

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университет

ӘОЖ: 612-082-058-053.9:362.6:159.9(043)

Қолжазба құқығында

ИГИСЕНОВА АЛЬФИЯ ИМАНГАЛИЕВНА

Медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмек қажеттілігін зерттеу негізінде егде жастағы адамдарға медициналық-әлеуметтік көмекті жетілдіруді негіздеу

6D110200 – Қоғамдық денсаулық сақтау

Философия докторы (PhD)
дәрежесін алу үшін дайындалған диссертация

Ғылыми кеңесшілері
Турдалиева Ботагоз Саитовна,
м.ғ.д., асс.профессор
Абикулова А.К.
Жалпы тәжірибе дәрігері
кафедра доценті, PhD
Чайковская. В.В
Д.Ф.Чеботарёв Украина
МҒҰА геронтология институтының
м.ғ.д, профессор

Қазақстан Республикасы
Алматы, 2018

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	4
АНЫҚТАМАЛАР.....	5
БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	7
КІРІСПЕ.....	8
1 ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ АДАМДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ- ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕСІН САРАПТАУ.....	13
1.1 Халықтың қартаюы өзекті медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде.....	13
1.2. Егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастырудың халықаралық тәжірибесі.....	20
1.3. Қазақстан Республикасының егде және қарт адамдарға байланысты мемлекеттік саясатының құқықтық негіздері.....	27
1.3.1 ҚР-ң егде және қарт тұрғындарының денсаулығы және демографиясы.....	29
1.3.2. Қазақстан Республикасының егде және қарт тұрғындары үшін МӘК ұйымдастыру: жағдайы мен мәселелері.....	35
2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ.....	40
2.1 Зерттеу кезеңдерінің бағдарламасы және мазмұны.....	40
2.2 Статистикалық өңдеу.....	44
2.3 Материалдардың сипаттамасы.....	45
2.3.1 Егде және қарт респонденттердің әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы.....	45
2.3.2 Медициналық қызметкерлердің сипаттамасы.....	53
3 ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ТҰРҒЫНДАР САНЫНЫҢ, ӨЛІМ КӨРСЕТКІШІНІҢ ЖӘНЕ АУРУШАҢДЫҒЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ.....	58
3.1 Алматы қаласындағы 2012-2016 жылдардағы егде және қарт тұрғындар санының динамикасы.....	58
3.2 Алматы қаласындағы егде және қарт тұрғындардың 2012-2016 жылдардағы өлім-жітімі.....	61
3.3 Алматы қаласындағы егде және қарт тұрғындардың аурушаңдық динамикасы.....	71
4 ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ АДАМДАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ- ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКKE ҚАЖЕТТІЛІКТЕРІН АНЫҚТАУ.....	82
4.1 №2 ҚЕ және №5 ҚЕ тіркелген егде адамдардың денсаулық жағдайы	82
4.2 Егде және қарт емделушілердің медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттілігін анықтау.....	89
4.3 Медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке егде және қарт адамдардың тәуелділігін интегралдық (сараптамалық)	

бағалау.....	101
5 АМСК ҰЙЫМДАРЫНДА ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ АДАМДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ТАЛДАУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ ҮЛГІСІН НЕГІЗДЕУ	115
ҚОРЫТЫНДЫ.....	123
ТӘЖІРБИЕЛІК ҰСЫНЫСТАР.....	130
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	131
ҚОСЫМШАЛАР.....	142

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Бұл диссертациялық жұмыста келесі нормативтік құжаттарға сілтемелер жасалған:

Қазақстан Республикасының конституциясы (1995 жылғы 30 тамызда республикалық референдумда қабылданған) (2017.10.03. берілген өзгерістер мен толықтыруларымен)

Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы кодекс 2009 жылғы 18 қыркүйектегі N193- IV Кодексі

Қазақстан Республикасының Еңбек Кодексі (2017.30.11. берілген өзгерістер мен толықтырулармен)

Қазақстан Республикасының «Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» кодексі (2017жылы 06 наурызда жарияланған)(өзгертілген 2018жылдың 21 ақпан айында)

Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы кодекс 1998 жылдың 17 желтоқсан

ҚР «Халықты жұмыспен қамту туралы» заңы 2016 жылғы 06 сәуірдегі №482-V ҚРЗ

Қазақстан Республикасының «Қазақстан Республикасында зейнетақымен қамтамасыздандыру туралы" заңы (2018.01.01. берілген өзгерістер мен толықтырулармен)

Қазақстан Республикасында мүгедектігі бойынша, асыраушысынан айырылу жағдайы бойынша және жасына байланысты берілетін мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақылар туралы Қазақстан Республикасының 1997 жылғы 16 маусымдағы № 126-І Заңы (2017.20.06. берілген өзгерістер мен толықтырулармен)

Қазақстан Республикасындағы арнаулы мемлекеттік жәрдемақы туралы 1999 жылғы 5 сәуірдегі № 365-І Қазақстан Республикасының Заңы (2016.06.04. берілген өзгерістер мен толықтырулармен)

«Қазақстан Республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы» Қазақстан Республикасының 2005 жылғы 13 сәуірдегі № 39-III Заңы (2015.03.12. берілген өзгерістер мен толықтыруларымен)

«Арнаулы әлеуметтік қызметтер туралы» 2008 жылғы 29 желтоқсандағы №114- IV Қазақстан Республикасының Заңы (2017.20.06. берілген өзгерістер мен толықтырулармен)

«Халықты жұмыспен қамту туралы» Қазақстан Республикасының 2016 жылғы 6 сәуірдегі №482-V Заңы (2018.16.04 берілген өзгерістер мен толықтырулармен)

Ұлы Отан соғысының қатысушылары мен мүгедектеріне және соларға теңестірілген адамдарға берілетін жеңілдіктер мен оларды әлеуметтік қорғау туралы 1995 жылғы 28 сәуірдегі № 2247 Қазақстан Республикасының Заңы (2014.04.07. берілген өзгерістер мен толықтыруларымен)

АНЫҚТАМАЛАР

Бұл диссертациялық жұмыста келесі терминдерге сәйкес анықтамалар қолданылды:

Геронтология –1) адам ағзасының қартаюу заңдылықтары туралы ғылым. Оның бөлімдері: қартаюу биологиясы, гериатрия (егде және қарт адамдардың аурулары туралы ғылым), герогигиена және геронтопсихология; 2) қартаюу мәселелерін, берілген үдерістің дамуын жылдамдатын себептерді, сонымен қатар, ерте қартаюумен күресу құралдарын іздеу мен алдын-алуды зерттейтін ғылым. Онымен қоса, ағзаның өмірлік қызметтерінің нашарлауы басталады.

Халықтың салауатты өмір сүру салты– бұл толыққанды биологиялық және әлеуметтік бейімделудің ұлттың, санаттың, әлеуметтік топтың, жеке адамдардың нақты өмір сүру жағдайында өз ойын білдіру мүмкіндігімен үйлесімділігін қамтамасыз ететін және қоғамның одан әрі дамуын анықтайтын өмір сүру салты.

Өмір сүру ұзақтығы– келесі негізгі мағыналары бар көп мағыналы түсінік: өмір сүрудің абсолютті ұзақтығы – өз бетімен өмір сүретін ағзаның (жеке тұлғаның) туылған сәтінен қайтыс болған уақытына дейін жеке ағза ретінде өмір сүру уақыты (ықтимал өмір сүру ұзақтығы – шамамен 150 жыл); өмір сүрудің орташа ұзақтығы – берілген статистикалық жиынтық өкілдері қолжеткізетін орташа жас; өмір сүрудің болжамды ұзақтығы – орта есеппен берілген ұрпақ немесе жас топтарының өкілдері, егер берілген ұрпақ өкілдерінің өлімі оның келесі жас тобына көшуі кезінде осы саралаудың заманауи өлім деңгейіне тең деп болжам жасағанда өмір сүре алатын жылдар саны. Әлемнің көптеген дамыған мемлекеттерінде өмір сүрудің болжамды ұзақтығы туылғаннан бастап әйелдер үшін шамамен 75 жылды, ал ерлер үшін шамамен 60-70 жылды құрайды.

Сараптау жүйесі – мәселелік жағдайды шешуде сарапшы маманды жартылай ауыстыруға мүмкіндік беретін компьютерлік бағдарлама.

Медициналық оңалту - (лат. *rehabilitatio*, қалпына келтіру^[1]) — ауру немесе жарақат нәтижесінде бұзылған немесе толық жойылған адам ағзасының қалыпты психикалық және физиологиялық қызметтерін (қажеттіліктерін), еңбек қабілеттілігін өтеу немесе барынша қалпына келтіруге бағытталған медициналық, педагогикалық, психологиялық және басқа шаралар түрлерінің кешені. Қажеттіліктер үлгілері: дені сау болу, қозғалу белсенділігі, қозғалу еркіндігі, әрекеттер дербестігі, адамдармен сөйлесу, қажетті ақпаратты алу, еңбек және басқа қызмет түрлері арқылы өзін-өзі таныту.

Гериатриялық көмек - бұл жеке созылмалы аурулармен ауыратын, өзін-өзі күту қабілетін жартылай немесе толық жоғалтқан егде және қарт (60 жас және одан жоғары) емделушілерге мамандандырылған ұзақ уақытты медициналық және әлеуметтік көмек. Гериатриялық көмек белсенді ұзақ өмір сүруді созу және егде және қарт жасында өмір сапасын жоғарылату болып табылады.

Гериатрия - (грек. *gerōn* қарт + *latreia* емдеу) клиникалық медицинаның егде және қарт адамдардың ауруларын зерттейтін, олардың үлкен жасқа

келгенге дейінгі психикалық және физикалық саулығын сақтап, емдеу мен ауруының алдын-алу әдістерін қарастыратын саласы («Ұзақ жасауды» қараңыз). Геронтологияның клиникалық бөлігі болып табылады.

Интернат-үйі - Қартайғандар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлер (пансионат), өз-өздерін күте алмайтын, басқа адамның көмегін тұрақты қажет ететін I, II топ мүгедектеріне (18 жастан асқан) арналған тұрақты, уақытша (6 айға дейін) және кәрі адамдарға арналған, аптасына 5 күн жататын (60-тан асқан ер адамдар, 55 жастан асқан әйелдер) әлеуметтік медициналық мекемелер кәрі адамдарға денсаулық жағдайы мен жастарына сәйкес жағдай жасап, медициналық, психологиялық, әлеуметтік сипаттағы көмек көрсетіп, тамақтануын, күтімі мен демалыстарын қамтамасыз етеді.

Медициналық қызметке қажеттілік - Тұрғындардың медициналық көмекке қажеттілігі – бұл қоғам дамуының нақты тарихи аясында өмірлік жағдайлардың әсерінен түзілген медициналық қызмет алу мен аурулардың алдын-алу қызметтерін алуға ерікті объективті қажеттілік

Әлеуметтік қызмет көрсету - бір өзі еңсере алмайтын қиын тұрмыстық жағдайдағы (мүгедектік, жасының ұлғаюына, сырқаттығына байланысты өзін-өзі күтуге қабілетсіздік, жетімдік, қараусыз қалушылық, аз қамсыздандырылушылық, жұмыссыздық, белгілі бір тұрғылықты мекенінің болмауы, отбасында қатігездікпен қарауы, жалғыздіктілік, т. б.) азаматтарды әлеуметтік қорғау, әлеуметтік-тұрмыстық, әлеуметтік-медициналық, психологиялық-педагогикалық, әлеуметтік-құқықтық қызметтер мен материалдық көмек көрсету, әлеуметтік жерсіндіру және сауықтыру жөніндегі әлеуметтік қызмет орындарының қызметі.

Өлімшілдік – өлім-жітім санын бағалайтын статистикалық көрсеткіш. Біріншілік амбулаторлы-емханалық аурушандық- тұрғындар амбулаторлы-емханалық мекемелерге жүгінгенде, бұрын соңды ешқайда тіркелмеген жаңа аурулар мен ағымдағы жылы алғаш рет тіркелген ауру жағдайларының жиынтығы.

Аурушандық - аурулардың тұрғындар мен әр түрлі топтар арасында таралу көрсеткіші.

Біріншілік амбулаторлы-емханалық аурушандық (келіп қаралуы бойынша) – тұрғындар амбулаторлық-емханалық мекемелерге жүгінгенде, бұрын соңды ешқайда тіркелмеген жаңа аурулар мен ағымдағы жылы алғаш рет тіркелген ауру жағдайларының жиынтығы.

Жалпы амбулаторлы-емханалық аурушандық (келіп қаралуы бойынша) – ағымдағы және алдыңғы жылдары анықталған ауру-сырқаулар бойынша тұрғындардың амбулаторлық-емханалық мекемелерге алғаш рет жүгіну жайттарының ағымдағы жылдағы жиынтығы.

Психологиялық көмек — адамдардың әлеуметтік-психологиялық біліктілігін арттыруға және жекелеген адамға да, сондай-ақ адамдар тобына немесе ұйымдарға психологиялық көмек көрсетуге бағытталған, психологияны тәжірибе жүзінде пайдалану саласы.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

ДДСҰ	Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЕПҰ	Емдік-профилактикалық ұйым
ҚР	Қазақстан Республикасы
СӨС	Салауатты өмір салты
ҚР ДСМ	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
АМСК	Алғашқы медициналық-санаториялық көмек
ТМККБК	Тегін медициналық көмек көрсетудің кепіл берілген көлемі
НҚА	Нормативтік құқықтық актілер
БҰҰ	Біріккен Ұлттар ұйымы
ТСБАЭЖ	Тәуелділігінің сандық бағасының автоматтандырылған эксперттік жүйесі
ТИИ	Тәуелсіздіктің интегралды индексі
МҰ	Медициналық ұйым
МӘК	Медициналық-әлеуметтік көмек
ЖТД	Жалпы тәжірбиелік дәрігер
ЭЫДҰ	Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы
АЕҰ	Амбулаторлы емханалық ұйым
ЕО	Еуропалық одақ
ҰОС	Ұлы Отан соғысы
ЖІӨ	Жалпы ішкі өнім
ҚММХЭЖ	Қартаю мәселелері бойынша Мадридтік халықаралық әрекет ету жоспары
ЕЭҚ	-Еуропалық экономикалық қоғамдастық
ЖӨ	Жаңа өспелер
АЖА	Ас қорыту жүйелерінің аурулары
ТАЖ	Тыныс алу жүйелерінің аурулары
НЖА	Нерв жүйесінің аурулары
ЭЖА	Эндокриндік жүйенің аурулары
ҚЖА	Қан айналу жүйесінің аурулары
ЖИА	Жүректің ишемиялық ауруы
ИИ	Интегралды индекс
СҚО	Солтүстік Қазақстан облысы
ШҚО	Шығыс Қазақстан облысы
ОҚО	Оңтүстік Қазақстан облысы
СИ	Сенімділік интервалы
МДТ	Мультидисциплинарлы топ

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі

Қазақстан Республикасы Президентінің 2012 ж. 14 желтоқсандағы «Қазақстан-2050» стратегиясы» Жолдауында «мемлекеттің одан әрі дамуы және 2050 жылға қарай әлемнің аса дамыған 30 мемлекеті қатарына кіруі бойынша қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағытына сәйкес Экономикалық ынтымақтастық және даму Ұйымының (одан әрі – ЭЫДҰ) мемлекеттері мен Қазақстан арасындағы барлық экономикалық және әлеуметтік даму салаларында даму бойынша алшақтықты жеңу керек. Мұндай жағдайды ұлттық денсаулықты сақтау денсаулықтың жоғары деңгейін, азаматтардың өмір сүру ұзақтығын және сапасын аса тиімді әдістермен жаһандық және жергілікті қауіптерді ескерумен қамтамасыз етілуі керек және денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың ішіндегі ең бастысы халық денсаулығын жақсарту бойынша шаралар болуы керек» [1].

Қазақстанда егде және қарт жастағы тұлғалардың үлесін арттырудың тұрақты үдерісі халықтың жалпы әлемдік қартаю үдерісіне сәйкес келеді. Қартаю мәселесі Қазақстанға кейінде ғана әсерін тигізе бастады және оның салдары ретінде нормативтік-құқықтық құжаттамада да жан-жақты жеткілікті көрсетілмеген [2].

Қарт адамдар санының артуы медициналық құрылым жұмысында, ең алдымен алғашқы медициналық-санитариялық көмек (АМСК) құрылымында гериатриялық бағытты дамыту және жетілдіру қажеттілігін анықтайды [3]. Егде және қарт адамдарға АМСК көрсетуде біршама ерекшеліктер бар, олар ағзаның жасына байланысты қызметтік өзгерістері негізіндегі көптеген созылмалы патологияға, физикалық белсенділіктің төмендеуіне және сыртқы көмекке тәуелділікке жоғары болуына байланысты. Бұл дәрігерлердің, сонымен қатар орта медициналық қызметкерлердің жұмыс жүктемесінің көлемінің үлкен болуымен анықталады [4].

Егде және қарт адамдардың мәселесіне отандық және шетелдік ғалымдардың көптеген зерттеу жұмыстары арналған, егде жастағы тұлғалардың жеке денсаулық жағдайын сипаттайтын мәселелер (Silva A. at al. 2017; Cybulski at al. M. 2017), сонымен қатар медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру (Сенченко И.К.2013; Матвейчик Т.В., Вальчук Э.Э.2011; Prazeres F.2016; Mori K 2016) көрсетілген.

Қазақстан халқының демографиялық қартаю аспектілері Д.К.Туребековтің (2007) жұмысында қарастырылған, мүгедектердің медициналық-әлеуметтік мәселелері Т.В.Попова (2010) жұмысында зерттелген; ауылда егде адамдарға медициналық-алдын-алу көмектерін көрсету Д.К.Туребеков, Т.К.Рахыпбеков және серіктес авторлар (2006, 2007) ғылыми зерттеулерінде қарастырылған.

Егде жастағы тұлғаларға амбулаториялық-емханалық медициналық-әлеуметтік аумақтық көмек көрсетудің интегралды үлгісін Р.А.Абзалова ұсынған [5].

Оспанова Д.А. диссертациясында егде жастағы тұлғаларға олардың денсаулық жағдайын, өмір сүру салты мен көрсетілетін көмек сапасын кешендік, әлеуметтік-гигиеналық зерттеу негізінде интегралды медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің концептуалды және әдістемелік тәсілдері көрсетілген [6].

Егеубаева С.А. зерттеуінде дені сау қартаюдың заманауи концепциясына және егде жастағы адамдардың денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасын бағалау негізінде медициналық-әлеуметтік қызмет көрсетуге ғылыми негіздеме берілген [7].

Тезекбаева З.С. өзінің диссертациясында егде жастағы тұлғалардың бейімделу үдерісіне әлеуметтік саясаттың әсерін анықтады [8].

Бүгінгі күні АМСК ұйымдары тұрғындар медициналық-әлеуметтік көмек үшін баратын, ал егде және қарт пациенттердің басым көпшілігін құрайтын негізі мемлекеттік құрылымдардың бірі болып табылады. Қазіргі кезде егде және қарт тұрғындардың АМСК деңгейіндегі медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмектің әртүріне қажеттіліктерін құрайтын факторлар толық зерттелмеген. Тұрғындардың жалғасып жатқан қартаю жағдайында және міндетті медициналық және әлеуметтік сақтандыруға көшіп жатқан кезде емханаға бекітілген егде және қарт адамдардың қажеттіліктерін қанағаттандыруға бағытталған, АМСК деңгейіндегі медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігін жоғарылатуға арналған шараларды жетілдіру керек.

Сонымен, егде және қарт адамдарға олардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктерін анықтау негізінде аталған көмек түрлерін ұйымдастыруды жетілдіру мәселелері Қазақстан денсаулық сақтау жүйесі үшін айтарлықтай маңызды болып табылады және ол біздің зерттеуіміздің өзектілігін анықтайды.

Зерттеу мақсаты – егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктерін талдау негізінде медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетуді жетілдіру жолдарын жасау.

Зерттеу міндеттері

- Егде және қарт адамдарға АМСК деңгейіндегі медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетудің отандық және халықаралық тәжірибелерін зерттеу;

- Алматы қаласында 2012-2016 жж. аралығындағы егде және қарт адамдардың өлімі мен амбулаторлық-емханалық аурушандығының динамикасын зерттеу;

- Тәуелділіктің Сандық Бағасының Автоматтандырылған Эксперттік Жүйесін (ТСБАЭЖ) қолдану жолымен егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктерін анықтау;

- Егде және қарт адамдарға АМСК ұйымдарында медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек ұйымдастыру сапасына әсер ететін факторларды зерттеу;

- Егде және қарт адамдарға АМСК ұйымдарында медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетуді жетілдіру бойынша тәжірибелік ұсыныстар жасау.

Диссертациялық жұмыстың ғылыми жаңалығы:

Егде және қарт адамдардың негізгі қажеттіліктерімен осы категория тұлғаларының денсаулық жағдайлары және созылмалы ауруларының болуымен негізделеді.

Егде және қарт адамдардың АМСК деңгейінде медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктерін анықтауда тәуелділіктің сандық бағасының автоматтандырылған эксперттік жүйесі (ТСБАЭЖ) технологияларына негізделген жетілдірудің ұйымдастырушылық-қызметтік үлгісі жасалып, негізделіп, апробацияланды

Тәжірибелік маңыздылығы

- Егде және қарт адамдардың заманауи жағдайда медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктері анықталды.

- Егде және қарт адамдарды технология (ТСБАЭЖ) бойынша шартты кластарға бөлу аталған контингенттің топтық және жеке деңгейде медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктерін қанағаттандыруға жағдай жасайтын медициналық-әлеуметтік шаралар кешенін жасауға мүмкіндік береді.

Қорғауға ұсынылатын қағидалар:

1. Егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктері жас келген сайын жоғарылайды. Бірінші орында аурушандықтың жоғары көрсеткіштерімен негізделетін медициналық көмекке қажеттілік тұр. Физикалық жағдайымен, физикалық белсенділігінің сипатталтын, жасқа тәуелді статуспен негізделетін әлеуметтік көмек екінші орында. Ал – араласатын адамдардың азаюымен, эмоционалды және жеке тұрақсыздықпен, егде және қарт адамдардың жаңа өмірлік жағдайлар мен оқиғаларға бейімделуінің қиындығымен негізделетін психологиялық көмекке қажеттілік үшінші орында тұр.

2. Егде және қарт адамдардың жеке ерекшеліктерін, организмнің қызметтік жағдайын және олардың медициналық-әлеуметтік, психологиялық көмекке қажеттіліктерін анықтау технологиясы (ТСБАЭЖ) егде және қарт жастағы адамдардың АМСК деңгейінде медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттілік көлемін анықтауға мүмкіндік береді.

Диссертация апробациясы

Зерттеудің негізгі нәтижелері баяндалды:

1. III Халықаралық конгресс «Бәрі денсаулық үшін» I АМСК дәрігерлерінің Республикалық құрылтайы «Равенство, солидарность и социальная справедливость - современные вызовы ПМСР», Алматы, Қазақстан, 17-18 қараша 2014 ж.;

2. С.Ж. Асфендияровтың 125 жылдық мерейтойына арналған «Мейірбике ісін жетілдірудің өзекті мәселелері» Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция материалдарының жинағы», Алматы, Қазақстан, 2014ж.;

3. «Денсаулық сақтауды жүйелі модернизациялау жағдайында қоғамдық денсаулықты қалыптастырудың өзекті мәселелері» атты С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ 85-жылдық мерейтойына арналған Халықаралық ғылыми-практикалық конференция, 22 сәуір 2015жыл;

4. «XXI ғасырдағы қоғамдық денсаулық сақтау мен профилактикалық медицинаның келешегі» Халықаралық ғылыми-тәжірибиелік конференция материалдарының жинағы» 4 желтоқсан, 2015 ж.;

5. The Ninth European Conference on Biology and Medical Sciences 5th March, Austria, Vienna. 2016 ж.;

6. VI Украина гериатрлары мен геронтологтарының Ұлттық конгресі «Қартаю мәселелері мен ұзақ өмір сүрушілік» 25 том, 2016 ж. ;

7. «Биоалуантүрлілікті сақтау және биоресурстардың тұрақты пайдаланылуын зерттеу мәселелері» атты Халықаралық ғылыми конференция материалдары, Алматы, Қазақстан, 2016 ж.

Диссертация тақырыбы бойынша басылымдар

Диссертация материалдары бойынша 26 ғылыми еңбек басылып шығарылды, оның ішінде 9–ҚР БҒМ білім және ғылым саласындағы бақылау Комитетімен ұсынылған ғылыми басылымдарда, 2 мақала - шетел Scopus базасында Research Journal of Pharmaceutical Biological and Chemical Sciences және Annals of Tropical Medicine and Public Health журналында, 10 жарияланым – халықаралық және шетел конференция жинақтарында, 5 мақала жергілікті «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» журналында басылып шығарылды. 2 авторлық құқық объектісіне құқықтық мемлекеттік тіркеу куәлігі алынды.

Зерттеу нәтижелерін енгізу

1. «Егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік көмекке қажеттілігін зерттеу» ғылыми туындысына 2017 жылдың 13 сәуірінде №723 авторлық құқық объектісіне құқықты мемлекеттік тіркеу туралы куәлік дайындалып, алынды;

2. «Научное обоснование совершенствования медико-социальной помощи лицам пожилого возраста на основе изучения потребности в медицинской, социальной и психологической помощи» ғылыми туындысына 2016 жылдың 08 қарашасында №2318 авторлық құқық объектісіне құқықты мемлекеттік тіркеу туралы куәлік дайындалып, алынды;

3. «Методика расчета потребности пожилых людей в медико-социальной помощи и ее ориентировочной стоимости» тақырыбына ғылыми-зерттеу және инновациялық зерттеу нәтижелерін енгізу туралы № 21 Акт қабылданды;

4. «Егде және қарт адамдардың медициналық әлеуметтік көмекке қажеттілігін зерттеу» тақырыбында ғылыми-зерттеу жұмыстарының нәтижелерін денсаулық сақтау тәжірибесіне енгізу туралы Акт қабылданды.

5. «Алгоритм проведения ранней скрининг диагностики когнитивных нарушений у пожилых лиц» тақырыбында ғылыми-зерттеу жұмыстарының нәтижелерін денсаулық сақтау тәжірибесіне енгізу туралы Акт қабылданды.

6. «Система оценки потребности в медицинской помощи пожилым лицам на уровне поликлиники» тақырыбында ғылыми-зерттеу жұмыстарының нәтижелерін денсаулық сақтау тәжірибесіне енгізу туралы Акт қабылданды.

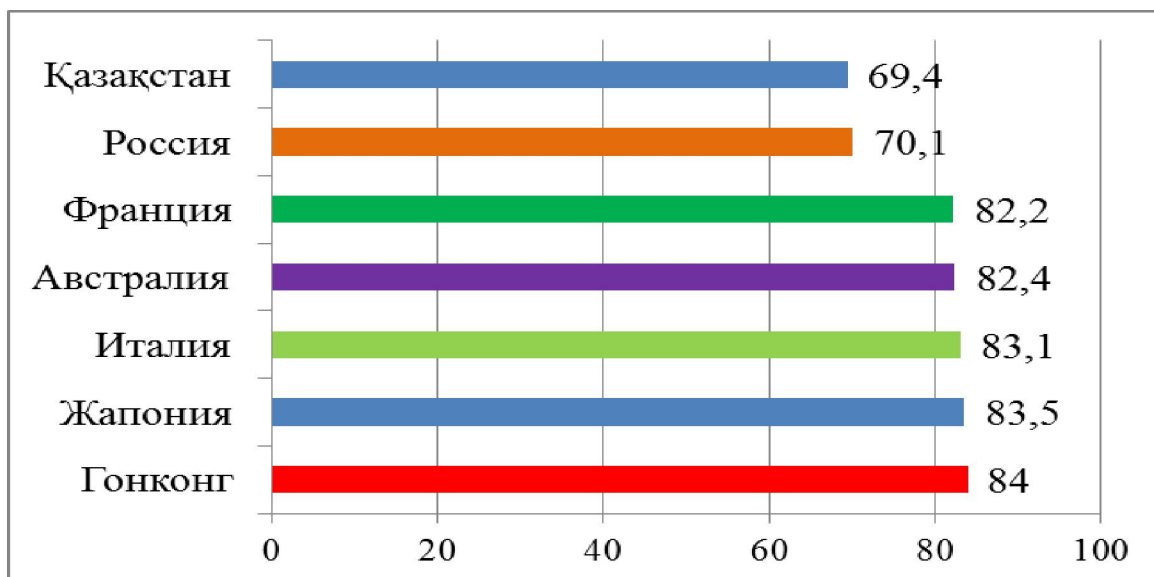
Автордың жеке үлесі зерттеу бағытын, бағдарламасын және оның нысандарын құрастырумен, зерттеуді ұйымдастырумен және өткізумен, барлық зерттеу кезеңдеріне тікелей қатысумен, деректерді статистикалық өңдеумен, нәтижелерді интерпретациялаумен және талқылаумен, қорғауға шығарылатын қағидаларды, нәтижелер мен тәжірибелік ұсыныстарды құрастырумен негізделеді.

Диссертацияның көлемі және құрылымы. Диссертациялық жұмыс 141 бетте баяндалған және кіріспеден, заманауи мәселелерге шолудан, зерттеу әдістемесінен, 5 бөлім жеке зерттеулерден, қорытындыдан, нәтижелерден, тәжірибелік ұсыныстардан, қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады. Диссертацияда 39 кесте, 75 сурет пен диаграмма, 9 қосымша және 163 әдебиет көздері берілген.

1 ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ АДАМДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕСІН САРАПТАУ

1.1 Халықтың қартаюы өзекті медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде

XX ғ. адамның өмір сүру ұзақтығының барынша жоғарылауы байқалды. Соңғы 50 жылда бүкіл әлем бойынша туу кезінде болжамды өмір сүру ұзақтығы 20 жылға дейін жоғарылады және қазіргі кезде 78 жасқа дейін жетті. Белгілі болғандай адамдардың өмір сүру ұзақтығы мемлекеттің әлеуметтік-экономикалық дамуының маңызды индикаторларының бірі болып табылады. Мәселен, БҰҰ деректері бойынша, 2016 ж. өмір сүру ұзақтығы бойынша бірінші орынды Гонконг иеленді, мұнда берілген көрсеткіш 84 жасты құрады, екінші орынды Жапония (83,5 жас), үшінші орынды – Италия (83,1 жас) иеленді (сурет 1). Ресейде берілген көрсеткіш 70,1 жасты, ал Қазақстанда - 69,4 жасты құрады [9].



Сурет 1 - Кейбір мемлекеттердегі өмір сүру ұзақтығының деңгейі, 2016 ж. (екі жыныс бойынша)

Адамдардың қартаюы күрделі факторлар кешенімен негізделеді, олар халықтың ұдайы өсу ерекшеліктерін, халықтың көші-қон қарқындылығы мен бағыттылығын, соғыстардың санитарлы-демографиялық зардаптарын қамтиды [10]. Көптеген мемлекеттерде халық құрылымы өзгерісінің негізгі ерекшелігі 0-14 жастағы балалар санының салыстырмалы азаюы және жоғары жастағы тұрғындар үлесінің ашық көрінетін өсімі болып табылады [11].

ДДҰ (1963ж.) анықтамасына сәйкес, егде деп 60 жастан 74 жасқа дейінгі адамдар; 75 жастан 90 жасқа дейінгі адамдар – қарт адамдар, ал 90 жастан асқан адамдар – бұл ұзақ өмір сүрушілер деп есептеледі [12]. Сонымен қатар, 65 жастан бастап және одан жоғары халық үлесі 4% аспайтын мемлекет «жас» деп

есептеледі, ал егде адамдар саны 7% асатын мемлекетті «қарт» мемлекет деп есептеледі [13].

БҰҰ болжамына сәйкес, 2050 ж. қарай егде жастағы тұлғалардың популяциясы 1,5 млрд. адамға дейін өсуі мүмкін және жер шарындағы барлық адамдардың 14,7% құрауы мүмкін. Барлық әлем мемлекеттерінде жыл сайын егде адамдардың саны артып келеді, әсіресе 75 жас және одан жоғары жастағы адамдар популяциясының өсімі қатты байқалады [14]. Бүгінгі күні жер шарындағы әрбір оныншы адам 60 жасқа толғандар. Сонымен, 1955 ж. әлем бойынша 65 жастан жоғары егде адамдар саны 5,2% құрады. 1990 ж. олардың саны - 6,2%, 2005 ж. - 7,1% -ға өсті. 2005 жылдың 1955 ж. қатынасы бойынша егде адамдар санының өсімі 87% құрады. Мысалы, әлеуметтік тұрғыдан қолайлы мемлекет Швецияда 1993 ж. 65 жастан асқан адамдар үлесі 17,6% құрады, ал 2025 ж. қарай бұл көрсеткіш 23,7% дейін артуы мүмкін. Швейцарияда егде адамдардың үлесі 1993 ж. 14,6% құрады, ал 2025 ж. қарай 22,4% дейін арту ықтималдылығы бар. Солтүстік Америкада 1955 ж. 65 жастан жоғары адамдар үлесі 8,7% құрады, ал 2025 ж. қарай бұл көрсеткіш барлық популяцияның 18,5% дейін артуы мүмкін [15].

Осылайша, әлемдік қоғам тұрақты демографиялық қартаю кезеңін бастан кешуде, ол егде және қарт тұлғалар санының артуымен негізделеді. Егде және қарт адамдардың жыныстық құрылымында да өзгерістер болады: олардың ішінде қарт әйелдер көбірек қалып қояды. Мәселен, ЕО 65 жас және одан жоғары 10 әйелге 6 ер адамнан келеді, ал жыныстар арасындағы өмір сүру ұзақтығының айырмашылығы 12,5 жасқа жеткен [16].

Адамдардың жас құрылымының өзгерісі көптеген мемлекеттер қоғамының, үкіметінің, денсаулық сақтау және әлеуметтік қызметтерінің алдына бірқатар міндеттерді қойды, олардың ішінде келесілер аса күрделілері болып табылады:

- жаспен байланысты қызметтік өзгерістердің минималды шығындарымен белсенді ұзақ өмір сүруді ұзарту;

- қарт жас тобындағы адамдардың аурушандығын және мүгедектігін төмендету;

- қартайған адамның өмір сүруін лайықты аяқтаумен қамтамасыз ету [17].

БҰҰ Дүниежүзілік Ассамблеяның қартаю мәселелері бойынша материалдарына сәйкес, егде және қарт жастағы адамдардың 80-86% физикалық және әлеуметтік белсенділікті төмендететін созылмалы ауру-сырқаттары барлар [18]. Егде және қарт жастағы адамдардың аурушандық деңгейі орта жастағы адамдарға қарағанда 2,4 есе, ал қарт адамдардікі 6 есе жоғары болады, сонымен қатар қарт адамдардың 70%-да 5-6 созылмалы аурулары болады. Қазіргі уақытта тек Еуропалық экономикалық одақ құрамына кіретін Еуропаның 12 мемлекетінде 30 млн. адам күрделі созылмалы және психикалық аурулардан зардап шегуде. Аурушандық құрылымында жетекші позицияларда қан айналымы жүйесі, тыныс алу және ас қорыту ағзаларының аурулары, буындардың созылмалы аурулары, көру және есту мүшелері аурулары, диабет, орталық нерв жүйесі аурулары және онкологиялық аурулар тұр [16, б. 48].

Зейнеткерлік жастағы бастапқы мүгедектік деңгейі еңбекке қабілетті жастағы адамдарға қарағанда 3 есе жоғары болады және 10 мың зейнеткерлік жастағы адамдарға 278,1 дейін мүгедек келетін көрсеткішті құрайды [19].

Мүгедектік себептерінің құрылымында бірінші орында қан айналымы ағзаларының аурулары, екінші орында сүйек-бұлшық ет жүйесі аурулары, үшінші орында онкологиялық аурулар тұр. I және II топ қарт жастағы мүгедектердің физикалық және экономикалық дербестігін шектеу қоғамдағы дезинтеграцияның өсіміне алып келеді. Сонымен қатар, қозғалу белсенділігін және психиканың жас ерекшелігі бойынша өзгерісін шектеу тән болады [16, б.48].

Егде және қарт жастағы адамдар аурушандығының жоғары көрсеткіштері медициналық қызметтерге жоғары қажеттілікті анықтайды және соның салдары ретінде стационарлық және амбулаторлық-емханалық ұйымдарға жүгіну деңгейінің артуын айқындайды. Алғашқы медициналық көмекке сипаттама бере отырып, D. Callahan және серіктес авторлар Голландияда 65 жас және одан жоғары қарт адамдардың 87,3% әр 12 ай сайын жалпы тәжірбиелік дәрігерімен қаралады және орта есеппен жылына 6,7 дәрігерге бару көрсеткішіне ие; Ұлыбританияда 65 жастан жоғары қарттардың 75% жылына 1 рет жалпы тәжірбиелік дәрігерімен қаралады, қарт адамдарды қарау дәрігерлік уақыттың 27% құрайды деп хабарлайды [20-22].

Осыған байланысты МӘК негізгі тұтынушылары егде және қарт адамдар болып табылады. ДДСҰ сарапшылары қарттарға медициналық көмек көрсетудің келесі түрлерін бөліп көрсетеді:

1. Алғашқы медициналық-санитариялы көмек, ол жалпы тәжірбиелік дәрігермен немесе біріншілік топ мамандарымен қамтамасыз етілетін алғашқы медициналық көмек (оған медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмек жатады) ;

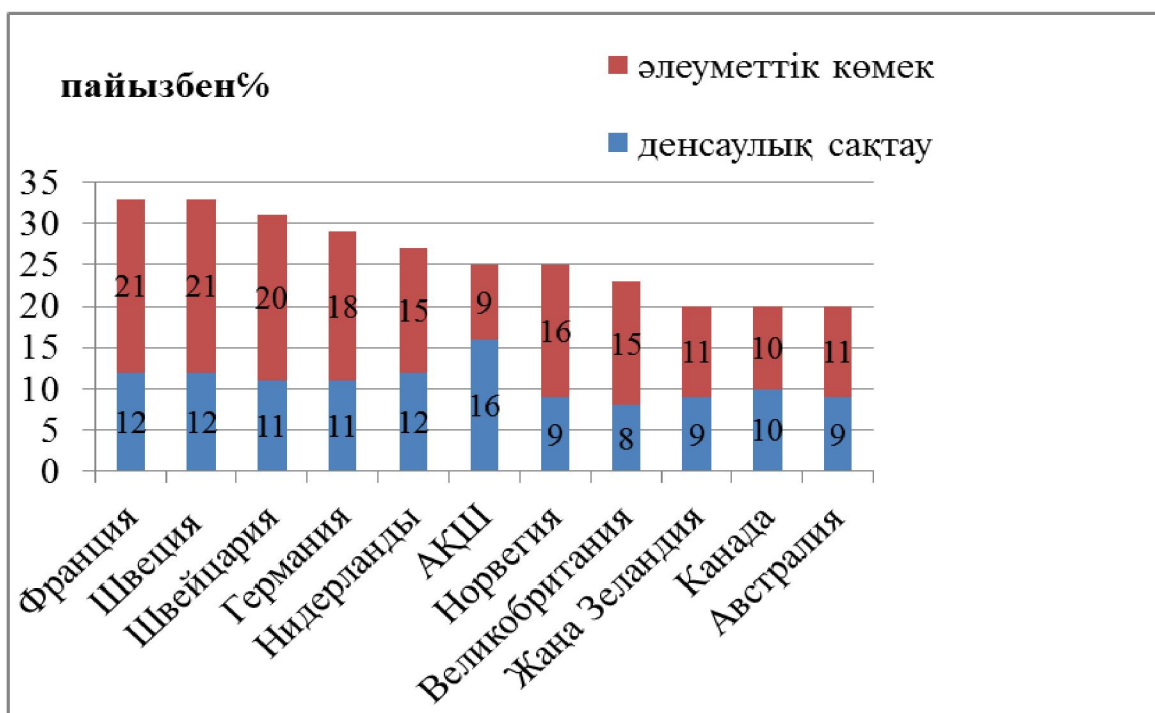
2. Гериатриялық көмек, құрамында кешенді бригадасы (дисциплинарлық) бар медициналық мамандармен құрамдастырылған.

Халықтың қартаюы қоғамның алдына медициналық көмек және қарттарға күтім жасау мәселесін ғана қоймай, сонымен қатар қарттықты лайықты қамтамасыз ету, зейнетақы мен жәрдемақылар төлеу мәселелерін де қояды.

Барлық дамыған мемлекеттерде адам, оның өмірі мен денсаулығы, абыройы мен ар-намысы, оған жататын құқықтары мен бостандықтары мемлекеттің жоғары құндылықтарына жатады. Сонымен қатар, кез-келген мемлекетте әрқашан қоғам тарапынан жоғары көңіл бөлуді, мемлекет тарапынан олардың құқықтарын ерекше қорғауды қажет ететін әлеуметтік топтар болады. Көптеген мемлекеттердің әлеуметтік саясатының басты бағыттары әлі де болса егде адамдар да жататын әлеуметтік қорғалмаған адамдар тобын қорғау және қолдау болып қала беруде [23-27].

Егде адамдардың денсаулығын қорғау мәселелерін шешуде мемлекетпен қолжеткізілген әл-ауқаттың деңгейі маңызды ықпал көрсетеді. Сондықтан да дамыған мемлекеттерде медициналық және әлеуметтік көмекке бөлінетін

шығындар өте жоғары болады, тіпті кей жағдайларда жалпы ішкі өнімнің үштен бір бөлігіне дейін жетеді (сурет 2).



Сурет 2 - Денсаулық сақтау мен әлеуметтік көмекке бөлінетін шығындар, ЖІӨ %, 2016 [28]

Диаграммадан көріп отырғанымыздай, медициналық-әлеуметтік көмекке бөлінетін шығындар бойынша 2016 жылы бірінші орында Франция және Швеция – ЖІӨ 33%, екінші орында – Швейцария (31%), үшінші орында Германия (ЖІӨ 29%) орналасқан.

Халықтың қартаюы белсенді еңбек қызметінің тоқтауы, физикалық және рухани саулықтың нашарлауы, жалғыздық сияқты қиын мәселелер шеңберін ұлғайтады, бұл жас ұлғайған сайын күшейе береді, сөйтіп зейнетақымен қамтамасыз ету, тұрғын үй құқығы, қартайған адамдарға күтім жасау және т.б. мәселелерді шешуде қиындықтар туғызады. Сондықтан соңғы он жылдықтарда дүние жүзінде халықтың медициналық-әлеуметтік көмекке мұқтаждығы өскені байқалып отыр. Сонымен, шетел авторларының мәліметтері бойынша, 60 жастан 80 жас аралығындағы топта күтімге қажет тұлғалар үлесі 5%, ал 80 жастан жоғары жастағылар – 20% құрайды (Карюхин Э. В., 1999, 2000, 2001, 2004, 2005, 2006; Шмидт В.В., Шмидт В.Р., Торчинская Е.С., 2004; Tarricone R., Tsouros A. D., 2010). Сәйкесінше, егде адамдардың денсаулығын сақтауда және әлеуметтік қорғауда басты рөл денсаулық сақтау органдарына және әлеуметтік қызметтерге беріледі [29,30].

Болып жатқан өзгерістер қарт адамдарға қамқорлық жасау бойынша жұмыс істейтін әртүрлі мемлекеттік және қоғамдық құрылымдарға түсіретін жүктемені бірден күшейтеді, медициналық-әлеуметтік көмекке қажеттілік пен оны көрсету мүмкіндігі арасындағы алшақтық ұлғая береді. Мысалға, J.

Stessman және серіктес авторлардың деректері бойынша Израильде үйде стационарды ұйымдастыру кезінде орташа жасы 77,3 жасты құрайтын емделушілер үшін сырқаттанушылар 8 күннен бастап 30 күнге дейін дәрігердің бақылауында болады. Дәрігерге бару бағасы күніне 9,25 долл., медициналық мейірбикелерге бару – 4 долл., еңбек терапевті – 1 долл., физиотерапевт – 0,9 долл., патронаж жұмыскері – 0,4 долл., әлеуметтік қызметкер – 0,08 долл. құрады. Сонымен қатар, стационарда күніне 1 төсек орын бағасы 262 долл., гериатриялық – 113 долл., үйдегі стационарда – тек 30 долларды құрады [31].

МӘК қажеттілігінің өсуімен байланысты J. Guinn және серіктес авторлар егде адамдарға көмек көрсетудің әртүрлі түрлерін дамыту әдістемелері мен ұстанымдарын құрастырды

- әртүрлі қызметтердің - егде және қарт адамдар қажеттіліктері үшін стационарлық, амбулаториялық, үйде көмек көрсету сабақтастығын қамтамасыз ету;

- алдын-алу және қолдау қызметтерін дамыту;

- жергілікті деңгейде интегралды қызметтерді дамыту;

- қарттарға аса толық спектрлі көмек көрсету үшін мемлекеттік және жекеменшік ресурстарын тарту;

- көмек көрсетудің экономикалық тиімді жүйелерін (үлгілерін, формаларын), оның ішінде алдын-алатын іс-шаралар, бұзылған қызметтерді қалпына келтіру, үйде дербес өмір сүруді қолдауды дамыту [32-35].

Қазіргі кезде көптеген мемлекеттерде қарттарға МӘК ұсынуда ұзақ уақыт көмек көрсетуді дамытуға көңіл бөлінуде, ол көмексіз өмір сүре алмайтын қарттарға ұзақ уақытқа арналған іс-шаралар кешені ретінде анықталады [36].

Шетелде ұзақ уақыт көмек көрсетудің үш сатысын бөліп қарастырады: институционалдық, тұратын жері бойынша және үйде көмектесу. Біріншісі жалпы ауруханалардың мамандандырылған бөлімшелері жағдайында оңалтуды, хосписті, жазылуы кезінде күтім жасауды қамтиды. Екіншісі күндізгі стационарлармен (госпитальдармен) оңалту және медициналық-әлеуметтік күндізгі күтім үшін ұсынылған. Үйде көмек көрсету медициналық күтіммен (хоспис), сонымен қатар емделушілер жағдайына мониторинг жүргізумен қарастырылған [37-39].

Егде және қарт адамдарға МӘК бойынша шаралар жүйесінде өз-өзіне көмектесу де белгілі бір орын алады, ол адамды отбасына белсендіруге, денсаулықты жақсартуға және қолдауға, аурулардың алдын-алуға және шектеуге бағытталған шараларды қарастырады және келесі сатыларды қамтиды: өз-өзіне көмектесу, алғашқы көмек, одан әрі - екінші және үшіншілік көмек [40-42].

Бірақтар шетел мемлекеттерінде мемлекеттік емес және коммерциялық емес қайырымдылық ұйымдар маңызды рөл атқарады, олар егде және қарт адамдарға өмірлік маңызды гуманитарлы көмек көрсетудің маңызды бөлігін қамтамасыз етеді [43,44].

Жылдам азайып келе жатқан жұмыс істейтін адамдар саны егде адамдардың қаражатсыз, медициналық және әлеуметтік қызмет көрсетусіз қалу

қаупін тудырады. Мұндай жағдай экономикалық даму деңгейіне қарамастан барлық мемлекеттерге тән. БҰҰ Дүниежүзілік Ассамблеясының қатысушылары қартаю мәселесін бір жағынан, кедейшілікпен күресу бағыттарының бірі ретінде, екінші жағынан, адамдардың қартаюы әлеуметтік және медициналық қамтамасыз етумен ғана емес, сонымен қатар мемлекеттің даму және экономикалық саясат міндеттерін шешумен тығыз байланыста болуына сәйкес қосу қажеттілігі туралы шешім қабылдады. [45].

Әлеуметтік жағдайлардағы, адамдар құндылықтары мен әрекеттеріндегі өзгерістер, сонымен қатар, амбулаториялық-емханалық ұйымдарды ұйымдастыратын және көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмекке сұраныстың өсуіне алып келеді. Адамдардың қартаюы тек аурушандық пен мүгедектіктің өсімімен ғана емес, сонымен қатар, жалғыздық өсімімен негізделеді, ол өз кезегінде адамдардың МӘК мұқтаждықтарының қалыптасуына әсер етеді. Айта кету керек, қарт адамдардың жалғыздық және оқшаулану себептерінің бірі физикалық дәрменсіздіктен мәжбүрлі жалғыздық болып табылады. Жалғызбасты қарт адамдардың үштен бірі ең қарапайым гигиеналық және тұрмыстық мәселелерді шешу кезінде қиындық көреді. Сондықтан, қарт адамдар категориясы МӘК негізгі және әлеуетті тұтынушылары болып табылады. Сонымен қатар, дәстүрлі кеңейтілген отбасының құлдырауы және урбандалу үдерістері қарт және мүгедек отбасы мүшелеріне күтім жасауда күрделі қиыншылықтарға алып келеді; отбасыншілік және отбасыдан тыс әлеуметтік байланыстар бұзылады [46].

