.2	-	-	24.7	22.6	21.5	1.1	12.9	14.0
Кызылординская	2.5	-	-	19.8	33.3	37.0	-	1.2	6.2
Восточно-Казахстанская	2.1	-	-	24.7	39.2	15.5	5.2	2.1	11.3
Нур-Султан	4.08	-	-	22.45	26.53	18.37	8.16	8.16	12.24
Город	2.9	-	-	23.5	28.4	19.6	5.4	8.8	11.3
Село	2.4	-	-	22.0	33.5	27.4	3.7	1.8	9.1

Во втором этапе исследования мы разделили детей в каждой возрастной категории на 3 группы по результатам ИМТ: Группа дефицита веса, Группа нормы веса, Группа избытка веса [81].

После формирования групп был применен общешкольный подход Концепции ВОЗ ШСУЗ. Для каждой группы были разработаны поведенческие цели в отношении питания, физической активности, социальной школьной среды, персональных навыков и компетенций в отношении здоровья и поддержки семьи.

Цели в области питания были сосредоточены на управлении чувством голода (предотвращение пропуска приемов пищи и поощрение сбалансированного питания и перекусов), контроле порций, уменьшении чрезмерного потребления жирной пищи, уменьшении потребления напитков на основе сахара, увеличении потребления фруктов и овощей и изменении рациона питания, обстановка в доме и общение с членами семьи.

Цели в области физической активности были установлены для увеличения ежедневной активности (увеличение активного времяпровождения, подбор индивидуальных физических упражнений на уроках физкультуры, регулярного посещения программных групповых секций в школе) и уменьшения бездействия (уменьшение времени, проводимого за гаджетом, компьютером и/или видеоиграми).

Для определения целей в области персональных навыков и компетенций в отношении здоровья и поддержки семьи мы задали вопрос из факультативной семейной учетной формы: «Каким, как вам кажется, является вес у вашего ребенка: недостаточный; нормальный; немного избыточный; крайне избыточный» родителям и законным представителям детей. Результаты опроса распределили «материнским восприятием» и «отцовским восприятием». Преимущественно в опросе участвовали матери (92,3%); законных представителей в исследовании не было [81].

Анализ определения статуса детей родителями показал, что в 87,4% случаев отцы наиболее реально оценивают статус веса детей, этот показатель выше на 2,4 доли в городской местности (рисунок 16). Переоценка статуса веса детей мамами, в сравнении с отцами превышает 4,09 раза; этот показатель

преобладает в сельской местности. Приближенная к реальности оценка статуса веса детей выявлена матерями (81,6%) и отцами (83,4) в городе Нур-Султан (рисунок 16).

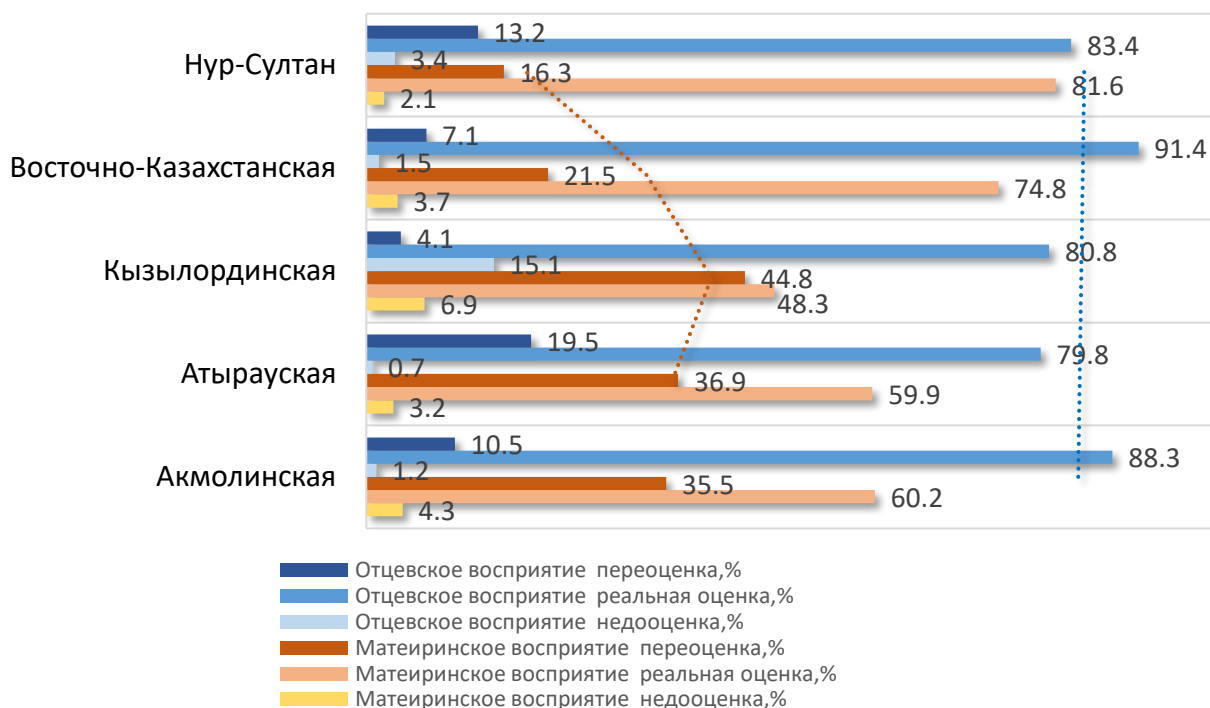


Рисунок 16 – Статус определения веса родителями

Матери в 37,7% случаях определили избыточный вес как «немного избыточный вес», 22,6% случаев как «нормальный вес». Точность определения крайне избыточного веса не выявлен ни в одних ответах родителей.

На третьем этапе исследования для выявления динамики изменения веса учащихся после вмешательства мы провели повторные измерения роста и веса, при соблюдении одинаковых условий и рассчитали ИМТ.

При анализе отдельных случаев (таблица 28), показатель ИМТ у учащегося 8 лет с недостатком веса вырос на 0,37 единиц, несмотря на то, что показатель не перешел на норму веса. Среди участников с избытком веса в Акмолинской области 39,6% достигли снижения ИМТ в среднем на 0,88 единиц. В Атырауской области мы выявили яркую динамику снижения показателей ИМТ среди детей 9 лет на 2,2% и среди детей 10 лет на 3,2%. В Кызылординской области показатель ИМТ с недостатком веса перешел в норму веса. Также показатель избытка веса среди участников 10 лет снизился на 1,2%. Контрольный расчет ИМТ после вмешательства в Восточно-Казахстанской области также продемонстрировал переход учащихся из категории недостатка веса в норму веса.

Таблица 28 – Показатель ИМТ учащихся в экспериментальной группе, %

Область/ Город	Этапы ИМТ	Дети с недостаточным весом, %			Дети с нормальным весом, %			Дети с избыточным весом, %		
		8 лет	9 лет	10 лет	8 лет	9 лет	10 лет	8 лет	9 лет	10 лет
Акмолинская	1	2.1	-	-	19.6	23.2	16.1	10.7	5.4	8.9
	2	1,8	-	-	22.9	22.9	16.7	12.5	10.4	12.5
<i>динамика</i>		0.3	-	-	(3.3)	0.3	(0.6)	(1.8)	(5.1)	(3.6)
Атырауская	1	3.2	-	-	24.7	22.6	21.5	1.1	12.9	14.0
	2	1.1	-	-	24.7	24.7	23.7	3.2	10.8	10.8
<i>динамика</i>		2.2	-	-	-	(2.2)	(2.2)	(2.2)	2.2	3.2
Кызылординская	1	2.5	-	-	19.8	33.3	37.0	-	1.2	6.2
	2	2.5	-	-	19.8	28.4	38.3	-	1.2	4.9
<i>динамика</i>		-	-	-	-	4.9	(1.2)	-	-	1.2
Восточно-Казахстанская	1	2.1			24.7	39.2	15.5	5.2	2.1	11.3
	2	-	1.0	-	25.8	38.1	13.4	6.2	2.1	13.4
<i>динамика</i>		-	(1.0)	-	(1.0)	1.0	2.1	(1.0)	-	(2.1)
Нур-Султан	1	4.08	-	-	22.45	26.53	18.37	8.16	8.16	12.24
	2	-	-	-	11.00	12.00	9.00	6.00	5.00	6.00
<i>динамика</i>		(4.08)	-	-	(11.45)	(14.53)	(9.37)	2.16	3.16	6.24
город	1	2.9	-	-	23.5	28.4	19.6	5.4	8.8	11.3
	2	0.98	0.49	-	23.5	28.4	19.1	6.8	8.3	11.7
<i>динамика</i>		1.96	0.49	-	-	-	0.49	(1.47)	0.49	(0.49)
село	1	2.4	-	-	22.0	33.5	27.4	3.7	1.8	9.1
	2	1.2	-	-	22.6	31.7	27.4	4.3	3.7	9.1
<i>динамика</i>		1.2	-	-	(0.6)	1.8	-	(0.6)	(1.8)	-

В результате проведенных исследований (таблица 28) в Акмолинской области показатели нормального веса среди детей 8 лет выросли на 3,27%, среди детей 10 лет на 0,6%. Снизилась показатели избыточного веса среди всех возрастных категорий в среднем на 3,5%.

Показатели нормального веса выросли среди детей 9 лет на 1,0% и среди детей 10 на 2,1%. В городе Нур-Султан в среднем на 11,78% снизился показатель ИМТ нормального веса среди детей всех возрастных категорий. В то же время сократились показатели ИМТ с избытком веса среди детей 8 лет на 2,16%, среди детей 9 лет на 3,16%, среди детей 10 лет на 6,24%. В результатах исследования в разрезе города, мы наблюдали снижение показателя ИМТ среди детей 9 и 10 лет с избытком веса на 3,49% (таблица 28).

Согласно талицы 29, мы выявили рост ИМТ детей 8 лет, 1,7% и 10 лет, 1,9% в категории с нормальным весом, а также рост ИМТ у детей с избытком веса в возрасте 9 лет, 0,5% и 10 лет, 2,3% в Акмолинской области. Также был выявлен рост ИМТ в среднем на 1,4% у детей с избыточным весом в городе Нур-Султан. В целом мы наблюдали тенденцию роста ИМТ у детей 10 лет сравнительно во всех регионах исследования, эти данные относятся к городской местности.

Таблица 29 – Показатель ИМТ учащихся контрольной группы, %

Область/ Город	Этапы ИМТ	Дети с недостаточным весом, %			Дети с нормальным весом, %			Дети с избыточным весом, %		
		8 лет	9 лет	10 лет	8 лет	9 лет	10 лет	8 лет	9 лет	10 лет
Акмолинская	1	2,1	1,8	-	21,2	24,6	18,2	3,1	4,4	9,3
	2	2,1	1,8	-	22,9	24,6	16,3	3,1	4,9	11,6
<i>динамика</i>		-	-	-	(1,7)	-	1,9	-	(0,5)	(2,3)
Атырауская	1	1,1	-	-	23,6	26,3	24,1	1,1	11,4	13,2
	2	1,1	-	-	23,8	26,3	23,7	1,1	11,4	14,1
<i>динамика</i>		-	-	-	(0,2)	-	0,4	-	-	(0,9)
Кызыл- ординская	1	2,5	-	-	20,9	29,2	27,5	-	3,3	6,4
	2	2,5	-	-	21,1	30,1	26,8	-	3,3	6,6
<i>динамика</i>		-	-	-	(0,2)	(0,9)	0,7	-	-	(0,2)
Восточно- Казахстанская	1	2,1	-	-	23,1	33,7	17,6	1,9	2,1	10,8
	2	2,1	-	-	23,1	38,1	16,1	1,9	2,1	11,2
<i>динамика</i>		-	-	-	-	(4,4)	1,5	-	-	(0,4)
Нур-Султан	1	1,8	-	-	24,5	27,9	18,1	2,7	7,4	9,8
	2	1,8	-	-	24,5	27,9	15,3	2,8	8,1	11,7
<i>динамика</i>		-	-	-	-	-	(2,8)	(0,1)	(0,7)	(1,9)
город	1	2,1	1,1	-	23,5	26,4	20,2	1,8	9,1	13,2
	2	2,1	1,1	-	23,5	26,4	17,3	1,9	10,7	14,9
<i>динамика</i>		-	-	-	-	-	2,9	(0,1)	(1,6)	(1,7)
село	1	1,1	-	-	22,7	29,3	24,7	1,1	2,1	8,4
	2	1,1	-	-	22,6	29,7	27,4	1,1	2,6	9,1
<i>динамика</i>		-	-	-	0,1	(0,4)	(2,7)	-	(0,5)	(0,7)

Учитывая рекомендации ВОЗ касательно качественной оценки динамики прогресса воздействий в рамках общешкольного подхода, требуется от 6 до 12 месяцев [80]. В свою очередь, эпидемиологический надзор за детским ожирением COSI проводится с периодичностью в четыре года для релевантной динамики [81].

По результатам исследования, всего 39,7% достигли порогового веса нормы. В разрезе всех возрастов показатель ИМТ с избыточным весом снизился на 21,4%.

Таким образом, разработанные поведенческие цели в отношении питания, физической активности, социальной школьной среды, персональных навыков и компетенций в отношении здоровья и поддержки семьи в рамках концепции ШСУЗ были подобраны корректно. В свою очередь, адаптированный инструмент COSI применим в условиях школы для мониторинга статуса веса, как одного из показателей здоровья учащихся.

## 5 ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПИТАНИЯ И УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ ОПРОСА РОДИТЕЛЕЙ

### 5.1 Характеристики питания детей

Рациональное питание и регулярные приемы пищи формирует здоровое пищевое поведение у детей [82, 83] с самого детства. Существует прямая корреляционная связь между регулярным приемом пищи и поступлением питательных элементов в организм [84, 85].

