

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК 614. 88:331.56-053.81

На правах рукописи

**ДУЙСЕКОВА САМАЛ БАЙБОЛАТОВНА**

**Совершенствование технологий по предотвращению потерь здоровья и  
улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП**

8D10103 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени  
доктора философии (PhD)

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

Зарубежный научный консультант  
doctor (health professional),  
professor  
R. Stukas

Республика Казахстан  
Астана, 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ</b> .....	3
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ</b> .....	5
<b>ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ</b> .....	7
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	8
<b>1 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕЗРАБОТНОЙ МОЛОДЕЖИ НА УРОВНЕ ПМСП (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</b> .....	14
1.1 Обзор тенденций и проблемы молодёжной безработицы в мире и Казахстане.....	14
1.2 Обзор основных исследований в области влияния безработицы на состояние здоровья и качества жизни молодых людей .....	20
1.3 Влияние COVID-19 на состояние здоровья и качество жизни безработной молодежи .....	25
1.4 Применение и распространение технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи в мире и Казахстане .....	27
<b>2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	34
<b>3 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	40
3.1 Характеристика базовых индикаторов молодежного рынка труда .....	40
3.2 Показатели, характеризующие состояние здоровья молодежи.....	46
3.3 Качество жизни безработных молодых людей .....	61
3.4 Особенности оказания медико-социальной помощи безработной молодежи.....	66
<b>4 ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕЗРАБОТНОЙ МОЛОДЕЖИ</b> .....	76
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	87
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b> .....	90
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А – Выписки из протоколов заседания</b> .....	99
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Акты внедрения</b> .....	102
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В – Свидетельства об авторском праве</b> .....	106
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Анкета для определения состояния здоровья безработной молодежи Казахстана</b> .....	110
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Д – Анкета для определения насколько молодежь довольна своей жизнью</b> .....	116
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Е – Анкета для изучения мнения медицинских и социальных работников по вопросам оказания медико-социальной помощи безработной молодежи</b> .....	118
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Ж – Справка</b> .....	126

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК (с изменениями и дополнениями по состоянию на 07.03.2022 г.).

Закон Республики Казахстан. О занятости населения: принят 6 апреля 2016 года, №482-V ЗРК (с изменениями и дополнениями по состоянию на 07.03.2022 г.).

Закон Республики Казахстан. О государственной молодежной политике: принят 9 февраля 2015 года, №285-V ЗРК (с изменениями на 07.07.2020 г.).

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация": утв. 12 октября 2021 года, №725 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 12.10.2021).

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Дорожной карты по проведению Года молодежи: утв. 30 января 2019 года, №27 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22.04.2020).

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Плана мероприятий по реализации Концепции государственной молодежной политики до 2020 года «Казахстан 2020: путь в будущее» (второй этап – 2016 - 2020 годы): утв. 9 декабря 2015 года, №983 (с изменениями от 25.11.2017 г.).

Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017-2021 годы (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.08.2019 г.).

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 8 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-242/2020 (с изменениями от 29.01.2022 г.).

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: утв. 24 августа 2021 года, №ҚР ДСМ-90 (с изменениями от 07.12.2021 г.). Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 августа 2021 года, №24094).

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере формирования здорового образа жизни: утв. 9 июня 2011 года, №381 (без дополнений и изменений) Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 14 июля 2011 года, №7064.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил организации медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетних в возрасте от

десяти до восемнадцати лет и молодежи: утв. 20 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-285/2020 (без дополнений и изменений). Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года, №21846.

Приказ Министра информации и общественного развития Республики Казахстан. Об утверждении типового положения о молодежных ресурсных центрах: утв. 19 ноября 2019 года №444 (без дополнений и изменений).

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

**Безработица** – социально-экономическое явление, обусловленное не востребованностью на рынке труда части рабочей силы.

**Длительная безработица** – безработица продолжительностью в двенадцать и более месяцев.

**Медико-социальная помощь** – медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами гражданам с социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Республики Казахстан.

**Медико-социальная помощь молодежи** – мероприятия, учитывающие специфические особенности молодежи и направленные на сохранение и укрепление здоровья молодых людей, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

**Медико-социальные услуги** – это координационная работа, позволяющая охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые связаны с защитой их здоровья.

**Местный орган по вопросам занятости населения** – структурное подразделение местных исполнительных органов района, городов областного значения, области, городов республиканского значения, столицы, определяющее направления содействия занятости населения исходя из ситуации на региональном рынке труда.

**Молодые люди** – по определению ООН люди в возрасте от 10 до 24 лет.

**Молодежь** – по определению ООН лица в возрасте от 15 до 24 лет.

**Молодежь в Казахстане** – граждане Республики Казахстан от 14 до 29 лет.

**Молодой специалист** – гражданин Республики Казахстан, не достигший возраста двадцати девяти лет, освоивший образовательные учебные программы в организациях технического и профессионального, после среднего, высшего и послевузовского образования и работающий не более трех лет по специальности, указанной в документе об образовании.

**Общественные работы** – виды трудовой деятельности, организуемые центрами занятости населения, не требующие предварительной профессиональной подготовки работников, имеющие социально полезную направленность для обеспечения их временной занятостью.

**Организация-провайдер медико-социальной помощи** (organization-provider of medical and social care) – организация, предоставляющая медико-социальные услуги.

**Предотвратимые потери здоровья** – потери в результате развития заболеваний, инвалидности и смертности, которые управляемы в ходе проведения профилактических мероприятий.

**Поведения риска (risky behavior)** – разновидности поведений, способствующих распространению ведущих причин заболеваемости смертности среди молодежи и взрослых, часто возникающие в детстве или подростковом периоде. К основным категориям поведений риска среди молодежи относятся: суицидальное поведение, курение, употребление алкоголя и наркотиков, сексуальное поведение, ведущее к нежелательной беременности и заболеваниям, передающихся половым путем.

**Потери здоровья** – потери в результате развития заболеваний, инвалидности и смертности.

**Поколение NEET (Not in Education, Employment or Training)** – поколение молодых людей, которые в силу различных факторов экономического, социального или политического характера не работают и не учатся.

**Работающая молодежь** – граждане Республики Казахстан, не достигшие возраста двадцати девяти лет, освоившие образовательные учебные программы общеобразовательных школ и (или) организаций технического и профессионального и (или) после среднего, и (или) высшего, и (или) послевузовского образования и осуществляющие трудовую деятельность.

**Рабочая сила** – занятое и безработное население.

**Социальные выплаты на случай потери работы** – выплаты, осуществляемые Государственным фондом социального страхования в пользу лиц, зарегистрированных в качестве безработных, являющихся участниками системы обязательного социального страхования.

**Социальная защита от безработицы** – комплекс мер, осуществляемых государством в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о занятости населения.

**Технология** – совокупность методов и инструментов для достижения желаемого результата, в широком смысле – применение научного знания для решения практических задач.

**Технология здравоохранения** – применение знаний и навыков, которые используются для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения болезни, реабилитации пациентов и оказания паллиативной медицинской помощи, включая вакцины, лекарственные препараты и медицинские изделия, процедуры, манипуляции, операции, скрининговые, профилактические программы, в том числе информационные системы;

**Уполномоченный орган по вопросам занятости населения** – центральный исполнительный орган, осуществляющий руководство и межотраслевую координацию в сфере занятости населения в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

**Центр занятости населения** – юридическое лицо, создаваемое местным исполнительным органом района, городов областного и республиканского значения, столицы в целях реализации активных мер содействия занятости, организации социальной защиты от безработицы и иных мер содействия занятости.

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

COVID-19	– Coronavirus Disease 2019
NEET	– Not in Education, Employment or Training
SARS	– Severe acute respiratory syndrome
UNFPA	– United Nations Population Fund
UNICEF	– United Nations International Children's Emergency Fund
ВВП	– Валовый внутренний продукт
ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ВУЗ	– Высшее учебное заведение
ГОБМП	– Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
КДМ	– Клиники, дружественные молодежи
КНР	– Китайская Народная Республика
ИБМ	– Индекс благополучия молодежи
МЗ	– Министерство здравоохранения
МКБ-10	– Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра
МО	– Медицинские организации
МОТ	– Международная организация труда
МСП	– Медико-социальная помощь
МСС	– Медико-социальный сервис
МРЦ	– Молодежный ресурсный центр
МЦЗ	– Молодежный центр здоровья
НПА	– Нормативно-правовой акт
ООН	– Организация Объединенных Наций
ОМТ	– Оценка медицинских технологий
ОРВИ	– Острая респираторная вирусная инфекция
ОРЗ	– Острое респираторное заболевание
ОСМС	– Обязательное социальное медицинское страхование
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
РК	– Республика Казахстан
СОП	– Стандартная операционная процедура
США	– Соединённые Штаты Америки
ТиПО	– Техническое и профессиональное образование

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** На сегодняшний день последствия безработицы являются во всем мире значительной проблемой. В частности, это как проблемы с бедностью и социальной нестабильностью, так и острые национальные и глобальные социально-экономические последствия. Огромное внимание уделяется лишь экономическим вопросам безработицы в виде количества высвобожденных работников и суммы выплаченных пособий, а медико-социальные последствия, которые трудно выделяются и носят кумулятивный характер, практически не оцениваются. Невозможно не затронуть вопросы общественного здоровья, которые играют немаловажную роль для безработного населения (Brydsten A., 2016).

Молодежная безработица, в свою очередь, имеет особенности, в виду того, что молодые люди по своей психологической и физической натуре более уязвимы к неблагоприятным последствиям безработицы, что сказывается как на психическом, так и на физическом здоровье. Об этом свидетельствуют ряд международных исследований, последствия конкретных случаев, проведение одномоментных серийных исследований дают сходную картину последствий безработицы и явлений, сопутствующих ей (Raeven Faye Chandler, 2018). Также весомое значение имеют социальные последствия безработицы: а, это – увеличение криминогенных случаев, социальной напряженности, увеличение числа физических и душевных заболеваний, соответственно социальной дифференциации, не исключена социальная агрессивность. Среди эмоциональных последствий безработицы называют: низкую самооценку, депрессию, самоубийства и необходимость психиатрического лечения в стационаре. Далее отмечается рост психологических и психических расстройств, снижение адаптивных свойств человека, ухудшение здоровья, изменение взаимоотношений с окружающими и близкими людьми (Stauder J., 2019).

Проблема безработицы среди молодых людей волнует мир много поколений, так как молодежь является той прослойкой населения, от которой зависит будущее в каждой стране. Социально-экономическое положение молодежи, особенно безработной, вызывает тревогу, которая не всегда акцентируется в приоритетах социальной политики. Современная молодежь имеет более яркую трансформацию, зачастую с высокой лабильностью в сфере труда, поколение NEET (не работают, не учатся, не повышают квалификацию) стало частым явлением среди молодежи. Эта трансформация имеет далеко идущие последствия, которые отражаются на состоянии здоровья и качестве жизни молодых людей (Ашимханова Д.Э., 2017). В Казахстане актуальные проблемы безработной молодежи были освещены в рамках проведения Года молодежи «Тәуелсіздіктің ұрпақтары» в 2019 году и год Волонтера в 2020.

Изучение заболеваемости среди безработной молодежи проводится во многих странах, где отмечается, что безработные имеют худшее психическое и физическое здоровье по сравнению с занятыми людьми. В нашей стране актуальность проблемы определяется отсутствием научных работ,

посвященных системному подходу по оказанию технологий предотвращения потерь здоровья и улучшения качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП.

Таким образом, вышеизложенное способствует более глубокому изучению вопроса в области путей оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП.

**Цель исследования** научно обосновать и разработать модель совершенствования технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП.

**Задачи исследования:**

1. Изучить международные и отечественные тенденции влияния молодежной безработицы на состояние здоровья.

2. Изучить состояние здоровья и качество жизни казахстанских безработных молодых людей.

3. Оценить современные меры по оказанию медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП.

4. Разработать модель совершенствования технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП.

**Материалы и методы исследования:**

1. Обзор литературы. Проанализированы данные опубликованных исследований в международных базах MEDLINE (PubMed), EMBASE, Springer, Elseiver, Web of Science, Cochrane. Проводился систематический поиск доказательств по ключевым словам с использованием методологии PICO (TICO).

2. Изучение характеристик базовых индикаторов молодежного рынка труда в Казахстане. Основным методом являлось ретроспективное исследование. Материалами для исследования послужили данные «Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан» за период с 2015-2021 годы. Анализировались официальные данные раздела «Статистика труда и занятости». Оценивались половозрастная структура, региональные и страновые тенденции молодежной безработицы за изучаемый период.

3. Изучение состояния здоровья казахстанской молодежи. Основными источниками информации послужили официальные данные о числе случаев заболеваний (форма №12 и регистровые данные системы Damimed) и случаях смертельных исходов (база данных РПН) по Республике Казахстан. Период исследования 2018-2020 гг.

Проведен анализ по материалам формы №12 – это первичная заболеваемость и распространенность (по полу, по нозологиям). По материалам системы Damimed анализировались частота обращений в МО по полу, возрасту, статусу работы, статусу учебы, с учетом основного и сопутствующего диагноза, учетом осложнений и учетом количества обращений по заболеванию в МО за указанный год. По материалам регистровых данных (РПН) - смертность и выживаемость (методом Каплана-Мейера).

Показатели заболеваемости и смертности вычислялись по общепринятой в санитарной статистике методике. Прогнозные оценки для медико-статистических показателей рассчитывали методом линейной регрессии и/или методом экспоненциального сглаживания.

4. Изучение качества жизни безработной казахстанской молодежи. Основным методом исследования являлся опрос. Использовался стандартизированный опросник Q-LES-Q (качество жизни, удовольствия и удовлетворенности). Рассчитывался интегральный показатель качества жизни, который варьировал от 14 до 70, где 14 – наихудшее значение.

На этапе планирования рассчитан объем выборки (по формуле Лера). С учетом объема выборочной совокупности к исследованию привлечены 669 молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет. Из них: 485 (72,3%) занятых (работа/учеба) респондентов и 184 (27,7%) – неорганизованных.

Для оценки связей/зависимостей использовалась множественная регрессия. Зависимой являлась количественная переменная «Интегральный показатель качества жизни (согласно Q-LES-Q)», предикторами выступали персональные данные респондентов и некоторые другие характеристики.

5. Изучение мнения социальных и медицинских работников Казахстана в контексте оказания медико-социальной помощи безработной молодежи. В рамках кросс-секционного исследования разработана анкета для опроса медицинских и социальных работников, а также специалистов Молодежных центров здоровья (далее - МЦЗ), работающих в организациях первично-медико-санитарной помощи. Опросник включал вопросы по уточнению паспортных данных респондентов и вопросы по изучению особенностей оказания медико-социальной помощи безработной молодежи. Всего в исследовании приняло участие 63 медицинских и/или социальных работников.

#### **Научная новизна**

Впервые в общественном здравоохранении Республики Казахстан:

1. В результате проведенного анализа международных и отечественных особенностей, связанных с молодежной безработицей, доказано негативное влияние на состояние здоровья и качество жизни безработной молодежи.

2. Изучено состояние здоровья и качество жизни безработных молодых людей, а также определен прогноз выживаемости среди данной категории населения.

3. Проанализированы основные барьеры доступности медико-социальной и психологической помощи для безработной молодежи Казахстана в условиях страховой медицины.

4. На основе научно-обоснованных данных разработана модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи Казахстана в возрасте 18-29 лет на уровне ПМСП.

5. Предложены научно обоснованные современные рекомендации по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП в Республике Казахстан.

### **Практическая значимость исследования.**

Практическая значимость работы заключается в возможности использования менеджерами здравоохранения предложенных в рамках настоящего исследования результатов/выводов/рекомендаций для разработки стандартных операционных процедур, алгоритмов оказания медико-социальной помощи безработной молодежи, путей по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи.

Проведенные анализ и результаты исследования изложены в методических рекомендациях: «Здоровые университеты» и «Здоровые рабочие места», также в ходе работы в рабочих группах при МЗ РК, были предложены формы учета и отчета по МЦЗ с включением статуса (протокол Рабочей группы по развитию МЦЗ от 25.05.2022 г), мероприятия по распространению и продвижению имиджа с усилением работы по медико-социальной помощи молодежи (протокол заседания Рабочей группы по формированию Национального проекта «Здоровая нация» на 2021-2025 годы №5 от 08.04.2021 г.), рекомендации по стандартам аккредитации для молодежных центров здоровья, касательно разработки типовых стандартных операционных процедур для МЦЗ (протокол рабочей группы по разработке стандартов национальной аккредитации в сфере здравоохранения №3 от 30.11.2021 года) (Приложение А).

### **Теоретическая значимость исследования**

Теоретическая значимость работы определяется её направленностью на расширение и углубление представлений об особенностях здоровья и качестве жизни безработной молодежи, а также действующих современных подходов по организации медико-социальной помощи безработной молодежи.

Фактический материал может быть использован при разработке критериев стандартов аккредитации для МЦЗ (Центром аккредитации в области здравоохранения запланировано на 2023 год; соискатель является членом рабочей группы), а также выводы и рекомендации могут быть использованы в учебном процессе при составлении лекционного контента и практических (кейс) заданий.

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

1. Негативное влияние безработицы на состояние здоровья и качество жизни молодых людей имеет достоверное обоснование, подтвержденное проведенным анализом.

2. Для казахстанской молодежи в период с 2018 по 2020 годы характерны тенденции: снижения заболеваемости, увеличения смертности и относительно стабильная возрастная выживаемость.

3. Качество жизни казахстанской безработной молодежи достоверно ниже в сравнении с занятой молодежью и зависит от «финансового благополучия», «факта употребления алкоголя», «региона проживания», «ощущения поддержки со стороны государства», «семейного положения» и «рода деятельности».

4. Действующая система оказания медико-социальной помощи безработной молодежи осуществляется не на должном уровне и требует

комплексного межсекторального подхода. Необходимы дополнительные навыки по оказанию медико-психолого-социальной помощи безработной молодежи (в т.ч. по установлению психологического контакта с данным контингентом и др.).

#### **Апробация диссертации**

Основные положения диссертационной работы доложены на:

- международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Медицинская наука и образование: молодость и стремление - 2019» (Нұр-Сұлтан: НАО «МУА», 2019 – 1-2 октября);
- 24-й международной научной конференции «Онкология- XXI век», X Итало-Российской научной конференции по онкологии и эндокринной хирургии, XXIV международной научной конференции «Здоровье нации - XXI век» (Стамбул, май 2020);
- республиканской научно-практической конференции с международным участием «Обязательное социальное медицинское страхование - повышение эффективности системы здравоохранения» (Семей: НАО «МУС»);
- международной онлайн конференции «Современная наука. Управление и стандарты научных исследований II» (Прага, 2020 – 17-18 ноября);
- международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Страховая медицина. Наука. Образование» (Нұр-Сұлтан, 2020 – 22 декабря);
- международной онлайн конференции «Modern science. Management and Standards scientific research. Современная наука. Управление и стандарты научных исследований» (Прага, 2021 – 22-23 апреля);
- 5TH Global Public Health conference– GLOEHEAL 2022 “Future of Global Health in a changing world” (Shri-Lanka, 2022 – 24th – 25th february);
- международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых (Астана: НАО «Медицинский университет Астана», 2021 – 09-10 декабря).

#### **Личный вклад диссертанта**

Самостоятельно осуществляла сбор материала, проводила социологический опрос молодых людей и медицинских работников, принимала участие в разработке стандартов операционных процедур для молодежных центров здоровья. Принимала непосредственное участие в проведении тренингов для безработной молодежи по вопросам здоровья и качества жизни.

Самостоятельно провела анализ и обобщение полученных данных, их статистическую обработку, а также собрала литературные данные по теме диссертационной работы.

Вклад автором в работу подтвержден публикацией в научных журналах и участием в научных конференциях по вопросам диссертационной работы.

#### **Внедрение в практику**

Результаты диссертационной работы внедрены в практику в следующих организациях:

1. ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» УОЗ г. Алматы (Приложение Б).

2. ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 3» акимата г. Уральска ЗКО (Приложение Б).

3. «QAMQOR» г. Шымкент (Приложение Б).

4. ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №6» акимата г. Нур-Султан, (Приложение Б).

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 17 научных работ:

– из них 2 статьи в журналах индексируемых в базах Web of Science и Scopus;

– 3 в изданиях, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки МОН;

– 10 тезисов на международных научно-практических конференциях;

– 2 методические рекомендации «Здоровые университеты» и «Здоровые рабочие места»;

– 4 авторских свидетельства (Приложение В).

### **Объем и структура диссертации**

Диссертационная работа представлена на 98 страницах (без учета приложений), состоит из следующих разделов: введение, обзор литературы, материалы и методы исследования, теоретическая и практическая части собственных исследований (3 раздела), заключение, приложения.

Работа иллюстрирована 17-ю таблицами и 30-ю рисунками. Список использованных источников включает 132 источника, из которых 96 – на английском языке.

# **1 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕЗРАБОТНОЙ МОЛОДЕЖИ НА УРОВНЕ ПМСП (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1 Обзор тенденций и проблемы молодёжной безработицы в мире и Казахстане**

В экономике безработица отражает сложный процесс координирования предложения рабочей силы со спросом на неё. Данный процесс можно рассматривать в масштабе страны и мира. В масштабе страны он зависит от территории и климата на этой территории. Безработица всегда идет рядом с наемным трудом, вне зависимости от вида экономики, регистрации безработных или нет. Безработный – лицо трудоспособного возраста, которое по независящим от него обстоятельствам не может найти работу. Безработный зарегистрирован в соответствующих государственных органах и имеет официальный статус безработного [1-3].

В современном мире основные тенденции государств в направлениях социально-экономической политики склоняются в сторону молодежи. Это выражается в доступности получения ими высшего образования, помощи в устройстве после окончания обучения на работу, создание различных программ помощи молодежи и т.п. Для государства важным является сокращение безработицы среди молодых людей, поскольку они составляют значительную часть от трудоспособного населения земли [4].

Владение информацией о рынке труда молодежи имеет большое значение для выявления проблем занятости молодежи на национальном и местном уровне и для формирования политики и программ, направленных на решение этих проблем.

Требования к основным данным для измерения и анализа занятости молодежи: это система данных, которая включает в себя национальные исследования рабочей силы, регулярные анализ организаций и административные отчеты по вопросам труда. Во многих странах, однако, статистика труда доступна только в незначительном объеме, особенно по конкретным категориям населения, таким как молодые люди [5].

Согласно Международной организации труда (МОТ), безработица – отсутствие заработной платы из-за невозможности получить работу, при этом лицо способно работать, готово работать и действительно ищет работу.

Согласно исследованиям международной организации труда, на 2019 год число молодых людей в возрастной группе от 15-24 лет насчитывалось 1,3 миллиардов людей. Причем занятых среди молодых людей было меньше 500 млн. человек, т.е. меньше половины. Согласно статистическим данным МОТ молодежная безработица в 2019 году насчитывала – 13%, согласно этим же исследованиям, уровень безработицы не уменьшился с 2008 по 2011 годы в период мирового экономического кризиса, а оставался на том же уровне, что и во время кризиса. Многие экономисты, социологи и политологи связывают такой относительно стабильный уровень молодежной безработицы после

кризиса в период 2008-2011 годы с бессилием первых экономик мира восстановить докризисный темп экономического роста. Также, с отсутствием способности правительств сформировать единый подход со стороны политики и прогрессирующих в развитии программ на рынках труда, чье действие направленно на облегчение перехода от обучения в ВУЗах к работе уже после выпуска. Программы направляют свою деятельность не только в отношении только закончивших обучение молодых людей, но и тех, чья переходная стадия была отложена из-за экономического кризиса [6].

В отношении постоянного показателя молодежной безработицы в мире в течение предыдущих десяти лет присутствовала серьезная рассредоточенность по регионам и темпу роста безработицы (рисунок 1).

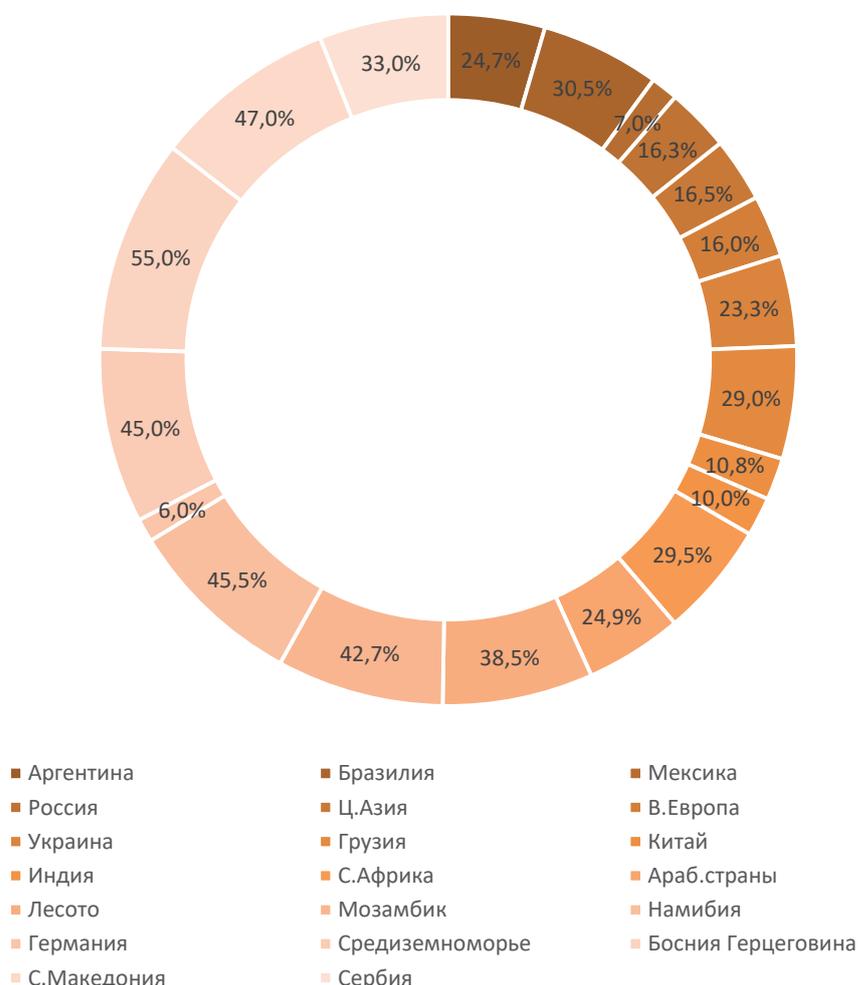


Рисунок 1 – Молодежная безработица в мире за 2017 год

Активный рост молодежной безработицы после кризиса 2014 года произошел в Карибском бассейне и Латинской Америке.

В 2014 году совокупный показатель безработицы был 13,6%, однако к 2017 году совокупный показатель вырос до 18%. Такой рост молодежной безработицы продиктован высокими показателями безработицы в Аргентине и

Бразилии, в самых развитых экономиках региона. В тоже время в Мексике из-за роста числа безработицы в Аргентине и Бразилии произошел спад уровня безработицы. Связать такие показатели молодежной безработицы можно с нестабильной политической ситуацией в регионе [7].

Показатели безработицы в Восточной Европе имеют тенденцию к снижению. В тоже время Украина имеет самый высокий показатель по молодежной безработице среди стран Восточной Европы.

В России экономическая ситуация в последние десятилетия была крайне неустойчива. Экономические показатели после кризиса 2008 года показывали положительный рост и в 2011 - 4,3%, после событий на Украине в 2014 году показатели упали до отрицательного значения в -0,2% в 2016 году. Число безработных молодых людей уменьшилось по сравнению с 18,7% в 2009 г. до 14,1% в 2014 году. Однако в 2017 году показатели выросли до 16,3% [8, 9].

В Центральной Азии ситуация противоположная: показатели идут вверх. Среди стран Центральной Азии самый высокий показатель имеет Грузия.

В туристических регионах восточной Европы, Центральной Азии и Кавказа, высокий уровень безработицы связан с туристами. Многие молодые люди устраиваются работать в туристические зоны (отели, пляжи, магазины, детские лагеря и т.п.), с целью получить опыт на трудовой бирже, заработать на жизнь. Основной рабочей силой туристических стран являются молодые люди [10].

Низкие показатели безработицы среди молодых людей в Юго-Восточной Азии связаны с низкими показателями молодежной безработицы в крупнейших экономиках региона - Индии и Китае. В 2009 году доля безработных среди молодежи в Китае составляла 8,4%.

Безработица среди молодежи в Индии составляет более 10% и имеет тенденцию к росту [11].

В странах северной Африки и Арабских странах показатель безработицы был самый высокий. На Ближнем Востоке показатели безработицы не изменились за последние тридцать лет, остались по-прежнему высокими. В период экономического бума в начале 2000-х годов показатели не превышали 25%. В странах Персидского залива показатели безработицы среди молодежи высоки, но при этом страны Персидского залива активно привлекают к себе иностранную рабочую силу [7, p. 3-25; 12].

МОТ сообщает, что по их официальным данным число молодых людей, живущих, в обстоятельствах крайней и умеренной бедности снизилось. Согласно МОТ, в 1990-х годах удельный вес молодых людей, живущих бедно, и в нищете составлял 73,9%, однако в 2019 году он снизился почти на 40% и составлял 30% [13].

Анализ данных показывает, что около 150 миллионов молодых людей живут в условия крайней или умеренной нищеты. Данное число касается как экономически развитых стран, так и развивающихся. Ежедневный доход этих молодых людей варьируется от 1,9\$ до 5,5\$, при этом они имеют работу и получают официальную заработную плату [14, 15].

После распада Советского Союза независимому Казахстану необходимо было выстраивать свои механизмы решения вопросов социально-экономической сферы. Особенно остро стоял вопрос безработицы. Не будет преувеличением сказать, что в 90-х годах XX века миллионы людей в одночасье лишились работы, социальной поддержки государства и в целом - средств к существованию [16].

В начале 90-х годов, в результате гиперинфляции, безработицы, неуплаты налогов гражданами произошел отток денежных вложений в сферу социального страхования. У государства возникли проблемы с финансированием сферы социального обеспечения. Низкие выплаты пособий по социальному обеспечению, при этом высокие взносы на социальное обеспечение, привели к тому, что граждане не были заинтересованы участвовать в программах социального обеспечения граждан. В странах постсоветского пространства отсутствует целостный комплекс по вопросам социального обеспечения. Для поддержки населения, живущего на грани бедности или за ее гранью, вопросы социального обеспечения решаются через социальную помощь и пенсионную систему [16; 17].

Согласно официальной статистике МНЭ РК, уровень безработицы в Казахстане снижается. В 2001 году безработной молодежи было 30%, за 13 лет он снизился до 11% в 2014 году. При этом следует отметить, что в тот период в государстве отсутствовала четкая политика в отношении безработицы среди молодежи и решения этой проблемы. В 2018 году уровень безработицы среди молодых людей составил 4%. Уровень безработицы за четыре года значительно снизился. Это связано с тем, что многие молодые люди в возрасте с 15 до 22 лет предпочитают официальное трудоустройство с социальными отчислениями, наличием трудового стажа для устройства на работу после выпуска из учебного заведения. Такое резкое снижение безработицы можно объяснить демографией: в 1990-2000 гг. - резкое снижение рождаемости, с 2002 года - рост рождаемости.

При этом в период пандемии COVID-19 количество молодых безработных в Казахстане увеличилось. Сейчас после получения диплома многие молодые люди хотят сами устроиться по специальности, но большинство компаний без опыта работы не принимают на работу. Безработные обращаются в Центр занятости населения, чтобы получить первоначальный опыт работы. Учитывая, что молодым людям тяжело устроиться на работу, государство реализовало Программу молодежной практики [18].

Исходя из роста количества безработных молодых, или же тех, кто находится за чертой бедности, не имеет доступ к основным благам человечества в частности системе здравоохранения. Для оценки качества жизни молодых людей был создан индекс благополучия молодежи (ИБМ), инструмент, который помогает государствам оценить качество жизни их молодых людей и разработать молодежную политику для улучшения этой жизни.

В связи с тем, что Казахстан не был включен в список тридцати стран, которые были отобраны для первой публикации оригинального индекса благополучия молодежи (ИБМ), была использована методология, которая изложена в «Методологии отчета: Глобальный индекс благополучия молодежи». Расчеты были воспроизведены при помощи наложения идентичных показателей, итоговые значения исчислены по равным шкалам. Данные по Казахстану брались из тех же международных баз данных, которые использовались в оригинальном отчете ИБМ. Тем не менее, из-за отсутствия данных, двенадцать показателей для Казахстана были рассчитаны по базам данных, отличным от оригинальных источников. Результаты расчетов для Казахстана не могут напрямую сравниваться с оценками стран, представленных в оригинальном отчете. Расчеты для Казахстана показаны в форме справки и с целью формирования общего представления о том, какое место Казахстан может занять в сравнении с другими странами по ряду показателей [19].

Ожидаемыми последствиями молодежной безработицы в мире и в Казахстане становится увеличение роста молодых людей поколения NEET.

Официально термин NEET был использован в докладе правительства Великобритании, в котором говорилось о проблемах молодых людей с 16 до 18 лет в 1999 году. Начиная с 2000-го года, данное понятие прочно вошло в аналитику вопросов социально-экономического положения молодежи. Понятие NEET активно используется при составлении аналитических и программных документов для международных организаций, по вопросам анализа и характеристики положения молодежи в обществе. Программа «молодежь в движении» в составе европейской стратегии 2020 уделяет внимание решению проблем образования и занятости среди молодых людей.

Данные по количеству поколения NEET вместе с уровнем безработицы является важным показателем, который определяет положение молодежи. Анализ молодежи категории NEET в странах ОЭСР показал, что миллионы молодых людей не работают и не учатся [20].

Помимо того, что молодые люди не заканчивают учебные заведения, у тех, кто закончил, также могут возникнуть проблемы с трудоустройством. Программы большинства ВУЗов и колледжей не предусматривают трудовую практику на начальном этапе обучения. Программы больше сконцентрированы на получение студентами теоретических знаний, а не практических, что в дальнейшем вызывает проблемы у студентов при поиске работы.

Молодежь категории NEET особенно подвержена риску социальной изоляции и социального отчуждения. Категория NEET представлена тремя различными состояниями по отношению к занятости: безработица, отсутствие интереса, отчаяние и, как следствие, выпадение из сферы занятости. Проблема молодежи категории NEET все больше выходит за пределы сферы образования, занятости и обучения, и становится все более актуальной в качестве причины маргинализации и отчуждения молодежи. То есть, в данном случае мы говорим о расширении фокуса от безработной молодежи к более широкой концепции NEET. В то же время эксперты отмечают, что акцент на унынии, отчаянии и разочаровании при определении молодежи категории NEET не совсем

релевантный. Разочарованная молодежь определяется как те, кто отказался от поиска работы по причинам, которые подразумевают чувство отчаяния при попытках трудоустроиться. При этом довольно большое количество молодежи готовы работать, но не работают и не ищут работу по разным причинам: не знают, как и где искать работу; неспособны найти работу, соответствующую их квалификации; предыдущие поиски работы не дали каких-либо результатов; отсутствие рабочих мест в районе проживания [21].

Специфика NEET заключается в том, что данная категория молодёжи не улучшает свои позиции посредством инвестиций в навыки и получение опыта занятости, что увеличивает их риски на рынке труда и вероятность социальной изоляции. NEET – это результат отрыва предложений от спроса на молодежном рынке труда. Это выражается в следующем: образовательные и профессиональные навыки молодёжи не соответствуют потребностям рынка труда, что приводит к молодежной безработице, либо вынуждает молодежь занимать более низкие позиции в профессиональной стратификации и рассчитывать на более низкий уровень оплаты [18, с. 3-25; 19, с. 10-25; 20, с. 5-16; 21, р. 100814; 22].

Из этого вытекает закономерный вопрос: каковы причины появления молодежи NEET? Как у любой проблемы, у нее есть две категории причин: субъективные и объективные. Объективной причиной здесь выступают социально-экономические проблемы. К субъективным причинам можно отнести менее глобальные проблемы, чаще всего проблемы одного человека либо небольшой группы людей. Важной проблемой, влияющей на рост численности молодежи категории NEET во многих странах, выступает несоответствие полученного образования требованиям рынка труда. Знания, квалификация, компетентность, практические навыки, получаемые молодежью в процессе обучения в образовательных учреждениях, не способствуют успешной интеграции в рабочий процесс, более того данная категория людей более подвержена неблагоприятным условиям жизни, что в конечном итоге влияет на их психическое, физическое и социальное здоровье [23, 24].

Изученные исследования показали, что молодые люди, «не учащиеся, не работающие и не обучающиеся», подвержены более высокому риску психических патологий и злоупотреблению психоактивными веществами [25, 26].

Таким образом, уровень безработицы тесно связан с демографической ситуацией в мире и в отдельных странах. В развивающихся странах, где уровень рождаемости напрямую связан с социально-экономическими изменениями и уровнем оказания медицинской помощи, уровень безработицы колеблется достаточно сильно. В экономически развитых странах, где уровень оказания медицинской помощи высок, безработица находится в пределах 2-3%, что не является сильным изменением.

## **1.2 Обзор основных исследований в области влияния безработицы на состояние здоровья и качества жизни молодых людей**

Социальная значимость здоровья молодых обусловлена тем, что они представляют собой значимый репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества. При этом имеют большое значение все аспекты здоровья [27].