Зерттеушілердің пікірі бойынша қартаюдың заманауи тенденциясына қартаю «тереңдігі» - қарттар құрылымындағы ең кәрі адамдардың (80 жастан жоғары) көбеюі жатады. Бұл көрсеткіш деңгейі қарттықтың тереңдігін көрсетеді, сондықтан 1950 жылы дамыған және дамып жатқан елдер арасындағы «қартаюдың тереңдеуі» индексындағы айырмашылық айтарлықтай үлкен болған жоқ. Бірақ 60 жылда жағдай өзгерді. Көптеген елдерде ең кәрі тұрғындар үлесі егде жастағыларға қарағанда екі және одан да көп есеге өсті. Бұл көрсеткіш дамыған елдер тобында 4,3 есе өскен [47].

Заманауи қартаюдың тағы бір ерекшелігі «туыстық байланыстардың қартаюы» болып табылады. Өмір сүру ұзақтығының жоғарылап, туылудың төмендеуі жанұялық-туыстық құрылымға трансформацияланады. Горизонталды жанұялық байланыстар вертикалдыға ауысып, бұл өз кезегінде қартайған ата-аналарына қамқор болу мен оларға күтім көрсету жүктемесінің жоғарылауына әкеледі. Егер бұрын 30-40 жастағылар өздерінің жанұясының жағдайын жасап, ата-аналарына көмектескен болса, қазір 50-60 жастағылар бұрынғыдай өздерінің балалары мен немерелеріне көмектеседі және қартайған ата-аналарын күтеді, соңғысы бұрын болмаған [48].

Осылайша, егде және қарт адамдардың медициналық және әлеуметтік көмекке қажеттіліктерінің әр алуандығы кезінде зерттеушілердің көбісі ұзақ уақыт көмек көрсету түрлеріне қажеттіліктер (үйде, қауымда, күтім жасау үйлерінде көмек көрсету), қысқа уақыт көмек көрсету түрлеріне қажеттіліктер (ауруханаға жатқызу), сонымен қатар, күтімге қажеттіліктер деп бөледі. Егде

адамдардың ерекшелігі басқа жас топтарына қарағанда 5 есе ұзақ уақыт көмек көрсету түрлерін қажет етеді [49]. Егде және қарт адамдар санындағы болжамды өзгерістер ұзақ уақыт көмек көрсетуге қажеттіліктердің тез өсетінін көрсетеді. Dunkle R.E. және Wykle M.I. деректері бойынша 85 жас және одан жоғары тұлғалар үшін ұзақ уақыт көмек көрсетуге қажеттіліктер жоғары қауіпті топтар ретінде жақын арада екі есе өсетін болады деп болжанады [50,51].

Көптеген шетел авторларының деректері бойынша, әр түрлі қызметтік бұзылыстары бар егде адамдардың 20% олардың күнделікті қызметінде негіздік қолдауды қажет етеді [52,53]. Онымен қоса, олардың көпшілігі (70%) үйде, қауымда тұрады, оларға үйде көмек көрсетіледі. Қызметтік бұзылыстары бар егде және қарт адамдардың 10% азы қызметтерді формалды сектордан алады, сонымен қатар үйде тұратын қарттардың шамамен 75% туыстар мен таныстардың, формалды емес секторлардың көмегін қажет етеді [54-57].

Егде және қарт адамдардың негізгі қажеттіліктері тек қана қызметті ғана емес, сонымен қатар, өмір сүрудің өзгеру жағдайларына бейімделуге көмектесуді, өзін-өзі қамтамасыз етуге оқытуды және т.б. қамтиды (1 кесте).

Кесте 1 - Егде және қарт адамдардың қажеттілік түрлері [58].

Қызметтегі қажеттіліктер	Бейімделуге көмектесу	Бейімделу дағдыларына үйрену қажеттіліктері	Денсаулықты күту
Физиотерапия, еңбек терапиясы, күтім жасау, психотерапия, тәртіпті түзету, киіндіру, тамақ ішуге көмектесу, әлеуметтік қатынастар, гигиена, сөйлеу, есту терапиясы, көлік қызметтері, мейірбике патронажы	Көзілдіріктер, мүгедектер арбасы, жүру арбасы, тұтқыштар, таяқтар, есту аппараттары, орын ауыстыру, орын ауыстыру үшін қажетті көмекшілер саны, тамақ ішуге арналған жабдықтар	Әңгімелесу, киіндіру, шешіндіру, дәретхананы қолдану, тамақ ішу, гигиена және өзін-өзі күту, серуендеу, көру және есту бұзылыстарын өтеу	Емдеуші дәрігерге бару, басқа мамандарға бару, мейірбикелердің қарауы, емдәм

Ұзақ уақытқа берілетін көмекті қолданудың жоғарылауына қарай айқын үдерістің болуы, халықтың қартаюы, қартаюға байланысты созылмалы аурулардың таралуы және демографиялық жүктеме (масылдық көрсеткішінің өсуі) егде және қарт адамдарға қолжетімді, тиімді және әділ көмекті қаржыландыру, ұйымдастыру және ұсынуды қайта қарастыру бойынша ұсыныстар енгізуге түрткі болды. Медициналық және әлеуметтік көмектерге жұмсалатын шығынның айтарлықтай өсуі, сонымен қатар, оларды қолдану көлемінің өсуі, осы көмектерге тәуелді егде және қарт адамдар санының өсуіне байланысты, сондықтан мына көмек түрлерінің теңгерімін шартты ету керек: үйге келіп көмек көрсету қызметі, отбасы мен туыстары қамтамасыз ете алатын институционалдық көмек және күтім.

Осы мәселенің дүниежүзілік қоғамдастық алдындағы өзектілігі оның шешімін іздеудің маңыздылығын анықтайды, соның салдарынан басқа елдердің

егде жастағы адамдарға МӘК ұйымдастыруының көп жылдық үлкен тәжірибесін үйрену қажеттілігі туындайды.

1.2 Егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастырудың халықаралық тәжірибесі

Америка Құрама Штаттары, Жапония және т.б. көптеген еуропалық елдерде егде жастағы адамдар үшін МӘК ұйымдастырудың көпжылдық тәжірибесі бар. Бұл бөлімде біз Швеция, Ұлыбритания, Германия және т.б. елдердің халықаралық тәжірибесін зерттедік.

Швеция. Швецияда әрбір азамат біркелкі әлеуметтік жағдайларына және жергілікті қоғаммен тұратын жеріне қарамастан ұсынылатын барлық қызмет түрлеріне кепіл берілген қолжетімділігімен қамтамасыз етіледі. Айта кету керек, Швецияда «бай және «кедей» муниципалитеттерді қаржылық теңестіру ұстанымы қолданылады. Швеция заңдылығымен егде азаматтарға қатысты «Көмек алу құқығы» қарастырылған. Мысалы, қарт адамдардың күтімімен байланысты барлық жағдайларда «әлеуметтік істер бойынша комитет» бар, егде адамдар жеке, белсенді өмір сүре алатынын: барлық қажетті жабдықтармен жабдықталған тұрғын үйінің, арнайы бейімделген көлік құралдарының және т.б. болуын қадағалауы керек [59].

Әрбір швед азаматының кірістеріне және еңбек қызметіне қатысқанынан қарамастан қартаюы бойынша зейнетақы алуға құқы бар. Бұл – базалық ұлттық зейнетақы. Оған бірыңғай қаржылық институтпен жүргізілетін кәсібі кірісіне пропорционалды есептелетін қосымша зейнетақы қосылуы мүмкін [60]. Заңға сәйкес қарт жастағы тұлғалардың мынандай құқықтары қарастырылған: тұрғын үй жәрдемақысы немесе тұрғын үйді жайластыру үшін арналған демеу қаржы; қарапайым немесе арнайы бейімделген тұрғын үй. Денсаулық жағдайы ауыр қарт адамдар үшін коммуналармен ұсынылған мынандай тұрғын үй түрлері қарастырылған: мүгедектер үшін жайлылық деңгейі жоғары тұрғын үйлер; жатақхана аясындағы жеке тұрғын үй; күтім жасауға арналған пансионат үйлер және т.б. Осылайша, мұндай баспаналар қарт жатағы адамдардың дербестігін және қауіпсіздігін қамтамасыз етеді [61,62].

Медициналық қызметтер және күтім 1983 жылы қабылданған «Қоғамдық денсаулық сақтау және медициналық қызметтер туралы» Заңына сәйкес қамтамасыз етіледі. Заңға сәйкес медициналық қызметтер қолжетімді болуы керек және емделушінің таңдау еркіндігі құқығын ескеруі керек.

Медициналық күтім негізінен Швецияның ұлттық денсаулық сақтау қызметімен қаржыландырылады және тегін болып табылады. Қоғамдық ауруханаларда күтім тегін көрсетіледі. Мамандандырылған медициналық көмектерге егер де егде және қарт адам ұзақ медициналық емделуді қажет ететін немесе физикалық және ойлау қабілеттерінің әлсіреуі үнемі бақылауды және медициналық қызметкер тарапынан көмекті қажет ететін жағдайларда сүйенеді. Мұндай жағдайларда сырқаттанушыға қызмет көрсетуге жауапты дәрігерлер мен мейірбикелер үйде медициналық көмек көрсетеді [63-65].

Ұлыбритания. Ұлыбританияның қарт азаматтарға және мүгедектерге қатысты мемлекеттік саясаты олардың үй жағдайында өмір сүруі үшін, алдымен кеңінен әлеуметтік қызмет көрсетудің стационарлық емес формалары мен түрлері есебінен толыққанды жағдай құруға бағдарланған. Мұның себептерінің бірі жеке медициналық қызметтің және қарқынды медициналық және тұрмыстық күтім жасау жағдайларының болмауынан осы категория тұлғаларына толыққанды көмек көрсету мүмкіндіктері жоқ интернат желілерінің жеткіліксіз дамуы болып табылады. Қарт адамдарға және мүгедектерге үйде көрсетілетін, қоршаған ортамен қатынасуды дамытуға, өмір сүру жағдайын жақсартуға мүмкіндік беретін әлеуметтік және медициналық көмек жалғыздықпен және өмірге деген қызығушылықты жоғалтумен байланысты осы категория тұлғаларының көптеген мәселелерін шешуге мүмкіндік береді [66-68].

Ұлыбританияның денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесінде үлкен рөлі орта медициналық қызметкерге жүктеледі. Британдық денсаулық сақтау жүйесінде бірнеше мейірбикелердің көмек түрлері ажыратылады, атап айтқанда қарт адамдар патронаждары учаскелік және патронаж мейірбикелер міндеттеріне кіреді. Медициналық мейірбикелер әрдайым олардың үйлеріне барып тұрады, дәрігерге дейінгі көмекті көрсетеді, қарт адамдарға және олардың туыстарына ауру-сырқаудың алдын-алу, емдем, күтім және т.б. қатысты кеңестер береді. Денсаулық сақтау мекемелері қарт азаматтарға әртүрлі санитария және гигиена заттарын жиі ұсынады. Жеткілікті кеңінен таралған қызмет түрі қарт адамдарға немесе мүгедектерге күтім жасауда туыстарына көмек көрсететін күндізгі немесе түнгі күтуші кезекшілігі болып табылады [69-72].

Ұлыбританияда қарттарға 30-50 төсек орынға есептелген медициналық көмек көрсетудің күндізгі орталықтары бар, олар үшін стационарлы мемлекеттерде 1000 адамға 1,4 төсек орындарды ашу қарастырылған. Сонымен қатар, мейірбике күтімі үйлерінде және бөлімшелерде нақты орындар саны Шотландияда Темзаның оңтүстік-шығысында 1000 адамға 0,34 төсек орыннан 2,0 төсек орнына дейін ауытқып келеді. Соңғы 30 жылда Ұлыбританияда егде адамдарға арналған күндізгі орталықтар саны бес еседен көп жоғарылаған [73].

Егер қарт адамдардың үйге қажетті медициналық көмекті алуға мүмкіндігі болмаса, оларды ұзақ уақытқа келуге арналған мамандандырылған стационарларда, жеке меншік емханаларда немесе интернат үйлерде оңалту іс-шараларын өткізу және емдеу үшін жіберуге болады. Сонымен қатар, мемлекетте шамамен 200 гериатриялық госпиталдар бар, олардың міндеті тек мамандандырылған емдік және алдын-алу көмегін көрсету ғана емес, сонымен қатар, қатты ауыратын қарт адамдарға туыстарының демалыстары уақытында үйінде медициналық және тұрмыстық қызмет көрсету болып табылады. Көптеген гериатриялық госпиталдардың маңында қарт адамдарға арналған күндізгі стационарлар ұйымдастырылған, олардың негізгі мақсаты – ауруханадан шыққаннан кейін қарттардың емін аяқтау және әлеуметтік-тұрмыстық көмек көрсету болып табылады. Бұл бөлімшелерде қарттар

клиникалық және зертханалық тексеруден өтеді, физио және еңбек терапиясының курстарына барады [74-77].

Әлеуметтік бағдарламаларды іске асыру аз ғана штат қызметкерлерінің санымен және әртүрлі қоғамдық, діни, қайырымдылық, жастар және басқа ұйымдардың көптеген ерікті адамдарымен жүзеге асырылады. Бұл барлық жүйе жалпы ұлттық ауқымда егде адамдарға әлеуметтік қызмет көрсету мемлекеттік комитетіне біріктіріледі. Мұнда сонымен қатар, тұратын жері бойынша денсаулық сақтау органдарының қызметі кіреді: мысалы, қарт адамға ваннаға түсуге көмектесу, дәрі егу, таңғыш салу және т.б. үшін медициналық мейірбикелердің келуі жатады. Күндізгі орталықтарға бару егде адамдар үшін жалғыз адамдар өмір сүретін оқшаулауды төмендетеді. Мұндай күндізгі орталықтарда ланцен-клубтар, шеберханалар жұмыс істейді, сүйел операторына, басқа медициналық қызмет көрсету операторына, одан әрі білім алу үшін оқытушыларға бару бойынша және т.б. қызметтер ұсынылуы мүмкін [78,79].

Өз бетімен тұра алмайтындар үшін арнайы үйлерде тек тұрақты баспанаға ғана емес, сонымен қатар, қарт туыстарын күтетіндердің ауыртпалығын жеңілдету үшін уақытша баспана ұсынылады. Бұл үйлердің қызмет көрсетуші қызметкері осы үйде тұратындардың эмоциялық, әлеуметтік қажеттіліктерін қанағаттандыру бойынша кең қызметтер спектрін ұсынады, жеке адамның, сол сияқты барлық топтың бос уақытын қалай өткізуді ойластырады [80].

Ұлыбританияда қарт адамдарға және мүгедектерге әлеуметтік көмек көрсетудің аса кеңінен таралған ұйымдастырушылық формалар қатарына әдетте діни және қоғамдық - қайырымдылық ұйымдармен құрылатын «әлеуметтік клубтарды» немесе «әлеуметтік кафелерді» жатқызуға болады. Олардың жұмыстарының негізгі бағыттары – қарт адамдармен қатынасты, олардың бос уақытын ұйымдастыру, оларға қымбат емес түскі ас, медициналық, заңнамалық, әлеуметтік-психологиялық кеңестер көрсету болып табылады. Кейбір клубтардың медициналық және физиотерапиялық кабинеттері, емдік дене шынықтыру залдары, әлеуметтік қызметкерлер бөлмелері, асханалар, демалуға арналған бөлмелері болады [81-84].

Қарт адамдардың еңбекте қажеттіліктерін қанағаттандыру және олардың материалдық жағдайын жақсарту үшін қоғамдық ұйымдардың бастамасы бойынша бірқатар патшалық графствосында қарапайым еңбек түрлері мен жабдықтарын қолданумен арнайы цехтар құрылған. Көптеген жергілікті фирмалар қайырымдылық қызмет ретінде осындай цехтарға тегін материалдар ұсынады және оларды тапсырыстармен қамтамасыз етеді [85].

Мемлекетте медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті ұйымдастыру денсаулық сақтау министрлігінің, әлеуметтік, еңбек, тұрғын үй құрылысымен және т.б. қамтамасыз ету салаларының қатысуымен сектор аралық әдістемеге негізделген.

Медициналық-әлеуметтік көмектің барлық түрлері адамдарға 5 деңгей ұстанымы бойынша көрсетіледі: [86].

1 деңгей — өзіне-өзі және өзара көмек көрсету. Бұл жедел кеңес беру телефон желілерін кеңінен қолдануға негізделген халыққа көмек көрсетудің ең аз шығынды түрі. Бұл деңгейде әлеуметтік көмек те көрсетіледі, ол медициналық ұйымдармен емес әртүрлі қоғамдық ұйымдармен көрсетіледі. Бұл ұйымдар бірыңғай құрылымға бірігеді және жергілікті графство кеңесімен бақыланады.

2 деңгей — алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек (АМӘК). Ұлыбританияда барлық медициналық қызметтердің шамамен 90% жалпы тәжірибе дәрігерлерімен АМӘК деңгейінде көрсетіледі, олар ұлттық денсаулық сақтау органдарымен келісім бойынша жұмыс істейді. Жалпы тәжірибе дәрігерлері көрсетілетін медициналық қызмет көлемін ақырындап кеңейтеді және басымырақ қатты аурулар кезінде көмек көрсетуден әртүрлі созылмалы патология кезіндегі аса кешенді көмек көрсетуге ауысады. 1-2 деңгейде медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің негізгі мақсаттарының бірі — басымырақ алғашқы алдын-алу әдістерімен негізсіз ауруханаға жатқызуға жол бермеу және адамдардың санитарлы-гигиеналық сауаттылығын арттыру болып табылады [87,88].

3 деңгей — мейірбике көмегі. Ол балаларға, мүгедектерге, қарттарға, кейбір созылмалы аурулармен сырқаттанған адамдарға (көксау, қант диабеті және т.б.) үйде күтім жасау және көмек көрсету жүйесін қамтиды. Емделушілердің қажеттілігі бойынша жалпы тәжірибе дәрігері, педиатр немесе геронтолог үйге келеді.

4 деңгей — жедел көмек және диагностикалық қызметтер. Берілген көмек түрі 2 аурухана түрінде көрсетіледі. Бұл қауымдық (ауылдық) немесе учаскелік, ауруханалар және емделушілерге жедел және диагностикалық көмек көрсетуге арналған аудандық ауруханалар.

5 деңгей — мамандандырылған көмек (нейрохирургия, жүректі ұштастыру, ағзалардың орнын ауыстыру). Бұл көмек түрі мемлекеттің бірнеше Ұлттық медициналық орталықтарында көрсетіледі.

Жалпы, айта кету керек, Ұлыбританияда егде және қарт адамдарға қатысты мемлекет саясаты олардың өмір сүруі үшін медициналық, әлеуметтік және психологиялық қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін толыққанды барлық жағдай құруға бағытталған.

Франция. Қарттарға және мүгедектерге әлеуметтік-тұрмыстық көмек көрсетудің негізгі мақсаттарының бірі егде адамдардың дағдылы үй жағдайында барынша ұзақ уақыт болуы үшін жағдайлар жасау болып табылады. Мұндай көмектің аса кеңінен таралған екі түрі бар — «үй көмекшілері» деп аталатындармен көрсетілетін қызмет және қарт адамдарды үйде мейірбикелік күтім жасау болып табылады. «Үй көмекшілерінің» қызметі немесе елуінші жылдардың ортасында құрылған үйде әлеуметтік-тұрмыстық қызмет көрсету тамақтану өнімдерін сатып алуда, баспана бөлмесіне қарауда және т.с.с. ауырлық көретін егде адамдарға басымырақ тұрмыстық сипаттағы қызметтерді көрсету үшін арналған. Ол не мемлекеттік сақтандыру жүйесі

есебінен, не меншікті сақтандыру компаниялары есебінен қаржыланады [89,90].

Өз-өзін күту қабілеті қатты жоғалған егде адамдар үшін «мейірбикелік күтім» қызметін арналған, ол қарапайым үй қызметін көрсету элементін, сол сияқты дәрігерге дейін медициналық көмек және гигиеналық сипаттағы қызмет көрсетуді қамтиды. Қарттарды осындай қызмет көрсетуге қабылдау негіздемесі емдеуші дәрігердің шешімі болып табылады, ал өз-өзін күту бригадалық әдіспен – медициналық мейірбикемен және оның көмекшісімен (күтушісімен) жүзеге асырылады. Медициналық мейірбикелер дәрігердің жазып бергенін орындайды және өз көмекшілерінің жұмысын бақылайды, ал олар өз кезегінде сырқат адамды киіндіреді, оны жуындырады, клизма жасайды және т.б. Бекітілген бағалар бойынша қызмет төлемі ауру бойынша сақтандыру есебінен жүргізіледі [91,92].

Стационарлық медициналық мекемеден шығарылатын және қарқынды емдеуді қажет етпейтін егде жастағы тұлғалар үшін «үйде госпиталдау» ұйымдастырылуы мүмкін. Мұндай тұлғаларға қызмет көрсету дәрігерлермен және медициналық мейірбикелермен тұрмыстық сипаттағы қызмет көрсететін әлеуметтік жұмыскерлермен бірігіп жүзеге асырылады. Францияның көптеген қалаларында және аудандарында сонымен қатар зейнеткерлерге арналған клубтар бар, олардың жұмысы басымырақ, олардың бос уақытын ұйымдастыруға, әлеуметтік оқшаулауды жоюға және қоғамдық өмірге белсенді қатыстыруға жәрдемдесуге бағытталған [93,94].

Финляндия. Финляндияда әлеуметтік қамту саласында орталықтанған жоспарлау жүйесі қызмет етеді. Орталық мемлекеттік органдар әлеуметтік қызметтердің жүзеге асырылуын басқарады және бақылайды, сонымен қатар мемлекет міндетті түрде муниципалитеттерге халыққа әлеуметтік көмек көрсету үшін дотация ұсынады, ол осы мақсатқа жұмсалатын барлық шығындар сомасының жартысынан кем емес. Муниципалитеттермен қатар әлеуметтік қызметтерді жеке меншік ұйымдар және шіркеулер көрсетеді [95].

Финляндияда қарттарға және мүгедектерге әлеуметтік көмек көрсетуде стационарлы емес жағдайда қызмет көрсетуге және осы категория тұлғалары үшін аса оңтайлық баспана жағдайларын құруға бағдарланған бағыт таңдалған [96]. Стационарлы емес қызмет көрсетудің ең кеңінен таралған формасы үйде қызмет көрсету болып табылады, сонымен қатар, бұл қызметтер жалғыз қарттарға, сол сияқты әлеуметтік қолдауды қажет ететін отбасыларға көрсетіледі, оларды шартты түрде екіге бөлуге болады [97]. Өз-өзін күту қабілетін сақтап қалған қарттар және мүгедектер үшін пәтерді күтуге көмек көрсетіледі. Үйден шыға алмайтын тұлғаларға тамақтанумен қамтуда, тамақ дайындауда жәрдем көрсетіледі, санитарлық-гигиеналық қызметтер көрсетіледі. Мұндай көмек қарттарға тұрақты негізде немесе белгілі бір уақыт кезеңіне дейін, мысалы туыстарының демалысы уақытында көрсетілуі мүмкін. Қарттар мен мүгедектердің барынша көп бөлігіне көмекті туыстары немесе жеке тұлғалар көрсетеді, сонымен қатар, мұндай жағдайда оларға күтім жасаған үшін арнайы жәрдемақы төленіп отырады. Кең қызметтер жинағын

әлеуметтік көмек орталықтары ұсына алады, оларда зейнеткерлер мен мүгедектер үшін демалу және бос уақыт өткізу үшін арналған бөлмелер, медициналық кабинеттер, емдік дене шынықтыру және массаж залдары, монша, бассейн, асхана, емдік-еңбек шеберханалары болады [98-101].

Германия. Германияда егде адамдар үлесі 1983 ж. 15,4% құрады, 2025 ж. қарай 23,3% дейін өсу ықтималдылығы бар. Қарттарды және мүгедектердің әлеуметтік қамтуда дәстүрлі түрде маңызды рөлді ерікті бірлестіктер, ең алдымен қайырымдылық шіркеу одақтары және Неміс Қызыл кресті атқарады. Мемлекет қарттарға арналған күндізгі жату орталықтары мен әртүрлі клубтардың, үй жағдайында егде адамдарға әлеуметтік және медициналық көмек көрсету үшін арналған әлеуметтік бөлімдердің ашылуын ынталандырады. Алайда қазіргі жағдайда олардың функцияларының жартысын мемлекеттің өзіне алуына тура келді. Мемлекетте қарттарға арналған күндіз жату орталықтары, әртүрлі клубтар кеңінен тарала бастады. Бірнеше жылдар бұрын үй жағдайында егде адамдарға әлеуметтік және медициналық көмек көрсету үшін арналған әлеуметтік бөлімдер құрыла бастады, олар шаруашылық істерде, сырқат адамдарды күтуде көмек көрсету қызметін қамтиды [102-105].

АҚШ. АҚШ-та сонымен қатар, егде адамдардың үйде жатуы үшін жағдайлар құрудың нақты бір үрдісі байқалады. Саясатты іске асыру мемлекеттік немесе жеке меншік ұйымдармен көрсетілетін әлеуметтік көмектің стационарлы емес түрлерінің жүйесі арқылы, сонымен қатар сол немесе басқа әлеуметтік қызметтерді өз бетімен сатып алу үшін ақшалай төлем беру жолымен жүзеге асырылады. Мемлекетте медициналық көмек төлемін, арзан баспана ұсынуды, тамақтану өнімдерін, көлік қызметтерін және т.с.с. қамтамасыз ететін әртүрлі қорлар бар. Қарттарға үй жағдайында күтім жасауды ұйымдастыру үшін отбасыларға жәрдемақы төлеу жүйесі көбірек таралып келеді [106-108].

Үйде әлеуметтік қызмет көрсету ұсынылатын қызметтердің көп санымен сипатталады, олардың қатарында үйге түскі асты жеткізу, шомылдыру, төсек орынды ауыстыру, шаш қию, кір жуу, заттарды тазалау, автокөлікпен қамтамасыз ету, емдік гимнастика және т.с.с. Бірқатар жағдайларда егде адамдарға көмек көрсету олардың пәтерлерін жөндеу мен жайғастыруды, уақытша пайдалануға телефон беруді, мәдени іс-шараларды, бос уақытты және ойын-сауықты ұйымдастыруды қамтиды [109].

Қарттарға арналған қарапайым күндізгі жату орталықтарынан басқа АҚШ-та зейнеткерлер мүгедектерге, әсіресе жүйке жүйесінің қатты ауру-сырқауымен ауыратындарға әлеуметтік-тұрмыстық және медициналық көмек көрсету үшін арналған арнайы ақылы орталықтар желісі жылдам қарқынмен дамып келеді. Мұндай орталықтарға баратын тұлғалар диеталық тамақтанумен қамтамасыз етіледі, физиотерапиялық процедуралардан өтеді, емдік гимнастикамен, еңбек терапиясымен айналысады, оларға логопед қызмет көрсетеді. Олардың бос уақытын ұйымдастыруға аса көп көңіл бөлінеді, экскурсиялар, билер, спорт ойындары, дәрігерлерді, психиатрларды, сексопатологтарды тарумен әртүрлі тақырыптарға әңгімелер немесе пікірсайыстар ұйымдастырылады, сән салоны

жұмыс істейді. Қызмет көрсетілетін орталықтарда медициналық мейірбикелер мүгедектерді бақылайды, егде адамдарда болып жатқан өзгерістерді емдеуші дәрігерлерге тұрақты түрде хабарлап тұрады [110,111].

Мұндай орталықтарға бару стационарлық мекемелерге баруға карағанда барынша арзан болады. Сонымен қатар, мүгедек туыстарын оны үнемі күту қажеттілігінен босату мүмкіндігіне де аса қатты көңіл бөлінеді, жақын арада мемлекетте он мыңдаған осындай түрдегі орталықтар құрылуы мүмкін.

АҚШ-та мейірбикелік күтім көрсету үйлеріндегі жалпы кереуеттік фонд шамамен 1,7 млн құрайды. АҚШ-тағы мейірбикелік күтім көрсету үйлерінің көпшілігі кішігірім болып келеді, олар орташа есеппен 80 кереуетке арналған. М. J. Salammon пен G. Pjsenthal мәліметтері бойынша олардың шамамен 75% – жеке коммерциялық, ал 15% этникалық, діни және қайырымдылық қорларымен қаржыландырылатын коммерциялық емес жеке [112-115].

Жапония. 65-70 жастағы және одан жоғары жастағы тұлғаларға медициналық көмек көрсету жергілікті билік органдарымен және сақтандыру жүйелерімен қамтамасыз етіледі. 1991 ж. Жапонияда ерлер мен әйелдердің ең жоғары өмір сүру ұзақтығы белгіленген болатын, сәйкесінше 76,1 ж. және 82,1 ж., ал 65 жастан жоғары егде адамдардың үлесі 14,1% құрады [116]. Өмір сүру ұзақтығының барынша өсуі егде адамдарға әлеуметтік қызмет көрсету жүйесін жетілдіру қажеттілігіне алып келді. Әлеуметтік қамтамасыз ету саласындағы жаңа саясат қарт азаматтар үшін арналған аралық (үй мен госпитал арасындағы) медициналық-әлеуметтік мекемелер желісінің жылдам дамуын қарастырады. Жапонияда медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуде аса маңыздылары егде адамдар мен мүгедектерді оңалту бойынша іс-шаралар; медициналық іс-шаралар; жұмысқа орналастыру; әлеуметтік сақтандыру және қамту; орын ауыстыру құралдарымен қамту және тасымалдау; ақпаратпен қамту; спорттық, ойын-сауық және мәдени іс-шаралар; халықаралық ұйымдармен ынтымақтасу болып табылады [117-121].

Егде жастағы адамдарға МӘК ұйымдастыру бойынша халықаралық тәжірибелік шолуға қорытынды жасай отырып, біз мынадай тұжырымдарға келдік:

- МӘК қажеттілігінің жоғарылауы халықтың қартаю үдерісінің сақталып тұруына байланысты;

- егде және қарт жастағы адамдарды қорғау және оларға демеу көрсету көптеген дамыған елдердің мемлекеттік саясатының басты бағыты болып табылады, себебі аурушандықтың жоғарылауы, табыстың шектелуі және әлеуметтік демеудің азаюы қауіп-қатер тобындағы егде адамдардың популяциясының орнын анықтайды;

- медициналық-әлеуметтік көмек саясатын жүзеге асыру денсаулық сақтау, еңбек, әлеуметтік қорғау министрліктері, жергілікті әкімшілік органдары, қоғамдық, діни ұйымдар, т.б. арасындағы сектор аралық байланыс ұстанымы бойынша іске асырылады.

- медициналық-әлеуметтік көмекті жоспарлау егде жастағы тұрғындардың жеке алғанда да, топтық деңгейде алғанда да медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмектерге мұқтаждықтарын бағалау арқылы жасалады;

- егде жастағы адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті ұйымдастыру көптеген дамыған елдерде мультитәртіптік жағдайға негізделген, оны медициналық, әлеуметтік қызметкерлер, психологтар және басқа мамандар мемлекеттің және қоғамдық ұйымдардың демеуімен жүзеге асырады;

- шетелде егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің сан-алуан түрлері бар: стационарлық және стационарлық емес типтер. Дегенмен соңғы кездері медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмектің стационарлық емес түрлері (үйде күтім жасау) кеңінен таралған, бұл шығындарды үнемдеу және егде адамдарға барынша ыңғайлы жағдайлар жасау қажеттілігімен байланысты;

- дамыған елдерде МӘК жоғары нәтижелілігі мемлекеттік реттеу ұстанымын сақтаудың, қаржыландырудың жоғары деңгейде болуының, қаржылық заттарды экономикалық тиімді бөлудің және қоғамның басқару жұмыстарына кеңінен қатысуының арқасында қамтамасыз етіледі.

1.3 Қазақстан Республикасының егде және қарт адамдарға байланысты мемлекеттік саясатының құқықтық негіздері

Халықтың қартаю мәселесі бойынша негізгі халықаралық құжаттар болып табылады:

1) Қартаю мәселесі бойынша 1982 жылы қабылданған Веналық халықаралық жұмыс жоспары. Бұл құжат денсаулық сақтау және тамақтану, кәрі адамдарды қорғау, тұрғын үй құрылысы және қоршаған орта, отбасы, әлеуметтік қамтамасыз ету, табыс және жұмыс болу кепілдігі, білім, сонымен қатар зерттеу мәліметтерін жинау мен сараптау мәселелері бойынша нақты шаралар қолдануға шақырады.

2) 1991 жылы Бас Ассамблея Біріккен Ұлттар Ұйымының қарт адамдарға қатысты 18 пункттен тұратын Ұстанымдарын қабылдады, ол қарт адамдардың тәуелсіздігі және бір нәрселерге қатысуы, олардың күтімі, сонымен қатар өзін өзі жетілдіруі мен абыройын көтеруі туралы болды.

3) Қартаю мәселесі бойынша Мадридтік халықаралық жұмыс жоспары (ҚМХЖЖ). Жұмыс жоспары жиырма бірінші ғасырдағы қарт адамдардың үлкен көлемдегі әлеуетін іске қосу мүддесі үшін барлық деңгейде әдістерді, саясатты және практиканы қайта қарап шығуды қажет етеді. Мұнда «қарт адамдар және даму», егде жаста денсаулық жағдайын жақсарту және әлауқатын көтеру, сонымен қатар қолайлы және жағымды жағдай жасау сияқты басты бағыттар бойынша нақты ұсыныстар берілген.

Мемлекеттік саясаттың қарт адамдарға қатысты ережелері Қазақстан Республикасының Конституциясында, Қазақстан Республикасының Кодекстерінде: «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы», «Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы», Қазақстан

Республикасының Еңбек кодексінде, Қазақстан Республикасының заңдарында: «Қазақстан Республикасындағы зейнетақымен қамтамасыз ету туралы», «Қазақстан Республикасындағы мүгедектік, асыраушыдан айырылу және жасына байланысты мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақылар туралы», «Қазақстан Республикасындағы арнайы мемлекеттік жәрдемақы туралы», «Қазақстан Республикасындағы мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы», «Арнайы әлеуметтік қызметтер туралы», «Халықты жұмыспен қамту туралы», «Ұлы Отан соғысына қатысқандарға, мүгедектеріне, соларға теңестірілетін адамдарға жеңілдіктер және әлеуметтік қорғау туралы», «Қоғамдық бірлестіктер туралы» және т.б.

Қазіргі уақытта Қазақстанда егде адамдардың жағдайын жақсарту үшін аз жұмыс жасалған жоқ. Атап айтқанда, ұлттық заңнамаларға талдау жасайтын болсақ, жалпы алғанда азаматтардың құқығын қамтамсыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерде кәрі адамдардың құқығына қатысты ешқандай кемсітушілік нормалар жоқ және қарт адамдардың өмір сүру сапасын жақсартуға, олардың құқығы мен абыройын қорғауға арналған шараларды күшейтуге мүмкіндік береді деп қорытынды жасауға болады.

Дегенмен де, қазіргі уақытта елімізде қарт адамдардың құқығы мен еркіндігі туралы бірыңғай нормативтік-құқықтық акт жетілмеген, ол болса егде жастағы тұрғындарды әлеуметтік қорғау мәселелерін реттейтін еді, соның ішінде зейнетақымен қамтамасыз ету, денсаулық және медициналық қамтамасыз ету, әлеуметтік қызмет көрсету, мәдени шаралардың қолжетімділігі, демалысты ұйымдастыру және т.б. Мұндай НҚА басқа әлеуметтік аз қорғалған топтар үшін жұмыс істейді, мысалы балалар (ҚР «Қазақстан Республикасындағы бала құқығы туралы» заңы), мүгедектер (ҚР «Қазақстан Республикасындағы мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы» заңы) және жастар (ҚР «Қазақстан Республикасындағы мемлекеттік жастар саясаты туралы» заңы). Дегенмен жас ұлғайған сайын белгілі бір қажеттіліктер туындайды, олар да мемлекет тарапынан қажетті деңгейде көңіл бөлуді керек етеді.

Егде жастағы адамдардың көптігіне қарамастан, Қазақстанда әлеуметтік аз қорғалған осы адамдар тобының құқығын қорғайтын арнайы орган жоқ. Салыстырмалы түрде алып қарайтын болсақ, әйелдер құқығы мен ананы қорғау мәселесі бойынша Қазақстан Республикасының Президенті жанында отбасы және гендердік саясат істері бойынша Ұлттық комиссия жұмыс істейді, ал балалар құқығын қорғау мәселесі бойынша ҚР БҒМ балалар құқығын қорғау Комитеті жұмыс істейді. Барлық аудандар мен қалаларда ардагерлер Кеңесі бар екендігіне қарамастан, бұл құрылымдар егде жастағы адамдардың барлығын бірдей қамти алмайды. Бірыңғай НҚА және қарт адамдардың құқығын қорғайтын құзырлы орган болмағандықтан көптеген қарт адамдар өздеріне тиісті құқық көлемін нақты білмейді, сонымен қатар өз құқығын жүзеге асыру үшін немесе құқығы бұзылғанда кәсіби көмек алу үшін қайда бару қажеттігін де білмейді.

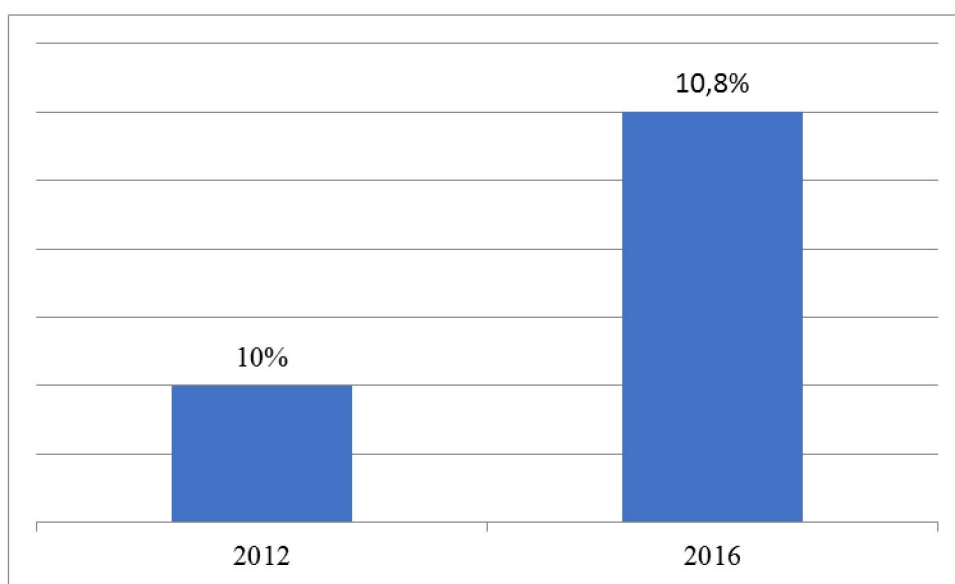
Мұның орнына Қазақстанда әртүрлі бірнеше НҚА қолданылады, олар қарт адамдарға қатысты құқық қатынастарының кейбір түрлерін реттейді: мысалы, ҚР «Зейнетақымен қамтамасыз ету туралы» заңы, ҚР «Ұлы Отан соғысына қатысқандарға, мүгедектеріне, соларға теңестірілетін адамдарға жеңілдіктер және әлеуметтік қорғау туралы» заңы және басқалары. Нәтижесінде егде жастағы тұрғындардың барлық қажеттіліктері мен мәселелері қазіргі жұмыс істеп тұрған заңнамамен бірдей дәрежеде қамтыла алмайды.

Мысалы, Қазақстан Республикасының 2006 жылдың 7 шілдесіндегі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінде егде жастағы азаматтардың денсаулық сақтау саласындағы құқықтарының тізімі анықталмаған, ал балалардың, әйелдердің, сотталған науқастардың, туберкулезбен, ЖИТС-пен, диабетпен ауыратындардың, әскери қызметкерлердің және осы саланың зейнеткерлерінің құқықтары бекітіліп қойған. Егде жастағы мүгедек адамдарға көрсетілетін медициналық көмектің тәртібі «Қазақстан Республикасындағы мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы» заңда жартылай реттеліп жазылған. Яғни денсаулық сақтау саласында қарт адамдар заң жасаушылардың көру аймағынан түсіп қалған және негізгі өмірлік маңызды қызмет көрсету түрлерін жүйеленбеген бірыңғайланбаған негізде алады.

Сонымен қатар, медициналық мекемелерде мақсатты түрде қарт адамдардың ауруларының диагностикасымен, емдеумен және алдын алумен айналысатын гериатрлық бөлімшелер ашу қарастырылмаған.

1.3.1 ҚР-ң егде және қарт тұрғындарының денсаулығы және демографиясы

ҚР ресми статистикасының мәліметтері егде тұрғындар санының тұрақты түрде өсіп отырғанын көрсетеді. Атап айтқанда, 2012 жылы 60 және одан жоғары жастағы адамдар саны халықтың 10% құрады, ал 2016 жылы 10,8% болды (сурет 3).



Сурет 3 - ҚР егде және қарт тұрғындар санының жоғарылауы, %

Ұлттық экономика Министрлігінің статистикасы бойынша Комитеттің мәліметтеріне сәйкес ҚР 60 жастан асқан тұрғындар саны 2016 жылы 1,910,211 мың адамды құрады. Сөйтіп, бес жылдың ішінде ҚР 60 жастан асқан адамдар саны 13,9%-ға өсті, соның ішінде қалаларда тұратын егде адамдар саны 15,7%-ға, ал ауылда тұратындар 11,1%-ға өсті (кесте 2). Айта кететін нәрсе, осы кезеңде республикамыздағы жалпы халық саны 7,7%-ға өскен болатын.

Кесте 2 - 2012-2016 жылдардағы 60 жастан асқан тұрғындар саны, ҚР

	2012	2016	Өсімі 2016/2012, %
Қала халқы, мың. адам	982,494	1,137,099	15,7
Ауыл халқы, мың. адам	694,505	773,112	11,1
Барлығы, мың. адам	1,676,999	1,910,211	13,9

Республикамыздың егде және қарт тұрғындарының санының өсуі өлім көрсеткішінің төмендеуі мен осы жас тобындағы орташа өмір сүру ұзақтығының жоғарылауына байланысты. Қарт адамдардың өлім көрсеткішінің жастық коэффициентінің қысқаруы екі жынысқа да тән. Дегенмен ерлер арасындағы еңбекке жарамды жастан жоғары барлық жас топтарында өлім көрсеткіші әйелдердің соған сәйкес көрсеткіштерінен айтарлықтай жоғары. Динамикада бұл айырмашылық қысқармай отыр, керісінше алшақтай түсуде (кесте 3).

Кесте 3 - ҚР 2012-2016 жылдардағы 60 және одан жоғары жастағы тұрғындардың 1000 адамға шаққандағы жасы мен жынысына байланысты жастық өлім коэффициенттері

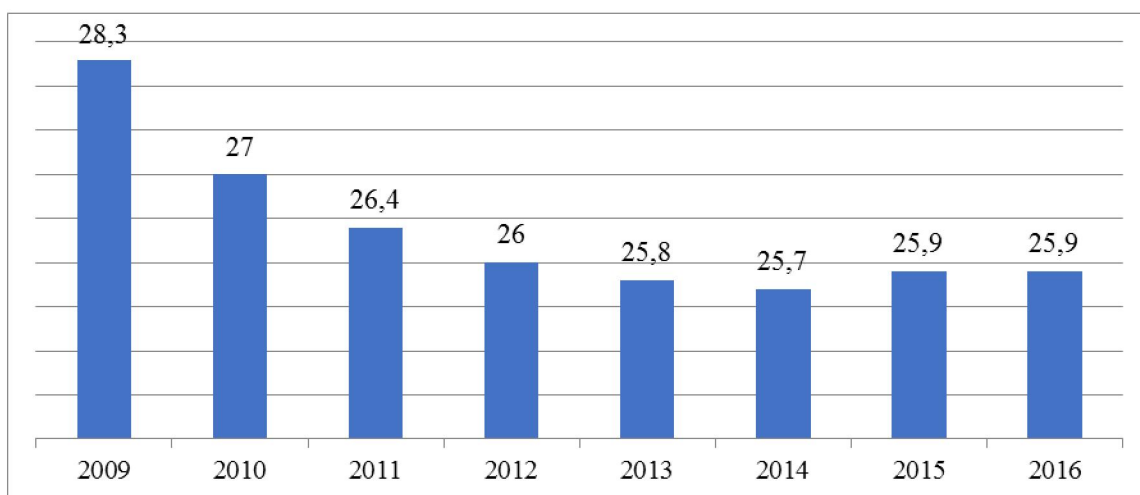
жасы	2012			2016		
	Ер.	әйел	Ерлердің әйелдерге қатысты өлім-жітім деңгейі,%	ер.	әйел	Ерлердің әйелдерге қатысты өлім-жітім деңгейі,%
60-64	34,04	14,04	242	27,51	11,43	240
65-69	45,36	20,62	220	42,27	18,58	227
70-74	67,85	35,36	192	58,27	29,05	166
75-79	96,05	58,79	163	86,57	52,14	166
80-84	149,53	111,01	134	125,0	91,44	137
85+	204,19	204,15	100	190,01	192,81	99

Нәтижесінде қарт тұрғындар құрылымында гендерлік диспропорциялар сақталып қана қоймайды, күшейе түседі. Соның салдарынан жоғары жас тобындағы әйелдер арасында жалғыздық көбейіп, бұл басқа адамдардың күтімін, үй шаруашылығын жүргізуде көмекті, т.б. қажет етеді.

Жалпы алғанда, Қазақстанның қарт тұрғындарға байланысты демографиялық жағдайы қазіргі уақытта мына үрдістермен сипатталады:

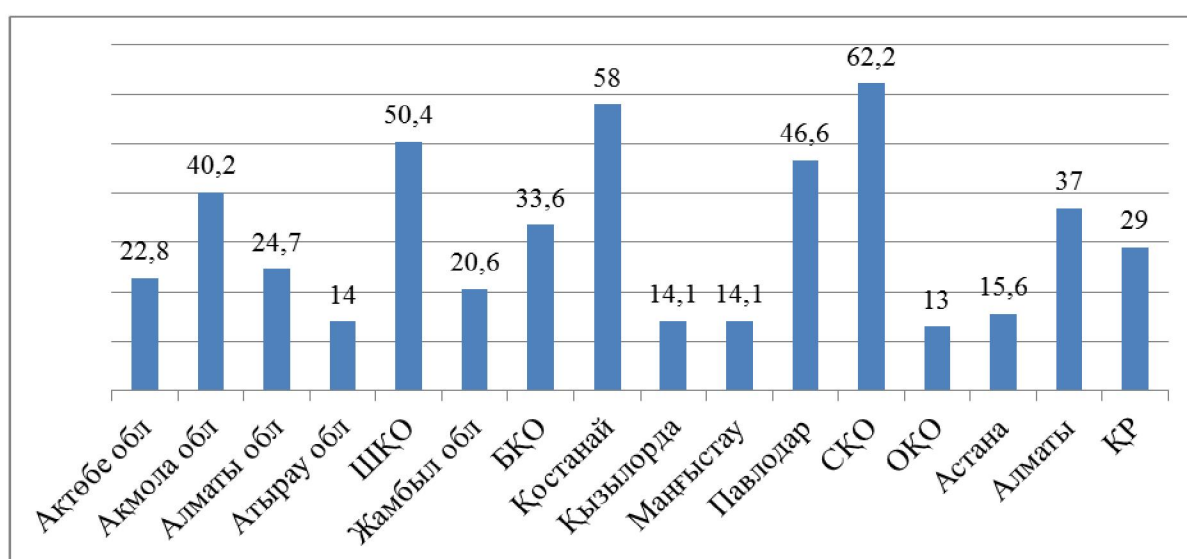
- Қазақстан тұрғындарының қартаю көрсеткіші жоғарылайды [122]. Соңғы екі жыл ішінде (2015-2016 жылдар) әрбір 100 балаға республикамызда шамамен 65 жастан асқан 26 азамат сәйкес келеді (қартаю индексі - 25,9). Сонымен қатар

оның алдындағы 5 жыл ішінде қартаю индексі қысқарды, 2009-2014 жылдары көрсеткіштер 28,3-тен 25,7-ге дейін төмендеді (сурет 4).