Завтрак является важным приемом пищи для детей и имеет множество положительных эффектов на их здоровье и развитие [86]. Завтрак улучшает когнитивные функции, повышает энергию и настроение, уменьшает вероятность депрессии и тревожности, а также снижает риск развития диабета 2 типа и ожирения [87]. Кроме того, дети, которые регулярно завтракают, более склонны к употреблению пищи, богатой микронутриентами, такими как витамины и минералы, которые необходимы для здоровья и развития ребенка [67, с. 3-50].

В соответствии с таблицей 30, по результатам данного исследования, завтрак входит в ежедневный прием пищи у 57,1% детей (53,4% девочек и 46,6% мальчиков). В сравнении с национальными данными 2016 года [68, р. 658-673], ежедневный завтрак отмечен на уровне 49,4% детей (50,4% мальчиков и 48,5% девочек), на втором этапе опроса 71,6% (57,4% девочек и 42,6% мальчиков) детей включили завтрак в ежедневный прием пищи.

Таблица 30 – Частота завтраков в течение недели

Частота	Всего		мальчики		девочки		город		село	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Никогда	11	3,3	8	72,7	3	27,3	4	36,4	7	63,6
1–3 дня	38	11,5	12	31,6	26	68,4	11	28,9	27	71,1
4–6 дней	93	28,1	39	41,9	54	58,1	62	66,7	31	33,3
Ежедневно	189	57,1	88	46,6	101	53,4	125	66,1	64	33,9

Среди детей сельской местности (таблица 30) показатель ежедневного завтрака статистически достоверно ниже (33,9%), в сравнении с городскими детьми (66,1%) также, как и по результатам Национального отчета 2016 года. Больше мальчиков (72,7%), чем девочек (27,3%) пропускают завтрак, 3,3% детей никогда не завтракают, 28,1% детей завтракают 4-6 дней в неделю, 11,5% детей – в некоторые дни (1-3 дня в неделю). Не выявлено статистически значимых отличий между девочками и мальчиками в отношении частоты завтраков в течение недели.

В исследовании было изучено потребление некоторых видов продуктов и напитков. Потребление фруктов и овощей в достаточных количествах (не менее 400 грамм в день) является важным для здоровья и развития детей [88, 89]. Ежедневное потребление фруктов и овощей у детей является недостаточным. Только одна треть детей (31,4%) ежедневно употребляет фрукты. При этом среди городских детей ежедневное потребление фруктов более распространено

(43,3%), чем среди сельских детей (29,8%). Овощи ежедневно потребляют 33,8% детей (девочки 37,5%, мальчики 25,9%), (таблица 31).

Таблица 31 – Частота потребления некоторых видов продуктов 1

Виды продуктов	Никогда									
	всего		город		село		мальчики		девочки	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Свежие фрукты	2	0,6	1	50,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0
Овощи (не считая картофеля)	9	2,7	7	77,8	2	22,2	6	66,7	3	33,3
100% фруктовый сок	1	0,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Безалкогольные напитки с добавленным сахаром	1	0,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Ароматизированное молоко	49	14,8	12	24,5	37	75,5	23	46,9	26	53,1
Диетические или «легкие» безалкогольные напитки	79	23,9	33	41,8	46	58,2	41	51,9	38	48,1
Молоко пониженной жирности или полубезжирное молоко	19	5,7	11	57,9	8	42,1	11	57,9	8	42,1
Цельное жирное молоко	32	9,7	26	81,3	6	18,8	12	37,5	20	62,5
Сыр	7	2,1	4	57,1	3	42,9	3	42,9	4	57,1
Йогурт, молочный пудинг, сливочный сыр, кварк или другой молочный продукт	16	4,8	6	37,5	10	62,5	4	25,0	12	75,0
Мясо	15	4,5	6	40,0	7	46,7	5	33,3	10	66,7
Рыба	51	15,4	33	64,7	18	35,3	25	49,0	26	51,0
Острые снеки, такие как картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн или арахис	1	0,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Сладкие закуски, такие как батончики или шоколад	1	0,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Продукты питания, такие как печенье, пирожное, пончики или пирог	1	0,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Продукты питания, такие как пицца, картофель фри, жареный картофель, гамбургер, сосиска или пирожки с мясом	1	0,3	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0

Несмотря на то, что потребление фруктов более распространено среди городских детей, чем среди сельских, всего лишь одна треть детей ежедневно употребляет фрукты.

Большинство детей (57,7%) употребляют фруктовый сок 1-3 дня в неделю, 21,5% детей пьют сок реже одного раза в неделю, 10,9% - от 4 до 6 дней в неделю, а 9,7% - каждый день. При этом не наблюдается значимых различий по полу и месту жительства.

Ежедневно употребляют молоко с ароматизированными добавками 19,6% детей, 39,6% пьют его 1-3 дня в неделю, а 14,8% детей никогда не употребляют такое молоко.

Значительно больше детей употребляют цельное жирное молоко, чем обезжиренное: 49,2% детей потребляют цельное молоко 4 и более раз в день, 31,1% детей - 1-3 дня в неделю, 9,7% детей совсем не употребляют цельного молока.

По данным исследования, 45,3% детей употребляют сыр 4 и более раз в неделю, 31,4% - от 1 до 3 раз в неделю, 11,8% - реже одного раза в неделю, а 11,6% - никогда (таблица 32).

Таблица 32 – Частота потребления некоторых видов продуктов 2

Виды продуктов	Ежедневно									
	всево		город		село		мальчики		девочки	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Свежие фрукты	104	31,4	45	43,3	31	29,8	34	32,7	70	67,3
Овощи (не считая картофель)	112	33,8	87	77,7	25	22,3	29	25,9	42	37,5
100% фруктовый сок	32	9,7	23	71,9	9	28,1	5	15,6	27	84,4
Безалкогольные напитки с добавленным сахаром	105	31,7	56	53,3	49	46,7	56	53,3	49	46,7
Ароматизированное молоко	65	19,6	37	56,9	28	43,1	39	60,0	26	40,0
Диетические или «легкие» безалкогольные напитки	0	0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Молоко пониженной жирности или полуобезжиренное молоко	23	6,9	19	82,6	4	17,4	6	26,1	17	73,9
Цельное жирное молоко	13	3,9	4	30,8	9	69,2	9	69,2	4	30,8
Сыр	31	9,4	24	77,4	7	22,6	18	58,1	13	41,9
Йогурт, молочный пудинг, сливочный сыр, кварк или другой молочный продукт	59	17,8	37	62,7	22	37,3	28	47,5	31	52,5
Мясо	169	51,1	64	37,9	105	62,1	95	56,2	74	43,8
Рыба	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Острые снеки, такие как картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн или арахис	3	0,9	2	66,7	1	33,3	2	66,7	1	33,3
Сладкие закуски, такие как батончики или шоколад	17	5,1	6	35,3	11	64,7	8	47,1	9	52,9
Продукты питания, такие как печенье, пирожное, пончики или пирог	80	24,2	41	51,3	39	48,8	37	46,3	43	53,8
Продукты питания, такие как пицца, картофель фри, жареный картофель, гамбургер, сосиска или пирожки с мясом	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Из исследования (таблица 32) следует, что доля детей, которые ежедневно потребляют молочные продукты (кефир, творог, сметана), составляет 17,8%. При



этом, доля детей, потребляющих молочные продукты, выше в городской местности, чем в сельской: 62,7 и 37,3% соответственно. Также 29,3% детей употребляют молочные продукты 1-3 дня в неделю: 43,3% городских и 56,7% сельских детей. При этом в гендерном аспекте не наблюдается значимых различий.

Доля детей, которые употребляют мясо ежедневно составляет 51,1% детей, 24,8% – большую часть дней в неделю (4-6), 19,6% – 1-3 дня в неделю, а 4,5% детей не едят мясо совсем. При этом не обнаружено значительных различий по полу и месту проживания.

Обнаружено, что 37,8% детей употребляют сладкие газированные напитки 4 и более дней в неделю. Среди мальчиков этот показатель составляет 65,5%, а среди девочек – 34,5%. При этом среди городских детей доля потребляющих сладкие газированные напитки равна 68,2%, а среди сельских – 31,8%. Потребление сладких диетических безалкогольных напитков ниже, 4 и более дней в неделю такие напитки употребляют 9,7% детей.

Большинство детей (65,6%) потребляют острые и пряные продукты, такие как картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн и арахис, не более 3 дней в неделю. Более часто (4 и более дней в неделю) подобные продукты употребляют 25,7% детей, при этом этот показатель выше для детей в сельской местности (23,5%) по сравнению с детьми в городе (12,9%).

80,4% детей употребляют сладости, такие как конфеты, шоколадные батончики и шоколад, не более 3 раз в неделю. При этом, одна пятая часть детей 3-4 классов (19,3%) потребляет сладости довольно часто, 4 и более дней в неделю (таблица 33).

Таблица 33 – Частота потребления некоторых видов продуктов 3

Виды продуктов	Отдельные дни (1-3 дня)									
	всего		город		село		мальчики		девочки	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Свежие фрукты	101	30,5	72	71,3	29	28,7	59	58,4	42	41,6
Овощи (не считая картофель)	86	26,0	38	44,2	48	55,8	39	45,3	47	54,7
100% фруктовый сок	191	57,7	163	85,3	28	14,7	88	46,1	103	53,9
Безалкогольные напитки с добавленным сахаром	79	23,9	49	62,0	30	38,0	56	70,9	23	29,1
Ароматизированное молоко	131	39,6	88	67,2	43	32,8	71	54,2	60	45,8
Диетические или «легкие» безалкогольные напитки	12	3,6	10	83,3	2	16,7	9	75,0	3	25,0
Молоко пониженной жирности или полуобезжиренное молоко	11	3,3	6	54,5	5	45,5	7	63,6	4	36,4
Цельное жирное молоко	103	31,1	31	30,1	72	69,9	62	60,2	41	39,8

Продолжение таблицы 33

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Сыр	104	31,4	78	75,0	26	25,0	49	47,1	55	52,9
Йогурт, молочный пудинг, сливочный сыр, кварк или другой молочный продукт	97	29,3	42	43,3	55	56,7	48	49,5	49	50,5
Мясо	65	19,6	31	47,7	34	52,3	44	67,7	21	32,3
Рыба	64	19,3	55	85,9	9	14,1	37	57,8	27	42,2
Острые снеки, такие как картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн или арахис	217	65,6	179	82,5	38	17,5	91	41,9	126	58,1
Сладкие закуски, такие как батончики или шоколад	236	71,3	183	77,5	53	22,5	103	43,6	133	56,4
Продукты питания, такие как печенье, пирожное, пончики или пирог	64	19,3	58	90,6	6	9,4	39	60,9	25	39,1
Продукты питания, такие как пицца, картофель фри, жареный картофель, гамбургер, сосиска или пирожки с мясом	269	81,3	211	78,4	58	21,6	109	40,5	160	59,5

Из данных (таблица 33) исследования следует, что большинство детей (81,3%) употребляют фастфуд (пицца, картофель фри, гамбургеры, сосиски или пирожки с мясом) три и менее раз в неделю. Только 7,6% детей употребляют продукты данной группы часто, 4 и более дней в неделю. При этом в городской местности употребление фастфуда чаще: 72% против 28% сельских детей в том числе больше мальчиков (64%), чем девочек (36%). Печенье, пончики, пирожные, пироги не более 3 дней в неделю употребляют 19,3% детей, в то время как регулярно и часто употребляют 29,3%, при этом не наблюдается существенных различий по полу и урбанизации.

В целом тенденция результатов данного исследования по показателям характеристики питания детей не выявил значимых отличий от результатов Национального эпидемиологического мониторинга детского ожирения 2016 года.

## 5.2 Физическая активность и малоподвижное поведение

Регулярная физическая активность является основой развития когнитивных, моторных и социальных навыков, а также обеспечивает здоровье мышечно-скелетной, сердечно-сосудистой и метаболической систем в детском возрасте. Она также является важным фактором в профилактике и лечении ожирения и метаболических рисков у детей [90, 91]. Ожирение в детском возрасте связано со многими серьезными проблемами здоровья и повышенным риском неинфекционных заболеваний в будущем [92]. Рекомендации ВОЗ для детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет состоят в том, что они должны накапливать не менее 60 минут умеренно-интенсивной или высоко-

интенсивной физической активности в день, чтобы сохранять хорошее физическое и психическое здоровье и благополучие [93].

Согласно опросу родителей, 41,4% детей занимаются спортом или танцами, например, футболом, хоккеем, плаванием, теннисом, бальными танцами и другими видами. В гендерном и урбанистическом разрезе отличия не существенные: 59,9% мальчиков, 40,1% девочек; 53,5% городских и 46,5% сельских детей занимаются спортом или танцами.

Наше исследование выявило, что только 40,5% детей тратят на занятия в спортивных и танцевальных секциях 2 и более часа в неделю, что является рекомендуемым минимумом. Между мальчиками и девочками в целом, а также между городскими и сельскими девочками существуют статистически значимые различия в занятиях. Большой процент городских мальчиков (38,7%) и девочек (28,5%) тратят на занятия спортом или танцами 2 часа и более в неделю, чем мальчики (19%) и девочки на селе (9,5%). В городах также более распространены более продолжительные занятия в спортивных и танцевальных секциях, чем на селе.

В будние дни 75,5% детей (60,4% мальчиков и 39,6% девочек) активно проводят время (игры, активные упражнения) на улице, дома или в других местах в течение одного часа или более в день. Девочки (55,3%) менее активны в сравнении с мальчиками (44,7%), больше выражено это в сельской местности (60%). В свободное от уроков время 82,8% детей тратят на выполнение домашнего задания или чтение как дома, так и в других местах 2 часа и более в будний день, 29,3% - 1 час в день, а менее 1 часа в день – только 8,2%.

В ходе исследования выявлено, что в среднем одна треть детей (28,8%) в возрасте от 8 до 10 лет проводят более двух часов в день за экранами телевизоров и электронных устройств в будние (39,6%) и выходные дни (37,8%). Кроме того, статистически значимо выше распространенность такого малоподвижного поведения среди городских мальчиков (57,1%) по сравнению с сельскими мальчиками (21,3%) и городских девочек (39,5%) по сравнению с сельскими девочками (23,4%), а также среди городских детей (45,6%) в целом по сравнению с сельскими детьми (22,7%).