Наличие статуса безработного всегда имело негативное влияние на жизнь человека и его окружающих. В XXI веке статус безработного уже не имеет такого негативного влияния как, например, в XX веке. Но не смотря на это, отношение общества к безработным несет в себе ряд социальных отрицательных черт [28-30]. Последние двадцать лет в мире идет борьба с всеобщей безработицей. Правительства стран уделяют большое внимание борьбе с молодежной безработицей по причине осуществления работы по повышению качества и продолжительности жизни [31-33]. Ряд ученых, занимающихся вопросами экономики и менеджмента, оценивает данную политику как способ не снижения молодежной безработицы, а не увелечения ее за счет увелечения продолжительности жизни [34, 35].

Современная молодежь имеет более яркую трансформацию, зачастую с высокой лабильностью в сфере труда, поколение NEET (не работают, не учатся, не повышают квалификацию) стало частым явлением среди молодежи [20, с. 3-23; 36]. Эта трансформация имеет далеко идущие последствия, которые отражаются на состоянии здоровья и качестве жизни молодых людей. Молодые люди подвергаются безработице сильнее, чем другие возрастные группы, так как эмоционально лабильнее, чаще меняют сферу деятельности и менее конкурентоспособны из-за отсутствия достаточной квалификации и опыта [37]. Согласно исследованиям, проведенным МОТ, уровень занятости на временной основе среди молодежи вдвое выше, чем среди взрослого населения, молодые люди чаще заняты на нерегулярно оплачиваемой работе без заключения договора [7, р. 3-16; 38].

Исторически безработица связана с различными физическими и психологическими последствиями, такими, как употребление алкоголя и сигарет, низкий уровень самооценки и удовлетворенностью жизнью [39-41]. Помимо психического здоровья, безработица оказывает неблагоприятное влияние на физическое здоровье молодых людей [42-48]. Молодежная безработица, как хроническая болезнь, имеет ряд осложнений [49], которые обостряются с факторами образа жизни безработного молодого человека, в том числе: ненормированный режим и питание, повышенная стрессовая обстановка. В американском исследовании изучалась гипотеза, что безработные люди имеют более высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний [50-53]. Все модели показали, что наличие безработных достоверно ассоциируется с более высоким уровнем депрессивных симптомов и более низким уровнем физической активности. По сравнению со своими коллегами безработные участники имели более низкие уровни систолического артериального давления [51, р. 1610-1618; 54].

Многие исследования показали, что вред безработицы оказывает влияние не только на финансовое и психоэмоциональное состояние человека, но и на его самочувствие [39, p. 445-450; 55-62]. На протяжении многих лет учеными обсуждается причинно-следственная связь между безработицей и ухудшением состояния здоровья. При этом отмечается и такая тенденция, когда молодые люди, имеющие проблемы со здоровьем, не могли устроиться на работу [63]. Тем не менее, литературные источники о связи между безработицей и состоянием здоровья молодых людей противоречивы, наибольшие споры возникают по поводу причинно-следственной связи между этими процессами [64]. Некоторые авторы приводят данные, что безработица возникает по причине плохого здоровья предлагаемых работников во время отбора на работу, наряду с этим люди, которые долго не имеют работы по причинам, не ассоциированным с какими-либо заболеваниями, к примеру, реже проходят профилактические осмотры, имеют стресс. Ограничение материальных и финансовых средств на поддержание хорошего самочувствия, плохое питание, ограничение в доступности страховой медицинской помощи приводят к ухудшению здоровья [65]. Кроме того, неблагоприятные последствия безработицы наблюдаются и у родных молодых людей [66].

Плохое здоровье является фактором риска и следствием безработицы, которая может варьироваться в зависимости от национального уровня безработицы. Рядом авторов были проведены исследования на предмет долгосрочного влияния безработицы среди молодежи на психическое здоровье и изучения возможного взаимодействия в периоды высокого (экономический кризис) и низкого (не кризисный) уровней безработицы. Ряд стран в мире задаются вопросом о влиянии безработицы на состояние здоровья молодежи, а также изучается степень влияния таких факторов, как экономические спады в Швеции, политические решения в виде принятия реформ в Германии [67, 68]. Наиболее активные исследования по влиянию молодежной безработицы проводились в Швеции, Нидерландах, где выявлена достоверная связь влияния безработицы на физическое и психическое здоровье молодых людей.

Результаты этого общенационального исследования в Швеции показали, что безработица среди молодежи была связана с повышенным риском получения психического диагноза в течение длительного периода наблюдения, независимо от общего национального уровня безработицы. Кроме того, безработица среди молодежи, как представляется, тесно связана с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и наркотиков [69, 70].

Также ряд работ зарубежных авторов указывает на актуальность проблемы влияния безработицы на психическое состояние молодых людей [71-77]. Во время длительного воздействия стресса в результате невозможности трудоустройства на достойную работу, прессинга со стороны родственников, влияния вредных привычек возникают изменения со стороны психического здоровья. Исследователи из департамента общественного здоровья (Rotterdam, The Netherlands), предполагают, что повторное трудоустройство безработных на оплачиваемую работу может стать мощным средством улучшения здоровья населения, в особенности укрепления психического состояния, а также на

улучшение качества жизни [69, р. e035037-1-e035037-9; 78]. Влияние отсутствия работы на психическое здоровье было обнаружено при рассмотрении когортных исследований, где безработица воспринимается как фактор, влияющий на состояние здоровья, который приводит к стрессу, постоянному чувству вины и низкой самооценке, и соответственно, неудовлетворенности жизнью [79, 80].

За последние года исследования качества жизни приобрели большую распространенность. Это отмечается как изучения самого значения термина «качество жизни», так и его разнообразных компонентов среди всех социологических групп. Качество жизни – это многогранная концепция, которая охватывает занятость, производительную деятельность, обеспечивающую доход и социальный статус. В последние десятилетия широко изучаются вопросы влияния социально-экономических факторов на уровень заболеваемости среди населения, к которым относят образование, доход, а также социальный статус населения. Хорошо известно, что безработица представляет собой большую проблему, как для незащищенного индивидуума, так и для всего общества. Рядом исследователей приводятся данные, что безработица чаще встречается среди молодежи по сравнению с общим уровнем безработицы, а также описываются случаи неравенства в состоянии здоровья и удовлетворенности жизнью среди работающих и безработных [81, 82].

Здоровье молодежи входит в 7 доменов индекса развития молодежи, наряду с образованием, политическим участием, гражданским участием, досугом, безопасностью и защищенностью, а также занятостью и возможностью. Последний домен отмечает, что молодые люди информированы о мерах государственной поддержки.

Как субъект социальных отношений, молодежь находится в стадии формирования своего статуса и мотивации – потребностей, интересов, ценностей, мотивов, установок, идеалов [83, 84]. Индекс благополучия молодежи является результатом сотрудничества Центра стратегических и международных исследований США, Международного молодежного фонда и компании Hilton Worldwide. Первый выпуск Индекса благополучия молодежи охватил более, чем 30 стран мира. Основными критериями являлись географическая репрезентативность представленных стран и кумулятивная численность молодежи, потому что в странах ИБМ проживает около 70% молодых людей мира. Казахстан не представлен в оригинальном отчете по данному индексу. Индекс благополучия молодежи включает в себя 6 критериев по 40 показателям. Показатели делятся на 32 объективных и 8 субъективных показателей. По словам авторов индекса, включение субъективных показателей позволяет лучше понять мироощущение молодых людей в сравнении с объективными статистическими данными.

Таким образом, комбинирование объективных и субъективных показателей позволяет создать «многомерную» картину благополучия молодежи.

При ранжировании оценок шести категорий, то категория «здоровье» располагается на втором месте. Лишь одна страна занимает только 20-ое место

в сравнении с другими странами оригинального отчета ИБМ, что значительно ниже 10-го места Казахстана по общему итогу ранжирования стран по ИБМ. Это произошло отчасти из-за высокого среднего значения по данной категории. Страны с уровнем доходов выше среднего Иордания (0,77) и Китай (0,77) получили лучшую оценку по категории здравоохранение, чем Казахстан, а одна из стран с низким уровнем дохода заметно лидирует – Вьетнам (0,81). Значение Казахстана по здоровью равно значению Бразилии, другая страна с уровнем дохода выше среднего [85].

На результат Казахстана положительно повлияли низкие показатели подростковой беременности, низкая численность людей, живущих с ВИЧ, а также высокий процент населения, имеющий доступ к источникам воды хорошего качества, по сравнению с остальной частью мира. В целом, смертность молодежи в Казахстане низкая, однако заметным исключением является число лет, потерянных из-за плохого состояния здоровья, инвалидности или преждевременной смерти от самоповреждений или суицида среди 15-24-летних, значение которого высоко в Казахстане. В то время как, 89,12% опрошенных молодых людей выбрали ответ «частично согласен(на)» или «полностью согласен(на)» с утверждением, что важно правильно питаться и вести здоровый образ жизни, но при этом высокий процент казахстанских студентов курят по сравнению с мировыми показателями.

При включении Казахстана в ранжирование стран по значению ИБМ, то Казахстан, является одной из двух стран в первой десятке по значению индекса благополучия молодежи, не обладающих высоким уровнем доходов. По итогам Национальной онлайн-консультации с молодежью Казахстана был выявлен низкий уровень волонтерской активности среди молодежи.

В проводимых исследованиях также отмечалось, что многие молодые люди не чувствуют себя важной частью общества. Данные показатели снижают значение в этой категории исследования ИБМ. Также отмечалось, что половина опрошенных знает, что правительства заботится об их нуждах и потребностях. По индексу демократии (журнала Economist) значения Казахстана совпадают с Японией. У которой Индекс демократии выше и в целом более позитивное восприятие молодежи своей значимости в обществе, но низкие показатели молодежной волонтерской деятельности, молодежной политике, и молодежной оценке услуг правительства.

В образовании казахстанская молодежь обладает высоким уровнем грамотности, отмечается всеобщий охват средним образованием и существенная продолжительность обучения. Однако, по сравнению с другими странами, в Казахстане выделяется маленький процент ВВП на сферу образования, а также менее половины молодых людей, завершивших среднее образование, получают высшее образование.

Из этого следует, что многие участвующие в опросе молодые люди отметили «удовлетворены в некоторой степени» и «очень довольны», системой образования в местности их проживания [86].

В Казахстане отмечается низкий уровень безработицы среди молодежи и NEET (не трудоустроенная, не получающая образование или

профессиональную подготовку молодежь), но эти показатели составляют около четверти от общей оценки по данной категории [87]. Низкий уровень предпринимательской активности среди молодежи в Казахстане, недоступность кредитов для молодежи и низкий уровень ВВП на душу населения снижают общее значение по этой категории. 65% молодых людей, участвовавших в онлайн-опрос, проводимого Научно-исследовательским центром «Молодежь», указали, что считают, что в будущем их уровень жизни будет лучше, чем их родителей. Среди факторов, влияющих на возможность получения работы, на первое место респонденты НИЦ «Молодежь» поставили наличие связей, выветив тем самым существующие в стране проблемы коррупции и протекционизма. Многие молодые люди в процессе учебы разочаровываются в выбранной профессии. Это показывает, что многие выпускники не уверены в выбранной специальности. Многие сменили бы ее на другую. Стоит отметить, что некоторые выпускники не стали бы менять свою специальность, из чего следует, что они более чем уверены в своем выборе.

Данные результаты указывают на необходимость совершенствования профориентационной работы с учащимися старших классов. Кроме того, целесообразно рассмотреть возможность внесения изменений в системе высшего образования, предусмотрев выбор специальности не с первого, а с третьего курса обучения. Более половины опрошенных студентов считают, что знаний, полученных в учебном заведении, недостаточно для того, чтобы быть конкурентоспособным специалистом на современном рынке труда. Лишь часть студентов считают получаемые ими знания достаточными. Недостаточность получаемых знаний учащиеся связывают, прежде всего, с недостаточным количеством или отсутствием практических занятий. Более трети указали на неактуальность преподаваемых дисциплин, на низкий уровень преподавания, недовольны онлайн-обучением, которое было вызвано карантинными мерами [88]. Поэтому мы считаем, что изучение связи между безработицей и заболеваемостью среди молодых людей, учет других показателей социального благополучия имеет смысл.

Одной из важнейших основ трудовой и общественной активности людей является хорошее здоровье. Нездоровый образ жизни населения трудоспособного возраста, плохое состояние здоровья и ранняя смертность не позволяют полностью использовать потенциал рабочей силы, негативно влияя на качество жизни, число предложений рабочей силы и продуктивность. Основываясь на опыте ведущих стран мира и следуя рекомендациям ВОЗ развитие сети проектов ВОЗ «Здоровые рабочие места в Казахстане» вызвано необходимостью создать для работающих здоровую благоприятную и безопасную окружающую среду, способствовать здоровому образу жизни, гарантировать, что методы, способствующие укреплению и защите здоровья, стали неотъемлемой частью политики управления предприятием, положительно влияя на окружающее общество и окружающую среду. Это позволит укрепить и сохранить здоровье работающего населения, а также будет профилактикой безработицы, в результате потери трудоспособности [89, 90].

Таким образом, следует, что по причине экономического спада структура занятости изменилась от стабильной и прогнозируемой до более гибкой и неопределенной, что привело к росту безработных, и, возможно, оказывает больше влияние на состояние здоровья населения. Безработица имеет наиболее негативные последствия для уязвимых лиц, в том числе и для молодежи, и изучение связи между безработицей и заболеваемостью среди молодых людей, учет других показателей социального благополучия необходимо для дальнейшего изучения.

### **1.3 Влияние COVID-19 на состояние здоровья и качество жизни безработной молодежи**

Молодое поколение мира имеет свои особенности, молодежь более лабильна, как в эмоциональном, так и в физических направлениях. Эти особенности обусловлены как внутренними, так и внешними факторами, к которым относятся повышенный уровень использования электронными устройствами, доступность разнообразной информации в интернете и социальных сетях, распространенность психоактивных веществ [91].

Молодежная безработица обострилась в результате экономического кризиса во время и после пандемии COVID-19, когда рынок труда стал неустойчив, в частности та, сфера, где в большинстве трудились молодые люди [92].

Стоит отметить, что молодежь сильно пострадала от социальных последствий кризиса COVID-19. Значительно возросла безработица среди молодежи, образование и обучение на рабочем месте были сильно нарушены и многие молодые люди страдают от финансовой незащищенности, нестабильности жилья и психических расстройств. Правительства ОЭСР отреагировали на эту ситуацию, приняв комплексные политические меры для молодежи, начиная от мер поддержки рынка труда и доходов и заканчивая мерами реагирования на жилье и поддержкой психического здоровья, но последствия оказались устойчивыми и по сей день оказывают негативное воздействие [93].

От COVID-19 пострадали все сферы жизнедеятельности государства, включая сферу здравоохранения. Пандемия показала, что система здравоохранения не готова к массовому наплыву больных, на территории всего государства. Если до пандемии случались массовые вспышки каких-либо заболеваний зачастую вспышки ограничивались одним городом или областью, то во время пандемии пострадал весь мир. За счет не подверженной вспышки территории, медицинские организации восполняли недостаток персонала, оборудования, медикаментов на зараженной территории. Пандемия COVID-19 же показала, что с ней данный вид организации здравоохранения не работает [94].

Согласно международной организации труда, самой пострадавшей группой населения от COVID-19 стали молодые люди. Они не только в большинстве своем лишились рабочих мест, но также произошли перебои в

получении образования и поиске работы. Согласно статистике МОТ 40% молодежи были заняты в наиболее пострадавших секторах экономики [95-97].

Молодежь всегда более подвержена влиянию кризиса сильнее всего. Стоит отметить, что 268 млн. человек являются представителями группы NEET, а 60 млн. имеют статус безработных. Также 328 млн. молодых людей были заняты неформальной работой. Половина молодежи занятая неформальной работой пострадала в период пандемии. Они стояли первыми в очереди на сокращение или увольнение в связи с закрытием или ограничением работы организаций, в которых трудились [98]. Растущая безработица и одиночество во время карантинных мер повлияли на психическое здоровье молодых людей [99-101].

С потерей трудоустройства, прекратились выплаты, по медицинские страховки, которые осуществлял работодатель чаще всего. По причине отсутствия страховки уровень оказания медицинской помощи был низкий. Во многих странах Европы, Азия и Америки отсутствует понятие бесплатной медицины, и уровень коммерциализации медицинских услуг очень высокий; особенно в США. В период пандемии вскрылось проблема, что многие люди, у которых нет медицинской страховки или она не покрывает все расходы ограничены в получении медицинской помощи. К таким группам населения чаще всего относятся молодые люди возраста 18-25 лет. Поэтому уровень заболеваемости и вследствие смертности среди них был высокий [102].

Государства оказывали поддержку своим гражданам выплатами пособий, временной заморозкой кредитов и арендной платы за жилье в случае потери работы. Многих, кого уволили, приходили в волонтерские центры помощи по борьбе с COVID-19. Это было обусловлено тем, что там они имели спальное место и полноценный режим питания. Основные силы медицинских организаций были переквалифицированы для борьбы с короновирусной инфекцией. Поэтому многие плановые осмотры, процедуры были перенесены. В этой связи проводились только срочные и необходимые процедуры [103].

После обвала трудового рынка в 2020 году, 2021 год стал для многих людей, которые ищут работу переломным, в особенности для молодых людей. Уже во второй половине 2020 года появились первые новости о полностью готовой вакцине против COVID-19. К ней сначала не было доверия, поскольку это была новая вакцина, только изобретенная против вируса, о чьем происхождении идут споры по сей день [104, 105].

Первая половина 2021 года была отмечена важными тенденциями в быстром росте показателей вакцинации от COVID-19 и стабильном снижении уровня безработицы среди молодежи. Однако летом внедрение вакцин снизилось, и уровень безработицы среди молодежи в большинстве стран снова увеличился после второго квартала 2021 года. В США молодежная безработица за два месяца выросла с 7,7 до 27,4 процента, самый большой скачок безработицы среди молодежи произошел в странах, которые экономисты называют «странами со средним уровнем дохода», таких как Аргентина, Бразилия, Южная Африка и Перу [106].

Прививки, как часть комплекса предупредительных мероприятий, предотвращает возникновение и распространение многих инфекционных заболеваний. Вместе с тем, антипрививочные кампании периодически проходят во всём мире, в период пандемии особенно была распространена деятельность в интернете, социальных сетях, что сильно повлияло на общественное мнение, в частности на молодых безработных людей [107].

В Казахстане, как и в большинстве стран мира, молодое сообщество столкнулось с болезненными проявлениями антиковидных мер, в частности потерей рабочего места или трудностью трудоустройства. Высокий уровень молодежной безработицы усиливает социальную напряженность и вызывает политическую нестабильность в обществе.

С 2020 в нашей стране введено обязательное медицинское страхование, которое подразумевает оказание ряда медицинских услуг за счет страхового пакета, в случае если безработный молодых человек не состоит в центре занятости на учете, ему необходимо делать взносы самостоятельно. В результате потери работы во время пандемии, безработная молодежь получила ограниченный доступ к медико-социальным услугам [108, 109].

Таким образом, на основании изученных данных отмечается, что молодежный рынок труда характеризуется нестабильностью и лабильностью, молодые люди страдают как финансово, так и психоэмоционально. Опыт пандемии показал, насколько уязвимы молодые люди с точки зрения трудоустройства во время чрезвычайных ситуаций, что указывает на необходимость разработки мер по стабилизации безработицы, снижению барьеров на пути поиска работы и трудоустройства, а также оказанию социальной и психоэмоциональной поддержки безработной молодежи.

#### **1.4 Применение и распространение технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи в мире и Казахстане**

В последние десятилетия в связи с неблагоприятной экологической обстановкой, социально-экономическими проблемами, пандемией COVID-19, стрессами, и другими факторами отмечается тенденция к ухудшению здоровья, имеет место неуклонный рост заболеваемости ее хронизации, что способствует появлению серьезных ограничений в трудоспособности, сокращая активность в трудоспособном возрасте, влияя на среднюю ожидаемую продолжительность жизни. Ухудшение здоровья во многом связано и со снижением объема и качества профилактической деятельности в системе здравоохранения, а также с недостаточно эффективной пропагандой здорового образа жизни. Сегодня обеспечить необходимый уровень здоровья нации крайне сложно, поскольку последствия критических периодов осуществления радикальных мер экономических реформ, продолжает затрагивать практически все стороны жизни, при этом одним из наиболее социально-уязвимых контингентов остается молодое поколение [110, 111].

Зачастую молодежь относится к уязвимым группам населения на рынке труда, которому способствуют ряд факторов: отсутствие определенного уровня

квалификации, практического опыта работы и другие. На сегодняшний день действуют молодежные центры, советы по делам молодежи при акиматах всех уровней, комитеты по делам молодежи, молодежные организации. Учитывая сложившуюся коронавирусную ситуацию в мире, решение вопроса по предотвращению роста молодежной безработицы является весьма сложной задачей [112].

В 2011 году в Казахстане были созданы центры занятости в районах, городах областного значения, городах Алматы и Астане. Главной целью работы центров занятости является оказание трудового посредничества гражданам и работодателям, реализация активных мер содействия занятости, организация социальной защиты от безработицы.

Согласно Закону «О государственной молодежной политике» к молодым людям относятся граждане 14-29 лет [113]. Они представляют собой особую прослойку населения страны, так как являются ее будущим, при этом это социально уязвимый контингент, который подвержен социальным изменениям в обществе. За последние два года молодежь столкнулась с очередным вызовом по трудоустройству, снижение количества рабочих мест, закрытие и оптимизация в предприятиях вытеснили молодежь с рынка труда, тем самым увеличился рост безработицы, как в Казахстане, так и во всем мире [114].

Ряд исследований по всему миру посвящены изучению проблем репродуктивного, психического и общего здоровья молодых людей, также как и проблемам доступа к медико-социальным сервисам, оказывающим медико-консультативную помощь по этим проблемам. На сегодняшний день известно, что большинство из существующих проблем здоровья молодёжи является предотвратимыми [115, 116].

По данным ВОЗ, до 50,0% заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения предотвратимы. В настоящее время доказан значительный резерв снижения заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности, связанных с неинфекционными болезнями, который можно оценить через понятие «предотвратимые потери здоровья населения» [117].

Предотвратимые потери здоровья – потери в результате развития заболеваний, инвалидности и смертности, которые управляемы в ходе проведения профилактических мероприятий. Сокращение потерь здоровья населения не может возлагаться лишь на одно звено оказания помощи безработной молодежи. Под предотвратимой смертностью подразумевается смертность от причин, которая может быть частично или полностью элиминирована усилиями современных медицинских и организационных технологий [118, 119].

Рядом авторов было отмечено, что проблема оказания медико-социальной помощи молодым людям остается недостаточно реализованной во многих странах мира Европы, США, в том числе в Казахстане.

В настоящее время в условиях усугубления социальных проблем в мире, снижения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на

качественно новом уровне. Возникла необходимость создания новых форм и методов социальной помощи населению, которые обеспечивали бы молодым безработным людям комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и способствовали решению связанных со здоровьем социальных проблем.

Согласно исследованию, ученых Швеции, Эстонии, Германии, имеются трудности в готовности и предоставлении в необходимом объеме и соответствующего уровня медицинской, психологической и социальной помощи молодым безработным людям. Начиная с 1990 года, в Эстонии произошло множество изменений в области сексуального здоровья молодежи, одним из значимых достижений было создание в Эстонии сети молодежных консультативных центров.

Последние 10-15 лет во всем мире растет необходимость создания служб здоровья для молодых людей, которые бы отвечали их потребностям. Молодежные центры здоровья являются основными провайдерами в оказании такого вида помощи молодым безработным, так как сочетают в себе оказание медицинской, социальной, психологической, юридической помощи [120-124].

Структурные подразделения, занимающиеся вопросами оказания медико-психолого-социальной помощи молодежи, в ряде стран мира и в Казахстане показаны в таблице 1.

Таблица 1 – Структурные подразделения, занимающиеся вопросами оказания медико-психолого-социальной помощи молодежи в мире и в Казахстане

Страна	Название структуры	Возраст молодежи	Короткое описание услуг
США	Молодежные центры Нельсона, НПО	13-29	Медико-социальная помощь, психологическая помощь, оказание финансовой помощи и др. виды консультаций
Австралия	Oxygen Youth Health	15-25	Медицинская, психологическая и консультативная помощь
Россия	Клиники дружественные молодежи	14-35	Помощь консультативного, информационного, диагностического, лечебного, реабилитационного, психологического характера
Казахстан	Молодежные центры здоровья	14-29 лет	Оказание медико-социальной, психологической, юридической помощи

По данным в таблице 1 отмечается, что в ряде стран мира имеются службы, которые занимаются оказанием медико-социальной, психологической помощи молодым людям

В США, медицинские услуги, ориентированные на подростков и молодежь, предназначены для устранения препятствий, с которыми сталкивается молодежь при доступе к высококачественным услугам в области

сексуального и репродуктивного здоровья, и оказываются клиниками, дружественными молодежи [125].

Анализ международного опыта создания нового типа организаций – клиник, дружественных молодежи, – в странах дальнего зарубежья, где такие структуры действуют на протяжении около 40 лет, в странах СНГ (опыт Российской Федерации и Украины) показал, что имеет особое значение финансирование и организационное распределение данных служб, а также важна интеграция данных служб и информационной поддержки для молодых людей. Одновременно необходима организация профессиональной подготовки медицинского персонала и консультантов, обучение их дружественному молодежи подходу и навыкам общения.

В России, данные организации представляют собой сеть клиник. Целью КДМ является оказание комплексной медико-психолого-социальной помощи по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой возраста. Основными направлениями деятельности КДМ является решение медико-социальных, правовых и психологических проблем подростков и молодежи, а также охрана репродуктивного здоровья подростков. Штаты клиники составляют врачи узких специальностей, психологи, социальные педагоги, юристы. На базе КДМ проводятся оздоровительные, реабилитационные, санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, организуется волонтерское движение. На базе ряда КДМ организована диспансеризация детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Контроль за деятельностью КДМ, обеспечение взаимодействия с учреждениями здравоохранения, социального развития, физической культуры, представителями общественности осуществляют местные органы управления здравоохранения. Деятельность клиники подразделяется на два вида: групповая работа (лекции, тренинги, акции) и индивидуальная (консультирование подростков и их родителей, несовершеннолетних беременных, молодых семей, коррекция девиантного поведения). Специалисты КДМ занимаются профилактикой таких негативных явлений, как употребление спиртных напитков, табакокурение, наркомания, интернет-зависимость и т.д., проводят информирование подростков по вопросам здорового образа жизни, уделяя внимание важности соблюдения гигиенически рационального режима дня, полноценного сна, достаточной двигательной активности. К этой работе привлекаются наиболее талантливые, авторитетные для молодежи представители творческой интеллигенции. Регулярно проводится патронаж семей, имеющих детей с суицидными наклонностями, а также семей, где были зафиксированы случаи физического насилия над детьми и подростками [126].

В Казахстане МЦЗ действуют с 2009 года и были основаны на примере клиник, дружественных молодежи. В настоящее время по отчетным данным функционирует более 140 МЦЗ, большая часть из которых расположена в сельской местности и является структурными подразделениями центральных районных больниц. Эти центры не обладают укомплектованным штатом специалистов и, соответственно, не могут оказать полный объем помощи подросткам и молодежи [127].

Медико-психосоциальная помощь и консультация подросткам оказываются врачами: гинекологами, урологами, дерматовенерологами, ВОП, психологами, по правовым вопросам - юристом. Молодые люди обращаются в центры по собственной инициативе (самообращения), по направлению специалиста или педагога. На приём можно предварительно зарегистрироваться или прийти сразу. Пришедших на приём без предварительной регистрации молодых людей принимают в тот же день в порядке «живой очереди».

Глобально признанным эффективным методом поддержания и улучшения качества медицинских услуг является внедрение стандартов качества предоставления услуг подросткам и молодежи [128].

Для реализации, внедрения и непрерывного поддержания качества оказываемых услуг Молодежными центрами здоровья Республики Казахстан было подготовлено Руководство, которое содержит детальное описание бизнес-процессов, рекомендуемый перечень внутренних правил, политик и стандартов операционных процедур (СОП), а также инструментов оценки.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определены восемь стандартов качества для клиник, дружественных к молодежи, охватывающие основные аспекты жизни общества. Это образование, качество услуг, положение в обществе и т.п.

Каждый стандарт отражает важный аспект качества медицинских услуг для подростков и молодежи. Соблюдение вышеописанных стандартов позволит охватить шесть сфер, принятых для характеристики качества здравоохранения: безопасность, результативность, ориентация на пациента, своевременность, эффективность и справедливость.

Внутреннюю оценку качества медицинской помощи молодежных центров здоровья в Республике Казахстан предлагается формировать на соблюдении вышеописанных стандартов.

Для повышения качества предоставления услуг подросткам и молодежи, МЦЗ определяет процесс мониторинга, оценки и непрерывного улучшения компетенций персонала МЦЗ, который включает:

- 1) проверку подлинности документов (верификация);
- 2) адаптацию нового сотрудника;
- 3) оформление привилегий и компетенций персонала;
- 4) оценку профессиональной деятельности работника;
- 5) оценку удовлетворенности персонала условиями труда [129].

Механизм рассмотрения жалоб направлен на обеспечение качественного предоставления услуг пациентам и способность удовлетворить их потребности в комплексной медико-социальной помощи. Основная характеристика эффективного механизма рассмотрения жалоб основана на способности выявлять любые инциденты в молодежных центрах здоровья (МЦЗ) до того, как они станут неуправляемыми и послужат появлению жалоб.

Механизмы рассмотрения жалоб должны обеспечивать [130]:

*Законность:* механизм должен иметь четкую, прозрачную структуру, гарантирующую, что ни одна из сторон в процессе рассмотрения, не сможет повлиять на решение.

*Доступность:* механизм должен быть понятен и известен пациентам, проявляющим интерес и потребности в подаче жалобы.

*Предсказуемость:* механизм должен иметь четкую и понятную процедуру с указанием типов, процессов, сроков и результатов рассмотрения.

Согласно определению ВОЗ, санитарная грамотность относится к «когнитивным и социальным навыкам, которые определяют мотивацию и способность людей получать доступ к информации, понимать и использовать ее таким образом, чтобы способствовать и поддерживать хорошее здоровье» обеспечивать [131].

Медицинская грамотность молодежи формируется через качественный информационный материал, наличие листовок, брошюр, включая демонстрацию видеороликов, ориентированных на молодых людей. Охват целевой группы осуществляется через: информационные ресурсы (веб-сайт, онлайн-чат боты, социальные сети), проведение лекций, семинаров и участие в тематических мероприятиях, предоставление консультаций как очно у специалистов МЦЗ, так и по телефону через создаваемые при МЦЗ Call-центры.

Сотрудники МЦЗ должны быть достаточно квалифицированы для обеспечения пациентов эффективными медико-социальными услугами. Взаимодействие, знания и навыки лежат в основе предоставления качественных услуг. В МЦЗ должна создаваться атмосфера уважительного, непредвзятого отношения к подросткам и молодежи, с соблюдением их права на информацию и конфиденциальность. Недостаточное соблюдение этих принципов в клинической практике является серьезным препятствием для использования услуг подростками и молодежью.

В связи с этим, развитие компетенций в области здравоохранения подростков имеет необходимость их оценки и при несоответствии, обучения сотрудников в изменении отношения к подросткам, к их праву на качественное медицинское обслуживание. В МЦЗ должны использоваться процедуры управления персоналом, которые будут подчеркивать важность компетентности работников не только в предоставлении услуг подросткам в конкретных клинических ситуациях, но и в демонстрации осознания своих взглядов, ценностей и предрассудков, которые могут помешать способности обеспечить конфиденциальное, недискриминационное, не осуждающее и уважительное отношение к подросткам, а также необходимое количество и состав персонала для предоставления пакета услуг подросткам и молодежи.

Важными технологиями в предотвращении потерь здоровья безработной молодежи является своевременное выявление, предупреждение заболеваемости, где большое значение имеет проведение скрининговых программ.

По действующему законодательству, скрининги проводятся по конкретным заболеваниям и для определённых возрастных групп. Скрининг проводится в 2-х возрастных категориях:

1. Дети в возрасте от 0 до 18 лет. Дети проходят профилактический осмотр ежегодно до своего совершеннолетия. Воспитанников дошкольных учреждений, школьников, учащихся среднеспециальных учебных заведений и студентов до 18 лет обследует выездная бригада в организациях образования.

Осмотр детей, которые не посещают дошкольные учреждения, проводится в поликлинике или семейном центре здоровья.

2. Взрослые в возрасте от 30 и до 70 лет.

Осмотр проходит даже при абсолютном отсутствии каких-либо симптомов – исключительно для уверенности в своём здоровье [131, р. 670-679; 132].

Особенностью профилактических осмотров на данный момент является финансирование за счет средств ОСМС, что говорит о том, что для прохождения скрининга необходимо иметь статус застрахованного. Именно это является барьером для прохождения скрининга для 90% безработных молодых людей. Из этого следует, что молодые люди от 18 до 29 лет не охвачены скринингом.

Эту проблему, возможно, решить на уровне молодежных центров здоровья, как медицинских организаций, дружественных молодежи.

Таким образом, развитие технологий предотвращения потерь здоровья безработной молодежи на базе Молодежных центров здоровья является наиболее оптимальным вариантом, где будут учтены специфические потребности и образ жизни современных безработных молодых людей.

## 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования комбинированный. Для достижения цели и решения поставленных задач разработана комплексная программа, которая включала теоретическую и эмпирическую части исследования.

На начальном этапе исследования изучена международная и отечественная литература, преимущественно посвященная вопросам ассоциации безработицы с состоянием здоровья и качества жизни молодежной популяции, а также вопросам организации медико-санитарной помощи данному контингенту, и некоторые другие вопросы. Поиск осуществлялся с помощью научных международных библиотечных систем PubMed, Springer, Elseiver, Web of Science, Cochrane и некоторых других платформ.

В качестве критериев включения были определены исследования на английском языке, опубликованные до 2021 года, в которых были представлены качественные, количественные и/или смешанные данные, характеризующие состояние здоровья и качество жизни безработной молодежи.

Из анализа были исключены исследования, не относящиеся к безработной молодежи; исследования, в которых не было представлено данных о состоянии здоровья безработных молодых, о мерах оказания медико-социальной помощи безработной молодежи.

Согласно поисковому запросу, по ключевым словам, в вышеуказанных базах данных было представлено 282 публикации. После ознакомления с абстрактами для описательной аналитики было использовано 132 исследования, соответствующих критериям отбора.

Проведенный обзор литературы позволил верифицировать основные направления эмпирической части, которая включала несколько фрагментов исследования:

- 1) изучение характеристик базовых индикаторов молодежного рынка труда в Казахстане;
- 2) изучение состояния здоровья казахстанской молодежи (в т.ч., безработной);
- 3) изучение качества жизни безработной казахстанской молодежи;
- 4) изучение мнения социальных и медицинских работников Казахстана в контексте оказания медико-социальной помощи безработной молодежи;
- 5) изыскание путей совершенствования технологий предотвращения потерь здоровья безработной молодежи.

### *Фрагмент исследования №1*

Базовым методом явилось ретроспективное исследование. Дизайн - поперечное исследование. Материалами для исследования послужили данные «Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан» за период с 2015 по 2021 годы. Анализировались официальные данные раздела «Статистика труда и занятости». Оценивались половозрастная структура, региональные и страновые тенденции молодежной безработицы за изучаемый период.

### *Фрагмент исследования №2*

Дизайн - продольное исследование. Состояние здоровья казахстанской молодежи (в т.ч. безработной) изучалось по материалам официальной статистики (Damumed, формы №12, РПН).

Основными источниками информации послужили официальные данные о числе случаев заболеваний (форма №12, «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением» и регистровые данные системы Damumed) и случаях смертельных исходов (база данных РПН, «Реестр свидетельств о смерти») по Республике Казахстан. Период исследования - 2018-2020 гг.

По материалам формы №12 анализировались первичная заболеваемость и распространенность (по полу, и нозологиям в возрастной группе 14-28 лет). Возрастная группа, заложенная в форме, 14-28 лет.

По материалам системы Damumed анализировалась частота обращений в МО по полу, возрасту (18-29 лет), по статусу работы, по статусу учебы, с учетом основного и сопутствующего диагноза, с учетом осложнений и с учетом количества обращений по заболеванию в МО за указанный год. Возрастная группа, заложенная в форме, 18-29 лет.

По материалам регистровых данных (РПН) анализировалась смертность и выживаемость (по полу, по нозологиям в лет, по месту смерти в возрастной группе 14-29 лет). Возрастная группа, заложенная в форме, 14-29 лет.

Для расчета медико-статистических показателей использованы данные Агентства по статистике РК о среднегодовой численности населения: половозрастной состав населения по основным административным единицам Республики Казахстан.

Показатели заболеваемости и смертности вычислялись по общепринятой в санитарной статистике методике:

$$\text{Заболеваемость} = \frac{\text{Число вновь возникших заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} * 1000 \quad (1)$$

$$\text{Смертность} = \frac{\text{Общее число умерших}}{\text{Среднегодовая численность населения}} * 1000 \quad (2)$$

Прогнозные оценки для медико-статистических показателей рассчитывали методом линейной регрессии и/или методом экспоненциального сглаживания.

Для выполнения анализа выживаемости по годам использовался метод Каплана-Мейера: рассчитывались средние и медианы времени дожития. Временная переменная – возраст (возрастное дожитие). Все случаи смертельных исходов являлись не цензурированными. Изучались особенности выживаемости в зависимости от года констатации смерти (2018 г., 2019 г. и 2020 г.).