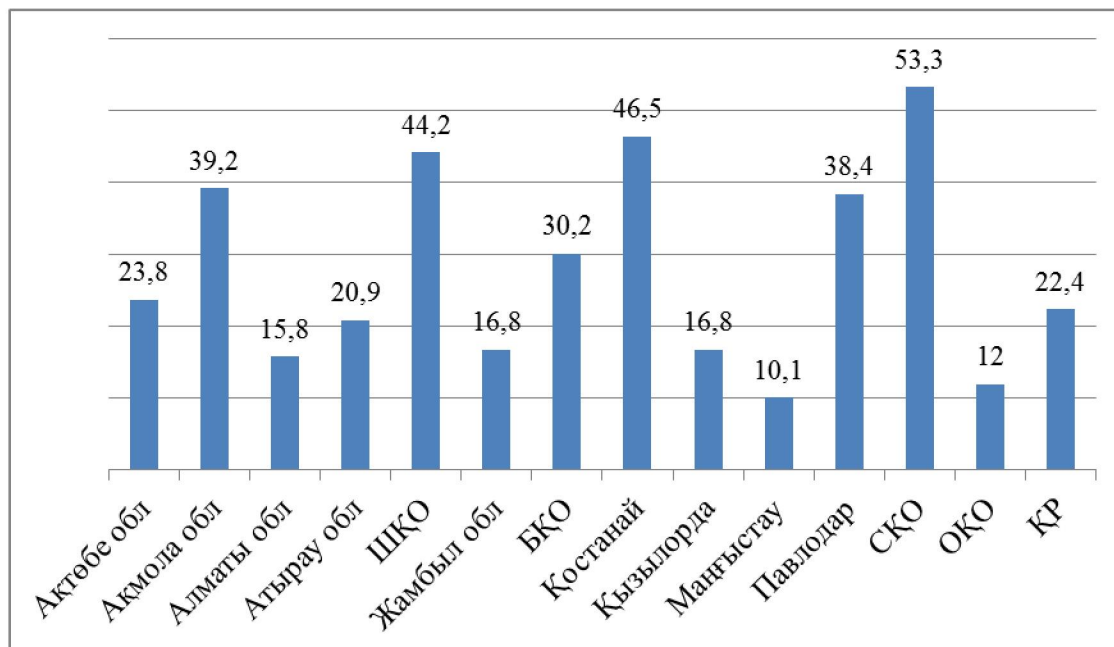
Сурет 4 - Қазақстан Республикасының қартаю индексі (егде адамдар саны 100 балаға шаққанда), 2009-2016 жж.

Қазақстан қалаларында ауылдарға карағанда қартаю көрсеткіштері жоғары, дегенмен ауылға карағанда қалалықтардың қартаю деңгейі төмендеуде. 2016 жылғы нәтижелерге карағанда республикамызда 100 балаға 29 қарт адамнан келеді. Ең жоғары көрсеткіштер СҚО қалаларында байқалды, қартаю индексі 100 балаға 62,2. Ең төмен қартаю деңгейі Атырау облысында байқалды, онда 0-ден 15 жасқа дейінгі 100 адамға 65 жастан асқан 14 адамнан келеді. Астана Алматымен салыстырғанда – жас қала, астанамызда қартаю индексі 2016 жылдың қорытындысы бойынша 100 балаға 15,6 адамды құрайды. Алматыда бұл деңгей 2 еседей жоғары, 100 балаға 37 қарт адамнан келеді (сурет 5).



Сурет 5- Қазақстан Республикасының өңірлерінде қала тұрғындарының қартаю индексі (егде жастағы адамдар саны 100 балаға шаққанда), 2016 ж.

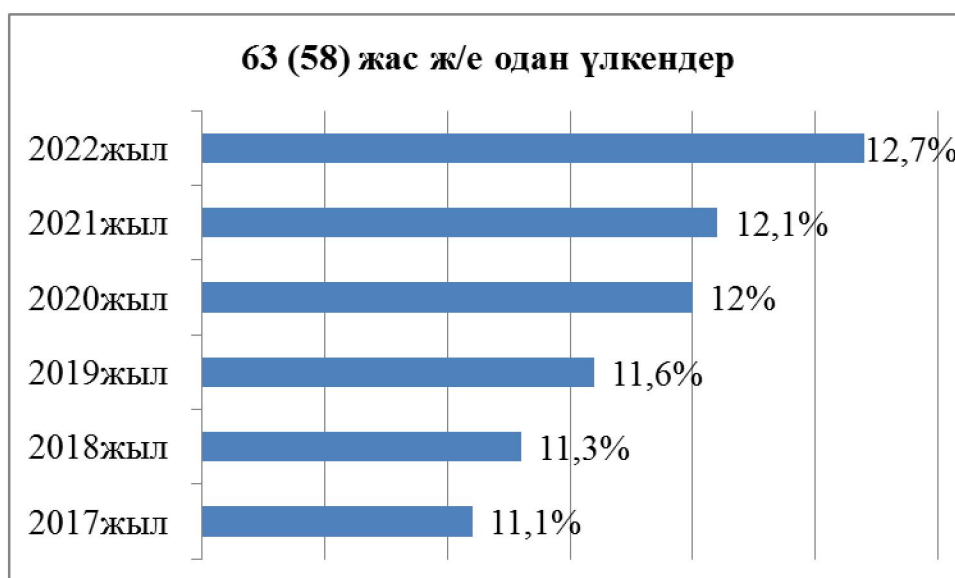
Қазақстан ауылдарында соңғы 3 жыл көлемінде ауыл тұрғындарының қартаю көрсеткіштерінің ұлғаюы байқалуда – егер 2012-2013 жылдары индекс 100 балаға 21,4 белгісінде болса, 2016 жылы ол 22,4-ті құрады. ҚР ең қарт ауыл - СҚО, онда қартаю индексі 53,3-ті құрайды, Қостанай облысында (46,5) және ШҚО (44,2). Ең жас ауылдар - Маңғыстау облысында (100 балаға 10 қарт адамнан сәл асады), ОҚО (12) және Атырау облысында (15,8) (сурет 6).



Сурет 6 - Қазақстан Республикасының өңірлерінде ауыл тұрғындарының қартаю индексі (егде жастағы адамдар саны 100 балаға шаққанда), 2016 ж.

Қазақстандағы қартаюдың басқа да көптеген елдердегі сияқты, айқын феминизацияға қарай үдерісі байқалады. Мысалы, жоғары жастық санаттағы әйелдердің салыстырмалы салмағы ерлердің үлесінен айтарлықтай басым: 65-69 жаста - 1,5 есе, 75-79 жаста - 2,1 есе және 85 және одан жоғары жаста - 3,6 есе. Яғни, гендерлік дисбалансты ескеретін болсақ, болашақта қартайған (көбінесе жалғызбасты) әйелдер мәселесі ерекше көңіл бөлуді қажет ететінін болжауға болады;

Қазақстан Республикасының ұлттық экономика Министрлігінің статистика бойынша Комитетінің болжамы бойынша Қазақстанда қарт адамдардың санының өсуі жоғарылайды, еліміздің құрылымында еңбекке қабілетті тұрғындарға демографиялық жүктеме ұлғаяды. Гендерлік диспропорция да сақталады (сурет 7).



Сурет 7 - ҚР жоғары жастағы топтардың болжамды адамдар саны [123]

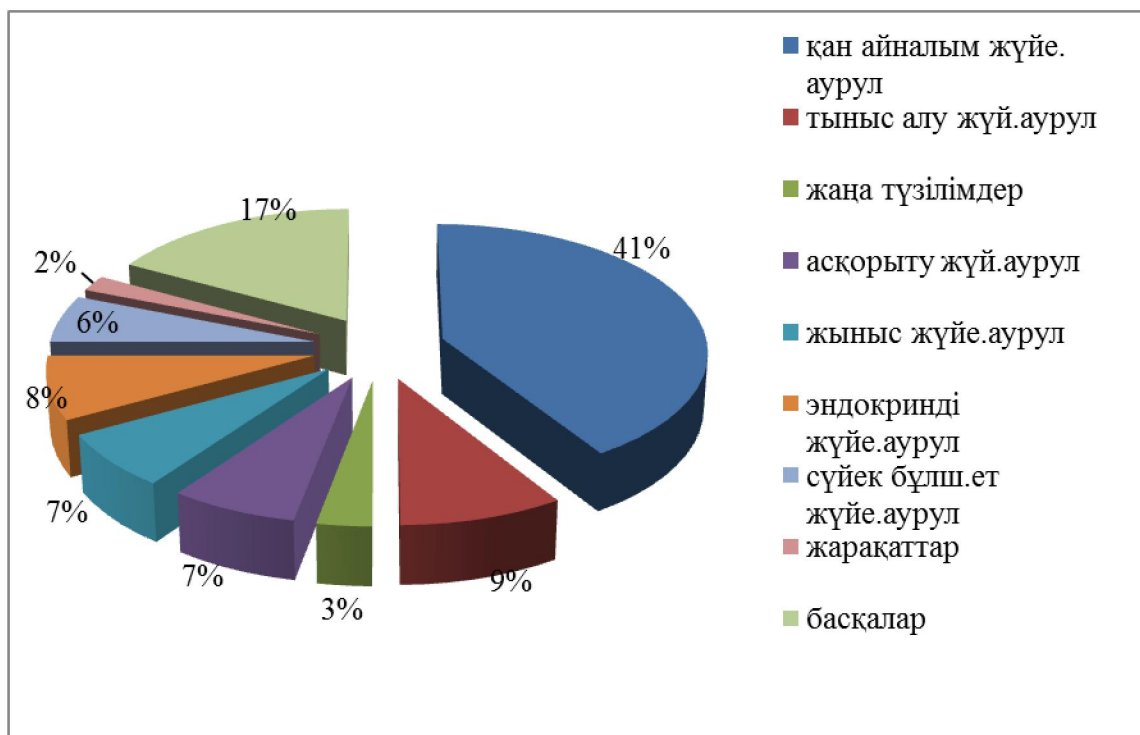
Жоғарыда айтып кеткендей, қарт адамдардың аурушандығының белгілі бір ерекшеліктері бар. Мұндай ерекшеліктердің қатарында аурушандықтың жоғары көрсеткіштері, патологияның көптігі және созылмалылығы: орта есеппен 60 жастан асқан әрбір ер адамда 4,3 ауру түрі диагностикаланады, ал осы жастағы әйелдерде - 5,2. Одан кейінгі әрбір 10 жыл сайын оларға тағы 1-2 аурудан қосылады. [124]

2014-2016 жылдар аралығында қарт тұрғындардың жалпы аурушандық көрсеткіші 21%-ға жоғарылады, ал қарт тұрғындардың саны 7%-ға ұлғайды (ҚР бойынша №12 статистикалық форма) (кесте 4).

Кесте 4 - 2014-2016 жылдары 100 мың тұрғынға келіп қаралуы бойынша 60 жастан асқан тұрғындардың аурушандығы

ҚР	60 жастан асқан тұрғындар саны	2016/2014 ж. 60 жастан асқан тұрғындар санының өсімі, %	100 000 тұрғынға келіп қаралушылығы бойынша егде 60 жастан асқан тұрғындардың аурушандығы	2016/2014 ж. Аурушандық көрсеткішінің өсімі, %
2014	1,776,1	7%	148703,0	21%
2015	1,838,993		161552,7	
2016	1,910,211		180176,2	

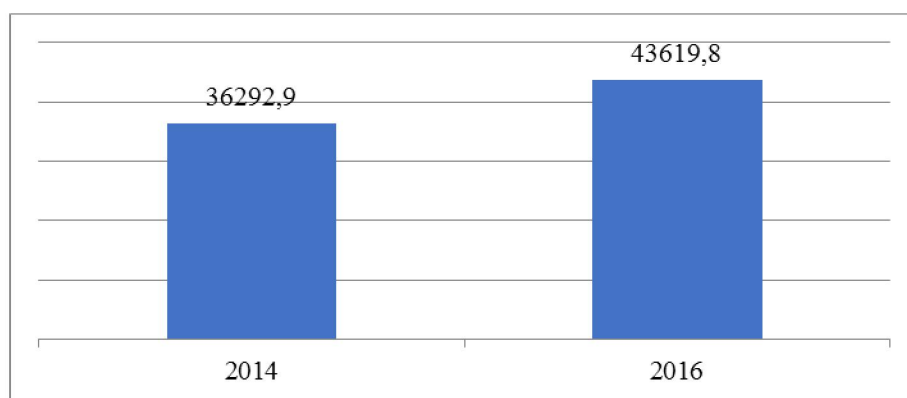
Егде және қарт жастағы тұрғындардың аурушандық құрылымы негізінен қан айналым жүйесінен құралады, олардың үлесі 2016 жылы 41% -ды құрады (сурет 8).



Сурет 8 - ҚР-ның 2016 жылдағы егде және қарт жастағы тұрғындарында аурушаңдығының құрылымы

Тыныс алу ағзалары ауруларының үлесі 9% құрады, үшінші орынды эндокринді жүйе аурулары (8%), төртінші орынды ас қорыту жүйесі мен несеп-жыныс жүйесі ағзаларының аурулары алады (әрқайсысы 7%-дан).

Біз егде жастағы адамдарда алғашқы аурудың динамикасын зерттедік. 2016 жылы республиканың егде жастағы тұрғындарының алғашқы ауру деңгейі 100 мың тұрғынға 43 619,84 құрады, яғни, бұл көрсеткіш 2014 жылғы деңгеймен салыстырғанда 20,2% -ға артты (сурет 9).



Сурет 9 - ҚР-ның 2014-2016 жылдардағы 60 жастан асқан тұрғындардың алғашқы ауру көрсеткішінің 100 мың адамға шаққандағы динамикасы

Сөйтіп, жалпы аурушаңдық деңгейінің жоғарылауы, қарт адамдардағы көптеген созылмалы аурулардың болуы медициналық көмекке жоғары

деңгейдегі қажеттілікті туындатады. Зерттеушілердің байқауынша, амбулаторлық-емханалық көмекке қажеттілік 60 жастан асқан адамдарда еңбекке қабілетті адамдарға қарағанда 2-4 есе жоғары, бірақ шынайы шағымданып келу деңгейі жасырақ адамдарға қарағанда тек 1,5-3 есе ғана жоғары. Стационарлық көмекке деген қажеттілік те еңбекке қабілетті жастағы адамдарға қарағанда 1,5-3 есе жоғары. Сонымен қатар, егде тұрғындарды іс жүзіндегі госпитализациялау деңгейі барлық госпитализацияланғандардың ішінде шамамен 40-60%-ды құрайды [125].

Бұл жағдай қарт адамдардың мобилділігінің шектеулі болуымен, өздігінен емделумен, медициналық көмектің сапасына сенбеуіне байланысты болуы мүмкін [126].

Қорытындылай келе, егде және қарт адамдар - бұл көптеген және күрделі әлеуметтік қауымдастық, олардың құрамына салыстырмалы түрде мықты және дені сау адамдар да кіреді, сонымен қатар, ауыр созылмалы аурулары бар, міндетті медициналық-әлеуметтік көмекке зәру әбден қартайған адамдар да кіреді. Республикадағы егде адамдардың санының өсуі жағдайында жасы үлкен адамдарға тиімді медициналық-әлеуметтік көмек көрсету мәселесін шешуге шынайы қажеттілік өсе түседі. Сондықтан МӘК тиімді ұйымдастыру үшін басты мәселе - осы жасқа тән мәселелер мен көмекке қажеттілік туралы ақпараттың жеткіліксіздігі болып табылады.

1.3.2 Қазақстан Республикасының егде және қарт тұрғындары үшін МӘК ұйымдастыру: жағдайы мен мәселелері

Егде және қарт тұлғалардың медициналық көмекке жүгінуі бойынша ең көбі алғашқы медициналық-санитариялық көмек болып табылады. Онымен қоса егде және қарт жастағы адамдарға медициналық көмек көрсетуде негізгі ауыртпалықты жалпы тәжірбиелік дәрігері/учаскелік терапевт дәрігері, медициналық медбикелер орындайды, олар үйде оңалту шараларын өткізуге, науқаста белсенді өмірлік позициясын оятуға көп көңіл бөлу керек, себебі емделушінің жасы келе медициналық көмек көлемі де көбейе бастайды. Егде адамдардың жедел медициналық көмекке жүгінуінің белгіленген өсімі қолжетімді, сапалы амбулаториялық-емханалық көмек көрсетуде ұйымдастырушылық мәселелері бар екенін куәландырады [127].

Жоғарыда айтылғандар бойынша, қарт адамдар үшін үйде медициналық-әлеуметтік қызмет көрсету онтайлы нұсқа болып табылады, себебі мұндай жағдайда оның сыртқы әлеммен үйреншікті қатынасы үзілмейді, көптеген стресс жағдайларының әрекетіне жол берілмейді, қозғалу қабілеттерінің және өзін-өзі қабілеттерінің белсенді стимуляциясы орындалады, белсенді өмірлік позиция қалыптасады [128].

Жыл сайынғы зейнетақының индекстелуіне қарамастан инфляцияның өсуі жалғасуда, бұл қарт адамдардың әл-ауқатының деңгейіне кері әсерін тигізеді. Қазақстандық зейнеткер үшін зейнетақы жалғыз табыс көзі болып табылады. Көптеген зейнеткерлер экономикалық тәуелділікте болады, ал еңбекке жарамсыздары – өзін-өзі қамтамасыз етуде қиындықтарға тап болады. Жалпы

алғанда, зейнеткерлік заңнама қарт адамдарды жеткілікті түрде қорғай алмайды және оларды еңбекке жарамды жаста болған кездегідей өмір сүру деңгейін қамтамасыз ете алмайды [129].

Басқа санаттағы тұрғындардан басқа егде жастағы адамдарға төленетін мемлекеттік жәрдемақылар жүйесіне арнайы мемлекеттік жәрдемақы және мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақы кіреді. Заңнамаға сәйкес мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақылар мүгедектікке, асыраушыдан айырылған кезде және жасына байланысты беріледі. Бұл жүйенің ерекшелігі, Қазақстан Республикасының 1997 жылғы 16 маусымдағы «Қазақстан Республикасындағы мүгедектікке, асыраушыдан айырылған кезде және жасына байланысты берілетін мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақылар туралы» заңының 1 бабына сәйкес, егер бір адамның бір уақытта әртүрлі мемлекеттік жәрдемақыларға құқығы бар болса, таңдауы бойынша біреуі ғана тағайындалады. Бұл кезде бір ғана әлеуметтік жәрдемақыны таңдау бір уақытта бірнеше жәрдемақы алуға құқығы бар адамның құқығын бұзады. Бұл жәрдемақылардың көлемі кішкентай екенін ескерсек, белгілі бір азаматтар санатының экономикалық кемшілікте болуы оларды осал әрі қорғансыз болуға әкеледі [130].

Ескеретін маңызды нәрсе, 1982 жылғы қартаю мәселесі бойынша Веналық халықаралық жұмыс жоспарында бекітілген қарт адамдардың құқығын қамтамасыз етуге қатысты халықаралық стандарттарға сәйкес 68 пункт бойынша «Әлеуметтік қамтамасыз ету қызметі қарттардың әлеуметтік жұмыстарын максималды түрде орындау мақсатында болуы тиіс; сонымен қатар қартайған адамдар өз үйінде барынша тәуелсіз өмір сүруі үшін белсенді және пайдалы азаматтар болып қалуы үшін олардың ауруларының алдын алу және дамуы бойынша база және кең ауқымды қызмет түрлері ұсынылуы тиіс» [131].

Басқа адамның күтімі мен көмегін қажет ететін мүгедектерге әлеуметтік қызмет көрсету жүйесін республикада интернат үйлер және үйде әлеуметтік көмек көрсету бөлімдерінің желісі құрайды. Мамандандырылған оңалту медициналық орталықтарының мүгедектерді оңалту үшін рөлін жергілікті әлеуметтік қамсыздандыру орталықтарына күндізгі жату бөлімшелері мен көп профильді медициналық мекемелер (ауруханалар, амбулаториялар, емханалар) атқарады [132].

Сонымен қатар, егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуде көптеген мәселелер бар, атап айтқанда:

- сапалы және тиімді дәрі-дәрмектерге, протездік-ортопедиялық көмекке, есту мүкістігі және тифло құралдарға жұмсалатын жоғары жеке шығындар;

- физикалық мүмкіндіктері шектелген, әлеуметтік әлсіз болып табылатын азаматтардың жиірек өз бетімен баспана сатып алуға мүмкіндігі болмайды. Мұқтаж егде мүгедектер үшін арнайы әлеуметтік баспана құрылысы өзекті мәселе болып қалуда.

- санаториялы-курортты емделуді тегін негізде немесе жеңілдік шарттарымен алу қиыншылықтары;

- өтеу, жеңілдік және жәрдемақы мөлшерлері мүмкіндіктері шектеулі тұлғалардың барлық қажеттіліктеріне жетпейді және оларды құқықтары мен бостандықтарын іске асырудың жеткілікті деңгеймен қамтамасыз етпейді;

- есту және көру бойынша мүгедектерге радио және телевидениенің ақпараттық және көркем бағдарламаларының көп бөлігі түсініксіз болып келеді, кітапханалар арнайы шрифтті қолдануы бар әдебиеттермен қамтамасыз етілмеген. Мүгедектер үшін қоғамдық көлікте жүру қиын, көптеген тұрғын үйлерде жабдықталған лифттер мен мүгедек арбашасын түсіру және көтеруге арналған пандустар жоқ.

- медициналық қызметкерлер ортасында сырқатты егде адамдарға адамгершілік қасиеттерін кемсітетін қатынастар да болып жатады [133-135].

Қартаю мәселелері бойынша Веналық халықаралық жоспардың 3 мінездемесіне сәйкес, ерте диагностика және сәйкесінше емдеу, сол сияқты профилактикалық шаралар қарт жастағы адамдар арасында мүгедектіктің және аурушандықтың таралуын азайту үшін қажет [136,137].

Дамыған мемлекеттердің тәжірибесін талдау көп профильді ауруханаларда медициналық көмекті көбінесе үлкен жастағы адамдар алатынын көрсетті. Егде адамдар арасында профилактикалық қызмет кешендік динамикалық зерттеуді, диспансеризацияны, әртүрлі мамандар жұмысын қамтиды. Дәрігердің келуімен, емдік-диагностикалық шараларды емдік-қозғалу режимін кеңейту және емдік дене шынықтырумен үйлестіруде білікті медициналық көмек алу егде емделушілер үшін ұсынылады. Егде емделушілерді қарау сапасына олардың денсаулық жағдайы, созылмалы аурулардың күшею жиілігі, сонымен қатар шұғыл көмек көрсету қажеттілігі, жедел және қайталап ауруханаға жатқызу қажеттілігі байланысты болады [138].

Мейірбике күтімі үйлері, хоспистер (мейірбике күтімі бөлімшелері) аурухана маңында ұйымдастырылады және сырқат адамның, негізінен егде және қарт жастағы адамдардың емделуін қолдайтын курстар өткізу үшін арналған. Жұмыстың негізгі бағыттары білікті медициналық күтім, әлеуметтік қамсыздандыру, сырқат және қарттарды медициналық оңалту, асқынуды және күшеюді уақытында диагностикалау, кеңес беру және психологиялық көмекті ұйымдастыру болып табылады. Хоспистер Павлодар, Өскемен, Қарағанды, Алматы, Қостанай, Семей қалаларда ұйымдастырылған [139].

Хоспистің ерекшелігі - онда ауыр операциядан кейін қатты сырқаттанған, ашық жарақаттары бар, ерекше күтімді қажет ететін адамдар жатады. Сырқат адамдар жақсартылған тамақты, ерекше қатты әсер ететін медициналық препараттармен қамтуды, төсек орын жабдықтарын қажет етеді, соңғысы күн сайын ауыстырылатына, жуылатына және қайнатылатынына байланысты тез тозады [140].

Алматы қаласының ҚККЕ «Хоспис» егде адамдардың мәселелерімен айналысатын 100 орынға есептелген гериатрия бөлімшесі жұмыс істейді. Хосписке түсудің 1,5-2 айда кезекшілігі болады, бұл егде адамдардың мамандандырылған амбулаториялық-емханалық көмекке мұқтаждығын куәландырады. Медициналық көмектен басқа, хоспис қызметкерлері және

волонтерлер сырқат адамдарға және олардың туыстарына психологиялық көмекті көрсетеді. Хосписте қамқорлыққа алынғандардың көбісі төлеуге қабілеті жоқ зейнеткерлер, олардың көбісі жалғызбастылар. Олар хосписте материалдық қолдауды көрсете алмайды, бұл қоғам қаражаттарын тарту, кәсіпкерлер көмегін, гранттарды және әртүрлі қорлар дотациясын тарту қажеттілігін қуәландырады. Медициналық жүйе, бір күтім түрінің басқа күтім түрін басып кетпей, емделушілерге ұзақ көмек көрсетумен қамтамасыз етуі керек. Алайда, егде адамдар тек жедел көмек алады, медициналық мейірбикелердің көп санын қажет ететін ұзақ көмекті жүзеге асыру үшін мемлекет ақша қаражаттарын бөлмейді [141].

Осылайша, республикадағы қолданыстағы гериатриялық мекемелер желісі жеткіліксіз, ал қалыптасқан экономикалық жағдай қажеті көлемде егде адамдарға мемлекеттік әлеуметтік бағдарламаларды іске асыруға мүмкіндік бермейді, осыған байланысты халықтың қартаю үдерісін одан әрі шырқалу жағдайында денсаулықты қолдау және адамдардың белсенді өмір сүру кезеңдерін созу іс-шаралар кешенімен қамтамасыз етілуі керек, олардың ішінде егде адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастыруға маңызды рөл беріледі

Республикадағы тұрғындардың қартаю қарқыны қазіргі уақытта егде және қарт адамдардың медициналық, әлеуметтік, психологиялық қажеттіліктерін терең зерттеу керектігін көрсетіп отыр. Егде тұрғындарға МӘК тиімділігін жоғарылату үшін МӘК түрлеріне қажеттіліктің сенімді бағалау критерилерін қолдану қажет. Сәйкес медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру үшін егде адамдардың өмір сүру салты мен жағдайларын, денсаулық жағдайын, әлеуметтік байланыстар және әлеуметтік белсенділік күштерін анықтау керек.

Республикадағы егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек жалпы медициналық желіде олардың организмнің жастық өзгерістері мен физиологиялық ерекшеліктерін ескерместен көрсетіледі. 90-жылдардың соңындағы денсаулық сақтауды белсендіру реформасы арнайы гериатриялық көмекті қысқартуға әкелді. Қазіргі уақытта Қазақстанда гериатрия және геронтология бойынша мамандарды дайындау жүзеге асырылмайды, осы бағыттағы ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүргізу бойынша да жұмыс ақсап жатыр, соның салдарынан зейнеткерлерге заманауи жағдайға медициналық-әлеуметтік көмектің сан алуан түрлерін жасау жұмыстары жүргізілмейді, бұл жақын және алыс шетелдерде табысты жүзеге асырылуда.

Денсаулық сақтау ресурстарының шектеулі екендігін ескере отырып, медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті ұйымдастыруды белсендіру мәселесінің маңыздылығы басым болуда, ал халықаралық және отандық тәжірибені талдау үлкен жастағы адамдарға медициналық-әлеуметтік көмекті дұрысырақ жоспарлап жүзеге асыруға мүмкіндік береді.

1 бөлім бойынша тұжырым

- МӘК - ке қажеттілік тұрғындардың қартаюға бейімдігімен, егде және қарт жастағы адамдар ауруларының көрсеткіштерінің жоғары болуымен, егде және қарт жастағы тұрғындардың әлеуметтік қорғалмауымен негізделеді;

- көптеген дамыған елдерде егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті ұйымдастыру мультидисциплинарлы жолмен негізделген және оны мемлекеттік және қоғамдық ұйымдардың қолдауымен дайындықтан өткен медициналық, әлеуметтік қызметкерлер, психологтар және басқа да мамандар көрсетеді;

- медициналық-әлеуметтік көмек көрсету саясатын жүзеге асыру заңмен қарастырылған және сектораралық қарым-қатынас қағидаларына негізделген;

- медициналық-әлеуметтік көмекті жоспарлау егде жастағы тұрғындардың жеке және топпен өтетін медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмекке мұқтаждығын бағалау жолымен жүзеге асырылады;

- шет елдерде егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің әртүрлі формалары бар, олар: стационарлық және стационарлық емес типтер. Бірақ, соңғы уақытта медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетудің стационарлық емес формалары (үйде күту) кеңінен таралуда, бұл шығынды азайтып, егде жастағы адамдарға айтарлықтай қолайлы жағдай жасаумен байланысты;

- МӘК көмектің жоғары тиімділігі дамыған елдерде мемлекеттік реттеу қағидаларының сақталуымен, қаржыландыру деңгейінің жоғары болуымен, қаржыны мақсатты жұмсаумен және қоғамның басқару шешімдеріне кеңінен қатысуының айтарлықтай деңгейде болуымен қамтамасыз етіледі;

- Қазақстандағы егде және қарт жастағы адамдардың үлесі шет елмен салыстырғанда айтарлықтай аз (2016 жылы 10,8% құрады), сондай-ақ, біздің елімізде дәстүрлі туыстық байланыстар күшті дамыған, бұл егде жастағы адамдардың өмір сапасын жақсартуда превентивті шаралар жасауда тамаша мүмкіндіктер береді;

- егде және қарт жастағы адамдардың ерекше құқықтары, талаптары мен мүдделері заңды тұрғыдан қарастырылып, бекітілуі керек. Қазіргі кезде ҚР халықтың денсаулығы туралы Кодексіне қосымшалар енгізу туралы жұмыстар жүргізіліп жатқандықтан біз егде және қарт жастағы адамдарға медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыруды жақсарту, соның ішінде, егде жастағы адамдарды нормативті-құқықтық қорғауды жетілдіру, медициналық бөлімшелерде егде және қарт жастағы адамдардың диагностикасымен, ауруларының алдын-алып, оларды емдеумен айналысатын заңмен қарастырылған гериатриялық бөлімшелер құру туралы; мемлекеттік-жеке серіктестік аясында жеке бизнесті, еріктілерді іске тарту туралы ұсыныстар енгіздік.

Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, біз кешенді зерттеу жүргіздік, оның мақсаты зейнеткер жасындағы адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді жетілдіру және ғылыми-негізделген нұсқаулықтар жасау болды, ол

үшін қалалық емхана жағдайындағы егде адамдардың медициналық, әлеуметтік және психологиялық қажеттіліктерін анықтауды негізге алу қажет болды.

2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

2.1 Зерттеу кезеңдерінің бағдарламасы және мазмұны

Диссертацияның мақсаты мен міндеттеріне сәйкес кестеде ұсынылған зерттеу бағдарламасы жасалды.

Кесте 5– Зерттеу бағдарламасы

Зерттеу міндеттері мен кезеңдері	Әдістер	Зерттеу материалдары мен көлемі
Брінші кезең		
1	2	3
1. Егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті ұйымдастырудың халықаралық және отандық тәжірибесін зерделеу	Тарихи Библиографиялық Аналитикалық Ақпараттық-аналитикалық Контент-анализ элементтері Статистикалық	Ғылыми ақпараттық көздер талданды (163), соның ішінде: - мақалалар PubMed, EMBASE Elsevier, Scopus базаларынан; - ғылыми әдебиеттер; -БҰҰ-ның халықтың қартаюына қатысты құжаттары; - егде жастағы адамдарды қорғау саласындағы Қазақстан Республикасының нормативтік-құқықтық құжаттары; -ҚР-ның статистикалық жиынтықтары; -2012-2016 жылдардағы Қазақстан Республикасында егде және қарт жастағы адамдардың аурушандығы туралы деректер (№ 12 форма)
Екінші кезең		
1. Алматы қ. амбулаториялық-емханалық ұйымдардың ресми статистикалық деректері бойынша егде жастағы халықтың аурушандығын зерттеу (2014-2016 жж. №12 есеп формалары)	Статистикалық Ақпараттық-аналитикалық	№5 ҚЕ, №2 ҚЕ жылдық есептері; -Алматы қ. бойынша 2014-2016жж. №5 ҚЕ және №2 ҚЕ есептік статистикалық формасы (12 ф.) ; -жас-жыныстық; -статистика мәліметтері бойынша Мем. ҚР МНЭ өлім-жітім көрсеткіштері
Үшінші кезең		

4. Егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсету қажеттілігін	Социологиялық Статистикалық Математикалық Ақпараттық-аналитикалық	2721 респондент
--	--	-----------------

5 – кестенің жалғасы

1	2	3
Тәуелділікті сандық Бағалаудың автоматтандырылған Сараптамалық Жүйесін (ТСБАСЖ) қолдану жолымен анықтау		
5. Егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсету сапасына әсер ететін факторларды зерттеу (дәрігерлер мен медициналық мейірбикелер сауалнамасының нәтижесі бойынша)	Социологиялық Статистикалық Аналитикалық	Дәрігерлер мен мейірбикелерге арналған 85 сауалнама
Төртінші кезең		
6. АМСК ұйымдарында егде және қарт жастағы адамдарға геронтологиялық және гериатриялық көмек көрсетуді жетілдіру бойынша тәжірибелік ұсыныстар дайындау.	Тарихи Библиографиялық Контент анализ Социологиялық Статистикалық Аналитикалық	Зерттеу нәтижелері

Зерттеу пәні: амбулаторлық-емханалық деңгейде егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті ұйымдастыру жүйесі.

Зерттеу нысандары: Алматы қаласының Медеу ауданының №2 ҚЕ және №5 ҚЕ аймақтық негізде тіркелген 60 жастан асқан ер және әйелдер адамдар; зерттеу кезеңінде аталған амбулаторлық-емханалық ұйымдарда жұмыс жасаған дәрігерлер, медбикелер. Таңдау Медеу ауданы мен Алматы қаласының қарт адамдарының ұқсас жас құрылымына байланысты болды.

Егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті ұйымдастырудың халықаралық және отандық тәжірибесін зерттеу үшін зерттеудің бірінші кезеңінде PubMed, EMBASE, ELSEVIER, SCOPUS және т.б. медициналық мәліметтер базасында әдебиет көздерін іздеу жүргізілді. БҰҰ-н

бағдарламалық құжаттары, егде халыққа медициналық-әлеуметтік көмекті көрсету саласындағы ҚР нормативтік-құқықтық құжаттары зерделенді.

2012 жылдан 2016 жылға дейінгі кезеңде ресми статистика бойынша республиканың егде және қарт жастағы тұрғындарының демографиясына және аурушылық деңгейіне талдау жасалды.

Зерттеудің екінші кезеңінде Алматы қ. №2 және №5 қалалық емханалар тұрғысынан ресми статистика бойынша (өлім-жітімділік кестелері, №12 ф, статистикалық есеп нысандарының мәліметтері бойынша) егде және қарт адамдардың келуі бойынша аурушаңдық пен өлім-жітімділік зерттелді.

Зерттеудің үшінші кезеңінде егде және қарт адамдарға әлеуметтік зерттеу сауалнама негізінде анонимді сауалнама әдісімен әзірленген құрылымдық сауалнамамен жүргізілді. Сауалнаманы жүргізу үшін емханаларда арнайы оқытылған мейірбикелер жүргізді. Сауалнама қазақ және орыс тілдерінде, ашық және жабық түрдегі 70 сұрақты құрады.

Сауалнаманың паспорттық бөлімінде әлеуметтік-демографиялық сипаттамалар туралы сұрақтар қойылды (жынысы, жасы, ұлты, білімі, айналысатын ісі, отбасылық жағдайы). Сауалнаманың арнайы бөлімінде тұрғын үй жағдайлары, қаржылық жағдайы, денсаулық жағдайына қатысты сұрақтар құрады.

Респонденттердің денсаулығының жағдайы өздерінің денсаулықтарын бағалауы және созылмалы аурулар белгілерінің болуы сияқты параметрлер негізінде зерттелді. Респонденттер өздерінің денсаулықтарын «жақсы», «қанағаттанарлық» және «жаман» деген үш шкала бойынша бағалады, сонымен қатар, бас ауруы, жүрек тұсындағы ауру сезімі және т.с.с. ұсынылған тізім бойынша созылмалы аурулардың белгілерін таңдады.

Респонденттердің қызметтік мүмкіндіктері күнделікті өмірдегі белсенділігі негізінде бағаланды.

Денсаулық сақтау қызметтері мен әлеуметтік қызметтерді қолдануы жеке бағаланды. Денсаулық сақтау қызметтері келесідей көрсеткіштермен сипатталды: дәрігердің немесе мейірбикенің үйге келіп қарауы, өздерінің емханаға баруы. Сондай-ақ, дәрігердің тағайындаған дәрілерін қабылдауы да зерттелді.

Қосымша медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке мұқтаждықтарын бағалау үшін сауалнамаға күнделікті өмірде кездесетін қиындықтар (қозғалысының, тамақ сатып алуының, үй тазалауының, тамақ дайындауының қиындауы), психологиялық мәселелер (жалғыздық, эмоционалдық қолдаудың қажеттілігі) және т.б. сұрақтар енгізілді (1 Қосымша).

ТСБАСЖ (тәуелділікті сандық бағалаудың автоматтандырылған сарапатамалық жүйесі) әдістемесін пайдалану көмегімен егде халықтың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке мұқтаждықтары анықталды. Украина Геронтология институтымен әзірленген ТСБАСЖ әдістемесінің мәні 10 құрамдас бойынша (физикалық мүмкіндіктердің жағдайы — қозғалу белсенділігі және өз-өзіне қызмет көрсету қабілеті, әлеуметтік

белсенділік, психологиялық мәртебе, қан айналым жүйесінің, жүйке, сүйек-бұлшықет, несеп-жыныс жүйесінің, сезім мүшелерінің жағдайы, денсаулықты өздігінен бағалау және медициналық қызметтерді пайдалану деңгейі) егде адамның функционалдық мүмкіндіктері мен көмекке тәуелділігін интегралдық бағалау болып табылады.

Бұндай бағалау нәтижелері бойынша тәуелділіктің интегралдық индекстері есептелген және олардың мәндері бойынша егде адамдар шартты түрде медициналық-әлеуметтік көмекке тәуелділік топтарына бөлініп, медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмек деңгейлері анықталған.

МӘК сапасына әсер ететін факторларды зерттеу үшін медициналық қызметкерлеріне (емхана дәрігерлері мен медбикелеріне) 28 сұрақтан тұратын арнайы әзірленген сауалнама бойынша егде адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті көрсету мәселелері туралы пікірді зерттеу үшін әлеуметтік зерттеуі жүргізілді (2 қосымша).

Дәрігерлер мен мейірбикелер арасында сауалнама жүргізу де жасырын түрде өткізілді. Сауалнама екі бөліктен тұрды – паспорттық және арнайы, оған 28 ашық және жасырын сұрақтар енгізілді. Сауалнаманың паспорттық бөлігінде жасы, жынысы, білімі, мамандық бойынша жұмыс өтілі және кәсіби біліктілігі бойынша сұрақтар берілді, ал арнайы бөлімінде егде жастағы пациенттерге медициналық көмек көрсету бойынша мәселелер туралы; емхананың дәрігерлері мен мейірбикелерінің геронтологтармен, психологтармен және әлеуметтік қызметкерлермен байланысы туралы; егде жастағы адамдар мен олардың жанұя мүшелеріне физикалық және психикалық саулықты сақтауды үйрету туралы; егде жастағы адамдардың емханаға барған кезде оларға қолайлы жағдай жасалуы туралы және т.с.с. сұрақтар енгізілді.

Зерттеудің 4 кезеңінде алынған нәтижелердің негізінде қалалық емхана жағдайында егде халыққа медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті жетілдіру үшін ұсыныстар әзірленді.

Көлденең зерттеу Алматы қ. Медеу ауданыныда жүргізілді. Барлығы зерттеуге №2 және №5 емханаларына аймақты негізде тіркелген 60 жастағы және одан асқан ер адамдар мен әйелдер; аталған медициналық ұйымдардың ЖТД, учаскелік терапевтері, медициналық бикелері қатысты.

Сауалнамаға жауап берушілерді іріктеу кездейсоқ қайталанбайтын іріктеме әдісімен жасалды. 2016 ж. соңына қарай №5 ҚЕ қызмет көрсетілетін егде және қарт жастағы адамдардың саны 6550 және №2 ҚЕ 9324 адамды құрады. Осылайша, егде және қарт жастағы адамдардың жалпы жиынтығы 15 874 адамды құрады.

Іріктелген жиынтықтағы қажетті бірлік саны келесі формула бойынша есептелді:

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2}$$

мұндағы: n — іріктелген жиынтық көлемі;

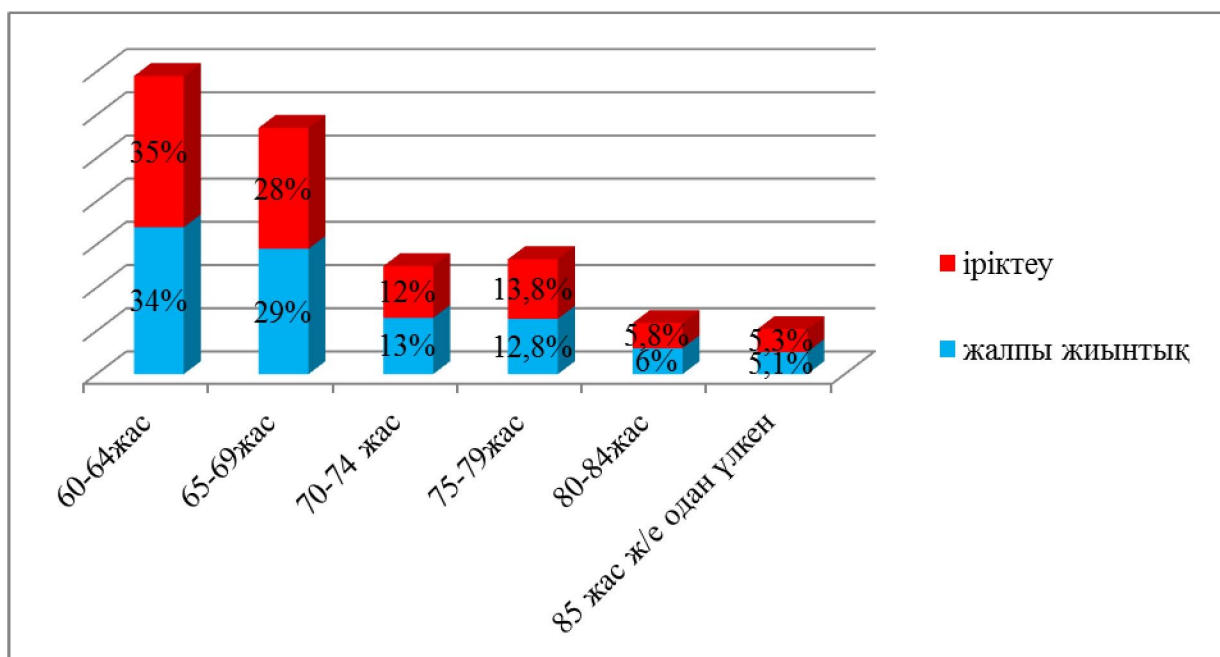
t — 2-ге тең сенім коэффициенті (сенім ықтималдығы 95% болғанда);

p — жалпы жиынтықта зерттелетін белгі үлесі;
 q - 1-р тең p көрсеткішіне қосу;
 Δ - іріктеменің шекті қатесі (зерттеу нақтылығы).

Іріктеме 4000 адамды құрады (әр емханаға 2000 адамнан). Толтыру сапасын тексергеннен кейін мәліметтер базасына 2721 сауалнама енгізілді, бұл іріктеменің 75% құрады.

Таңдап алынған жиынтықтың жастық құрылымы жалпы алғанда негізгі жиынтыққа сәйкес келді, бұл таңдаудың сандық репрезентативтілігін қамтамасыз етті.

Сандық көрнекілікті қамтамасыз ету үшін іріктеу жиынтығының жас бойынша құрылымы шамамен жалпы жиынтыққа сәйкес келді (сурет 10).



Сурет 10 - Жастық құрылымы бойынша жалпы және іріктелген жиынтық, екі жынысты, %

Біз алған нәтижелер егде тұрғындарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмектің сапасын және қолжетімділігін жақсарту саласында шешімдерді қабылдау бойынша ұсыныстарды әзірлеу үшін негіз ретінде қолданылды.

2.2 Статистикалық өңдеу

Статистикалық мәліметтерді талдау және бағалау үшін абсолюттік шамаларды талдау, оларды салыстырмалы шамаларға аудару, интенсивті және экстенсивті көрсеткіштерді есептеу, интегралдық бағаларды (рейтингтерді) есептеу қолданылды.

Сандық мәліметтердің бөлінуін тексеру процедурасы үш критерий көмегімен жүргізілді: графикалық (histogram, Q-Q plot); сипаттаушы статистиканың көмегімен; Kolmogorov-Smirnov және Shapiro-Wilk тесттерінің

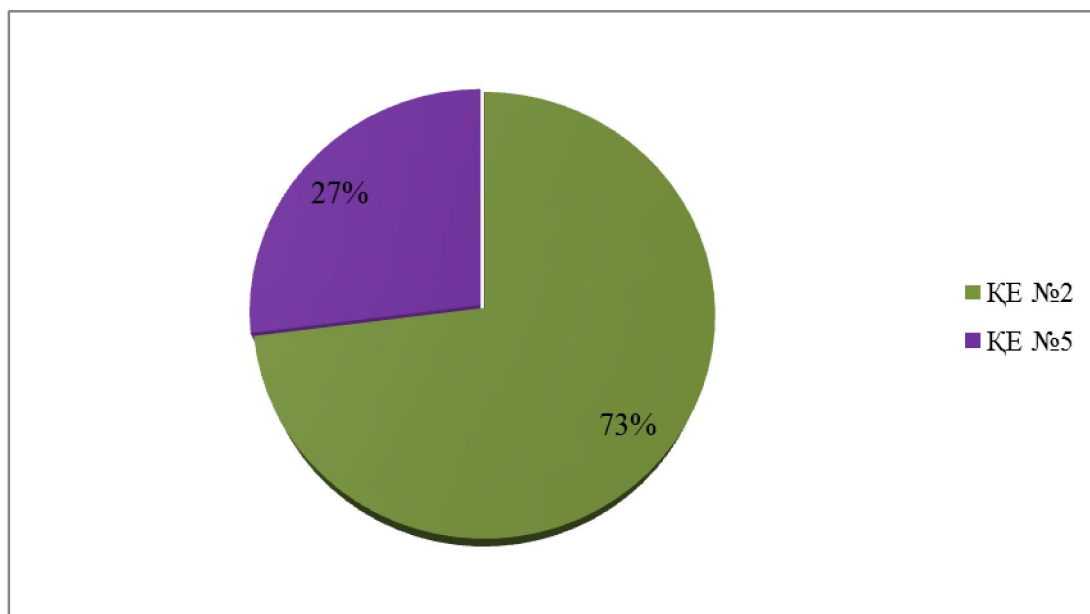
көмегімен. Көптеген параметрлердің қалыпты бөлуден айырмашылығы болғандықтан статистикалық өңдеу үшін параметрлік емес әдістер мен критерилер қолданылды. Сандық параметрлердің сипаттық статистикасы медиана және кватрил түрінде көрсетілген.

Сандық ауыспалылар мен жиіліктер арасындағы айырмашылықтардың мәні арасындағы статистикалық байланыс туралы гипотезаларды тексеру үшін келесі критерийлер қолданылды: Пирсон, Краскелл-Уоллиса-квадраты. Сзықтық регрессиялық талдау ауыспалылар арасындағы байланыс күшін және бағытын анықтау үшін қолданылды. Бірнеше топ үшін сандық мәліметтердің теңдігі туралы (апостериорлы салыстырулар) статистикалық гипотезаларды тексеру үшін бірфакторлы дисперсиялық талдау қолданылды. Мәліметтерді статистикалық өңдеу SPSS, 22 нұсқа бағдарламасының көмегімен жүргізілді [142]. Статистикалық маңыздылықтың сыни деңгейі 0,05 тең деп қабылданды.