### **5.3 Школьная среда и возможности для физической активности**

Здоровье и благополучие зависят от взаимодействия людей с их окружающей средой. Индивидуальное поведение и качество социальных взаимоотношений, условия и среда жизни, все эти факторы являются важными для укрепления здоровья. Школы, которые способствуют укреплению здоровья, отражают важность индивидуальных и средовых факторов, влияющих на здоровье и благополучие [15, р. 3-16]. Существует тесная связь между здоровьем и образованием [38; 80, р. 32-43].

Мы провели опрос для определения условий для физической активности в школах.

Все школы, участвовавшие в опросе, имели на своей территории открытые игровые, спортивные площадки, спортивные залы.

В казахстанском типовом учебном плане уделяется три часа в неделю для занятий физической культурой для начальных классов [82, р. 706]. Все опрошенные школы подтвердили данный факт.

Учитывая резко континентальный климат регионов страны, все школы запрещают ученикам начальных классов активно играть при плохих погодных условиях на открытых спортивных площадках, прилегающих к школе.

При этом школьная администрация дает пояснение, что это предусмотрено правилами техники безопасности. Только 20% школ (10% городских и 20% сельских) разрешали детям активно проводить время на открытых школьных площадках в неурочное время. Также все школы, участвовавшие в исследовании, предусматривают использовать школьный спортивный зал в неурочное время.

40% школ, участвовавших в опросе, проводили хотя бы один раз в неделю спортивные мероприятия или подвижные игры для учеников начального звена.

70% школ планировали внедрить новые инициативы по продвижению здорового образа жизни.

#### 5.4 Маршруты в школу

Ни в одной из школ, участвовавших в опросе, не предоставляется школьный автобус для учеников.

Школьная администрация оценивала безопасность пешеходных и велосипедных маршрутов от дома до школы по десятибалльной шкале. Шкала оценки по безопасности маршрутов оценивали: 1-3 бала – безопасный маршрут; 4-7 баллов – маршрут средней безопасности; 8-10 баллов – опасный маршрут. 69,1% опрошенной школьной администрации оценивают маршрут безопасным, 17,6% респондентов считают школьный маршрут средним по безопасности, 13,3% определяют маршрут в школу опасным.

Оценки родителей школьного маршрута не совпали с мнением школьной администрации, поскольку 57,4% родителей считают школьный маршрут средним по безопасности, 21,4% – безопасным, 21,6% – опасным (55,9% в городской местности и 43,4% в сельской).

Каким образом ваш ребенок обычно добирается в школу и обратно?

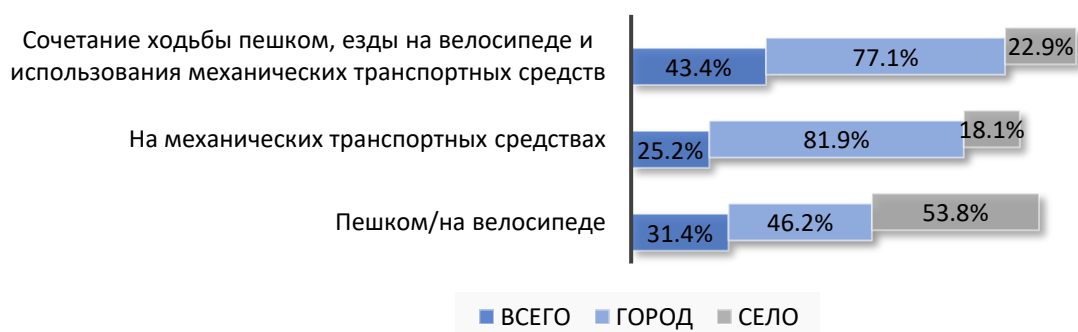


Рисунок 17 – Методы добираться в школу детей 6-9 лет

В соответствии с рисунком 17, большинство детей (43,4%) добираются из дома в школу, сочетая ходьбу пешком, езду на велосипеде и использование

механических транспортных средств (77,1% в городе и 22,9% в селе), 31,4% добираются пешком или на велосипеде (45,7% в городской местности и 53,3% в сельской местности), 25,2% используют механические виды транспорта (82,5% в городской местности и 17,5% в сельской).

Таким образом, из исследования следует, что только половина детей ежедневно завтракают, мало детей ежедневно употребляют фрукты (31,3%) и овощи (33,8%). Одна треть детей (37,7%) употребляют сладкие газированные напитки 4 и более дней в неделю, 89,8% едят острые и пряные продукты (картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн и арахис).

Мальчики занимаются в спортивных и танцевальных секциях более интенсивно и дольше по сравнению с девочками. Кроме того, городские девочки также занимаются в секциях более интенсивно, чем сельские девочки. Большинство детей (58,9%) ежедневно проводят более 1 часа на активных играх, упражнениях или других энергичных действиях, 57,1% городских мальчиков проводят малоактивный образ жизни.

Все школы обладают условиями для усиления инициатив в области укрепления здоровья детей реализации ШСУЗ с учетом существующих условий.

## **6 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КАЗАХСТАНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНЦЕПЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Принцип реализации концепции школ, способствующих укреплению здоровья (ШСУЗ), базируется на применении общешкольного подхода к сохранению и укреплению здоровья всего школьного сообщества. Данный подход охватывает шесть ключевых областей: политика в области здравоохранения, физическая и социальная среда, отношения с общественностью, личные навыки в области здоровья и медицинские услуги.

Каждая ключевая область имеет ряд компонентов и соответствующих наборов показателей, которые актуальны, адаптируемы и достижимы с учетом контекста, характерного для каждой школы. Основы концепции ШСУЗ и инструменты в поддержку ее реализации были сформированы в единое Руководство для школ SHE [42, р. e33425; 94].

Рекомендации направлены на то, чтобы помочь всем заинтересованным сторонам, включая представителей секторов здравоохранения и образования, в частности школьному сообществу в понимании и применении Руководства для школ SHE в контексте Казахстана, с учетом действующих нормативно-правовых актов в области здравоохранения, образования и трудовых отношений в Республике Казахстан. Это обеспечит знание и понимание администрацией школы правомерности действий при принятиях решений в вопросах здоровья учеников, педагогов и персонала школы.

### **6.1 Роль учителя в укреплении здоровья в школьной системе**

Роль школы в повышении грамотности населения в вопросах здоровья с каждым днем становится более актуальной [95, 96], поскольку школа является одним из крупнейших сообществ, состоящих из учеников, родителей, педагогов, школьного персонала и служб, предоставляющих услуги школьному сообществу. Согласно определению ВОЗ, грамотность в вопросах здоровья «отражает познавательные и социальные умения и навыки, определяющие мотивацию и способность отдельных людей получать доступ к информации, понимать и использовать ее так, чтобы это способствовало укреплению и поддержанию хорошего здоровья» [97].

Учителя, которые умеют передавать знания о грамотности в вопросах здоровья, играют важную роль в школьной среде [98, 99]. Им следует уметь интегрировать аспекты, касающиеся здоровья, в учебный план и затрагивать темы, связанные с питанием и физической активностью, половым воспитанием, психическим благополучием; они должны уметь отвечать на вопросы о здоровье и благополучии, которые волнуют учеников и родителей, при этом обеспечивая конфиденциальность и поддержку. Наиболее перспективным и эффективным подходом является включение грамотности в вопросах здоровья в национальную школьную программу [100, 101], таким образом уравнивая доступность и

минимизируя расхождения в уровне грамотности в вопросах здоровья во всех школах страны.

В результате дети имеют возможность развивать широкий спектр навыков в сфере грамотности в отношении своего здоровья и благополучия с учетом своего возраста, и системы накопления знаний по мере взросления, включая: теоретические знания; практические знания; критическое мышление; самосознание и самопознание; межличностные отношения; эффективные навыки общения.

Закрепление этих знаний и навыков, учителя могут оценивать при помощи формального и неформального общения, посредством проведения бесед, викторин, заданий и тестов.

Таким образом будет гарантирована сохранность полученных в здоровой школьной среде критически важных знаний и навыков.

### **6.2 Требуемые или желаемые специфические навыки учителя**

Должностные обязанности учителей [102] всех специальностей включают обучение и воспитание обучающихся с учетом специфики преподаваемого предмета, в соответствии Государственными общеобязательными стандартами образования и на основании концепции «Образование, основанное на ценностях».

Педагог способствует формированию общей культуры личности обучающегося и его социализации, выявляет и содействует развитию индивидуальных способностей обучающихся [103, 104]. В своей деятельности использует новые подходы, эффективные формы, методы и средства обучения с учетом индивидуальных потребностей обучающихся. Такие подходы должны включать формирование жизненных навыков и обучение аспектам грамотности в отношении собственного здоровья в школьной среде [98].

Кроме того, педагог должен иметь возможность повышать свою профессиональную компетентность [104], в том числе информационно-коммуникационную. В этом направлении, школа должна обеспечивать педагогов дополнительным обучением по направлениям грамотности в вопросах здоровья с определенной периодичностью.

### **6.3 Роль медицинских работников в укреплении здоровья в школьной системе**

Школьный медицинский работник играет ключевую роль в сохранении и укреплении здоровья в школьной среде [105, 106].

В пределах своих компетенций, школьные медицинские работники должны принимать участие в организации учебного процесса и безопасных условий обучения, обеспечении рационального и безопасного питания, соблюдении санитарно-эпидемиологического режима в школе [107].

В пределах общешкольного подхода ученики должны иметь свободный доступ к школьным медицинским работникам для профессионального консультирования в вопросах личной гигиены, сексуального, психического и

физического здоровья с учетом возрастных особенностей. При необходимости школьный медицинский работник должен владеть заранее отработанными алгоритмами для направления ученика за соответствующей специализированной помощью. Например, школьников подросткового возраста в консультативные центры или клиники, доброжелательных медицинских услуг подросткам.

Для эффективности информирования и выстраивания доверительных отношений с учениками, родителями, педагогами и школьным персоналом, школьный медицинский работник должен владеть коммуникативными навыками, что также будет способствовать своевременному оказанию помощи.

#### **6.4 Стратегия внедрения укрепления здоровья в школьную систему**

Приверженность всего школьного сообщества вопросам сохранения и укрепления здоровья является основой для создания ШСУЗ [97].

Руководитель образовательного учреждения играет ключевую роль в продвижении инициатив укрепления здоровья в школе [63, р. 50-57].

Стратегия внедрения концепции ШСУЗ, разрабатывается с участием и поддержкой школьной администрации, персонала школы, учеников и родителей. В школе должна действовать четко сформированная политика, сопровождаемая реальной практикой, целью которых является здоровье и благополучие школьного сообщества. Это поможет напрямую воздействовать на такие проблемы, как, например, выбор пищевых продуктов в школьной столовой или применение новых механизмов предупреждения буллинга (травли) [97; 108].

Школьная политика в области сохранения и укрепления здоровья является основой общего плана развития школы.

Стратегия укрепления здоровья обсуждается и разрабатывается всеобщими усилиями всех членов школьного сообщества и утверждается на определенный период с учетом текущих потребностей всех сторон в вопросах здоровья и благополучия и имеющихся ресурсов.

Необходимо отразить приверженность здоровью в основных документах школы (устав, стратегия, политика); включить в миссию, видение и цели развития школы приверженность здоровью [105, р. 316-323; 109]; разместить эти положения в свободном доступе для всех заинтересованных лиц на официальном сайте школы, на официальных страницах школы в социальных сетях, и на других онлайн ресурсах, с которыми работает школа.

#### **6.5 Учебные часы, посвященные укреплению здоровья в школе**

Количество учебных часов, посвященных укреплению здоровья, зачастую не требует создания новых учебных дисциплин [110]. Достаточно включить в существующие учебные программы и дисциплины (Естествознание, Познание мира, Самопознание, Правила дорожного движения, Биология, Физическая культура, Основы безопасности жизнедеятельности, Цифровая грамотность, Основы права) перечисленные ниже основные направления с учетом возраста учеников и содержания компонентов на разных этапах базового образования:



1. Гигиеническое обучение (личная гигиена, гигиена условий проживания, профилактика инфекционных заболеваний)

2. Питание и физическая активность (здоровое питание, здоровые привычки, физическая активность и профилактика малоподвижного образа жизни и чрезмерного использования электронных приспособлений, профилактика поведенческих факторов риска).

3. Медицинская грамотность (поведенческие факторы риска, формирование навыков ведения здорового образа жизни, основы первой медицинской помощи, профилактика детского травматизма, правила поведения при чрезвычайных ситуациях).

4. Репродуктивное и психическое здоровье (охрана репродуктивного здоровья, половое созревание, половое просвещение, социальное поведение, гендерная принадлежность и гендерное равенство, гендерное насилие, формирование ответственного партнерства и подготовка к семейной жизни, буллинг, кибербуллинг, троллинг, блейминг).

Педагог, в рамках своих должностных обязанностей, может участвовать и вносить свой вклад в разработку образовательных программ, учебных планов, методических материалов и иных компонентов образовательной деятельности, а также учебников, учебно-методических комплексов и учебных пособий [111, 112]. Педагог имеет право на творческую инициативу, разработку и применение авторских программ и методов обучения, и воспитания, развитие и распространение новых, более совершенных методов обучения и воспитания при условии соблюдения требований государственного общеобязательного стандарта соответствующего уровня образования. Соответственно, педагог, в рамках своих компетенций, может предусмотреть включение в практическую часть работы соответствующие компоненты медицинской грамотности.

### **6.6 Модель совершенствования комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья»**

На рисунке 18 показана предлагаемая модель совершенствования реализации комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции Всемирной организации здравоохранения «Школы, способствующие укреплению здоровья». В рамках данной модели предполагается реализация комплексной программы укрепления здоровья школьников на трех уровнях: национальный, региональный и школьный уровни.