Для оценки различий в выживаемости по годам применялись тесты Log Rank, Breslow и Tarone-Ware. Нулевую гипотезу (об отсутствии различий) отвергали в случае  $p < 0,05$ .

### *Фрагмент исследования №3*

Дизайн - одномоментное исследование. Основным методом исследования являлся социологический опрос. Модель опроса характеризовалась следующими признаками: добровольное и анонимное анкетирование, городской и областной уровень, выборочная совокупность, случайный характер выборки, использование «закрытого характера вопросов» (за исключением некоторых вопросов паспортной части).

Анкета состояла из двух блоков: 1) паспортные данные (пол, возраст и др.) и некоторые другие вопросы, касающиеся темы исследования (Приложение Г), 2) вопросы по оценке качества жизни (Приложение Д). Анкета была утверждена и одобрена Локальной Этической комиссией Медицинского Университета Астана (протокол №4 от 20.02.2020). Для оценки качества жизни использован стандартизированный опросник Q-LES-Q (качество жизни, удовольствия и удовлетворенности). Рассчитывался интегральный показатель качества жизни, который варьировал от 14 до 70, где 14 это наихудшее значение.

Опрос осуществлялся с применением online сервера 1КА Формы (на базе Центра социальной информатики, факультета социальных наук Люблянского университета) в период с сентября по декабрь 2021 года.

На этапе планирования рассчитан объем выборки (определение объема выборки был проведен по методике N. Fox, где при величине допускаемой ошибки 5% объем выборки должен быть не менее 350). С учетом объема выборочной совокупности к исследованию привлечены 669 молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет. Согласно НПА Казахстана трудоспособная молодежь считается в возрасте 18-29 лет.

Из них: 485 занятых (работа/учеба) респондентов и 184 – неорганизованных.

В рамках кросс-секционного исследования анкета была разослана безработным молодым людям в количестве 669 человек в возрасте от 18 до 29 лет, живущим в городах и селах Казахстана в 2021 году. Анкета была утверждена на ЛЭК. В опросе участвовали как работающие, так и безработные молодые люди, где первые шли как контрольная группа.

В нашем анализе в качестве коварианта были использованы пол, возраст, место проживания, уровень образования самого респондента и его родителей, и предыдущее состояние здоровья. Опрос состоял из 42 вопросов, где 17 - общего характера, 25 направлены на изучения влияния безработицы на здоровье молодых людей

По анкетам было заполнено: онлайн - 651, очно - 18. Был проведен t-тест, чтобы определить, была ли значительная разница между личными или виртуальными ответами, и было обнаружено, что не было никаких различий в данных ответах. Поэтому было решено пересмотреть данные вместе. Набор участников проводился по разным каналам, включая центры занятости, управление молодежной политики, партии, неправительственные организации, онлайн форумы и мессенджеры.

В исследовании приняли участие 669 человек, среди которых женщин – 69,2%, мужчин – 30,8%, Средний возраст участников составил  $26.0 \pm 6.34$ . Участниками исследования стали люди со всех регионов Казахстана, большая часть (42%) из г. Нур-Султан, 14% - из Акмолинской области. Социо-демографические данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Социо-демографические данные респондентов

Показатель		n	%
1		2	3
Пол	Мужской	223	33,3
	Женский	446	55,7
Семейное положение	Замужем / женат	256	38,3
	Не замужем / не женат	413	61,7
Место жительства	Село	93	13,9
	Город	576	86,1
Резидент РК	Да	637	95,2
	Нет	32	4,8
Социальный статус	Работает	257	38,4
	Не работает	184	27,5
	Работает и учиться	109	16,3
Уровень образования респондента (n=661*)	Начальная школа	17	2,6
	Незаконченное среднее образование	26	3,9
	Среднее специальное образование	60	9,1
	Среднее профессиональное образование	115	17,4
	Бакалавр или эквивалентный уровень	305	46,1
	Уровень магистра, специалист или эквивалентный уровень	126	19,1
	Аспирантура/докторантура или эквивалентный уровень	12	1,8
Уровень образования матери (n=620*)	Начальная школа	11	1,8
	Незаконченное среднее образование	36	5,8
	Среднее специальное образование	109	17,6
	Среднее профессиональное образование	152	24,5
	Бакалавр или эквивалентный уровень	232	37,4
	Уровень магистра, специалист или эквивалентный уровень	61	9,8
	Аспирантура/докторантура или эквивалентный уровень	19	3,1
Уровень образования отца (n=587*)	Начальная школа	16	2,7
	Незаконченное среднее образование	41	7,0
	Среднее специальное образование	102	17,4
	Среднее профессиональное образование	159	27,1
	Бакалавр или эквивалентный уровень	203	34,6
	Уровень магистра, специалист или эквивалентный уровень	56	9,5
	Аспирантура/докторантура или эквивалентный уровень	10	1,7
Учебное заведение (n=599*)	Медицинское	221	36,9
	Техническое	168	28,0
	Гуманитарное	128	21,4
	Другое	82	14,7

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4
Род занятия (n=580*)	профессионал или менеджер	258	44,5
	квалифицированный не ручной труд	132	22,8
	квалифицированный ручной труд	68	11,7
	полуквалифицированный ручной труд	75	12,9
	Неквалифицированная или временная работа	47	8,1
Прикрепление к поликлинике (n=662*)	Да	483	73,0
	Нет	153	23,1
	В частной клинике	26	3,9
КОВИД-19 статус (n=606*)	Да	236	38,9
	Нет	370	61,1
Статус вакцинации от КОВИД-19 (n=666*)	Да	448	67,3
	Нет	218	32,7
Проблемы со здоровьем (n=665*)	Нет	424	63,8
	Да	241	36,2
Хронические заболевания (n=662*)	Да	162	24,5
	Нет	500	75,5
Курение (n=667*)	Да	124	18,6
	Нет	543	81,4
Алкоголь (n=661*)	Да	193	29,2
	Нет	468	70,8
Госпитализация (n=659*)	Да	67	10,2
	Нет	592	89,8
* – отсутствующие данные были исключены в соответствующих дальнейших анализах			

Обработка полученных результатов осуществлялась с помощью статистических методов в программе IBM SPSS Statistics 22 версии. Использовались методы описательная и аналитическая статистика.

Оценка различий между показателями заболеваемости безработной и работающей молодёжи и определение наличия или отсутствия связи между здоровьем и заболеваемостью у безработной молодёжи.

Для оценки связей/зависимостей использовалась множественная линейная регрессия. Зависимой являлась количественная переменная «Интегральный показатель качества жизни (согласно Q-LES-Q)», предикторами выступали персональные данные респондентов и некоторые другие характеристики (мнение о финансовом благополучии, ощущение поддержки со стороны государства и другие).

*Фрагмент исследования №4*

В рамках кросс-секционного исследования разработана анкета (Приложение Е) для опроса медицинских и социальных работников, а также специалистов МЦЗ, работающих в организациях первично-медико-санитарной помощи. Анкета была утверждена и одобрена Локальной Этической комиссией Медицинского Университета Астана (протокол №4 от 20.02.2020), Нур-Султан, Казахстан (Приложение А).

Распространение анкеты проводилось с помощью онлайн рассылки (с применением on-line сервера 1КА Формы), с официального письменного разрешения руководства медицинских организаций.

Анкетирование проводилось в период с сентября по декабрь 2021 года. Опросник включал вопросы на уточнение паспортных данных респондентов и вопросы по изучению особенностей оказания медико-социальной помощи безработной молодежи. Всего в исследовании приняло участие 63 медицинских и/или социальных работников.

Опросник состоял из 35 вопросов, где 11 - общего характера, 24 направлены на изучения существующих технологий предотвращения потерь здоровья

#### *Фрагмент исследования №5*

На завершающем этапе исследования были предложены некоторые пути совершенствования технологий предотвращения потерь здоровья безработной молодежи, которые основывались на результатах, полученных в эмпирической части настоящего исследования, а также на результатах проведенного анализа международного и отечественного опыта оказания медико-социальной помощи безработной молодежи.

Подробный контент информации о возможных/необходимых путях совершенствования технологий предотвращения потерь здоровья безработной молодежи представлен в разделе «4. Пути совершенствования технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи».

Вышеизложенные методы и материалы позволили достигнуть цели исследования, решить поставленные задачи, сделать научно-обоснованные выводы и практические рекомендации.

### 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 3.1 Характеристика базовых индикаторов молодежного рынка труда

Будущее любой страны напрямую зависит от молодых людей, и в этом аспекте ряд ученых приходят к единому мнению, что ключевыми характеристиками является здоровье и работоспособность данной категории. В Республике Казахстан молодые люди составляют около 20% населения, но несмотря на то, что это всего 1/5 часть структуры населения, они являются мощным, стратегически важным, основополагающим ресурсом успешного будущего нашей страны.

За последние годы рынок труда характеризуется неустойчивостью и лабильностью. На рисунке 2 показан уровень молодежной безработицы в мире с 2015 по 2020 годы в динамике. По данным МОТ, молодые люди относятся к такой группе, которые достаточно сильно пострадали от пандемии, как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Усиливает данный эффект и то обстоятельство, что и до ситуации с COVID-19 молодые люди уже сталкивались со значительными проблемами в отношении трудоустройства.

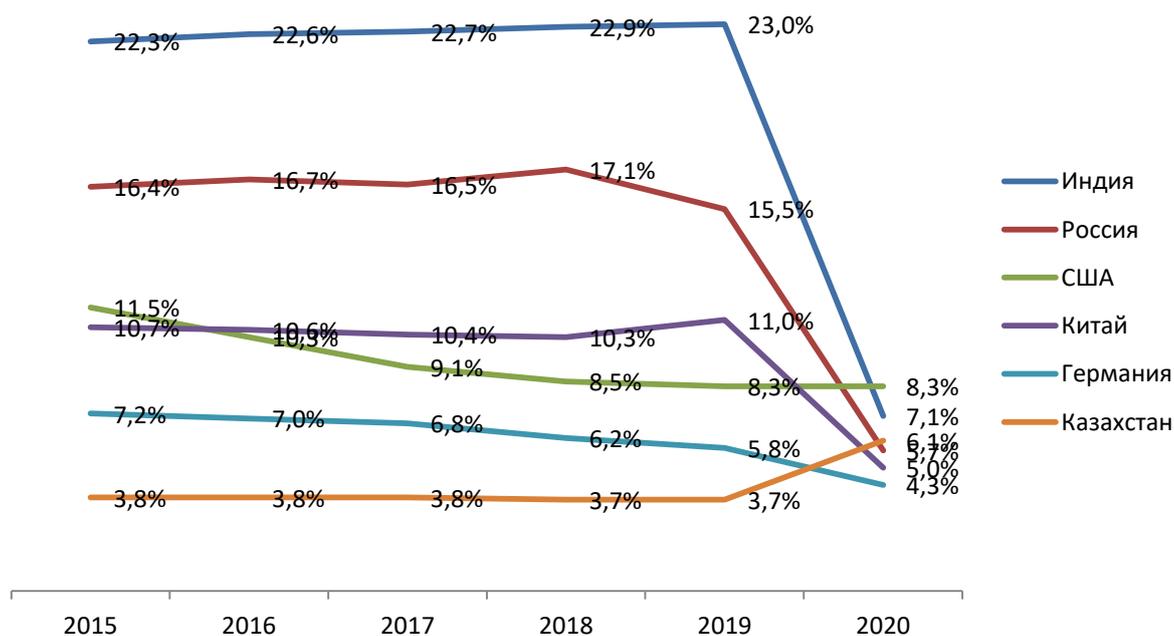


Рисунок 2 – Уровень молодежной безработицы в мире за период 2015-2020 гг.

Согласно рисунка 2, в странах Европы с наибольшим уровнем молодежной безработицы является Италия. Казахстан находится на 116 месте среди 188 стран по уровню безработицы, где показатель общей безработицы 4,9%, среди мужчин 4,2% и среди женщин 5,6%. По официальным данным Комитета по статистике Республики Казахстан уровень безработицы в стране на июль 2021 года составил 4,9%. Россия имеет сходную ситуацию с Казахстаном. На рисунке 3 графически изображен индикатор труда в Республике Казахстан, что показал рост безработного населения в период

пандемии.

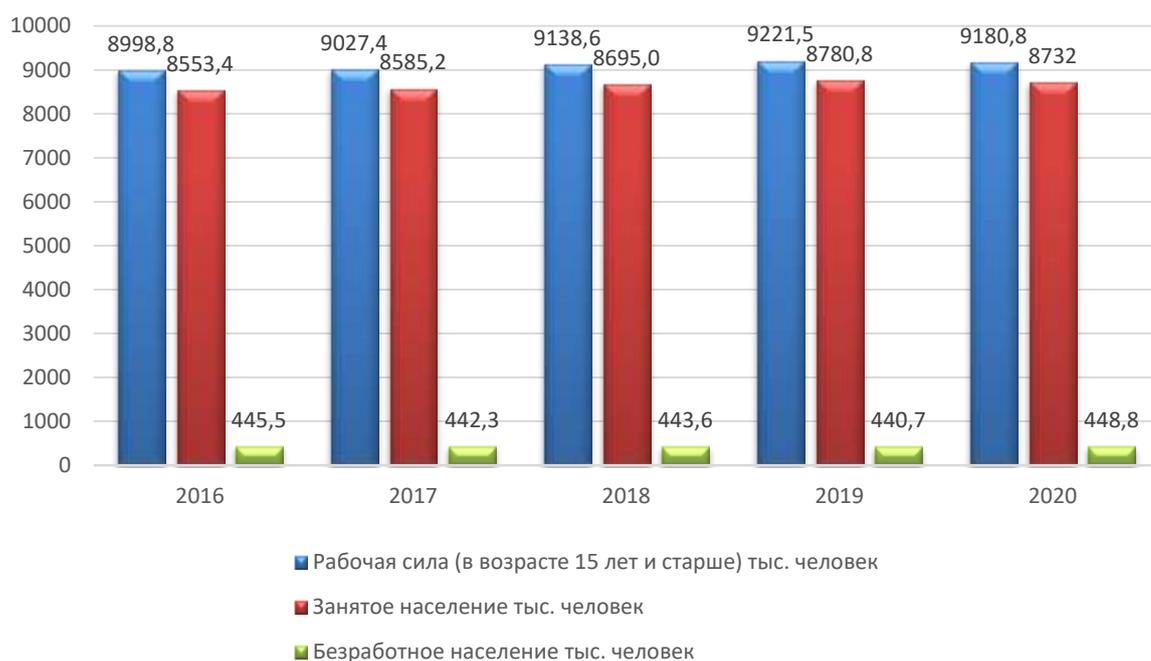


Рисунок 3 – Индикатор труда Республики Казахстан с 2016 по 2020 годы

В Казахстане, как и в большинстве стран мира, молодое сообщество столкнулось с болезненными проявлениями антиковидных мер, в частности, потерей рабочего места или трудностью трудоустройства. Высокий уровень молодежной безработицы усиливает социальную напряженность и вызывает политическую нестабильность в обществе. Поколение NEET в Казахстане имеет рост и вызывает озабоченность. Индекс NEET по МОТ – это часть молодежи (в возрасте от 15 до 28 лет), которая не работает, не занята образованием или профессиональной подготовкой, находится вне системы образования и сферы занятости и является потенциальным источником молодежного рынка труда. По методологии МОТ за 2020 показатель достиг 7,7%. На рисунке 4 показан уровень молодежной безработицы в Казахстане с 2016 по 2020 годы, что также выявляет увеличение количества безработных с приходом чрезвычайного события.



Рисунок 4 – Уровень молодежной безработицы в Казахстане с 2016 по 2020 гг.

В Казахстане за 2021 год количество молодежи составило 3 739 883, в том числе в городе 2 101 838 человек (56,4%), село – 1 638 045 человек (43,6%). Численность безработной молодежи по итогам 2021 года составила 77 648 человек (в 2020 году – 80 416 человек), наблюдается снижение численности безработной молодежи. Уровень молодежной безработицы по итогам 2021 года составил 3,8% (в 2020 году – 3,8%).

В региональном разрезе самые высокие показатели наблюдаются в г. Алматы – 5,8%, Карагандинской области – 4,7%, г. Нур-Султан – 4,6%. Самые низкие показатели в Атырауской области – 2,4%, Актюбинской, Жамбылской и Павлодарской - 2,8%, Костанайской и Восточно-Казахстанской областях - 3,0%.

В региональном разрезе по итогам 2021 года самые высокие показатели наблюдаются в Карагандинской области - 9,9% (в 2020 году – 11,5%), Туркестанской области – 8,5% (в 2020 году - 8,0%), Акмолинской области - 8,0% (в 2020 году – 7,5%). Самые низкие показатели в Атырауской – 5,5% (в 2020 году – 5,5%), Павлодарской – 4,9% (в 2020 году - 4,9%), Костанайской - 4,9% (в 2020 году - 5,3%), Западно-Казахстанской – 3,1% (в 2020 году - 3,1%).

Определенную роль на структуру занятости экономически активной молодежи оказывает гендерная принадлежность: среди мужчин несколько больше безработных, что может быть связано с большей требовательностью мужчин к оплате труда. На рисунках 5, 6 мы видим распределение по полу среди областей и городов республиканского значения Казахстана, где «лидерами» являются мегаполисы Нур-Султан, Алматы, Шымкент, города с высоким притоком молодежи.

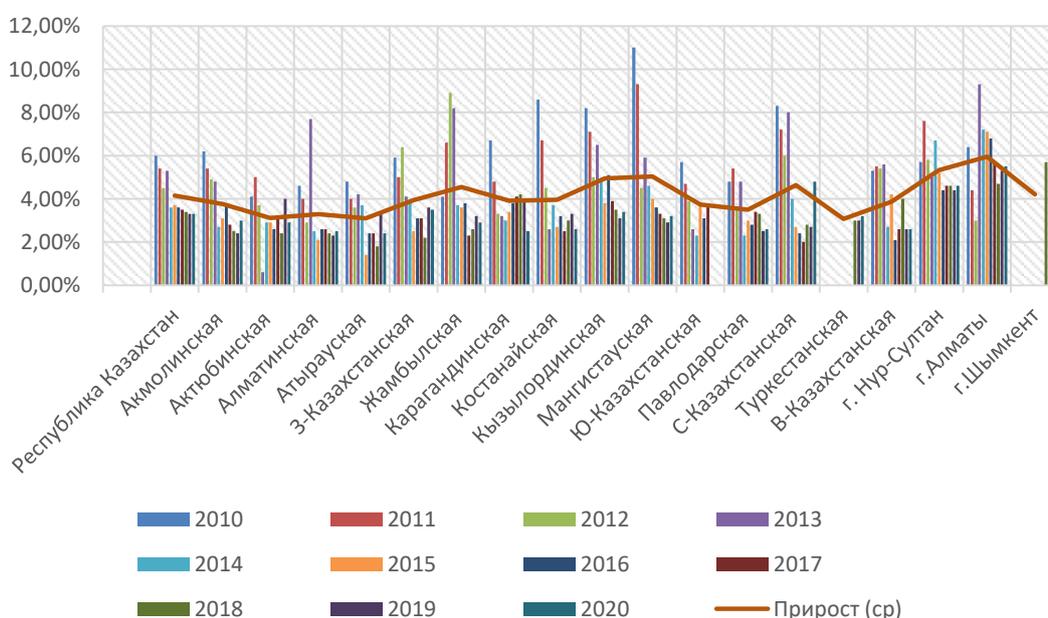


Рисунок 5 – Распределение уровня молодежной безработицы по половому признаку в регионах Республики Казахстан с 2010 по 2020 гг. (мужчины)

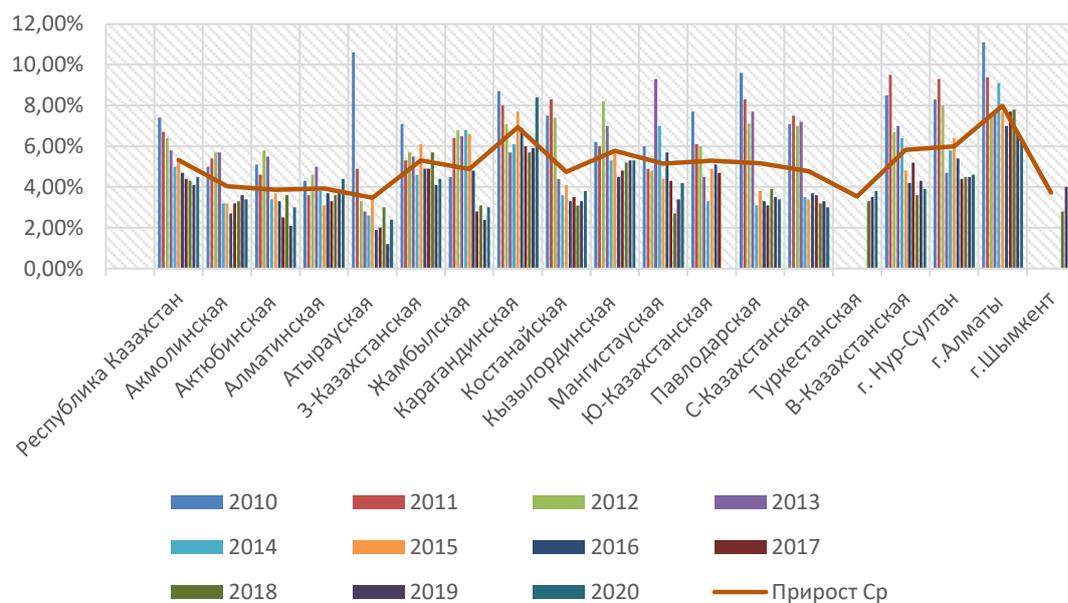


Рисунок 6 – Распределение уровня молодежной безработицы по половому признаку в регионах Республики Казахстан с 2010 по 2020 гг. (женщины)

Так, в разрезе гендера уровень молодежной безработицы среди мужчин составил 3,1%, при этом в городской местности показатель достигал 3,6%, а в сельской - лишь 2,4%. Среди женщин уровень молодежной безработицы значительно выше: 4,4%. При этом разрыв между городом и селом небольшой: 4,5% в городской местности и 4,1% - в сельской.

Среди регионов РК самый высокий уровень молодежной безработицы отмечен в Алматы (5,4%), следом идут Нур-Султан (4,6%) и Карагандинская область (4,3%). Наименьший уровень молодежной безработицы наблюдается в Атырауской (2,5%), Актюбинской (2,6%) и Павлодарской (2,7%) областях.

Молодежь – одна из самых существенных групп общества, которая всегда находится в деятельности всей социальной жизни общества, без которой невозможно развитие страны, общества.

По данным изучения классификации поколения NEET в Казахстане можно выделить такие группы, как:

- 1) иждивенцы: имеющие образование, с определёнными практическими навыками, но не желающие продолжать обучение и работать;
- 2) молодые женщины, имеющие малолетних детей, и матери-одиночки;
- 3) фрилансеры, подрабатывающие случайными заработками;
- 4) сельская молодёжь, задействованная в подсобном хозяйстве;
- 5) молодёжь с ограниченными возможностями;
- 6) выходцы из малообеспеченных семей: выпускники школ, желающие, но не имеющие возможности продолжить обучение;
- 7) асоциальная молодёжь, страдающая наркотической и алкогольной зависимостью, проходящая реабилитацию.

Стоит отметить, что молодёжь сильно пострадала от социальных последствий кризиса COVID-19. Значительно возросла безработица среди

молодежи, образование и обучение на рабочем месте были сильно нарушены, и многие молодые люди страдают от финансовой незащищенности, нестабильности жилья и психических расстройств.

Согласно изученному материалу по нашей стране, определены регионы, где доля NEET высока. По итогам четвертого квартала 2021 года в лидерах оказались Карагандинская (10,5%), Акмолинская (7,7%) и Туркестанская (7,7%) области. Данная тенденция может быть оправдана тем, что в данных областях идет скопление общей молодежи. Доля молодежи категории NEET по итогам 2021 года составила 6,9%.

В последние 10-15 лет понятие «молодежь NEET» стало широко использоваться в стратегических документах международных организаций, таких, например, как ЕС, ОЭСР, МОТ. Уровень NEET стал одним из двух ключевых показателей рынка труда в развитых странах, характеризующих положение молодежи, особенно степень их маргинализации и отчуждения от общества.

Таблица 3 показывает численность населения в возрасте 14-29 лет (по регионам РК за период 2018-2020 гг.), где лидерами являются города-мегаполисы Алматы, Нур-Султан, Шымкент и их области.

Согласно полученным данным, количество населения в возрасте от 14-29 лет растет во всех регионах Казахстана. При этом наибольший процент наблюдается в Алматинской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской областях, а среди городов лидирует г. Алматы, Нур-Султан.

По половозрастной характеристике в 90% преобладает мужское население, за исключением Актюбинской области и г. Алматы.

Таблица 3 – Численность населения в возрасте 14-29 лет (по регионам РК за период 2018-2020 гг. по данным базы РПН)

Наименование региона	2020 год				2019 год				2018 год			
	всего населения	в возрасте 14-29 лет			всего населения	в возрасте 14-29 лет			всего населения	в возрасте 14-29 лет		
		всего	муж.	жен.		всего	муж.	жен.		всего	муж.	жен.
Акмолинская	788868	152372	79106	73266	783842	152742	79225	73517	774848	155703	80307	75396
Актюбинская	894596	185979	92952	93027	880065	187632	93538	94094	863627	190812	95359	95453
Алматинская	2100382	409157	210021	199136	2059972	401114	207348	193766	2016543	402520	207950	194570
г. Алматы	2054391	511261	243201	268060	2022038	522699	244782	277917	1941871	507912	235656	272256
Атырауская	653528	140865	71572	69293	641844	139878	71371	68507	628632	140970	71645	69325
Восточно-Казахстанская	1401040	262633	139138	123495	1401263	264854	139681	125173	1396362	270632	142001	128631
Жамбылская	1149363	246860	126698	120162	1130676	239845	123187	116658	1115668	239495	122306	117189
Западно-Казахстанская	686898	138831	70956	67875	680463	140875	71723	69152	673376	144303	73131	71172
Карагандинская	1436089	287931	147191	140740	1432279	291970	148795	143175	1419272	297164	150921	146243
Костанайская	850735	161248	82138	79110	870223	168398	86050	82348	868083	173946	88916	85030
Кызылординская	795067	172673	89363	83310	778496	168602	88206	80396	765079	169728	89045	80683
Мангистауская	733148	163798	84934	78864	708201	157888	81223	76665	681774	154843	79191	75652
г. Нур-Султан	1206240	288450	134770	153680	1163260	290804	134229	156575	1098058	281139	127991	153148
Павлодарская	797388	147322	75130	72192	794283	149346	76067	73279	786475	152990	78028	74962
Северо-Казахстанская	576873	106415	55841	50574	580170	109004	57337	51667	580657	112057	59017	53040
Туркестанская	1974708	444450	228338	216112	1935519	433505	225338	208167	1899377	430524	225673	204851
г. Шымкент	1084672	274431	135940	138491	1054084	270009	132356	137653	1022147	268785	130373	138412
Республика Казахстан	19183986	4094676	2067289	2027387	18916678	4089165	2060456	2028709	18531849	4093523	2057510	2036013

Таким образом, как видно из таблицы 3, из результатов изученных материалов мы видим, что при распределении по полу преобладает мужское население (по усреднённым данным за 2018, 2019, 2021 годы больше в 1 раз).

Подводя итог проведенной описательной аналитики, нужно отметить, что молодежная безработица различается в разных регионах страны: наиболее высокие показатели характерны для г. Алматы (5,8%), Карагандинской области (4,7%) и г. Нур-Султан (4,6%), а более низкие показатели – для Атырауской области (2,4%), Актюбинской, Жамбылской и Павлодарской (по 2,8%), Костанайской и Восточно-Казахстанской областях (по 3,0%).

Также необходимо отметить наличие разницы в безработице по половому признаку, с преобладанием данного феномена в женской популяции. В свою очередь, к основным категориям поколения NEET в республике относятся: иждивенцы, молодые женщины, имеющие малолетних детей, и матери-одиночки, фрилансеры, сельская молодёжь, молодёжь с ограниченными возможностями, выходцы из малообеспеченных семей и асоциальная молодёжь, страдающая наркотической и алкогольной зависимостью, проходящая реабилитацию.

### 3.2 Показатели, характеризующие состояние здоровья молодежи

*Анализ данных медицинских организаций (по материалам Damimed)*

Настоящий фрагмент исследования выполнен по материалам медицинской информационной системы Damimed. Объектом исследования являлась частота обращений в медицинские организации. Всего проанализировано 35123 случаев обращений в 2018 г., 49727 – в 2019 г. и 54131 – 2020 г. (рисунок 7).

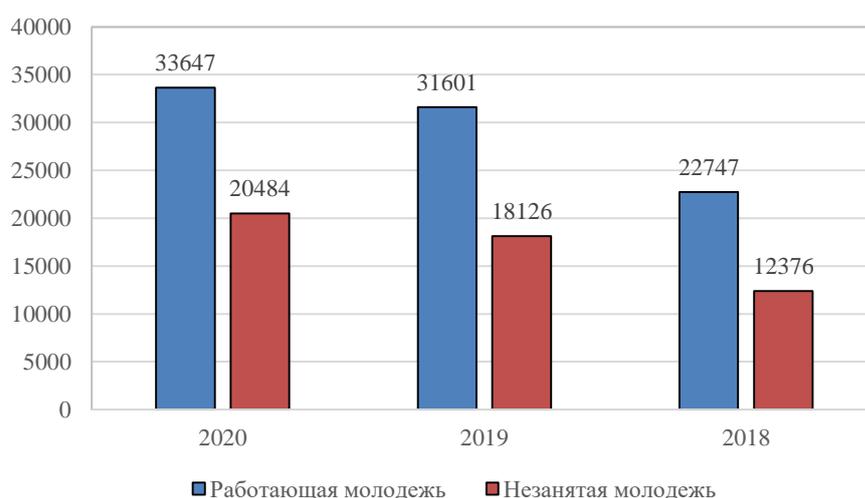


Рисунок 7 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации, с учетом статуса работающего (по РК за период 2018-2020 гг.)

На рисунке 7 видим, что по усредненным данным удельный вес обращений в медицинские организации безработной молодежи составил 36,5% (ДИ 33,3-39,7%).

В таблице 4 представлены данные о частоте обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации РК за период 2018-2020 гг., с учетом возраста и статуса работающего. В когорте безработной молодежи около половины из обратившихся в медицинские организации (56,6% в 2018 г., 57,1% в 2019 г., 50,9% в 2020 г.) составляют респонденты в возрасте 18-21 лет. Напротив, в когорте работающей молодежи около половины из обратившихся в медицинские организации (54,1% в 2018 г., 53,6% в 2019 г., 54,7% в 2020 г.) составляют респонденты более старшего возраста – 25-29 лет.

Таблица 4 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации, с учетом возраста и статуса работающего (по РК за период 2018-2020 гг.)

Возраст	Годы					
	2020		2019		2018	
	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу
<i>Работающая молодежь</i>						
18	2417	7,2	2544	8,1%	1669	7,3%
19	1868	5,6	2088	6,6%	1509	6,6%
20	1828	5,4	1845	5,8%	1464	6,4%
21	1992	5,9	1809	5,7%	1322	5,8%
22	2157	6,4	2000	6,3	1356	6,0
23	2383	7,1	2184	6,9	1499	6,6
24	2600	7,7	2198	7,0	1628	7,2
25	2951	8,8	2721	8,6	1935	8,5
26	3235	9,6	3039	9,6	2222	9,8
27	3907	11,6	3591	11,4	2544	11,2
28	3926	11,7	3674	11,6	2657	11,7
29	4383	13,0	3908	12,4	2942	12,9
<i>Незанятая молодежь</i>						
18	4279	20,9	4194	23,1	2717	22,0
19	2640	12,9	2866	15,8	1910	15,4
20	1928	9,4	1916	10,6	1366	11,0
21	1580	7,7	1375	7,6	1009	8,2
22	1277	6,2	1072	5,9	720	5,8
23	1177	5,7	969	5,3	673	5,4
24	1151	5,6	961	5,3	618	5,0
25	1132	5,5	878	4,8	602	4,9
26	1186	5,8	923	5,1	619	5,0
27	1364	6,7	936	5,2	676	5,5
28	1381	6,7	995	5,5	712	5,8
29	1389	6,8	1041	5,7	754	6,1

Таблица 5 показывает частоту обращений в медицинские организации РК в возрасте 18-29 лет за 2018-2020 гг. с учетом пола и статуса работающего. В когорте работающей молодежи больше половины из обратившихся в медицинские организации (67,2% в 2018 г., 66,3% в 2019 г., 64,3% в 2020 г.) составляют респонденты женского пола.

Таблица 5 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в МО, с учетом пола и статуса работающего (по РК за период 2018-2020 гг.)

Пол, статус		Годы					
		2020		2019		2018	
		частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу
<i>Мужчины</i>							
Статус работающего	да	10923	58,1	10745	58,9	7733	60,6
	нет	7874	41,9	7511	41,1	5035	39,4
<i>Женщины</i>							
Статус работающего	да	22724	64,3	20856	66,3	15014	67,2
	нет	12610	35,7	10615	33,7	7341	32,8

При этом в когорте работающей молодежи меньший процент из обратившихся в медицинские организации (60,6% в 2018 г., 58,9% в 2019 г., 58,1% в 2020 г.) составили респонденты мужского пола, что может гипотетически говорить о преобладании безработных молодых мужчин над женщинами.

В таблице 6 мы видим частоту обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации РК за период 2018-2020 гг., с учетом статуса обучающегося и статуса работающего.

Таблица 6 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в МО, с учетом статуса обучающегося и статуса работающего (по РК за период 2018-2020 гг.)

Статус		Годы					
		2020		2019		2018	
		частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу
<i>Учащийся</i>							
Статус работающего	да	2877	40,2	3015	39,8	2121	39,3
	нет	4284	59,8	4551	60,2	3279	60,7
<i>Не учащийся</i>							
Статус работающего	да	30770	65,5	28586	67,8	20626	69,4
	нет	16200	34,5	13575	32,2	9097	30,6

Согласно полученным данным, в когорте работающей молодежи меньше половины из обратившихся в медицинские организации (30,6% в 2018 г., 32,2% в 2019 г., 34,5% в 2020 г.) составила не обучающаяся молодежь. И, напротив, в когорте работающей молодежи около половины из обратившихся в медицинские организации (59,8% в 2018 г., 60,2% в 2019 г., 59,8% в 2020 г.) составляют респонденты в статусе не учащегося. Что говорит о связи обучения и работы.

В таблице 7 представлены данные о частоте обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации РК за период 2018-2020 гг., с учетом нозологических форм (основной диагноз) и статуса работающего.

Таблица 7 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в МО, с учетом нозологических форм (основной диагноз) и статуса работающего (по РК за период 2018-2020 гг.)

Статус		Годы					
		2020		2019		2018	
		частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу
1	2	3	4	5	6	7	
<i>Работающая молодежь</i>							
Основной диагноз	Код не указан	67	0,2	369	1,2	570	2,5
	A	221	0,7	224	0,7	152	0,7
	B	269	0,8	432	1,4	251	1,1
	C	332	1,0	355	1,1	248	1,1
	D	370	1,1	423	1,3	376	1,7
	E	729	2,2	767	2,4	643	2,8
	G	699	2,1	625	2,0	603	2,7
	H	642	1,9	902	2,9	827	3,6
	I	2306	6,9	2598	8,2	2476	10,9
	J	2977	8,8	4362	13,8	3548	15,6
	K	1560	4,6	1700	5,4	1290	5,7
	L	381	1,1	533	1,7	462	2,0
	M	906	2,7	956	3,0	849	3,7
	N	847	2,5	1189	3,8	1028	4,5
	O	285	0,8	326	1,0	387	1,7
	P	32	0,1	45	0,1	39	0,2
	Q	132	0,4	150	0,5	133	0,6
	R	215	0,6	207	0,7	107	0,5
	S	481	1,4	652	2,1	443	1,9
	T	155	0,5	120	0,4	111	0,5
	U	247	0,7	0	0	0	0
V	0	0	1	0	0	0	
W	10	0	17	0,1	11	0	
X	1	0	0	0	0	0	
Y	7	0	3	0	5	0	
Z	19776	58,8	14645	46,3	8188	36,0	
<i>Незанятая молодежь</i>							
Основной диагноз	Код не указан	40	0,2	211	1,2	313	2,5
	A	141	0,7	135	0,7	79	0,6
	B	179	0,9	289	1,6	138	1,1
	C	217	1,1	212	1,2	120	1,0
	D	223	1,1	228	1,3	183	1,5
	E	431	2,1	428	2,4	329	2,7
	G	0	0	0	0	1	0
	H	410	2,0	371	2,0	363	2,9
	I	354	1,7	471	2,6	475	3,8
	J	1475	7,2	1486	8,2	1361	11,0
	K	1770	8,6	2429	13,4	1903	15,4

Продолжение таблицы 7

1	2	3	4	5	6	7	8
	L	1018	5,0	969	5,3	697	5,6
	M	228	1,1	323	1,8	256	2,1
	N	597	2,9	559	3,1	474	3,8
	O	551	2,7	665	3,7	585	4,7
	P	163	0,8	181	1,0	207	1,7
	Q	22	0,1	30	0,2	26	0,2
	R	78	0,4	99	0,5	54	0,4
	S	128	0,6	126	0,7	55	0,4
	T	285	1,4	398	2,2	231	1,9
	U	100	0,5	65	0,4	56	0,5
	V	148	0,7	0	0	0	0
	W	0	0	0	0	1	0
	X	6	0	5	0	3	0
	Y	4	0	4	0	1	0
	Z	11916	58,2	8442	46,6	4465	36,1

В группе безработной молодежи наиболее часто среди обратившихся в медицинские организации (15,4% в 2018 г., 13,4% в 2019 г., 8,7% в 2020 г.) встречается нозология с кодом «К» (болезни органов пищеварения). При этом в когорте работающей молодежи наиболее часто из обратившихся в медицинские организации (15,6% в 2018 г., 13,8% в 2019 г., 8,8% в 2020 г.) встречалась нозология с кодом «J» (болезни органов дыхания). Данный код у безработной молодежи занимает вторую позицию по частоте, кодировка заболеваний согласно классификации групп заболеваний по МКБ-10 (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)).