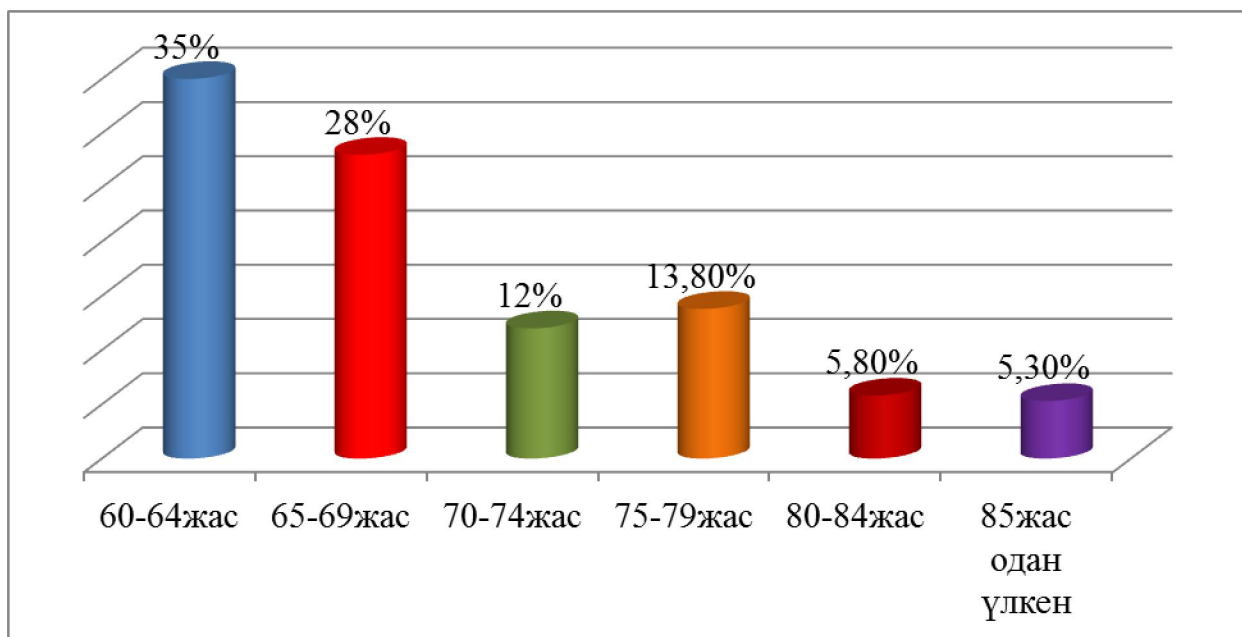
2.3 Материалдың сипаттамасы

2.3.1 Егде және қарт респонденттердің әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы

Сауалнамаға егде жастағы 2721 ерлер мен әйелдер қатысты. Аумақтық тіркелген №2 қалалық емханаларға (73%,n=1986) және №5 ҚЕ (27%, n=735) (сурет 11).



Сурет 11 – Егде және қарт жастағы респонденттерді емхана бойынша бөлу, %



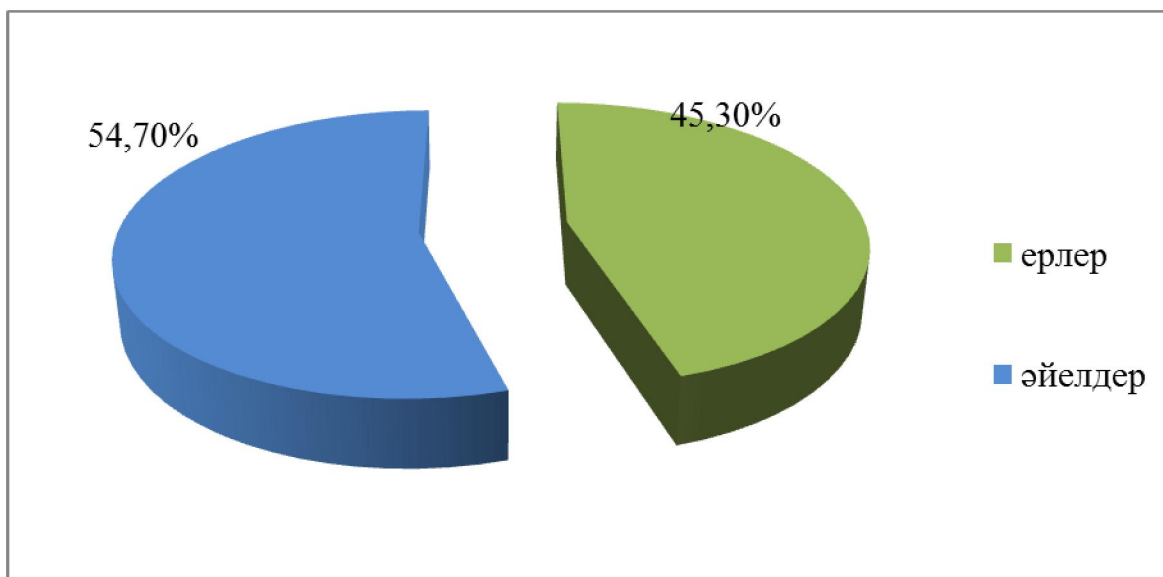
Сурет 12 Барлық респонденттерді (екі жынысты да) жас тобы бойынша бөлу, %

Суреттен көріп отырғанымыздай, көп бөлігін 60-64 жас (35%, n=951) аралығындағылар құрады.); 65-69 жас -28% (n=763); 70-74 жас 12% (n=327), 75-79 жас- 13,8% (n=376), 80- 84 жас -5,8% (n=159), 85 жас және одан үлкендер -5,3% (n=145). Айырмашылықтарының статистикалық шамасы $\chi^2=32,2$, $p=0,016$. Жас бойынша медиана 67 жас (төменгі квантиль – 63 жас, жоғарғы квантиль – 74,5жас).

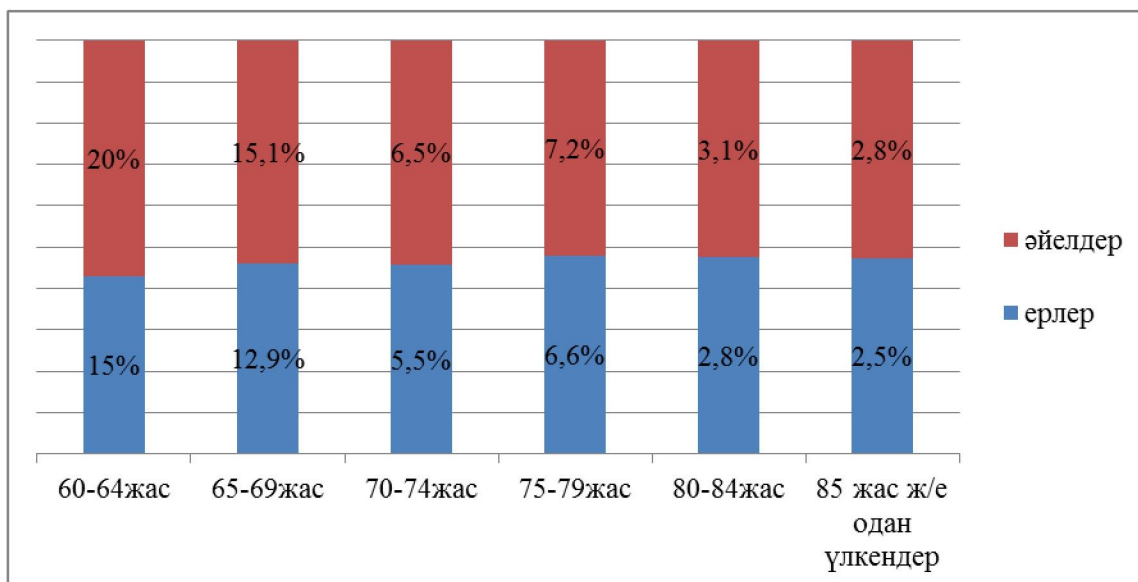
Сонымен, егде жастағылардың айтарлықтай бөлігі өмірдің айтарлықтай белсенді кезеңінде болды, бұл олардың медициналық та, әлеуметтік те, психологиялық та қажеттіліктерінің зерттеу өзектілігін көрсетеді.

Респонденттерді жынысы бойынша қарастырғанда әйелдер саны басым (54,7%, n=1488), жастық топтары бойынша да көрсетілген - 13,14 суреттер.

Айырмашылықтарының статистикалық шамасы $\chi^2=18,9$, $p=0,04$.

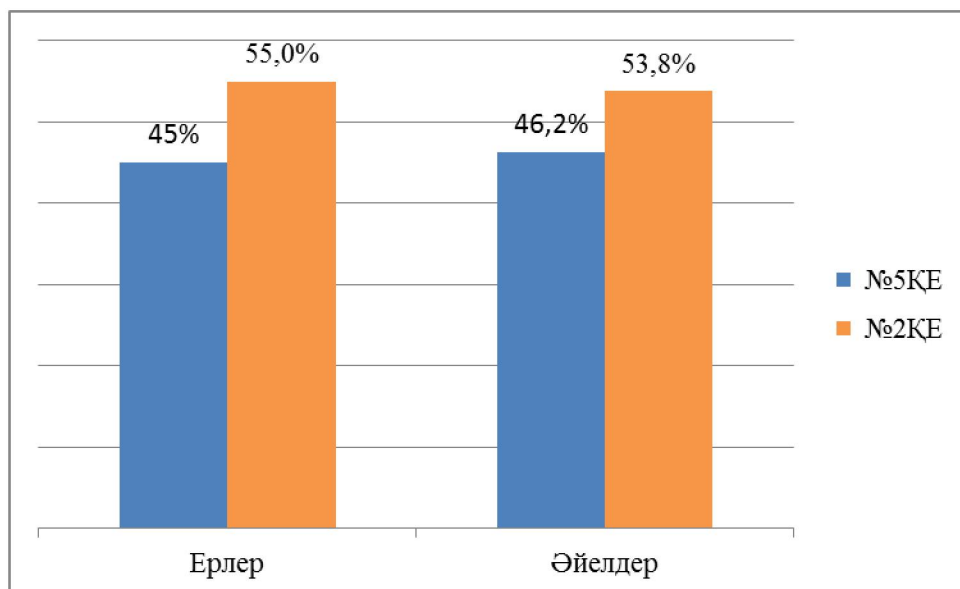


Сурет 13 - Барлық респонденттерді жынысы бойынша қорытындыда % бөлу



Сурет 14- Жыныстық және жас құрылымы, барлық респонденттер,%

Біздің таңдауымыздағы ҚЕ №5 -ға егде жастағы тіркелген ерлердің үлесі 45% (n=331), ал әйелдер – 55% (n=404) құрады. Ал ҚЕ №2 қалалық емханаға тіркелген ерлердің үлесі 46,2% (n=917), әйелдер – 53,8% (n=1069) құрады (15 сурет).



Сурет 15 - Емханада респонденттердің жынысы бойынша бөлінуі, %

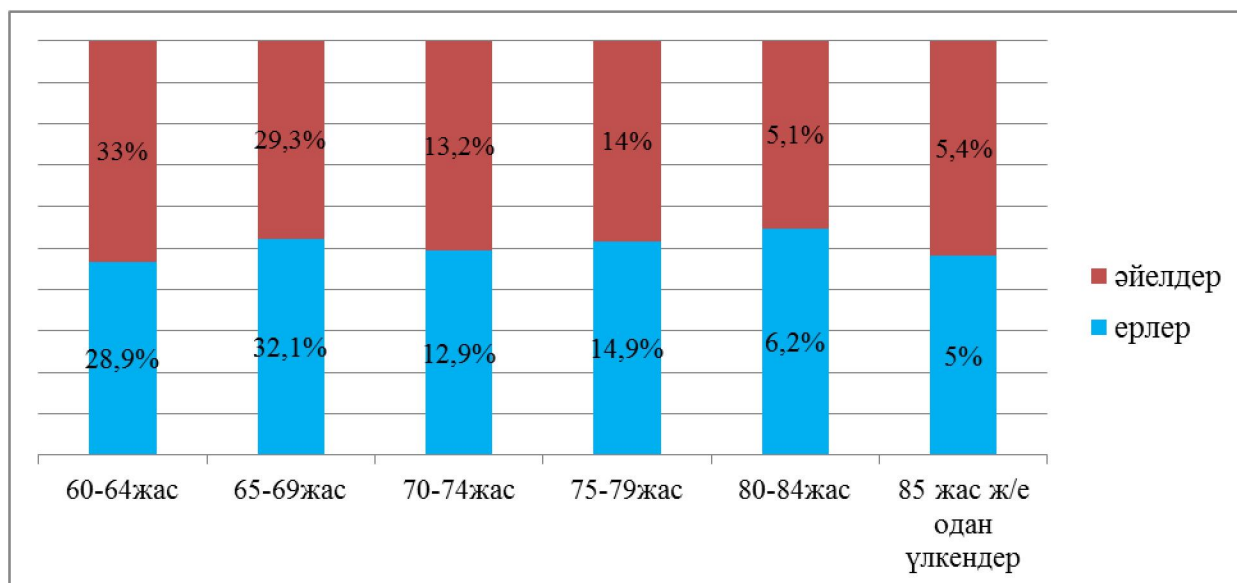
Осылайша, егде жастағы ерлер мен әйелдер үлесін қызмет көрсетілетін емханаларда №2 және №5 елеусіз айырмашылықтар болды. Айырмашылықтарының статистикалық шамасы - $\chi^2 = 3,2$ $p=0,04$

№5QE қызмет көрсетілетін егде және қарт жастағылардың жыныстық-жастық құрылымы 7 суретте көрсетілген, әйелдердің келесі жас топтарының басымдылығымен сипатталады:

- 60-64 жас (әйелдер үлесі - 33% , ерлер– 28,9%),
- 70-74 жас (әйелдер үлесі 13,3%, ерлер- 12,9%),
- 85 жас және одан үлкен жастағылар (әйелдер үлесі 5,4 % , ерлер – 5%)

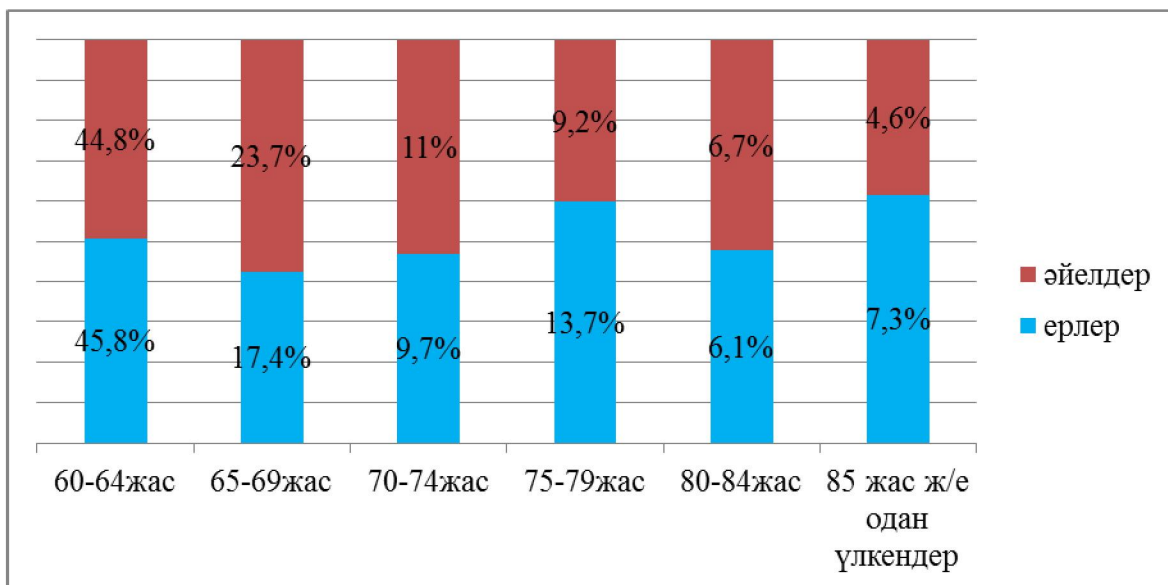
құрады.

Айырмашылықтарының статистикалық шамасы - $\chi^2 = 12,5$ $p=0,05$



Сурет 16- QE №5 Респонденттердің жыныстық-жас құрылымы бойынша бөлінуі, %

№2 емхананың егде емделушілерінің жыныстық-жастық құрылымы, өз ерекшеліктерімен айқындалды. Осылайша, 60-64 жастағы ерлер мен әйел жастағылардың үлесі іс жүзінде (45,8% және 44,8% сәйкесінше) бірдей болды. 65 жастан бастап 75 жасқа дейін әйелдердің үлесі әлдеқайда жоғары болды. Алайда, 75-79 жас топтары мен 85 жастан жоғары топтарда ерлердің үлесі әйелдердің үлесінен асты (сурет 17).



Сурет 17- Егде және қарт жастағы респонденттердің жыныстық-жас құрылымы, №5 ҚЕ,%

Сонымен қатар, жалпы іріктеуде барлық жас топтарында әйелдердің басым болуына қарамастан, бізбен Алматы қаласының зерттелген аудандарында егде жастағылардың жыныстық-жастық кейбір айырмашылықтары орнатылған. Респонденттердің әлеуметтік-демографиялық сипаты әлеуметтік статусын, білім деңгейін, тұрмыс жағдайын, кірісінің деңгейін, ұлтына және т.б. ескерусіз толық болмас еді.

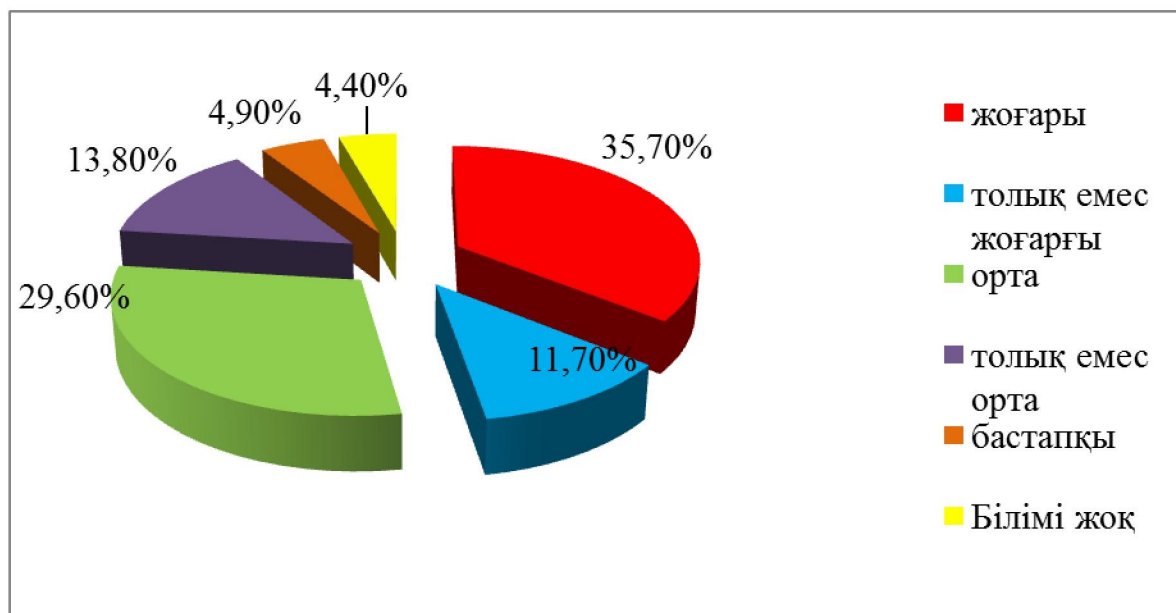
Респонденттердің әлеуметтік құрамы 18 суретте келтірілген.



Сурет 18 - Респонденттердің әлеуметтік статусы бойынша бөлінуі, %

Сонымен қатар, респонденттердің ішінен жұмысшылар (52,4%), қызметкерлер (32,7%), үй шаруашылығындағылар (6,1%) және әскери қызметкерлер (5,1%) ауыл шаруашылығындағы жұмысшылар мүгедектікке байланысты жұмыссыздық (2,6%) және (0,9%) құрады. Айырмашылықтарының статистикалық шамасы $\chi^2 = 19,6$ $p=0,034$.

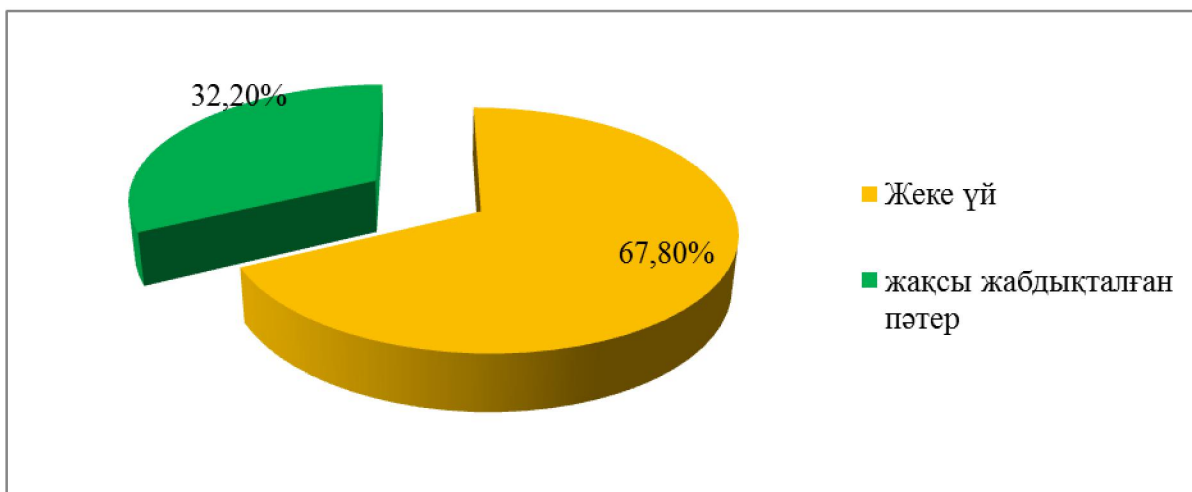
19 суретте респонденттердің білім деңгейі бойынша бөлінуі көрсетілген.



Сурет 19 - Егде және қарт адамдарды білім деңгейі бойынша бөлу, барлық респонденттер %

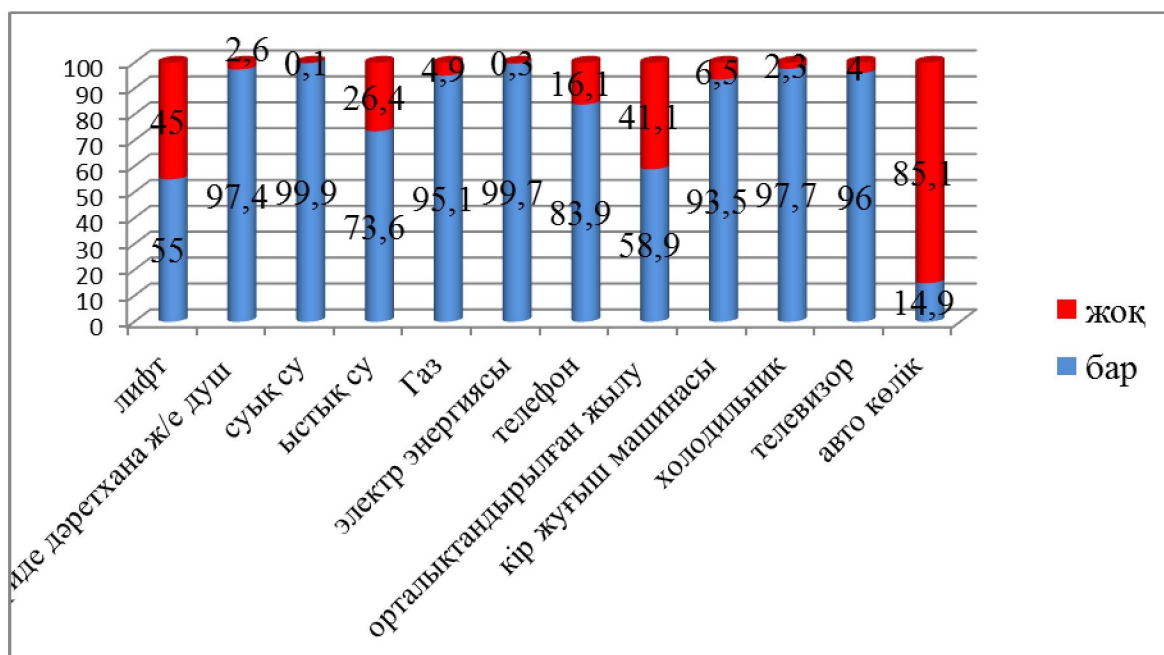
Диаграммдан көріп отырғанымыздай білімдері жоғары және жартылай жоғары адамдар – 47,4%, 29,6 % - орта білімді адамдар құрады, бұл респонденттердің білім деңгейінің айтарлықтай жоғары екенін көрсетеді. Егде

жастағы адамдардың әлеуметтік-тұрмыстық көмектің әртүріне әлеуетті қажеттіліктерін анықтау үшін үй-жай жағдайының талдауын жасадық (сурет 20).



Сурет 20 - Барлық респонденттер бойынша респонденттердің тұру жағдайы бойынша бөлінуі, %

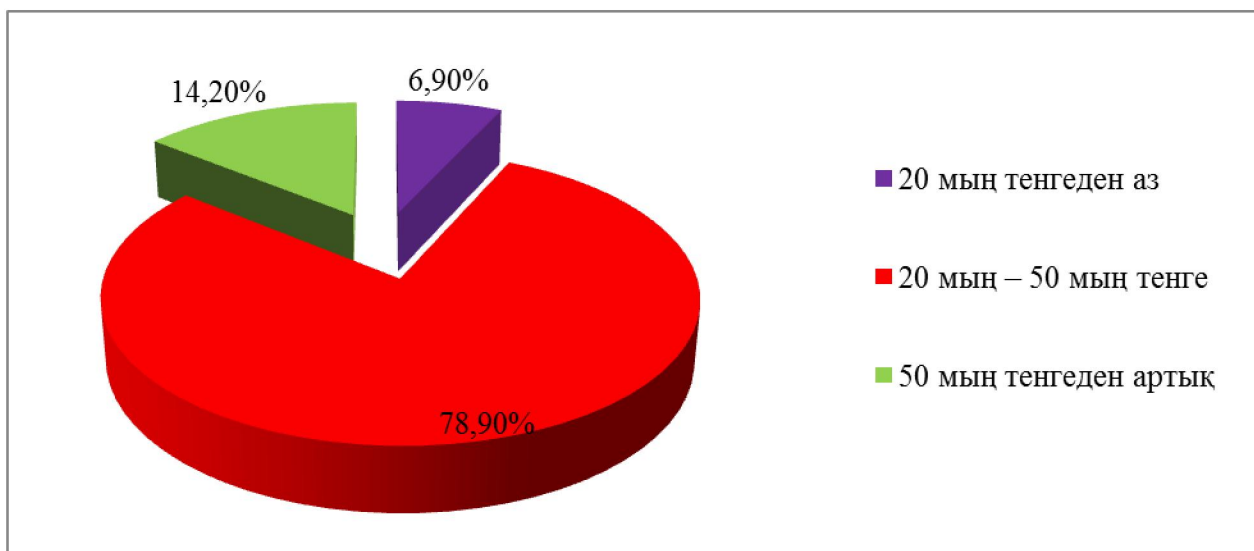
Сұрау мәліметтері бойынша 32,2% респондент жерүйде тұрса, 67,8% барлық жағдайы жасалған тұрмысқа жайлы тұрғын үйде тұрған. 21 суретте респонденттерді тұрмыстық жағдайы: орталық жылыту және сумен қамтамасыз ету, электр энергиясы, лифт, телефон, сондай-ақ, тұрмыстық техника мен автомобиль туралы қойылған сұрақтар бойынша бөлу көрсетілген. Айырмашылықтарының статистикалық шамасы $\chi^2 = 39$ $p=0,0001$.



Сурет 21 - Барлық респонденттердің тұрғын үйлерінде тұрмыстық қолайлықтарының болуы, %

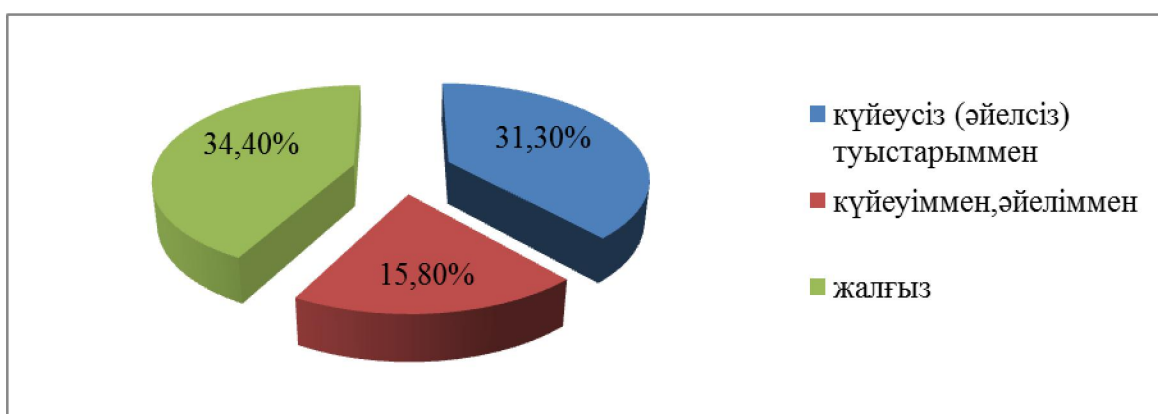
Респонденттердің көбісі жақсы өмір сүретін жағдайларға байланысты. Егде жастағылардың жеке үйлерде тұратын адамдардың саны 26,4% ыстық сумен қамтамасыз етілмеген, 41,1% - орталықтандырылған жылумен қамтылмаған. Барлық респонденттер тұрмыстық техникамен қамтамасыз етілді, 14,9% жеке машинасы бар.

Респонденттердің табысы бойынша бөлінуі 22 суретте көрсетілген.



Сурет 22-Респонденттердің айлық табысына байланысты бөлінуі, %

Көріп отырғанымыздай, 6,9% респонденттер 20 мың теңгеден аз табыс айына, 20 мыңнан 50 мың. теңге 78,9% және әр ай сайын 50 мыңнан жоғары 14,2% сұралғандар құрды. Айырмашылықтарының статистикалық шамасы $\chi^2 = 37,3$ $p = 0,0001$. Егде жастағы адамдардың 18,4% жұбайымен, туыскандарымен тұратыны; 15,8% жұбайымен тұратыны; 31,3% жұбайы жоқ, бірақ жақын туықандарымен тұратыны, ал 34,4% жалғыз тұратыны анықталды (сурет 23).



Сурет 23 - Жанұяда және жалғыз тұратын респонденттер саны, %

Сұрау нәтижелері көрсеткендей жалғыз тұратын егде жастағы адамдар үлесі 75-89 жас аралығында – 18,7%, ал ең төмен жас тобы 90 жас және одан жоғары – 5,6%. Айырмашылықтың статистикалық мәні ($\chi^2 = 139,9$; $p = 0,008$).

Егде жастағы адамдардың 15% өздерінің денсаулығын жақсы, 45% орташа, 40% жаман деп санайды. Респонденттердің жасы бойынша өз денсаулығын нашар деп бағалағандардың үлесі арта түседі (кесте 5).

Кесте 6 - Жыныстық және жас ерекшелігі бойынша денсаулығын өзі бағалауы

Денсаулықты өзі бағалау	Ерлер			Әйелдер		
	Жас топтары (жас)			Жас топтары (жас)		
	60-69	70-79	80-89	60-69	70-79	80-89
Жақсы	15,6	13,7	10	15,3	13,7	10,5
Қанағаттанарлық	44,9	42,4	20	40,8	41	25
Нашар	39,5	43,9	70	44,7	45,3	64,5

Сонымен қатар, келесілер анықталды:

- жалпы 60 жастан асқан халықта феминизация үрдісі бар (зерттелетін топта әйелдер үлесі 54,7 % құрады);

- Барлық респонденттер жоғары білімді деңгейде (жоғары және толық емес жоғары білімі бар тұлғалар - 47,4% құрады, ал адамдар орташа білімі 29,6% құрды). Бұл фактор медициналық-әлеуметтік көмек көрсетуді ұйымдастырумен сапалы медицина көмекті ұйымдастыруға қажет. Жоғары білім деңгейі медициналық-әлеуметтік көмек сапасының жоғары деңгейін анықтайды. Басқа жағынан, жауап берушілермен бірге жоғары және орташа білім алушыларға адаптациялық, реабилитация, өзін-өзі қамтамасыз ету, өзін-өзі және өзара әрекеттесу мүмкіндігін кеңейту, өзін-өзі қадағалау мен өзіне көмек жасау мүмкіндігі болады

- зерттелген барлық егде адамдардың 15% ғана өздерінің денсаулығын «жақсы» деп бағалады. Жас келген сайын өздерінің денсаулықтарын «жақсы» деп бағалаған адамдар саны азаяды;

- респонденттердің басым бөлігі (67,8% жақсы жабдықталған тұрғын үй-жайлармен тұрады) Жабдықталған тұрғын үй егде және қарт адамдардың өмір сүруін жақсартады;

- 38% егде жастағылар жеке уйде тұратындардың, 26,4% ыстық сумен, 41,1% орталық жылумен қамтамасыз етілмегендер;

- іс жүзінде барлық респонденттер тұрмыстық жабдықталғандар, 14,9% жеке көлігі барлар;

- 6,9% респонденттер 20 мың аз табыс; 20 дан 50 мың тг. 78,9% ай сайынға табыс 50 мың. 13,3% қамтыды. Егде жастағылардың төмен табыс деңгейі өмір сапасына теріс әсерін тигізеді. Сонымен, аталған мәселелерді медициналық-әлеуметтік көмекті жоспарлауда ескеру керек.

2.3.2 Медициналық қызметкерлердің сипаттамасы

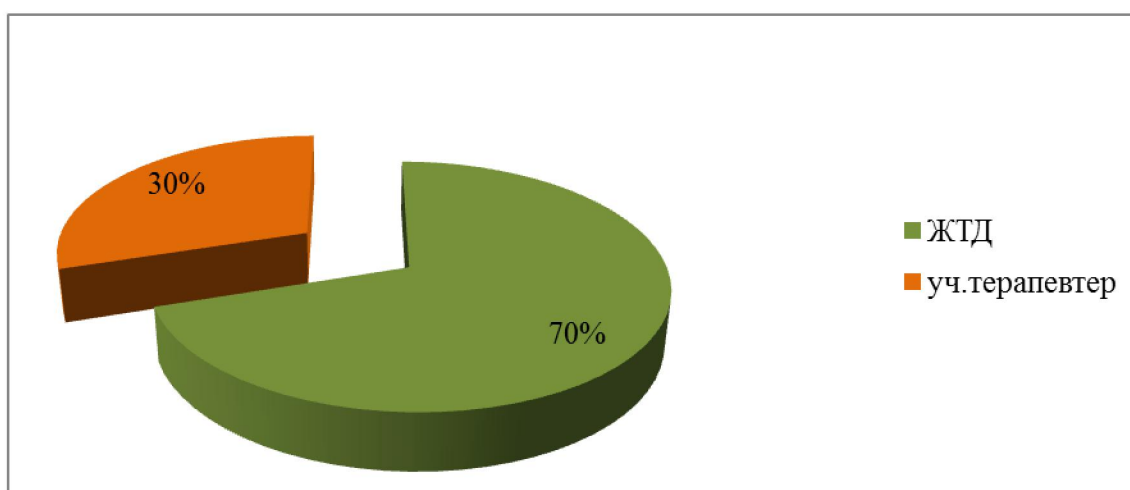
Халықтың қартаюына байланысты егде жастағы емделушілерге көрсетілетін алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру маңызды болып табылады. Қазіргі таңда ТМКМК жүзеге асыру бойынша жұмыстың барабар әдістері мен нысандарын және оның егде жастағы халықтың

денсаулығын сақтау қажеттіліктеріне сәйкес келуін негіздеу қажет [143]. Бұл мақсатта біз №2 және №5 ҚЕ дәрігерлері мен медициналық бикелерінің көзқарасы тұрғысынан егде және қарт жастағы адамдарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсетуді ұйымдастырудың негізгі мәселелерін зерттедік. 30 дәрігер мен 55 медициналық мейірбикеден сауалнама алынды, емханалар бойынша бөлу 7 кестеде келтірілген.

Кесте 7 - №2 және №5 ҚЕ жұмыс жасаған дәрігерлер мен мейірбикелер саны

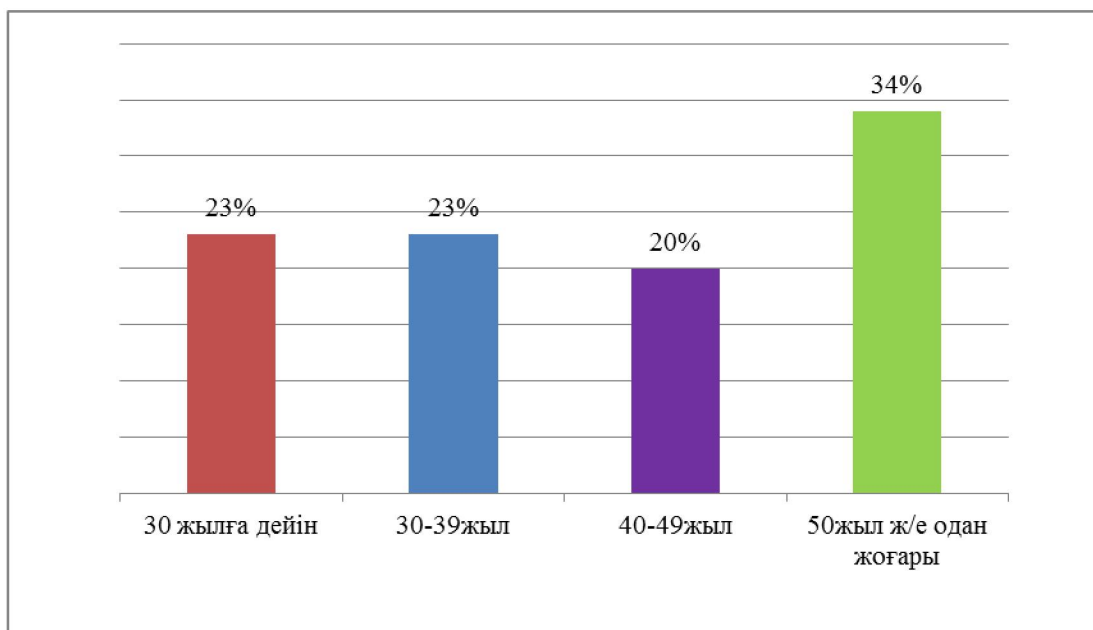
	№2 ҚЕ	№5 ҚЕ	Барлығы
Учаскелік терапевтер, ЖТД	13	22	35
Учаскелік мейірбикелер	26	40	66

Сауалнамаға 30 дәрігер мен 55 мейірбике қатысты, бұл дәрігерлер санының 85,7% және мейірбикелер санының 83% құрады. Дәрігерлердің барлығы әйелдер, орташа жасы 40,5 жасты құрады (Q1=24; Q3=58; SD=10,9). Дәрігерлердің орташа жұмыс өтілі 14,5 жылды құрады (Q1=1; Q3=35; SD=12,3). 70% жалпы тәжірибе дәрігерлері, 30% - учаскелік дәрігерлер құрады – 24 сурет.



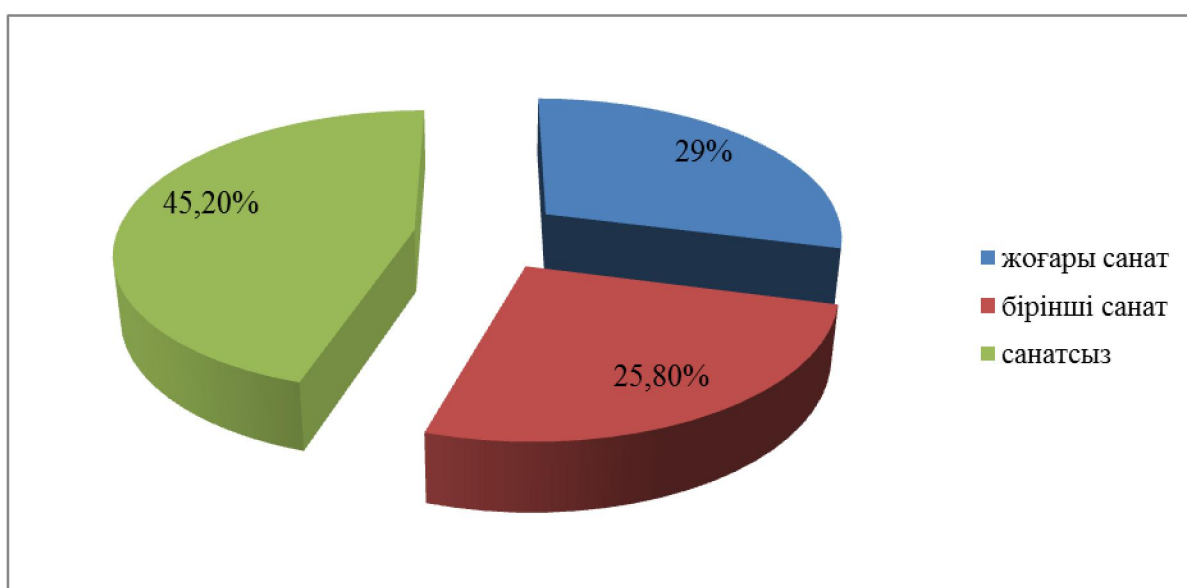
Сурет 24- Емхана дәрігерлерін лауазымдар бойынша бөлу, %

Дәрігерлерді жас топтары бойынша бөлген кезде 30 жасқа дейінгі және 30-39 жас аралығындағылардың үлесі бірдей болды, 40-тан 49 жасқа дейінгі дәрігерлердің үлесі 20% және 50 жастан асқан дәрігерлердің үлесі 34% құрағады (сурет 25).



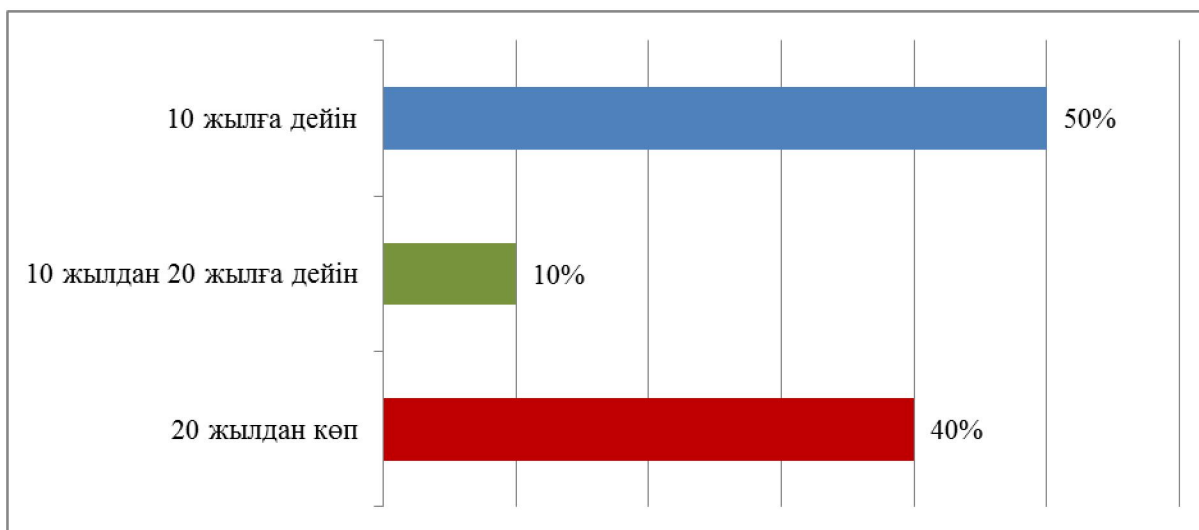
Сурет 25-Емхана дәрігерлерін жасы бойынша бөлу, %

Дәрігерлердің жартысынан көбі (54,8%) жоғары және бірінші санатты – (сурет 26).



Сурет 26- Емхана дәрігерлерін санат бойынша бөлу

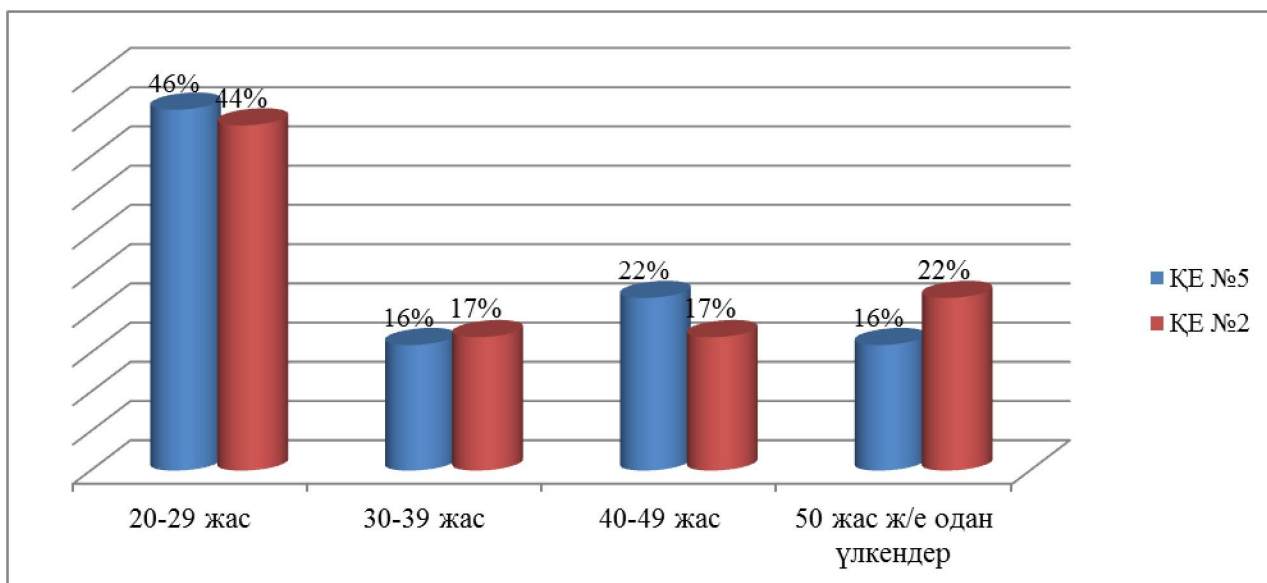
Дәрігерлердің жартысының тәжірибелік жұмыс өтілі 10 жылдан кем болды — 27 сурет.



Сурет 27- Дәрігерлерді тәжірибелік жұмыс өтілі бойынша бөлу.

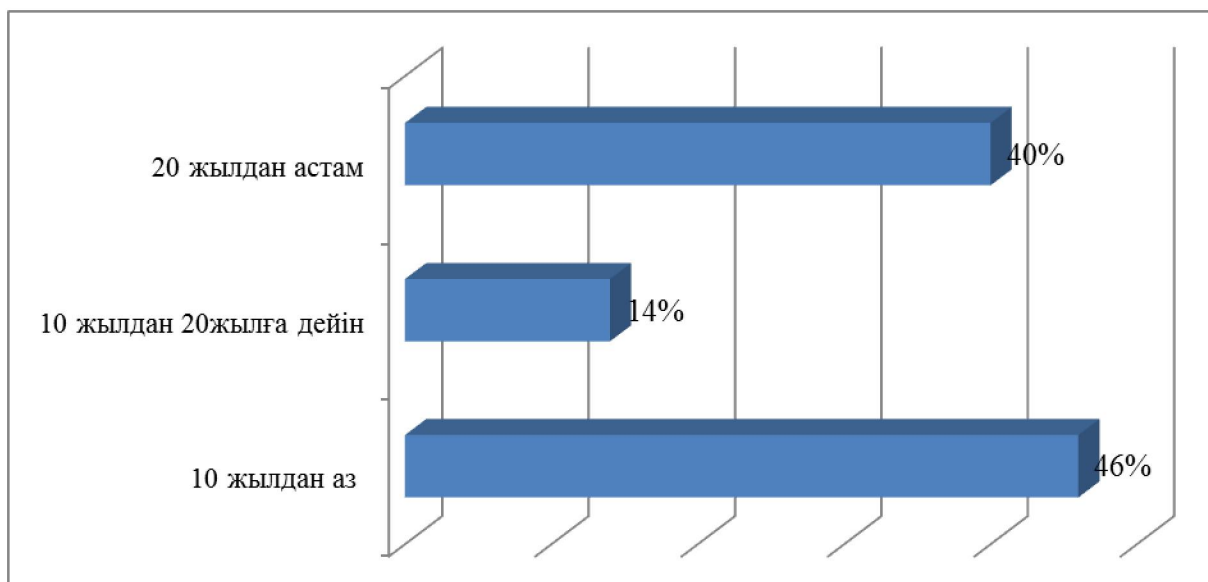
Осылайша, жауап берушілердің (дәрігерлердің) 50% жұмыс өтілі және жұмыс тәжірибесі аз мамандар құрады.

Барлық учаскелік мейірбикелер әйелдер болды, олардың орташа жасы 32,9 (Q1=20; Q3=60). Сұралған емхана мейірбикелерінің едәуір үлесін жас мамандар (20-29 жас) құрады – 28 сурет.