Реализация комплексной программы укрепления здоровья школьников на национальном уровне подразумевает номинацию национальных координаторов как от сектора здравоохранения, также от сектора образования. Это позволит осуществить тесное межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья в школьном сообществе.

Надзорные полномочья [113] территориальных департаментов Комитета санитарно-эпидемиологического контроля МЗ РК позволяют реализовывать

комплексную программу укрепления здоровья школьников на региональном уровне через назначение региональных координаторов.

Реализация принципов общешкольного подхода к укреплению здоровья на локальном уровне может осуществляться любым активным представителем преподавательского и преподавательского состава, также посредством назначения школьного координатора (рисунок 18).



Рисунок 18 – Модель совершенствования реализации комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья»

В таблице 34 нами предложена реализация комплексного подхода к укреплению здоровья школьников на национальном и локальном уровнях, с формированием границ ответственности и индикаторов для каждого стейкхолдера.

Индикатор реализации комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников (Индикатор) для национального и регионального уровней «Процент школ, способствующих укреплению здоровья» позволит оценить масштаб внедрения программы в школах и ее распространение по всей стране.

Индикатор «Процент сокращения кадрового дефицита школьных медицинских сестер» является показателем, который отражает изменение в количестве недостающего медицинского персонала в школах. Индикатор «Уровень интегрирования МИС с операционными процессами ШСЗ по всей стране, в том числе в отдаленных сельских местностях» позволит полномасштабной автоматизации и цифровизации школьных медицинских услуг.

Таблица 34 – Распределение функций в предлагаемой модели совершенствования комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции Всемирной организации здравоохранения «Школы, способствующие укреплению здоровья» и индикаторы

Уровень	Участники	Границы ответственности	Индикаторы
Национальный уровень	Министерство здравоохранения Республики Казахстан	– нормативная и методологическая поддержка;	Процент школ, способствующих укреплению здоровья.
	Министерство просвещения Республики Казахстан	– обучение персонала и поддержка сети ШСУЗ;	Процент сокращения кадрового дефицита школьных медицинских сестер
Региональный уровень	Территориальные департаменты Комитета санитарно-эпидемиологического контроля МЗ РК	– взаимодействие с заинтересованными сторонами; – аналитика и управление.	Уровень интегрирования МИС с операционными процессами ШСЗ по всей стране, в том числе в отдаленных сельских местностях
Регуляторное звено	РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» Министерства здравоохранения РК		Увеличение количества учебных часов, посвященных укреплению здоровья в предметах Естествознание, Познание мира, Самопознание, Правила дорожного движения, Биология, Физическая культура, Основы безопасности жизнедеятельности, Цифровая грамотность, Основы права
Школьный уровень	Школа	– общешкольный подход к здоровью; – санитарное просвещение в классе в сочетании с разработкой политики школьного здравоохранения, здоровой школьной среды, жизненных компетенций с участием всего школьного сообщества и доступа к медицинским услугам; – обеспечение справедливости и инклюзивности для всех к образованию и здравоохранению	Определение ИМТ школьников в динамике с периодичностью один раз в три месяца с первого по одиннадцатый классы, с достижением целевого уровня ИМТ к концу учебного года
			Уровень осведомленности участников (учителей, родителей, учеников) о целях и преимуществах программы.
			Уровень участия школьников в физической активности и спорте.
			Уровень потребления здорового питания среди школьников.
			Уровень сотрудничества школ с медицинскими учреждениями и другими заинтересованными сторонами

Предлагая Индикатор «Увеличение количества учебных часов, посвященных укреплению здоровья в предметах Естествознание, Познание мира, Самопознание, Правила дорожного движения, Биология, Физическая культура, Основы безопасности жизнедеятельности, Цифровая грамотность, Основы права», мы подразумеваем, что в существующих условиях образовательной системы не требуется увеличения количества учебных часов, посвященных укреплению здоровья. Достаточно включить в существующие учебные программы и дисциплины с компонентами Гигиеническое обучение, Питание и физическая активность, Медицинская грамотность, Репродуктивное и психическое здоровье.

Для оценки эффективности реализуемых принципов общешкольного подхода на локальном уровне, предложен Индикатор «Уровень осведомленности участников (учителей, родителей, учеников) о целях и преимуществах программы». Чем выше уровень осведомленности, тем больше вероятность того, что участники будут активно включаться в реализацию программы и принимать ее положительные изменения.

Чем выше уровень участия, тем более здоровый образ жизни ведут школьники и тем больше положительных изменений могут быть достигнуты благодаря программе. С учетом этого, в модели предложен Индикатор «Уровень участия школьников в физической активности и спорте».

Индикатор «Уровень потребления здорового питания среди школьников» позволит оценить влияние программы на питание школьников и их привычки в выборе пищи.

Для оценки степени взаимодействия школ с другими организациями, которые могут помочь в реализации программы и улучшении здоровья школьников, в модели предложен Индикатор «Уровень сотрудничества школ с медицинскими учреждениями и другими заинтересованными сторонами».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обеспечение детей и подростков услугами школьной медицины осуществляется бесплатно в полной и равной мере, а также гарантирует принципы социальной справедливости и защищенности. Персонал школьной системы здравоохранения и другие профильные специалисты, принимающие участие в предоставлении школьных медицинских услуг, относятся ко всем детям и подросткам с уважением, независимо от их социального положения.

На сегодняшний день существует нормативная база, регламентирующая деятельность ШСЗ, которая соответствует актуальным потребностям системы в целом. Однако, интервью с основными информированными лицами и обсуждения в фокус-группах демонстрируют, что требуется внедрение дополнительных регламентов для совершенствования процессов в целях обеспечения эффективной реализации следующих положений:

- обеспечение конфиденциальности при проведении профилактических осмотров учащихся;
- обеспечение равномерного доступа к медицинским услугам школьников и преемственности служб ПМСП посредством пересмотра порядка прикрепления детей и школьников по территориальному и производственному принципу;
- обеспечение школ врачами (педиатр, врач общей практики) из расчета 1500–2000 учеников на одного врача;
- обучение специалистов ШСЗ дополнительным навыкам и компетенциям в работе с подростками для предоставления им медицинских услуг, в которых они действительно нуждаются, в частности, навыкам профессионального консультирования в вопросах личной гигиены, сексуального, психического и физического здоровья с учетом возрастных особенностей.
- обеспечение ШСЗ средними медицинскими работниками из расчета на 500 учеников и гарантия соблюдения этих норм организациями ПМСП;
- утверждение нормы режима и рабочего времени школьной медицинской сестры;
- стандартизации школьных медицинских услуг;
- обеспечение вовлечения детей и их родителей в повышение качества медицинской помощи со стороны ШСЗ, разработка стандартов и нормативных актов, касающихся деятельности ШСЗ;
- обеспечение мотивированности специалистов ШСЗ, включая разумную оплату труда;
- обеспечение участия детей в деятельности ШСЗ;
- повышение осведомленности родителей и сообществ о ШСЗ (содержание, рабочее время, сотрудничество с детьми с хроническими заболеваниями)
- полный охват ШСЗ медицинскими информационными системами.

На основании проведенного исследования сделаны следующие **выводы**:

1. Анализ международных практик реализации принципов общешкольного подхода позволил выявить убедительные аргументы в части эффективности имплементации ШСУЗ. У школьников выросли показатели адаптивности социальных и эмоциональных навыков на 25%, на 10% снижение плохого поведения в классе, беспокойства и депрессии, а также улучшение результатов успеваемости на 11% по сравнению с стандартными программами укрепления здоровья в школах. Кроме того, дети приобретают навыки здорового питания: в 42% случаев не выбирают простые углеводы в свой рацион питания и 67% выбирают чистую питьевую воду вместо сладких соков и газированных напитков.

2. Результаты исследования в фокус группах по изучению потребностей детей в рамках школьных медицинских услуг показал, что обеспечение социального равенства для детей реализуется только на половину как в городе - 61,1%, так и на селе - 56,1%; обеспечение равного доступа к услугам школьного здравоохранения для детей составил в городе - 69,4%, на селе - 44,4%; доступ к специалистам в сёлах немного ниже, чем в городах - 57,6 и 71,2% соответственно; в городах информация об услугах ШСЗ доступна для 76,6% детей и родителей, тогда как в сёлах только для 23,3%; конфиденциальность осмотра детей менее приемлема в городе - 33,3%, чем на селе - 50,0%. Также анализ показал значительно низкие показатели проведения обучающих сессий по вопросам укрепления здоровья: в городах - 33,3% и сёлах - 26,7%, соответственно.

3. Установлено, что применение концепции ШСУЗ является фактором, влияющим на изменение ИМТ школьников ( $t = -6,622$ ,  $P = 0,000$ ). В частности, ИМТ школьников достоверно изменился в экспериментальной группе: среди детей 8 лет с недостатком веса ИМТ повысился ( $U = 305$ ,  $Z = -6,462$ ,  $p = 0,002$ ) в Акмолинской области (0,3%), в Атырауской области (2,2%), в ВКО и Нур-Султане достигли целевого уровня нормы веса; ИМТ снизился у детей с избытком веса ( $U = 374$ ,  $Z = -8,857$ ,  $p = 0,011$ ) в Акмолинской области (1,8%), в Атырауской области (2,2%), в городе Нур-Султан (2,16%). ИМТ детей значимо снизился в экспериментальной группе среди детей 9 лет с избытком веса ( $U = 145$ ,  $Z = -7,043$ ,  $p = 0,016$ ) в Атырауской области (2,2%) и в городе Нур-Султан (3,16%), также среди детей 10 лет с избытком веса ИМТ снизился ( $U = 3182$ ,  $Z = -3,119$ ,  $p = 0,042$ ) в Акмолинской области (3,6%), в Атырауской области (3,2%), в ВКО (2,1%) и в городе Нур-Султан (6,24%).

4. Установлено, что только 41,4% детей уделяют время физической активности в течение недели; 40,5% детей не соблюдают рекомендуемые нормы времени в неделю, при этом, городские дети более склонны заниматься спортом или танцами регулярно, чем сельские, однако, девочки менее активны в сельской местности. Всего 11,5% детей уделяют время завтраку 1-3 дня в неделю 3,3% никогда не завтракают. Повышенное употребление острых и пряных продуктов, такие как картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн и арахис более 3 раза в неделю установлено у детей в сельской местности (23,5%) по результатам опроса родителей.

5. Разработаны модель с индикаторами и практические рекомендации для реализации комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции ВОЗ «Школы, способствующей укреплению здоровья» на национальном и локальном уровнях через назначение национальных координаторов от секторов здравоохранения и образования, что позволит более тесному межсекторальному взаимодействию в интересах здоровья в школьном сообществе.

*Практические рекомендации*

*Правительству Республики Казахстан*

– создать условия для обеспечения информационно-коммуникационными технологиями (интернет) по всей стране, в том числе в отдаленных сельских местностях для полномасштабной автоматизации и цифровизации школьных медицинских услуг;

– усилить требования для эффективной межсекторальной работы всех ключевых уполномоченных органов и ведомств в целях синхронизированной работы в интересах повышения потенциала школьной системы здравоохранения в республике. Обеспечить регулярный мониторинг и оценку индикаторов исполнения ключевых мероприятий.

*Министерству здравоохранения Республики Казахстан*

– усилить приоритеты школьного здравоохранения в системе ПМСП посредством создания (при наличии укрепления потенциала) специализированного отдела для оказания медицинских услуг детям в организациях образования, с утвержденной мультидисциплинарной штатной структурой в составе заведующего, врача-педиатра/врача общей практики (из расчета 1 на 1500-2000 учеников), старшей медицинской сестры, менеджера-статиста, диетолога-нутрициолога, специалиста по лечебной физической культуре, физиотерапевта, среднего медицинского персонала (из расчета одной должностной единицы на 500 учеников);

– внедрить единые стандарты качества школьных медицинских услуг и компетенций персонала школьного здравоохранения с четкой регламентацией квалификационных требований и должностных обязанностей специалистов ШСЗ, режима работы, алгоритмов оказания медицинских услуг;

– ввести направление школьной медицины и услуг по охране здоровья подростков в перечень приоритетных программ повышения квалификации кадров здравоохранения.

– обеспечить полное интегрирование МИС с операционными процессами ШСЗ по всей стране с учетом мнений специалистов ШСЗ на предмет актуальности, адаптивности и удобства в эксплуатации информационного обеспечения;

– предусмотреть нормы, которые будут обеспечивать полную конфиденциальность осмотра и информирования учащихся в ШСЗ;

– внедрить актуальные и информативные системы и пересмотренные формы отчетности в целях эффективного мониторинга и оценки работы ШСЗ.

– обучить сотрудников ШСЗ дополнительным навыкам и компетенциям в работе с подростками для предоставления им медицинских услуг, в которых они действительно нуждаются, в частности, навыкам профессионального консультирования в вопросах личной гигиены, сексуального, психического и физического здоровья с учетом возрастных особенностей;

– создать стимулирующие и мотивационные механизмы для специалистов ШСЗ в целях повышения кадровой обеспеченности, в том числе обеспечение конкурентоспособной заработной платой;

– ввести норму распределения нагрузки на среднего медицинского работника ШСЗ с учетом рабочего режима организации образования и действующего трудового законодательства РК (рассмотреть возможность введения режима сменной работы по 5–6 часов в день).