Таблица 8 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в МО, с учетом нозологических форм (сопутствующий диагноз) и статуса работающего (по РК за период 2018-2020 гг.)

Статус	2020 год		2019 год		2018 год		
	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	
1	2	3	4	5	6	7	
<i>Работающая молодежь</i>							
Сопутствующий диагноз	A	1	0,1	3	0,3	0	0
	B	9	1,0	8	0,9	5	0,6
	C	5	0,6	3	0,3	3	0,4
	D	32	3,7	11	1,2	18	2,2
	E	71	8,2	67	7,2	72	8,7
	G	38	4,4	39	4,2	20	2,4
	H	56	6,4	85	9,1	73	8,8
	I	140	16,1	162	17,3	187	22,6
	J	74	8,5	68	7,3	79	9,5
	K	80	9,2	64	6,8	61	7,4

Продолжение таблицы 8

1	2	3	4	5	6	7	
	L	10	1,2	16	1,7	12	1,4
	M	69	7,9	53	5,7	48	5,8
	N	63	7,2	94	10,1	64	7,7
	O	34	3,9	52	5,6	37	4,5
	P	3	0,3	2	0,2	0	0
	Q	9	1,0	8	0,9	5	0,6
	R	11	1,3	14	1,5	5	0,6
	S	1	0,1	5	0,5	2	0,2
	T	3	0,3	1	0,1	0	0
	U	4	0,5	0	0	0	0
	W	0	0	0	0	1	0,1
	Y	1	0,1	0	0	0	0
Z	155	17,8	180	19,3	137	16,5	
<i>Незанятая молодежь</i>							
Сопутствующий диагноз	A	0	0	2	0,4	1	0,2
	B	4	0,8	6	1,1	2	0,4
	C	5	1,0	3	0,5	1	0,2
	D	17	3,4	16	2,9	14	2,9
	E	43	8,5	46	8,2	37	7,6
	G	16	3,2	15	2,7	8	1,6
	H	43	8,5	44	7,9	53	10,9
	I	79	15,6	91	16,3	115	23,6
	J	33	6,5	43	7,7	39	8,0
	K	43	8,5	44	7,9	31	6,4
	L	10	2,0	17	3,0	9	1,8
	M	26	5,1	35	6,3	31	6,4
	N	39	7,7	43	7,7	46	9,4
	O	25	4,9	31	5,6	21	4,3
	P	1	0,2	0	0	1	0,2
	Q	9	1,8	4	0,7	2	0,4
	R	7	1,4	4	0,7	2	0,4
	S	0	0	3	0,5	4	0,8
	T	0	0	0	0	1	0,2
	U	4	0,8	0	0	0	0
W	0	0	0	0	2	0,4	
Z	103	20,3	111	19,9	68	13,9	

В таблице 8 представлены данные о частоте обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации РК за период 2018-2020 гг. с учетом нозологических форм (сопутствующий диагноз) и статуса работающего.

В группе безработной молодежи наиболее часто среди обратившихся в медицинские организации (23,6% в 2018 г., 16,3% в 2019 г., 15,6% в 2020 г.) встречается нозология с кодом «I» (болезни системы кровообращения). Также в когорте работающей молодежи наиболее часто из обратившихся в медицинские организации (22,6% в 2018 г., 17,3% в 2019 г., 16,1% в 2020 г.) встречается нозология с кодом «I» (болезни системы кровообращения). Вторую позицию

занимает код «Н» (болезни уха и сосцевидного отростка) среди безработных молодых людей и код «К» (болезни органов пищеварения) среди работающих молодых людей.

Таблица 9 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в МО, с учетом нозологических форм (диагноз осложнения) и статуса работающего (по РК за период 2018-2020 гг.)

Статус		Годы					
		2020		2019		2018	
		частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу
<i>Работающая молодежь</i>							
Диагноз осложнения	В	0	0	0	0	1	1,2
	С	2	5,6	1	1,7	0	0
	D	0	0	1	1,7	3	3,7
	E	1	2,8	2	3,3	1	1,2
	G	2	5,6	1	1,7	0	0
	Н	6	16,7	6	10,0	15	18,5
	I	11	30,6	6	10,0	15	18,5
	J	6	16,7	2	3,3	6	7,4
	К	0	0	16	26,7	20	24,7
	L	1	2,8	1	1,7	1	1,2
	M	1	2,8	2	3,3	2	2,5
	N	1	2,8	4	6,7	7	8,6
	O	0	0	12	20,0	4	4,9
	Q	0	0	1	1,7	0	0
	R	3	8,3	0	0	1	1,2
S	0	0	1	1,7	0	0	
Z	2	5,6	4	6,7	5	6,2%	
<i>Незаятная молодежь</i>							
Диагноз осложнения	В	0	0	0	0	1	2,7
	D	2	10,0	1	2,8	0	0
	E	0	0	0	0	1	2,7
	G	0	0	2	5,6	1	2,7
	Н	0	0	6	16,7	4	10,8
	I	7	35,0	4	11,1	6	16,2
	J	1	5,0	3	8,3	9	24,3
	К	0	0	9	25,0	7	18,9
	L	1	5,0	1	2,8	1	2,7
	M	2	10,0	2	5,6	0	0
	N	3	15,0	1	2,8	2	5,4
	O	2	10,0	1	2,8	5	13,5
	Q	2	10,0	0	0	0	0
R	0	0	2	5,6	0	0	
Z	0	0	4	11,1	0	0	

В таблице 9 представлены данные о частоте обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации РК за период 2018-2020 гг., с учетом нозологических форм (диагноз осложнения) и статуса работающего. В

группе безработной молодежи наиболее часто среди обратившихся в медицинские организации (15,4% в 2018 г., 13,4% в 2019 г., 8,7% в 2020 г.) встречается диагноз осложнения с кодом «К» (болезни органов пищеварения).

При этом в когорте работающей молодежи наиболее часто из обратившихся в медицинские организации (15,6% в 2018 г., 13,8% в 2019 г., 8,8% в 2020 г.) встречается диагноз осложнения с кодом «J» (болезни органов дыхания). Данный код у безработной молодежи занимает вторую позицию по частоте.

В таблице 10 представлены данные о частоте обращений населения в возрасте 18-29 лет в медицинские организации РК за период 2018-2020 гг. с учетом административных единиц и статуса работающего. Данные по регионам имеют влияние в зависимости от года внедрения системы Дамумед.

Таблица 10 – Частота обращений населения в возрасте 18-29 лет в МО, с учетом административных единиц (по РК за период 2018-2020 гг.)

Административные единицы		Год					
		2020		2019		2018	
		частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу	частоты	% по столбцу
1		2	3	4	5	6	7
<i>Работающая молодежь</i>							
Регион	Акмолинская область	1571	4,7	1431	4,5	1429	6,3
	Актюбинская область	1271	3,8	1126	3,6	991	4,4
	Алматинская область	976	2,9	3777	12,0	85	0,4
	Атырауская область	459	1,4	2	0	0	0
	ЗКО	459	1,4	1	0	0	0
	Жамбылская область	2007	6,0	1654	5,2	467	2,1
	Карагандинская обл.	3161	9,4	3060	9,7	2936	12,9
	Костанайская область	1365	4,1	1237	3,9	1192	5,2
	КЗО	2466	7,3	2165	6,9	1721	7,6
	Мангистауская обл.	1398	4,2	1221	3,9	1304	5,7
	Туркестанская обл.	6242	18,6	4818	15,2	3959	17,4
	Павлодарская обл.	1692	5,0	1564	4,9	1411	6,2
	СКО	475	1,4	238	0,8	336	1,5
	ВКО	2437	7,2	2078	6,6	1600	7,0
	г. Алматы	3587	10,7	3774	11,9	2366	10,4
	г. Нур-Султан	1755	5,2	1702	5,4	1268	5,6
	г. Шымкент	2326	6,9	1753	5,5	1682	7,4
<i>Незанятая молодежь</i>							
Регион	Акмолинская область	701	3,4	650	3,6	679	5,5
	Актюбинская область	599	2,9	562	3,1	462	3,7
	Алматинская область	1133	5,5	2350	13,0	45	0,4
	Атырауская область	859	4,2	5	0	0	0
	ЗКО	859	4,2	7	0	0	0
	Жамбылская область	1478	7,2	1207	6,7	231	1,9
	Карагандинская обл.	1440	7,0	1355	7,5	1372	11,1
	Костанайская область	687	3,4	631	3,5	610	4,9

Продолжение таблицы 10

1	2	3	4	5	6	7
КЗО	1321	6,4	1170	6,5	915	7,4
Мангистауская обл.	498	2,4	400	2,2	442	3,6
Туркестанская обл.	3175	15,5	2517	13,9	1997	16,1
Павлодарская обл.	849	4,1	852	4,7	700	5,7
СКО	394	1,9	225	1,2	277	2,2
ВКО	2001	9,8	1787	9,9	1400	11,3
г. Алматы	2118	10,3	2359	13,0	1358	11,0
г. Нур-Султан	886	4,3	881	4,9	690	5,6
г. Шымкент	1486	7,3	1168	6,4	1198	9,7

В когорте безработной молодежи около половины из обратившихся в медицинские организации (16,0% в 2018 г., 13,9% в 2019 г., 15,5% в 2020 г.) составляют респонденты с Туркестанской области, примерно такого же уровня молодые безработные с Карагандинской области, г. Алматы (11,0% в 2018 г., 13,0% в 2019 г., 10,3% в 2020 г.). Что объясняется и высокими показателями уровня безработицы в данных регионах.

При этом почти одинаково, в когорте работающей молодежи большая часть из обратившихся в медицинские организации (18,6% в 2018 г., 15,2% в 2019 г., 17,4% в 2020 г.) составляют респонденты с Туркестанской области. Другими лидирующими регионами являются Карагандинская область, г. Алматы.

Таким образом, при описании полученных данных мы отмечаем различия по гендерному распределению, по социальному статусу, что подтверждает выдвинутые теории. Также основные показатели приходятся на густонаселенные регионы. Среди заболевших молодых безработных больше половины имеют статус диагноза как впервые поставленного.

*Анализ популяционных данных (по материалам формы №12 и материалам РПН «Реестр свидетельств о смерти»)*

Отдельно нужно сказать об учете случаев заболеваний и терминальных исходов в молодежной популяции Казахстана.

В официальной форме №12 (текущая №15) «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением» предусмотрена информация о зарегистрированных случаях заболеваний (в т. ч. первичных) в отчетном году в возрастной когорте населения от 14 до 28 лет включительно: с учетом наименований классов и отдельных болезней, а также с учетом полового признака. Данная минимальная стратификация не представляет возможным проведение полноценного анализа заболеваемости с учетом статуса (работающий/незанятой) молодежи.

Принимая во внимание полученные нами результаты при исследовании материалов системы Damimed, свидетельствующие о том, что обращаемость незанятой молодежи в медицинские организации составляет 36,5% (ДИ 33,3 -

39,7%) всех случаев, можно сделать предположение (исключительно гипотетическое, требующее дополнительного исследования, в целях подтверждения гипотезы!), что частота встречаемости первичных заболеваний среди безработной молодежи может составить около 1/3 от всех констатированных в изучаемый период случаев: более 575000 в 2018 г., более 543000 в 2019 г. и более 483000 в 2020 г.

На рисунке 8 представлены данные о частоте первичных заболеваний и показатель заболеваемости населения в возрасте 14-28 лет (по РК за период 2018-2020 гг.) и прогнозные оценки на ближайшую перспективу. В обоих показателях отмечается прогнозное снижение частоты первичных заболеваний и показатель заболеваемости населения в возрасте 14-28 лет.

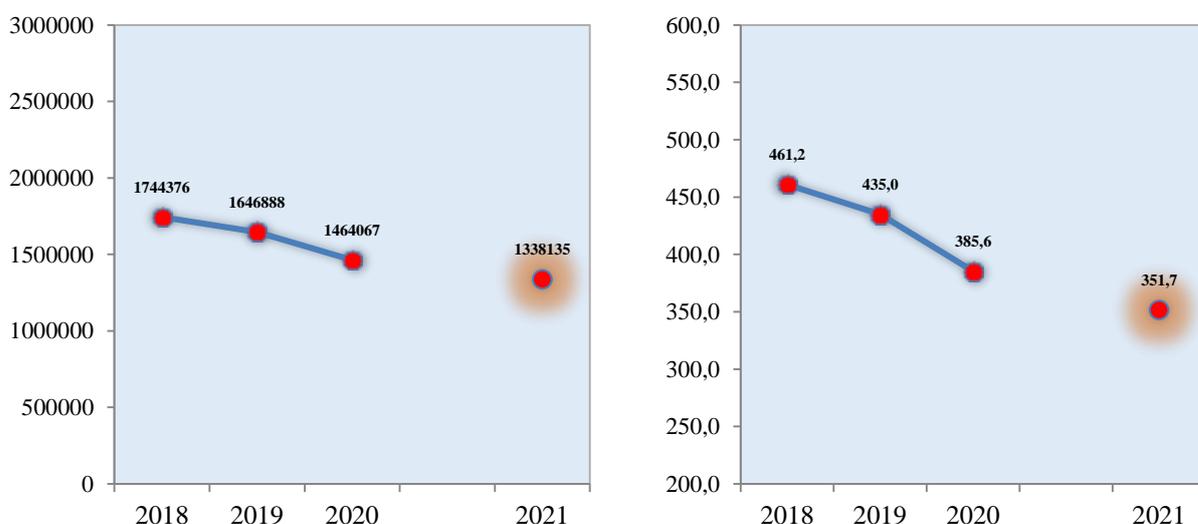


Рисунок 8 – Частота первичных заболеваний и показатель заболеваемости населения на 100 тыс. населения в возрасте 14-28 лет (по РК за период 2018-2020 гг.) и прогнозные оценки на ближайшую перспективу

Данный показатель, может зависеть от обращаемости данной возрастной категории населения. Отмечается, что молодые люди неохотно посещают медицинские организации.

На рисунке 9 представлены показатели смертности среди населения в возрастных группах 14-29 лет и 18-29 лет (по РК за период 2018-2020 гг.) и прогнозные оценки на ближайшую перспективу. В когорте молодежи 18-29 лет показатель смерти выше (0,468 в 2018 г., 0,459 в 2019 г., 0,54 в 2020 г.), и прогнозная оценка на 2021 составляет 0,561. При этом в когорте молодежи 14-29 лет показатели смертности расположились в следующем порядке (0,487 в 2018 г., 0,461% в 2019 г., 0,530 в 2020 г.) и прогнозная оценка на 2021 составляет 0,536, что в сравнении меньше на 5 единиц, чем в первой группе.

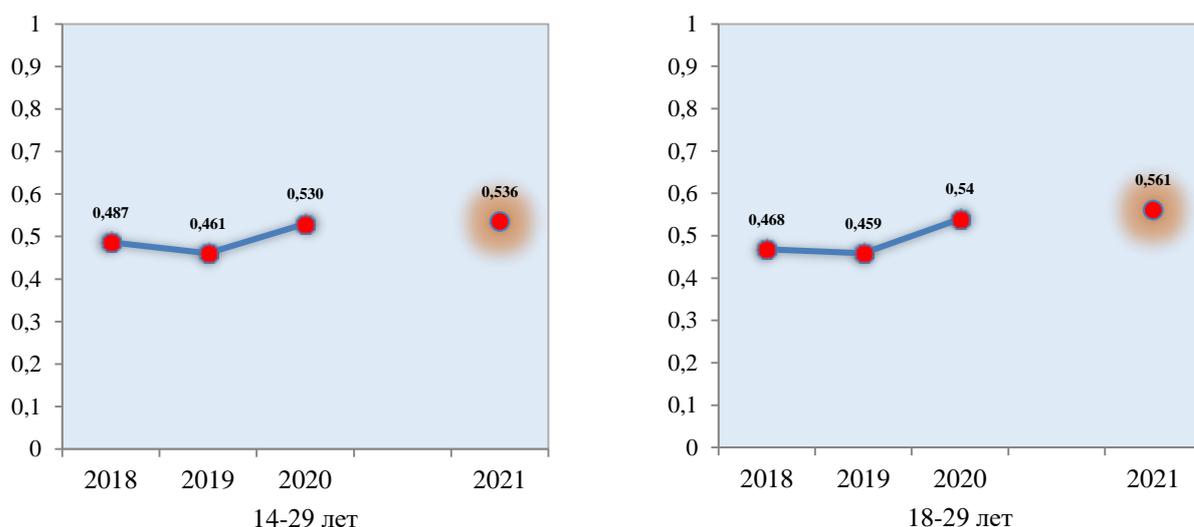


Рисунок 9 – Показатель смертности среди населения на 100 тыс. населения в возрастных группах 14-29 лет и 18-29 лет (по РК за период 2018-2020 гг.) и прогнозные оценки на ближайшую перспективу

Таблица 11 – Средние и медианы времени дожития населения в возрастных группах 14-29 лет и 18-29 лет (по РК за период 2018-2020 гг.)

Средние и медианы времени дожития								
Годы	среднее				медиана			
	оценка	ст. ошибка	95% доверительный интервал		оценка	ст. ошибка	95% доверительный интервал	
			нижняя граница	верхняя граница			нижняя граница	верхняя граница
<i>Возрастная группа 14-29 лет</i>								
2020	23,304	0,096	23,116	23,491	24,000	0,141	23,724	24,276
2019	23,397	0,101	23,199	23,594	24,000	0,147	23,713	24,287
2018	23,532	0,100	23,336	23,727	25,000	0,148	24,711	25,289
Всего	23,408	0,057	23,296	23,519	24,000	0,084	23,835	24,165
<i>Возрастная группа 18-29 лет</i>								
2020	24,000	0,077	23,849	24,151	24,000	0,122	23,761	24,239
2019	23,929	0,081	23,770	24,087	24,000	0,126	23,752	24,248
2018	24,104	0,080	23,947	24,261	25,000	0,126	24,754	25,246
Всего	24,012	0,046	23,922	24,101	24,000	0,072	23,858	24,142

Таблица 11 показывает средние и медианы времени дожития населения в возрастных группах 14-29 и 18-29 лет (по РК за период 2018-2020 гг.), в группе 18-29 лет медиана времени дожития меньше чем в группе 14-29 лет. При этом динамика выживаемости в указанных группах не существенна: значение величины «р» в критериях Log Rank, Breslow и Tarone-Ware более 0,005.

Для выполнения анализа выживаемости по годам использовался метод Каплана-Мейера: рассчитывались средние и медианы времени дожития. Временная переменная – возраст (возрастное дожитие). Все случаи смертельных исходов являлись не цензурированными. Изучались особенности

выживаемости в зависимости от года констатации смерти (2018 г., 2019 г. и 2020 г.). Для оценки различий в выживаемости по годам применялись тесты Log Rank, Breslow и Tarone-Ware. Нулевую гипотезу (об отсутствии различий) отвергали в случае  $p < 0,05$ .

В результате сравнения нескольких показателей при обращаемости молодежи с разным социальным статусом, отмечаются гендерные, возрастные различия, а также отличие прогнозов по смертности, где показатель выше у группы людей 18-29 лет, а также отмечаются различия в обращаемости безработных молодых людей, которые составляют 1/3 из общего количества обратившихся молодых людей в медицинские организации ПМСП.

#### *Влияние безработицы на здоровье молодых людей*

В исследовании приняли участие 669 человек, среди которых женщин – 69,2%, мужчин – 30,8%, Средний возраст участников составил  $26.0 \pm 6.34$ . Участниками исследования стали люди со всех регионов Казахстана, большая часть (42%) из г. Нур-Султан, 14% из Акмолинской области. Социодемографические данные представлены в главе 2.

Результаты опроса показали, что потеря работы особенно пагубно сказывается на субъективном восприятии социальной интеграции, удовлетворенности жизнью, доступе к экономическим ресурсам и психическом здоровье человека.

Среди мужчин доля безработной молодежи составила 24,8%, тогда как среди женщин – 22,6%, однако достоверных различий не было обнаружено ( $p=0.578$ ). Достоверных различий по уровню безработицы по семейному положению также не было обнаружено ( $p=0.462$ ). Наибольшее количество безработной молодежи наблюдалось среди граждан, проживающих в сельской местности (21,6%), более того: 41,6% сельской молодежи были безработными ( $p < 0.05$ ).

С целью оценки валидности шкалы и получения достоверных ответов был проведен опрос среди рабочих и оценены психометрические характеристики шкалы, что отображено в таблице 12. Количество опрошенных – 496, статистический показатель Альфа Кронбаха = 0.923 (сильная валидность). Коэффициент корреляции каждого пункта к общей шкале  $> 0,3$ , что указывает на значимость каждого пункта в структуре шкалы.

Таблица 12 – Валидизация опросника среди респондентов

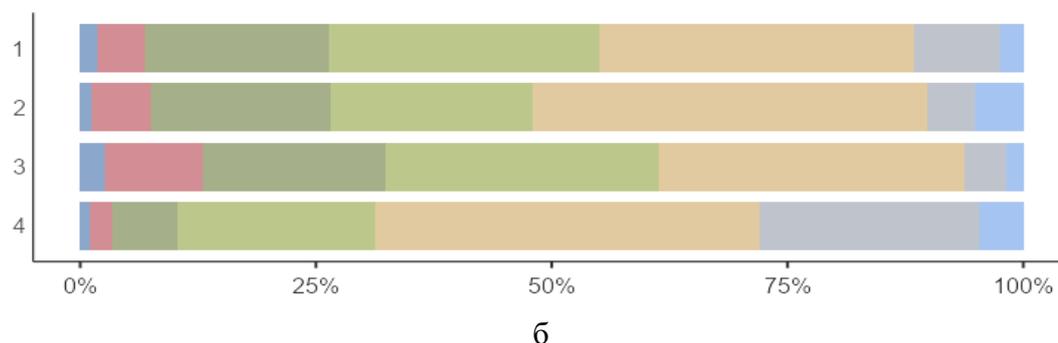
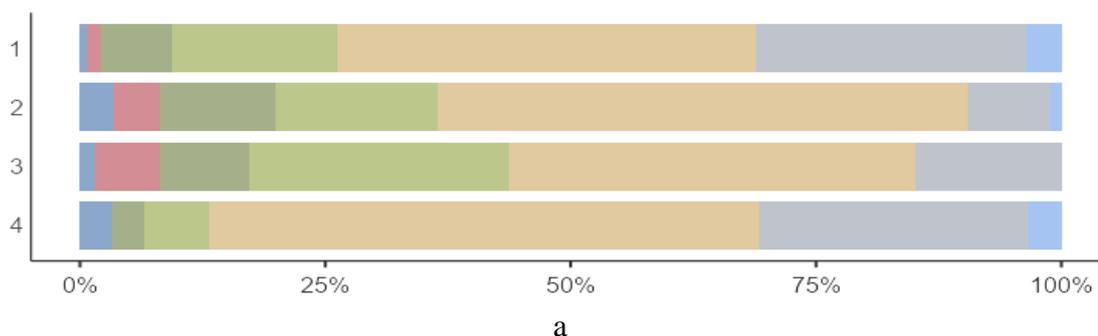
Среднее	Стандартное отклонение	Асимметрия	Эксцесс	Корреляция пункта к общей шкале	Альфа Кронбаха, если пункт удален
1	2	3	4	5	6
3.36	0.859	-0.143	0.515	0.600	0.920
3.43	0.859	-0.226	0.431	0.673	0.917
3.38	0.883	-0.295	0.559	0.640	0.918
3.53	0.868	-0.208	0.225	0.722	0.916
3.53	0.833	-0.233	0.417	0.708	0.916
4.04	0.899	-0.715	0.192	0.591	0.920

Продолжение таблицы 12

1	2	3	4	5	6
3.41	1.048	-0.321	-0.306	0.707	0.916
3.54	0.885	-0.177	-0.019	0.772	0.914
3.42	1.010	-0.328	-0.075	0.602	0.920
3.33	0.836	-0.213	0.589	0.718	0.916
3.48	1.056	-0.443	-0.096	0.524	0.923
3.87	0.895	-0.389	-0.337	0.527	0.922
3.66	0.878	-0.337	0.055	0.661	0.918
3.62	0.778	-0.273	0.377	0.773	0.915

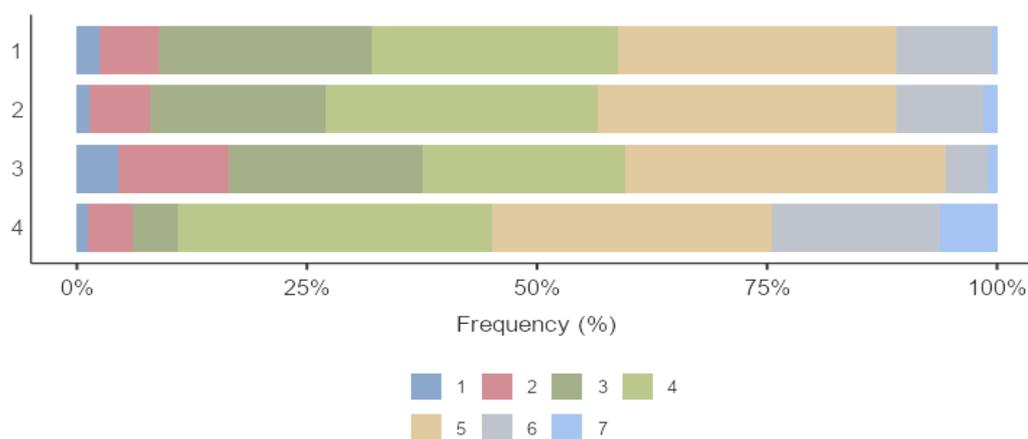
По результатам оценки валидности шкалы были получены показатели с сильной валидностью, что доказывает достоверность ответов респондентов и эффективную применимость данного опросника.

Согласно рисунка 10, при регрессионном анализе было выявлено достоверная связь между социальным статусом и уровнем образования респондентов ( $\beta=0.221$ ,  $R^2=0.0489$ ,  $p<0.001$ ), образованием матери ( $\beta=0.139$ ,  $R^2=0.0194$ ,  $p=0.002$ ), и уровнем образования отца ( $\beta=0.119$ ,  $R^2=0.0141$ ,  $p=0.010$ ), однако при многомерном регрессионном анализе достоверным результатов был только уровень образования самих респондентов ( $\beta=0.2149$ ,  $R^2=0.0657$ ,  $p<0.001$ ).



а – работающий: 1 - образование матери, 2 - образование отца, 3 - образование самого респондента, 4 – село, 5 – город, 6 – замужем/женат, 7 – не замужем/женат; б – не работает, но учится: 1 - образование матери, 2 - образование отца, 3 - образование самого респондента, 4 – село, 5 – город, 6 – замужем/женат, 7 – не замужем/женат

Рисунок 10 – Уровень образования респондентов и их родителей в зависимости от социального статуса, лист 1



в

в – не работает, не учиться: 1 - образование матери, 2 - образование отца, 3 - образование самого респондента, 4 – село, 5 – город, 6 – замужем/женат, 7 – не замужем/женат

Рисунок 10, лист 2

Более того, своим образованием менее довольными оказались безработные респонденты (67%), тогда как в других группах данный показатель варьировал в пределах 78-80%. ( $p > 0.05$ ).

В таблице 13 предоставлены предикторы безработицы (регрессионный анализ - логистическая регрессия), где особенно отмечаются такие факторы, как госпитализация, вакцинация, скорее последствие безработицы в связи с чем, за возможные предикторы были взяты следующие показатели: общая модель:  $R^2 = 0.228$ ,  $\chi^2 = 81.397$ ,  $p < 0.001$

Таблица 13 – Социальный статус, как предиктор при сопутствующих факторах

Предикторы		EXP(B)	p
Intercept		2.323	<0.001
Пол	Женщины по отношению к мужчинам	1.001	0.997
Возраст		0.982	0.469
Семейное положение	Не замужние / не женатые по отношению к замужним / женатым	1.764	0.035
Уровень образования респондента		0.697	0.004
Уровень образования матери респондента		0.959	0.772
Уровень образования отца респондента		1.199	0.133
Учебное заведение	Медицинское по отношению к другое	1.102	0.825
	Техническое по отношению к другое	5.151	<0.001
	Гуманитарное по отношению к другое	3.464	0.004
Род занятия	1 по отношению к 5	0.233	0.001
	2 по отношению к 5	0.345	0.017
	3 по отношению к 5	0.429	0.083
	4 по отношению к 5	0.433	0.083
Курение	Да по отношению к нет	0.898	0.766
Алкоголь	Да по отношению к нет	0.676	0.198

Реже всего о полной и устойчивой занятости говорят лица, имеющие незаконченное высшее, среднее и неполное среднее образование. Уровень безработицы наиболее высок среди лиц, имеющих неполное среднее и общее среднее образование.

Согласно полученных данных, 35,5% безработной молодежи не были прикреплены к поликлиникам, тогда как среди других групп исследуемых данный показатель варьировал в пределах 9,0-19,1%, при этом больше всего прикрепленных респондентов были среди трудоустроенных ( $p < 0.001$ ). Удовлетворенность оказанием медицинской помощи была примерно одинаковой среди исследуемых групп ( $p = 0.881$ ). Наименьшее количество вакцинированных от COVID-19 были безработные респонденты (50%),  $p < 0.001$ . По вопросам об образовании получены следующие результаты: Образование респондентов, но не их родителей, было предиктором госпитализации (бета=0.124,  $R^2=0.0154$ ,  $p=0.004$ ).

Социальный статус был достоверным предиктором вакцинации (бета=-0.225,  $R^2=0.0507$ ,  $p < 0.001$ ). Образование матери, но не отца было предиктором социального статуса (бета=0.132,  $R^2=0.0239$ ,  $p=0.019$ ). Социальный статус был достоверным предиктором употребления алкоголя (бета=-0.0908,  $R^2=0.00824$ ,  $p=0.037$ ).

Безработная молодежь чаще отмечала проблемы со здоровьем за последний год (42,3%), чем в других социальных группах (35,6-37,8%), однако данная разница не была достоверной ( $p=0.724$ ). Аналогичная ситуация наблюдалась при оценке частоты хронических заболеваний ( $p=0.365$ ). Однако, безработных респондентов (16,1%) чаще госпитализировали в сравнении с другими группами (2,2-13,0%),  $p=0.010$ . Распределение таких вредных привычек, как курение и употребление алкоголя, не имела достоверной разницы между группами ( $p=0.180$ ).

В таблице 14 представлены данные по чувству поддержки со стороны государства, семьи и близких/друзей среди 4 групп респондентов по социальному статусу. Нетрудоустроенные и не обучающиеся участники исследования ( $n=125$ ) достоверно ниже ощущают социальную поддержку ( $p < 0.05$ ). Это обусловлено тем, что от молодых людей требуют финансовой поддержки, со школы идет навязывание специальности, по которой будущий специалист или не имеет желаний работать или не имеет способностей.

Таблица 14 – Распределение по чувству поддержки

Социальный статус	Поддержка со стороны (%)		
	государства ( $n=530$ )	семьи ( $n=533$ )	близких/друзей ( $n=532$ )
Трудоустроенный, %	25	77,3	56,6
Не трудоустроенный/обучающийся, %	28	95,3	74,1
Не трудоустроенный/не обучающийся, %	18	76,0	53,6
Трудоустроенный/обучающийся, %	23	88,9	70,0
P-значение	0.006	<0.001	0.009

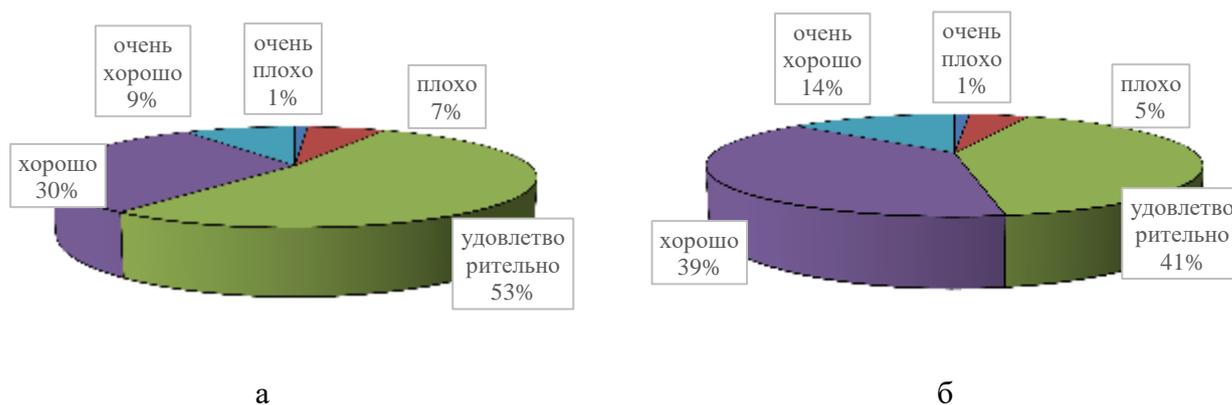
Результаты социологического опроса показали, что большинство безработных молодых людей городской местности имеют высшее образование, при этом ни один из опрошенных респондентов не состоит на учете в центре занятости. Имеются болезни опорно-двигательной, дыхательной системы. Среди опрошенных 1/3 имеют вредные привычки, в частности, превалирует употребление алкоголя. Проведенный опрос показал, что уровень молодежной безработицы в стране высокий, имеются системные причины, приводящие к этому явлению, а также отмечается влияние на состояние здоровья молодых людей.

Таким образом, полученные данные показали, что безработица препятствует удовлетворению психосоциальных потребностей, которые обычно связаны с занятостью, таких как социальный статус и более высокая самооценочность. Последствия потери работы носят долгосрочный характер, усиливаются по мере увеличения продолжительности безработицы и сохраняются после повторного трудоустройства.

### 3.3 Качество жизни безработных молодых людей

Качество жизни оценивалось с помощью опросника Q-LES-Q. Опросник качества жизни, удовольствия и удовлетворенности (Q-LES-Q) представляет собой средство самоотчета, предназначенное для того, чтобы исследователи могли легко получить чувствительные измерения степени удовольствия и удовлетворения, испытываемых испытуемыми в различных областях повседневной деятельности.

Всего в исследовании приняло участие 669 респондентов. Из них: 485 занятых (работа/учеба) респондентов и 184 – неорганизованных.



а – не работают/не учатся; б – работают/учатся

Рисунок 11 – Как бы вы оценили свою общую удовлетворенность жизнью за последнюю неделю?

На рисунке 11 показаны варианты ответов на вопрос «Как бы вы оценили свою общую удовлетворенность жизнью за последнюю неделю?» среди безработной и занятой молодежи от 18-29 лет.

Безработные на 53% оценивают удовлетворительно, что на 12 единиц выше, чем у занятых, которые больше на 9% оцениваю более высокой оценкой «хорошо». Значение «очень плохо» одинаково в обоих случаях.

При проведении интервьюирования респондентов занятые молодые люди ощущают более стабильное положение, что позволяет им не беспокоиться о ряде повседневных вещей. В отличие от них безработные имеют более выраженную обеспокоенность, которое сопровождается эмоциональным воздействием.

При этом ухудшение общего уровня качества жизни отмечается чаще у безработных молодых людей, чем у занятых, и имеет обосновывающую базу данных и по литературным источникам.

На рисунках 12 и 13 отражено распределение ответов респондентов. Согласно правилам интерпретации шкалы Q-LES-Q, показатели распределены от 14 до 70, где 14 - это наихудший показатель. В результате оценки ответов респондентов наихудшие показатели удовлетворенности присутствуют в вопросах, касающихся качества «жилищной ситуации, физического здоровья, экономическим состоянием», и наоборот, более высокие результаты удовлетворенности показали разделы «домашние дела и социальные отношения».

В таблице 15 представлена описательная статистика для интегрального показателя качества жизни (согласно Q-LES-Q).

С помощью критерия Манна-Уитни проведена оценка различий средних показателей качества жизни в группах работающей и незанятой молодежи: разница статистически значима ( $U=36878.5$ ,  $Z=-3.472$ ,  $p=0.001$ ).

Таблица 15 – Описательная статистика для интегрального показателя качества жизни (согласно Q-LES-Q)

Статистический показатель	Социальный статус	
	работают/учатся	не работают/не учатся
Среднее	49,40	47,09
Стандартная ошибка среднего значения	0,405	0,544
Медиана	49,0	45,0
Мода	42	42
Дисперсия	79,531	54,521
Минимум	16	31
Максимум	70	70
Процентили	25	43,0
	50	49,0
	75	56,0

*Оценка связей/зависимостей качества жизни безработных молодых людей с некоторыми изучаемыми характеристиками (предикторами)*

Для оценки связей/зависимостей использовалась множественная регрессия. Зависимой являлась количественная переменная «Интегральный показатель качества жизни (согласно Q-LES-Q)».