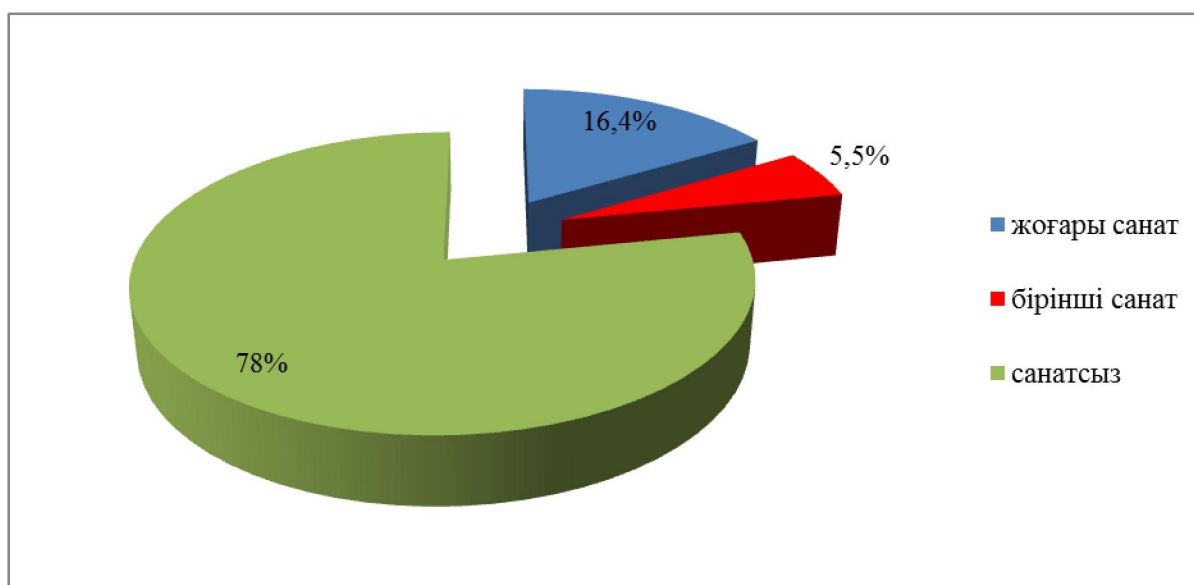
Сурет 28- Учаскелік мейірбикебикелерді жас топтары бойынша бөлу, %

Осылайша, екі емханада 29 жасқа дейінгі жас мейірбикелердің жоғары үлесі байқалды — сәйкесінше – 46% және 44%. Бұл 10 жылдан аз тәжірибелік жұмыс өтілі бар мамандардың жоғары үлесінің себебі болып табылады – 29 сурет



Сурет 29-Емхана мейірбикелерін жұмыс өтілімі бойынша бөлу

Мамандығы бойынша кәсіби санаттары бар мейірбикелердің үлесі төмен екені анықталды. Мысалы, бірінші және жоғары кәсіби санатты мейірбикелер 5,5% және 16,4% ғана болған – 30сурет.



Сурет 30- Емханалардың мейірбикелерін кәсіби санаттары бойынша бөлу

Осылайша, жауап берушілердің едәуір үлесін (№2 және №5 емханалардың дәрігерлері мен мейірбикелері) жұмыс өтілі 10 жылдан аз мамандар құрады. Мейірбикелердің біліктілік деңгейінің төмен екені анықталды, мейірбикелердің тек 21,9% ғана бірінші және екінші біліктілік санаттарына ие.

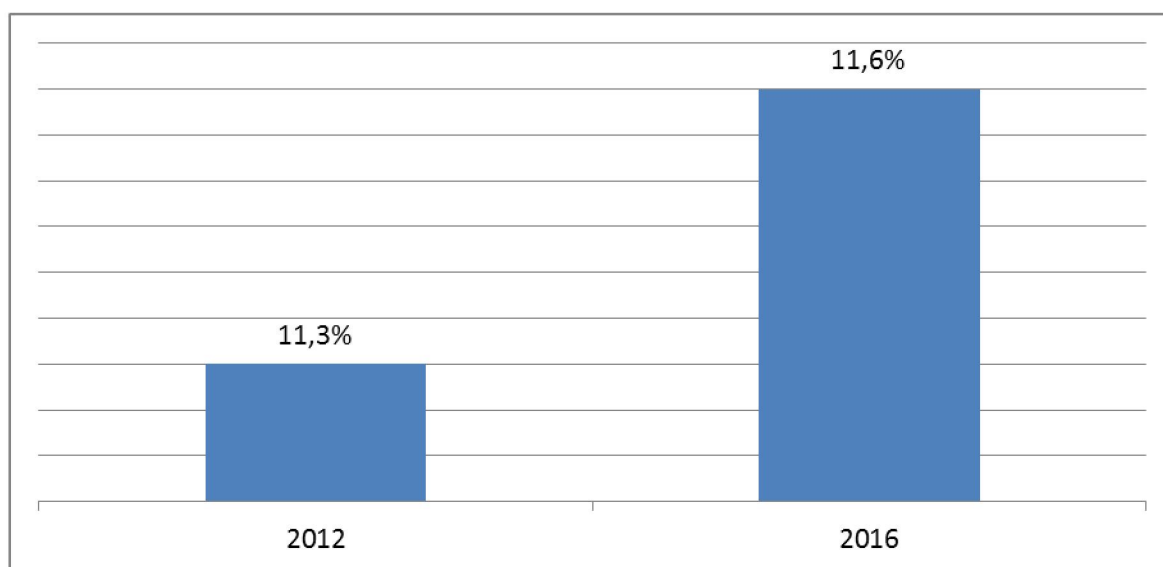
3 ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ТҰРҒЫНДАР САНЫНЫҢ, ӨЛІМ КӨРСЕТКІШІНІҢ ЖӘНЕ АУРУШАҢДЫҒЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Біз Алматы қаласындағы егде және қарт тұрғындардың өлім көрсеткішінің ресми статистикасының мәліметтерін зерттедік, ол үшін 2012-2016 жылдар аралығындағы 60 және одан жоғары жастағы адамдардың өлім-жітім кестесін қолдандық.

Халық денсаулығының маңызды көрсеткіштерінің бірі аурушандық болып табылады. Халықтың медициналық көмек сұрап емдеу-алдын-алу мекемелеріне келуі аурушандық туралы ақпарат алудың негізгі көздерінің бірі. Келіп қаралу бойынша аурушандық туралы материалдар аурудың таралуының шынайы деңгейін көрсете алмаса да, сауықтыру шараларының нақты жоспарын жасауға мүмкіндік береді [144]. Сондықтан, зерттеу міндеттеріне сәйкес біз егде жастағы тұрғындардың келіп қаралуына байланысты жалпы аурушандығына талдау жасау үшін Алматы қаласындағы №2 және №5 ҚЕ №12 формасын талдадық.

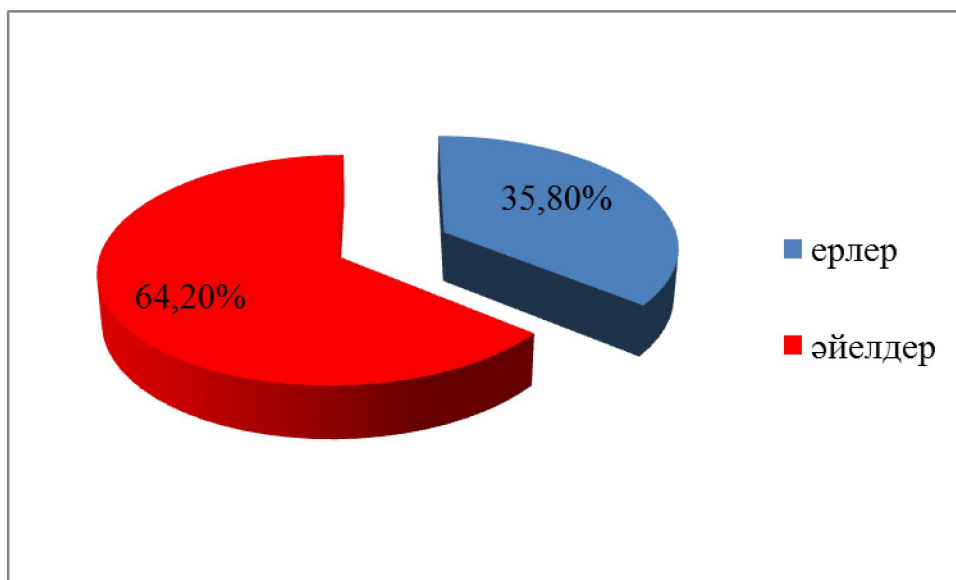
3.1 Алматы қаласындағы 2012-2016 жылдардағы егде және қарт тұрғындар санының динамикасы

Алматы қаласындағы егде тұрғындардың саны 2016 жылдың соңында 163853 адамды құрады. 2012-2016 жылдар арасындағы бес жылдық кезеңде егде жастағы тұрғындардың саны 198204 адамға өсті (немесе 1,2 есе). Сөйтіп, қаладағы жалпы тұрғындардың ішінде егде тұрғындардың үлесі 2012 жылы 11,3% құрады, 2016 жылы – 11,6%-ға дейін өсті (сурет 31).



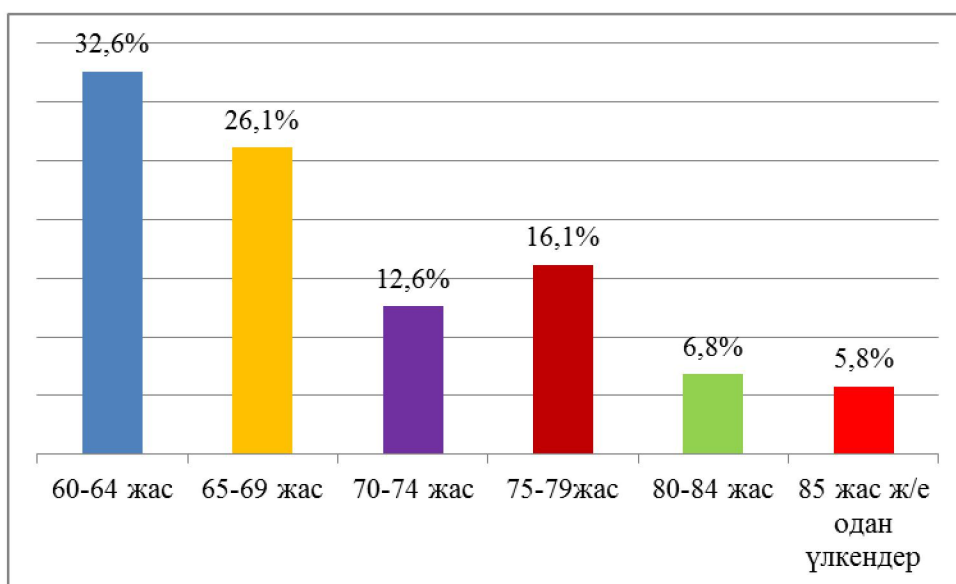
Сурет 31- Алматы қаласындағы жалпы тұрғындардың ішінде егде және қарт тұрғындардың үлесі, %, 2012 және 2016 жылдар

Егде тұрғындардың негізгі бөлігін әйелдер құрады, олардың үлесі 2016 жылы 64,2% деңгейінде болды сурет 32.



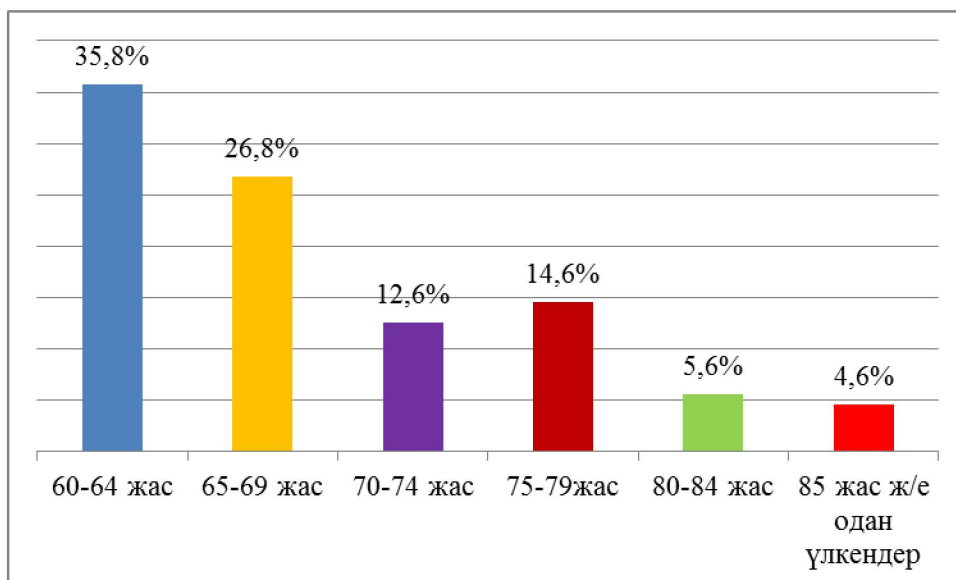
Сурет 32-Алматы қаласындағы егде және қарт тұрғындарды жынысы бойынша таралуы, %, 2016 жыл

Алматы қаласындағы егде тұрғындардың жас топтары бойынша таралуы 33 суретте берілген.

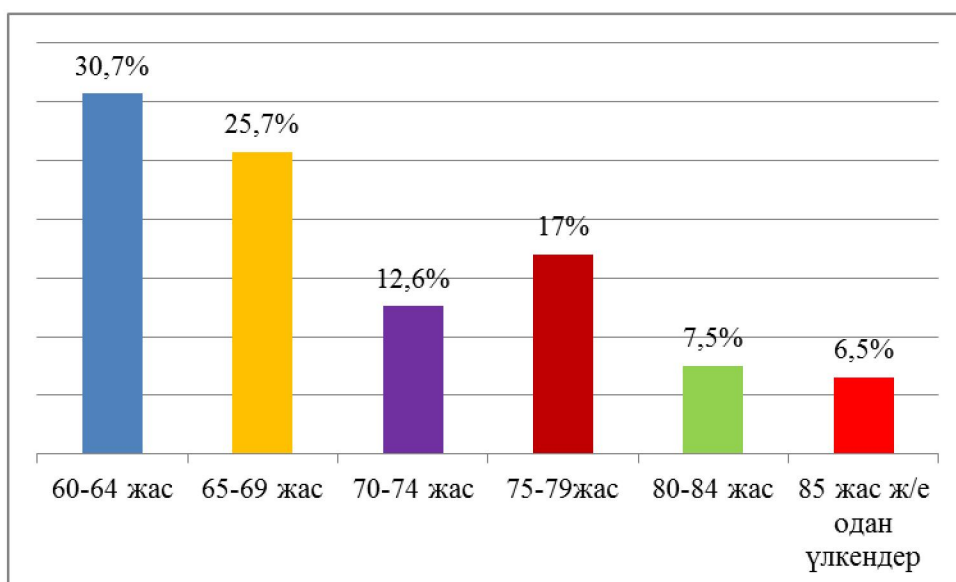


Сурет 33- Егде және қарт тұрғындардың жас топтары бойынша таралуы, екі жыныс бойынша, 2016 жыл, %

Сөйтіп, ең саны көп топты 60-64 жастағы ерлер мен әйелдер құрады – 32,6%. 65-69 жастағы адамдардың үлесі 26,1% құрады, үшінші орында 75-79 жастағылар тобы – 16,1%. Ең саны аз топ - бұл 85 жастан асқандар (5,8%). Осындай заңдылықтар жынысы мен жасына қарап бөлгенде де байқалды – 34,35 суреттер. Яғни, әрбір жас тобындағы егде тұрғындардың саны жасы ұлғайған сайын азая беретіні заңдылық.

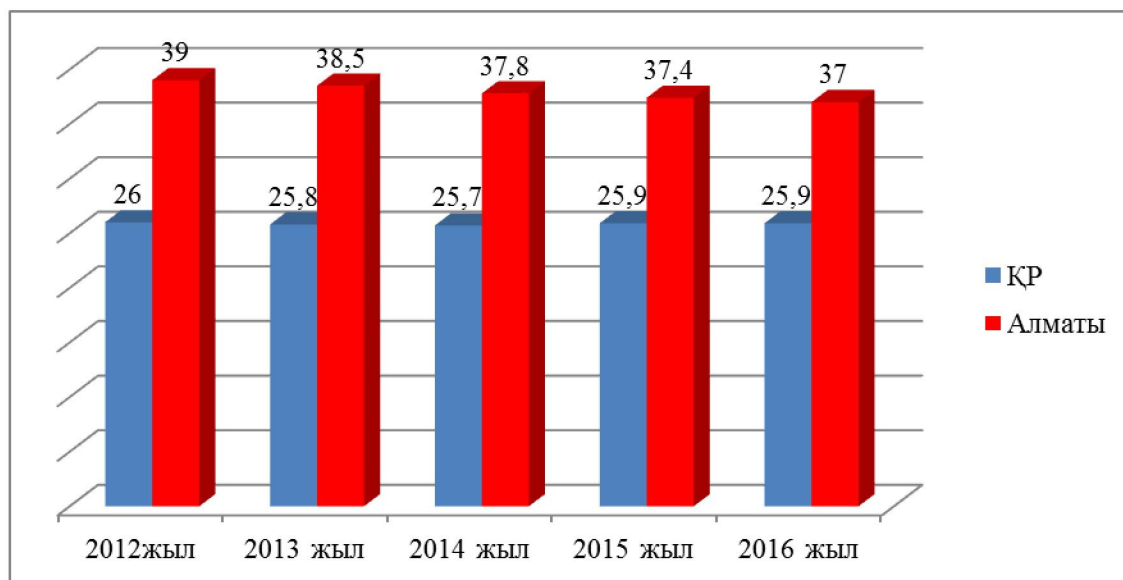


Сурет 34-Егде және қарт жастағы ерлерді жас топтарына сәйкес бөлу %



Сурет 35-Егде және қарт жастағы әйелдерді жас топтарына сәйкес бөлу %

Алматы қаласындағы тұрғындардың қартаю индексі сәл азаюға бейім болса да республикалық деңгейден айтарлықтай жоғары болып отыр сурет 36



Сурет 36- Алматы қаласындағы тұрғындардың қартаюу индексінің динамикасы, 2012-2016 жылдар, 100 балаға есептегенде

Сонымен, Алматы қаласындағы қартаюу динамикасының сипаты жалпы алғанда республика тұрғындарының қартаюу динамикасымен сәйкес келеді, тек көрсеткіштер деңгейі ғана өзгешелеу. Статистикалық мәліметтерді талдау төмендегідей қорытындылар жасауға мүмкіндік берді:

- Алматы қаласындағы егде тұрғындардың саны 2012-2016 жылдар аралығында жалпы тұрғындар санынан баяу өскені байқалды – 11,3%-дан 11,6%-ға дейін;

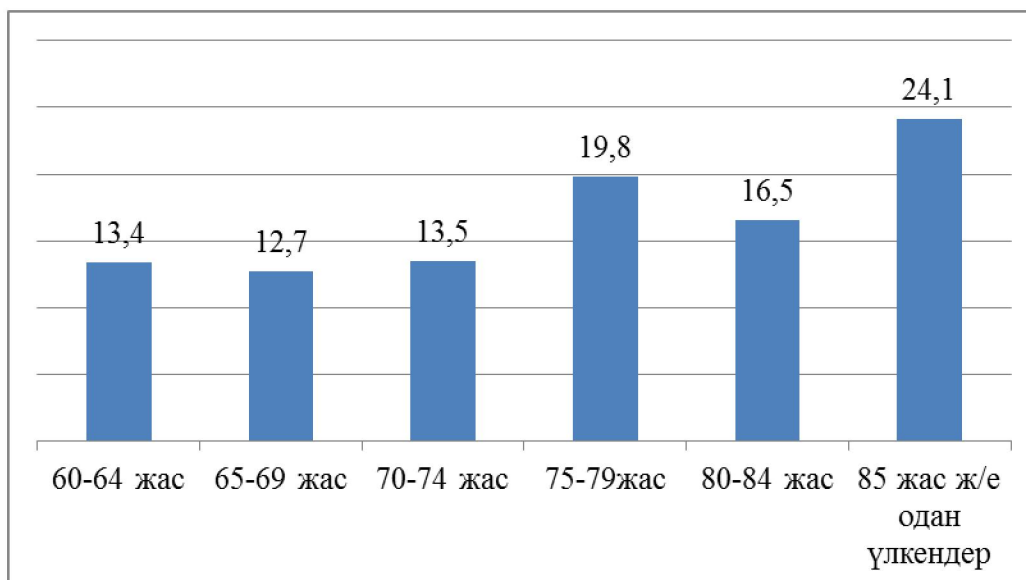
- зерттеу кезеңінде қартаюу индексі сәл төмендегеніне қарамастан, оның мәні республикалық деңгейден жоғары болып қала береді;

- қартаюудың айқын феминизациясы егде тұрғындар құрылымындағы әйелдер санының басым болуымен анықталады – 64,2%

3.2 Алматы қаласындағы егде және қарт тұрғындардың 2012-2016 жылдардағы өлім-жітімі

Қайтыс болғандардың ішінде 60 жастан асқандардың үлесі жоғары болып отыр. Мысалы, біздің есебіміз бойынша, 2012 жылдан 2016 жылға дейінгі бес жылдың ішінде 60 жастан асып қайтыс болған адамдардың жалпы қайтыс болған адамдар ішіндегі үлесі 68% құрады [145].

ҚР ҰЭМ статистика бойынша Мемлекеттік комитетінің мәліметтеріне сәйкес 2012 ж. Алматы қаласында әртүрлі себептерден 60 жастан асқан 7413 адам, 2016 ж. – 7626 адам қайтыс болған, яғни 2,8%-ға көп. Бес жылдың ішінде барлығы (2012-2016 жж.) Алматы қаласында әртүрлі себептерден 60 жастан асқан 37,059 адам қайтыс болған. Екі жыныстағы қайтыс болған егде адамдардың ішінде ең жоғарғы үлесті алатын 85 жас және одан асқандар - 24,1% және 75-79 жас тобындағылар -19,8% - 37 сурет.



Сурет 37- Егде және қарт жастағы тұрғындардың жас тобына сәйкес өлім-жітімі, 2012-2016 жж., Алматы (екі жыныс бойынша)

Егде және қарт жастағы қайтыс болған әйелдердің үлесі 56,6%, ерлердің үлесі 43,4% құрады.

Сонымен қатар біз Алматы қаласындағы егде және қарт жастағы тұрғындардың өлім-жітімінің жастық коэффициенттерінің динамикасын талдадық – 7 кесте.

Кесте 8- 60 және одан жоғары жастағы тұрғындардың (екі жыныс) 1000 адамға шаққандағы өлім-жітімінің жастық коэффициенттері, Алматы қ., 2012- 2016 жж.

Жас топтары	2012 жыл	2013 жыл	2014 жыл	2015 жыл	2016 жыл
60-64 жас	18,7	16,9	17,6	14,9	15,2
65-69 жас	26,3	25,1	26,1	23,3	23
70-74 жас	35,9	33,7	32,7	29,4	28,7
75-79 жас	62,9	58,1	58,1	51,4	50,9
80-84 жас	98,3	91	94,4	81,4	87,8
85 жас ж/е одан үлкен	188,5	187,1	183,2	170,2	167,6

Берілген мәліметтерден көріп отырғанымыздай, 60 жастан бастап барлық жас топтарында өлім-жітім көрсеткіштерінің төмендеу үдерісі байқалады. Талдау нәтижелері айқын фактілерді дәлелдейді, атап айтқанда: 60 жастан жоғары әрбір қосылған жас өлім-жітім көрсеткішінің жоғары болуымен сипатталады. Бес жыл ішіндегі ерлер мен әйелдер арасындағы жасқа байланысты өлім-жітім көрсеткіштері 7-кестеде көрсетілген.

Кесте 9 - 60 және одан жоғары жастағы ерлер мен әйелдер арасындағы жасқа байланысты өлім-жітім көрсеткіштері, Алматы қ., 2012- 2016 жж.

Жас топтары	2012		2013		2014		2015		2016	
	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел
60-64 жас	30,11	11,18	27,07	10,1	26,03	10,91	23,24	9,32	23,87	8,94
65-69 жас	36,97	17,3	36,88	14,84	37,37	15,03	34,58	14,57	34,62	15,15
70-74 жас	55,86	27,46	50,65	27,87	48,85	23,13	46,55	22,12	42,78	20,03
75-79 жас	77,69	50,34	79,02	42,42	73,72	45,77	67,72	41,32	69,5	42,17
80-84 жас	116,9	92,09	105,9	90,1	112,7	85,27	90,59	75,86	94	76,98
85 жас ж/е одан үлкен	168,5	187,1	166,3	185,2	155,8	182,4	142,2	172,8	151,4	173,5

2012 ж. 75-79 жастағы ерлер үшін өлім-жітім коэффициенті 60-64 жастағы ерлердің өлім-жітім коэффициентінен 2,6 есе жоғары болды, әйелдер үшін - сәйкесінше 4,5 есе. 2013 ж. 75-79 жастағы ерлер үшін өлім-жітім коэффициенті 60-64 жастағы ерлер үшін сәйкес коэффициенттен 2,9 есе жоғары болды, ал әйелдер үшін - 4,2 есе. 2016 ж. осы қатынастар ерлер үшін - 2,9 есе, әйелдер үшін - 4,7 есе болды. Әрине, ең жас топ пен ең жоғары жас тобындағылардың өлім көрсеткіштерінің деңгейінде айырмашылық айтарлықтай болды –кесте 10.

Кесте 10- Алматы қаласындағы ерлер және әйелдер үшін өлім-жітімнің жастық коэффициенттерін салыстыру, 2012-2016 жж. (60-64 жас тобындағылар үшін өлім-жітім деңгейі = 1)

Жас топтары	2012		2013		2014		2015		2016	
	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел	ер	әйел
60-64 жас	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
65-69 жас	1,2	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6	1,4	1,7
70-74 жас	1,9	2,4	1,9	2,7	1,9	2,1	2	2,4	1,8	2,2
75-79 жас	2,6	4,5	2,9	4,2	2,8	4,2	2,9	4,4	2,9	4,7
80-84 жас	3,9	8,2	3,9	8,9	4,3	7,8	3,9	8,1	3,9	8,6
85 жас ж/е одан үлкен	5,6	16,7	6,1	18,3	6	16,7	5,3	18,5	6,3	19,4

Бұдан басқа, кестедегі мәліметтер жастау топтағылар мен жасы үлкендердің (80 жастан асқандар) өлім-жітім деңгейлерінде айырмашылық үлкен екенін көрсетеді, олар сонымен қатар, тағы бір екі қызықты факті туралы

айтады. Біріншіден, бірден байқалып тұрғаны, біз ұсынған 7 кестеде әйелдер үшін өлім-жітім коэффициенттері әртүрлі жас топтарында ерлер үшін берілген сәйкес көрсеткіштерден үнемі төмен болды. Дегенмен әйелдер үшін жастық өлім-жітім коэффициенттерінің жоғарылауы жас ұлғайған сайын ерлерге қарағанда тезірек болды. Сондықтан, ең үлкен жас топтарында (80-84 және 85-89 жас), өлім-жітім көрсеткіштері әйелдер үшін ерлерге қарағанда төмен күйінде өзгермей қала берді, бұл айырмашылық 60-64 жас және 65-69 жасқа қарағанда азырақ байқалды. Бұл әйелдер үшін жастық өлім-жітім коэффициенттерінің тез өсуінен болды.

Екіншіден, өлім-жітім коэффициенттерінің динамикасы ерлерде және әйелдерде 2012-2016 жж. кезеңінде бірдей болған жоқ, бұл 5 кестеде және аз да болса 6-кестеде берілген мәліметтерден анық көрінеді.

Ерлер үшін өлім-жітім коэффициенттері 80 жасқа дейінгі топтарда жалпы алғанда төмендеуге бейім болды. Мысалы, 2016 ж. ерлердің өлім-жітім коэффициенті 60-64 жаста 2012 ж. өлім-жітім коэффициентінен 1,2 есе азырақ болды; 2016 ж. 65-69 жас тобындағылар үшін өлім-жітім коэффициенті 2012 ж. өлім-жітім коэффициентінен 1,1 есе төмен болды және 70-74 жас тобындағылар үшін - 1,3 есе. Ең жоғары жас тобындағылар (80-84 және 85-89 жас) үшін өлім-жітім коэффициенттері ерлерде 2016 жылы да 2012 ж. өлім-жітім коэффициенттерінен төмен болды.

Әйелдерге келетін болсақ, барлық жас топтарында олардың да өлім-жітім деңгейі 2012-2016 жж. аралығында төмендеді. Қалыптасқан көпшіліктің пікіріне сүйенсек, әйелдер арасындағы өлім-жітім ерлерге қарағанда үнемі төмен және сәйкесінше өміршеңдігі де ерлерге қарағанда жоғары. Бұған негізгі түсініктеме - әйел организмдері ерлерге қарағанда мықтырақ және әйелдер ерлерге қарағанда жағымсыз өмірлік жағдайларға тез үйренеді. Басқаша айтқанда, әйелдердің өміршеңдігінің жоғары болуы және сәйкесінше ерлер арасындағы өлім-жітімнің жоғары болуы - бұл, қалыптасқан пікірге сәйкес, гендік деңгейде бекітілген, жасқа тәуелді емес белгі [146]. Дегенмен, біз 9-кестеде көрсеткен Алматы қаласы бойынша мәліметтер 85 жастан асқан әйелдер арасындағы өлім-жітім деңгейі 2016 ж. 173,5% болғанын және ерлердің өлім-жітім коэффициентінен асып түскенін дәлелдейді, соңғысы сол жылда және сол жас тобында 151,4% болды (22,1 пунктте).

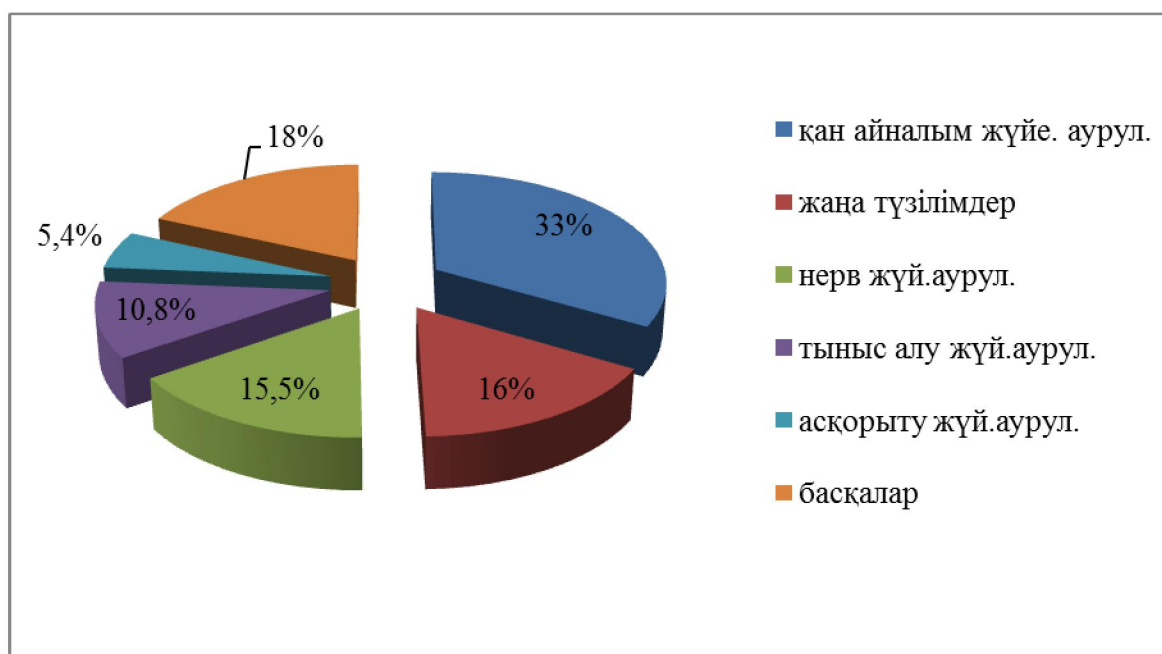
Алматы қаласының егде тұрғындарының өлім-жітім көрсеткіші 2012 жылы 60 және одан асқандар үшін 1000 адамға шаққанда 45,2 болды. Өлім-жітім көрсеткішінің динамикасы бес жылда төмендеуге бейім болды: 2012 жылы - 4524,2/ 100000 адамға, 2016 жылы – 3847,5/1000 адамға –кесте 9

Кесте 11 - Алматы қаласының 60 және одан жоғары жастағы тұрғындарының 2012-2016 жылдардағы сәйкес жастағы 100 мың адамға шаққандағы өлім-жітім динамикасы

Жылдар	60 және одан жоғары жастағылардың 100 000 адамға шаққандағы өлім-жітімдігі, екі жыныс
2012 жыл	4524,2
2013 жыл	4284,5
2014 жыл	4331,0
2015 жыл	3813,9
2016 жыл	3847,5

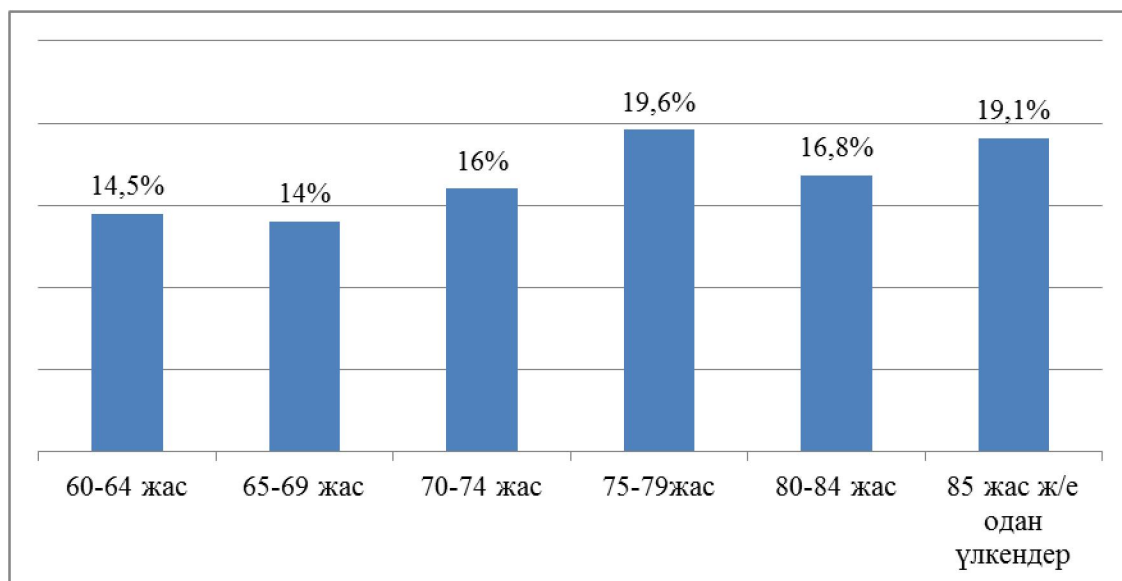
Біз Алматы қаласының егде жастағы тұрғындарының 2012-2016 жылдар арасындағы бес жыл ішіндегі өлім-жітім құрылымын зерттедік. Талдау көрсеткендей, егде тұрғындардың өлімінің басты себебі жынысына қарамастан қан айналым жүйесінің аурулары болып табылады – 33%. Бұл қатынастың өзінің белгілі бір табиғаты бар – не біздің халықтың арасында қан айналым жүйесінің аурулары кеңінен таралған, не патологияның осы түрімен ауыратын науқастар қажетті медициналық көмек алмайды да жиі өлімге ұшырайды.

Өлім себептерінің ішінде екінші орында онкологиялық аурулар (ЖӨ) – 16%, үшінші орында нерв жүйесінің аурулары (15,5%), төртінші орында тыныс алу жүйесінің аурулары (10,8%), бесінші орында ас қорыту жүйесінің аурулары – 5,4% - 38-сурет.



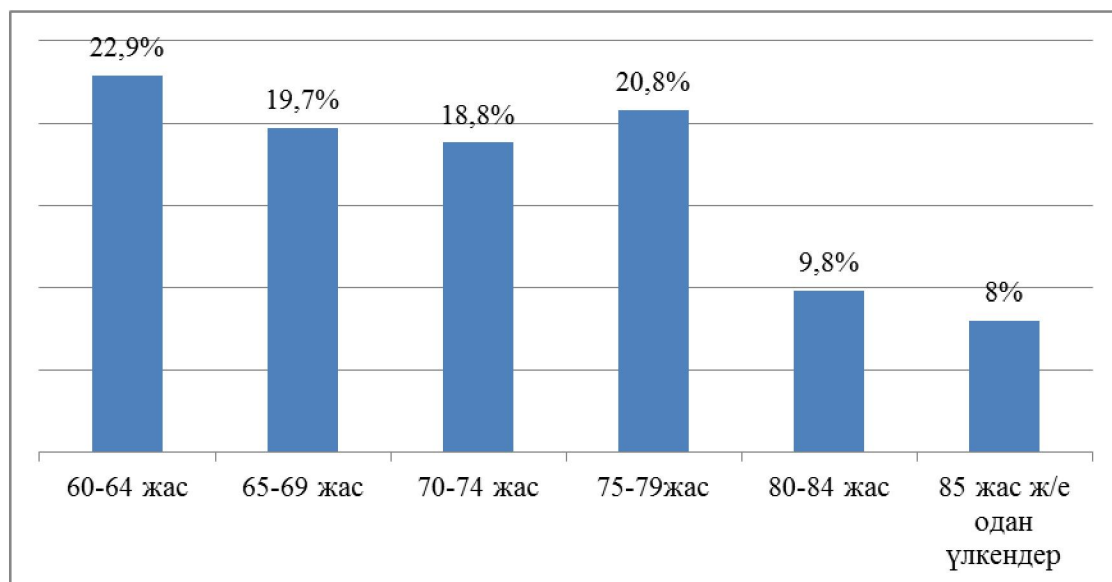
Сурет 38- 60 жастан асқан тұрғындардың өлім-жітім құрылымы, Алматы, 2012-2016жж.

Басты себептерден қайтыс болған егде тұрғындардың өліміне талдау жасаған кезде, ҚЖА-дан қайтыс болғандардың үлесі 75-79 жаста (19,6%) және 85 жастан асқандар тобында (19,1%) жоғары екені анықталды – 39-сурет.



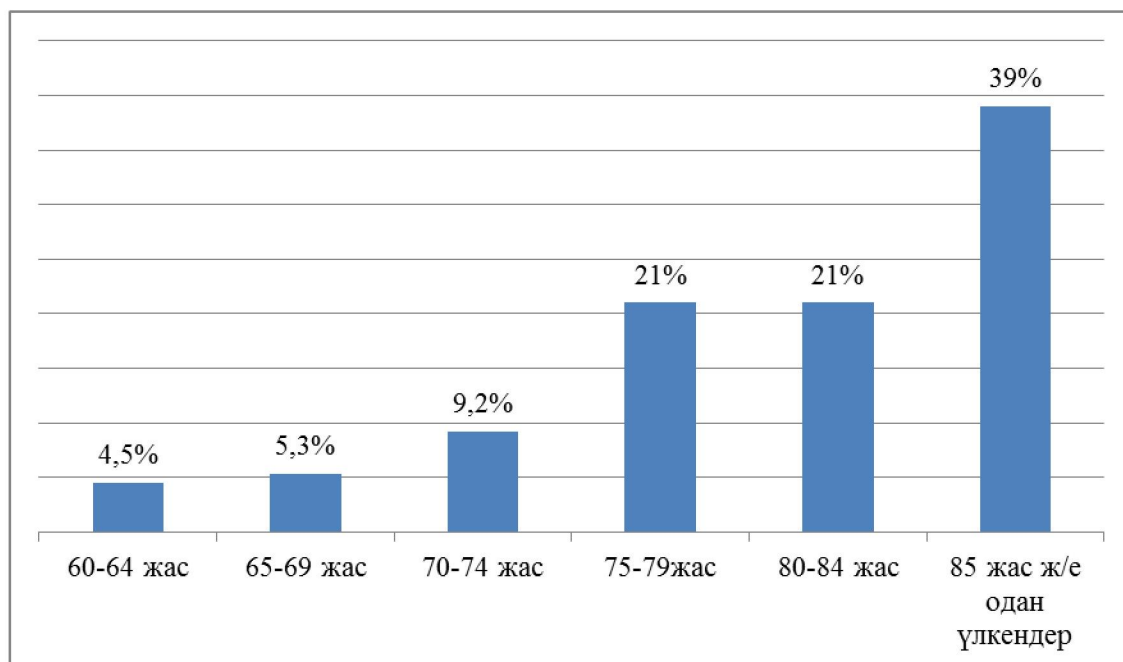
Сурет 39- 2012-2016 жылдардағы жасына байланысты қан айналым жүйесі ауруларынан болған егде адамдардың өлім-жітімі, Алматы, екі жыныс

Онкологиядан болған өлім-жітімде жасқа байланысты көрсеткіштер басқаша. Өлім-жітімнің ең жоғарғы көрсеткіші 60-64 жас тобында – 22,9% және 75-79 жас тобында – 20,8% байқалды – 28-сурет.



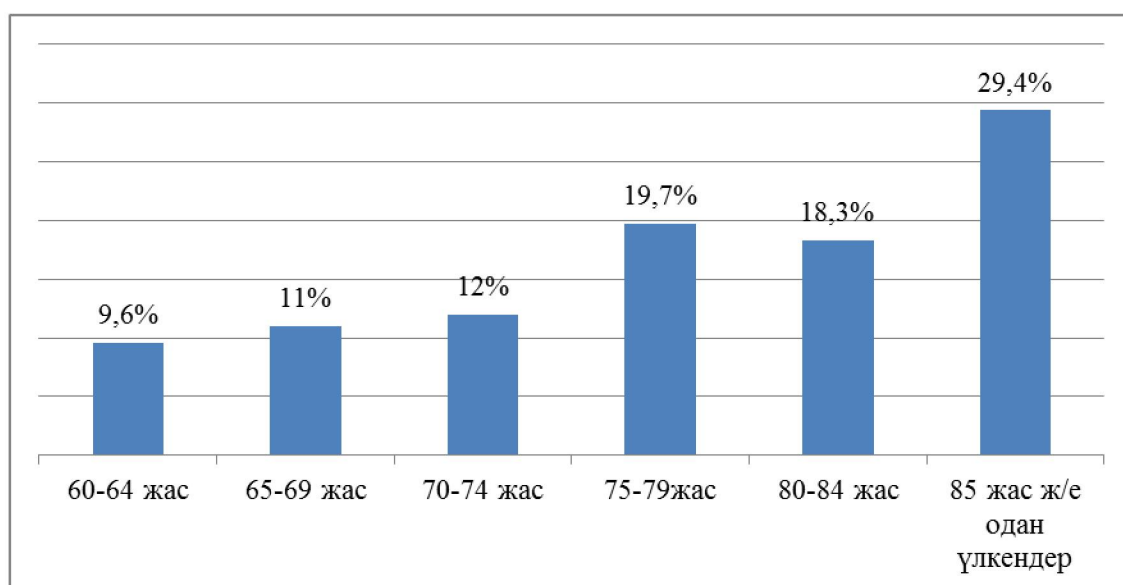
Сурет 40 - 2012-2016 жылдардағы жасына байланысты онкологиялық аурулардан болған егде адамдардың өлімі, Алматы, екі жыныс

Нерв жүйесінің ауруларынан болған өлімді талдаған кезде 41-суретте көрсетілгендей, осы себептен 85 жастан асқан адамдар қайтыс болады екен (39%).



Сурет 41 - 2012-2016 жылдардағы жасына байланысты нерв жүйесі ауруларынан болған егде адамдардың өлім-жітімі, Алматы, екі жыныс

Тыныс алу ағзаларының ауруларынан болатын өлім-жітім көрсеткіші де 85 және одан жоғары жастағылар тобында жоғары (29,4%) – 42-сурет.



Сурет 42 - 2012-2016 жылдардағы жасына байланысты тыныс алу жүйесі ауруларынан болған егде адамдардың өлім-жітімі, Алматы, екі жыныс

Басты нозологиялық аурулардан болған өлім-жітім егде әйелдерге карағанда ерлер арасында жоғары. Мысалы, 2016 жылғы бұл басымдылықтың көрсеткіштері: қан айналым жүйесі ауруларынан 1,6 есе (өлім-жітім көрсеткіштері ерлерде 1453,8/100 мың адамға және әйелдерде 925,4/100 мың адамға); тыныс алу ағзаларының аурулары бойынша 1,8 есе (өлім-жітім көрсеткіші ерлерде 621,4/100 мың адамға және әйелдерде 349,4/100 мың адамға); онкологиялық аурулардан 1,7 есе (өлім-жітім көрсеткіші ерлерде 864,7/100 мың адамға және әйелдерде 501,3/100 мың адамға); ас қорыту жүйесі ағзаларының ауруларынан 2 есе (өлім-жітім көрсеткіші ерлерде 282,6/100 мың адамға және әйелдерде 142,4/100 мың адамға); несеп-жыныс жүйесі ауруларынан 1,4 есе (өлім-жітім көрсеткіші ерлерде 203,9/100 мың адамға және әйелдерде 140,8/100 мың адамға). Эндокриндік аурулардан болған өлім-жітім егде жастағы әйелдерде ерлердегі өлім-жітім көрсеткішінен 1,3 есе жоғары болды (өлім-жітім көрсеткіші ерлерде 248,8/100 мың адамға және әйелдерде 321,1/100 мың адамға) – 12-кесте.

Кесте 12 - Алматы қаласындағы 2012 және 2016 жж. егде және қарт жастағы тұрғындардың өлім-жітім деңгейі (сәйкес жастағы 100 мың адамға есептегенде)

Аурулар классының атауы		Ерлер		Әйелдер	
		2012	2016	2012	2016
I	Жұқпалы аурулар	79,2	21,1	16,0	14,2
IV	Эндокринді жүйенің аурулары	89,6	248,8	114,9	321,1
	Онкологиялық аурулар	1025,1	864,7	602,8	501,3
IX	Қанайналым жүйесінің аурулары	2904,7	1453,8	2171,1	925,4
X	Тыныс жүйесінің аурулары	392,8	621,4	219,5	349,4
XI	Ас қорыту жүйесінің аурулары	220,5	282,6	120,6	142,4
XIV	Жыныс жолдарының аурулары	103,4	203,9	114,9	140,8
XVIII	Белгілері	51,7	132,1	45,2	195,9
XIX	Сыртқы себептер	256,7	184,2	79,1	91,3

Жалпы алғанда, 2016 жылы өлім-жітім егде жастағы ерлерде егде жастағы әйелдердің өлім-жітімінен 1,4 есе жоғары болды.

Зерттелген барлық кезең бойынша өлім-жітім егде жастағы ерлерде 15,2%-ға азайды - 2012 жылы 1095,03/10 мың адамға болса, 2016 жылы 930,03/10 мың адамға төмендеді. Өлім-жітім егде жастағы әйелдерде 14,9%-ға азайды - 2012 жылы 797,7/10 мың адамға, 2016 жылы 679,6/10 мың адамға. Егде тұрғындардың өлім-жітімінің төмендеуі инфекциялық аурулар (ерлерде 3,7 есе), онкологиялық аурулар (ерлерде және әйелдерде 1,2 есе), қан айналым жүйесі аурулары (ерлерде 1,9 есе және әйелдерде 2,3 есе) есебінен болды.

Сонымен қатар зерттеу кезеңінде өлім-жітімнің көбеюі тыныс алу ағзаларының ауруларынан ерлерде 1,6 есе; ас қорыту ағзаларының ауруларынан ерлерде 1,3 есе және әйелдерде 1,2 есе; эндокриндік жүйе ауруларынан – ерлерде және әйелдерде 2,8 есе байқалды. Егде тұрғындардың өлім-жітімінің жоғарылауы клиникалық және зертханалық зерттеулер кезінде анықталған, басқа жүйелерде жіктелмеген симптомдардан, белгілерден және калыптыдан ауытқулардан да болды – ерлерде 2,5 есе және әйелдерде 4,3 есе.

Әйелдердегі өлім-жітім жарақаттардан, уланулардан және сыртқы себептер салдарынан – 1,1 есе жоғарылады. 60-64 жас тобында зерттеу кезеңінде өлім-жітім көрсеткіштерінің төмендеуі жаңа өспелерден (ЖӨ) 20,3%; қан айналым жүйесі ауруларынан (ҚЖА) 43,7%; жарақаттардан, уланулардан және басқа сыртқы себептер салдарынан 28,6%.

Өлім-жітім деңгейі тыныс жүйелерінің ауруларынан (ТЖА) 2,8 есе; ас қорыту жүйелерінің ауруларынан (АЖА) 7%, нерв жүйесінің ауруларынан (НЖА) 2,8 есе, эндокриндік жүйе ауруларынан (ЭЖА) 19,7% өсті.

65-69 жас тобында өлім-жітім көрсеткіштері онкологиялық аурулардан 12,7% және қан айналым жүйесінің ауруларынан 1,8 есе төмендеді. Басқа негізгі себептерден өлім-жітім деңгейі жоғарылады, нерв жүйесінің ең басты ауруларынан - 3,2 есе; тыныс алу ағзаларының ауруларынан – 1,4 есе; несеп-жыныс жүйесінің ауруларынан 1,3 есе.