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Абильдина А. Исследование для оценки национальных систем школьного здравоохранения с целью улучшения их работы в странах Европейского региона ВОЗ. Республика Казахстан / Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген, 2022. – 93 с.
- 2 Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 1998. – 35 с.
- 3 Факторы риска для здоровья населения их классификация // <https://spell-checker.ru/factory-riska-dlya-zdorovya-naseleniya-ih>. 24.09.2023.
- 4 Ottawa charter for health promotion // <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WH-1987>. 19.09.2022.
- 5 Dabravolskaj J. et al. Effectiveness of school-based health promotion interventions prioritized by stakeholders from health and education sectors: A systematic review and meta-analysis // Preventive Medicine Reports. – 2020. – Vol. 19. – P. 101138-1-101138-18.
- 6 Owen M.B. et al. The effectiveness of school-based physical activity interventions for adolescent girls: A systematic review and meta-analysis // Preventive Medicine. – 2017. – Vol. 105. – P. 237-249.
- 7 Leger L.St. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges // Health Promotion Int. – 2001. – Vol. 2, Issue 16. – P. 197-205.
- 8 Dobbins M., Husson H. et al. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18 // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – Vol. 2013, Issue 2. – P. CD007651-1-CD007651-208.
- 9 de Heer H.D. et al. Effectiveness and Spillover of an After-School Health Promotion Program for Hispanic Elementary School Children // American Journal of Public Health. – 2011. – Vol. 101, Issue 10. – P. 1907-1913.
- 10 Spencer B. et al. Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention // Health Promotion International. – 2008. – Vol. 1, Issue 23. – P. 86-97.
- 11 Darlington E., Simar C., Jourdan D. Implementation of a health promotion programme: a 10 year retrospective study // Health Education. – 2017. – Vol. 117, Issue 3. – P. 234-251.
- 12 Darlington E.J., Violon N., Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process? // BMC Public Health. – 2018. – Vol. 18. – P. 163-1-163-17.
- 13 Lee A. et al. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success // BMC Public Health. – 2019. – Vol. 19. – P. 1088-1-1088-12.
- 14 Majid H.A.M.A. et al. “Whole School Environmental Mapping Framework and Observation” in Preventing Childhood Obesity // Procedia - Social and Behavioral Sciences. – 2015. – Vol. 201. – P. 102-109.

- 15 Mannix-McNamara P., Simovska V. Schools for Health and Sustainability: Insights from the Past, Present and for the Future // In book: Schools for Health and Sustainability: Theory, Research and Practice. – Dordrecht: Springer, 2015. – P. 3-17.
- 16 Laxminarayan R., Chow J., Shahid-Salles S.A. Intervention Cost-Effectiveness: Overview of Main Messages // In book: Disease Control Priorities in Developing Countries. –Washington (DC), 2006. – P. 35-86.
- 17 Mohan G., Chattopadhyay S. Cost-effectiveness of Leveraging Social Determinants of Health to Improve Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review // JAMA Oncol. – 2020. – Vol. 6. – P. 1434-1444.
- 18 Paul C.L. A cost-effective approach to the development of printed materials: a randomized controlled trial of three strategies // Health Education Research. – 2004. – Vol. 19, №6. – P. 698-706.
- 19 Verhaeghe N. et al. Cost-effectiveness of health promotion targeting physical activity and healthy eating in mental health care // BMC Public Health. – 2014. – Vol. 14, №1. – P. 856-1-856-9.
- 20 Pawson R., Tilley N. Realist Evaluation 2004 // <https://pdf4pro.com/amp/view/realist-evaluation-ray-pawson-and-nick-tilley-2004-36d498.html>. 19.09.2022.
- 21 Избыточная масса тела и ожирение у детей: причины, последствия, профилактика // <https://cyberleninka.ru/article/n/izbytochnaya-massa>. 19.09.2022.
- 22 Избыточный вес и ожирение среди школьников 9 лет в республике Казахстан // <https://cyberleninka.ru/article/n/izbytochnyy-ves-i>. 19.09.2022.
- 23 Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»: утв. 12 октября 2021 года, №725 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725>. 19.09.2022.
- 24 Kazakhstan / The Institute for Health Metrics and Evaluation // <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles>. 08.08.2021.
- 25 GBD Results / Institute for Health Metrics and Evaluation // <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>. 08.08.2021.
- 26 Moher D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement // PLoS medicine. – 2009. – Vol. 6, Issue 7. – P. e1000097.
- 27 Waters E. et al. Cluster randomised trial of a schoolcommunity child health promotion and obesity prevention intervention: findings from the evaluation of fun ‘n healthy in Moreland! // BMC Public Health. – 2018. – Vol. 18. – P. 92-1-92-16.
- 28 Thakur J.S. et al. Developing and implementing an accreditation system for health promoting schools in Northern India: a cross-sectional study // BMC Public Health. – 2014. – Vol. 14. – P. 1314-1-1314-8.
- 29 Leeson H. Health promoting schools: impact on targeted student outcomes: Analysis report, 2017 // <https://natlib.govt.nz/records>. 13.10.2021.
- 30 Langford R., Bonell C.P., Jones H.E. et al. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014, Issue 4. – P. CD008958.

- 31 Salvy S.-J. et al. Influence of parents and friends on children's and adolescents' food intake and food selection // *The American Journal of Clinical Nutrition*. – 2011. – Vol. 1, Issue 93. – P. 87-92.
- 32 Majid H.A.M.A. *The Role of Psychosocial Behavioural Determinants, Knowledge and the School Environment in Preventing Childhood Obesity in Malaysia*. – Nottingham: University of Nottingham, 2011. – 480 p.
- 33 Lee A. et al. Health Promoting Schools: An Update // *Appl Health Econ Health Policy*. – 2020. – Vol. 18, № 5. – P. 605–623.
- 34 Durlak J.A. et al. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions // *Child Development*. – 2011. – Vol. 1, Issue 82. – P. 405-432.
- 35 How to be a health promoting school // <https://www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/how-be-health-promoting-school>. 08.09.2022.
- 36 School Evaluation Indicators // <https://ero.govt.nz/how-ero-reviews/schoolskura-english-medium/school-evaluation-indicators>. 08.08.2020.
- 37 Raniti M. et al. *Global Standards and Indicators for Health Promoting School: draft 3*. – Melbourne, 2020. – 59 p
- 38 Оттавская хартия по укреплению здоровья // <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349655>. 08.09.2022.
- 39 Jourdan D. et al. The involvement of young people in school- and community-based noncommunicable disease prevention interventions: a scoping review of designs and outcomes // *BMC Public Health*. – 2016. – Vol. 16. – P. 1123.
- 40 Gleddie D. *A journey into school health promotion: district implementation of the health promoting schools approach* // *Health Promotion International*. – 2012. – Vol. 27, № 1. – P. 82–89.
- 41 Lee A., Cheng F.F.K., Fung Y. Can Health Promoting Schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience // *J Epidemiol Community Health*. – 2006. – Vol. 60, № 6. – P. 530–536.
- 42 Chelak K., Chakole S. The Role of Social Determinants of Health in Promoting Health Equality: A Narrative Review // *Cureus*. – Vol. 15. – P. e33425.
- 43 *Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity* // <https://www.kff.org/racial-equity-and-health>. 28.09.2021.
- 44 *C The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity* / ed. Wakefield M.K. et al. – Washington, 2021. – 503 p.
- 45 Technical Guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce and eliminate preventable mortality and morbidity of children under 5 years of age // <https://www.ohchr.org/en/children/technical-guidance-application>. 10.09.2021.
- 46 Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 // *Development*. – 2004. – Vol. 47, №2. – P. 159–161.
- 47 Rifkin S.B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity // *BMJ Glob Health*. – 2018. – Vol. 3, Suppl 3. – P. e001188.

48 Постановление Верховного Совета Республики Казахстан. О ратификации Конвенции о правах ребенка: утв. 8 июня 1994 года // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/B940001400>. 08.08.2020.

49 Declaration of Alma-Ata / WHO // WHO Chron. – 1978. – Vol. 32, Issue 11. – P. 428-430.

50 Нугманова Ж.С., Жангиреев В.А., Каримов Н.И. Методические рекомендации для школ, организаций социальной защиты и здравоохранения. – Алматы, 2021. – 52 с.

51 CHIVA Guidance. National AIDS Trust // <https://www.nat.org.uk/teachers-resource>. 19.09.2021.

52 Deneuer M. et al. Informative privacy and confidentiality for adolescents: the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010 // European Journal of Pediatrics. – 2011. – Vol. 9, Issue 170. – P. 1159-1163.

53 О Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан: утв. 30 марта 2023 года, №49 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032160>. 19.09.2021.

54 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам организаций образования: утв. 7 апреля 2017 года, №141 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015131>. 19.09.2021.

55 Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан // <https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/?year=&name=16812&period=> 19.12.2021.

56 О Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил планирования объемов медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 20 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-290/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 10.09.2020.

57 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 30 октября 2020 года, №ҚР ДСМ-170/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 10.09.2020.

58 Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы: утв. 26 декабря 2019 года, № 982. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года, № 725 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 10.09.2020.

59 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания иммигрантам медицинской помощи: утв. 30 сентября 2011 года, №665 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 10.09.2020.

60 Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: утв. 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. 10.09.2020.

61 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года, №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»: утв. 24 апреля 2018 года, №192 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1800016873>. 10.09.2020.

62 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»: утв. 11 августа 2020 года, №ҚР ДСМ-96/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021080>. 10.09.2020.

63 Abildina A. et al. Analysis of characteristics and quality aspects required for child and adolescent-friendly health services // Наука и здравоохранение. – 2022. – №6. – P. 50-58.

64 Abildina A., Turgambayeva A., Zhaksylykova G. Analysis of the equipment of school medical offices in the context of the studied regions in the Republic of Kazakhstan. Journal of Health Development. – 2022 – Vol. 4, №49 – P. 37-44.

65 Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан. О дальнейшем усилении мер по предупреждению заболеваний коронавирусной инфекцией среди населения Республики Казахстан: утв. 23 октября 2020 года, №57, приложение 14 // [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=39324428](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39324428). 10.08.2021.

66 Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования»: утв. 16 августа 2017 года, №611 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015681>.

67 Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнева Т.И. и др. Эпидемиологический мониторинг детского ожирения и факторов, его формирующих, в Республике Казахстан, 2015-2016 гг.: национальный отчет. – Алматы, 2017. – 49 с.

68 Salas X.R. et al. Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017 // Obesity Facts. – 2021. – Vol. 6, Issue 14. – P. 658-674.

69 de Onis M., Onyango A.W., Borghi E. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents // Bull World Health Organ. – 2007. – Vol. 85, Issue 9. – P. 660-667.

70 Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry: report of a WHO expert committee / World Health Organization. – Geneva, 1995. – 494 p.

71 Spinelli A. et al. Thinness, overweight, and obesity in 6- to 9-year-old children from 36 countries: The World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative—COSI 2015–2017 // Obesity Reviews. – 2021. – Vol. 22, № S6. – P. e13214.

72 Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI): методы сбора данных / Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген, 2016. – 42 с.

73 Rito A.I., Buoncristiano M., Spinelli A. et al. Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity in 22 countries: the WHO European childhood obesity surveillance initiative: COSI 2015/2017 // *Obes Facts*. – 2019. – Vol. 12. – P. 226-243.

74 International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans / WHO. – Geneva, 2017. – 136 p.

75 de Leeuw E., Tang K.C., Beaglehole R. Ottawa to Bangkok – Health promotion’s journey from principles to ‘glocal’ implementation // *Health Promotion International*. – 2006. – Vol. 21, Suppl 1. – P. 1-4.

76 The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World / WHO // *Health Promotion International*. – 2006. – Vol. 21, Suppl 1. – P. 10-14.

77 Аналитическая информация о реализации проекта ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья» за 2022 год // <https://hls.kz/ru/archives/39792>. 10.08.2023.

78 WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: protocol. Version August 2010 / World Health Organization. – Copenhagen, 2010. – 85 p.

79 Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): protocol / WHO. – Copenhagen, 2017. – 23 p.

80 Whiting S. et al. Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6–9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015–2017 // *Obesity Facts*. – 2021. – Vol. 1, Issue 14. – P. 32-44.

81 Abildina A. et al. Adaptation of the COSI methodology to the conditions of the school environment as a method for assessing the effectiveness of measures within the framework of the World health organization Health-Promoting Schools // *Наука и здравоохранение*. – 2023. – №1. – С. 130-139.

82 Scaglioni S. et al. Factors Influencing Children’s Eating Behaviours // *Nutrients*. – 2018. – Vol. 10, №6. – P. 706.

83 Binder A., Naderer B., Matthes J. Shaping Healthy Eating Habits in Children With Persuasive Strategies: Toward a Typology // *Front Public Health*. – 2021. – Vol. 9, №676127. – P. 1-11.

84 Szajewska H., Ruszczynski M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe // *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. – 2010. – Vol. 2, Issue 50. – P. 113-119.

85 Adolphus K., Lawton C. L., Dye L. The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents // *Frontiers in Human Neuroscience*. – 2013. – Vol. 7. – P. 425-1-425-28.

86 Moreno-Aznar L.A. et al. Role of breakfast and its quality in the health of children and adolescents in Spain // *Hospital Nutrition* – 2021. – Vol. 38, №2. P. 396–409.