Принимая во внимание все обстоятельства, за последнюю неделю насколько вы довольны своим ...

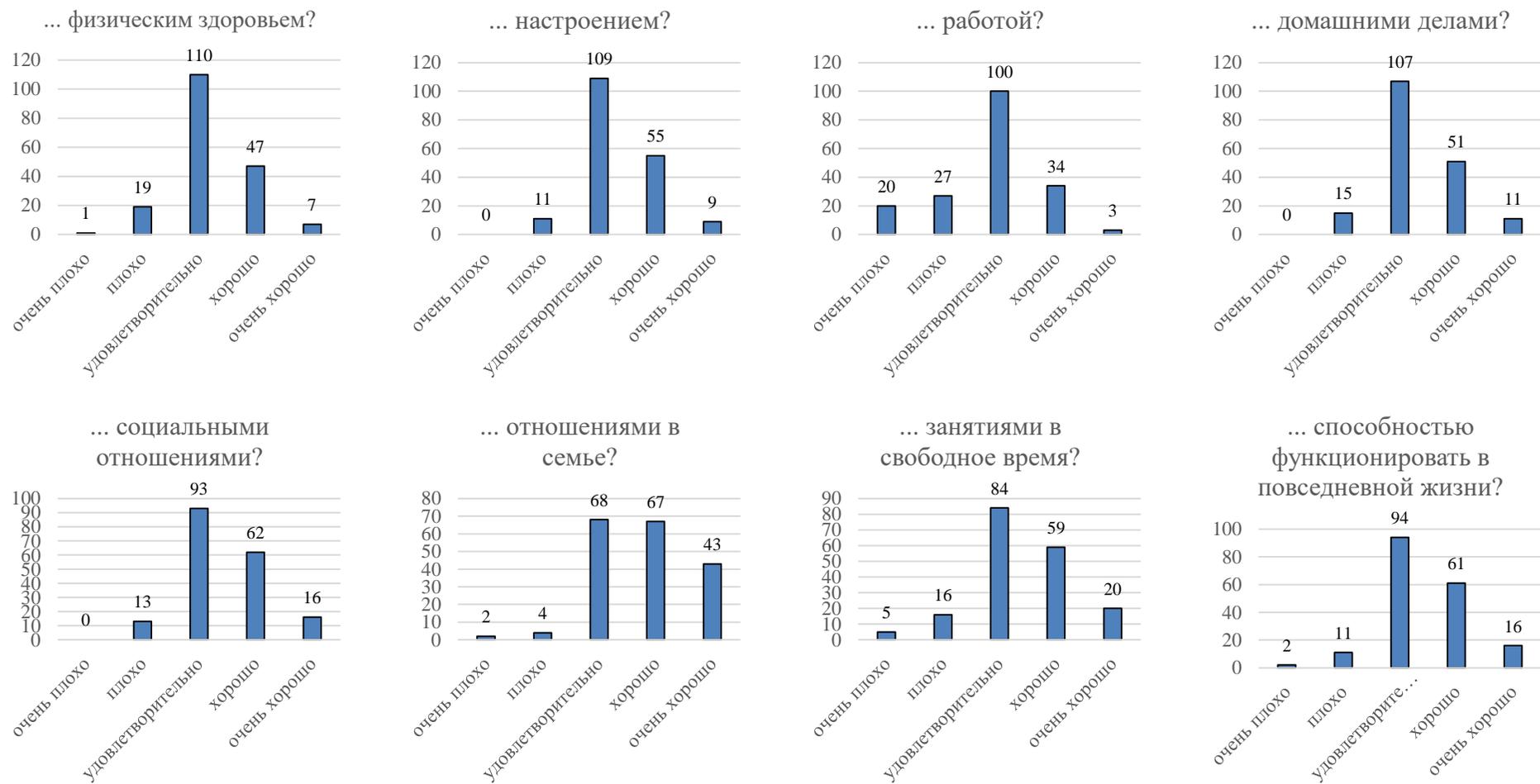


Рисунок 12 – Распределение ответов респондентов

Принимая во внимание все обстоятельства, за последнюю неделю насколько вы довольны своим ...

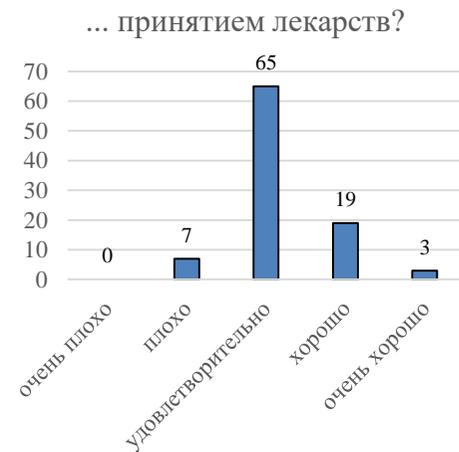
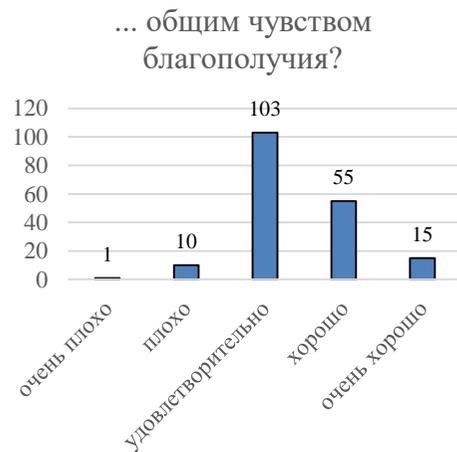
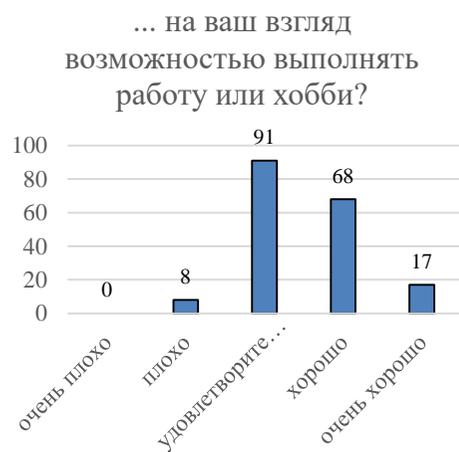
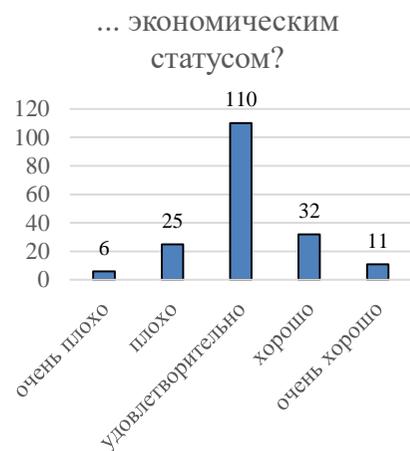
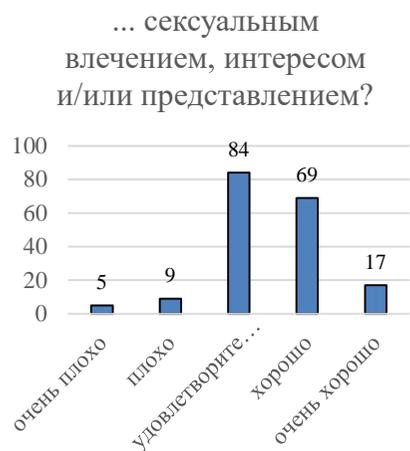


Рисунок 13 – Распределение ответов респондентов

Анализировались следующие интересующие нас предполагаемые предикторы, способные, на наш взгляд, повлиять на качество жизни безработной молодежи: «Пол», «Возраст», «Семейное положение», «Регион проживания», «Место жительства», «Время безработицы», «Уровень образования», «Образование матери», «Образование отца», «Удовлетворенность своим образованием», «Род деятельности», «Длительность сна», «Время использования социальных медиа», «Физическая активность», «Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы», «Позиционирование с социально-экономическим классом», «Факт заболевания COVID-19», «Ощущение поддержки со стороны государства», «Ощущение поддержки со стороны семьи-родителей», «Ощущение поддержки со стороны друзей», «Оценка своего (текущего) финансового состояния», «Проблемы со здоровьем за последний год», «Наличие хронических заболеваний», «Факт госпитализации за последний год», «Факт курения», «Факт употребления алкоголя».

Использовался метод пошагового включения, при котором переменные вводились в модель по очереди до тех пор, пока уравнение регрессии не стало удовлетворительным, а модель корректной.

Всего понадобилось 7 шагов для отбора предикторов, которые вносят статистически значимый вклад в предсказательную способность модели. Мера R-квадрат составила 0,582, что говорит о том, что с помощью предикторных переменных можно объяснить около 58% вариаций частоты зависимой переменной (качества жизни безработной молодежи). Переменные протестированы на предмет «сильной» связи: мультиколлинеарности нет. Значение Дурбин-Уотсон составило 1.858: автокорреляции нет.

По результатам регрессионного анализа в модель включены такие предикторы, как «Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы ( $b=1.670$ ,  $p=0,079$ )», «Факт употребления алкоголя ( $b=2.861$ ,  $p=0,063$ )», «Регион проживания  $b=0.379$ ,  $p=0,009$ », «Ощущение поддержки со стороны государства  $b=-5.309$ ,  $p=0,009$ », «Оценка своего (текущего) финансового состояния  $b=2.127$ ,  $p=0,012$ », «Семейное положение  $b=4,624$   $p=0,003$ » и «Род деятельности  $b=-1.115$ ,  $p=0,049$ » (рисунок 14). Остальные предикторы, согласно результатам анализа, были исключены, в связи с их незначимостью.

Таким образом, при оценке качества жизни безработной молодежи достоверными предикторами уровня удовлетворенности качеством жизни были: поддержка на государственном уровне, уровень финансового благополучия и удовлетворенность качеством медицинской помощи.

Сводка для модели					
Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки	
1	,492	,242	,231	7,053	
2	,595	,354	,335	6,558	
3	,656	,431	,405	6,205	
4	,692	,479	,447	5,983	
5	,717	,514	,476	5,824	
6	,745	,555	,513	5,613	
7	,763	,582	,535	5,483	

Коэффициенты						
Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		Значимость
		B	Стандартная ошибка	Бета	t	
1	(Константа)	41,380	1,737		23,829	,000
	Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы	4,587	,984	,492	4,661	,000
2	(Константа)	33,172	2,897		11,451	,000
	Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы	4,082	,927	,438	4,404	,000
3	Факт употребления алкоголя	5,567	1,631	,339	3,413	,001
	(Константа)	30,246	2,912		10,385	,000
	Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы	3,353	,911	,360	3,682	,000
4	Факт употребления алкоголя	5,123	1,551	,312	3,304	,002
	Регион проживания	,449	,151	,289	2,973	,004
	(Константа)	41,745	5,475		7,624	,000
	Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы	2,555	,937	,274	2,728	,008
5	Факт употребления алкоголя	4,618	1,509	,282	3,060	,003
	Регион проживания	,465	,146	,300	3,190	,002
	Ощущение поддержки со стороны государства	-5,222	2,134	-,238	-2,447	,017
	(Константа)	37,174	5,740		6,476	,000
	Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы	1,765	,983	,189	1,795	,077
6	Факт употребления алкоголя	4,103	1,489	,250	2,756	,008
	Регион проживания	,444	,142	,287	3,127	,003
	Ощущение поддержки со стороны государства	-5,081	2,079	-,232	-2,444	,017
	Оценка своего финансового состояния	1,849	,862	,213	2,144	,036
	(Константа)	29,763	6,315		4,713	,000
	Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы	1,918	,950	,206	2,019	,048
7	Факт употребления алкоголя	3,988	1,435	,243	2,778	,007
	Регион проживания	,467	,137	,302	3,406	,001
	Ощущение поддержки со стороны государства	-4,751	2,008	-,217	-2,367	,021
	Оценка своего финансового состояния	2,210	,844	,255	2,618	,011
	Семейное положение	3,386	1,392	,211	2,432	,018
	(Константа)	35,309	6,761		5,223	,000
7	Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы	1,670	,936	,179	1,785	,079
	Факт употребления алкоголя	2,861	1,511	,174	1,894	,063
	Регион проживания	,379	,141	,245	2,687	,009
	Ощущение поддержки со стороны государства	-5,309	1,981	-,242	-2,680	,009
	Оценка своего финансового состояния	2,127	,826	,245	2,576	,012
	Семейное положение	4,624	1,493	,288	3,096	,003
	Род деятельности	-1,115	,556	-,216	-2,006	,049

Рисунок 14 – Зависимость качества жизни безработной молодежи от некоторых изучаемых предикторов (статистика регрессии)

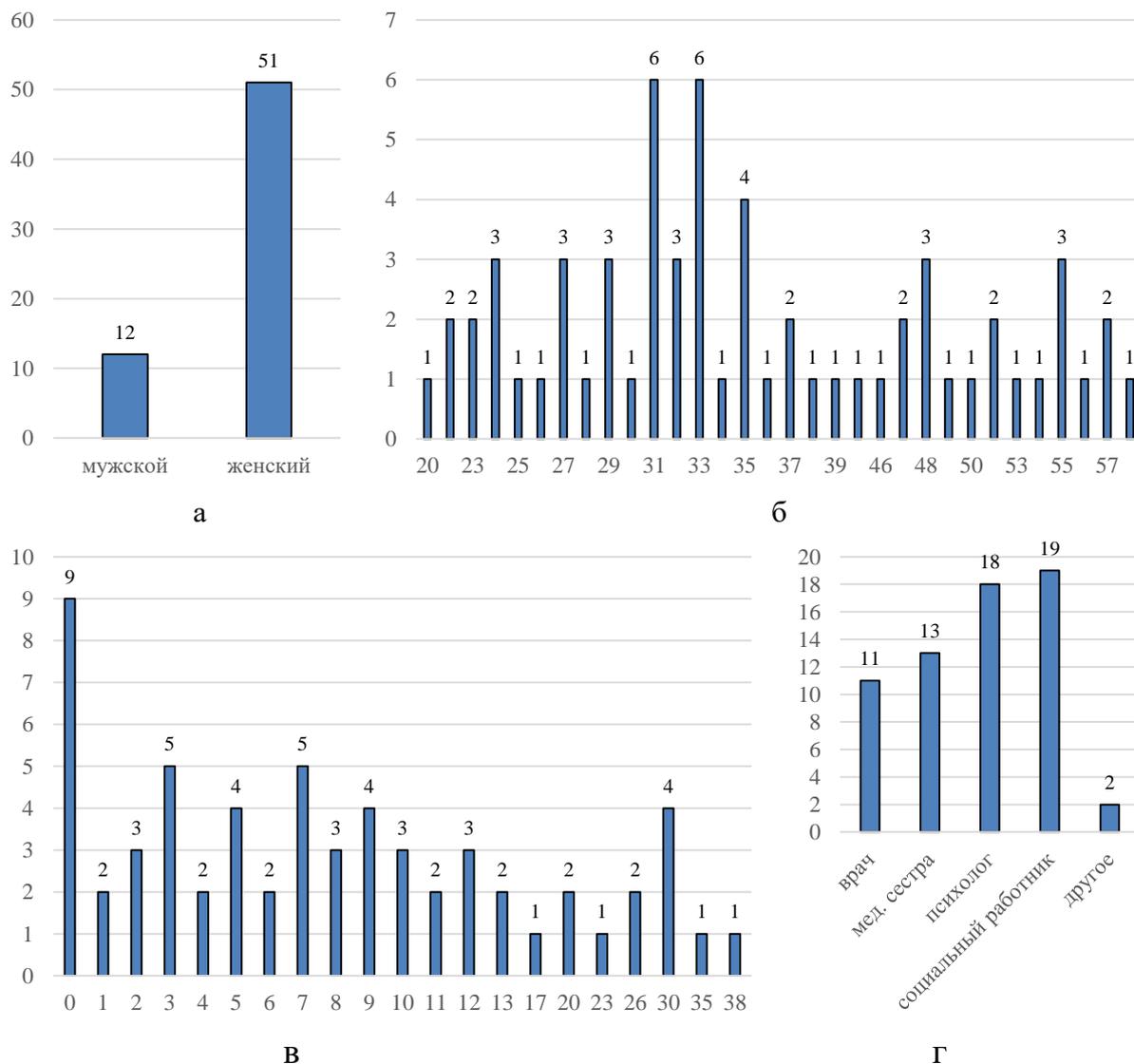
### 3.4 Особенности оказания медико-социальной помощи безработной молодежи

Особенности оказания медико-социальной помощи безработной молодежи изучались с позиции поставщика услуги. С помощью разработанного опросника (Приложение Ж) изучено мнение 63 медицинских и/или социальных работников.

В рамках кросс-секционного исследования анкета была разослана медицинским и социальным работникам, а также специалистам МЦЗ, работающим в организациях первично-медико-санитарной помощи в городах и селах Казахстана в 2021-2022 годах. Анкета была утверждена и одобрена Локальной Этической комиссией Медицинского Университета Астана, Нур-Султан, Казахстан. Распространение проводилось с помощью онлайн рассылки с официального письменного разрешения руководства медицинских организаций. В нашем анализе в качестве коварианта были использованы пол,

возраст, место проживания, уровень образования самого респондента, место работы и технологии, используемые при работе с безработной молодежью.

Опросник состоял из 35 вопросов, где 11 - общего характера, 24 направлены на изучение существующих технологий предотвращения потерь здоровья. Распределение респондентов в исследовании показано на рисунке 15.

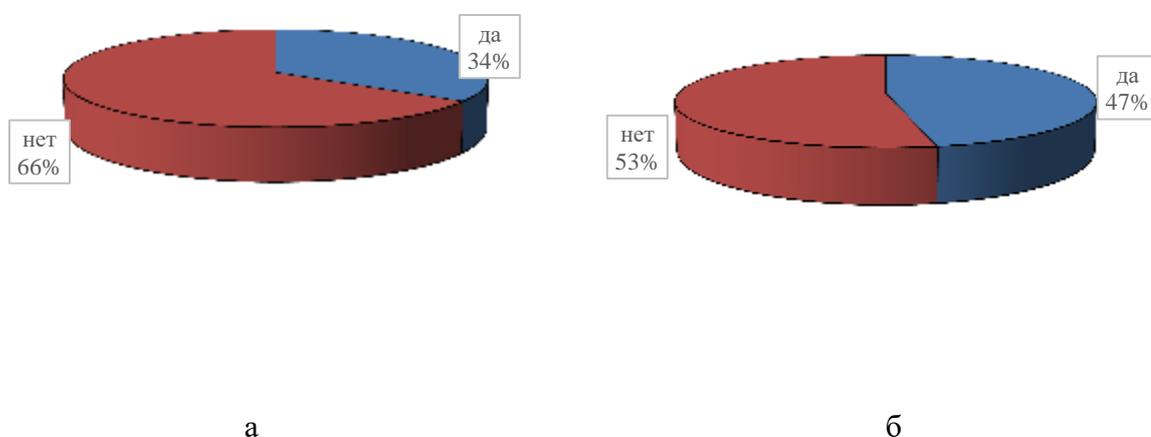


а – пол; б – возраст; в – стаж работы; г – должность

Рисунок 15 – Распределение респондентов в исследовании

По результатам опроса, из 63 участвовавших респондентов в разрезе полов больше женщин, которые в соотношении составляют 79% от общего количества. Возраст 20-ти медработников из 63 от 31 года до 36 лет. Если говорить про семейное положение участников опроса, выяснилось, что тех, кто замужем/женат (58%) и тех, кто не замужем/не женат (42%) почти одинаковы. По регионам Казахстана наибольшее количество респондентов проживает в городе Нур-Султан (35%) и в городах Акмолинской области.

Соответственно, 93% медицинских работников, принявших участие в анкетировании, работают в организациях городского сектора. 84% из 57 участников в организациях оказывают первичную медико-стационарную помощь, аналогичное количество работает с молодежью, т.е. с пациентами 18-29 лет, оказывая чаще всего первичную медико-санитарную помощь (в 57% случаев), доврачебную (27%) и специализированную (24%) виды медицинской помощи. Стоит отметить, что в 35% случаев такие пациенты обращаются с психическими проблемами, а также нередко по причинам инфекционных заболеваний.



а – оценка качества жизни пациентов; б – оценка психического состояния пациентов

Рисунок 16 – Проведение оценки качества жизни и психического состояния

Как показали результаты анкетирования (рисунок 16), медицинскими работниками проводится работа по оценке физического и психологического состояния пациентов, такими методами, как антропометрическое измерение (69%), оценивание психоэмоционального состояния валидными анкетированием и по шкале Бэка, Кемпбела и др. Оценка качества жизни пациентов производится согласно шкалам SF-36 (25%), Q-LES-Q-SF (13%) и реже по шкале EQ-5D-3L (6%).

Респондентам был задан вопрос об обращаемости молодежи в возрасте от 18 до 29 лет в организации, оказывающие медико-социальную помощь. Более половины опрошенных (66,1%) квалифицируют обращаемость молодежи (в их организацию), как низкую (реже 1 раза в месяц). При этом, наиболее часто молодежь пользуются услугами первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи и не используют услугу (не обращаются в организацию) медицинской реабилитации. Также, нужно отметить, что примерно в половине случаев обращения за медико-социальной помощью наблюдается последующая госпитализация.

Таблица 16 отражает мнение медицинских работников оценке актуальности темы «здоровье безработной молодежи» по 10-бальной шкале, где наибольшее количество ответов были в варианте «5 баллов» и «10 баллов», что указывает на то, что сотрудники оценивают данную тему как важную.

Таблица 16 – Распределение ответов респондентов по вопросам охраны здоровья безработной молодежи

Как вы оцениваете актуальность темы «здоровья безработной молодежи» по 10-бальной шкале?	1	4 (6,5%)
	3	1 (1,6%)
	4	4 (6,5%)
	5	14 (22,6%)
	6	6 (9,7%)
	7	6 (9,7%)
	8	10 (16,1%)
	9	3 (4,8%)
	10	14 (22,6%)
"Мед. работники должны в своей работе спрашивать о курении всех пациентов и давать рекомендации по прекращению курения"	полностью не согласен (а)	9 (15,5%)
	не согласен (а)	7 (11,3%)
	согласен (а)	22 (35,5%)
	полностью согласен (а)	24 (38,7%)
Каким образом вы способствуете пропаганде здорового образа жизни среди безработной молодежи?	профилактика курения	30 (48,4%)
	профилактика алкоголизма	6 (9,7%)
	профилактика наркотической зависимости	11 (17,4%)
	другое	15 (24,2%)
Кто должен заниматься улучшением качества жизни безработных молодых людей от 18-29 лет?	медицинские работники	24 (38,7%)
	социальные работники	4 (6,5%)
	родственники безработных	4 (6,5%)
	учебные учреждения	5 (8%)
	центры работы с населением	20 (32,3%)
	другое	5 (8%)
На ваш взгляд, какое внимание уделяется охране здоровья молодого населения органами местной администрации в регионе Вашего проживания?	достаточное	19 (30,6%)
	недостаточное	19 (30,6%)
	не уделяется	7 (11,3%)
	затрудняюсь ответить	17 (27,4%)

Большинство респондентов отметили, что улучшением качества жизни безработных людей от 18-29 лет должны заниматься медицинские работники и центры занятости населения.

На рисунке 17 дано распределение ответов респондентов по оценке комплексного подхода в охране здоровья молодежи в медицинской организации.

При оценке комплексного подхода в охране здоровья молодежи в медицинской организации по 10-бальной шкале (рисунок 17), отмечается, что чаще большинство респондентов считали, что в медицинских организациях низкий уровень комплексного подхода в охране здоровья молодежи.

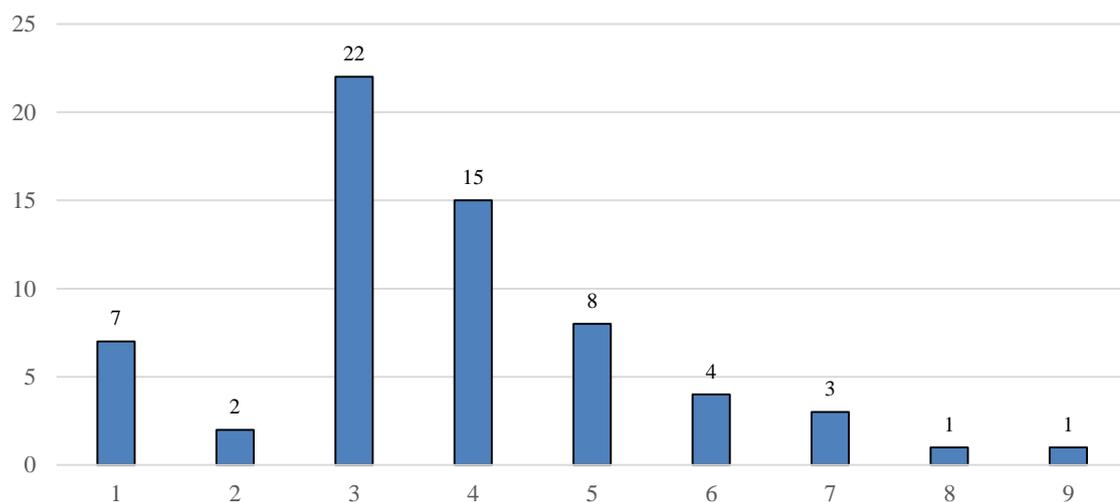


Рисунок 17 – Оцените комплексный подход в охране здоровья молодежи вашей организации (по 10 бальной шкале, где 10 наилучшая оценка)

Важным в опросе пунктом, был вопрос об оценке межведомственного взаимодействия в охране здоровья в медицинской организации (рисунок 18), как одного из ключевых механизмов при оказании комплексной помощи безработной молодежи.

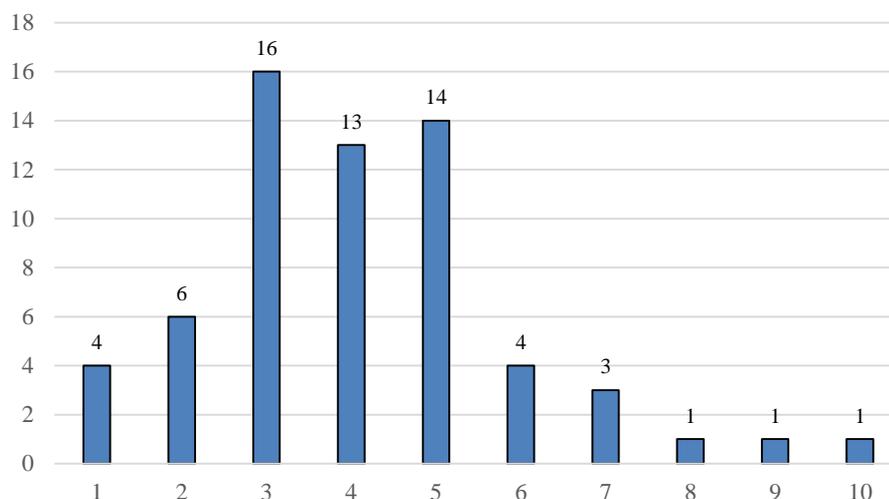


Рисунок 18 – Оцените межведомственное взаимодействие в охране здоровья молодежи вашей организации (по 10 бальной шкале, где 10 наилучшая оценка)

На рисунке 18 показано распределение ответов респондентов по оценке межведомственного взаимодействия в охране здоровья в медицинской организации. Только несколько работников дали наивысший балл, более половины оценили межведомственное взаимодействие ниже среднего. Что доказано и при анализе работы Молодежных центров здоровья.

Ответы на вопрос «Как Вы считаете, необходимы ли для работы с молодежью специально выделенные или созданные структуры в системе оказания ПМСП» показаны на рисунке 19.

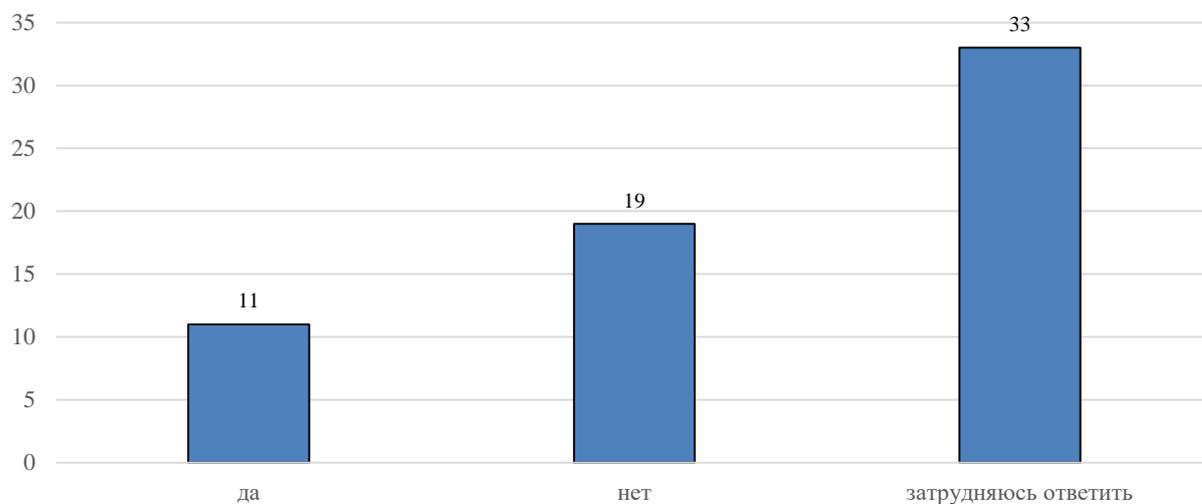


Рисунок 19 – Как Вы считаете, необходимы ли для работы с молодежью специально выделенные или созданные структуры в системе оказания ПМСП?

Важным вопросом к сотрудникам первичного звена является точка зрения о необходимости для работы с молодежью специально выделенные или созданные структуры в системе оказания ПМСП (Рисунок 19). Более 50 % респондентов ответили, что затрудняются с ответом, 31% считают, что не нужно

Ответы на вопрос «Как Вы считаете, необходимо ли проведение медико-социального патронажа в семье с безработной молодежью?» показаны на рисунке 20.

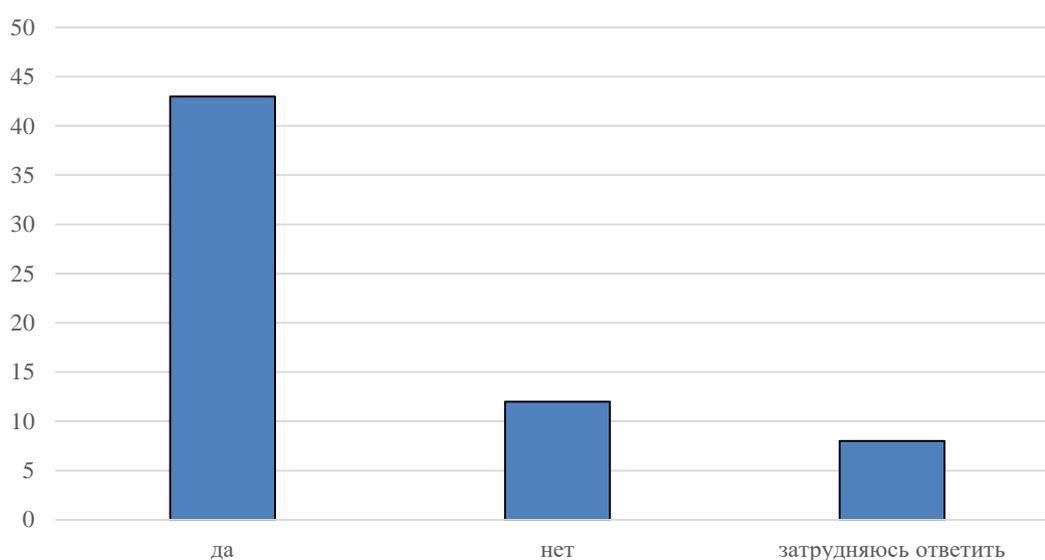


Рисунок 20 – Как Вы считаете, необходимо ли проведение медико-социального патронажа в семье с безработной молодежью?

Утвердительными ответами были данные к вопросу о необходимости проведения медико-социального патронажа в семье с безработной молодежью, что показано на рисунке 20. Более 45 (72,5%) человек согласны с тем, что такой подход важен в оказании помощи и оценке состояния, и своевременного сообщения информации в соответствующие органы.

Ответы на вопрос «Как вы считаете, достаточно ли осуществляется мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья безработной молодежи?» показаны на рисунке 21.

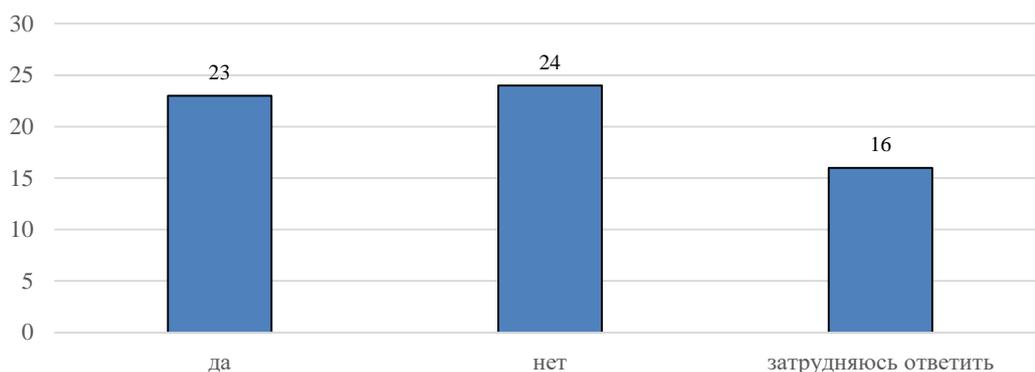


Рисунок 21 – Как вы считаете, достаточно ли осуществляется мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья безработной молодежи?

При оценке вопроса (рисунок 21) «достаточно ли осуществляется мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья безработной молодежи» ответы респондентов распределились в равной мере.

Важным аспектом опроса было узнать мнение об оценке текущего гигиенического воспитания (в т.ч. половое) молодежи с ориентацией на здоровую семью (рисунок 22).

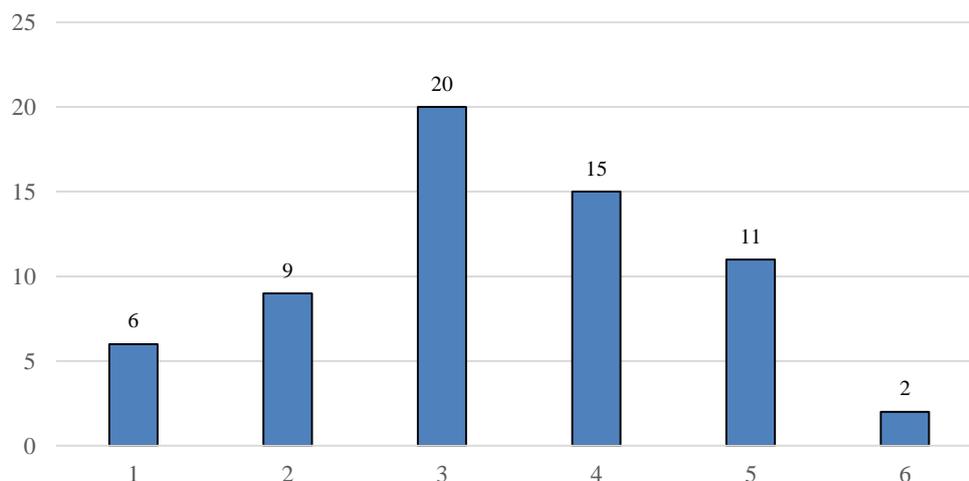


Рисунок 22 – Оцените текущее гигиеническое воспитание (в т.ч. половое) молодежи с ориентацией на здоровую семью?

На рисунке 22 показано распределение ответов по оценке текущего гигиенического воспитания (в т. ч. половое) молодежи с ориентацией на здоровую семью. Ответы распределены следующим образом: 20 респондентов оценивают как уровень ниже среднего, 15 ответов как средний уровень, и всего 6 сотрудников оценили на достаточном уровне.

Ответы на вопрос «Как Вы считаете, относятся ли молодые безработные люди к «особой группе» пациентов?» показаны на рисунке 23.

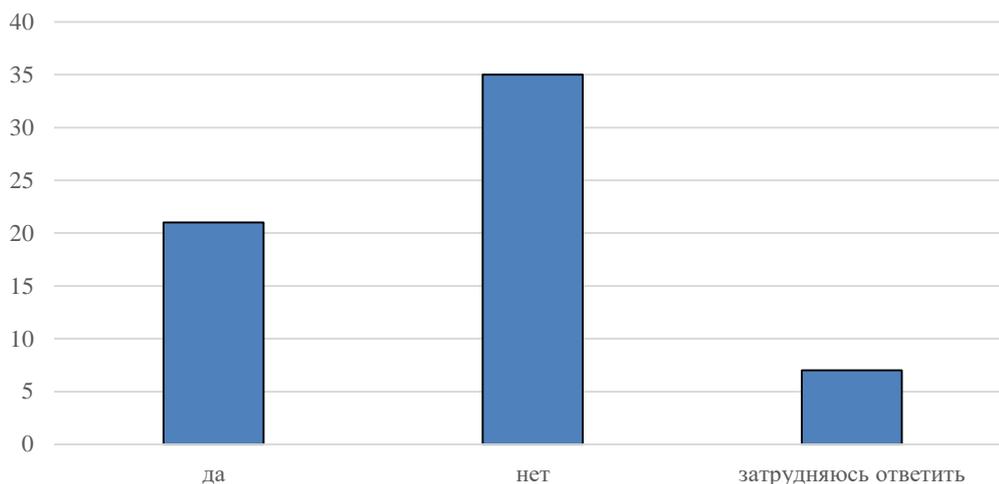


Рисунок 23 – Как Вы считаете, относятся ли молодые безработные люди к «особой группе» пациентов?