70-74 жас тобында да өлім-жітім деңгейінің төмендеуі байқалды: қан айналым жүйесінің ауруларынан – 2,4 есе және онкологиялық аурулардан 13,8%.

Басқа себептерден болған өлім-жітім деңгейі жоғарылады, несеп-жыныс жүйесінің ең басты ауруларынан шамамен 2 есе, нерв жүйесінің ауруларынан 5,5 есе; эндокриндік жүйе ауруларынан – 3,8 есе.

75-79 жас тобында өлім-жітім деңгейі онкологиялық аурулардан 12,6%; қан айналым жүйесінің ауруларынан 2,4 есе; ас қорыту жүйесі ағзаларының ауруларынан 32,3 %; жарақаттардан, уланулардан және басқа сыртқы себептердің салдарынан 10,6% төмендеді. Өлім-жітім деңгейі нерв жүйесінің ауруларынан 2,3 есе және эндокриндік жүйе ауруларынан 3,1 есе жоғарылады.

80-84 жас тобында өлім-жітім деңгейі қан айналым жүйесі ағзаларының ауруларынан 2,1 есе және онкологиялық аурулардан 14,5% төмендеді. Басқа негізгі себептерден өлім-жітім деңгейінің жоғарылауы байқалды. Ең көп кездесетіні тыныс алу ағзаларының ауруларынан 1,9 есе; эндокриндік жүйе ауруларынан 3,9 есе; жарақаттардан, уланулардан және басқа сыртқы себептердің салдарынан 1,5 есе.

85 және одан жоғары жас тобында өлім-жітім деңгейінің айтарлықтай төмендеуі қан айналым жүйесі ағзаларының ауруларынан – 1,8 есе және онкологиялық аурулардан - 1,4 есе; нерв жүйесінің ауруларынан – 1,3 есе болды. Өлім-жітім көрсеткішінің айтарлықтай жоғарылауы тыныс алу ағзаларының ауруларынан 1,4 есе; ас қорыту жүйесі ағзаларының ауруларынан 1,7 есе байқалды – 12-кесте.

Кесте 13 - Алматы қаласындағы 2012-2016 жж. егде және қарт тұрғындардың жасына байланысты негізгі себептерден болған өлім-жітім көрсеткіштері (сәйкес жастағы 100 мың адамға есептегенде)

Жасы	Жылы	ЖӨ	ҚЖА	ТАЖ	АЖА	НЖЖА	НЖА	ЭЖА	Сыртқы себептер
60-64 жас	2012	517,4	900,5	87,7	103,8	23,3	19,6	23,3	162,9
	2016	412,4	506,9	246,5	111,6	32,6	55,8	29,0	116,4
65-69 жас	2012	683,8	1349,5	141,8	156,4	50,9	32,7	69,7	109,8
	2016	596,9	732,2	200,9	171,9	69,5	106,2	166,5	148,7
70-74 жас	2012	790,4	2116,6	203,6	166,1	58,9	40,2	69,7	109,8
	2016	680,8	857,1	348,4	140,2	116,1	224,3	264,3	112,1
75-79 жас	2012	1038,2	3555,7	406,5	161,6	261,7	342,8	166,5	146,9
	2016	906,9	1488,6	619,2	109,4	247,0	785,7	519,1	131,3
80-84 жас	2012	1025,6	5467,5	615,4	275,8	261,7	1230,7	205,1	162,6
	2016	876,7	2622,6	1188,7	389,0	393,7	1292,7	802,4	245,2
85 жас ж/е одан үлкен	2012	1228,9	7181,3	1472,5	243,5	776,8	6356,2	742,0	185,5
	2016	858,6	3998,3	2176,9	424,9	910,7	4761,5	815,3	450,9

Сонымен, зерттеу кезеңінде Алматы қаласындағы 60 жастан асқан тұрғындардың барлық себептерден болған өлім-жітім көрсеткішінің төмендеуі 15% болды (60 жастан асқан 100 мың адамға есептегенде 4524,2-тен 3847,5-ке дейін), бұл барлық жас топтарындағы қан айналым жүйесінің аурулары мен онкологиялық аурулардан болған өлім-жітімнің айтарлықтай азаюынан жүзеге асты. Бұл фактіні алдын-алуға бағытталған денсаулық сақтау саясатының тиімділігімен, осы ауруларды ертерек анықтаумен, сонымен қатар емдеудің заманауи технологиясын қолданумен түсіндіруге болады.

Екінші жағынан барлық жас топтарында дерлік басқа себептерден болған өлім-жітім деңгейінің жоғарылауы байқалды. Егде жастағы тұрғындардың өлім-жітім көрсеткішіне көп үлес қосатын 75-79 жас және 85 жастан асқандардың жас топтары. Өлім-жітім көрсеткіштері ерлерде әйелдердегі сәйкес көрсеткіштермен салыстырғанда 1,4 есе жоғары болды. Дегенмен 2016 ж. жасына байланысты өлім-жітім көрсеткіші 85 жастан асқан әйелдерде 173,5% құрады, бұл осы жастағы ерлердегі өлім-жітім коэффициентінен 22,1 пунктке асып түсті.

Егде жастағы тұрғындардың өлім-жітім құрылымында бірінші орында қан айналым жүйесінің аурулары болды (33%). Өлім-жітім себептерінің ішінде екінші орында онкологиялық аурулар (ЖӨ) – 16%, үшінші орында нерв жүйесінің аурулары (15,5%), төртінші орында тыныс алу ағзаларының аурулары (10,8%), бесінші орында ас қорыту жүйесі ағзаларының аурулары – 5,4% болды.

Алматы қаласындағы егде тұрғындардың анықталған өлім-жітім ерекшеліктері оны төмендету үшін қан айналым жүйесінің аурулары мен

онкологиялық ауруларды ғана назарға алып қоймай, басқа да басты себептерді ескеру керектігін көрсетеді.

3.3 Алматы қаласындағы егде және қарт жастағы тұрғындардың аурушандық динамикасы

Алматы қаласының егде жастағы тұрғындарының аурушандығын зерттеу үшін біз 2012-2016 жылдардағы №12 жылдық есеп формаларының мәліметтерін қолдандық. Бұл есептік формаларда 60 жастан асқан тұрғындардың (ерлер және әйелдер) аурушандығы туралы мәліметтер берілген. Аурушандық көрсеткіштері сәйкес жастағы тұрғындардың жалпы санына байланысты есептелді. 2016 жылы 60 жастан асқан тұрғындар санының үлесі Алматы қаласының барлық тұрғындар санының 11,6%-ын құрады. Динамикада қаланың егде тұрғындарының жалпы аурушандық көрсеткіші шағымданып келуі бойынша жоғарылауға бейім болды. Мысалы, егде тұрғындардың жалпы аурушандық көрсеткіші 2012 ж. 60 жастан асқан 100 мың адамға есептегенде 261737,4 болды, ал 2016 жылы - 288175,3 – 13-кесте.

Сонымен, егде тұрғындардың жалпы аурушандығы бес жыл ішінде 10,1%-ға жоғарылады.

Кесте 14 - 60 жастан асқан егде тұрғындардың шағымданып келуі бойынша 100 мың адамға есептегендегі жалпы аурушандық көрсеткіші, 2012-2016 жж, Алматы қ.

Жылдар	60 жастан асқан тұрғындардың саны	60 жастан асқандарың келіп қаралуы бойынша 100 000 адамға шаққандағы аурушандығы
2012жыл	166225	261737,4
2013 жыл	170691	255913,3
2014 жыл	175946	265653,7
2015 жыл	192367	272615,9
2016 жыл	198204	288175,3

Егде және қарт жастағы ерлердегі аурушандық зерттеу кезеңінде 2,9%-ға жоғарылады (2012 жылы 60 жастан асқан ерлерде 227897,3/100 мың адамға, 2016 жылы 60 жастан асқан ерлерде 234579,5/100 мың адамға). Аурушандық егде жастағы әйелдерде 13,3%-ға жоғарылады (2012 жылы 60 жастан асқан әйелдерде 280879,5/100 мың адамға, 2016 жылы 60 жастан асқан әйелдерде 318173,1/100 мың адамға).

Соңғы бес жылда егде тұрғындардың жалпы аурушандығы аурулардың барлық класы бойынша дерлік жоғарылады, мына кластар ғана оған кірмейді:

- психикалық бұзылыстар және мінез-құлық бұзылыстары (төмендеуі 2,6 есе);
- қан айналым жүйесі ағзаларының аурулары (4,7%-ға төмендеді);

- клиникалық және зертханалық зерттеулер кезінде анықталған, басқа топтарда жіктелмеген симптомдар, қалыптыдан ауытқу белгілері (1,1%-ға) - 13-кесте.

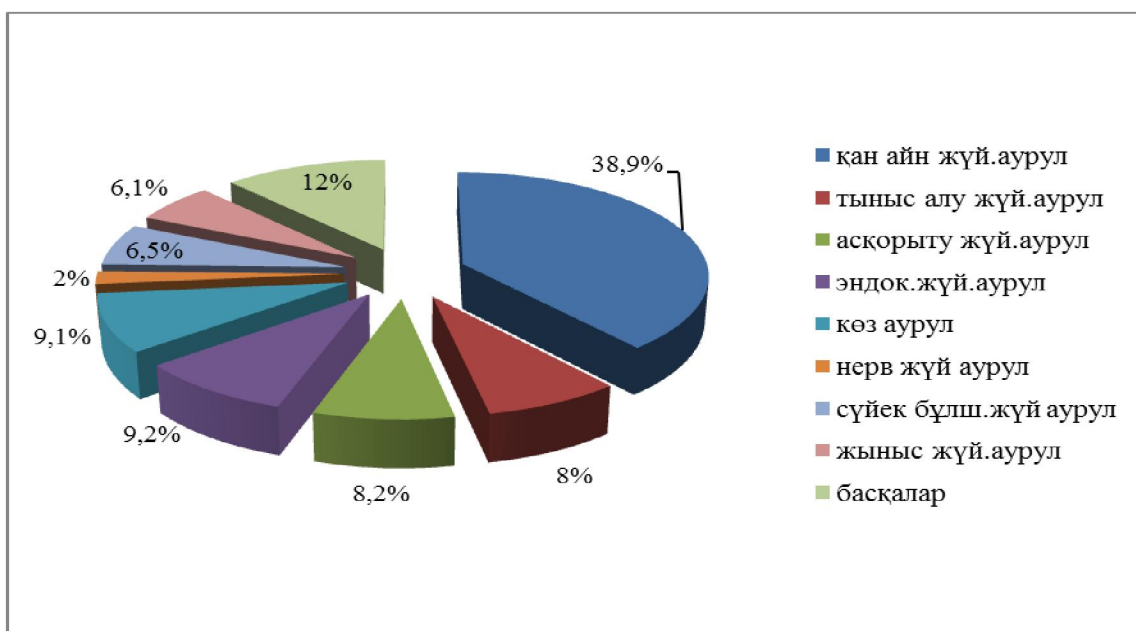
Кесте 15 - Алматы қаласындағы егде және қарт тұрғындардың 2012-2016 жылдардағы жалпы аурушаңдық динамикасы (сәйкес жастағы 100 мың адамға есептегенде)

Аурулар класының атауы	халықтың 100 мың тұрғынына шаққанда				
	2012	2013	2014	2015	2016
Барлық аурулар	261737,4	255913,3	265653,7	272615,9	288175,3
Жұқпалы және паразитарлық аурулар	1423,4	1217,9	1373,7	1565,2	1615,5
Онкологиялық аурулар	3263,0	3555,5	4112,1	4434,7	6005,9
Қан, қан түзу ағзаларының аурулары	786,9	936,8	916,2	1001,7	965,2
Эндокринді және тамақтанудан бұзылуы аурулары	15145,1	15132,0	17671,3	19276,2	23939,9
Психикалық мен мінез-құлықтың бұзылуының аурулары	5837,9	1867,7	1643,7	2568,5	2242,6
Нерв жүйесінің аурулары	9684,5	13580,1	133785,4	11769,2	10458,4
Көз және оның қосалқы аппаратының аурулары	23393,6	24512,7	24768,4	23419,3	25305,2
Құлақ және емізік тәрізді өсіндінің аурулары	4058,4	4415,0	4617,9	4753,9	5274,9
Қан айналымы жүйесінің аурулары	119703,4	105910,1	111645,6	116580,8	114236,3
Тыныс жүйесінің аурулары	19246,2	19971,2	21340,1	22739,9	24586,3
Ас қорыту жүйесінің аурулары	18730,6	22100,8	21665,7	20927,2	24049,9
Тері мен шелмай аурулары	3275,7	3448,9	2792,9	2831,0	3696,2
Сүйек - бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тіннің аурулары	17533,5	19629,6	14713,0	18545,3	20444,1
Несеп-жыныс жүйесінің аурулары	15088,6	15014,8	15508,2	17389,2	19997,6
Симптомдар, белгілер және нормадан ауытқулар	793,5	1182,2	855,4	848,9	784,5
Жарақаттар, уланулар	3667,9	3390,3	3401,6	3922,7	4417,2
Жарақаттың салдары, уланулар және басқа сыртқы себептердің әсері	45,1	47,4	50,6	88,9	155,4

Аурушаңдықтың жоғарылауы айтарлықтай байқалған кластар:

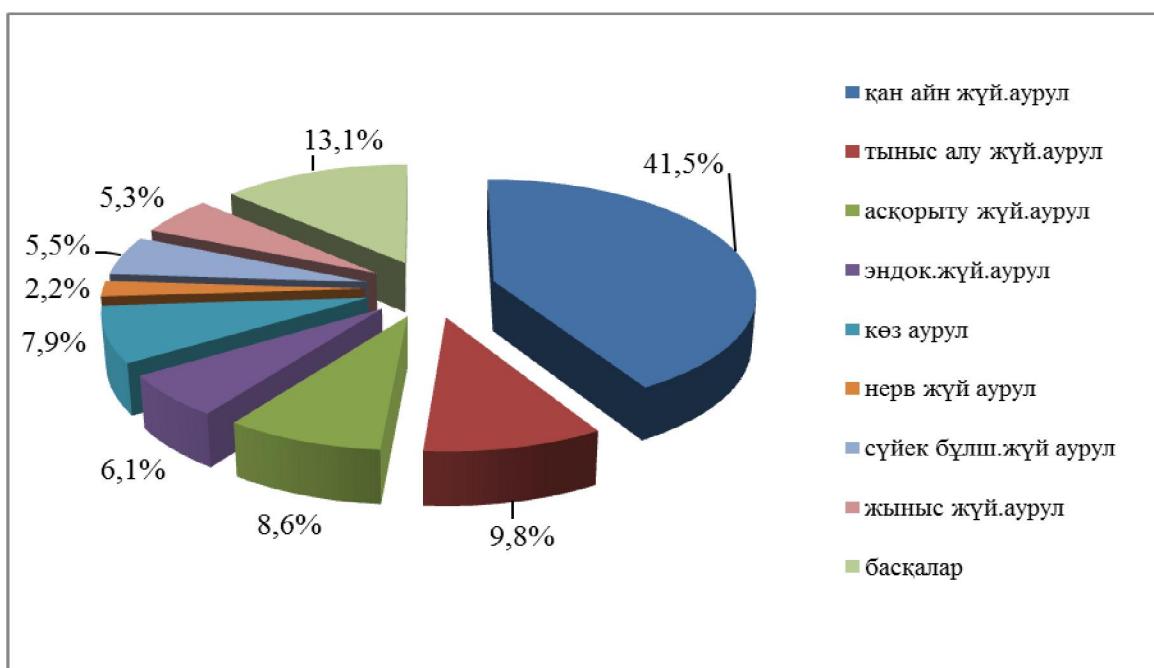
- жарақаттар, уланулар және сыртқы себептердің салдарынан – 3,4 есе
- онкология – 1, 8 есе;
- эндокриндік жүйелердің аурулары және ас қорыту бұзылыстары – 1,6 есе;
- тыныс ағзаларының аурулары – 1,3 есе;

аппаратының аурулары – 9,1% (95%СИ 9-9,2). Бесінші орында – сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары – 6,5% (95% СИ 6,25-6,75) сурет 44.



Сурет 44 - Алматы қаласындағы 60 жастан асқан әйелдердегі жалпы аурушандық құрылымы, 2016 ж., %

Егде және қарт жастағы ерлерде екінші орында тыныс алу ағзаларының аурулары -9,8% СИ 9,37-10,2); үшінші орында ас қорыту жүйесі ағзаларының аурулары – 8,6%(95% СИ 8,16-9); төртінші орында - көз және оның қосалқы аппаратының аурулары -7,9% (95% СИ 7,46-8,34), бесінші орында – эндокриндік жүйе аурулары - 6,1% (95% СИ 5,65-6,5) сурет 45



Сурет 45 - Алматы қаласындағы 60 жастан асқан ерлердегі жалпы аурушандық құрылымы, 2016 ж., %

Өткен тарауда айтып кеткеніміздей, егде тұрғындардың өлім-жітімінде басты орында қан айналым жүйесінің аурулары тұр. Динамикада зерттеу кезеңінде егде тұрғындардың аурушандығының жоғарылауы «Қан қысымының жоғарылауымен сипатталатын аурулар» класы бойынша 3,2%; «Жүректің ишемиялық ауруы» класы бойынша аурушандықтың төмендеуі 9,4% және «Цереброваскулярлық аурулар» класы бойынша 9% - 15-кесте.

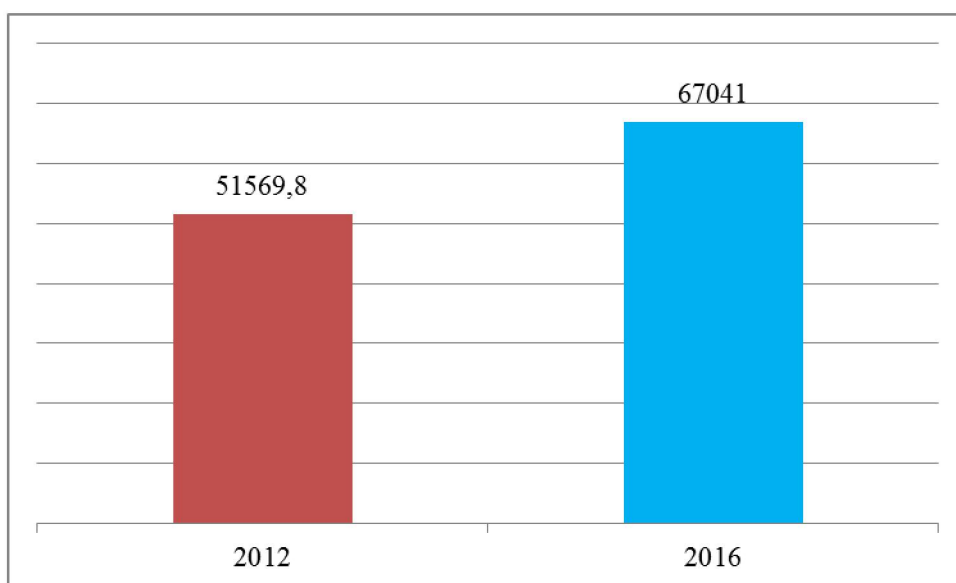
Кесте 16 - 60 жастан асқан егде адамдардың 100 мың адамға есептегендегі «Қан айналым жүйесінің аурулары» класы бойынша аурушандық динамикасы, Алматы қ., 2012-2016 жж.

	2012	2013	2014	2015	2016
Жоғары қысыммен сипатталатын аурулар	50414,2	45099,62	48721,77	46129,01	52029,73
ЖИА (жүректің ишемиялық ауруы)	42920,14	35091,48	38863,63	36095,07	38886,7
Цереброваскулярлық аурулар	13535,87	14598,31	15148,97	11681,32	12316,1

Егде тұрғындардың аурушандық құрылымында сүйек-бұлшықет ауруларының ішінде бірінші орында артропатиялар тұрады – 53,1%. Динамикада сүйек-бұлшықет жүйесі ауруларының өсуі байқалады – 2012 жылы 60 және одан жоғары жастағылар 17533,5/100 мың адамға есептегенде, 2016 жылы 60 және одан жоғары жастағылар 20444,1/100 мың адамға есептегенде. Соның ішінде әртүрлі артропатиялармен аурушандықтың айтарлықтай жоғарылауы байқалды - 2012 жылы 60 және одан жоғары жастағылар 2560,4/100 мың адамға және 2016 жылы 60 және одан жоғары жастағылар 12481,6/100 мың адамға есептегенде немесе 4,8 есе.

Сонымен қатар біз Алматы қаласының егде тұрғындарының біріншілік аурушандық көрсеткіштерін де зерттедік.

Мысалы, 2012 жылы Алматы қаласының егде тұрғындарының біріншілік аурушандық деңгейі 51596,8/100 мың адамға болса, 2016 жылы – 67041,0 болды - 46-сурет. Сонымен, зерттеу кезеңінде егде тұрғындардың біріншілік аурушандығы 19,5%-ға өсті.



Сурет 46- Алматы қаласының 60 жастан асқан егде тұрғындарының 2012 және 2016 жылдардағы біріншілік аурушандық көрсеткіштері/100 мың адамға есептегенде

Кесте 17 - Алматы қаласының егде тұрғындарының 2012-2016 жылдардағы біріншілік аурушандығының динамикасы (сәйкес жастағы 100 мың адамға есептегенде)

Аурулар класының атауы	Халықтың 100 мың тұрғынына шаққанда				
	2012	2013	2014	2015	2016
1	2	3	4	5	6
Барлық аурулар	51569,8	57807,4	58456,6	55755,4	67041,0
Жұқпалы және паразитарлық аурулар	1057,0	753,9	633,1	653,4	687,7
Онкологиялық аурулар	1827,6	2038,8	2005,7	2538,4	3110,4
Қан, қан түзу ағзаларының аурулары	256,3	482,7	333,6	240,2	241,2
Эндокринді жүйе мен ас қорыту бұзылуы аурулары	1872,2	2251,4	2205,8	1965,0	2307,2
Психикалық аурулар мен мінез-құлықтың бұзылуының аурулары	813,9	291,2	212,6	421,6	343,0
Нерв жүйесінің аурулары	1017,3	2600,6	2185,9	1770,6	1922,8
Көз және оның қосалқы аппаратының аурулары	6135,0	6133,9	5289,7	3940,9	4076,1
Құлақ және емізік тәрізді өсіндінің аурулары	2132,0	2431,3	2429,7	2382,4	2803,2
Қан айналымы жүйесінің аурулары	12154,0	9824,8	13060,8	11295,6	12353,4
Тыныс жүйесінің аурулары	7339,4	8630,8	9739,3	10177,4	12395,3
Ас қорыту жүйесінің аурулары	2731,2	5664,0	5138,5	4164,9	6169,4
Тері мен теріасты шелмайының аурулары	2785,9	2831,4	2195,6	1845,9	2440,9

17 – кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6
Сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тіннің аурулары	3095,2	4608,3	4312,9	3925,3	5657,3
Несеп-жыныс жүйесінің аурулары	4249,7	5298,5	4962,9	5920,9	7138,6
Симптомдар, белгілер және нормадан ауытқулар	227,4	527,8	292,1	547,9	577,7
Жарақаттар, уланулар	3667,9	3390,3	3401,6	3875,9	4417,2
Жарақаттың салдары, уланулар және сыртқы себептердің әсері	45,1	47,4	50,6	88,9	155,4

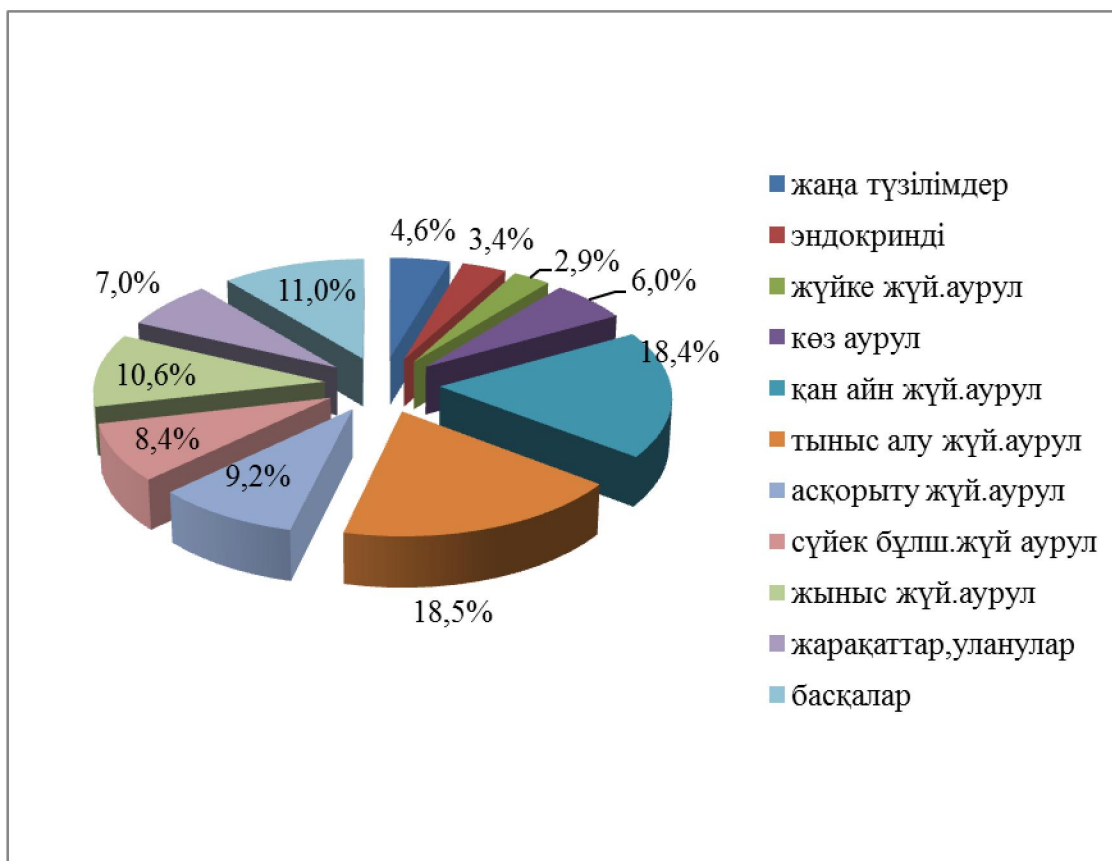
14-кестеде берілген мәліметтерде көріп отырғанымыздай зерттеу кезеңінде біріншілік аурушандықтың жоғарылауы мына аурулар класы бойынша анықталды:

- онкологиялық аурулар - 1,7 есе;
- эндокринді аурулар және тамақтанудың бұзылысы - 1,2 есе;
- нерв жүйесінің аурулары - 1,8 есе;
- құлақ және емізіктәрізді өсіндінің аурулары - 1,3 есе;
- тыныс ағзаларының аурулары - 1,7 есе;
- ас қорыту жүйесі ағзаларының аурулары - 2,3 есе;
- сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары - 1,8 есе;
- несеп-жыныс жүйесінің аурулары - 1,7 есе;
- «Қалыптыдан ауытқу симптомдары мен белгілері» класы бойынша - 2,5 есе;
- жарақаттар мен уланулар - 1,2 есе
- жарақаттар, уланулар және басқа сыртқы себептердің салдары - 3,4 есе.

Қала бойынша егде тұрғындардың біріншілік аурушандығының төмендеуі байқалған кластар:

- жұқпалы және паразиттік аурулар - 1,5 есе;
- қан айналым жүйесінің аурулары - 1,6%;
- психикалық бұзылыстар және мінез-құлық бұзылыстары - 2,4 есе
- қан және қан түзу ағзаларының аурулары - 5,9%;
- көз және оның қосалқы аппаратының аурулары - 1,5 есе;
- тері және шелмай аурулары - 12,4%.

Алматы қаласының егде тұрғындарының 2016 жылғы біріншілік аурушандық құрылымында басты орында тыныс алу ағзаларының аурулары – 18,5%, екінші орында сәл ғана айырмашылықпен қан айналым жүйесінің аурулары – 18,4%. Үшінші орында несеп-жыныс жүйесінің аурулары -10,6%, төртінші орында жарақаттар, уланулар - 7% - 47-сурет.



Сурет 47 - Алматы қаласының егде және қарт тұрғындарының 2016 жылғы біріншілік аурушаңдық құрылымы

Сонымен, егде жастағы тұрғындардың жалпы аурушаңдық құрылымында басым бөлігі қан айналым жүйесінің аурулары – 39,6%; тыныс алу ағзаларының аурулары - 8,5%, көз және оның қосымша аппаратының аурулары - 8,7%. Біріншілік аурушаңдық ішінде бірінші орында тыныс алу ағзаларының аурулары (18,5%), екінші орында қан айналым жүйесінің аурулары (18,4%), үшінші орында несеп-жыныс жүйесінің аурулары – 10,6%.

Алматы қаласының егде тұрғындарының шағыммен келу бойынша жалпы аурушаңдығы бес жыл ішінде 10,1%-ға жоғарылады. Аурушаңдықтың айтарлықтай өсуі байқалған кластар: «жарақаттар, уланулар және басқа сыртқы себептердің салдары» – 3,4 есе; «жаңа өспелер» – 1,8 есе; «эндокриндік жүйе аурулары және тамақтану бұзылыстары» – 1,6 есе. «Жарақаттар, уланулар және басқа сыртқы себептердің салдары» класы бойынша аурушаңдықтың айтарлықтай жоғарылауы егде адамдарға арналған арнайы реабилитациялық бағдарламалар құрастыруды қажет етеді.

Сонымен қатар қауіп-қатер тобындағы егде адамдармен жарақат алудың алдын алу бойынша жұмыстарды үнемі жүргізу керек, себебі егде адамдардағы жарақаттың көбісі құлап қалудан болады. Мысалы, егде адамдар арасында құлаудың алдын алудың көп факторлық зерттеулерінің нәтижелеріне қарасақ, құлаудың бір оқиғасының алдын алу үшін бестен жиырма беске дейін адамдарға алдын алу шараларын жүргізу қажет болады. [147].

Қаладағы егде адамдардың біріншілік аурушандық деңгейі 2012-2016 жж. аралығында 19,5%-ға өсті. Біріншілік аурушандықтың айтарлықтай жоғарылауы мына кластарда байқалды:

- «онкологиялық аурулар», «тыныс ағзаларының аурулары» - 1,7 есе;
- «нерв жүйесінің аурулары» - 1,8 есе;
- «ас қорыту ағзаларының аурулары» - 2,3 есе;
- «сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары» - 1,8 есе;
- «несеп-жыныс жүйесінің аурулары» - 1,7 есе;
- «Қалыптыдан ауытқу симптомдары мен белгілері» класы бойынша - 2,5 есе; «жарақаттар, уланулар және басқа сыртқы себептердің салдары» - 3,4 есе.

Сонымен қатар айта кететін жағдай, 60 және одан жоғары жастағылар ішіндегі жалпы аурушандық құрылымында шағымданып келгендердің үлесі 2016 жылы 36,1% құрады, ал біріншілік құрылымда – 20,5%. Диспансерлік бақылау құрылымында еңбекке жарамды жастан асып кеткендердің үлесі осы жылда 43,8% болды.

Егде жастағы тұрғындардың аурушандығын төмендету үшін ең алдымен мына кластар бойынша медициналық көмектің сапасын жақсарту қажет: қан айналым жүйесінің аурулары, тыныс жүйесінің аурулары, көз аурулары.

Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе келесілерді атап өтуді жөн көрдік:

- 2012-2016 жылдар аралығында жүргізілген зерттеулер бойынша Алматы қаласында егде жастағы тұрғындар саны 1,2 есеге өсті. Егде жастағылар саны жалпы тұрғындардың 11,6% құрады.

- Жасы ұлғайған сайын әр жас тобында егде жастағы тұрғындар саны азаяды. Мысалы, жас тобы бойынша 60-64 жас аралығындағы ер адамдар мен әйелдер саны ең көбі – 32,6%. 65-69 жас аралығындағылар 26,1%, үшінші орында 75-79 аралығындағы жас тобы – 16,1%. Ең аз жас тобы - 85 жастан асқандар (5,8%).

- Алматы қаласының егде жастағы тұрғындары негізінен әйелдер, олардың үлесі 2016 жылы 64,2% құрады.

- Алматы қаласының картаю индексі 37 (100 балаға), бұл республикалық деңгейден 42,8% жоғары (100 балаға - 25,9).

- Егде жастағы адамдардың көп бөлігін қайтыс болғандар құрайды. Мысалы, 2012-2016 жылдар аралығында 60 және одан жоғары жаста қайтыс болғандар саны бесжылдық кезеңде қайтыс болғандардың жалпы санының 68% құрады.

- Егде жастағы тұрғындар өлімінің құрылымында бірінші орында қан айналым жүйесінің аурулары (33%), екінші орында онкологиялық аурулар (ЖӨ) – 16%, үшінші орында нерв жүйесінің аурулары (15,5%), төртінші орында тыныс жүйесінің аурулары (10,8%), бесінші орында асқорыту жүйесі аурулары тұр - 5,4%.

- Зерттеу жүргізген уақыт аралығында егде жастағы тұрғындар өлімінің көрсеткіші 2012 жылы 4524-ден 15%-ға төмендесе, 2016 жылы 100000 адамға шаққанда 3847,5-ке төмендеді. Егде жастағы тұрғындар өлімі инфекциялық

аурулардан (ер адамдарда 3,7 есе), онкологиялық аурулардан (ер адамдар мен әйелдерде 1,2 есе), қан айналым жүйесі ауруларынан (ер адамдарда 1,9 есе, әйелдерде 2,3 есе) төмендеген.

- Сонымен қатар, зерттеу жүргізген уақыт аралығында басқа аурулар салдарынан өлу себебі келесідей жиілеген: тыныс жүйесі ауруларынан ер адамдарда 1,6 есе; асқорыту жүйесі ауруларынан ер адамдарда 1,3 есе, әйелдерде 1,2 есе; эндокринді жүйе ауруларынан ер адамдар мен әйелдерде – 2,8 есе. Егде жастағы тұрғындар арасында клиникалық және зертханалық тексерулер кезінде анықталған, бірақ басқа рубрикаларда жіктелмеген симптомдардан, қалыптан ауытқу нормалары мен белгілерінен өлу жиілеген, бұл көрсеткіш ер адамдарда 2,5 есе, ал әйелдерде 4,3 есе. Әйелдер арасында жарақаттардан, уланулардан және басқа да сыртқы әсер салдарынан өлу көрсеткіштері 1,1 есеге жоғарылаған.

- Ер адамдар мен әйелдер арасындағы өлім себебінің жас бойынша коэффициент динамикасын талдау жас бойынша көрсеткіштің 60-64 жас аралығында 15,2 есеге, 85 жастан асқандар арасында 167,6 есе жоғарылағанын анықтауға мүмкіндік берді. Яғни, 60 және одан жоғары жас аралығындағы әр қосымша жыл өлімнің жоғары болуымен сипатталады. Сәйкесінше, 85 және одан жоғары жас аралығындағы өлгендер үлесі 24,1%, ал 75-79 жас аралығындағыларда - 19,8%. Егде жаста өлген әйелдер - 56,6%, ал ер адамдар - 43,4%.

- Қайтыс болған ер адамдардың сол жаста өлген әйелдермен салыстырмалы көрсеткіші 1,4 есеге жоғары. Бірақ 2016 ж. өлімнің жастық көрсеткіші 85 жастан асқан әйелдерде 173,5% құрады, бұл сол жастағы ер адамдардың өлім коэффициентінен 22,1 пунктке жоғары. Өлім көрсеткішінің төмендеуі барлық жас топтарында қан айналымы жүйесі мен онкологиялық аурулар себебінен өлудің айтарлықтай төмендеуі себебінен болған. Бір жағынан, барлық дерлік жас топтарында басқа себептерден өлу жоғарылаған. Егде жастағы тұрғындардың жалпы аурушандығының көрсеткіштері бес жылдық кезең бойынша 2012 ж. 60 жастан асқан 100 мың тұрғынға/261737,4 - 10,1% жоғарыласа, 2016 жылы 60 жастан асқан 100 мың тұрғынға/288175,3 болды.

- Зерттелген кезеңде егде жастағы ер адамдардың аурушандығы 2,9% (2012 жылы 60 жастан асқан 100 мың ер адамға/227897,3; 2016 жылы 60 жастан асқан 100 мың ер адамға/234579,5). Егде жастағы әйелдердің аурушандығы 13,3% жоғарылады (2012 жылы 60 жастан асқан 100 мың әйелге/280879,5 болса, 2016 жылы 60 жастан асқан 100 мың әйелге/318173,1 жоғарылады).

- Қаланың егде жастағы тұрғындары ауруларының құрылымы бірінші кезекте 2016 жылы 39,6% (95% 38,8-40,4) болған қан айналым жүйесі ауруларының есебінен болған.

- Екінші орында көз бен оның қосалқыларының аурулары – 8,7% (95% СИ 7,82-9,58). Үшінші орында – тыныс жүйесі аурулары – 8,5% (95% СИ 7,75-9,25); төртінші орында – асқорыту және эндокринді жүйе аурулары - 8,3% (95% СИ 7,71-8,89); бесінші орында – сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары - 7,1%

(95% СИ 6,76-7,44); алтыншы орында – несеп-жыныс жүйесінің аурулары - 6,9% (95% СИ 5,91-7,89).

- Жалпы амбулаторлық-емханалық аурулардың айтарлықтай өсуі келесі кластарда байқалды: жарақаттар, уланулар және басқа да сыртқы әсерлер салдарынан – 3,4 есе; ісіктер –1, 8 есе; эндокринді жүйе мен тамақтанудың бұзылыстары – 1,6 есе; тыныс жүйесі аурулары – 1,3 есе; жарақаттар, уланулар – 1,2 есе; қан аурулары мен қан жасау жүйесі аурулары – 1,2 есе. Қаланың егде жастағы тұрғындарының біріншілік ауруларының көрсеткіштерінің 19,5% жоғарылағаны анықталды. Келесі кластар бойынша біріншілік аурулар айтарлықтай жоғарылады: «ісіктер», «тыныс жүйесі аурулары» - 1,7 есе; «нерв жүйесі аурулары» - 1,8 есе; «асқорыту жүйесі аурулары» - 2,3 есе; «сүйек-бұлшықет жүйесі аурулары» - 1,8 есе; - «несеп-жыныс жүйесі аурулары» - 1,7 есе; «Қалыптан ауытқу симптомдары, белгілері» класы бойынша - 2,5 есе; «жарақаттар, уланулар салдары және басқа да сыртқы әсерлер салдары» - 3,4 есе.

- Үлкен жастағы тұрғындардың қаралған жалпы аурулар құрылымында 60 жастағы және одан асқан адамдар үлесі 2016 жылы 36,1% құраса, біріншілік ауру құрамы – 20,5% болды. Диспансерлік бақылау құрылымында сол жылғы еңбекке жарамдылық жасынан асқан адамдар үлесі 43,8% құрады.

- Жасқа байланысты патологиялардың жоғарылауымен байланысты аурулар көрсеткішінің өсуі егде жастағы адамдардың бірінші кезекте медициналық көмекке мұқтаж екенін негіздейді. Егде жастағы тұрғындардың аурушандығын төмендету үшін алдымен келесі кластар бойынша медициналық көмек сапасын жақсарту керек: қан айналу жүйесінің аурулары, тыныс жүйесінің аурулары, көз аурулары. Бірақ егде жастағы адамдардың аурушандығының өсуімен байланысты жас келген сайын әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттілік те жоғарылайды.

4 ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ АДАМДАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҚАЖЕТТІЛІКТЕРІН АНЫҚТАУ

Егде және қарт жастағы тұрғындардың амбулаторлық жағдайдағы медициналық көмекке қажеттіліктерін бағалау егде жастағы адамдардың ауруларының мәліметтеріне, сараптамалық бағалау мен әлеуметтік сауалнама нәтижелеріне негізделген[148].

Әлеуметтік көмекке мұқтаждықты бағалау үшін биографиялық мәліметтері, жанұялық жағдайы, әлеуметтік байланыстары, шынайы әлеуметтік-экономикалық жағдайы (сауалнама жолымен) және сол кездегі заңнама негізге алынды [149,150].

Бұл тарауда №2 және №5 емханаларға тіркелген егде және қарт жастағы тұрғындардың ауруларын зерттеу нәтижелері келтірілді, амбулаторлық-емханалық аурулар деңгейін бағалау, сараптамалық бағалау мәліметтері (ТСБАЭЖ) және егде және қарт жастағы тұрғындар арасында сауалнама жүргізу нәтижелері бойынша бұл контингенттің медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктері анықталды.

4.1 №2ҚЕ және №5 ҚЕ тіркелген егде және қарт адамдардың денсаулық жағдайы

2016 жылы 60 жас және одан жоғары жастағы тұрғындар №2 қалалық емханада 7656 адам тіркелген, ал №5 қалалық емханада 6977 адам тіркелген. Егде және қарт адамдардың соңғы 5 жылда емханаға келіп қаралатындар санының динамикалық өзгеруі -15 кестеде көрсетілген.

Кесте 18 - 2012-2016 жылдардағы егде және қарт адамдар санының өзгеруі*

	2012	2013	2014	2015	2016	2012/2016жж. Егде тұрғындар санының артуы
№2ҚЕ	5476	6465	6552	7475	7656	28,5%
№5ҚЕ	8213	7701	7774	7670	6977	-15,1%
Ескерту – 01.01.2016ж. емханаларда тіркелген тұрғындардың мәліметтері						

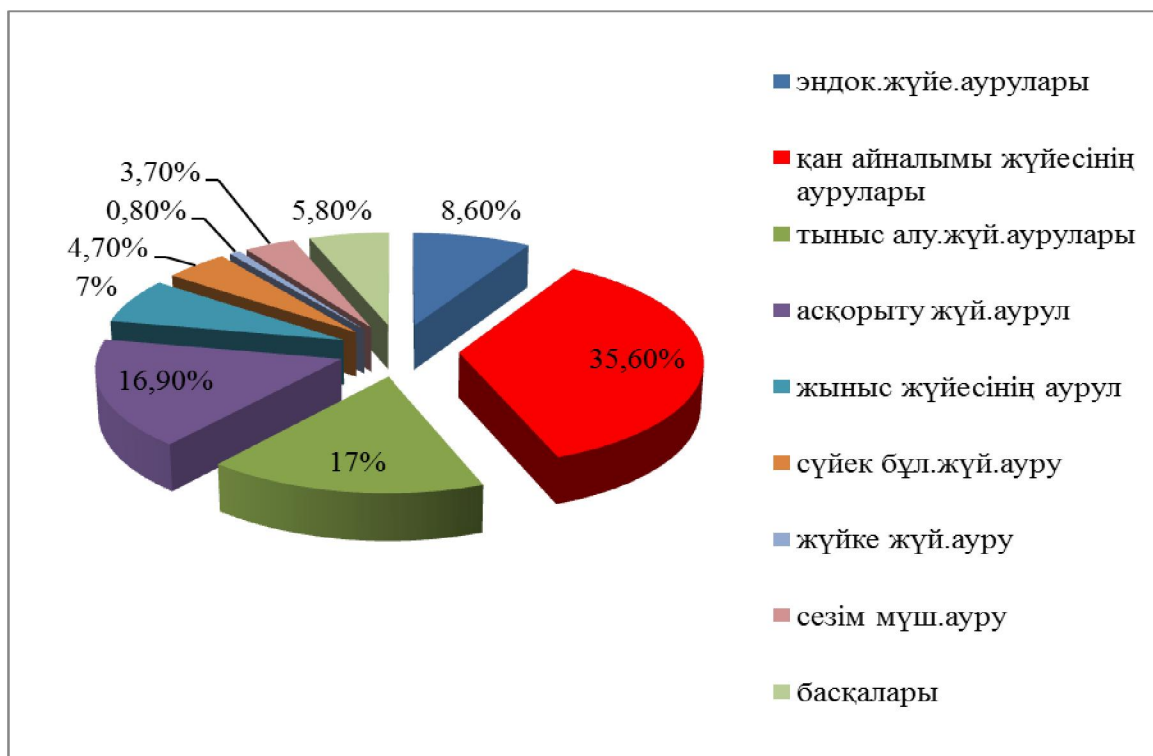
Сонымен қатар, бес жылдық есепті кезеңде №2ҚЕ тіркелген егде тұрғындар үлесі 28,5% -ға өсті, ал №5ҚЕ-да керісінше 15,1% -ға азайған.

№12 нысанмен 2016ж. жылдық есептерді салыстырсақ, №2ҚЕ және №5ҚЕ –ге келіп қаралатын егде жастағылардың жалпы аурушандығының кейбір айырмашылықтары байқалды.-19 Кесте

Кесте 19 - 1000 хал. шаққандағы егде жастағылардың емханаға келіп қаралатындардың 2016жж. аурушандығы.

Егде адамдар саны, абс.	Егде 60жас және одан жоғары адамдар саны	Келіп қаралушылық бойынша аурушандық /100мың.хал. жасқа сәйкес)
№2 ҚЕ	7656	319971,3
№5 ҚЕ	6977	350035,8

Келіп қаралуы бойынша екі емханада да егде тұрғындардың жалпы аурушандығының құрылымы бірінші кезекте қан айналу жүйесі аурулары есебінен құрылған (35,6% және 34,9%) - 48 және 49 суреттер.

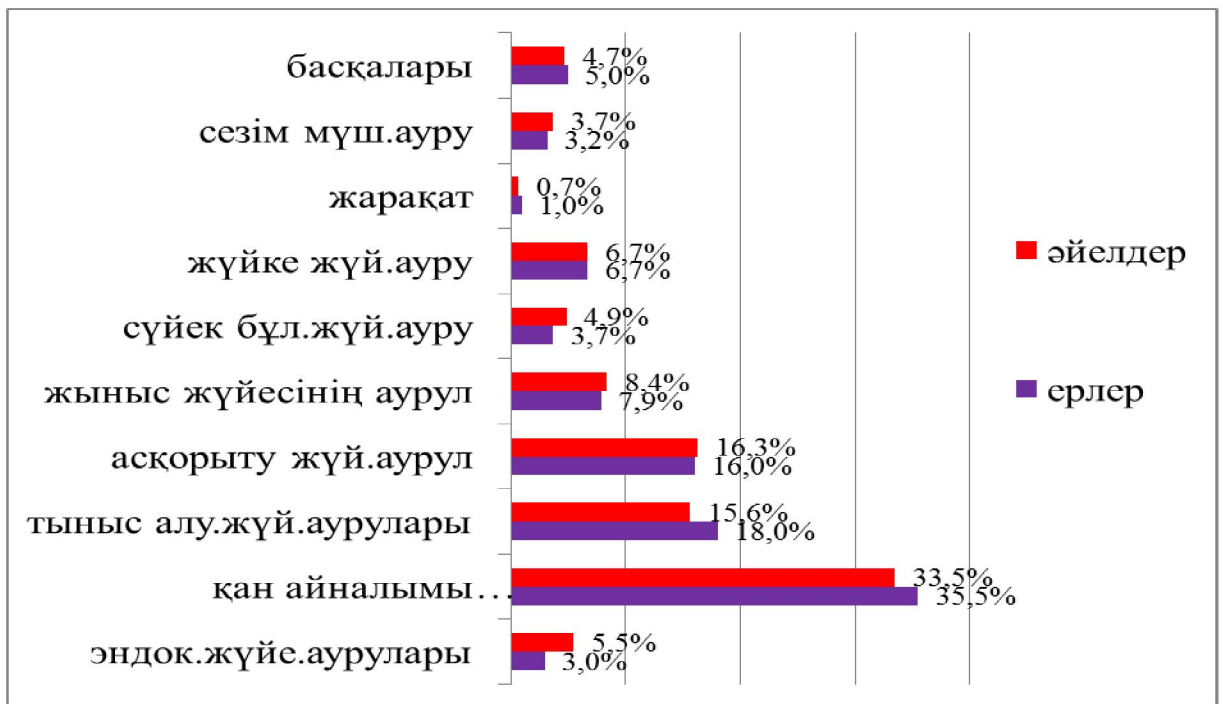


Сурет 48 - Егде және қарт тұрғындардың жалпы аурушандығының құрылымы, №2 ҚЕ, 2016ж, %

№2 ҚЕ да егде және қарт қаралушылар тыныс жүйесінің аурулары бойынша екінші орында -17%. Асқорыту жүйесі ағзаларының аурулары да осындай дерлің үлесті құрайды – 16,9%. Үшінші орында эндокринді жүйе аурулары – 8,6% құрады.