- 87 Deshmukh-Taskar P.R. et al. The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2006 // J of the American Dietetic Association. – 2010. – Vol. 6, Issue 110. – P. 869-878.
- 88 Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report / WHO/FAO expert consultation. – Geneva, 2003. – 161 p.
- 89 Global recommendations on physical activity for health // <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241599979>. 10.09.2022.
- 90 Moore J.B. et al. Associations of Vigorous-Intensity Physical Activity with Biomarkers in Youth // Medicine and Science in Sports and Exercise. – 2017. – Vol. 7, Issue 49. – P. 1366-1374.
- 91 Dietz W.H., Robinson T.N. Clinical practice. Overweight children and adolescents // The New England Journal of Medicine. – 2005. – Vol. 20, Issue 352. – P. 2100-2109.
- 92 Promoting health in schools: from evidence to action // <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/promoting>. 19.09.2022.
- 93 Kuzik N. et al. Physical Activity and Sedentary Time Associations with Metabolic Health Across Weight Statuses in Children and Adolescents // Obesity (Silver Spring). – 2017. – Vol. 25, Issue 10. – P. 1762-1769.
- 94 Закон Республики Казахстан. Об образовании: принят 27 июля 2007 года, №319-III // [https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z070000319\\_](https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z070000319_). 07.09.2020.
- 95 Auld M.E. et al. Health Literacy and Health Education in Schools: Collaboration for Action // NAM Perspectives. National Academy of Medicine. Washington, DC. <https://doi.org/10.31478/202007b>.
- 96 Khanal S.P., Budhathoki C.B., Okan O. Improving adolescent health literacy through school-based health literacy intervention: a mixed-method study protocol // BMC Public Health. – 2023. Vol. 23, №1. – P. 407.
- 97 Абильдина А., Утемисова Л., Куттымуратова А. Реализация принципов укрепления здоровья и благополучия в школах Казахстана в контексте существующих условий // <https://www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/how-be-health-promoting-school> 19.09.2022.
- 98 Valluru L., Kamala D. Role of teachers in promoting healthy behavior in school going children. Vinayaka Missions Research Foundation // [https://\(PDF\) Role of teachers in promoting healthy behavior in school going children](https://(PDF) Role of teachers in promoting healthy behavior in school going children). 28.09.2022.
- 99 The role of teachers in supporting health // <https://www.who.int/tools/your-life-your-health/a-healthy-world/people-s-roles/the-role-of>. 28.09.2022.
- 100 Развитие грамотности в вопросах здоровья в школах Европейского Региона ВОЗ / Европейское региональное бюро // Панорама общественного здравоохранения. – 2019. – Vol. 5, №2-3. – P. 191-196.
- 101 Arafat S.M.Y. et al. Health Literacy in School chapter // <https://www.igi-global.com/gateway/chapter/www.igi-global.com/gateway/chapter>. 17.10.2022.
- 102 Приказ министра образования и науки Республики Казахстан. Об утверждении Типовых квалификационных характеристик должностей

педагогических работников и приравненных к ним лиц: утв. 13 июля 2009 года, №338 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 10.09.2020.

103 Mashau T.I. The role of the teacher as a promoter of health in schools: conceptualisation and practical implications. - Potchefstroom: North-West University, 2019. - 445 p.

104 Nubani Husseini M., Zwas D.R., Donchin M. Teacher Training and Engagement in Health Promotion Mediates Health Behavior Outcomes // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. – Vol. 19, № 5. – P. 3128.

105 Pulimeno M. et al. School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people // *Health Promot Perspect*. 2020. – Vol. 10, № 4. – P. 316–324.

106 Wang L.Y. et al. Cost-Benefit Study of School Nursing Services // *JAMA Pediatr*. 2014. – Vol. 168, №7. – P. 642–648.

107 School nursing: Looking after the health and wellbeing of school children. Local Government Association. 2022 // <https://www.local.gov.uk/>. 28.07.2022.

108 Sánchez-Hernando B. et al. Psychometric properties and cultural adaptation of “LifeConScale” -Life Conditions Scale for Adolescents // *PLoS One*. 2022. – Vol. 17, №7. – P. e0269644.

109 Pulimeno M., Piscitelli P., Colazzo S. Children’s literature to promote students’ global development and wellbeing // *Health Promot Perspect*. 2020. – Vol. 10, №1. – P. 13–23.

110 Pulimeno M. et al. Narrative pedagogy to promote health and wellbeing in school setting: an approach proposed by UNESCO chair on health education and sustainable development // *Health Promot Perspect*. 2020. – Vol. 10, №1. – P. 1–2.

111 Adams K., Monahan J., Wills R. Losing the whole child? A national survey of primary education training provision for spiritual, moral, social and cultural development // *European Journal of Teacher Education*. Routledge, 2015. – Vol. 38, №2. – P. 199–216.

112 Inchley J., Muldoon J., Currie C. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland // *Health Promot Int*. – 2007. – Vol. 22, № 1. – P. 65-71.

113 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении положений республиканского государственного учреждения “Комитет санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан” и его территориальных подразделений: утв. 8 октября 2020 года, №644 // <https://adilet.zan.kz>. 28.07.2023.



## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А.1 – Форма для проведения антропометрического обследования детей

Год	Школа	Год обуч.	Класс	Код ребенка	
<b>Идентификация, ребенок</b>					
1	Как тебя зовут?				
	Имя		Фамилия		
2	Пол ребенка				
	Мальчик	Девочка			
3	День рождения ребенка				
	День	Месяц	Год		
4	Определение категории местожительства ребенка в соответствии со степенью урбанизации в стране.				
	Город		Пригород		Село
5	Был ли у тебя завтрак сегодня утром (не считая только воду, молоко или сок)?				
	Да	Нет			
<b>АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ</b>					
6	Дата проведения измерений				
	День	Месяц	Год		
7	Время проведения измерений				
	До обеда		После обеда		
8	Часы		Минуты		
9	Вес тела		кг		
10	Рост		см		

Кесте А.1 – Балаларға антропометриялық зерттеу жүргізу формасы

Жылы	Мектеп			Оқу жала	Сыны п	Баланың коды					
<b>БАЛАНЫ АНЫҚТАУ</b>											
(1a)	Сенің есімің кім?										
	Аты				Тегі						
(2)	Баланың жанасы										
	Ұл		Қыз								
(3)	Баланың туған күні										
	күні	айы	жылы								
(4)	Елдегі урбанизация дәрежесіне сәйкес баланың тұрғылықты жерінің санатын анықтау.										
	Қала			Қала маңы				Ауыл			
(5)	Бүгін таңертең таңғы асты іштіңіз бе (тек су, сүт немесе шырыннан басқа)?										
	Иә	Жоқ									
<b>АНТРОПОМЕТРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ</b>											
(6)	Өлшеу күні										
	күні	айы	жылы								
(7)	Өлшеу уақыты										
	Түске дейін	Түскі тамақтан кейін									
(7a)	сағаты		минуті								
(9)	Салмағы	кг									
(10)	Бойы	см									

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица Б.1 – Вопросник для детей

Вопросы	Всегда неверно	Иногда верно	Преимуще ственно верно	Неприме нимо
1	2	3	4	5
<i>Принципы медицинских услуг, доброжелательных по отношению к детям и подросткам (Стандарты 2 и 6 основного документа «Исследования»)</i>				
<p>1. Социальная справедливость</p> <p>1.1. Все ли сотрудники ШСЗ относились к вам с уважением?</p>				
<p>2. Доступность</p> <p>2.1. Всегда ли вы могли попасть к специалистам ШСЗ, когда вам было нужно?</p> <p>2.2. Случалось ли такое, что в единственное свободное время, когда вы могли обратиться к специалистам ШСЗ, они были закрыты?</p> <p>2.3. Получали ли вы когда-либо информацию о доступных в ШСЗ услугах и способах их получить? *</p> <p>2.4. Вас когда-либо направляли для получения другой специализированной помощи через ШСЗ (например, к психологу, физиотерапевту, стоматологу и т.д.)? (пожалуйста, обратите внимание, что данный вопрос соотносится с вопросом Q4.11a основного документа «Исследования»).</p> <p>2.5. Объяснили ли вам врач или медсестра, как делать осознанный выбор в отношении вашего образа жизни?</p> <p>2.6. Показалась ли вам эта информация полезной?</p>				
<p>3. Приемлемость</p> <p>3.1. Обсуждали ли вы когда-либо вопросы конфиденциальности с врачом или медсестрой, или подписывали ли вы когда-либо соглашение о конфиденциальности?</p> <p>3.2. Чувствуете ли вы себя комфортно, когда разглашаете личную информацию врачу или медсестре?</p> <p>3.3. Случалось, ли такое, чтобы врач или медсестра рассказывали вашим родителям или кому-то ещё, информацию, которую вы хотели сохранить в тайне?</p> <p>3.4. Осмотр проходил в конфиденциальной обстановке?</p> <p>3.5. Беседа с врачом или медсестрой во время приёма проходила в конфиденциальной обстановке?</p>				

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
<p>а. Чувствовали ли вы когда-либо осуждение со стороны врача или медсестры, когда обсуждали свои чувства или проблемы?</p> <p>3.6. Как вы считаете, является ли время ожидания перед консультацией приемлемым?</p> <p>3.7. Как вы считаете, являются ли помещения ШСЗ чистыми и комфортными?</p>				
<p>4. Участие</p> <p>4.1. Рассказала ли вам медсестра о вашей ситуации или состоянии?</p> <p>4.2. Поняли ли вы, что вам рассказали врач или медсестра?</p> <p>4.3. Сказали ли вам врач или медсестра, что вы можете задавать вопросы?</p> <p>4.4. (Для детей с хроническими заболеваниями) участвовали ли вы когда-либо в разработке медицинских планов действий по контролю за вашим заболеванием в школе или дома? (пожалуйста, обратите внимание, что данный вопрос соотносится с вопросом Q4.8 основного документа «Исследования»).</p> <p>4.5. Давали ли вам когда-либо письменное информированное согласие на любое лечение или процедуру, которые вам проводились?</p> <p>4.6. Заполняли ли вы анкету относительно удовлетворённости полученными услугами после вашего посещения ШСЗ?</p> <p>4.7. Участвовали ли вы когда-либо в программах и проектах по оценке и/или улучшению ШСЗ для детей и подростков?***</p>				
<p>5. Соответствие***</p> <p>5.1. Проводилась ли вам вакцинация в вашей ШСЗ?</p> <p>5.2. Проводилось ли вам обучение по вопросам полового и репродуктивного воспитания в вашей ШСЗ?</p> <p>5.3. Проводился ли вам осмотр стоматолога или оказывалась ли вам стоматологическая помощь (или направление к специалисту)?</p> <p>5.4. Добавьте вопросы в соответствии с вопросом Q6.2b основного документа «Исследования», например, если возраст подростков в группе составляет 11 лет и, согласно нормативам, это является возрастом проведения какого-либо специального диспансерного обследования, спросите, проводилось ли подросткам данное обследование).</p> <p>5.5. Обращались ли вы когда-либо в ШСЗ без предварительной записи?</p>				

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5
<p>5.6. Обращались ли вы когда-либо в ШСЗ по записи, но без участия вспомогательного персонала (сотрудника рецепции, секретаря и т.д.)?</p> <p>5.7. Обращались ли вы когда-либо к медицинским работникам ШСЗ по телефону?</p> <p>5.8. Проводились ли вам когда-либо уроки по укреплению здоровья по теме безопасного физического школьного окружения?</p> <p>5.9. Проводились ли вам когда-либо уроки по укреплению здоровья по теме инфекционного контроля?</p> <p>Проводились ли вам когда-либо уроки по укреплению здоровья по теме профилактики насилия?</p>				
<i>Медицинские кабинеты, оснащение, укомплектованность кадрами и системы управления данными ШСЗ (Стандарт 3 основного документа «Исследования»)</i>				
<p>6. Медицинская информация</p> <p>6.1. Демонстрируются ли материалы по укреплению здоровья в зонах ожидания перед кабинетом медицинского работника?</p> <p>6.2. Видели ли вы материалы по укреплению здоровья в других помещениях вашей школы?</p> <p>6.3. Получали ли вы материалы по укреплению здоровья во время специализированных уроков?</p> <p>6.4. Получали ли вы материалы по укреплению здоровья во время приёмов у врача/медсестры?</p>				

Кесте Б.1 – Балаларға арналған сауалнама

Сұрақтар	Әрқашан қате	Кейде шындық	Көбінесе шындық	Қолданылуы мүмкін емес
1	2	3	4	5
<b>Балалар мен жасөспірімдерге достық денсаулық сақтау қызметінің принциптері</b>				
<p>1. Әлеуметтік әділеттілік</p> <p>1.1. Барлық МДСҚ қызметкерлері сізге құрметпен қарады ма?</p>				
<p>2. Қол жетімділік</p> <p>2.1. Сізге қажет кезде әрқашан МДСҚ мамандарына жүгіне алдыңыз ба?</p> <p>2.2. Сіз бос уақытыңызда мектеп медицина жүйесі мамандарына хабарла сақан кезде, олар жабық болды ма?</p> <p>2.3. Сіз мектеп медицина жүйесінде қол жетімді қызметтер және оларды алу тәсілдері туралы ақпарат алдыңыз ба?</p>				

Б.1-кестенің жалғасы

1	2	3	4	5
<p>2.4. Сізді МДСҚ арқылы басқа мамандан дырылған көмек алу үшін жіберді ме (мысалы, психолог, Физиотерапевт, Стоматолог және т.б.)?</p> <p>2.5. Дәрігер немесе медбике сіздің өмір салтыңызға қатысты саналы таңдау жасау туралы түсіндірді ме?</p> <p>2.6. Бұл ақпарат сізге пайдалы болып көрінді ме?</p>				
<p>3. Қабылдау мүмкіндігі</p> <p>3.1. Сіз дәрігермен немесе медбикемен құпиялылық мәселелерін талқыладыңыз ба немесе құпиялылық туралы келісімге қол қойдыңыз ба?</p> <p>3.2. Дәрігерге немесе медбикеке жеке ақпаратты ашқан кезде өзіңізді жайлы сезінесіз бе?</p> <p>3.3. Дәрігер немесе медбике сіздің ата-анаңызға немесе басқа біреуге құпия сақ тағыңыз келген ақпаратты айтып берді ме?</p> <p>3.4. Тексеру құпия жағдайда өтті ме?</p> <p>3.5. Қабылдау кезінде дәрігермен немесе медбикемен әңгіме құпия жағдайда өтті ме?</p> <p>3.6. Сіз өзіңіздің сезімдеріңізді немесе мәселелеріңізді талқылаған кезде дәрігердің немесе медбикенің айыптауын сезіндіңіз бе?</p> <p>3.7. Сіздің ойыңызша, кеңес беру алдында күту уақыты қолайлы ма?</p> <p>3.8. Сіз қалай ойлайсыз, МДЖ кабинеті таза және жайлы болып табылады ма?</p>				
<p>4. Қатысу</p> <p>4.1. Медбике сіздің жағдайыңыз туралы айтып берді ме?</p> <p>4.2. Дәрігер немесе медбике сізге не айтқанын түсіндіңіз бе?</p> <p>4.3. Дәрігер немесе медбике сізге сұрақтар қоюға болатындығын айтты ма?</p> <p>4.4. (Созылмалы аурулары бар балаларға арналған) сіз мектепте немесе үйде сіздің жағдайыңызды бақылау үшін медициналық іс-шаралар жоспарын жасауға қатыстыңыз ба?</p> <p>4.5. Сізге кез-келген емделуге жазбаша түрде келісім берілді ме?</p> <p>4.6. Сіз МДСҚ қызмет алғаннан кейін алынған қызметтерге қанағаттануға қатысты сауалнаманы толтырдыңыз ба?</p> <p>4.7. Сіз балалар мен жасөспірімдерге арналған МДСҚ бағалау және/немесе жақсарту бойынша бағдарламалар мен жобаларға қатыстыңыз ба?</p>				