60% респондентов на вопрос «Как Вы считаете, относятся ли молодые безработные люди к «особой группе» пациентов?» ответили отрицательно, что недостаточное внимание и понимание особенностей к безработной молодежи.

Следующий вопрос (рисунок 24) был не обязательным и на него отвечали психологи молодежных центров здоровья, которые проводят психологическое консультирование молодых людей.

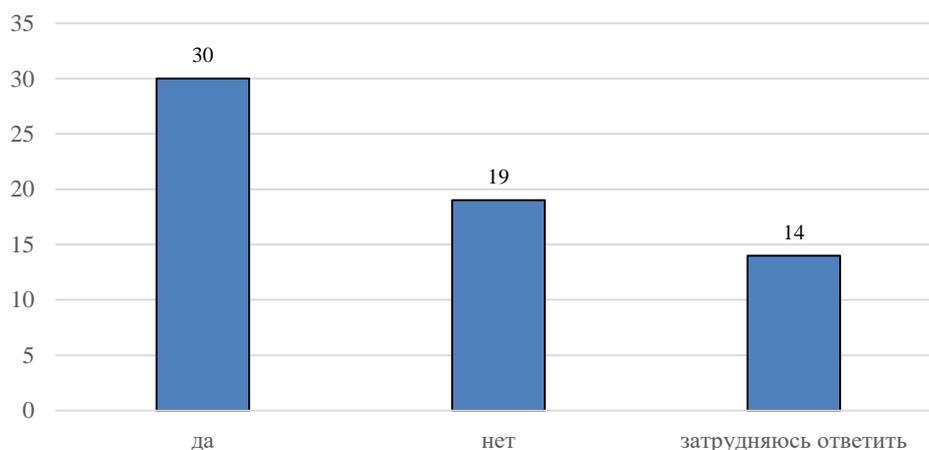
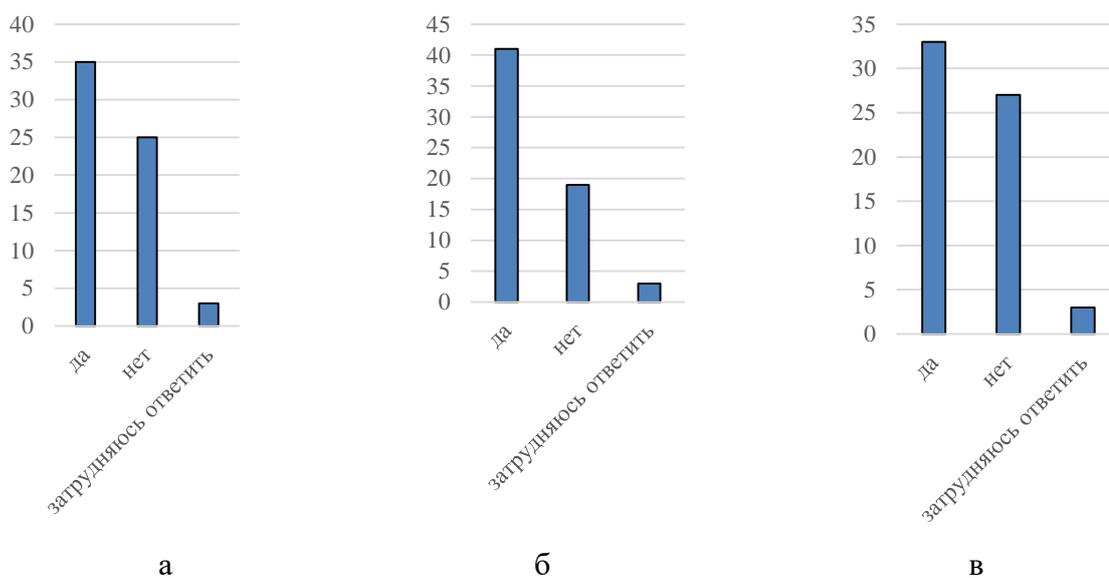


Рисунок 24 – Как Вы считаете, требуется ли молодым безработным людям соответствующая психологическая поддержка?

Данный вопрос имел значительный интерес, так как при интервьюировании с безработными молодыми отмечается влияние безработицы на общее психическое состояние, повышается уровень стресса, давление со стороны семьи, родных и окружающих.

30 респондентов (51%) ответили, что молодым безработным людям требуется соответствующая психологическая поддержка. При этом очень важно, чтобы она была доступной, и специалисты были квалифицированы в проблемах современной молодежи.

Ответы на вопрос «Необходимы ли Вам дополнительные навыки ведения молодых безработных людей?» показаны на рисунке 25.



а – навыки по установлению психологического контакта; б – навыки по оказанию медико-психолого-социальной помощи; в – другие навыки?

Рисунок 25 – Необходимы ли Вам дополнительные навыки ведения молодых безработных людей?

Рисунок 25 показывает, что сотрудники нуждаются в дополнительном изучении и приобретении навыков по установлению психологического контакта, по оказанию медико-психолого-социальной помощи и другим навыкам.

В ходе дополнительных комментариев в виде свободных ответов, респонденты отвечали, что для оказания комплексной медико-социальной помощи по предотвращению потерь здоровья безработной молодежи необходимо межсекторальное взаимодействие таких организаций как НИЦ «Молодежь», НЦОЗ, управление занятости, и соответственно им подведомственные организации: молодежные ресурсные центры, молодежные центры здоровья, центры ЗОЖ, кабинеты здоровья при поликлиниках. В центре оказания технологий по предотвращению потерь здоровья безработной молодежи является МЦЗ.

Завершающим этапом была необходимость в целостной оценке системы оказания медико-социальной помощи безработной молодежи (рисунок 26).

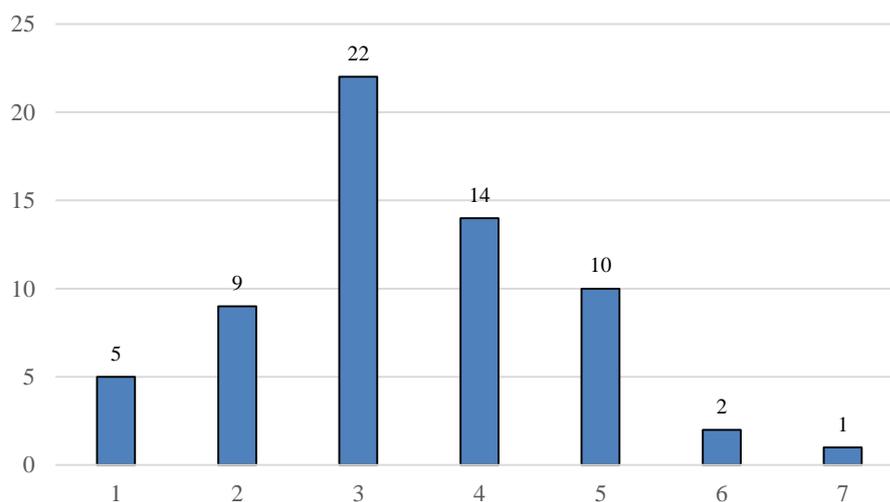


Рисунок 26 – Как Вы в целом оцениваете систему оказания медико-социальной помощи безработной молодежи?

Согласно оценок респондентов (рисунок 26), отмечается, что система медико-социальной помощи безработной молодежи по мнению медицинских работников осуществляется на уровне ниже среднего.

Таким образом, проведенный опрос показал, что в целом, система оказания медико-социальной помощи безработной молодежи осуществляется не на должном уровне и требует комплексного межсекторального подхода.

Сотрудники нуждаются в дополнительном изучении и приобретении навыков по установлению психологического контакта, по оказанию медико-психолого-социальной помощи и другим навыкам.

#### 4 ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕЗРАБОТНОЙ МОЛОДЕЖИ

Поиск новых подходов и/или путей совершенствования актуальных/действующих подходов по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни (обусловленного состоянием здоровья) населения, является непрерывной, постоянной задачей общественного здравоохранения.

##### *I. Совершенствование учета и отчетной документации*

Известно, что обеспечение рационального управления популяционным здоровьем требует наличия объективной информации. Основным источником данной информации являются статистические материалы, полученные на основании государственных статистических отчетных/учетных форм и материалы медицинских информационных систем.

Нами проанализирована форма №12, (Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением) которая является основным отчетным документом в системе здравоохранения РК и служит для локализации информационного массива о количестве случаев общих (все случаи за отчетный год) и первичных (впервые выявленные в отчетном году) заболеваний. Структурные элементы формы №12 позволили выкопировать информацию для расчета показателей, характеризующих состояние здоровья молодежной популяции (население в возрасте 14-28 лет), в т.ч. с учетом пола, нозологических форм и административно-территориальных единиц. При этом, отсутствие информации о распределении заболеваний с учетом статуса занятости, исключают возможность судить о состоянии здоровья работающей/безработной молодежи.

Наряду с формой №12 мы анализировали материалы информационной системы Дамумед (комплексная медицинская информационная система, разработанная ТОО «ЦИТ ДАМУ»).

По материалам системы Damumed анализировалась часто обращений в МО по полу, по возрасту, по статусу работы, по статусу учебы, с учетом основного и сопутствующего диагноза, с учетом осложнений и с учетом количества обращений по заболеванию в МО за указанный год. По усредненным данным удельный вес обращений в медицинские организации безработной молодежи составил 36,5% (ДИ 33,3÷39,7%).

*Резюме.* По нашему мнению, информация о показателях, характеризующих здоровье молодежи, будет более объективной и информативной, если при учете/отчете частоты заболеваний и терминальных исходов будут регистрироваться/фиксироваться искомые данные с учетом статуса занятости, в связи с чем, необходимо внести коррективы в действующий регламент.

*II. Прогнозирование популяционных показателей для возможности адекватного планирования объемов медицинской помощи*

По результатам проведенного исследования установлено, что состояние здоровья молодежи характеризуется следующими тенденциями: снижение заболеваемости, увеличение смертности и относительно стабильная выживаемость. Количество населения в возрасте от 14-29 лет растет во всех регионах Казахстана. При этом наибольший процент наблюдается в Алматинской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской областях, а среди городов лидирует г. Алматы, Нур-Султан. По половозрастной характеристике, в 90% преобладает мужское население, за исключением Актюбинской области и г. Алматы.

В когорте безработной молодежи около половины из обратившихся в медицинские организации (16,0% в 2018 г., 13,9 % в 2019 г., 15,5% в 2020 г.) составляют респонденты с Туркестанской области, примерно такого же уровня молодые безработные с Карагандинской области, г. Алматы (11,0% в 2018 г., 13,0 % в 2019 г., 10,3% в 2020 г.). Что объясняется и высокими показателями уровня безработицы в данных регионах.

В группе безработной молодежи наиболее часто среди обратившихся в медицинские организации (23,6% в 2018 г., 16,3% в 2019 г., 15,6% в 2020 г.) встречается нозология с кодом «I» «Болезни системы кровообращения».

В группе безработной молодежи наиболее часто среди обратившихся в медицинские организации (15,4% в 2018 г., 13,4% в 2019 г., 8,7% в 2020 г.) встречается диагноз осложнения с кодом «K» (болезни системы пищеварения).

Получены данные о частоте первичных заболеваний и показатель заболеваемости населения в возрасте 14-28 лет (по РК за 2018-2020 гг.) и прогнозные оценки на ближайшую перспективу. В обоих показателях отмечается прогнозное снижение частоты первичных заболеваний и показатель заболеваемости населения в возрасте 14-28 лет. Данный показатель может быть зависеть от обращаемости данной возрастной категории населения. Отмечается, что молодые люди неохотно посещают медицинские организации.

Получены показатели смертности среди населения в возрастных группах 14-29 лет и 18-29 лет (по РК за 2018-2020 гг.) и прогнозные оценки на ближайшую перспективу. В когорте молодежи 18-29 лет показатель смерти выше (0,468 в 2018 г., 0,459 в 2019 г., 0,54 в 2020 г.), и прогнозная оценка на 2021 составляет 0,561. При этом в когорте молодежи 14-29 лет показатели смертности расположились в следующем порядке (0,487 в 2018 г., 0,461% в 2019 г., 0,530 в 2020 г.) и прогнозная оценка на 2021 составляет 0,536, что в сравнении меньше на 5 единиц, чем в первой группе.

Согласно полученным результатов по средним и медиане времени дожития населения в возрастных группах 14-29 лет и 18-29 лет (по РК за 2018-2020 гг.), отмечается, что в группе 18-29 лет медиана времени дожития меньше, чем в группе 14-29 лет.

По прогнозным оценкам в ближайшей перспективе ожидается снижение заболеваемости, увеличение смертности и относительно стабильная выживаемость.

*Резюме.* Полученные прогнозные оценки, по нашему мнению, могут быть полезны менеджерам здравоохранения, как основание при планировании объемов лечебно-профилактических мероприятий.

### *III. Управление факторами, которые определяют качество жизни безработных молодых людей*

В результате оценки ответов респондентов наихудшие показатели удовлетворенности присутствуют в вопросах, касающихся качества «жилищной ситуации, физического здоровья, экономическим состоянием», и наоборот, более высокие результаты удовлетворенности показали разделы «домашние дела и социальные отношения».

С помощью критерия Манна-Уитни проведена оценка различий средних показателей качества жизни в группах работающей и незанятой молодежи: разница статистически значима ( $U=36878.5$ ,  $Z=-3.472$ ,  $p=0.001$ ).

По результатам регрессионного анализа установлено, что качество жизни обусловлено такими предикторами как «Финансовое благополучие, после потери/отсутствия работы», «Факт употребления алкоголя», «Регион проживания», «Ощущение поддержки со стороны государства», «Оценка своего (текущего) финансового состояния», «Семейное положение» и «Род деятельности». Остальные предикторы, согласно результатам анализа, были исключены, в связи с их незначимостью.

*Резюме.* Знания о предикторах позволяют избирательно воздействовать на управляемые факторы, обуславливающие качество жизни. Настоящие результаты, на наш взгляд, весьма полезны при планировании объемов медико-социальной помощи молодежному безработному контингенту.

### *IV. Совершенствование организации медико-социальной помощи безработной молодежи*

На сегодняшний день, в Казахстане, оказание медико-социальной помощи безработной молодежи осуществляется исключительно на МЦЗ, которые действуют не во всех регионах.

Особенностью профилактических осмотров на данный момент является финансирование за счет средств ОСМС, что говорит о том, что для прохождения скрининга необходимо иметь статус застрахованного. Именно это является барьером для прохождения скрининга для 90% безработных молодых людей. Из этого следует, что молодые люди от 18 до 29 лет не охвачены скринингом.

По мнению медицинских и социальных работников (по результатам опроса) система оказания медико-социальной помощи безработной молодежи осуществляется не на должном уровне и требует комплексного межсекторального подхода. Сотрудники нуждаются в дополнительном изучении и приобретении навыков по установлению психологического контакта, по оказанию медико-психолого-социальной помощи и другим навыкам.

*Резюме.* Для оказания комплексной медико-социальной помощи по предотвращению потерь здоровья безработной молодежи необходимо межсекторальное взаимодействие таких организаций как НИЦ «Молодежь»,

НЦОЗ, управление занятости, и соответственно им подведомственные организации: молодежные ресурсные центры, молодежные центры здоровья, центры ЗОЖ, кабинеты здоровья при поликлиниках. В центре оказания технологий по предотвращению потерь здоровья безработной молодежи является МЦЗ.

#### IV. Разработка модели оказания медико-социальной помощи безработной молодежи

На сегодняшний день, в Казахстане, оказание медико-социальной помощи безработной молодежи осуществляется только на уровне МЦЗ, которые действуют не во всех регионах.

По данным Управлений здравоохранения 14 областей и гг. Алматы, Нур-Султан и Шымкент, на момент отчета за III квартал 2021 года в республике функционируют 163 МЦЗ, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги подросткам и молодежи. По сравнению с аналогичным периодом 2019 года (117 МЦЗ) наблюдается увеличение количества МЦЗ в 1,4 раза или на 28,3%.

В разрезе регионов в 2021 году функционируют МЦЗ: Акмолинской – 5, Актыубинской – 14, Алматинской – 20, Атырауской – 13, ВКО – 6, ЗКО – 3, Карагандинской – 10, Кызылординской – 8, Костанайской – 1, Мангистауской – 1, Жамбылской – 16, Павлодарской – 3, Туркестанской – 11, СКО – 9 и в городах Алматы – 11, Нур-Султан – 12, Шымкент – 20.

На рисунке 27 показано распределение МЦЗ здоровья в III квартале 2021 и 2019 годах в разрезе регионов.

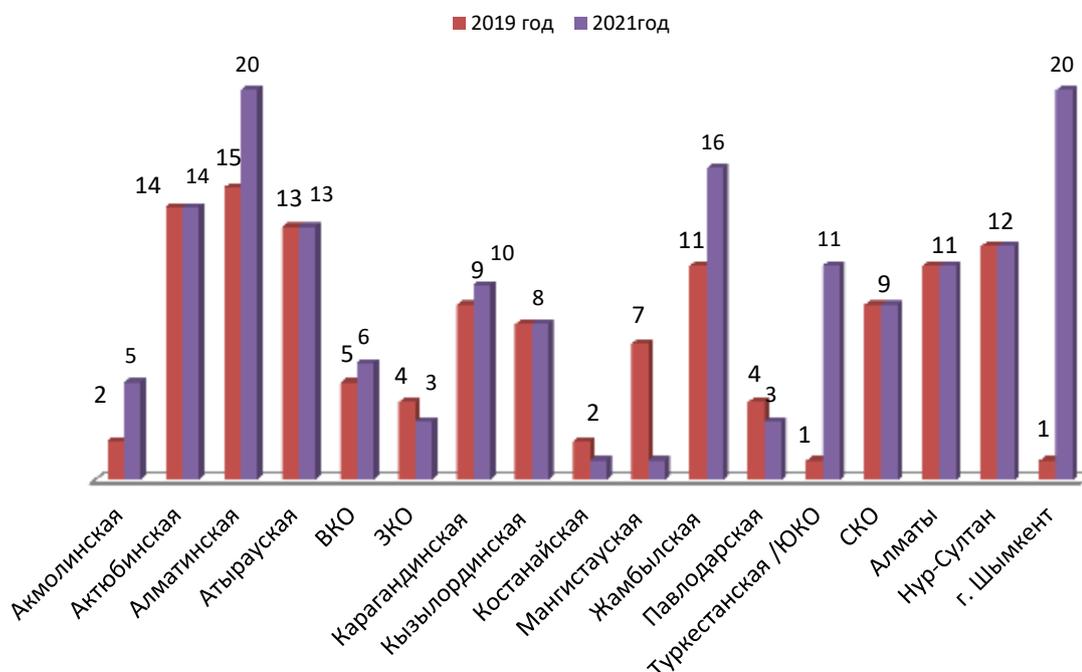


Рисунок 27 – Молодежные центры здоровья в III квартале в 2021 и 2019 годах в разрезе регионов

Примечание – В Республике функционируют 163 Молодежных центров здоровья

По итогам III квартала 2021 года наибольшее количество МЦЗ наблюдается в Алматинской области – 20 и г. Шымкент – 20, Жамбылской области – 16, Актюбинской области – 14, Атырауской области – 13, Туркестанской области – 11, г. Нур-Султан – 12 и в г. Алматы – 11.

Наименьшее количество МЦЗ наблюдается в Костанайской – 1, Мангистауской – 1, Павлодарской - 3 и в Западно-Казахстанской областях – 3.

В городах республики функционируют 100 молодежных центров здоровья. По данному показателю лидируют: г. Шымкент - 20, г. Нур-Султан – 12, г. Алматы – 11, Карагандинская область - 10 МЦЗ.

Количество молодежных центров здоровья в городах за 2021 показано на рисунке 28.

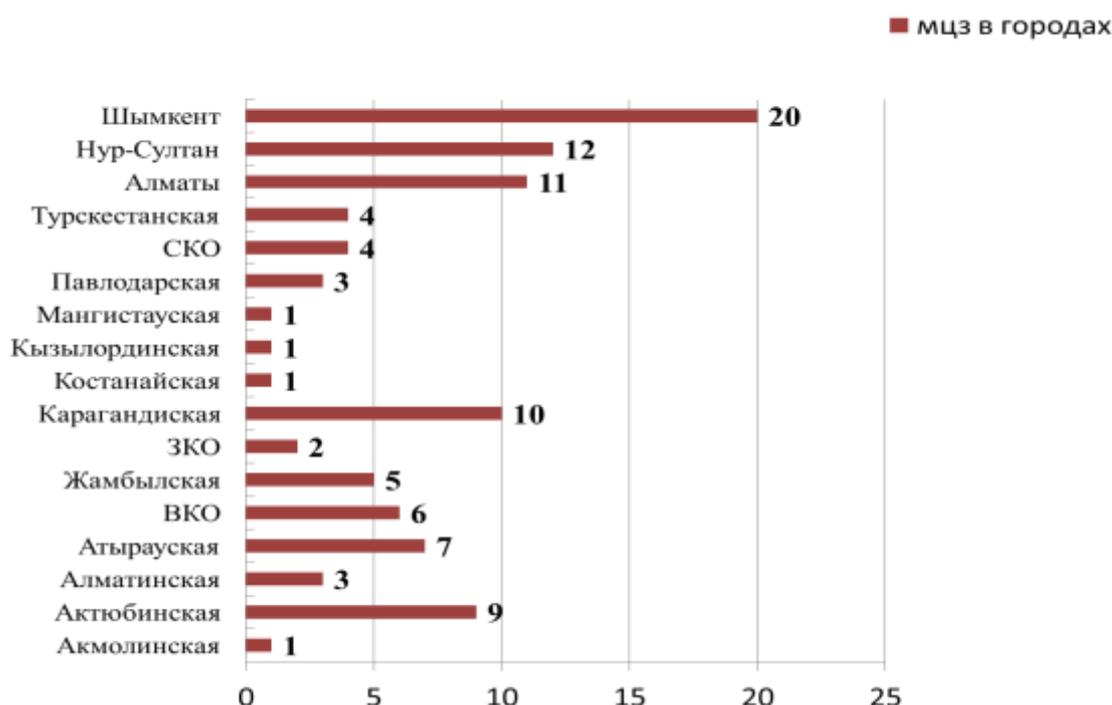


Рисунок 28 – Количество молодежных центров здоровья в городах

Примечание – МЦЗ в разрезе регионов 2021 год

По РК в сельской местности функционируют 63 молодежных центров здоровья. Наибольшее количество МЦЗ в сельской местности наблюдаются в Алматинской области – 17, Жамбылской области – 11, Туркестанской области – 7, Кызылординской области – 7, Атырауской области – 6. Наименьшее количество МЦЗ наблюдается в Актюбинской области – 5, Северо-Казахстанской области – 5, Акмолинской области – 4 и Западно-Казахстанской области – 1

Наибольшее количество специалистов в МЦЗ – психологи 331, что на 2,4 раза или на 192 специалиста больше по сравнению с аналогичным периодом 2019 года (139). Недостаточно укомплектованы данными специалистами в Атырауской области - 9, при общем количестве МЦЗ – 13.

На втором месте – гинекологи 154,75 штатных единиц, что на 1,6 раза больше или на 59,75 специалиста по сравнению с аналогичным периодом 2019 года (95).

На третьем месте социальные работники 138,25, наблюдается увеличение в 1,3 раза или на 38 специалиста по сравнению с аналогичным периодом 2019 года (100).

Наименьшая укомплектованность специалистами МЦЗ – урологи (79,25) и дерматовенерологи (67,25), данных специалистов, а также социальных работников нет в Мангистауской области, также дерматовенеролога нет в Павлодарской области. Юристами не укомплектованы: Алматинская, Атырауская, Костанайская и Мангистауская области. Наблюдается недоукомплектованность специалистами в Западно-Казахстанской области, где на 3 МЦЗ прием ведут по 0,25 ставке гинеколог, уролог, дерматовенеролог и социальный работник, всего 3,5 штатных единиц.

Общее количество подростков и молодежи, обратившихся к специалистам МЦЗ за 3 квартал 2021 года составило 55 329 человек, что на 24% больше по сравнению с 3 кварталом 2019 года (42129). Из них лица мужского пола – 19864 (35,9%), женского пола – 35465. В III квартале 2021 года из общего числа обратившихся к специалистам МЦЗ - 55 329 человек, 64,4% - 35657 городские жители и 35,6% - 19672 жители села.

По возрастным группам: 11-14 лет – 10684 (19,3%) человек, 15-18 лет – 18208 (32,9%) человек, 19-24 лет – 13745 (24,9%) человек и 25-29 лет – 12692 (22,9%) человек

Надо отметить, что в Мангистауской области в МЦЗ обратилось всего 14 подростков и молодежи. Среднереспубликанский показатель посещений подростков и молодежи специалистов МЦЗ по итогам 3 квартала 2021 года составил – 3952, что выше среднего показателя за аналогичный период 2019 года на 19 % (2019 г. средняя по РК- 2633).

При анализе обращаемости в Молодёжные центры здоровья (рисунок 11), представители целевой группы обращались в первую очередь к психологу – 16258 (29,4%), дерматовенерологу – 9304 (16,8%), гинекологу – 9275 (16,8%), ВОП – 8282 (15%), социальному работнику – 5664 (10,2%). Наименьшее обращение наблюдается к урологу – 2085 (3,8%), за юридической консультацией обратилось 837 (1,5%) подростков и молодежи и 3624 (6,5%) человек были вовлечены в мероприятия, организованные в комнатах досуга.

В среднем по РК исходя из кадрового состава молодежных центров здоровья и структуры обращений к специалистам по итогам 3 квартала 2021 года:

- на одного ВОП составило - 158 посещений;
- на одного дерматовенеролога - 139 посещений;
- на одного гинеколога - 60 посещений;
- на одного психолога - 49 посещений;
- на одного уролога - 26 посещений;
- на одного социального работника - 41 посещений;
- на одного юриста - 12 посещений.

Число первичных обращений в МЦЗ за 3 квартал 2021 года составил - 45517 (82,3%), повторных обращений - 9812 (17,7%).

Из числа всех повторных обращений к специалистам лидируют повторные обращения к дерматовенерологу – 3973 (74,5%) из 9304 всего посещений, к урологу – 512 (32,5%) из 2085 всего посещений, а также повторные посещения социального работника - 1639 (28,9%) из 5664 всего посещений.

Немного меньше повторных посещений у юриста – 148 (17,6%) из 837 всего посетивших, гинеколога – 1002 (10,8%) из 9275 всего посетивших и низкое повторное посещение наблюдаются у ВОП – 563 (7,2%) из 8282 всего посещений, а также у психолога – 1255 (7,7%) из 16258 всего обратившихся.

Показатели повторных посещений специалистов свидетельствуют о качестве оказываемых услуг в молодежных центрах здоровья.

Деятельность МЦЗ способствует повышению сознательности целевой группы в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья и психологического благополучия, профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, формированию у молодых людей отношения и навыков, сберегающих здоровье.

МЦЗ оказывает лечебно-профилактическую помощь в виде доврачебной и специализированной медицинской помощи подросткам и молодежи. На данный момент, целью МЦЗ является обеспечение комплексного решения проблем социальной поддержки и реабилитации, профилактики правонарушений несовершеннолетних и молодежи, а также обеспечение занятости и создание условий для удовлетворения общественных потребностей, физического, духовного и нравственного развития молодежи с учетом формирования гражданско-нравственной позиции. Обеспечивается деятельность МЦЗ рядом задач:

- обеспечение медико-психосоциальной помощи;
- обучение подростков приобретению и формированию навыков ведения здорового образа жизни;
- подготовка учебно-методических, информационных материалов;
- обеспечение преемственности в работе с другими ЛПО;
- обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям;
- межсекторальное и межведомственное сотрудничество.

В МЦЗ подросткам и молодежи, в том числе безработным, предоставляется комплексная помощь медицинскими работниками, психологами, социальными работниками, юристами (рисунок 29).



Рисунок 29 – Действующая модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи (2021 год)

Следует отметить, МЦЗ не подменяют собой амбулаторную сеть, а являются специализированными организациями в области охраны репродуктивного и психического здоровья, при этом молодым людям требуется оказание помощи и в области социального здоровья.

Для оказания комплексной медико-социальной помощи по предотвращению потерь здоровья безработной молодежи необходимо межсекторальное взаимодействие таких организаций как НИЦ «Молодежь», НЦОЗ, управление занятости, и соответственно им подведомственные организации: молодежные ресурсные центры, молодежные центры здоровья, центры ЗОЖ, кабинеты здоровья при поликлиниках. В центре оказания технологий по предотвращению потерь здоровья безработной молодежи будут являться МЦЗ.

Для обеспечения функционирования эффективной сети МЦЗ предлагается следующее.

Молодежный центр здоровья – организация здравоохранения по охране репродуктивного и психического здоровья подростков и молодежи (лиц от 10 до 29 лет), которая оказывает полный комплекс медицинских, психосоциальных и юридических услуг. МЦЗ может быть самостоятельной организацией или структурным подразделением организации здравоохранения, при условии создания условия по физическому отделению от общего входа, созданию собственной регистратуры и выделению отдельного персонала.

В этой связи, МЦЗ должны быть созданы в первую очередь в городах с численностью населения не менее 40 000 человек целевой аудитории от 10 до 29 лет.

Таким образом, МЦЗ могут быть открыты как в крупных городах, являющихся университетскими центрами, так и городах, являющихся крупными районными центрами. Это также создает условия для конкуренции субъектов здравоохранения при выходе на рынок медицинских услуг. Финансирование деятельности МЦЗ будет целевым и будет осуществляться за счет средств ОСМС.

Решением местного органа по управлению здравоохранением, один из МЦЗ, расположенный в областном центре, может быть наделен функциями организационно-методической координации всех МЦЗ региона. В сельской местности услуги по охране репродуктивного и психического здоровья подростков и молодежи могут оказываться в организациях здравоохранения общей амбулаторной сети, путем создания кабинетов молодежного здоровья предоставляющих ограниченный перечень услуг. Финансирование деятельности кабинетов молодежного здоровья будет осуществляться в рамках действующего финансирования по комплексному по-душевному нормативу финансирования.

На рисунке 30 отражена Предлагаемая модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи (2022 год). Организационная структура. Интегрированная модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи – модель организации оказания комплекса медицинских и социальных услуг молодым людям в возрасте от 18 до 29 лет для предупреждения, своевременного выявления, лечения и снижения риска развития осложнений заболеваний, в том числе психических, с целью улучшения качества жизни.

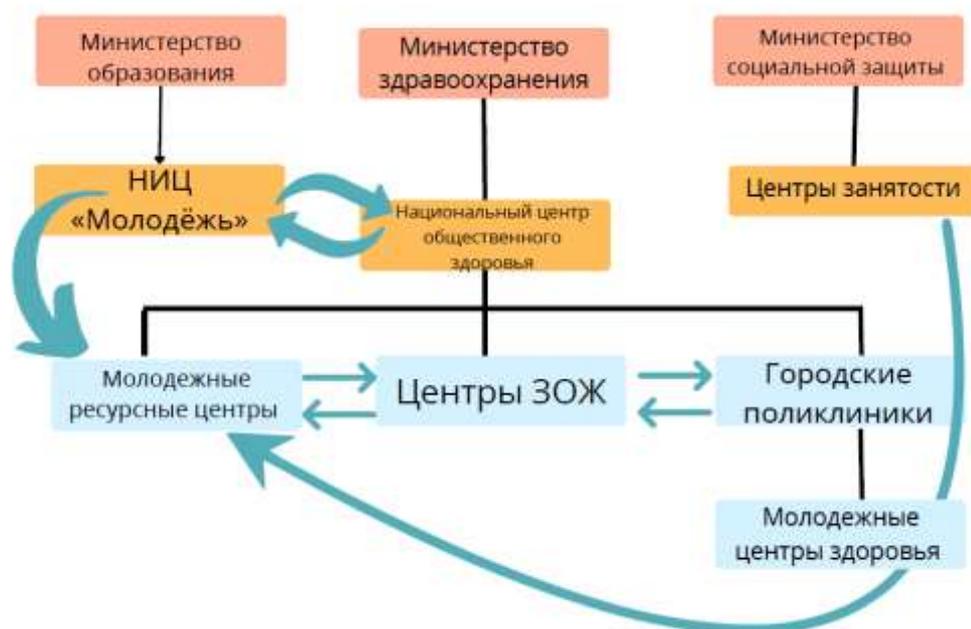


Рисунок 30 – Предлагаемая модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи (2022 год). Организационная структура

Системный подход при оценке реализации молодежной политики региона позволяет принимать эффективные решения, нацеленные на потребности молодых людей на всех уровнях (от местного до республиканского), тогда благоприятный эффект от принимаемых мер будет иметь мультипликативный характер и будет оказывать положительное воздействие на разные сферы жизни общества. Необходимо учитывать региональные особенности в разных областях Казахстана.

Важным является учитывать каналы восприятия информации молодыми людьми, особенно безработными, так как доступность информации, и их социальная активность снижена, по сравнению с работающим населением. С целью усовершенствования технологий предотвращения потерь здоровья безработной молодежи, необходимо, в первую очередь вести учет данной популяции, далее по отчетным данным проводить анализ по показателям здоровья.

Таблица 17 показывает предлагаемое распределение услуг и взаимосвязь с нуждами безработной молодежи, где идет разделение по уровням и границам ответственности среди заинтересованных организаций.

Таблица 17 – Распределение услуг и взаимосвязь с нуждами безработной молодежи

Уровень	Наименование	Границы ответственности
Уровень 0	Регуляторные организации: МЗ, НЦОЗ, НИЦ «Молодежь»	Разработка методологий, стандартов и инструкций, обучение персонала и поддержка сети МЦЗ, разработка медиа и промо материалов. Взаимодействие с заинтересованными лицами, медицинскими центрами. Аналитика и управление
Уровень 1	Центры профессиональных компетенций в каждом областном центре и городах республиканского значения	Оказание медико-социальной помощи молодым безработным людям, проведение скринингов, проведение акций «социального маркетинга». Взаимодействие с обществом, заинтересованными лицами, медицинскими центрами. Методическая помощь
Уровень 2	Городской МЦЗ, Молодежный ресурсный центр	Оказание медико-социальной помощи молодым безработным людям, проведение скринингов, проведение акций «социального маркетинга». Взаимодействие с обществом, заинтересованными лицами, медицинскими центрами. Методическая помощь
Уровень 3	Представительства МЦЗ в районных центрах	Оказание медико-социальной помощи молодым безработным людям, проведение скринингов, проведение акций «социального маркетинга». Взаимодействие.
Уровень 4	Кабинеты при организациях ПМСП	Санитарно-просветительская работа. Оказание ограниченного набора услуга штатным составом ПМСП

Согласно представленным данным в таблице 17мы видим, мы предлагаем распределить технологии предотвращения потерь здоровья безработной молодежи по уровням, с обозначением ответственной структуры и зоной ответственности, что позволит локально охватить мерами большую часть безработной молодежи.

*Резюме.* Полученные данные показали, что для эффективного оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП необходимо повысить внимание со стороны межведомственных организаций по информированности населения об оказываемых услугах в МЦЗ, а для сотрудников МЦЗ необходимо расширение спектра методов оценки состояния физического, психического и социального здоровья.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашей стране меры по поддержке молодёжи оказывают организации как республиканского, так и местных уровней (НИЦ «Молодёжь», НЦОЗ), которые могут выступать в роли услугодателя и услугополучателя социальноориентированной поддержки молодежи. Исследование выявило ограниченные возможности в поиске информации, медицинские информационные системы не учитывают социальный статус молодых людей.

В нашем исследовании мы показываем, что ухудшение здоровья вследствие безработицы, вероятно, будет значительным, поскольку наш расчетный эффект подразумевает ухудшение здоровья у молодых людей почти на 10% (в абсолютном выражении) из-за безработицы в сравнении с трудоустроенным населением. Это еще раз подчеркивает, что безработица является проблемой общественного здравоохранения, которая требует более пристального внимания. Полученные результаты показывают, что безработица имеет наиболее негативные последствия для уязвимых лиц, в том числе и для молодёжи.

Необходимо дальнейшее поддержание имиджа и статуса МЦЗ, увеличение финансирования их деятельности, стандартизации услуг, применения дистанционных форм оказания помощи, к примеру, мобильные приложения, чат-бот в телеграмме, а также продолжение активной информированности молодежи об услугах МЦЗ и вовлечение молодых людей в мероприятия по ответственному сохранению своего здоровья.

Организациям здравоохранения республиканского, областного и городского уровней необходимо обеспечить стандартизацию процесса оказания медико-социальной помощи безработной молодежи с ведением в электронном паспорте здоровья данных о социальном статусе пациента.