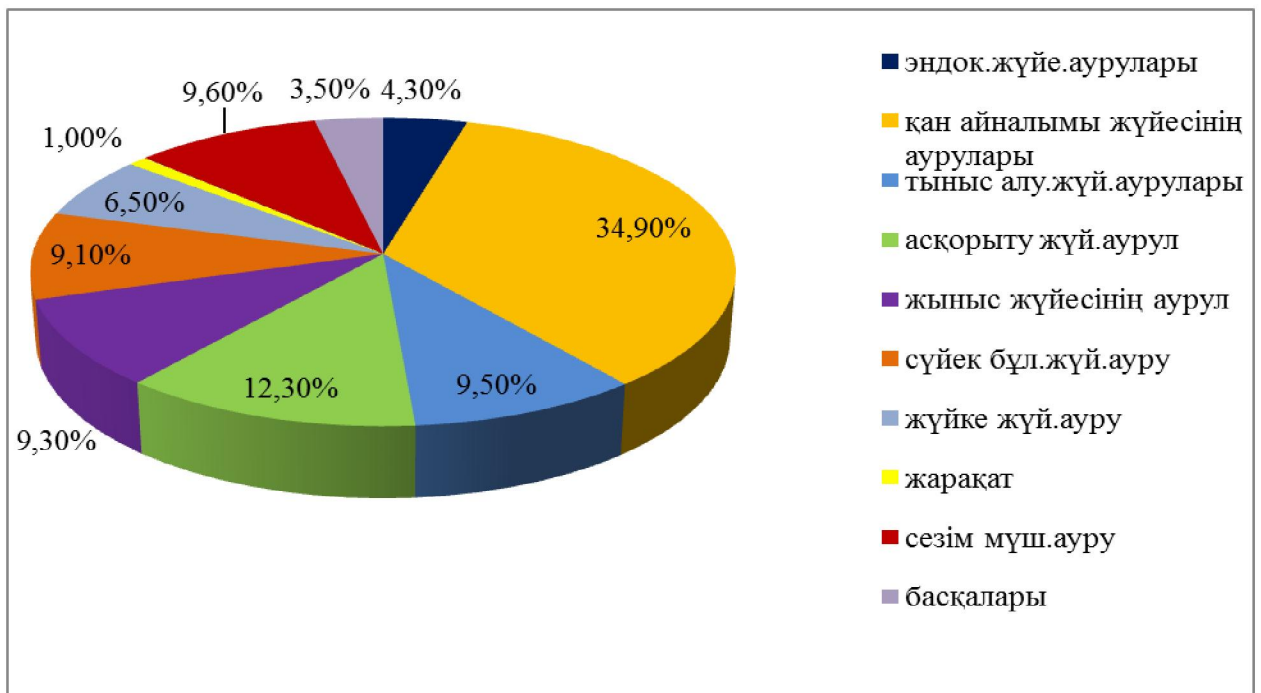
Аурушандық құрылымын жынысқа байланысты салыстырғанда емханаға қаралуға себеп болған аурулардың рангтық таралуының айырмашылығының бар екені анықталды. Сонымен, ер және әйел адамдарда бірінші орында жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары тұр (сәйкесінше 35,5% және 33,5%), екінші орында ер адамдарда тыныс жүйелерінің аурулары болса (18%), ал әйелдерде асқорыту жүйесінің аурулары (16,3%) – 49 сурет.

Ер адамдарда үшінші орында ас қорыту жүйесі ағзаларының аурулары (16%), ал әйелдерде – несеп-жыныс жүйесінің аурулары (8,4%). Айырмашалықтың статистикалық мәні - $\chi^2=31,4$, $p=0,05$.



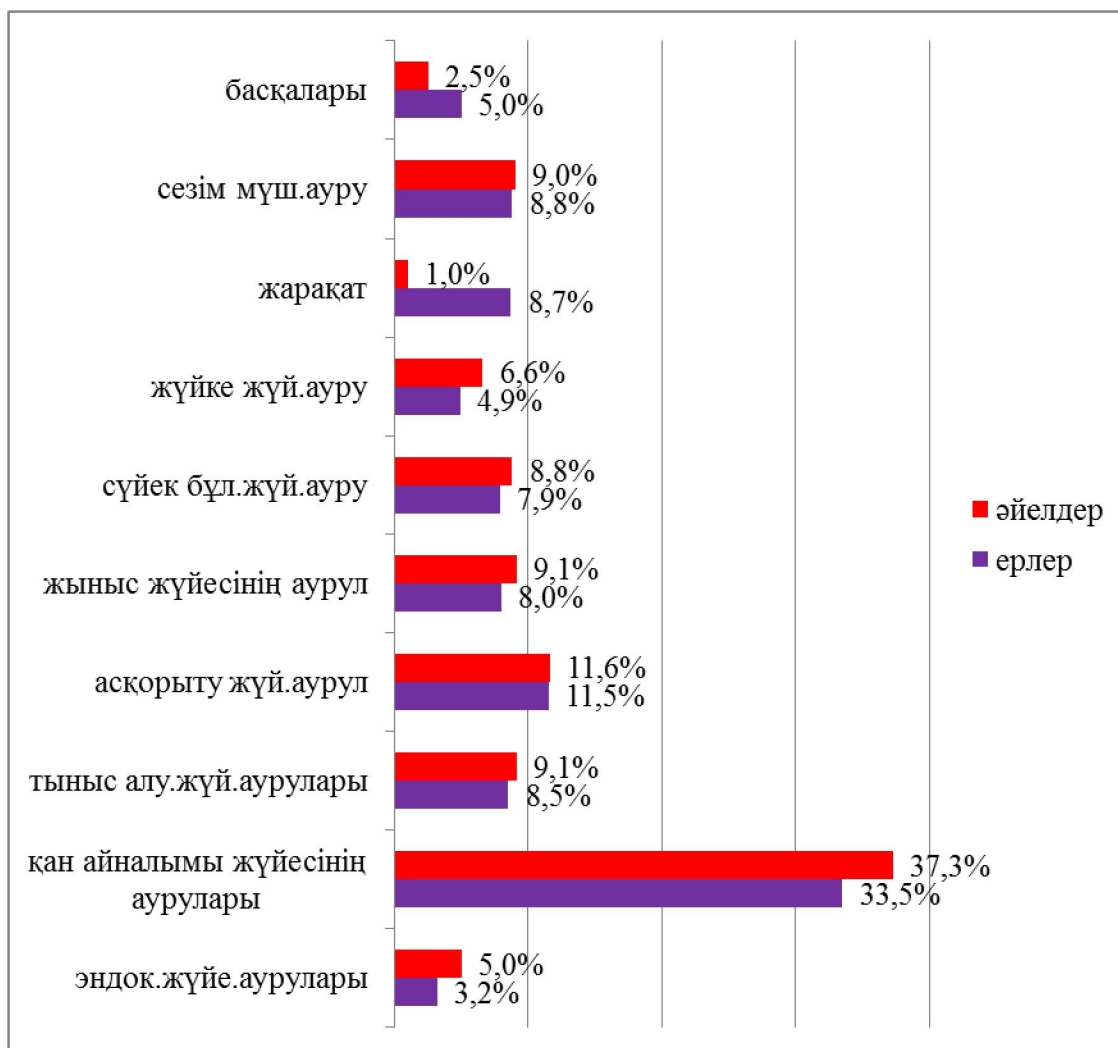
Сурет 49 - Егде және қарт ерлер мен әйелдердің амбулаторлы-емханалық аурушандықтың құрылымы №2 ҚЕ, 2016 ж.

Екінші орында №5 ҚЕ тіркелгендердің (12,3%) асқорыту жүйесінің аурулары, үшінші орында – сезім ағзаларының аурулары (9,6%) болса, тыныс ағзаларының аурулары – төртінші орында болды (9,5%). Айырмашылықтың статистикалық мәні - $\chi^2=33,2$, $p=0,05$.



Сурет 50 - Егде және қарт тұрғындардың амбулаторлы-емханалық аурушандығының құрылымы, №5 ҚЕ, 2016 ж. %

Амбулаторлық-емханалық аурушандық құрылымын жынысқа байланысты салыстырғанда рангтық таралуының айырмашылықтары анықталды ол №5 ҚЕ келіп қаралудың себептері болды - 38 сурет



Сурет 51 - Егде және қарт жастағы ер және әйел адамдардың амбулаторлық-емханалық аурушандығының құрылымы, №5ҚЕ, 2016 ж., %

Сонымен, егде жастағы ер және әйел адамдарда алдыңғы орында жүрек – қан тамыр жүйесінің аурулары болды (сәйкесінше 33,5% және 37,3%). Ер және әйел адамдарда екінші орында ас қорыту жүйесінің аурулары (11,5% және 11,6%), ал үшінші орында ер адамдарда сезім ағзаларының аурулары (8,8%), ал әйелдерде тыныс және несеп-жыныс жүйелерінің ағзалары болды (әрқайсы 9,1%). Тыныс жүйелерінің аурулары ер адамдарда төртінші орында, олардың үлесі 8,5%. Айырмашылықтың статистикалық мәні - $\chi^2=46,5$, $p=0,05$.

Егде ер адамдардың келіп қаралуы әйелдерге қарағанда 1,6 есеге төмен болған. 2015жылдар мен 2016 ж. (№12 форма бойынша) еңбекке жарамды үлкен жастағы тұрғындар арасында ең басымдылықты қан айналым жүйесінің аурулары, екінші орында асқорыту жүйесінің аурулары, үшінші орында тыныс алу жүйесінің аурулары болған (кесте 21).

Кесте 20 - 2015-2016 жылдары №2 ҚЕ және №5 ҚЕ (№12 н.) 60 жастан асқан екі жыныстағы адамдардың аурушандық көрсеткіші

Аурулар жіктелімі	Осы аурумен ауыратындардың тіркелуі (әйелдер мен ерлер)					
	барлығы			с.і. алғашқы рет диагноз қойылғандар		
	2015	2016	2015/2016,% көрсеткіштердің өзгеруі	2015	2016	2015/2016,% көрсеткіштердің өзгеруі
Барлығы	39540	49639	20,4%	10545	11052	4,8
Бірқатар жұқпалы және паразиттік аурулар	235	215	-8,5	98	74	-24,5
Қан аурулары және қан түзу ағзаларының аурулары	121	175	44,6	45	37	-17,8
Эндокринді жүйе аурулары	2207	2554	15,7	169	212	25,4
Нерв жүйесінің аурулары	2259	2403	6,4	502	531	5,8
Көз және оның қосалқы аппаратының аурулары	1836	1678	-8,6	472	161	-65,9
Қанайналым жүйесінің аурулары	14604	16912	15,8	1415	1310	-7,4
Тыныс мүшелерінің аурулары	5224	5684	8,8	3214	2902	-9,7
Асқорыту жүйесінің аурулары	4511	8559	89,7	768	1189	54,8
Жыныс жүйесінің аурулары	3387	5386	59,1	1588	1520	-4,3
Тері мен теріасты аурулары	746	750	0,5	564	556	-1,4
Сүйек бұлшықет жүйесінің аурулары	2792	3302	18,3	861	1057	22,8
Жарақаттар, уланулар және т.б. сыртқы орта себептері салдарынан	401	370	-7,7	401	370	-7,7
* Айырмашылықтың статистикалық мәні $\chi^2= 11,9$, $p=0,001$						

Есептік деректерден көрінгендей, бір жыл ішінде егде адамдардың түрлі ауруларға қатысты жолданымдар саны 20,4% -ға артты. Көбінесе асқорыту жүйесінің аурулары (89,7%), несеп-жыныс жүйесінің аурулары (59,1%), қан аурулары және қантүзу жүйесінің аурулары (44,6%) бойынша ең көп өсім болған.

Ресми есептілік деректеріне сәйкес қан айналу жүйесінің аурулары құрылымында жүректің ишемиялық ауруы (өсу қарқыны +19,8%) басым болды, бұл тіндердің атрофиясы мен фиброзына әкелетін қан тамырларымен жүректің жас өзгерістеріне байланысты. Ми-қан тамыр ауруларының жоғарылауына назар аудару керек (жоғарылауы +20,8%), бұл жағымсыз тенденция болып табылады.

Тыныс жүйелерінің аурулары құрылымында талданған кезеңде бірінші орында созылмалы бронх қабынуы болды, олардың өсу қарқыны (+58,5%) құрады, бұл ағзадағы жасқа байланысты өзгерістермен, физиологиялық қарттық иммунды тапшылығының қалыптасуымен, экологиялық жағдайдың нашарлауымен және осы жас тобының әлеуметтік-экономикалық жағдайының нашарлауымен түсіндіріледі.

Ас қорыту жүйесінің аурулары арасында ең жиі тіркелген патологиялар өткүықтың және өт жолдарының аурулары болды (өсу қарқыны + 51,3% құрады).

Тірек-қимыл аппаратының және дәнекер тіндерінің аурулары арасында ең жиі тіркелген патологиялар артроздар болды, олардың өсу қарқыны 20,7%.

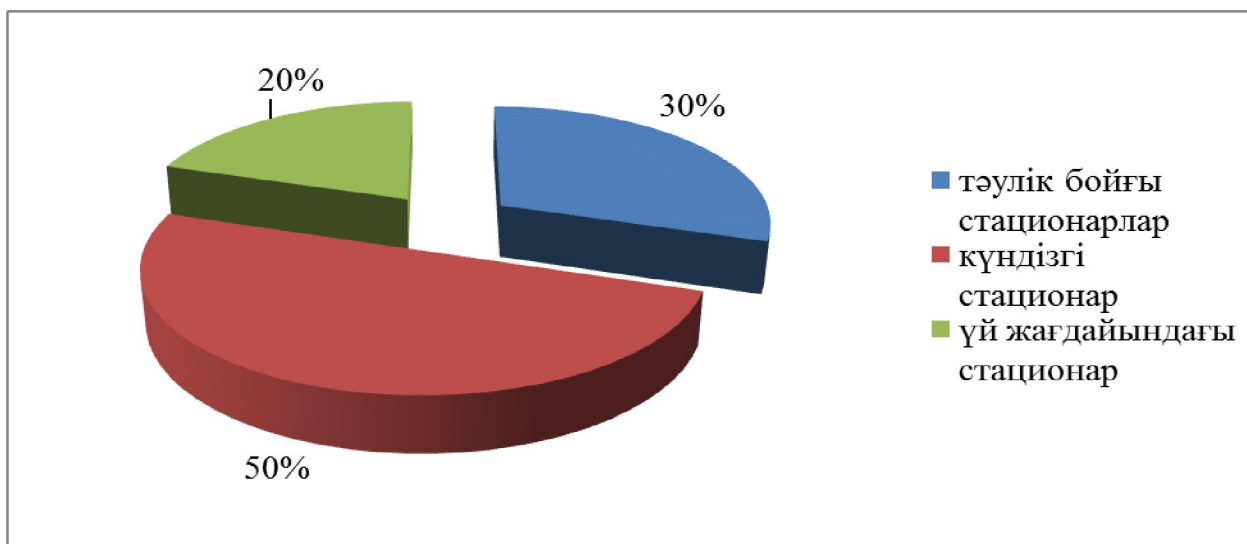
Еңбекке қабілетті жастан асқан адамдарда осы патологиялардың басым болуына қарамастан, ең жоғары өсу қарқыны Паркинсон ауруы бойынша тіркелді (+72,7%). Эндокринді жүйе, ас қорытудың бұзылуы және зат алмасудың бұзылуы ауруларының ішінде 2-типті қант диабеті бойынша жоғарылау 16,8% құрады. Ер адамдардың несеп-жыныс жүйесінің озық патологиясы қуық асты без аурулары болды, өсу қарқыны (+13,6). Әрине екі жылды ғана салыстырудың негізінде адекватты қорытындылар жасауға болмайды. Соған қарамастан, аурулардың осындай секірісі егжей-тегжейлі зерттеуді және клиникалық-диагностикалық іс-шараларды арттыруды қажет етеді.

Осылайша, тыныс алу, асқорыту органдарының, жүйке жүйесінің, қан айналу органдарының және сүйек-бұлшықет жүйелерінің аурулары сияқты нозологиялар бойынша бастапқы науқастық жоғары қарқынмен өсті.

Жұқпалы ауруларға келсек, олардың құрылымында (№12-н. келтірілген) айтарлықтай барлық нозологиялардың көрсеткіштері 24,5% азайды, бірақ қандай патологияның есебінен аурулардың осы класының алғашқы рет анықталған аурушаңдықтың осындай елеулі өскенін айту мүмкін емес.

Көздің және оның қосалқы аппаратының аурулары арасында көрсеткіштің сәл төмендеуі байқалды (-3,1%), бұл глаукома бойынша да байқалды (-2,05%).

2016 жылы қаралу нәтижесінде ауруханаға жатқызылған науқастылықтың жалпы көрсеткіші тиісті халықтың 1000 адамына 172,1 құрады. Тәулік бойы жұмыс істейтін стационарларға жатқызудың үлесі 30% құрады. (сурет 52).



Сурет 52- Ауруханалық көмек формасы бойынша жалпы госпитализацияланған аурушандық құрылымы, 2016 ж.

Диаграммдан көріп отырғанымыздай стационар алмастырушы көмек үлесі 70% (50% -күндізгі стационар және 20% үйдегі стационар).

Осылайша, амбулаторлы-емханалық 2016 жылдар аралығындағы кезеңде егде және қарт адамдардың аурушандық жағдайын талдауы мыналарды анықтауға мүмкіндік берді:

- 2015 2016 жж. қаралу бойынша жалпы науқастылықтың 20,4% артуы байқалды.

- Ең жоғары өсім асқорыту жүйесінің аурулары (89,7%), несеп-жыныс жүйесінің аурулары (59,1%), қан және қан тамырлары жүйесінің аурулары (44,6%) бойынша анықталды. Бұл негізінен, салауатты өмір салтын сақтамаудан, егде адамдардың жеткіліксіз және дұрыс емес тамақтануына байланысты;

- сондай-ақ, аурулардың жекелеген кластары алғашқы рет анықталған аурулар бойынша жоғарылағаны байқалды, атап айтқанда: асқорыту жүйелері (54,8% өсімді құрады). Ас қорыту жүйелерінің ауруларының біріншілік аурушандығының ұлғаюы өтқуықтың және өт жолдарының патологиясы есебінен болды (өсу қарқыны + 51,3% құрады).

Эндокринді жүйе аурулары бойынша біріншілік аурушандық өскен (өсім 25,4%) құрады. Эндокринді жүйе аурулары арасында жетекші орынды 2-типті қант диабеті алады –өсім 16,8% құрады.

- Сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары арасында артроздар есебінен (оның ішінде гонартроз және коксартроз) 62%-ға артты.

- Несеп-жыныс жүйесі ауруларының біріншілік аурушандығының ұлғаюы қуықасты безінің, пиелонефриттердің патологиясы есебінен болды.

- Қан және қан тұзу жүйесі ауруларының біріншілік аурушандығының өсуі анемия есебінен болды.

- көрсетілген аурулардың өсуіне қарамастан, егде жастағы халықтың науқастық құрылымы негізінен қан айналымы жүйесінің аурулары есебінен

калыптасты, олардың құрылымдағы үлесі 35,6% құрады. Егде және қарт адамдарда ереже бойынша ол жоғары және нашар артериялық қан қысымын қадағаламауынан болатын атеросклероздың тез дамуына алып келеді.

- жалпы аурушандық құрылымындағы екінші орында тыныс алу жүйесінің аурулары -17% және асқорыту жүйесінің аурулары – 16,9% алады. Тыныс алу жүйесінің аурулары арасында озық патологиясын созылмалы бронх қабынуы болды, оның тыныс алу жүйелерінің аурулары құрылымындағы үлесі 36,4%.

- үшінші орында эндокриндік жүйе аурулары – 8,6% кетеді. эндокриндік жүйе ауруларының ішінен ең жетекші орынды қант диабеті алады.

- болжамы нашар цереброваскулярлық аурулар және Паркинсон аурулар санының өсуі жағымсыз тенденция болып табылады (өсім 17% құрады). Аурушандықтың жалпы құрылымында нерв жүйесінің ауруларының көрсеткіштері айтарлықтай төмен екеніне қарамастан (жалпы аурушандық құрылымындағы үлесі 4,6%), олар егде адамдардың және оларды қоршаған ортаның өмір сүру сапасына елеулі әсер етеді. Көп жағдайда бұл кластардың аурулары таза медициналық мәселеден асады және әлеуметтік көмек пен бейімделуді, психологиялық қолдауды қажет етеді.

- халықтың жас құрамын және амбулаториялық-емханалық мекемелерге қаралу сипаты арасында нақты тәуелділік бар. Жоғары жастағы топтарда аурушандықтың жоғары көрсеткіштері, ағзаның табиғи қартаюына байланысты. Науқастылық жағдайымен қоса, еңбекке қабілетті жастан асқан адамдардың созылмалы аурулары және олардың салдарларының өршуіне қатысты негізгі профилді дәрігерлерге медициналық көмекке көбірек жүгінуіне де байланысты келеді.

Яғни, денсаулық сақтау жүйесінің негізгі жұмысы осы мәселелерді шешуге бағытталуы керек. Бірақ, егде адамдардың денсаулығын сақтау және жақсарту үшін егде және қарт адамдардың медициналық қана емес, әлеуметтік және психологиялық көмек қажеттіліктерін анықтау керек.

4.2 Егде және қарт емделушілердің медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттілігін анықтау

Егде жастағы адамдардың медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттілігін бағалау сауалнама жүргізу жолымен және Украина МҒА геронтология Институтында жасалған егде жастағы адамдардың медициналық, әлеуметтік-тұрмыстық және психологиялық көмекке тәуелділігінің сандық бағасының автоматтандырылған эксперттік жүйесінің көмегімен (ТСБАЭЖ) жүргізілді [151].

Жасалған әдістемеге сәйкес әлеуметтік сұрау сауалнамасына сәйкес физикалық мүмкіндіктеріне, әлеуметтік белсенділігіне, өз-өзіне қызмет ету қабілетіне, үй жұмыстарын орындауға қатысты және созылмалы аурулар симптомдары туралы сұрақтар кіргізілді [152,153].

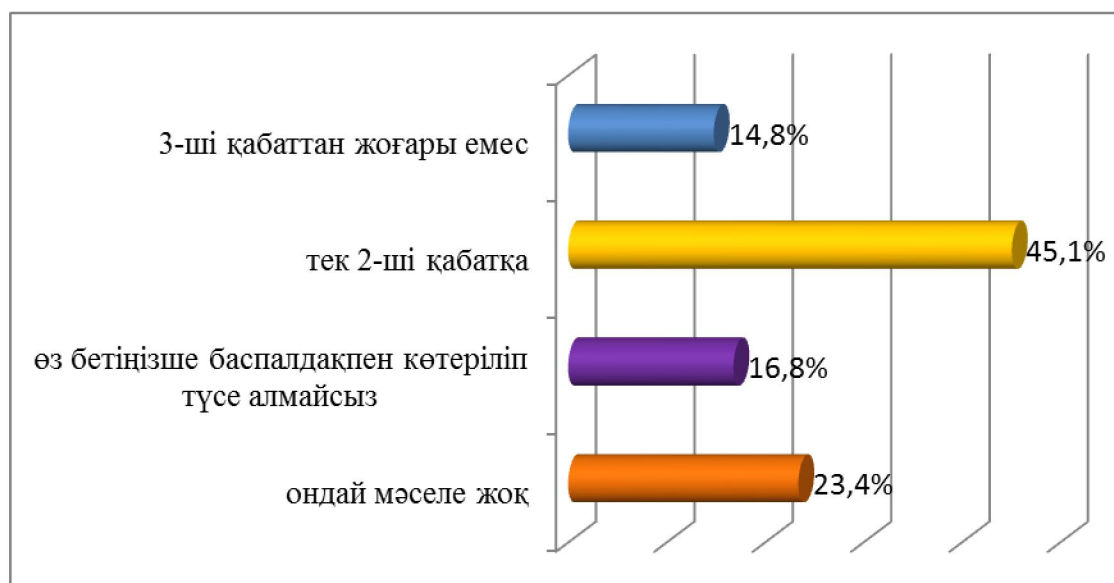
Әр түрлі көмек түрлеріне қажеттілікті бағалау үшін респонденттердің жауаптары 0-1 аралығындағы шкала бойынша бағаланды. Егде және қарт

жастағы адамдардың физикалық мүмкіндіктерінің өзін-өзі бағалау нәтижелері 53 және 54 суреттерде келтірілген.



Сурет 53 - Егде және қарт адамдардағы физикалық қозғалыс мүмкіндіктері (сұрау мәліметтері бойынша)

Диаграммадан көрсетілгендей, егде адамдардың 30,1% қозғалудан ешқандай қиындықтар көрмейді; 42,2% бірнеше көше шегінде ғана қозғалады; 10,3% - аула айналасында; 9,3% - пәтер ішінде ғана және 8,1% «төсектен тұрмайтындарын» айтты. Өздерінің қозғалу мүмкіндігін бағалау сатымен көтерілу/түсу мүмкіндігі туралы сұрақтардың жауаптарына негізделіп жүргізілді –54-сурет.



Сурет 54 - Егде және қарт адамдардың қозғалыс мүмкіндіктері (әлеуметтік сұрау мәліметтері бойынша)

Сонымен қатар, егде жастағы сұралғандардың 23,4% қозғалыс белсенділігінің қиындықтары болған жоқ; 45,1% тек 2-қабатқа дейін шыға алады; 14,8% - 3-қабаттан жоғары емес шығып (түсе алады) және 16,8% баспалдаққа мүлдем көтеріле алмайды (түсе алмайды).

Тұрмыстық көмек қажеттілігі өздігінен үй жұмыстарын атқару, кір жуу, тамақ әзірлеу және т.с.с. сұрақтарға жауап бойынша бағаланды – 55 сурет.



Сурет 55 - Егде және қарт жастағы адамдардың үй жұмыстарын өздігінен атқару мүмкіндіктері

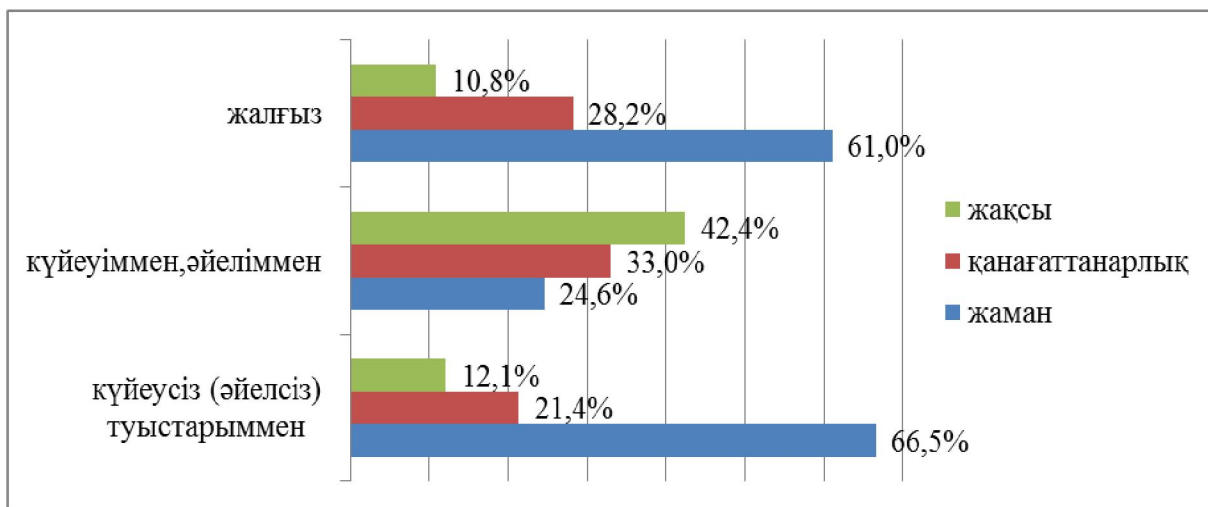
Қызметтік бейімділіктердің болуы – бұл егде адамдардың өздігінен өмір сүріп, қажеттіліктерін өз беттерінше қанағаттандырулары. [154].

Диаграммадан көріп отырғанымыздай егде адамдардың тек 28,9% әртүрлі үй жұмыстарын қиындықсыз атқарады; сұралғандардың үштен бірі дерлік (38,7%) тамақ әзірлеп, аздап кір жуа алатынын көрсетті, 15,7%, «үйде ешнәрсе істей алмаймыз» деп жауап берді; 16,7% - «тек ыдыс жуып, шаң сүрте» алады және 15,7% өздігінен үй жинап, тамақ істей алмайды, т.б. сырттан көмекті қажет етеді.

Сонымен, егде адамдардың өзінің физикалық мүмкіндіктерін бағалау сұралғандардың 80% көбінде күнделікті өмірде қиындық болатынын анықтады. Жиі кездесетін қиындықтардың бірі алысқа жүру, ол егде жастағы адамдардың 40% кездеседі. 15,7% өздігінен үй жинап, тамақ істей алмайды. Жаспен физикалық белсенділік арасында байланыс айырмашылығының нақты мәні орнатылды - $\chi^2=1285,8$; ($p \leq 0,0001$).

Сонымен, сауалнама жүргізілгендерді қызметтік бейімділіктері қанағаттанарлық, шектелген және нашар деп алдын-ала үш категорияға бөлуге болады: өз бетінше әрекет жасай алатындар; басқаның көмегімен әрекет жасайтындар; өздігінен әрекет жасай алмайтындар. Әрине, әлеуметтік-тұрмыстық көмекке мұқтаждықты бағалау кезінде соңғы екі топқа ерекше көңіл бөлу керек.

Егде адамдардың әлеуметтік белсенділігі туыстарымен бірге немесе бөлек тұратындығы туралы, қоғамдық өмірге қатысуы туралы, әлеуметтік және туыстық қатынастары туралы, еңбек қызметін жалғастыруы туралы сұрақтарға жауаптары бойынша бағаланды. Біздің сауалнамамыздың нәтижесі бойынша егде адамдардың 34,4% жалғыз тұрады, егде жастағы жалғыз тұратын адамдардың ең жоғары үлесі 75-89 аралығындағы жас тобында болды. 56 суретте жалғыз және жанұяда тұратын егде жастағы адамдардың денсаулық деңгейін өздерінің бағалауы келтірілген. Көріп отырғанымыздай, жұбайымен тұратын адамдар өздерінің денсаулығын жоғары бағаласа (42,4%), ал жалғыз тұратындар бәрінен төмен бағалаған (10,8%). Айырмашылық нақты ($\chi^2=122,9$; $p \leq 0,0001$).



Сурет 56- Жанұяда және жалғыз тұратын егде және қарт адамдардың денсаулықтарын бағалауы

Қоғамдық ұйымдарда жұмыс істеу, мешітке (шіркеуге) бару, туыстары мен таныстарына бару туралы сұрақтарға респонденттердің 29,3% «денсаулық жағдайына байланысты», ал 14,3% басқа себептермен бара алмайтынын айтты. Егде адамдардың 56,4% әлеуметтік белсенді өмір сүреді.

Сауалнама деректері бойынша 32,6% бастап 41,9% дейін егде адамдар көп ешкіммен араласқылары келмейтінін қалады –21 кесте.

Кесте 21 – Жоғары жас топтарының пациенттері көп ешкіммен араласқыларының келмейтінін қалауы

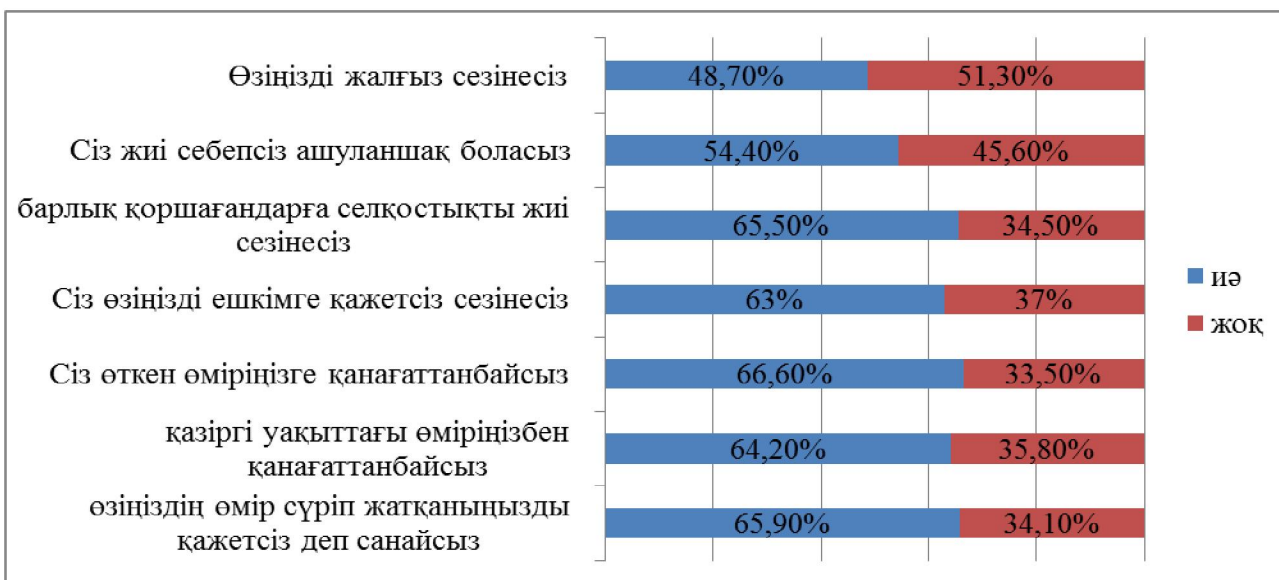
	Жас топтары		
	60-74 жас	75-89 жас	90 жас және одан үлкендер
Көп ешкіммен араласқым келмейді			
Иә	32,6%	2,8%	41,9%
Жоқ	67,4%	67,2%	58,1%

Сонымен, көп ешкіммен араласқылары келмейтінін қалайтын респонденттердің үлесі жас ұлғайған сайын артты (60-74 жас аралығындағы 32,8% бастап, 90 және одан жоғары жас аралығында 41,9% дейін). Статистикалық маңызды айырмашылықтар $\chi^2=22,9$; $p \leq 0,0001$. Респонденттердің қарым-қатынасқа деген қажеттілігін зерттеу респонденттердің үштен бір бөлігі (28%), басқа адамдармен қатынаспауын қалайтынын көрсетті. Жас топтары бойынша біреумен әңгімелесу мәселесінде қалаулардың айтарлықтай тең үлестірілуі байқалды. Және де респонденттердің көпшілігі (72%) басқа адамдармен әңгімелесу қажеттілігін сезінді –кесте 22. Статистикалық маңызды айырмашылықтар $\chi^2=120,6$; $p=0,0001$.

Кесте 22-Егде және қарт респонденттердің әңгімелесудегі қажеттілік мәселесі бойынша сұрағына жауап беруі

Сіз басқа адамдармен әңгімелесуді қажет етесіз бе?	Жас топтары		
	60-74 жас	75-89 жас	90 жас және одан үлкендер
жоқ	27,7%	28,8%	29,0%
иә	72,3%	71,2%	71,0%

Егде адамдардың жалғыздығы маңызды әлеуметтік мәселе болып табылады. Р.С. Яцемирскаяның пікірі бойынша «жалғыздық - бұл айналадағылардан ұлғайып бара жатқан алыстаудың ауыр сезімі, жалғыз өмір сүрудің салдарынан қорқу, қолдағы өмірлік құндылықтарды немесе жақын адамдарды жоғалтумен байланысты ауыр уайым, өзіңнің тіршілігіңнің тастандылығын, пайдасыздығын және қажетсіздігін үнемі сезіну» [155]. Сондықтан психологиялық статусты бағалау үшін респонденттерге өздерінің өмірдегі орнын, өткізген және қазіргі өмірімен қанағаттануын және т.б. сипаттайтын бірқатар сұрақтарға жауап беру ұсынылды. Респонденттердің жауаптарын талдау негізінде егде адамдардың 65,9% өз тіршілігін пайдасыз деп санайтыны анықталды; жиі ашушаңдық және ызалану 54,4% сезінеді; егде адамдардың 65,5% өздеріне және айналадағы әлемге немқұрайлы қарайды (сурет 57).



Сурет 57-Сұрау мәліметтері бойынша егде және қарт адамдардың психологиялық статусы

Талдау нәтижесінде жасы келе психологиялық статус арасындағы байланыстың статистикалық маңызды көрсеткіштері анықталған 23 - кесте

Кесте 23 - Респонденттердің жасы мен психологиялық статусы арасындағы корреляциялық тәуелділік

Жасы және:	χ^2 Пирсон	p
Сіз ешбір себепсіз дірілдеп, жиі себепсіз ренжисіз	21,3	,000
Жайсыз ойлар жиі мазалайды	116,5	,000
Толық бейжайлықты сезінемін	261,2	,000
Сіз өзіңізді ешкімге қажетсіз сезінесіз	183,7	,000
Сіз өткен өміріңізге қанағаттанбайсыз	297,1	,000
Қазіргі уақыттағы өміріңізге қанағаттанбайсыз	220,7	,000
Өзіңіздің өмір сүріп жатқаныңызды қажетсіз деп санайсыз	276,3	,000

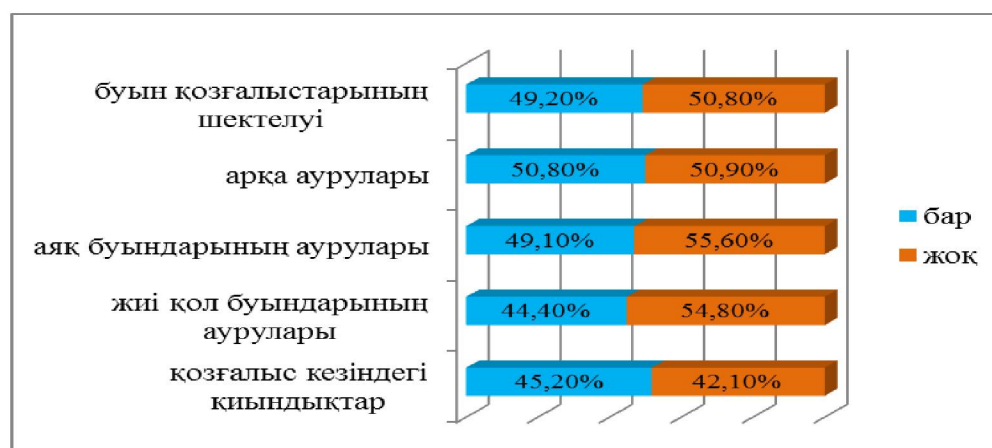
Осылайша психологиялық статусты бағалау бойынша егде адамдарға жүргізілген сауалнама мыналарды анықтауға мүмкіндік берді:

- егде және қарт адамдардың 34,4% жалғыз тұрған және де жалғызбасты тұрғындардың ең үлкен бөлігі 75-89 жас аралығындағы топта болды;

- егде және қарт адамдардың тек 56,4% ғана әлеуметтік белсенді өмір сүретінін айтты;

- егде және қарт адамдардың 65,9% өздерінің тіршілігін пайдасыз деп санайды; жиі ашушандық және ызалану 54,4% сезінеді; егде адамдардың 65,5% өздеріне және айналадағы әлемге немқұрайлы қарайды.

Біз тірек-қимыл аппаратының, жүйке, жүрек-қан тамырлары, несеп-жыныс жүйесі және сезім мүшелерінің жағдайы туралы сұрақтарға респонденттердің жауаптарын бағаладық. Атап айтқанда, егде адамдардың жартысы дерлік тірек-қимыл аппаратының зақымдалуының түрлі белгілеріне ие болған, ол сүйек-бұлшықет жүйесінің аурушандық көрсеткішін көрсетеді – 58-сурет



Сурет 58- Тірек-қимыл аппаратының созылмалы белгілерінің кездесу жиілігі

Жас ұлғайған сайын сүйек-бұлшықет жүйесінің жағдайы нашарлайды, бұл біз анықтаған статистикалық маңызды корреляциялық тәуелділік тенденциясымен расталады – кесте 24

Кесте 24- Респонденттердің сүйек-бұлшықет жүйесінің жағдайының және жасының корреляциялық тәуелділігі

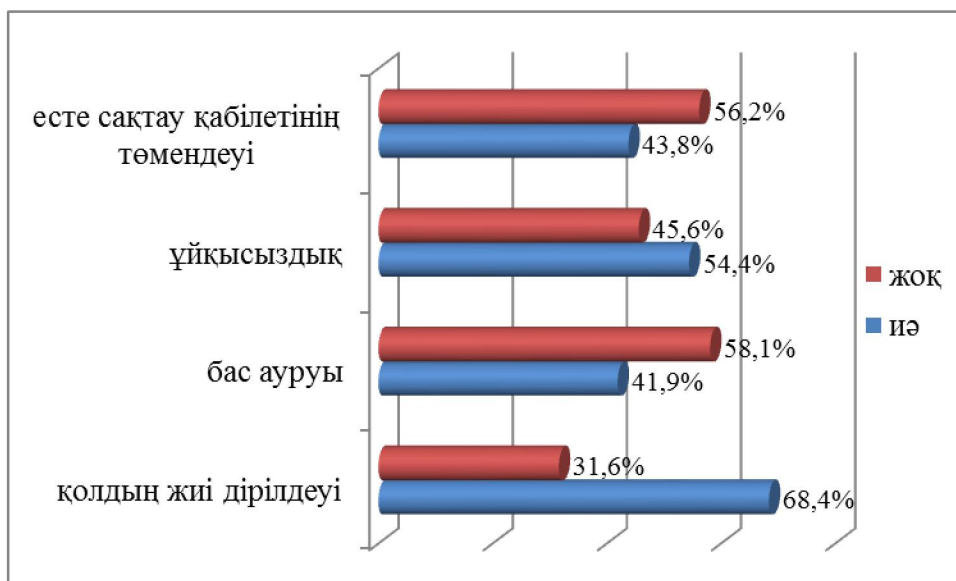
Жасы және :	χ^2 Пирсон	p
Буын қозғалыстарының шектелуі	33,7	0,000
Арқа аурулары	0,8	0,000
Аяқ буындарының аурулары	0,13	0,000
Қол буындарының аурулары	368,3	0,000
Қозғалыс кезіндегі қиындықтар	68,3	0,000

Жүрек-қан тамыр жүйесінің созылмалы ауруларының белгілері егде және қарт адамдардың басым бөлігінде анықталады. Сауалнама деректеріне сәйкес, егде және қарт адамдардың айтарлықтай 40% шамалы физикалық күш түсірілгенде жүрек аймағында жиі қысатын ауруды сезінеді; 38,4% жүру кезінде демікпе пайда болуын атап өтті. Айырмашылықтар нақты ($\chi^2=30,7$; $p=0,05$). Біз жүрек-қан тамыр жүйесі жағдайының адамның жасына корреляциялық тәуелділігін зерттедік. Анықталған тенденциялар 25 кестеде келтірілген.

Кесте 25 - Респонденттердің жүрек-қан тамыр жүйесінің жағдайының және жасының корреляциялық тәуелділігі

Жасы және:	χ^2 Пирсон	p
Жүрек айналасындағы қысылып түйнеп ауру	109,9	0,000
Тыныштықта немесе психо- эмоционалды жүктеме кезінде дем жетіспеу	0,4	0,5
Жүрек ырғағының жұмысы ретсіз (ырғақтың бұзылуы)	7,1	0,008
Жүргенде немесе басқа физикалық жүктемеде дем жетіспеу, енгігу	146,3	0,000
Кеште аяқтарда ісік пайда болуы	21,7	0,000

Нерв жүйесінің зақымдалуының созылмалы белгілерінің болуы жиі бас аурулары, бас айналуы, ұйқысыздық, жадының нашарлауы, қолдың дірілдеуі туралы сұрақтарға жауап беру арқылы бағаланды (сурет 59).



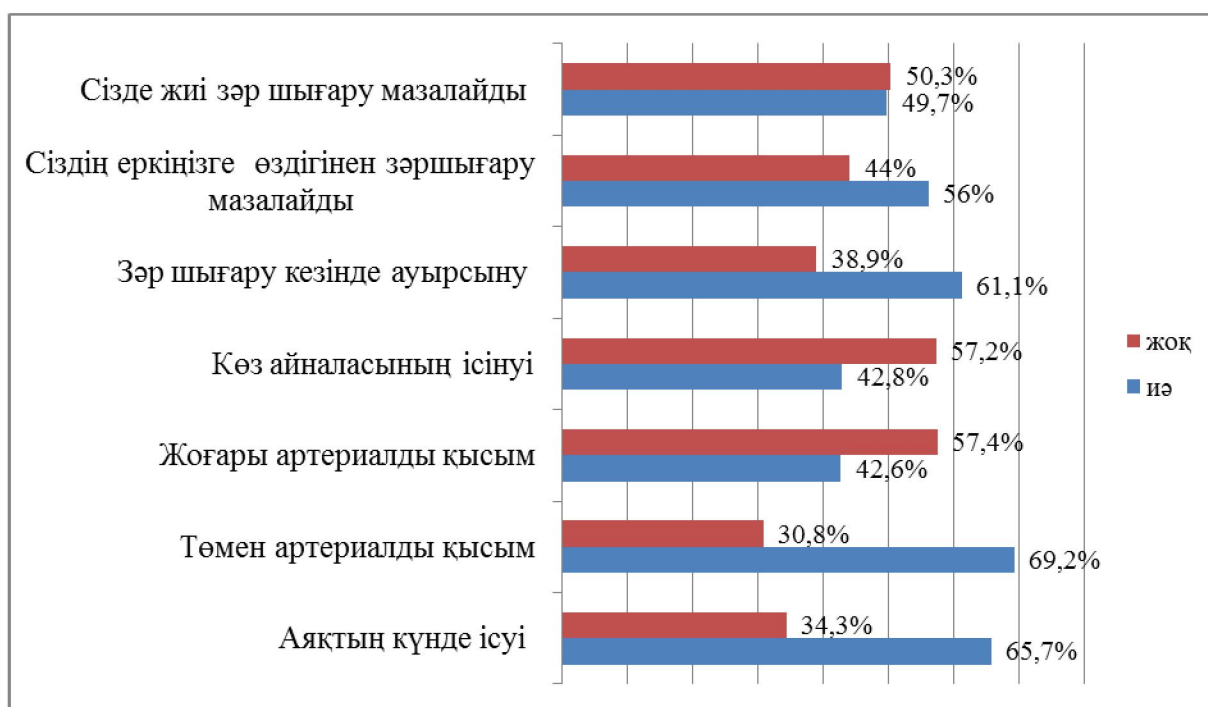
Сурет 59- Нерв жүйесі зақымдалуының созылмалы белгілерінің кездесу жиілігі

Сонымен, егде адамдардың 40% астамы басы жиі ауыратынына; 54,4% ұйқысыздыққа, 43,8% ағымдағы оқиғаларды есте сақтау қабілетінің нашарлағанына, 68,4% үнемі қолдарының дірілдейтініне шағымданды. Нерв жүйесі зақымдалуының созылмалы белгілерінің респонденттердің жасымен тура тәуелділігінің корреляциялық талдауы статистикалық тұрғыдан нақты – 26 кесте.