Б.1-кестенің жалғасы

1	2	3	4	5
<p>5. Сәйкестік</p> <p>5.1. Сізге МДСҚ-да вакцинация жүргізілді ме?</p> <p>5.2. Сіздің МДСҚ-да жыныстық және репродуктивтік тәрбие мәселелері бойынша оқыту жүргізілді ме?</p> <p>5.3. Сізге стоматологиялық тексеру жүргізілді ме немесе сізге стоматологиялық көмек көрсетілді ме (немесе маманға жолдама)?</p> <p>5.4. Сіз алдын-ала жазылусыз МДСҚ-ға жүгіндіңіз бе?</p> <p>5.5. Сіз МДСҚ медицина қызметкерлеріне телефон арқылы хабарластыңыз ба?</p>				
<p>5.6. Сіз МДСҚ медицина қызметкерлеріне электрондық пошта арқылы (немесе басқа электрондық байланыс құралдары арқылы) жүгіндіңіз бе?</p> <p>5.7. Сізге қауіпсіз мектеп ортасы тақырыбында денсаулықты нығайту бойынша сабақтар өткіздіңіз бе?</p> <p>5.8. Сізге инфекцияны бақылау немесе жұқпалы аурулар тақырыбында денсаулықты нығайту бойынша сабақтар өткізілді ме?</p> <p>5.9. Сіз қауіпсіз физикалық мектеп ортасы тақырыбында денсаулықты нығайту сабағын өткіздіңіз бе?</p> <p>5.10. Сіз инфекциялық бақылау бойынша денсаулықты нығайту сабағын алдыңыз ба?</p> <p>Сіз зорлық-зомбылықтың алдын алу тақырыбында денсаулықты нығайту сабағын өткіздіңіз бе?</p>				
<p><i>Медициналық кабинеттер, құрал-жабдықтар, қызметкерлермен қамтамасыз ету және МДСҚ деректерін басқару жүйелері («Зерттеу» негізгі құжатының 3-стандарты)</i></p>				
<p>1. Медициналық ақпарат</p> <p>1.1. Медицина қызметкерінің кабинеті алдындағы күту аймағында денсаулықты нығайту бойынша материалдар көрсетілуде ме?</p> <p>1.2. Сіз мектептің басқа бөлмелерінде денсаулықты нығайту материалдарын көрдіңіз бе?</p> <p>1.3. Арнайы сабақтар кезінде денсаулықты нығайтуға арналған материалдар алдыңыз ба?</p> <p>1.4. Дәрігерде/медбикеде қабылдау кезінде денсаулықты нығайту материалдарын алдыңыз ба?</p>				

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Вопросник для родителей

#### 1. Социальная справедливость

1.1. По вашему мнению, обеспечивает ли организация ШСЗ и оказание услуг социальное равенство для всех детей, вне зависимости от их происхождения и других характеристик?

1.2. Знаете ли вы о каких-либо специальных мерах, принятых ШСЗ для обеспечения равного доступа к услугам для всех детей (т.е. переводчик, возможность получить консультацию от медицинского работника того же пола, что и ребёнок/подросток в случае, если ребёнок/подросток некомфортно чувствует себя в обществе специалиста противоположного пола, и др.)?

1.3. Знаете ли вы о таких ситуациях, когда к ребёнку/подростку работники ШСЗ относились с неуважением?

#### 2. Доступность

2.1. Приходилось ли вам когда-либо платить за помощь, оказанную вашему ребёнку в ШСЗ?

2.2. Знаете ли вы о существовании какой-либо системы прямой оплаты за услуги ШСЗ?

2.3. Как вы считаете, работают ли ШСЗ в удобные часы (например, в то время, когда дети и подростки свободны или в которое им проще обратиться за помощью, т.е. во время школьных перемен, обеденных перерывов или после окончания уроков)? Знаете ли вы о каких-либо сложностях в доступе к ШСЗ, связанных с часами работы или другими аспектами?

2.4. Предоставлялась ли когда-либо вашему ребёнку информация об оказываемых ШСЗ услугах и том, как их можно получить? В какой форме вы или ваш ребёнок получали эту информацию (при личном общении, в форме специальных сообщений, на классных мероприятиях, в виде листовок, посредством социальных сетей и т.д.)?

2.5. Направлялся ли ваш ребёнок через ШСЗ для получения других медицинских услуг (например, к психологу, физиотерапевту, стоматологу и т.д.)? (пожалуйста, обратите внимание, что данный вопрос соотносится с вопросом Q4.11а основного документа «Исследования»).

#### 3. Приемлемость

3.1. Знаете ли вы, что ШСЗ гарантирует конфиденциальность пациента?

3.2. Знаете ли вы о ситуациях, когда сотрудники ШСЗ разглашали информацию о подростке (родителям или другим заинтересованным лицам, например, учителям, представителям органов власти и др.) без уведомления и разрешения со стороны подростка?

3.3. Знаете ли вы, обеспечивают ли помещения для осмотра и консультации детей конфиденциальность?

3.4. Как вы считаете, является ли время ожидания приёма приемлемым?

3.5. Как вы считаете, являются ли помещения ШСЗ чистыми и комфортными?



#### 4. Участие

4.1. Знаете ли вы о том, чтобы врачи рассказывали вашему ребёнку о сложившейся ситуации или состоянии его здоровья?

4.2. (Если у вашего ребёнка есть хроническое заболевание) участвовали ли вы когда-либо в разработке медицинских планов действий по контролю за заболеванием в школе или дома? (пожалуйста, обратите внимание, что данный вопрос соотносится с вопросом Q4.8 основного документа «Исследования»).

4.3. Знаете ли вы, о том, чтобы вашему ребёнку когда-либо давали письменное информированное согласие на любое лечение или процедуру, которые ему проводились?

4.4. Участвовал ли ваш ребёнок когда-либо в программах или проектах по оценке и/или улучшению ШСЗ для детей и подростков? Можете ли вы поделиться своим опытом?

#### 5. Соответствие

5.1. Знаете ли вы, какими услугами ваш ребёнок пользовался в ШСЗ?

5.2. Знаете ли вы, как ваш ребёнок обращался в ШСЗ (без предварительной записи; по предварительной записи, но без участия вспомогательного персонала, такого как сотрудники рецепции и секретари; по телефону; по электронной почте или при помощи других электронных средств связи)?

5.3. Знаете ли вы о проведении уроков по укреплению здоровья в школе и какие темы обсуждались на этих уроках?

#### 6. Медицинская информация

6.1. Знаете ли вы о том, чтобы материалы по укреплению здоровья демонстрировались в зонах ожидания перед кабинетом медицинского работника?

6.2. Видели ли вы материалы по укреплению здоровья в разных других помещениях школы?

6.3. Знаете ли вы о том, чтобы ваш ребёнок получал материалы по укреплению здоровья во время специализированных уроков?

6.4. Знаете ли вы о том, чтобы ваш ребёнок получал материалы по укреплению здоровья во время приёмов у врача/медсестры?

6.5. Получали ли вы информацию о программе ШСЗ, в том числе о запланированных индивидуальных консультациях с сотрудниками ШСЗ (например, для определённых классов, возраста или по другим критериям) (пожалуйста, обратите внимание, что данный вопрос соотносится с вопросом Q6.2b основного документа «Исследования»)?

#### Ата-аналарға арналған сауалнама

##### 1. Әлеуметтік әділеттілік

1.1. Сіздің ойыңызша, МДСҚ ұйымдастыру және қызметтерді көрсету олардың шыққан тегіне және басқа да ерекшеліктеріне қарамастан барлық балалардың әлеуметтік теңдігін қамтамасыз ете ме?

1.2. Сіз барлық балалардың қызметтерге тең қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін МДСҚ қабылдаған қандай да бір арнайы шаралар туралы білесіз бе (яғни аудармашы, бала/жасөспірім қарама-қарсы жыныстағы маманның

ортасында ыңғайсыз сезінген жағдайда бала/жасөспірім сияқты жыныстағы медицина қызметкерінен кеңес алу мүмкіндігі және т.б.)?

1.3. МДСҚ қызметкерлері балаға/жасөспірімге құрметтемеушілік танытқан жағдайларды білесіз бе?

2. Қол жетімділік

2.1. Сізге МДСҚ балаңыздың қызметі үшін төлеуге тура келді ме?

2.2. Сіз МДСҚ қызметтері үшін тікелей төлем жүйесін білесіз бе?

2.3. Қалай ойлайсыз, МДСҚ ыңғайлы уақытта (мысалы, балалар мен жасөспірімдер бос болған кезде немесе оларға көмек сұрау ыңғайлы болған кезде, яғни оқу үзілістері, түскі үзілістер немесе сабақтан кейін) жұмыс істейді деп ойлайсыз ба? Жұмыс уақытына немесе басқа мәселелерге байланысты МДСҚ қол жеткізуде қандай да бір қиындықтар бар екенін білесіз бе?

2.4. Сіздің балаңызға МДСҚ қызметтері және оларды қалай алуға болатыны туралы ақпарат берілді ме? Сіз немесе сіздің балаңыз бұл ақпаратты (бетпе-бет, арнайы хабарламалар, сыныптағы іс-шаралар, парақшалар, әлеуметтік желілер және т.б.) қандай түрде алдыңыз?

2.5. Сіздің балаңыз басқа медициналық қызметтерге (мысалы, психолог, физиотерапевт, тіс дәрігері және т.б.) МДСҚ арқылы жіберілді ме? (бұл сұрақ негізгі Зерттеу құжатының Q4.11a сұрағына қатысты екенін ескеріңіз).

3. Қабылдау мүмкіндігі

3.1. МДСҚ пациенттің құпиялылығына кепілдік беретінін білесіз бе?

3.2. Сіз МДСҚ қызметкерлері жасөспірім туралы ақпаратты (ата-аналарға немесе басқа мүдделі тұлғаларға, мысалы, мұғалімдерге, мемлекеттік қызметкерлерге және т.б.) оның ескертуінсіз және рұқсатынсыз жария еткен жағдайларды білесіз бе?

3.3. Балаларды тексеруге және кеңес беруге арналған құралдардың құпиялылықты қамтамасыз ететінін білесіз бе?

3.4. Кездесуді күту уақыты қолайлы деп ойлайсыз ба?

3.5. Сіздің ойыңызша, МДСҚ орналасқан орыны таза және жайлы ма?

4. Қатысу

4.1. Дәрігерлер сіздің балаңызға қазіргі жағдай немесе оның денсаулығының жай-күйі туралы айтатынын білесіз бе?

4.2. (Егер сіздің балаңыз созылмалы аурумен ауырса) Сіз мектепте немесе үйде ауруды бақылауға арналған денсаулық сақтау іс-шаралар жоспарын әзірлеуге қатыстыңыз ба? (бұл сұрақ негізгі Зерттеу құжатының 4.8-сұрағына қатысты екенін ескеріңіз).

4.3. Балаңыздың кез келген емделуіне немесе ем шара рәсіміне жазбаша келісімі берілгенін білесіз бе?

4.4. Сіздің балаңыз балалар мен жасөспірімдерге арналған МДСҚ бағалау және/немесе жақсарту бойынша бағдарламаларға немесе жобаларға қатысты ма? Тәжірибеңізбен бөлісе аласыз ба?

5. Сәйкестік

5.1. Балаңыздың МДСҚ қандай қызметтерді пайдаланатынын білесіз бе?

5.2. Балаңыздың ӘҚҚБ-мен қалай байланысқанын білесіз бе?

5.3. Мектептегі денсаулықты нығайту сабақтары туралы білесіз бе және бұл сабақтарда қандай тақырыптар талқыланды?

6. Медициналық ақпарат

6.1. Медициналық қызметкерлер кабинетінің алдындағы күту орындарында денсаулықты насихаттайтын материалдардан хабардарсыз ба?

6.2. Сіз мектептің басқа жерлерінде денсаулықты нығайтуға арналған материалдарды көрдіңіз бе?

6.3. Балаңыздың мамандандырылған сабақтарда денсаулығын нығайтуға арналған материалдар алатынын білесіз бе?

6.4. Дәрігер/мейірбике қабылдауында сіздің балаңыздың денсаулығын нығайтуға арналған материалдар алатынын білесіз бе?

6.5. МДСҚ бағдарламасы туралы, соның ішінде МДСҚ қызметкерлерімен жоспарланған жеке консультациялар туралы ақпарат алдыңыз ба (мысалы, белгілі бір сыныптар, жас немесе басқа критерийлер үшін) (бұл сұрақ «Зерттеу» негізгі құжатының Q6.2b сұрағына қатысты екенін ескеріңіз. ")?