В методических рекомендациях, в написании которых принимала активное участие соискатель, говорится о важности окружающей среды в университетах. Молодые люди много времени проводят в университетах, где у них формируются привычки, приобретаются необходимые знания и навыки для дальнейшей жизни. Поэтому важно формировать среди студентов ВУЗов здоровые привычки, проводить регулярные профилактические беседы, организовывать медицинские осмотры и привлекать их к работе с другой молодежью, как примеры.

В другой методической рекомендации говорится о здоровых рабочих местах. Микроклимат в рабочем коллективе не менее важен, чем в семье или другой сфере. Человек проводит на рабочем месте в среднем 8 часов. В период пребывания у него формируется режим дня, пищевые привычки, а также вредные привычки. Особенно это важно в отношении молодых людей, которые приходят на работу и, попадая в коллектив, который не относится к своему здоровью бережно, молодежь также начинает пренебрегать собой. Поэтому важно на рабочих места создавать атмосферу здоровья и заботы о себе и других.

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

1. Анализ международных и отечественных тенденций позволил выявить убедительные аргументы в части ассоциации безработицы и состояния здоровья молодежи. В когорте безработной молодежи около половины из обратившихся в медицинские организации (16,0% в 2018 г., 13,9% - 2019 г., 15,5% - 2020 г.) составили респонденты из Туркестанской области, такого же уровня из Карагандинской области, г. Алматы (11,0% в 2018 г., 13,0% - 2019 г., 10,3% - 2020 г.).

2. По результатам проведенного эпидемиологического анализа установлены тенденции показателей, характеризующих состояние здоровья казахстанской молодежи: снижение заболеваемости, увеличение смертности и относительно стабильная выживаемость. При этом около 1/3 случаев (в анализируемых показателях) приходится на безработную молодежь, удельный вес обращений в медицинские организации безработной молодежи составил 36,5% (ДИ 33,3-39,7%), наиболее часто встречались нозология с кодом «I» «Болезни системы кровообращения» (23,6% в 2018 г., 16,3% - 2019 г., 15,6% - 2020 г.). По результатам опроса безработная молодежь чаще отмечала проблемы со здоровьем за последний год (42,3%), чем в других социальных группах (35,6-37,8%).

3. В целом качество жизни казахстанской молодежи несколько выше порогового уровня (выше 50%). При этом, в когорте безработной молодежи качество жизни достоверно ниже на 12% в сравнении с занятой молодежью (различия средних показателей качества жизни значимы на уровне  $p=0,001$ ). Качество жизни безработной молодежи ассоциируется с такими предикторами, как: «Финансовое благополучие», «Факт употребления алкоголя», «Регион проживания», «Ощущение поддержки со стороны государства», «Семейное положение» и «Род деятельности». Переменные протестированы на предмет «сильной» связи: мультиколлинеарности нет. Значение Дурбин-Уотсон составило 1,858: автокорреляции нет.

4. Установлено, что система оказания медико-социальной помощи безработной молодежи осуществляется не на должном уровне и требует комплексного межсекторального подхода. 66,1% опрошенных респондентов квалифицируют обращаемость молодежи (в их организацию), как низкую (реже 1 раза в месяц). Сотрудники (65% опрошенных) нуждаются в дополнительном изучении и приобретении навыков по установлению психологического контакта, по оказанию медико-психолого-социальной помощи и другим навыкам.

5. Предложенная модель и практические рекомендации по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи направлены на снижение влияния негативных последствий безработицы на состояние здоровья молодых людей. Усовершенствованные технологии предполагают тесное межсекторальное взаимодействие между такими органами, как Национальный исследовательский центр «Молодежь», Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК, организации ПМСП, Молодежные центры здоровья, что последовательно приведет к улучшению информированности безработной молодежи, доступности медико-

социальной помощи и улучшению состояния здоровья и качества жизни молодых людей.

*Практические рекомендации:*

1. Полученные нами результаты анализа и выводы рекомендуются к использованию менеджерами в сфере здравоохранения при планировании программ/мероприятий, направленных на оказание медико-социальной помощи молодым безработным людям, с учетом выявленных особенностей и необходимых навыков.

2. Для снижения барьеров при получении медико-социальной помощи безработной молодежью сотрудникам молодежных центров здоровья совместно с молодежными ресурсными центрами, центрами ЗОЖ и другими заинтересованными лицами, в том числе общественными объединениями рекомендуется проводить информационно-разъяснительные мероприятия по профилактике влияния безработицы на состояние здоровье, улучшению качества жизни и доступному получению медицинских услуг в рамках страховой медицины.

3. С целью предотвращения потерь здоровья, а также раннего выявления проблем физического и психического здоровья среди молодых безработных людей рекомендуется проводить скрининговые осмотры на уровне молодежных центров здоровья. Для оценки комплексного состояния здоровья рекомендуется использовать разработанную в ходе исследования анкету «Определение состояния здоровья безработной молодежи Казахстана», применять шкалы по оценке физического, психического, социального здоровья и качества жизни.

4. Для полноценного учета и охвата медицинскими услугами безработных молодых людей управлениям общественного здравоохранения рекомендуется обеспечить стандартизацию процесса оказания медико-социальной помощи безработной молодежи с ведением в электронном паспорте здоровья данных о социальном статусе пациента, важным является дальнейшее поддержание имиджа и статуса МЦЗ, увеличение финансирования их деятельности, применение дистанционных форм оказания медико-социальной помощи молодым безработным людям, к примеру, мобильные приложения, чат-бот в телеграмме.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Макунина И.В., Миронцева А.В. Безработица как негативный фактор влияния на рынок труда // Региональная экономика: теория и практика. – 2012. – №13. – С. 22-28.
- 2 Закон Республики Казахстан. О занятости населения: принят 6 апреля 2016 года, №482-V ЗРК (с изм. и доп. по состоянию на 07.03.2022 г.) // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1600000482>. 13.03.2022.
- 3 Ayllón S., Ferreira-Batista N.N. Unemployment, drugs and attitudes among European youth // J Health Econ. – 2018. – Vol. 57. – P. 236-248.
- 4 Wanberg C.R. The individual experience of unemployment // Annu Rev Psychol. – 2012. – Vol. 63. – P. 369-396.
- 5 Леднева С.А., Шичкин И.А. Современные тенденции молодежной занятости // Финансовые рынки и банки. – 2020. – №6. – С. 43-49.
- 6 World Employment and Social Outlook - Trends 2021 // <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2021/lang>. 10.07.2021.
- 7 Global Employment Trends for Youth 2017: Paths to a better working future / International Labour Organization. – Geneva, 2017. – 145 p.
- 8 Саидова Мадина Хамидовна Молодёжная безработица на рынке труда Узбекистана: проблемы и некоторые пути решения // Экономика и финансы. – 2019. – №9. – С. 43-47.
- 9 Матюшин Н.В. Молодежная безработица в России: причины и пути снижения // Гуманитарный научный журнал. – 2018. – №1-1. – С. 103-107.
- 10 Петроченко А.А. Проблемы занятости молодежи стран Евразийского экономического союза // Вестник ВолГУ. – 2018. – Т. 20, №1. – С. 127-135.
- 11 Trading economics/Молодежная безработица – список стран. 2021 // <https://ru.tradingeconomics.com/country-list/youth-unemployment-rate>. 10.07.2021.
- 12 Rotar L.J., Krsnik S. (2020). Analysing the relationship between unemployment benefits and unemployment duration // Society and Economy. – 2020. – Vol. 42(3). – P. 280-297.
- 13 Кириллов П. А., Сизоненко Н.Н. Молодежная безработица как угроза социально-экономической стабильности государства // Молодой ученый. – 2020. – №18(308). – С. 97-101.
- 14 Hällsten M., Edling C., Rydgren J. Social capital, friendship networks, and youth unemployment // Soc Sci Res. – 2017. – Vol. 61. – P. 234-250.
- 15 Петровская Н.Е. Проблемы занятости молодежи в США // Вестник НГИЭИ. – 2016. – №11(66). – С. 133-141.
- 16 Постановление Правительства Республики Казахстан. О Программе «Молодежь Казахстана»: утв. 17 февраля 2001 года, №249 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 05.10.2020.
- 17 Сабилова Р.К., Мукашева А.Ж., Бисембиева Ж.К. Белгісіздік жағдайындағы жастардың жұмыссыздық мәселесі // Central Asian Economic Review. – 2020. – Vol. 5(134). – P. 21-31.
- 18 Альшанская А. Центры занятости населения против молодежной безработицы: заманчивые перспективы или «глухой номер»? / Программа для

молодых исследователей в области публичной политики. – Алматы: Фонд Сорос-Казахстан, 2021. – 45 с.

19 Руководство по индексу благополучия и развития молодежи: в рамках региональной программы ЮНФПА «CISPop: качественные данные – эффективная политика» / Статкомитет СНГ. – М., 2021. – 90 с.

20 Ашимханова Д.Э., Аюпова Р.Р., Кайдарова А.С. и др. Руководство по работе с молодежью категории NEET. – Астана, 2017. – 88 с.

21 Chandler R.F., Santos Lozada A.R. Health status among NEET adolescents and young adults in the United States, 2016-2018 // *SSM Popul Health*. – 2021. – №14. – P. 100814-1-100814-12.

22 Гильяно А.С. Неформальные молодежные объединения: опыт и перспективы исследований // *Известия ПГУ им. В.Г. Белинского*. – 2012. – №28. – С. 1180-1183.

23 Mitrou F., Haynes M., Perales F. et al. Not in employment, education or training (NEET); more than a youth policy issue // *Int J Popul Data Sci*. – 2021. – Vol. 6, Issue 1. – P. 1676-1-1676-12.

24 Tanton C., McDonagh L., Cabecinha M. et al. How does the sexual, physical and mental health of young adults not in education, employment or training (NEET) compare to workers and students? // *BMC Public Health*. – 2021. – Vol. 21, Issue 1. – P. 412-1-412-11.

25 Basta M., Karakonstantis S., Koutra K. et al. NEET status among young Greeks: Association with mental health and substance use // *J Affect Disord*. – 2019. – Vol. 253. – P. 210-217.

26 O'Dea B., Glozier N., Purcell R. et al. A cross-sectional exploration of the clinical characteristics of disengaged (NEET) young people in primary mental healthcare // *BMJ Open*. – 2014. – Vol. 4, Issue 12. – P. e006378-1-e006378-10.

27 Social media, screen time, and young people's mental health // <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140>. 14.04.2021.

28 Schuring M., Robroek S.J.W., Lingsma H.F. et al. Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce // *Scand J Work Environ Health*. – 2015. – Vol. 41. – P. 441-450.

29 Vanthomme K., Gadeyne S. Unemployment and cause-specific mortality among the Belgian working-age population: The role of social context and gender // *PLoS One*. – 2019. – Vol. 14, Issue 5. – P. e0216145-1-e0216145.

30 Altweck L., Hahm S., Muehlan H. et al. The interplay of gender, social context, and long-term unemployment effects on subjective health trajectories // *BMC Public Health*. – 2021. – Vol. 21, Issue 1. – P. 290-1-290-13.

31 Kaspersen S.L., Pape K., Vie G.Å. et al. Health and unemployment: 14 years of follow-up on job loss in the Norwegian HUNT Study // *Eur J Public Health*. – 2016. – Vol. 26, Issue 2. – P. 312-317.

32 Heggebø K., Dahl E. Unemployment and health selection in diverging economic conditions: Compositional changes? Evidence from 28 European countries // *Int J Equity Health*. – 2015. – Vol. 14. – P. 121-1-121-14.

33 Cheng G.H.L., Chan D.K.S., Au W.T. Profiles of Employability and their

Career and Psychological Implications among Unemployed Youth // Applied Research Quality Life. – 2021. – Vol. 16. – P. 2205-2219.

34 Vancea M., Utzet M. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants // Scand J Public Health. – 2017. – Vol. 45, Issue 1. – P. 73-84.

35 Gajewski P., Zhukovska K. Short-run and long-run effects of unemployment on suicides: does welfare regime matter? // Eur J Public Health. – 2017. – Vol. 27, Issue 6. – P. 1038-1042.

36 Rasalingam A., Brekke I., Dahl E. et al. Impact of growing up with somatic long-term health challenges on school completion, NEET status and disability pension: a population-based longitudinal study // BMC Public Health. – 2021. – Vol. 21, Issue 1. – P. 514-1-514-13.

37 Plenty S., Magnusson C., Låftman S.B. Internalising and externalising problems during adolescence and the subsequent likelihood of being Not in Employment, Education or Training (NEET) among males and females: The mediating role of school performance // SSM Popul Health. – 2021. – Vol. 15. – P. 100873-1-100873-14.

38 Chinekes A., Hoseini S.A., Mohammadi F.S. et al. Factors Affecting Social Health from Young Adults' Perspective: A Qualitative Study // Int J Prev Med. – 2019. – Vol. 10. – P. 146-1-146-8.

39 Khlal M., Sermet C., Le Pape A. Increased prevalence of depression, smoking, heavy drinking and use of psycho-active drugs among unemployed men in France // Eur J Epidemiol. – 2004. – Vol. 19. – P. 445-451.

40 Schofield D.J., Callander E.J., Shrestha R.N. et al. Association between co-morbidities and labour force participation amongst persons with back problems // Pain. – 2012. – Vol. 153. – P. 2068-2072.

41 Youth Unemployment and Causes/MSG Management study guide // <https://www.managementstudyguide.com/youth-unemployment-and>. 05.10.2020.

42 Van Rijn R.M., Carlier B.E., Schuring M. et al. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis // Occup Environ Med. – 2016. – Vol. 73, Issue 4. – P. 275-279.

43 Shahidi F.V., Muntaner C., Shankardass K. et al. The effect of welfare reform on the health of the unemployed: evidence from a natural experiment in Germany // J Epidemiol Community Health. – 2020. – Vol. 74, Issue 3. – P. 211-218.

44 Schuring M. et al. The benefits of paid employment among persons with common mental health problems: evidence for the selection and causation mechanism // Scand J Work Environ Health. – 2017. – Vol. 43. – P. 540-549.

45 Zuelke A.E., Luck T., Schroeter M.L. et al. The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study // J Affect Disord. – 2018. – Vol. 1, Issue 235. – P. 399-406.

46 Pullen L.C. Pandemic-related unemployment impacts transplant in the US // Am J Transplant. – 2020. – Vol. 20, Issue 8. – P. 1957-1958.

47 Yildiz B., Burdorf A., Schuring M. The influence of chronic diseases and multimorbidity on entering paid employment among unemployed persons - a

longitudinal register-based study // *Scand J Work Environ Health*. – 2021. – Vol. 47, Issue 3. – P. 208-216.

48 McKee-Ryan F., Song Z., Wanberg C.R. et al. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study // *J Appl Psychol*. – 2005. – Vol. 90. – P. 53-76.

49 Stauder J. Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation? // *Eur J Health Econ*. – 2019. – Vol. 20. – P. 59-73.

50 Pedron S., Emmert-Fees K., Laxy M. et al. The impact of diabetes on labour market participation: a systematic review of results and methods // *BMC Public Health*. – 2019. – Vol. 19. – P. 25-1-25-12.

51 Leal J., Luengo-Fernández R., Gray A. et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union // *Eur Heart J*. – 2006. – Vol. 27. – P. 1610-1619.

52 Tapia Granados J.A., Christine P.J., Ionides E.L. et al. Cardiovascular Risk Factors, Depression, and Alcohol Consumption during Joblessness and During Recessions among Young Adults in CARDIA // *Am J Epidemiol*. – 2018. – Vol. 187, Issue 11. – P. 2339-2345.

53 Herbig B., Dragano N., Angerer P. Health in the long-term unemployed // *Dtsch Arztebl Int*. – 2013. – Vol. 110, Issue 23-24. – P. 413-419.

54 Sostres C., Gargallo C.J. et al. Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract // *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. – 2010. – Vol. 24. – P. 121-132.

55 Andersen I., Brønnum-Hansen H., Kriegbaum M. et al. Increasing illness among people out of labor market - A Danish register-based study // *Soc Sci Med*. – 2016. – Vol. 156. – P. 21-28.

56 Pega F., Carter K., Blakely T. et al. In-work tax credits for families and their impact on health status in adults // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2013. – Vol. 6, Issue 8. – P. CD009963-1-CD009963-52.

57 Ronchetti J., Terriau A. Impact of unemployment on self-perceived health: Evidence from French panel data // *Eur J Health Econ*. – 2019. – Vol. 20, Issue 6. – P. 879-889.

58 Thomas C., Benzeval M., Stansfeld S.A. Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey // *J Epidemiol Community Health*. – 2005. – Vol. 59. – P. 243-249.

59 Huber C.A. et al. Identifying patients with chronic conditions using pharmacy data in Switzerland: an updated mapping approach to the classification of medications // *BMC Public Health*. – 2013. – Vol. 13. – P. 1030-1-103-9.

60 Ford E., Clark C., McManus S. et al. Common mental disorders, unemployment and welfare benefits in England // *Public Health*. – 2010. – Vol. 124. – P. 675-681.

61 Atchison J.W., Herndon C.M., Rusie E. NSAIDs for musculoskeletal pain management: current perspectives and novel strategies to improve safety // *J Manag Care Pharm*. – 2013. – Vol. 19. – P. S3-S19.

62 Van der Noordt M., IJzelenberg H., Droomers M. et al. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies // *Occup Environ Med*. –

2014. –Vol. 71. – P. 730-736.

63 Roos E., Lahelma E., Saastamoinen P. et al. The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries // *Scand J Public Health*. – 2005. – Vol. 33. – P. 250-260.

64 Varekamp I., van Dijk F.J.H., Kroll L.E. Workers with a chronic disease and work disability // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. – 2013. – Vol. 56. – P. 406-414.

65 Popovici I., French M.T. Does unemployment lead to greater alcohol consumption? // *Industrial Relations*. – 2013. – Vol. 52, Issue 2. – P. 444-466.

66 Chen L., Li W., He J. et al. Mental health, duration of unemployment, and coping strategy: a cross-sectional study of unemployed migrant workers in eastern China during the economic crisis // *BMC Public Health*. – 2012. – Vol. 12. – P. 597-1-597-12.

67 Brydsten A., Hammarström A., San Sebastian M. The impact of economic recession on the association between youth unemployment and functional somatic symptoms in adulthood: a difference-in-difference analysis from Sweden // *BMC Public Health*. – 2016. – Vol. 16. – P. 230-1-230-8.

68 Hultman B., Hemlin S. Self-rated quality of life among the young unemployed and the young in work in northern Sweden // *Work*. – 2008. – Vol. 30, Issue 4. – P. 461-472.

69 Yildiz B., Schuring M., Knoef M.G. et al. Chronic diseases and multimorbidity among unemployed and employed persons in the Netherlands: a register-based cross-sectional study // *BMJ Open*. – 2020. – Vol. 10, Issue 7. – P. e035037-1-e035037-10.

70 Thern E., de Munter J., Hemmingsson T. et al. Long-term effects of youth unemployment on mental health: does an economic crisis make a difference? // *J Epidemiol Community Health*. – 2017. – Vol. 71, Issue 4. – P. 344-349.

71 Bartelink V.H.M., Ya K.Z. et al. Unemployment among young people and mental health: A systematic review // *Scandinavian Journal of Public Health*. – 2020. – Vol. 48, Issue 5. – P. 544-558.

72 Mamun M.A., Akter S., Hossain I. et al. Financial threat, hardship and distress predict depression, anxiety and stress among the unemployed youths: A Bangladeshi multi-city study // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 276. – P. 1149-1158.

73 Schofield D.J., Callander E.J., Shrestha R.N. et al. Multiple chronic health conditions and their link with labour force participation and economic status // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8. – P. e79108-1-e79108-9.

74 Graves J.M., Mackelprang J.L., Barbosa-Leiker C. et al. Quality of life among working and non-working adolescents // *Qual Life Res*. – 2017. – Vol. 26, Issue 1. – P. 107-120.

75 Cheng G.H.L., Chan D. K.S., Au W.T. Profiles of Employability and their Career and Psychological Implications among Unemployed Youth // *Applied Research Quality Life*. – 2020. – Vol. 16. – P. 2205-2219.

76 Álvaro J.L., Garrido A., Pereira C.R. et al. Unemployment, self-esteem, and depression: Differences between men and women // *Spanish Journal of*

Psychology. – 2019. – Vol. 22. – P. E1.

77 Huffman A.H., Culbertson S.S., Wayment H.A. et al. Resource replacement and psychological well-being during unemployment: the role of family support // *Journal of Vocational Behavior*. – 2015. – Vol. 89. – P. 74-82.

78 Van Zon S.K.R., Reijneveld S.A., Mendes de Leon C.F. et al. The impact of low education and poor health on unemployment varies by work life stage // *International Journal of Public Health*. – 2017. – Vol. 62, Issue 9. – P. 997-1006.

79 Fryer D. Unemployment and Mental Health: Hazards and Challenges of Psychology in the Community // In book: *Health Effects of the New Labour Market*. – Boston: Springer, 2015. – P. 11-23.

80 Moore T.H., Kapur N., Hawton K. et al. Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population: a systematic review // *Psychol Med*. – 2017. – Vol. 47, Issue 6. – P. 1062-1084.

81 Papoutsaki D., Byford M., Wilson T. et al. Young People's Future Health Inquiry: The quality of work on offer to young people and how it supports the building blocks for a healthy life. – Brighton: Institute for Employment Studies, 2019. – 75 p.

82 Worach-Kardas H., Kostrzewski S. Quality of Life and Health State of Long - Term Unemployed in Older Production Age // *Appl Res Qual Life*. – 2014. – Vol. 9, Issue 2. – P. 335-353.

83 Mousteri V., Daly M., Delaney L. The scarring effect of unemployment on psychological well-being across Europe // *Soc Sci Res*. – 2018. – Vol. 72. – P. 146-169.

84 Brydsten A., Hammarström A., San Sebastian M. Health inequalities between employed and unemployed in northern Sweden: a decomposition analysis of social determinants for mental health // *Int J Equity Health*. – 2018. – Vol. 17, Issue 1. – P. 59-1-59-14.

85 Duisekova S., Turgambayeva A., Turgambayeva A. et al. Youth Unemployment as a Factor Affecting the Health // *Iran J Public Health*. – 2020. – Vol. 49, Issue 6. – P. 1195-1197.

86 Джакупова Д.Е. Потенциал применения индекса развития молодежи для оценки эффективности развития молодежной политики Республики Казахстан // *Вестник РУК*. – 2020. – №3(41). – С. 35-39.

87 Duisekova S., Kerimbayeva Z., Mustafin A. et al. Unemployment as a Medical and Social Problem and Incidence among Unemployed Young People // *Open Access Maced J Med Sci*. – 2022. – Vol. 10(E). – P. 198-205.

88 Самохвалов Н.А. Сравнительный анализ практик реализации государственной молодежной политики в современном мире // *Сравнительная политика*. – 2016. – Т. 7, №4. – С. 143-150.

89 Закон Республики Казахстан. О государственной молодежной политике: принят 9 февраля 2015 года, №285-V ЗРК (с изм. на 07.07.2020 г.) // <https://adilet.zan.kz/rus/docs.05.10.2020>.

90 Калмакова Ж.А., Имашева Б.С., Дуйсекова С.Б. и др. Методические рекомендации по реализации проекта «Здоровые рабочие места». – Нур-Султан,

2022. – 18 с.

91 Doku D.T., Acacio-Claro P.J., Koivusilta L. et al. Health and socioeconomic circumstances over three generations as predictors of youth unemployment trajectories // *Eur J Public Health*. – 2019. – Vol. 29, Issue 3. – P. 517-523.

92 Atkins M. Covid-19 and youth unemployment // [https://www.csi.edu.au/media/uploads/csi\\_fact\\_sheet\\_social\\_covid-19\\_](https://www.csi.edu.au/media/uploads/csi_fact_sheet_social_covid-19_). 05.10.2022.

93 Rodríguez B.O., Sánchez T.L. The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers // *Int Braz J Urol*. – 2020. – Vol. 46, Suppl. 1. – P. 195-200.

94 Borland J. The next employment challenge from coronavirus: how to help the young // <https://theconversation.com/the-next-employment-challenge>. 05.10.2022.

95 Youth and Covid-19. Impacts on jobs, education, rights and mental well-being // <https://www.ilo.org/global/topics/youth-employment>. 05.10.2020.

96 Grzegorzczak M., Guntram B. Wolff. The scarring effect of COVID-19: youth unemployment in Europe // <https://www.guntramwolff.net/blog>. 28.11.2020.

97 Последствия пандемии COVID-19 для работников неформального сектора // <https://www.fao.org/3/ca8560ru/CA8560RU.pdf>. 28.11.2020.

98 Blustein D.L., Duffy R., Ferreira J.A. et al. Unemployment in the time of COVID-19: A research agenda // *J Vocat Behav*. – 2020. – Vol. 119. – P. 103436.

99 Achdut N., Refaeli T. Unemployment and Psychological Distress among Young People during the COVID-19 Pandemic: Psychological Resources and Risk Factors // *Int J Environ Res Public Health*. – 2020. – Vol. 17. – P. 7163-1-7163-18.

100 Thern E., Ramstedt M., Svensson J. Long-term effects of youth unemployment on alcohol-related morbidity // *Addiction*. – 2020. – Vol. 115, Issue 3. – P. 418-425.

101 Mokona H., Yohannes K., Ayano G. Youth unemployment and mental health: prevalence and associated factors of depression among unemployed young adults in Gedeo zone, Southern Ethiopia // *Int J Ment Health Syst*. – 2020. – Vol. 14. – P. 61-161-13.

102 Borgschulte M., Chen Y. Youth disconnection during the COVID-19 pandemic // *Labour Econ*. – 2022. – Vol. 78. – P. 102241.

103 Hua Z., Ma D. Depression and Perceived Social Support among Unemployed Youths in China: Investigating the Roles of Emotion-Regulation Difficulties and Self-Efficacy // *Int J Environ Res Public Health*. – 2022. – Vol. 19, Issue 8. – P. 4676-1-4676-17.

104 Boardman J. Dismantling the social safety net: social security reforms, disability and mental health conditions // *BJPsych Bull*. – 2020. – Vol. 44, Issue 5. – P. 208-212.

105 Thill S., Houssemand C., Pignault A. Unemployment Normalization: Its Effect on Mental Health During Various Stages of Unemployment // *Psychol Rep*. – 2019. – Vol. 122, Issue 5. – P. 1600-1617.

106 Bartelink V.H.M. et al. Unemployment among young people and mental health: A systematic review // *Scand J Public Health*. – 2020. – Vol. 48, Issue 5. – P. 544-558.

107 Brandt E.J., Rosenberg J., Waselewski M.E. et al. National Study of

Youth Opinions on Vaccination for COVID-19 in the U.S. // *J Adolesc Health*. – 2021. – Vol. 68, Issue 5. – P. 869-872.

108 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования: утв. 8 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-242/2020 (с изм. от 29.01.2022 г.). <https://adilet.zan.kz/rus/docs.05.10.2020>.

109 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: утв. 24 августа 2021 года, №ҚР ДСМ-90 (с изм. от 07.12.2021 г.) // <https://adilet.zan.kz/rus/docs.05.10.2020>.

110 Rosenberg R., Sun S., Flannigan A. et al. Impact of COVID-19 among young people currently and formerly in foster care // *Child Abuse Negl*. – 2022. – Vol. 123. – P. 105383-1-105383-14.

111 Калмакова Ж.А., Раисова К.А., Дуйсекова С.Б. Методические рекомендации по реализации проекта «Здоровые университеты». – Нур-Султан, 2022. – 30 с.

112 Sawyer S.M., Afifi R.A., Bearinger L.H. et al. Adolescence: a foundation for future health // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 379, Issue 9826. – P. 1630-1640.

113 Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Плана мероприятий по реализации Концепции государственной молодежной политики до 2020 года «Казахстан 2020: путь в будущее» (второй этап – 2016-2020 годы): утв. 9 декабря 2015 года, №983 (с изм. от 25.11.2017). <https://adilet.zan.kz/rus/docs.05.10.2020>.

114 Зулхаш Н, Дуйсекова С.Б., Тургамбаева А.К. Молодежная безработица как фактор, влияющий на состояние здоровья // *Валеология: Здоровье, Болезнь, Выздоровление*. – 2022. – №4. – С. 196-201

115 Thill S., Houssemand C., Pignault A. Effects of meaning in life and of work on health in unemployment // *Health Psychol Open*. – 2020. – Vol. 7, Issue 2. – P. 1-12.

116 Глушкова Н.Е., Омаргалиева Ж.А. Литературный обзор барьеров доступа молодых людей к медико-социальным сервисам // *Наука и здравоохранение*. – 2012. – №3. – С. 14-15.

117 Bourdrel T., Bind M.A., Béjot Y. et al. Cardiovascular effects of air pollution // *Arch Cardiovasc Dis*. – 2017. – Vol. 110, Issue 11. – P. 634-642.

118 Дуйсекова С.Б., Тургамбаева А.К. Особенности состояния здоровья безработной молодежи Казахстана // Матер. 24-й междунар. науч. конф. по онкологии «Онкология – XXI век», 10-й итало-рос. науч. конф. по онкологии и эндокринной хирургии, 24-й междунар. науч. конф. «Здоровье нации – XXI век». – Пермь, 2020. – С. 50-51.

119 Дуйсекова С.Б., Тургамбаева А.К. Состояние здоровья безработных молодых людей // *Вестник КазНМУ*. – 2020. – №1. – С. 420-424.

120 Борисов Б.Ю., Буренина С.Ю., Васильева Г.Ф. и др. Социальная работа с различными категориями населения: теория и практика. – Псков, 2017.

– 182 с.

121 Глушкова Н.Е. Анализ типов предоставления медико-социальных услуг молодёжи // Современная медицина: тенденции развития: матер. междунар. конф. молод. учен. – Караганда, 2013. – С. 15-18.

122 Мигунова Ю.Ю. Теория и технологии медико-социальной работы: учеб.-метод. пос. – Майкоп, 2015. – 68 с.

123 Нагаев Р.Я., Чичерин Л.П., Рахимкулов А.С. и др. Анализ организационных форм оказания медико-социальной помощи подросткам // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – №1-1. – С. 116-120.

124 James, S., Pisa, P.T., Imrie, J. et al. Assessment of adolescent and youth friendly services in primary healthcare facilities in two provinces in South Africa // BMC Health Serv Res. – 2018. – Vol. 18. – P. 809-1-809-10.

125 McKinlay E., Morgan S., Garrett S. et al. Young peoples' perspectives about care in a youth-friendly general practice // J Prim Health Care. – 2021. – Vol. 13, Issue 2. – P. 157-164.

126 Саламатова Т.В., Тараник М.Б., Фесенко Г.Ж. и др. «Клиника дружественная к молодёжи» как инновационная организационная форма медико-социальной помощи подросткам // Вестник СурГУ. Медицина. – 2012. – №13. – С. 110-118.

127 Каржаубаев Ш.Е. Медико-психологическая помощь подросткам и молодежи РК // Паеми Сино (Вестник Авиценны). – 2009. – №3. – С. 132-135.

128 Liu S., Heinzl S., Haucke M.N. et al. Increased Psychological Distress, Loneliness, and Unemployment in the Spread of COVID-19 over 6 Months in Germany // Medicina (Kaunas). – 2021. – Vol. 57, Issue 1. – P. 53-1-53-11.

129 Руководство по внутренней оценке Молодежных центров здоровья / United Nations Population Fund. – Нур-Султан, 2020. – 8 с.

130 Механизм рассмотрения жалоб в Молодежном центре здоровья / United Nations Population Fund. – Нур-Султан, 2020. – 6 с.

131 Ambresin A.E., Bennett K., Patton G.C. et al. Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives // J Adolesc Health. – 2013. – Vol. 52, Issue 6. – P. 670-681.

132 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил организации медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетних в возрасте от десяти до восемнадцати лет и молодежи: утв. 20 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-285/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs.05.10.2020>.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Выписки из протокола заседания

1

#### ВЫПИСКА

из протокола заседания Рабочей группы по формированию Национального проекта «Здоровая нация» на 2021-2025 годы

г.Нур-Султан

№ 5

от «08» апреля 2021г.

**Председатель рабочей группы:** Сарымсаков Батырхан Нурлыбекович - руководитель Управления амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи Департамента организации медицинской помощи МЗ РК

#### ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Обсуждение и рассмотрение мероприятий Национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» по направлению «Формирование здорового образа жизни и массового спорта».
2. Обсуждение и рассмотрение мероприятий Национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» по направлению «Создание эффективного сельского здравоохранения: укрепление инфраструктуры, возрождение транспортной медицины».
3. Определение цели, задач, целевых индикаторов и показателей результатов реализации Национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»

#### РЕШЕНИЕ:

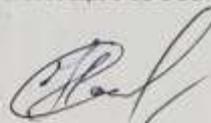
##### По первому вопросу повестки дня:

- 1) Директору департамента анализа и прогнозирования НАО «Фонда социального медицинского страхования» (далее - ФСМС) Фалеевой М.К рассмотреть вопрос дополнительного финансирования направления «Создание эффективного сельского здравоохранения: укрепление инфраструктуры, возрождение транспортной медицины» и «Формирование здорового образа жизни и массового спорта» Национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»;
- 2) Принять к сведению информацию и внести предложения докторанта PhD 2-го года по специальности «Общественное здравоохранение», НАО «МУА» Дуйсековой Самал Байболатовны по функционированию молодежных центров здоровья, в частности распространение и продвижение имиджа, а также усиление работы по медико-социальной помощи молодежи в Департамент организации медицинской помощи МЗ РК.

**По второму вопросу повестки дня:**

1) Принять к сведению информацию и внести предложения докторанта PhD 2-го года по специальности «Общественное здравоохранение», НАО «МУА» Тулегеновой Айнагуль Мейрамовны по направлению *«Создание эффективного сельского здравоохранения: укрепление инфраструктуры, возрождение транспортной медицины»* Национального проекта «Здоровая нация», в частности проведение анализа по изучению состояния здоровья сельского населения Республики Казахстан по регионам, а также разработки мер по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи для сельского населения путем разработки программ по обеспечению и удержке квалифицированных кадров на уровне сельского здравоохранения в Департамент организации медицинской помощи МЗ РК.

Председатель рабочей группы



**Б. Сарымсаков**

**ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА**  
**рабочей группы по разработке стандартов**  
**№ 3**

г. Нур-Султан

30 ноября 2021 года

**Повестка:**

1. Обсуждение проекта стандартов для молодежных центров здоровья;
2. Определение критериев;
3. Определение доказательной базы по критериям;

**Принято решение:**

1. Направить стандарты для дальнейшего согласования в уполномоченный орган и заинтересованным сторонам;
2. Принять и внести предложения Дуйсековой Самал Байболатовны, эксперта национальной аккредитации по разработке методических рекомендаций (в части молодежных центров здоровья, касательно разработки типовых СОП)

Секретарь  
Заместитель Председателя  
Центра аккредитации



Ф. Газезов

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Акты внедрения

#### АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы

КГП на ПХВ «Городская поликлиника № 7» УОЗ г. Алматы

наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: Модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП (врачей-терапевтов, врачей общей практики, сотрудников молодежного центра здоровья)

**Форма внедрения:** Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 7 г. Алматы, для оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП с целью улучшения здоровья и качества жизни безработной молодежи.

Работа включена из: диссертации PhD Дуйсековой С.Б. «Совершенствование технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП» по специальности 8D10103- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения: медико - социальная, организационная

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение-рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения: февраль 2022 год

**Председатель комиссии:**

Главный врач городской поликлиники № 7 \_\_\_\_\_ А.А. Асен

**Члены комиссии:**

1. Амирова Л.Б. – Зам. главного врача по ЛПР
2. Рахманбердиева С.Р. – Зам. главного врача по ЛПР
3. Жумабеков Н.О. – Зам. главного врача по ОМР
4. Кусаинова Д.Т. – Руководитель МЦЗ

**Исполнитель (ответственный за внедрение):** заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.  
PhD докторант Дуйсекова С.Б.

14.02 2022 г.

## АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 3» акимата г. Уральск, ЗКО  
наименование учреждения, где внедряется работа

**Наименование предложения:** Модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП (врачей-терапевтов, врачей общей практики, сотрудников молодежного центра здоровья)

**Форма внедрения:** Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 3 г. Уральск, ЗКО для оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП с целью улучшения здоровья и качества жизни безработной молодежи.

Работа включена из: диссертации PhD Дуйсековой С.Б. «Совершенствование технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП» по специальности 8D10103- Общественное здравоохранение.

**Эффективность внедрения:** медико- социальная, организационная

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения: апрель 2022 год

**Председатель комиссии:**

Главный врач городской поликлиники № 3



Жалтиев Р.М.

**Члены комиссии:**

Зам. директора по ОМП  
Зав. ЦСЗ № 2 Текомарьба  
врач-статистик Хабдаманова З.Н.



**Исполнитель (ответственный за внедрение):** заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.  
PhD докторант Дуйсекова С.Б.

19.04.2022 г.

## АКТ

### внедрения результатов научно- исследовательской работы

ТОО «QAMQOR GP» г. Шымкент

наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: Модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП (врачей-терапевтов, врачей общей практики, сотрудников молодежного центра здоровья)

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности ТОО «QAMQOR GP» г. Шымкент, для оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП с целью улучшения здоровья и качества жизни безработной молодежи.

Работа включена из: диссертации PhD Дуйсековой С.Б. «Совершенствование технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП» по специальности 8D10103- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения: медико- социальная, организационная

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения: февраль 2022 год

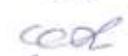
Председатель комиссии:

Директор ТОО «QAMQOR GP»

 Жолаева Г.И.