# ПРИЛОЖЕНИЕ Г

## Утверждение кандидатуры для участия в исследовании

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ  
МИНИСТРЛІГІ



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

010000, Нур-Султан қаласы, Мәңгілік Ел даңғылы, 8,  
Министрліктер үйі, 5- аяғыбар,  
тел.: 7 (7172) 743650, факс: 7 (7172) 743727  
e-mail: minshov@tdm.gov.kz

010000, қорал Нур-Султан, президент Мәңгілік Ел, 8, Дәм  
Министерств, 5 аяғыбар,  
тел.: 7 (7172) 743650, факс: 7 (7172) 743727  
e-mail: minshov@tdm.gov.kz

№ 13-1-13/9165 от 13.08.2020

**Европейское региональное бюро  
Всемирной организации  
здравоохранения**

**ФГАУ «Национальный  
медицинский исследовательский  
центр здоровья детей»**

*На исх. № 130-20 от 18 июня 2020 года  
На исх. № 171-20 от 3 августа 2020 года  
На исх. №88-1/20-654(4) от 17 июля 2020 года*

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (далее – Министерство) выражает признательность Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) за активное сотрудничество в области охраны здоровья детей и подростков.

Министерство поддерживает проведение международного исследования по изучению национальных систем школьного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

Для участия в международном исследовании по изучению национальных систем школьного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ направляется кандидатура Абильдиной Акботы Сулеймановны, руководителя отдела укрепления здоровья молодежи и детей РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» Министерства (эл. почта: [akbota.s.abildina@gmail.com](mailto:akbota.s.abildina@gmail.com), сот.тел.: 8 778 461 09 86).

**Вице-министр**

**Л. Бюрабекова**

*Исп. Ергасен А.  
Тел.: 75-07-66*

Дата: 13.08.2020 10:39. Копия электронного документа. Версия СЭД: Documentlog 7.4.13. Полномасштабный результат проверки ЭЦП



010000, Нур-Султан қаласы, Мінгілік Ел дауысы, 8,  
Министрлер үйі, 5 - кіреберіс,  
тел: 7 (7172) 743650, факс: 7 (7172) 743727  
e-mail: ministry@zdrav.gov.kz

010000, город Нур-Султан, проспект Мінгілік Ел, 8, Дім  
Министерств, 5 подъезд,  
тел: 7 (7172) 743650, факс: 7 (7172) 743727  
e-mail: ministry@zdrav.gov.kz

**Согласовано**

12.08.2020 15:08 Ахметова Зауре Далеловна

12.08.2020 15:10 Садуова Жанар Жумажановна

**Подписано**

13.08.2020 09:51 Бюрабекова Людмила Витальевна

Министерство здравоохранения Республики Казахстан - Ергасен А. С.

# ПРИЛОЖЕНИЕ Д

## Акты внедрения

### АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы  
ГУ "Общеобразовательная школа №12" отдела образования по  
Мунайлинскому району Управления образования Мангистауской области  
Мангистауская область, Мунайлинский район, с.Атамекен, Жилой массив ЖАЛЫН, 495/6  
(наименование учреждения, где внедряется работа)

**Наименование предложения:** Адаптированная методика Всемирной Организации Здравоохранения Европейская инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) в условия школы для оценки эффективности мер реализации Школ, способствующих укреплению здоровья через показатели ИМТ детей 8-10 лет в Казахстане как основы для мониторинга и влияния на меры по укреплению здоровья.

**Форма внедрения:** Внедрение является результатом диссертационной работы, используется для анализа и усовершенствования реализации мер в рамках концепции Всемирной Организации Здравоохранения «Школы, способствующих укреплению здоровья».

**Работа включена из:** диссертационной работы PhD Абильдиной А.С. «Совершенствование комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции Всемирной организации здравоохранения» по специальности 8D10103- Общественное здравоохранение.

**Эффективность внедрения:** оценка эффективности, совершенствование системы здравоохранения, организационная.

**Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение -** рекомендуется к широкому внедрению.

**Срок внедрения:** Январь 2022 год.

**Председатель комиссии:**

Директор

Члены комиссии

Заместитель директора

Медицинская сестра



К.У. Титанов

Г.Е.Янтудина

К.Е.Абдукаримова

**Исполнитель (ответственный за внедрение):** заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.  
PhD докторант Абильдина А.С.  
11.01.2022 г.

## ОТЗЫВ

на внедрение результатов научно- исследовательской работы  
Абильдиной Акботы Сулеймановны  
**«АДАПТИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКАЯ ИНИЦИАТИВА ПО  
ЭПИДНАДЗОРУ ЗА ДЕТСКИМ ОЖИРЕНИЕМ (COSI) В УСЛОВИЯ  
ШКОЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕР РЕАЛИЗАЦИИ  
ШКОЛ, СПОСОБСТВУЮЩИХ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЧЕРЕЗ  
ПОКАЗАТЕЛИ ИМТ ДЕТЕЙ 8-10 ЛЕТ В КАЗАХСТАНЕ КАК ОСНОВЫ  
ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ВЛИЯНИЯ НА МЕРЫ ПО УКРЕПЛЕНИЮ  
ЗДОРОВЬЯ»**

Данная работа посвящена адаптированной методике Всемирной Организации Здравоохранения Европейская инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) в условиях школы для оценки эффективности мер реализации Школ, способствующих укреплению здоровья через показатели ИМТ детей 8-10 лет в Казахстане.

Результаты исследования представляют собой важную основу для мониторинга и влияния на меры по укреплению здоровья в Казахстане. Особенно важно отметить, что данная работа ориентирована на детей в возрасте от 8 до 10 лет, что позволяет выявить проблемы и принять решительные меры по их решению на ранних стадиях.

Методика COSI, адаптированная для школьных условий, является эффективным инструментом для оценки состояния здоровья детей, а также для выявления факторов, влияющих на их ИМТ. Данные, полученные с помощью этой методики, могут быть использованы как основа для разработки и реализации мер по укреплению здоровья детей.

В целом, данная работа является важным вкладом в развитие здравоохранения в Казахстане. Результаты исследования могут быть использованы в качестве основы для принятия решений в области здравоохранения, а также для привлечения внимания к проблеме детского ожирения и необходимости принятия мер для ее решения.

Руководитель  
ГУ "Общеобразовательная школа №12"  
отдела образования по  
Мунайлинскому району  
Управления образования  
Мангистауской области



К.У. Титанов

29.09.2022г.



**АКТ**  
внедрения результатов научно- исследовательской работы  
РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан  
*(наименование учреждения, где внедряется работа)*

**Наименование предложения:** Модель оценки школьной системы здравоохранения от разных групп заинтересованных сторон.

**Форма внедрения:** Внедрение является результатом диссертационной работы, используется для анализа и усовершенствования школьной системы здравоохранения на всех уровнях.

**Работа включена из:** диссертационной работы PhD Абильдиной А.С. «Совершенствование комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции Всемирной организации здравоохранения» по специальности 8D10103- Общественное здравоохранение.

**Эффективность внедрения:** оценка эффективности, совершенствование системы здравоохранения, организационная.

**Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение** - рекомендуется к широкому внедрению.

**Председатель комиссии:**

Председатель Правления

РГП на ПХВ «Национальный центр  
общественного здравоохранения» МЗ  
РК



Ж.А. Калмакова

**Члены комиссии**

Руководитель отдела науки и  
профессионального развития

К.А. Аскарлов

Руководитель Центра укрепления  
общественного здоровья

С.А. Назарова

Руководитель отдела укрепления  
здоровья детей и молодежи

Д.М. Шамгунова

**Срок внедрения:** Апрель 2022 год.

**Исполнитель (ответственный за внедрение):** заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.  
PhD докторант Абильдина А.С.  
05.04.2022г.





10.04.2023 № 01-08/00-85R

## ОТЗЫВ

### на внедрение результатов научно- исследовательской работы Абильдиной Акботы Сулеймановны «МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ ШКОЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ РАЗНЫХ ГРУПП ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН»

В процесс оказания медицинских услуг вовлечено множество заинтересованных лиц: те, кто занимается планированием и управлением услугами; те, кто непосредственно оказывает услуги; те, кто получает эти услуги; а также другие важные заинтересованные стороны. Каждая из этих групп играет уникальную роль и обладает исключительным опытом в оказании или получении медицинских услуг. В Казахстане вопросы развития школьных медицинских услуг требуют тщательных исследований. Это обуславливает актуальность предложенной модели.

Предложенная модель позволяет оценить качество здравоохранения в школах с учетом мнения и оценки различных заинтересованных сторон, таких как родители, ученики, учителя, медицинский персонал и т.д. Она включает в себя множество показателей, таких как наличие медицинских услуг в школе, уровень профессионализма медицинского персонала, доступность и качество медицинских услуг, а также система управления здравоохранением в школе.

Модель оценки школьной системы здравоохранения посвящен обоснованию роли каждого из участников процесса, а также разработке рекомендаций по формированию эффективной системы менеджмента на всех уровнях реализации услуги. Проведение оценки по предложенному принципу

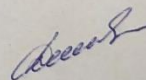
000540

позволяет выявить слабые стороны, требующие совершенствования и повышения эффективности. Также модель применим на всех уровнях реализации школьной медицинской услуги, от уровня лиц, принимающих решения до школьного медицинского работника.

Внедрение результатов данной работы позволит оценить текущее состояние школьной системы здравоохранения и выявить проблемные места, а также разработать планы по улучшению качества здравоохранения в школах. Кроме того, модель оценки может быть использована для сравнения качества здравоохранения между различными школами и регионами.

В целом, результаты научно-исследовательской работы Абильдиной Акботы Сулеймановны являются очень полезными и актуальными в настоящее время, когда здравоохранение в школах становится все более важной проблемой. Рекомендуется использовать полученные результаты при разработке и внедрении программ по улучшению качества здравоохранения в школьной среде.

**Руководитель  
Центра укрепления  
общественного здоровья**



**Д.М. Шамгунова**

09.09. 2022г.



## АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы  
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №11»  
*(наименование учреждения, где внедряется работа)*

**Наименование предложения:** Модель оценки школьной системы здравоохранения от разных групп заинтересованных сторон.

**Форма внедрения:** Внедрение является результатом диссертационной работы, используется для анализа и усовершенствования школьной системы здравоохранения на всех уровнях.

**Работа включена из:** диссертационной работы PhD Абильдиной А.С. «Совершенствование комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции Всемирной организации здравоохранения» по специальности 8D10103- Общественное здравоохранение.

**Эффективность внедрения:** оценка эффективности, совершенствование системы здравоохранения, организационная.

**Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение** - рекомендуется к широкому внедрению.

**Срок внедрения:** Февраль 2023 год.

**Председатель комиссии:**

Директор



Ж.К. Сагандыков

**Члены комиссии**

Заместитель директора по ЛПР

С.Б. Аманбаева

Заместитель директора по  
родовспоможению и детству

С.Ж. Татиева

И.о. старшего школьного врача

М.С. Алгазина

**Исполнитель (ответственный за внедрение):** заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф.  
Тургамбаева А.К.  
PhD докторант Абильдина А.С.  
07.02.2023г.





## АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы  
ТОО «Clinic Miras»

Город Караганда, улица Ержанова 28/2

(наименование учреждения, где внедряется работа)

**Наименование предложения:** Адаптированная методика Всемирной Организации Здравоохранения Европейская инициатива по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) в условия школы для оценки эффективности мер реализации Школ, способствующих укреплению здоровья через показатели ИМТ детей 8-10 лет в Казахстане как основы для мониторинга и влияния на меры по укреплению здоровья.

**Форма внедрения:** Внедрение является результатом диссертационной работы, используется для анализа и усовершенствования реализации мер в рамках концепции Всемирной Организации Здравоохранения «Школы, способствующих укреплению здоровья».

**Работа включена из:** диссертационной работы PhD Абильдиной А.С. «Совершенствование комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции Всемирной организации здравоохранения» по специальности 8D10103- Общественное здравоохранение.

**Эффективность внедрения:** оценка эффективности, совершенствование системы здравоохранения, организационная.

**Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение** - рекомендуется к широкому внедрению.

**Срок внедрения:** Январь 2023 год.

**Председатель комиссии:**

Директор Поликлиники  
ТОО «Clinic Miras»

  
к.м.н., проф. РАЕ  
Г.Т. Игимбаева

**Члены комиссии**

Заместитель директора по  
контролю качества медицинских  
услуг

  
А.Б.Балмаганбетова

Заместитель директора по  
амбулаторно-поликлинической  
помощи

  
Г.С.Абдрахманова

Заведующая Центром семейного  
здоровья

  
В.В.Елеуханова

**Исполнитель (ответственный за внедрение):** заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.

PhD докторант Абильдина А.С.

11.01.2023 г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### Выписки из протокола заседания

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»

**ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛ №1**  
заседания Ученого совета от 18 марта 2022 года в 10.00 часов,  
проведенного онлайн по программе «Zoom»

Председатель Ученого совета, к.м.н. Калмакова Ж.А.  
Ученый секретарь, д.м.н. Токбергенов Е.Т.

Присутствовали: 12 членов Ученого совета из 15.

#### ПОВЕСТКА ДНЯ

##### 7. Разное. Утверждение методических руководств:

- Методическое руководство по реализации проекта ШСУЗ «Реализация принципов укрепления здоровья и благополучия в школах Казахстана в контексте существующих условий».

Докладчик – руководитель центра укрепления общественного здоровья Назарова Салтанат Абдыкадыровна.

#### РЕШЕНИЕ

##### 7. Утвердить Методические руководства:

- Методическое руководство по реализации проекта ШСУЗ «Реализация принципов укрепления здоровья и благополучия в школах Казахстана в контексте существующих условий».

Секретарь Ученого совета

Токбергенов Е.Т.





# ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

## Авторское свидетельство

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
**О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР**  
**ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**

№ 37587 от «29» июня 2023 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):  
**АБИЛЬДИНА АКБОТА СУЛЕЙМАНОВНА, Тургамбаева Асия Каирбаевна**

Вид объекта авторского права: **произведение науки**

Название объекта: **Совершенствование комплексной программы укрепления здоровья казахстанских школьников с использованием концепции Всемирной организации здравоохранения**

Дата создания объекта: **08.02.2023**





Курс: <http://www.kazpatent.kz/nr/avtorsnoe>  
"Авторлық құқық" Бөлімінде тексеріле біледі: <http://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)  
в разделе «Авторское право»: <http://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП **Е. Осланов**