Члены комиссии:

Зам. главного врача А. Абдуллаева 

Зам. главного врача Ф. Калдыбекова 

Зав. отделением Ж. Сванова 

Исполнитель (ответственный за внедрение): заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.  
PhD докторант Дуйсекова С.Б.

10.02.2022 г.

**АКТ**

внедрения результатов научно- исследовательской работы  
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» акимата г. Нур-Султан  
наименование учреждения, где внедряется работа

**Наименование предложения:** Модель оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП (врачей-терапевтов, врачей общей практики, врачей ЗОЖ, социальных работников, психологов, сотрудников молодежного центра здоровья)

**Форма внедрения:** Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 6 г. Нур-Султан, для оказания медико-социальной помощи безработной молодежи на уровне ПМСП с целью улучшения здоровья и качества жизни безработной молодежи.

**Работа включена из:** диссертационной работы PhD Дуйсековой С.Б. «Совершенствование технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП» по специальности 8D10103- Общественное здравоохранение.

**Эффективность внедрения:** медико - социальная, организационная

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение - рекомендуются к широкому внедрению.

**Срок внедрения:** апрель 2022 год

**Председатель комиссии:**

Директор ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» акимата г. Нур-Султан  
\_\_\_\_\_ Д.С. Байсеркина

**Члены комиссии**

Зам. директора по детству и родовспоможению \_\_\_\_\_ Аппасова Д.К.

Руководитель МЦЗ \_\_\_\_\_ Бегенова Б.Ш.

Врач ЗОЖ \_\_\_\_\_ Махметов Д.К.

**Исполнитель (ответственный за внедрение):** заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.  
PhD докторант Дуйсекова С.Б.

8.04 2022г.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Свидетельства об авторском праве

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
**О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР**  
**ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**  
№ 27470 от «24» июня 2022 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):  
**ДУЙСЕКОВА САМАЛ БАЙБОЛАТОВНА, Тургамбаева Асия Кайрбаевна**

Вид объекта авторского права: **произведение науки**

Название объекта: **Модель оказания мелко-социальной помощи безработным молодым людям в возрасте от 18 до 29 лет**

Дата создания объекта: **22.06.2022**





Копия настоящего свидетельства размещена на официальном сайте Агентства по интеллектуальным правам «Авторские права» в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>  
Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](https://copyright.kazpatent.kz) в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП Е. Оспанов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**СВИДЕТЕЛЬСТВО  
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР  
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**

№ 22440 от «15» декабря 2021 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):  
**ДУЙСЕКОВА САМАЛБАЙБОЛАТОВНА, Тургамбасва Асия Кайрбаевна**

Вид объекта авторского права: **произведение науки**

Название объекта: **Анкета для определения состояния здоровья безработной молодежи Казахстана**

Дата создания объекта: **09.12.2021**



Дokument түзудің сайты: <http://www.kazpatent.kz/rz/compound/1>  
"Авторлық құқық" бөлімінде тіркелген болса да <http://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://copyright.kazpatent.kz)  
в разделе «Авторское право» <http://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Н. Абулкаиров

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ  
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

**КУӘЛІК**

2022 жылғы «18» мамыр № 26244

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):  
**ИМАШЕВА БАҒДАТ САКЕНОВНА, Қалмақова Жанар Амангелдіевна, Назарова Салтанат  
Абыкалыровна, Асқаров Қуандық Аққалович, Дүйсекова Самал Байболатовна**

Авторлық құқық объектісі: **әдеби туынды**

Объектінің атауы: **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОЕКТА  
«ЗДОРОВЬЕ РАБОЧИЕ МЕСТА»**

Объектіні жасаған күні: **17.05.2022**



Құжаттың тіпінскалығын <https://www.kazpatent.kz/kz/sayтынyn>  
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](https://copyright.kazpatent.kz)  
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

ЭЦҚ қол қойылды

Е. Оспанов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ  
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

**КУӘЛІК**

2022 жылғы «31» мамыр № 26701

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):  
**АСКАРОВ ҚУАНДЫҚ АҚКАЛОВИЧ, Қалмақова Жанар Амангелдіевна, Раисова Қарлығаш  
Аскеровна, Дүйсекова Самал Бекболатовна**

Авторлық құқық объектісі: **әдеби туынды**

Объектінің атауы: **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПОДПРОЕКТА  
«ЗДОРОВЫЕ УНИВЕРСИТЕТЫ»**

Объектіні жасаған күні: **20.05.2022**



Құжат түпнұсқасының <https://www.kazpatent.kz/ru> сайтының  
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады. <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](https://www.kazpatent.kz)  
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

ЭЦҚ қол қойылды

Е. Оспанов

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

### Анкета для определения состояния здоровья безработной молодежи Казахстана

Уважаемый участник, Мы - команда исследователей с НАО «Медицинский Университет Астана», заинтересованных в изучении влияния безработицы на состояние здоровья и качество жизни молодых людей. С этой целью мы проводим анонимный опрос в разных регионах Казахстана и надеемся, что Вы поможете нам, ответив на вопросы ниже. Пожалуйста, постарайтесь ответить на каждый вопрос, даже если Вам кажется, что он повторяется. Соглашаясь на участие, Вы поможете нам получить новые знания и предложить рекомендации по уменьшению негативных факторов влияния. Участие в опросе займёт около 15-20 минут. В опросе принимают участие молодые люди 18-29 лет.

По всем возникшим вопросам Вы можете обратиться по электронному адресу [sammir9088@gmail.com](mailto:sammir9088@gmail.com)

Ссылка на исследование: Благодарим Вас за уделенное время.

**1. Укажите ваш пол:**

- мужской • женский

**2. Укажите возраст в (годах) \_\_\_\_**

**3. Семейное положение:**

- в супружестве • холост (а)

**4. Ваш регион: \_\_\_\_**

**5. Место жительства:**

- село • город

**6. Вы резидент РК?**

- Да \*Нет \*Каңдас

**7. Национальность**

Пожалуйста, напишите \_\_\_\_\_

**8. Укажите Ваш социальный статус**

- работаю;
- не работаю, учусь;
- не работаю, не учусь;
- Работаю и учусь

**9. Если Вы не работаете и не учитесь, то сколько времени в этом статусе? \_\_\_\_**

**10. Ваш наивысший уровень образования на данный момент?**

- o Начальная школа
- o Незаконченное среднее образование
- o Полное среднее образование
- o Среднее специальное образование (училище, курсы)
- o Среднее профессиональное образование ( техникум, колледж)
- o Бакалавриат или эквивалентный уровень
- o Уровень магистра, специалитет или эквивалентный уровень
- o Аспирантура/докторантура или эквивалентный уровень

**11. Наивысший уровень образования Вашей матери на данный момент?**

- o Начальная школа
- o Незаконченное среднее образование
- o Полное среднее образование
- o Среднее специальное образование (училище, курсы)
- o Среднее профессиональное образование ( техникум, колледж)
- o Бакалавриат или эквивалентный уровень
- o Уровень магистра, специалитет или эквивалентный уровень
- o Аспирантура/докторантура или эквивалентный уровень

**12. Наивысший уровень образования Вашего отца на данный момент?**

- o Начальная школа
- o Незаконченное среднее образование
- o Полное среднее образование
- o Среднее специальное образование (училище, курсы)
- o Среднее профессиональное образование ( техникум, колледж)
- o Бакалавриат или эквивалентный уровень
- o Уровень магистра, специалитет или эквивалентный уровень
- o Аспирантура/докторантура или эквивалентный уровень

**13. Если вы имеете законченное образование, какое учебное заведение Вы закончили?**

- Медицинский

- Технический
  - Гуманитарный
  - Другое \_\_\_\_
- 14. Были ли Вы довольны своим образованием, если закончили обучение?**
- Да
  - Нет
  - Затрудняюсь ответить
- 15. Чем Вы занимаетесь сейчас или раньше?**
- о профессионал или менеджер (например, юрист, преподаватель университета, менеджер компании)
  - о квалифицированный не ручной труд (работа в офисе; например, секретарь, администратор, помощник менеджера)
  - о квалифицированный ручной труд (например, электрик, парикмахер, сантехник)
  - о полуквалифицированный ручной труд (например, продавец, водитель, официант)
  - о Неквалифицированная или временная работа (например, рабочий, уборщик, сборщик фруктов)
- 16. Сколько в среднем часов в день Вы спите? \_\_\_\_**
- 17. Сколько часов в день у Вас уходит на социальные сети? \_\_\_\_**
- 18. Занимаетесь ли физической активностью не менее 30 мину в день?**
- Да \*Нет
  - Затрудняюсь ответить
- 19. Изменился ли уровень финансового благополучия после потери/отсутствия работы?**
- да, изменился в худшую сторону.
  - да, изменился в лучшую сторону
  - нет не изменился
- 20. К какому социально-экономическому классу Вы себя относите?**
- Выше среднего
  - Средний
  - Ниже среднего
- 21. Прикреплены ли Вы к поликлинике?**
- да (какая поликлиника \_\_\_\_)
  - Нет, не прикреплен
  - обслуживаюсь у частного доктора (название клиники \_\_)
- 22. Удовлетворены ли вы качеством оказываемых мед услуг**
- Да \*нет
  - Затрудняюсь ответить
- 23. Болели ли Вы COVID-2019?**
- Да \*нет Затрудняюсь ответить
- 24. Если да, сколько продлилась болезнь недель?**
- 25. Чувствуете ли вы поддержку со стороны государства?**
- Да нет
  - Затрудняюсь ответить
- 26. Чувствуете ли вы поддержку со стороны семьи-родителей?**
- Да \*нет
  - Затрудняюсь ответить
- 27. Чувствуете ли вы поддержку со стороны близких-друзей?**
- Да \*нет \*Затрудняюсь ответить
- 28. Как Вы считаете уровень своего финансового благополучия на данный момент?**
- о очень бедный
  - о умеренно бедный
  - о достаток ниже среднего
  - о средний достаток
  - о достаток выше среднего
  - о умеренно богатый
  - о очень богатый
  - о Предпочитаю не отвечать

**29. Были ли Вы вакцинированы?**

- Да \*нет

**30. Если нет, то собираетесь ли?**

- Да \* нет

**31. Если да, то какой вид вакцины предпочитаете:**

- Спутник
- QazVac
- Hayat-Vax
- CoronaVac
- Другое \_\_\_\_\_

**32. Были ли у Вас проблемы со здоровьем последний год?**

**33. Если да, то какие именно проблемы (напишите пожалуйста ниже)?**

**34. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями?**

**35. Если да, то какими именно заболеваниями?**

**36. Госпитализировали ли Вас за последний год?**

**37. Если да, то по какому диагнозу и сколько раз**

**38. Вы курите?**

**39. Если да, то сколько раз?**

**40. Сколько сигарет в день вы выкуриваете?**

**41. Вы употребляете алкоголь?**

**42. Как часто Вы употребляли алкоголь за последние 30 дней?**

## Қазақстандағы жұмыссыз жастардың денсаулық жағдайын анықтауға арналған сауалнама

Құрметті қатысушы, біз - жұмыссыздықтың жастардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасына әсер етуін зерттеуге мүдделі "Астана медицина университеті" КеАҚ-ның зерттеушілер тобымыз. Осы мақсатта Қазақстанның түрлі өңірлерінде анонимді сауалнама жүргізіп жатырмыз және сізді төмендегі сұрақтарға жауап бере отырып, бізге көмектеседі деп үміттенеміз. Әр сұраққа жауап беруіңізді өтінеміз, тіпті Сізге қайталанатын сұрақ болып көрінсе де. Сауалнамаға жауап беруге келісе отырып, сіз бізге жаңа білім алуға және жұмыссыздықтың теріс әсер ету факторларын азайту бойынша ұсыныстар әзірлеуге көмектесе аласыз. Сауалнамаға қатысу шамамен 15-20 минутты алады. Сауалнамаға 18-29 жас аралығындағы жастар қатыса алады.

Барлық туындаған сұрақтар бойынша мына электронды мекен-жайға [sammir9088@gmail.com](mailto:sammir9088@gmail.com) жаза аласыз!

Зерттеуге сілтеме: Арнайы бөлген уақытыңыз үшін алғысымыз шексіз!

**1. Жынысы:**

- ер
- әйел

**2. Сіздің жасыңыз (туған жыл) \_\_\_\_**

**3. Отбасылық жағдайыңыз:**

- отбасылы
- бойдақ

**4. Сіздің аймағыңыз (регион): \_\_\_\_**

**5. Тұрғылықты жері:**

- ауыл
- қала

**6. Сіз ҚР-ның резидентісіз бе?**

- Иә
- Жоқ
- Кандас

**7. Ұлтыңыз:**

Жазуыңызды сұраймыз \_\_\_\_\_

**8. Әлеуметтік мәртебенізді көрсетіңіз**

- жұмыс істеймін;
- жұмыс істемеймін, оқимын;
- жұмыс істемеймін, оқымаймын;
- Жұмыс істеймін және оқимын

**9. Егер сіз жұмыс жасамайтын және оқымайтын болсаңыз, онда бұл статуста қанша уақыт жүрсіз (жыл)? \_\_\_\_**

**10. Қазіргі уақыттағы Сіздің жоғары білім деңгейіңіз?**

- бастауыш мектеп
- аяқталмаған орта білім
- толық орта білім
- арнайы орта білім (училище, курстар)
- орта кәсіптік білім (техникум, колледж)
- Бакалавриат немесе балама деңгей
- магистр деңгейі, мамандық немесе балама деңгей
- Аспирантура / докторантура немесе балама деңгей

**11. Қазіргі уақыттағы Сіздің анаңыздың ең жоғары білім деңгейі?**

- бастауыш мектеп
- аяқталмаған орта білім
- толық орта білім
- арнайы орта білім (училище, курстар)
- орта кәсіптік білім (техникум, колледж)
- Бакалавриат немесе балама деңгей
- магистр деңгейі, мамандық немесе балама деңгей
- Аспирантура / докторантура немесе балама деңгей

**12. Қазіргі уақыттағы Сіздің әкеңіздің ең жоғары білім деңгейі?**

- бастауыш мектеп
- аяқталмаған орта білім
- толық орта білім
- арнайы орта білім (училище, курстар)

- орта кәсіптік білім (техникум, колледж)
- Бакалавриат немесе балама деңгей
- магистр деңгейі, мамандық немесе балама деңгей
- Аспирантура / докторантура немесе балама деңгей

**13. Егер сізде толық аяқталған жоғары білім болса, сіз қандай оқу орнын бітірдіңіз?**

- Медициналық
- Техникалық
- Гуманитарлық
- Басқа \_\_\_\_

**14. Егер сіз оқуды бітірген болсаңыз, алған біліміңізге қанағаттанасыз ба?**

- Иә
- Жоқ
- Жауап беруге қиналамын

**15. Қазір немен айналысасыз (немесе бұрын айналыстыңыз)?**

- кәсіби немесе менеджер (мысалы, зангер, университет оқытушысы, компания менеджері)
- білікті емес қол еңбегі (кеңседегі жұмыс; мысалы, хатшы, әкімші, менеджердің көмекшісі)
- білікті қол еңбегі (мысалы, электрик, шаштараз, сантехник)
- жартылай білікті қол еңбегі (мысалы, сатушы, жүргізуші, даяшы)
- біліксіз немесе уақытша жұмыс (мысалы, жұмысшы, тазалаушы, жеміс жинаушы)

**16. Сіз күніне орта есеппен қанша сағат ұйықтайсыз? \_\_\_\_**

**17. Әлеуметтік желілерге күніне қанша сағат кетеді? \_\_\_\_**

**18. Күніне кемінде 30 минут дене белсенділігімен айналысасыз ба?**

- Иә
- Жоқ
- Жауап беруге қиналамын

**19. Жұмысынан айрылғаннан/жұмыс істемегеннен кейін қаржылық әл-ауқат деңгейі өзгерді ме?**

- иә, өзгерді нашар жағына қарай.
- иә, жақсы жаққа өзгерді
- жоқ өзгерген жоқ

**20. Сіз өзіңізді қандай әлеуметтік-экономикалық топқа жатқызасыз?**

- Ортадан жоғары
- Орташа
- Орташа деңгейден төмен

**21. Сіз емханаға бекітілгенсіз бе?**

- иә (қандай емхана \_\_\_\_)
- Жоқ, бекітілмеген
- мен ақылы түрде жеке дәрігерге қараламын (клиниканың атауы \_\_\_\_)

**22. Сіз медициналық қызметтердің сапасына қанағаттанасыз ба?**

- Иә
- жоқ
- Жауап беруге қиналамын

**23. Сіз COVID-19-бен ауырдыңыз ба?**

- Иә
- жоқ
- жауап беруге қиналамын

**24. Егер ауырған болсаңыз, ауру қанша аптаға созылды?**

**25. Сіз мемлекет тарапынан қолдау сезінесіз бе?**

- Иә
- жоқ
- Жауап беруге қиналамын

**26. Сіз отбасыңыздың, ата-анаңыздың қолдауын сезінесіз бе?**

- Иә
- жоқ
- Жауап беруге қиналамын

**27. Сіз жақын достарыңыздың қолдауын сезінесіз бе?**

- Иә

- жоқ
  - жауап беруге киналамын
- 28. Қазіргі уақытта сіздің қаржылық әл-ауқатыңыздың деңгейі қалай деп ойлайсыз?**
- өте кедей
  - орташа деңгей
  - табыс орта деңгейден төмен
  - орташа табыс
  - табыс орташадан жоғары
  - орташа бай
  - өте бай
  - жауап бермеуді жөн көремін
- 29. Сіз вакцина алдыңыз ба?**
- Иә
  - жоқ
- 30. Егер жоқ болса, сіз вакцина алуға барасыз ба?**
- Иә
  - жоқ
- 31. Салдыруға келіссеңіз, вакцинаның қандай түрін қалайсыз:**
- Спутник
  - QazVac
  - Nayat-Vax
  - CoronaVac
  - Басқа \_\_\_\_\_
- 32. Сізде соңғы жылдары денсаулыққа қатысты мәселелер болды ма?**
- 33. Егер жауабыңыз «иә» болса, қандай проблемалар бар (төменде жазыңыз)?**
- 34. Сіз созылмалы ауру түрімен ауырсыз ба?**
- 35. Егер иә болса, қандай ауру екенін атап өтуіңізді сұраймыз**
- 36. Сіз соңғы жылы ауруханаға түстіңіз бе?**
- 37. Егер иә болса, онда қандай диагнозбен және қанша рет түстіңіз?**
- 38. Сіз темекі шегесіз бе?**
- 39. Иә болса болса, қанша рет?**
- 40. Күніне қанша темекі шегесіз?(саны)**
- 41. Сіз алкогольді ішесіз бе?**
- 42. Соңғы 30 күнде алкогольді қаншалықты жиі тұтындыңыз?**

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Анкета для определения насколько молодежь довольна своей жизнью

Уважаемый участник, Мы - команда исследователей с НАО «Медицинский Университет Астана», заинтересованных в изучении влияния безработицы на состояние здоровья и качество жизни молодых людей. С этой целью мы проводим анонимный опрос в разных регионах Казахстана и надеемся, что Вы поможете нам, ответив на вопросы ниже. Пожалуйста, постарайтесь ответить на каждый вопрос, даже если Вам кажется, что он повторяется. Соглашаясь на участие, Вы поможете нам получить новые знания и предложить рекомендации по уменьшению негативных факторов влияния. Участие в опросе займёт около 15-20 минут. В опросе принимают участие молодые люди 18-29 лет.

По всем возникшим вопросам Вы можете обратиться по электронному адресу [sammir9088@gmail.com](mailto:sammir9088@gmail.com)

Ссылка на исследование:

Благодарим Вас за уделенное время.

**Принимая во внимание все обстоятельства, за последнюю неделю насколько вы довольны своим ...**

	Очень плохо	Плохо	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо
... физическим здоровьем?	1	2	3	4	5
... настроением?	1	2	3	4	5
... работой?	1	2	3	4	5
... домашними делами?	1	2	3	4	5
... социальными отношениями?	1	2	3	4	5
... отношениями в семье	1	2	3	4	5
... занятиями в свободное время?	1	2	3	4	5
способностью функционировать в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
... сексуальным влечением, интерес и / или представлением? *	1	2	3	4	5
... экономический статус?	1	2	3	4	5
... Жилищем / жилищной ситуацией?*	1	2	3	4	5
... Способностью передвигаться физически без	1	2	3	4	5

головокружения или шаткости или падения?*					
....На ваш взгляд возможностью выполнять работу или хобби?	1	2	3	4	5
... общим чувством благополучия?	1	2	3	4	5
... принятием лекарств? (Если не принимаете, оставьте графу пустой.)	1	2	3	4	5
Как бы вы оценили свою общую удовлетворенность жизнью за последнюю неделю?	1	2	3	4	5

\* Если удовлетворение по этим пунктам очень низкое, слабое или удовлетворительное, УКАЖИТЕ связанный (е) фактор (ы) с недостаточным удовлетворением

## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### Анкета для изучения мнения медицинских и социальных работников по вопросам оказания медико-социальной помощи безработной молодежи

#### Анкета для изучения мнения медицинских и социальных работников по вопросам оказания медико-социальной помощи безработной молодежи

##### Опросник для изучения мнения медицинских и социальных работников

Уважаемый участник, Мы - команда исследователей с НАО «Медицинский Университет Астана», заинтересованных в изучении влияния безработицы на состояние здоровья и качество жизни молодых людей. С этой целью мы проводим анонимный опрос в разных регионах Казахстана и надеемся, что Вы поможете нам, ответив на вопросы ниже. Соглашаясь на участие, Вы, поможете нам получить новые знания и предложите рекомендации по совершенствованию оказания медико-социальной помощи безработным молодым людям. Участие в опросе займёт около 15-20 минут. В опросе принимают медицинские и социальные работники. По всем возникшим вопросам Вы можете обратиться по электронному адресу [sammir9088@gmail.com](mailto:sammir9088@gmail.com)

Ссылка на исследование:

**Благодарим Вас за уделенное время!**

1. Укажите Ваш пол:
  - мужской;
  - женский;
2. Укажите возраст (в годах) \_\_\_\_\_
3. Укажите регион проживания (выбрать из списка)
  - 1 Акмолинская область
  - 2 Актюбинская область
  - 3 Алматинская область
  - 4 Атырауская область
  - 5 Восточно-Казахстанская область
  - 6 Жамбылская область
  - 7 Западно-Казахстанская область
  - 8 Карагандинская область
  - 9 Костанайская область
  - 10 Кызылординская область
  - 11 Мангистауская область
  - 12 Павлодарская область
  - 13 Северо-Казахстанская область
  - 14 Туркестанская область
  - 15 г. Шымкент
  - 16 г. Алматы
  - 17 г. Нур-Султан
4. Ваша должность?
  - старший мед.персонал (врач)
  - средний мед.персонал (мед.сестра)
  - психолог
  - социальный работник
  - другое \_\_\_\_\_
5. Стаж работы (в годах) \_\_\_\_\_
6. Организация, где Вы работаете оказывает
  - первичную медико-санитарную помощь;
  - стационарную помощь;
  - другое \_\_\_\_\_
7. Вы являетесь работником здравоохранения:
  - государственного сектора;
  - частного сектора;
  - неправительственное общественное объединение;
  - другое \_\_\_\_\_

8. Укажите уровень медицинской организации, в которой Вы работаете:
- республиканский;
  - областной;
  - городской;
  - районный
9. Как часто к Вам обращаются безработные молодые люди от 18 до 29 лет?
- часто
  - редко
  - не обращаются
10. Из Вашего опыта, как Вы считаете, какова частота госпитализации безработных молодых людей?
- часто
  - редко
  - нет опыта
11. Какие меры оказания помощи Вы используете по работе с безработной молодежью (перечислите)?
- социального характера;
  - медицинского характера;
  - психического характера;
  - другое \_\_\_\_\_
12. Какие виды медицинской помощи Вы оказываете молодым людям от 18 до 29 лет (можно выбрать несколько ответов);
- скорая медицинская помощь;
  - доврачебная медицинская помощь;
  - первичная медико-санитарная помощь;
  - специализированная медицинская помощь;
  - медицинская реабилитация;
  - паллиативная медицинская помощь.
13. Какие шкалы для оценки физического состояния пациента Вы используете?
- антропометрические измерения (рост, вес, окружность груди);
  - экспресс-оценка уровня соматического здоровья (по Апанасенко)
  - другое \_\_\_\_\_
14. Проводите ли Вы оценку качества жизни пациентов?
- да
  - нет
15. Если да, то, какие шкалы используете?
- SF-36;
  - Q-LES-Q-SF;
  - EQ-5D-3L;
  - WHOQOL-100;
  - другое \_\_\_\_\_
16. Проводите ли Вы оценку психического состояния пациентов?
- да
  - нет
17. Как вы оцениваете актуальность темы «здоровья безработной молодежи» по 10-бальной шкале?
- 10-8 тема очень актуальна, как и после пандемии коронавирусной инфекции, так и была до него, считаю, что требуется освещение проблем, связанных с состоянием здоровья и качеством жизни безработной молодежи. Я обеспокоен(а) состоянием здоровья безработной молодежи
  - 5-7 тема стала весьма актуальной из-за пандемии коронавирусной инфекции, считаю, что требуется освещение проблем, связанных с состоянием здоровья и качеством жизни безработной молодежи

- 1-4, по моему мнению, не требуется освещения проблем, связанных с состоянием здоровья и качеством жизни безработной молодежи.
  - Нейтрален и/или затрудняюсь ответить;
- 1 2 3 4 5 6 8 9 10
- 18. «Медицинские работники должны в своей работе спрашивать о курении всех пациентов и давать рекомендации по прекращению курения, в случае потребления пациентом табака»**
- Полностью не согласен (а)
  - Не согласен (а), это обязанность работников специализированных служб, например, наркологов
  - Согласен (а), но медицинский работник может ограничиться только вопросом о курении
  - Полностью согласен(а), это обязанность медицинских работников
- 19. Каким образом вы способствуете пропаганде здорового образа жизни среди безработной молодежи? (укажите то, что относится к вам)**
- В организации, где я работаю, используются программы или мероприятия, целью которых является профилактика табакокурения среди пациентов и их родственников.
  - В организации, где я работаю, используются программы или мероприятия, целью которых является профилактика алкоголизма среди пациентов и их родственников
  - В организации, где я работаю, используются программы или мероприятия, целью которых является профилактика наркомании среди пациентов и их родственников
  - Другое: \_\_\_\_\_
- 20. Кто должен заниматься улучшением качества жизни безработных молодых людей от 18-29 лет? (возможно несколько ответов)**
- медицинские работники
  - социальные работники
  - родственники данной категории
  - учебные учреждения
  - центры работы с населением
  - другое: \_\_\_\_\_
- 21. На ваш взгляд, какое внимание уделяется охране здоровья молодого населения органами местной администрации в регионе Вашего проживания?**
- достаточное
  - слабое
  - не уделяется
  - затрудняюсь ответить
- 22. Оцените (по 10 бальной шкале, где 10 наилучшая оценка) комплексный подход и межведомственное взаимодействие в охране здоровья молодежи вашей организации:**
- комплексный подход
  - межведомственное взаимодействие
- 23. Как Вы считаете, необходимы ли для работы с молодежью специально выделенные или созданные структуры в системе оказания первичной медицинской помощи?**
- да
  - нет
  - затрудняюсь ответить
- 24. Как Вы считаете, необходимо ли проведение медико-социального патронажа в семье с безработной молодежью (имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке)?**
- да
  - нет
  - затрудняюсь ответить
- 25. Как вы считаете, достаточно ли осуществляется мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья безработной молодежи?**
- да
  - нет
  - затрудняюсь ответить

26. Оцените текущее гигиеническое воспитание (в т.ч. половое) молодежи с ориентацией на здоровую семью? (по 10 бальной шкале, где 10 наилучшая оценка)
27. Как Вы считаете, относятся ли молодые безработные люди к «особой группе» пациентов?
- да
  - нет
  - затрудняюсь ответить
28. Как Вы считаете, требуется ли молодым безработным людям соответствующая психологическая поддержка?
- да
  - нет
  - затрудняюсь ответить
29. Необходимы ли Вам дополнительные навыки ведения молодых безработных людей: а) навыки по установлению психологического контакта, б) навыки по оказанию медико-психолого-социальной помощи, в) другие навыки?
- да
  - нет
  - затрудняюсь ответить
30. Как Вы в целом оцениваете систему оказания медико-социальной помощи безработной молодежи? (по 10 бальной шкале, где 10 наилучшая оценка)

*Благодарим за сотрудничество!*

## Жұмыссыз жастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету мәселелері бойынша медициналық және әлеуметтік қызметкерлердің пікірін зерделеуге арналған сауалнама

### Медицина және әлеуметтік қызметкерлердің пікірін зерттеуге арналған сауалнама.

Құрметті қатысушы, біз - жұмыссыздықтың жастардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасына әсерін зерттеуге мүдделі "Астана медицина университеті" КЕАҚ-мен зерттеушілер тобымыз. Осы мақсатта біз Қазақстанның түрлі өңірлерінде анонимді сауалнама жүргіземіз және төмендегі сұрақтарға жауап бере отырып, сіз бізге көмектесесіз деп үміттенеміз. Әр сұраққа жауап беруге тырысыңыз, тіпті егер қайталанатын болса да. Қатысуға келісе отырып, сіз бізге жаңа білім алуға және жағымсыз әсер ету факторларын азайту бойынша ұсыныстар ұсынуға көмектесесіз. Сауалнамаға қатысу шамамен 15-20 минутты алады. Сауалнамаға Медициналық және әлеуметтік қызметкерлер қатысады. Барлық туындаған сұрақтар бойынша электронды [sammir9088@gmail.com](mailto:sammir9088@gmail.com) мекен-жайға хабарласуыңызға болады.

Зерттеуге сілтеме: бөлген уақытыңыз үшін рахмет.

#### 1-БЛОК (Жалпы деректер)

1. Жынысыңызды көрсетіңіз:

- Ер;
- Әйел;

2. Жасыңызды көрсетіңіз (жыл) \_\_\_\_

3. Отбасылық жағдайын көрсетіңіз:

- Тұрмыста / үйленген
- Тұрмыс құрмаған / үйленбеген

4. Тұратын өңірін көрсетіңіз (тізімнен таңдау)

- Ақмола облысы
- Ақтөбе облысы
- Алматы облысы
- Атырау облысы
- Шығыс Қазақстан облысы
- Жамбыл облысы
- Батыс Қазақстан облысы
- Қарағанды облысы
- Қостанай облысы
- Қызылорда облысы
- Маңғыстау облысы
- Павлодар облысы
- Солтүстік Қазақстан облысы
- Түркістан облысы

5. Тұрғылықты жерін көрсетіңіз:

- Қала
- Ауыл

6. Сіз ҚР резидентісіз бе?

- Иә
- Жоқ
- Кандас

7. Сіздің лауазымыңыз?

- Аға мед. персонал (дәрігер)
- Орташа бал. қызметкерлер (бал. әпкесі)
- Психолог
- Әлеуметтік қызметкер
- Басқа \_\_\_\_\_

8. Жұмыс өтілі (жылдармен) \_\_\_\_\_

9. Сіз жұмыс істейтін ұйымның атауын көрсетіңіз? \_\_\_\_\_

10. Сіз денсаулық сақтау саласының қызметкерісіз:

- Мемлекеттік сектор;
- Жеке сектор;
- Үкіметтік емес қоғамдық бірлестік;

11. Сіз жұмыс істейтін ұйымның деңгейін көрсетіңіз:

- Республикалық;
- Облыстық;
- Қалалық;
- аудандық

12. Covid-19 пандемиясы басталғаннан бері сіздің жұмысыңыз қалай өзгерді?

№ 2 БЛОК

13. Сіз 18 жастан 29 жасқа дейінгі пациенттермен жұмыс жасайсыз:

- Иә;
- Жоқ

14. 18-29 жас аралығындағы жастарға қандай қызмет түрін көрсетесіз (біріне жауапты таңдауға болады):

- Консультациялық-диагностикалық;
- Әлеуметтік жұмыстар;
- Психологиялық;

15. Сізде жұмыссыздар қаншалықты жиі кездеседі

- Өте жиі
- Жиі
- Айына 1-2 рет
- Сирек
- Жоқ

16. 18-29 жас аралығындағы жұмыссыз жастар қаншалықты жиі кездеседі

- Өте жиі
- Жиі

- Айына 1-2 рет
- Сирек
- Жоқ

17. Жұмыссыз жастармен жұмыс жасау бойынша қандай технологияларды қолданасыз? \_\_\_\_\_

18. 18-29 жас аралығындағы жастар қандай проблемаларға тап болады? (сіздің тәжірибенізге не қатысы бар екенін көрсетіңіз)

- Психикалық
- Жұқпалы аурулар
- Неврологиялық аурулар
- Жыныс аурулары
- Хирургиялық аурулар
- Ішкі аурулар
- Қатерлі аурулар
- Тері аурулары
- Құлақ, мұрын және тамақ аурулары (отоларингология)
- Интеркуррентті аурулар
- Жауап беруге қиналамын

19. "Жұмыссыз жастардың денсаулығы" тақырыбының өзектілігін 10 балдық шкала бойынша қалай бағалайсыз?

- 10-8 тақырып өте өзекті, өйткені коронавирустық пандемиядан кейін де, оған дейін де жұмыссыз жастардың денсаулығы мен өмір сүру сапасына байланысты проблемаларды жариялау қажет деп санаймын. Мен жұмыссыз жастардың денсаулық жағдайына алаңдаймын
- 5-7 тақырып коронавирустық пандемияға байланысты өте өзекті болды, мен жұмыссыз жастардың денсаулығы мен өмір сүру сапасына байланысты проблемаларды жариялауды талап етемін
- 1-4, менің ойымша, жұмыссыз жастардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасына байланысты проблемаларды жариялау қажет емес.

1 2 3 4 5 6 8 9 10

20. "Жұмыссыз жастардың денсаулығы елдің барлық жастарының денсаулығынан еш айырмашылығы жоқ"

- Толық келіспеймін (а)
- Келіспеймін (а)
- Бейғарап (а)
- Келісемін
- Толық келісемін (а)

21. "Медицина қызметкерлері өз жұмысында барлық пациенттерді темекі шегу туралы сұрап, пациент темекі тұтынған жағдайда темекі шегуді тоқтату туралы ұсыныстар беруі керек"

- Толық келіспеймін (а)
- Келіспеймін (а), Бұл мамандандырылған қызметтер қызметкерлерінің, мысалы, наркологтардың міндеті
- Келісемін, бірақ медицина қызметкері темекі шегу туралы мәселемен ғана шектелуі мүмкін
- Толық келісемін, бұл медицина қызметкерлерінің міндеті

22. Жұмыссыз жастар арасында салауатты өмір салтын насихаттауға қалай үлес қосасыз? (сізге қатысты нәрсені көрсетіңіз)

- Мен темекі шегудің алдын алу және темекіге тәуелділікті емдеу мәселелері бойынша дайындықтан өттім.
- Мен Маскүнемдіктің алдын алу және алкогольге Тәуелділікті емдеу мәселелері бойынша дайындықтан өттім
- Мен есірткіге тәуелділіктің алдын алу және емдеу мәселелері бойынша дайындықтан өттім
- Мен жұмыс істейтін ұйымда пациенттер мен олардың туыстары арасында темекі шегудің алдын алуға бағытталған бағдарламалар немесе іс-шаралар қолданылады.
- Мен жұмыс істейтін ұйымда пациенттер мен олардың туыстары арасында алкогольизмнің алдын-алуға бағытталған бағдарламалар немесе іс-шаралар қолданылады
- Мен жұмыс істейтін ұйымда пациенттер мен олардың туыстары арасында нашакорлықтың алдын алуға бағытталған бағдарламалар немесе іс-шаралар қолданылады
- Басқа: \_\_\_\_\_

23. Жұмыссыз жастарға волонтерлік көмек көрсеттіңіз бе?

- Иә
- Жоқ

24. 14-29 жастағы жұмыссыз жастардың өмір сүру сапасын жақсартумен кім айналысуы керек? (бірнеше жауап болуы мүмкін)

- Мемлекет
- Медицина қызметкерлері
- Әлеуметтік қызметкерлер
- Осы санаттағы туыстар
- Оқу мекемелері
- Халықпен жұмыс орталықтары
- Басқа: \_\_\_\_\_

25. Сіздің ойыңызша, сіз тұратын аймақтағы жергілікті әкімшілік органдары Жас халықтың денсаулығын қорғауға қандай көңіл бөледі?

- Жеткілікті
- әлсіз
- берілмейді
- жауап беруге киналамын

26. Жұмыссыз жастармен жұмыс жасауда қандай қиындықтар бар:

\_\_\_\_\_

*Серіктестікке алғыс білдіреміз!*

## ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

### Справка

Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»

### Справка

Настоящая справка дана докторанту 3го года обучения специальности «Общественное здравоохранение» НАО «Медицинский университет Астана» Дуйсековой Самал Байболатовне, в том, что она во время выполнения научно-исследовательской работы «Совершенствование технологий по предотвращению потерь здоровья и улучшению качества жизни безработной молодежи на уровне ПМСП» принимала активное участие в работе рабочей группы по развитию молодежных центров здоровья РК. Докторант занималась ведением протоколов заседаний, участвовала в пересмотре учетно-отчетных форм молодежных центров здоровья, была соавтором в двух методических рекомендациях.

И.о. Председателя Правления

 Калмакова Ж.А.

Дата: 25.05.2022г.