Кесте 26- Нерв жүйесінің жағдайы мен респонденттердің жасымен корреляциялық тәуелділігі

Жасы және:	χ^2 Пирсон	p
Есте сақтау қабілеті төмендеуі	41,7	0,000
Ұйқысыздық	1,03	0,3
Бас ауруы	70,8	0,000
Бас айналуы	20,9	0,000
Бастың және қолдың жиі дірілдеуі	368,3	0,000

Несеп-жыныс жүйесінің аурулары көшбасшылық позицияға ие. Берілген тараудың 4.1 бөлімінде көрсетілгендей, 2016 жылы алғашқы ауырудың өсімі 59,1% құрады. Несеп-жыныс жүйесінің зақымдалуының созылмалы белгілерінің кездесу жиілігі 60 суретте көрсетілген



Сурет 60 - Несеп-жыныс жүйесінің зақымдалуының созылмалы белгілерінің кездесу жиілігі

Диаграммада көрсетілгендей, егде адамдардың 60% несеп шығару кезінде ауыру сезімі мен жағымсыз сезімдердің пайда болатынын, 65,7% - аяқтарының үнемі ісетінін, 56% жиі еріксіз несеп бөлінетінін, 42,6% АҚ көтерілетінін көрсетті. Несеп-жыныс жүйесі зақымдалуының созылмалы белгілерінің таралуының респонденттердің жасына тура тәуелділігінің корреляциялық талдауы статистикалық тұрғыдан нақты – 27 кесте

Кесте 27- Несеп-жыныс жүйесі жағдайы мен респонденттердің жасы арасындағы корреляциялық тәуелділік

Жасы және:	χ^2 Пирсон	p
Аяқтың күнде ісуі	268,7	0,000
Сізді еріксіз зәр шығару мазалайды	39,3	0,000
Зәр шығару кезінде ауырсыну	133,6	0,000
Көз айналасының ісінуі	56,2	0,000
Жоғары артериялық қысым	60,3	0,000
Төмен артериялық қысым	399,8	

Егде адамдардың басым бөлігі көру және есту ағзаларының созылмалы ауруларынан зардап шегеді. Атап айтсақ, 42% көру, 60,7% - есту қабілетінің күрт төмендегенін, 68% - иіс сезу қабілетінің жоғалғанын көрсетті. Несеп-жыныс жүйесі зақымдалуының созылмалы белгілерінің таралуының респонденттердің жасына тура тәуелділігінің корреляциялық талдауы статистикалық тұрғыдан нақты –28 кесте

Кесте 28 -Сезім мүшелерінің жағдайы мен респонденттердің жасымен корреляциялық тәуелділігі

Жасы және:	χ^2 Пирсон	p
Көруіңіздің тез нашарлауы	68,9	0,000
Мүлде көрмей қалу	932,6	0,000
Мүлдем иіс сезбеуі.	353,9	0,000
Қалыпты дауысты естуіңіз күрт төмендеді	125,8	0,000
Толық естімейсіз	819,2	0,000

Алынған нәтижелер егде және қарт адамдардың ең қатты мазалайтын мәселелерінің ішінде денсаулық мәселелері бірінші орында тұрғандығын көрсетті. Осыған байланысты, біздер егде адамдармен қарт адамдардың медициналық қызмет көрсету ерекшеліктерін зерттедік. Сауалнама қорытындылары бойынша соңғы 2 ай ішінде қарт пациенттердің 56%-на дәрігер, 11%-на мейірбике келгені, 33%-на ешкімнің келмегені анықталды. Соңғы айларда егде адамдардың 64,9% емханаға жиі барған, 35,1% бармаған. Бармағандардың 25% емханаға жетудің қиын екендігін алға тартқан. Соңғы 3 ай ішінде қарт кісілердің 59,9% жедел жәрдемді айына екі реттен артық шақыртқан, 40,1% айына үш реттен артық шақыртқан. Тек 41,2% берілген дәрі-дәрмекті тұрақты түрде қабылдап отырған. Соңғы айлар ішінде 67% қалпына келтіру бойынша емнің 1-2 курсы қабылдаған. Жыл сайынғы медициналық қараудан 61,5% респондент өткен. Қарт кісілердің 44% медициналық қызметкерлердің үйге жиі келіп тұруына мұқтаж екендігін айтты. Соңғы 12 ай ішінде респонденттердің 60,9% стационарлық емнен өткен.

ҚР бюджеттік негізде әлеуметтік қызметтің кепілденген көлемін алуға «жасына байланысты, ауру салдарына және мүгедектікке байланысты өздеріне қызмет көрсете алмайтын адамдар» ғана құқылы [156]. ҚР «Арнайы әлеуметтік қызметтер, «өмірлік қиын жағдайларға ұшыраған, арнайы әлеуметтік қызметтерге мұқтаж тұлғаларды (жанұяны) анықтау критерилері» заңына сәйкес келесілер жатады:

- 1) организм қызметінің бұзылыстарына байланысты анықталатын өміршеңдіктің шектелуі;
- 2) әлеуметтік дезадаптация;
- 3) әлеуметтік депривация;
- 4) тұлғаның (отбасының) болуы, қалыптасуы мен қызмет етуі үшін материалдық, экономикалық, әлеуметтік және рухани жағдайлардың жоқтығы немесе болмауымен сипатталатын қолайсыз әлеуметтік орта.

Осыған байланысты біз ақылы негізде қосымша медициналық және әлеуметтік-тұрмыстық қызметтер алуға егде жастағы адамдардың дайындығын зерттедік - 29 кесте.

Кесте 29 - Респонденттердің «Сіз қосымша ақылы қызметтерге келісесіз бе?» деген сұраққа жауаптары (Абсолюттік шамамен және % -бен)

Қосымша ақылы қызметке келісесіз бе?		Барлығы	
		Абс.	%
Медициналық	Иә	440	14,7%
	Жоқ	2556	85,3%
	Барлығы	2996	100,0%
Әлеуметтік-тұрмыстық	Иә	806	27,0%
	Жоқ	2175	73,0%
	Барлығы	2981	100,0%

Нәтижесінде респонденттердің тек 14,7 қосымша ақылы медициналық көмек алуға келісетіні және 27% қосымша әлеуметтік-тұрмыстық қызметті ала алатыны анықталды. 85% медициналық қызметке, 73% әлеуметтік-тұрмыстық қызметке қаржы жағдайы көтермейтінін айтты. Бұл жағдай ақысыз негіздегі көмек көрсетудің маңыздылығын дәлелдеді.

Әлеуметтік қызмет көрсетудің алуан түрі бар: үйде қызмет көрсету, қарттар және мүгедектер үйінде және т.б. Таблицада респонденттердің әлеуметтік қызметтің қандай түрлерін қалайтыны жайлы жауаптарының нәтижесі берілген

Кест 30 - Респонденттердің «Өзіңізге медициналық-әлеуметтік көмектің қандай түрі айтарлықтай қажет деп санайсыз?» деген сұраққа жауаптары (абс. санмен, %)

«Өзіңізге медициналық-әлеуметтік көмектің қандай түрі айтарлықтай қажет деп санайсыз?»		Всего	
		Абс.	%
Үйге көмек көрсету	Иә	2010	67,3%
	Жоқ	976	32,7%
	Барлығы	2986	100,0%
Тұрғын үй кешеніндегі медициналық-әлеуметтік көмек кешені көрсетілетін пәтер	Иә	2009	67,3%
	Жоқ	976	32,7%
	Барлығы	2985	100,0%
Гериятриялық пансионат	Да	507	17,0%

Басқаша айтқанда, респонденттердің көбі (67,3%) медициналық-әлеуметтік қызметті үйде немесе медициналық-әлеуметтік қызмет кешенін көрсететін пәтерлерде қабылдағанын қалайды. Біз егде респонденттерге әлеуметтік көмек көрсетуді зерттей отырып осы көмекке мұқтаж адамдардың 10% азына аталған көмек үйде көрсетілгенін анықтадық (9,8%).

Қарт кісілердің денсаулық, психологиялық саулық және әлеуметтік белсенділік жайлы сұрақтарға берген жауаптарын зерттей келе келесі қорытындыға келдік:

- егде және қарт кісілердің 40% астамы ұзақ қашықтыққа барумен проблемалары болған. 15,7% өздігінен үй жинап, ас дайындай алмаған;

Әлеуметтік және медициналық қызметкерлер үшін пациенттің емханаға жету мүмкіндігі сияқты көрсеткіш маңызды. Өздіктерінен емханаға жете алмайтын пациенттерге үйде қызмет көрсетілуі керек екені сөзсіз. Біздің сұрауларымыздың нәтижесі бойынша егде жастағы пациенттердің 75% ғана өздіктерінен емханаға бара алады;

- жас келе әлеуметтік белсенділік төмендей бастаған, біздің сауалнаманың нәтижесі бойынша қарт кісілердің 56,4% ғана әлеуметтік белсенділік танытқан.

- материалдық жағдайы төмендеген – 86% айлық кіріс көлемі 50 мыңнан аспайды.

- 34,4% жалғыз тұрған және де жалғыз бастылардың көбі 75 пен 89 жас аралығындағы топта.

- қарт кісілердің психологиялық статусы қатынас шеңберінің кішіреюімен, эмоциялық және жеке тұлғалық тұрақсыздығымен сипатталады (қарт кісілердің 65,9% өз өмірлерін пайдасыз деп есептейді; тітіркену мен ашушаңдық қарт кісілердің 54,4%-нда жиі пайда болады, өзіне және қоршаған ортаға деген немқұрайлылықты қарт кісілердің 65,5 жиі сезінеді). Аталған өзгерулер қарт кісілердің әлеуметтік психологиялық жана өмірге бейімделуін қиындатады. Сондықтан бұл категория медициналық-әлеуметтік қызмет кешені шеңберінде көрсетілетін білікті психологиялық қызмет көрсетуді қажет етеді.

– қарт кісілердің 10% кеміне (9,8%) әлеуметтік қызметкерлер тарапынан үйде әлеуметтік қызмет көрсетілген. Алайда, сауалнама нәтижесі бойынша ондай қызмет респонденттердің 67% қажет.

- қарт кісілер үшін медициналық көмектің қол жетімділігінің төмендігі анықталды. Сауалнама нәтижесі бойынша соңғы 2 ай ішінде қарт кісілердің 33%-на ешкім келмеген. Осы мезгілде 35,1%-ы өздері емханаға бармаған. Бармағандардың 25% емханаға жетуінің қиындығын алға тартқан.

- жедел жәрдем шақырту деңгейі жоғары болып қалуда. Сауалнаманың нәтижесі бойынша соңғы 3 ай ішінде қарт кісілердің 60% жедел жәрдемді 2 реттен артық шақыртқан, 40% 3 реттен артық шақыртқан. Осының өзі емхана жұмысының тиімсіздігін көрсетеді.

- қарт кісілердің төмен комплаенттігі анықталды. Сауалнама нәтижесі бойынша берілген дәрі-дәрмектерді тек 41,2%-ы үнемі қабылдап жүреді;

- медициналық белсенділіктің төмендігі назар аудартады – респонденттердің 61,5% ғана жыл сайынғы медициналық қараудан өтетінін айтты. Қалпына келтіру емін соңғы айлар ішінде респонденттердің 67% ғана қабылдаған.

Қарт және егде тартқан кісілердің негізгі қажеттіліктерін бағалау мақсатында **ТСБАЭЖ** әдістемесінің көмегімен берілген контингенттің медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмекке тәуелділігін интегралды бағалануы жүргізілді.

4.3 Медициналық–әлеуметтік және психологиялық көмекке егде және қарт адамдардың тәуелділігін интегралдық (сараптамалық) бағалау

Егде адамдардың медициналық-әлеуметтік көмекке тәуелділігін интегралды (кешенді) бағалау ТСБАЭЖ Сараптамалық жүйесінің көмегімен жүзеге асырылды (Қосымша).

Бағдарламада медициналық-әлеуметтік көмекке тәуелділік класы мен денсаулықтың субъективті сипаттамаларына байланысты әрбір жастық-жыныстық әлеуметтік топқа арналған қызметтік жағдайларын регрессиялық модельдерін құруға негізделген медициналық көмекке қажеттілігі және денсаулықты бағалау әдісі пайдаланылады.

ТСБАЭЖ эксперттік жүйесі келесі мүмкіндіктерді қамтамасыз етеді:

- медициналық-әлеуметтік көмекті ұйымдастыру туралы шешім қабылдау үшін ақпарат жинауды жүзеге асырады (70 сұрақ бойынша сауалнама алу; диалогтық режим);

- зерттелушіні жауаптарының сәйкестігін анықтау (психикалық сақтануға жүргізілетін тест);

- егде жастағы адамдардың қызметтік мүмкіндіктерінің 0,00-1,00 аралығындағы диапазон индексінің сандық бағасының 100 балдық шкаласы мен 10 құраушы бойынша тәуелділік деңгейі (физикалық мүмкіндіктерінің жағдайы – қозғалыс белсенділігі мен өз-өзіне қызмет көрсету қабілеті, әлеуметтік белсенділігі, психологиялық статусы, қан айналу, нерв, сүйек-бұлшықет, несеп-жыныс жүйелерінің, сезім мүшелерінің жағдайы, өзінің денсаулығын бағалауы мен медициналық қызметтерді қолдану деңгейі);

- тәуелділіктің интегралды индексінің есебі және соның мәніне сәйкес егде жастағы адамдарды медициналық-әлеуметтік тәуелділіктің төрт класына шартты түрде бөлу;

- тәуелділік класына сәйкес (пациенттің денсаулығының және қызметтік мүмкіндіктерінің жағдайы) медициналық, әлеуметтік және психологиялық деңгейлерді анықтау.

Әдістемеге сәйкес денсаулықтың келесі факторларын ажыратады:

1. *ФМ* – физикалық мүмкіндіктер
2. *СБЖ* – сүйек-бұлшықет жүйесі
3. *НЖ* – нерв жүйесі
4. *ЖҚЖ* – жүрек-қан тамыр жүйесі
5. *ӘБ* – әлеуметтік белсенділік
6. *ПС* – психологиялық статус
7. *НЖЖ* – несеп-жыныс жүйесі
8. *СА* – сезім ағзалары
9. *ӨДБ* – өзінің денсаулығын бағалауы
10. *МҚҚ* – медициналық қызметтерді қолдануы

Содан кейін денсаулықтың әр факторы бойынша орташа есептелген сумма шығарылады

Мұндағы, $\Sigma\PhiЗ = \Sigma W_i/i$,

ДФЗ – денсаулық факторы

ΣW_i – таңдап алынған жауаптар салмағының қосындысы

i – таңдап алынған жауаптар саны

келесі қадам – тәуелділіктің интегралды индексі формула бойынша есептеу:

ИНТ = 0,65* Σ ФВ + 0,15* Σ КМС + 0,1* Σ НС+0,1* Σ ССС, мұндағы,

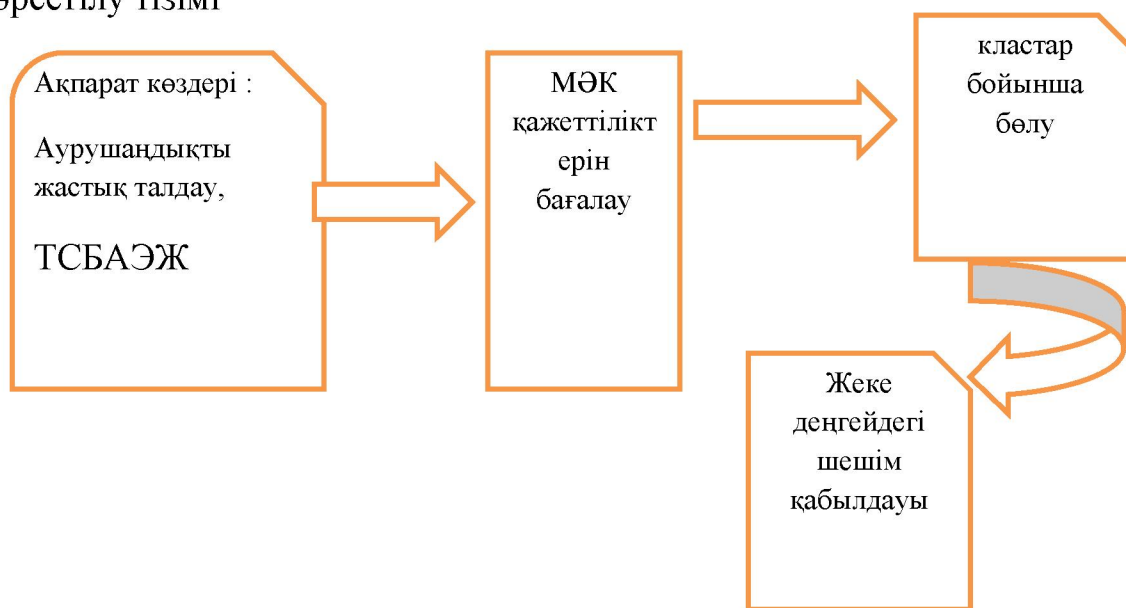
Σ ФМ – физикалық мүмкіндіктер бойынша орташа есептелген қосынды

СБЖ – сүйек-бұлшықет жүйесі бойынша орташа есептелген қосынды

Σ НЖ – нерв жүйесі бойынша орташа есептелген қосынды

ЖҚЖ – жүрек-қан тамыр жүйесі бойынша орташа есептелген қосынды

Интегралдық индекс (ИИ) мәні бойынша барлық зерттелушілерді шартты 4 класқа бөлуге болады, олардың әрқайсысы үшін тиісті медициналық қызмет көрсетілу тізімі



Сурет 61 - Медициналық-әлеуметтік көмекке қажеттіліктерді бағалаудың автоматтандырылған бағдарламасының жұмыс сызбасы

Бұл жүйе адамның физикалық мүмкіндіктеріне, әлеуметтік белсенділігіне, психологиялық жағдайына, жүрек-қан тамыр жүйесі, тірек-қимыл аппараты жүйесі, нерв жүйесіне, несеп-жыныс жүйесіне, сезім мүшелеріне, денсаулық жағдайына және медициналық қызметтерді қолдануына байланысты басқа адамның көмегіне мұқтаждығының жекелеген индекстерін алуға да мүмкіндік береді. Бұл тарауда егде жастағы адамдардың медициналық-әлеуметтік көмекке мұқтаждық деңгейі мен қызметтік мүмкіндіктерінің интегралды бағасының нәтижелері келтірілген. Біз егде жастағы адамдардың жасқа байланысты қызметтік мүмкіндіктерінің интегралды бағасын жүргіздік (31 кесте)

Кесте 31 - Жас топтар бойынша егде жастағы адамдардың функционалдык кабілетін интегралды бағалау

Денсаулық факторлары	Жас топтары					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Физикалық мүмкіндіктер	0,30 95% СИ (0,28- 0,31)	0,32 95% СИ (0,30; 0,34)	0,35 95% СИ (0,33- 0,37)	0,35 95% СИ (0,35- 0,37)	0,35 95% СИ (0,33- 0,37)	0,36 95% СИ (0,34- 0,38)
Әлеуметтік белсенділік	0,57 95% СИ (0,55- 0,59)	0,52 95% СИ (0,50- 0,54)	0,52 95% СИ (0,50- 0,54)	0,53 95% СИ (0,51- 0,55)	0,54 95% СИ (0,52- 0,56)	0,55 95% СИ (0,53- 0,57)
Психологиялық статус	0,36 95% СИ (0,34; 0,38)	0,41 95% СИ (0,40; 0,44)	0,42 95% СИ (0,38; 0,44)	0,42 95% СИ (0,38; 0,44)	0,48 95% СИ (0,46; 0,50)	0,48 95% СИ (0,46 0,50)
Нерв жүйесі	0,47 95% СИ (0,45; 0,49)	0,48 95% СИ (0,46; 0,51)	0,48 95% СИ (0,43; 0,50)	0,48 95% СИ (0,42; 0,49)	0,50 95% СИ (0,43; 0,51)	0,56 95% СИ (0,50; 0,61)
Жүрек-қан тамыр жүйесі	0,43 95% СИ (0,41; 0,45)	0,47 95% СИ (0,45; 0,49)	0,47 95% СИ (0,43; 0,49)	0,49 95% СИ (0,46; 0,53)	0,49 95% СИ (0,46; 0,53)	0,50 95% СИ (0,45; 0,56)
Несеп-жыныс жүйесі	0,44 95% СИ (0,42; 0,46)	0,51 95% СИ (0,49; 0,53)	0,52 95% СИ (0,48; 0,54)	0,53 95% СИ (0,50; 0,57)	0,54 95% СИ (0,44; 0,55)	0,54 95% СИ (0,49; 0,59)
Сезім мүшелері	0,37 95% СИ (0,36; 0,39)	0,41 95% СИ (0,40; 0,43)	0,42 95% СИ (0,39; 0,44)	0,43 95% СИ (0,40; 0,45)	0,48 95% СИ (0,43; 0,51)	0,48 95% СИ (0,43; 0,51)
Сүйек-бұлшықет жүйесі	0,32 95% СИ (0,30; 0,34)	0,34 95% СИ (0,32; 0,36)	0,34 95% СИ (0,31; 0,37)	0,35 95% СИ (0,32; 0,37)	0,38 95% СИ (0,33; 0,41)	0,37 95% СИ (0,32; 0,42)
Өзінің денсаулығын бағалауы	0,50 95% СИ (0,49; 0,52)	0,51 95% СИ (0,50; 0,53)	0,52 95% СИ (0,49; 0,54)	0,54 95% СИ (0,51- 0,56)	0,58 95% СИ (0,55- 0,61)	0,58 95% СИ (0,55; 0,61)
Медициналық қызметтерді қолдануы	0,34 95% СИ (0,32; 0,35)	0,37 95% СИ (0,35; 0,38)	0,38 95% СИ (0,35; 0,41)	0,38 95% СИ (0,35; 0,41)	0,43 95% СИ (0,40; 0,46)	0,49 95% СИ (0,45; 0,53)

Сонымен, организмнің физикалық мүмкіншіліктерінің индекстерін денсаулықтың бірнеше факторлары бойынша салыстыру жас келген сайын егде жастағы адамдардың денсаулығы нашарлап, денсаулық сақтау қызметтеріне мұқтаждық артады деп болжамдауға мүмкіндік береді. Бұл гипотезаны нақтылау үшін біз бірфакторлы дисперсиялық талдауды қолдандық [157] кесте 32.

Кесте 32 - Жас топтарындағы айырмашылықты бағалау үшін бірфакторлы дисперсиондық талдау (ANOVA)

Денсаулық факторлары	F	df	p
Физикалық белсенділік	1,125	34	0,28
Әлеуметтік белсенділік	1,867	34	0,002
Психологиялық статус	1,688	34	0,008
Нерв жүйесі	1,65	34	0,01
Жүрек-қан тамыр жүйесі	2,036	34	0,0001
Несеп -жыныс жүйесі	1,433	34	0,05
Сезім ағзалары	1,45	34	0,05
Сүйек-бұлшық ет жүйесі	1,658	34	0,01
Денсаулықты өзі бағалауы	1,013	34	0,4
Медициналық қызметті қолдану	1,433	34	0,05

Кестеден көріп отырғанымыздай, орташалар арасындағы статистикалық маңызды айырмашылықтар денсаулықтың «әлеуметтік белсенділік», «психологиялық статус» «нерв жүйесі», «несеп-жыныс жүйесі», «сезім ағзалары», «сүйек-бұлшықет жүйесі» және «денсаулықты өзін-өзі бағалау» сияқты факторлары бойынша алынды. Бізбен зерттелетін топтарда айырмашылықтарды анықтауға апостериорлы салыстыру жүргізілді. Ол біздің гипотезаны яғни денсаулықтың аталған факторларының басым бөлігі мен жас арасындағы байланысты растады –33 кесте

Кесте 33- Орта шамаларды апостериорлы салыстыру нәтижелері

	квадраттар қосындысы	Ст.св.	Орта квадрат	F	p
Физикалық белсенділік					
1	2	3	4	5	6
Топ ішінде	151,004	2686	0,456	8,1	
			0,056		
Топтар арасындағы	2,150	34			0,004
Әлеуметтік белсенділік					
Топтар арасындағы	3,683	33	0,7	1,8	
Топ ішінде	155,819	32	1,0		0,002
психологиялық статус					
Топтар арасындағы	5,583	34	0,6	6,9	0,008
Топ ішінде	261,2	32	0,3		
Нерв жүйесі					

33 – кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6
Топтар арасындағы	5,3	34	0,155	4,9	0,011
Топ ішінде	252,2	33	0,094		
Жүрек қан тамырлар жүйесі					
Топтар арасындағы	6,038	34	0,178	7,7	0,0001
Топ ішінде	234,3	33	0,087		
Несеп-жыныс жүйесі					
Топтар арасындағы	3,019	33	0,089	5,4	0,05
Топ ішінде	166,456	34	0,062		
Сезім жүйесі					
Топтар арасындағы	3,571	34	3,571	7,1	0,046
Топ ішінде	195,1	33	195,1		
сүйек-бұлшықет жүйесі					
Топтар арасындағы	5,829	34	0,171	1,0	0,01
Топ ішінде	277,8	33	0,103		
Денсаулықты өзін-өзі бағалау					
Топтар арасындағы	1,5	34	1,454	1,013	0,4
Топ ішінде	113,4	33	113,4		
Мед. қызметті қолдану					
Топтар арасындағы	3,184	34	3,184	1,433	0,05
Топ ішінде	175,5	33	175,5		

Кестеден көріп отырғанымыздай, барлық денсаулық факторлары үшін статистикалық маңызды айырмашылықтар алынды, бұл көптеген денсаулық факторларының жасы бойынша дерлік сызықтық тәуелділігін тағы бір рет растайды. 30-кестеде денсаулық факторлары мен жыныс арасындағы тәуелділіктің бары туралы гипотезасын тексеру үшін бір факторлы дисперсиялық талдаудың нәтижелері келтірілген.

Кесте 34- Жынысы бойынша айырмашылықты бағалау үшін бірфакторлы дисперсиондық талдау (ANOVA)

Денсаулық факторлары	F	df	p
Физикалық белсенділік	2,7	1	0,1
Әлеуметтік белсенділік	0,9	1	0,3
Психологиялық статус	2,381	1	0,1
Нерв жүйесі	2,18	1	0,14
Жүрек-қан тамыр жүйесі	8,561	1	0,003
Несеп-жыныс жүйесі	8,14	1	0,004
Сезім жүйесі	0,197	1	0,65
Сүйек-бұлшықет жүйесі	8,045	1	0,005
Денсаулықты өзін-өзі бағалау	3,981	1	0,046
Медициналық қызметті қолдану	0,645	1	0,4

Осылайша, орташа көрсеткіштер арасындағы статистикалық маңызды айырмашылық «жүрек-қан тамырлары жүйесі» факторы бойынша алынған. Ер

адамдарда әйелдерге карағанда жүрек-қан тамырлары ауруларының жиілігі 75 жасқа дейін дерлік жоғары болып, одан кейін ЖҚА жиілігі теңесетіні белгілі. 55 жасқа дейін ерлер арасында ЖҚА-ның жиілігі әйелдердің санына карағанда үш-төрт есе жоғары. 55 жастан кейін ЖҚА-ның өсу қарқыны ерлерде бәсеңдеп, ал әйелдерде артады. Ерлермен салыстырғанда, әйелдердегі коронарлық ауруорта есеппен 10 жылға кеш пайда болады, ал миокард инфарктісі және кенеттен қайтыс болу әйелдерде көбіне 55 жастан кейін болады, оларлерге карағанда 20 жылға кештеу [158,159].

Тірек-қимыл жүйесінің (әсіресе остеопороз және остеоартриттер) ауруларыәйелдерде көбіне менопауза басталғаннан кейін жиі кездеседі. Біздің зерттеулердің нәтижелері бойынша тірек-бұлшық ет аурулары әйелдер арасында 383,7/1000 адамға, ал ерлер арасында204,8/1000 адамға кездеседі.

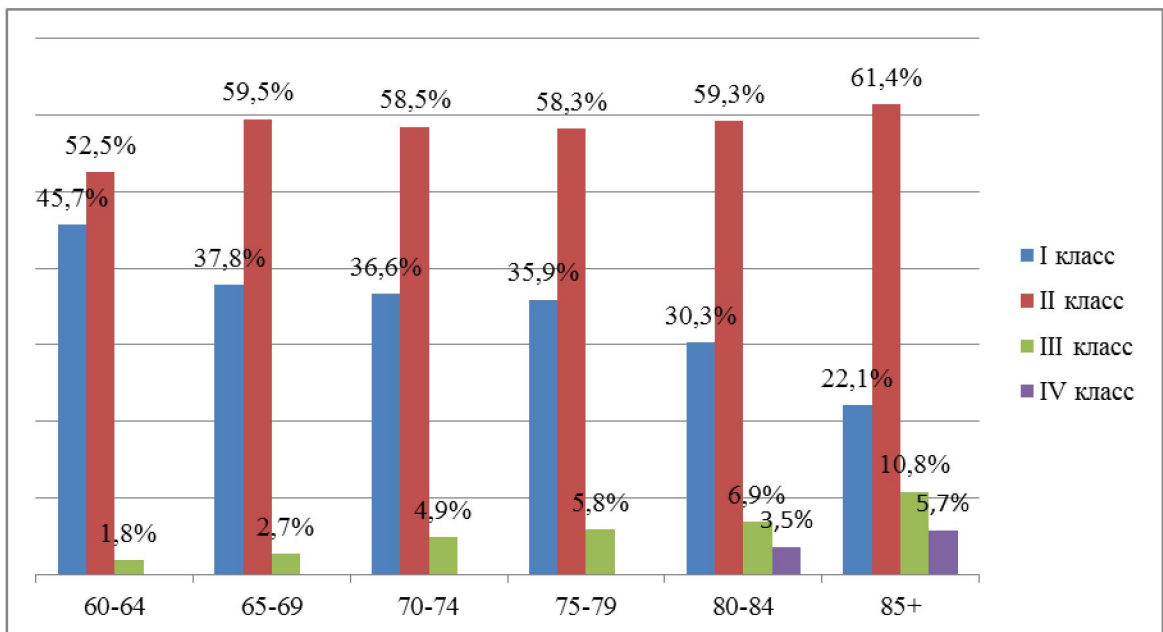
Біздің ойымызша, медициналық қызмет көрсету индексінің мәні, әсіресе тірек-қимыл, нерв жүйесі және басқа мүмкіндіктерінің жағдайына байланысты көмекке тәуелді болу индексі өте жоғары болып табылатын егде жастағы пациенттер үшін медициналық қызметтің қол жетімділігінің нашарлығының көрсеткіші болып табылады.

Келесі қадамда респонденттердің ИНТ мәнінің негізінде қай медициналық-экономикалық класқа жататыны анықталды. 35 - кестеде медициналық-экономикалық кластардың сипаттамалары интегралды бағалаудың мәніне байланысты ұсынылады.

Кесте 35- Кластардың сипаттамасы

Медициналық, әлеуметтік және психологиялық қажеттіліктерінің класы	ИИ мәні	Кластың сипаттамасы
I класс	0 < 0.3	Медициналық тексеру және алдын-алу реабилитациясын өтіп, жыл сайынғы медициналық тексеруден өтуді қажет ететіндер
II класс	0.3 < 0.75	Белсенді медициналық бақылау мен қалпына келтіру емінің қажеттілігін көрсетеді.
III класс	0.75 < 0.95	Қарқынды ем мен медициналық-әлеуметтік реабилитацияны қажет ететіндер
IV класс	0.95 - 1	Үнемі күнделікті медициналық-әлеуметтік, тұрмыстық көмекті толық көлемде қажет ететіндер

Алынған нәтижелердің негізінде бізбен егде және қарт адамдарды аймақтық емханада тәуелділік кластарына бөлдік – 62,63 суреттер.

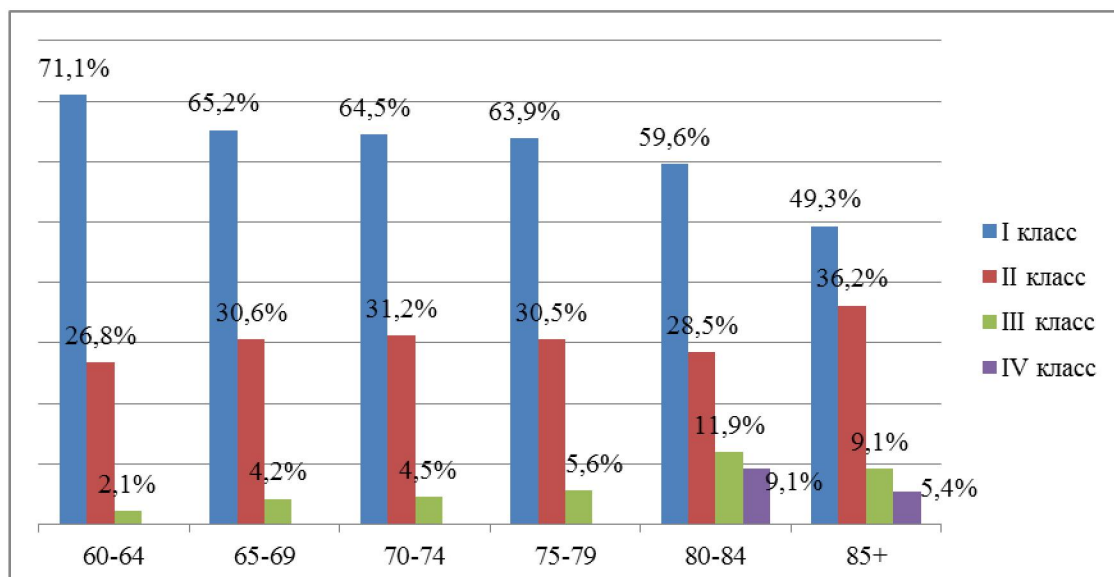


Сурет 62 - Егде және қарт жастағы адамдарды тәуелділіктің шартты кластары бойынша бөлу, %, № 5*ҚЕ

* Айырмашалықтың статистикалық мәні $\chi^2_{=21,3}$ $p=0,019$

Суреттен көріп отырғанымыздай қажеттіліктің 2-класына жатқызылған егде жастағылар саны жас келген сайын жоғарылап, 85 жаста максималды шегіне жетті – 61,4%. Қажеттіліктің 1-класына жатқызылған егде жастағылар арасында ең жоғары сан 60-64 жас арасындағы топта - 45,7%, бұл аталған жастағы әйел және ер адамдардың қызмет етуді жалғастыруымен, әлеуметтік белсенді болуымен және кезеңдік медициналық көмекті ғана қажет етуімен байланысты. Шартты түрде қажеттіліктің үшінші класына жатқызылған егде жастағылардың үлесі жасқа байланысты заңдылық бойынша 60-64 жас аралығында - 1,8%, 85-тен асқандарда - 10,8% жоғарылады. Қажеттіліктің төртінші класына 80-84 жас аралығындағы адамдардың - 3,5%, ал 85 жастан асқандардың - 5,7% жатқызылды.

Мұндай көрініс аймақ бойынша №2 ҚЕ бекітілген егде жастағы адамдарды қажеттілік бойынша класқа бөлгенде де анықталды (сурет 63).

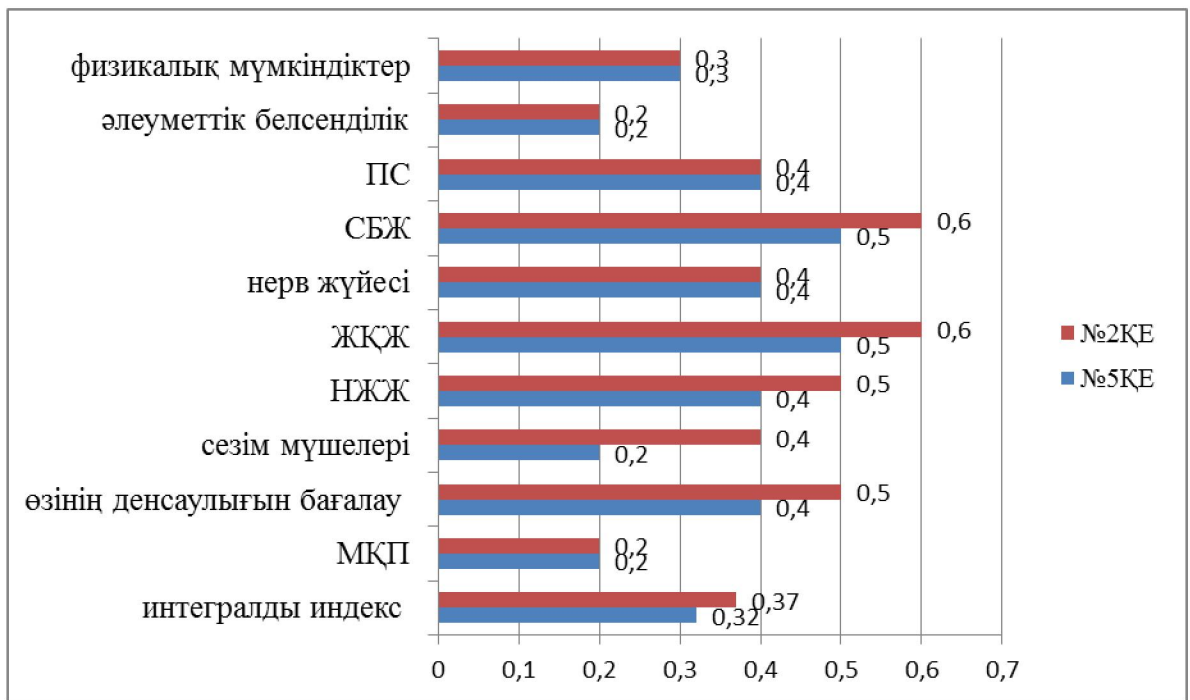


Сурет 63-Егде және қарт жастағы адамдарды тәуелділіктің шартты кластары бойынша бөлу, %, №2 ҚЕ

* Айырмашалықтың статистикалық мәні $\chi^2_{=33,3} p=0,01$

Диаграммадан көріп тұрғандай, жас келе қажеттіліктің бірінші класына жатқызылатын қарт кісілердің үлесі 60-64 жастағылар арасындағы 71,1%-дан, 85 жастан жоғары топтарда 49,3%-ға азайғаны көрініп тұр. Сәйкесінше, жас келе тәуелділіктің екінші класына жатқызылатын қарт кісілердің үлесі көбейеді – 60-64 жастағылар арасында 26,8% -дан, 85 жастан жоғары топтағы 36,2%-ға дейін. Жасы ұлғайған сайын егде және қарт жастағы адамдарды қажеттіліктің үшінші және төртінші класына жатқызылу үлесі көбейеді.

Алынған нәтижелердің негізінде, біз әрбір шартты класс үшін медициналық-әлеуметтік көмекке егде және қарт адамның функционалдық мүмкіндіктері мен қажеттілік деңгейіне интегралды бағалау жүргіздік (сурет 64).

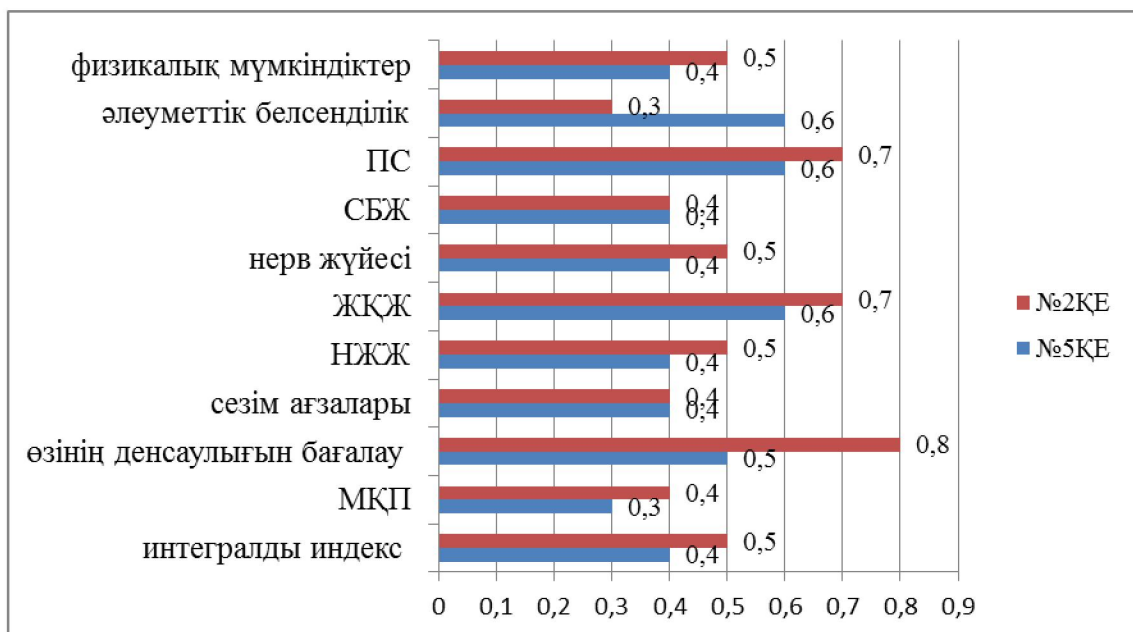


Сурет 64-Егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қызметтік мүмкіндіктері мен тәуелділіктің I шартты класы бойынша интегралды бағалау (екі емхана бойынша)

Ескерту - Айырмашалықтың статистикалық мәні $\chi^2=190,1$ $p=0,0001$

Есептеулердің қорытындысы бойынша екі емхана арасында интегралдық көрсеткіштің арасында айтарлықтай айырмашылықтарды көрсетті: тірек-қимыл аппаратының жағдайы (0,5 және 0,6 балл), жүрек-қан тамыр жүйесі (0,5 және 0,6 балл), несеп-жыныс жүйесі (0,4 және 0,5 балл).

Сол сияқты, екінші және үшінші қажеттіліктерді бағалауында да дәл сондай нәтижелер алынды (сурет 65).

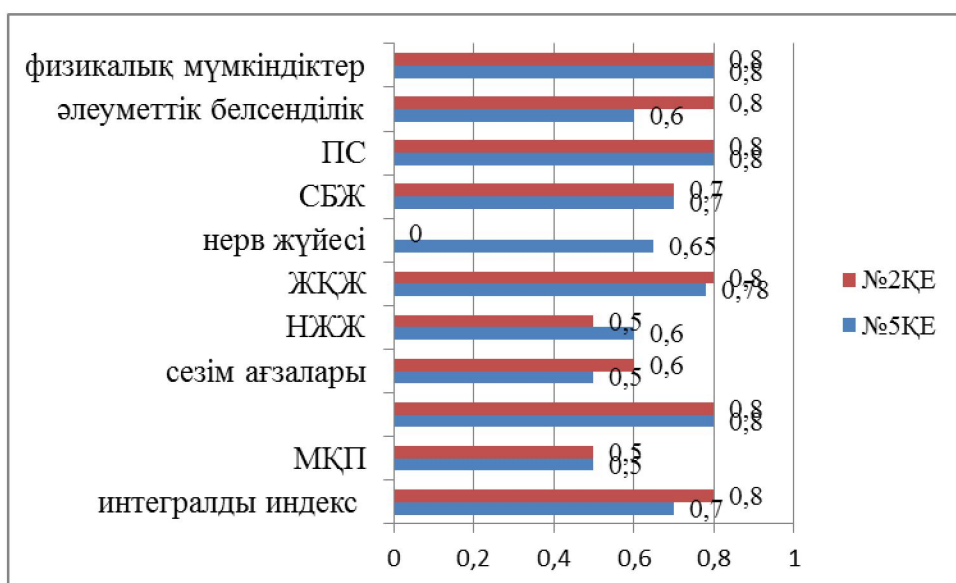


Сурет 65 - Егде және қарт жастағы адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қызметтік мүмкіндіктері мен қажеттіліктің II шартты класы бойынша интегралды бағалау

* Айырмашылықтың статистикалық мәні $\chi^2_{194,4} p=0,0001$

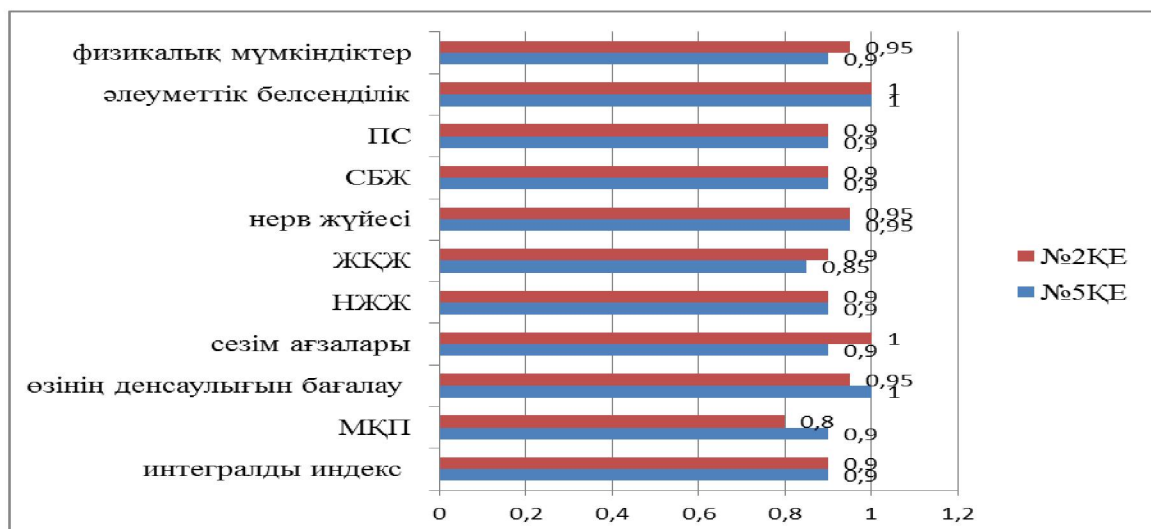
Диаграммадан көріп отырғанымыздай респондерттерде қажеттіліктің екінші тобын: психологиялық статусы, жүрек-қантaмыр жүйесінің жағдайы, денсаулықтың өзін-өзі бағалауының бірлікке жақындауы құрайды. Әлеуметтік белсенділікті (0,3 және 0,6) және денсаулықтың өзін-өзі бағалауында (0,5 және 0,8) анықталған айырмашылықтардың мәні респонденттердің арасында статистикалық маңызды емес ($p = 0,01$)

Тәуелділіктің 3-ші классы бойынша денсаулықты құрайтын барлық индекстердің мәні бірге тең болған, айырмашылықтардың статистикалық мәні $\chi^2 = 191, p = 0,0001$. Статистикалық мән айырмашылықтары емханалар арасында анықталмады (сурет 66).



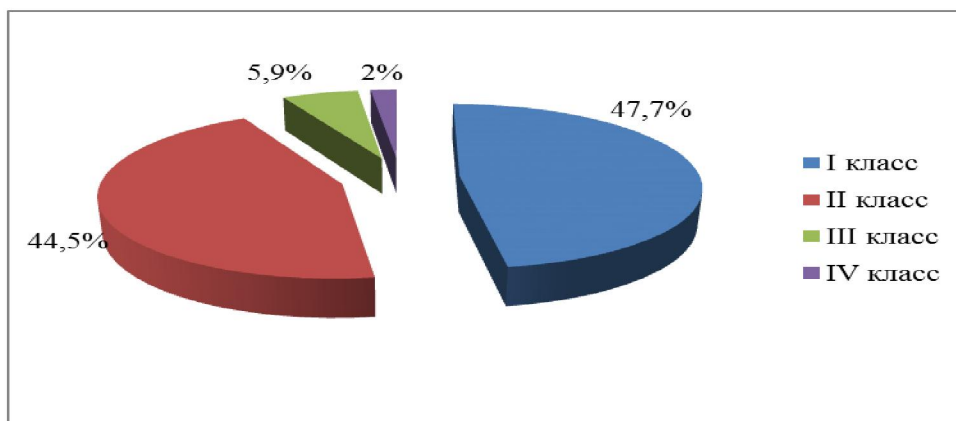
Сурет 66 - Егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қызметтік мүмкіндіктері мен қажеттіліктің III шартты класы бойынша интегралды бағалау

Қажеттіліктің 4-ші класы бойынша денсаулықты құрайтын барлық индекстердің мәні бірге тең болған, айырмашылықтардың статистикалық мәні $\chi^2=191$, $p=0,0001$. Статистикалық мән айырмашылықтары емханалар арасында анықталмаған.



Сурет 67 - Егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қызметтік мүмкіндіктері мен тәуелділіктің IV шартты класы бойынша интегралды бағалау

Суретте барлық респонденттердің шартты қажеттілік кластары бойынша бөлінуі көрсетілген, оның ішінде қажеттіліктің бірінші класына 47,7% құрайтын егде және қарт адамдар, екінші класы 44,5%, үшінші класы 5,9%, төртінші класы 2% құрады.



Сурет 68 - Барлық егде және қарт адамдарды медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетуі бойынша шартты кластарға бөлу

* Айырмашалықтың статистикалық мәні $\chi^2_{=951,3} p=0,0001$

Алынған нәтижелерге сүйене отырып егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке деген қажеттіліктерін класс бойынша анықтадық (кесте 36).

Кесте 36- Егде және қарт адамдардың негізгі медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке деген қажеттіліктері

Медициналық көмекке қажеттілік	Әлеуметтік көмекке қажеттілік	Психологиялық көмекке қажеттілік
Тәуелділіктің I класы		
1	2	3
Кезеңдік бойынша медициналық қарау, реабилитациялық және алдын алу шаралары, бірінші кезекте ЖҚА (И.И.=0,5-0,6), несеп-жыныс (И.И.=0,4-0,5) және сүйек-бұлшық ет жүйесі (И.И.=0,5-0,6)	Қажет емес	Психоэмоционалдық көмек көрсетілім бойынша
Тәуелділіктің II класы		
Белсенді медициналық бақылау және қалпына келтіру бойынша ем, әсіресе ЖҚА аурулары (И.И.=0,6-0,7)	Қажет емес	Психологиялық статусын есепке ала отырып (И.И.=0,6-0,7), тұрақты психоэмоционалдық қолдау, қатысу, жанашырлық танытуды талап етіледі.
Тәуелділіктің III класы		
Арнайы медициналық көмекке қажеттілік, бірінші кезекте келесі индикаторлар бойынша: физикалық	Тұрақты негізде мекен-жайлық әлеуметтік-тұрмыстық көмек	Тұрақты психоэмоционалдық қолдау, қатысу,

36 – кестенің жалғасы

1	2	3
мүмкіндіктері (И.И.=0,8), мүмкіндіктері (И.И.=0,6-0,8), психологиялық статус (И.И.=0,7-0,8), нерв жүйесінің аурулары (И.И.=0,7-0,8), жүрек- қан тамыр жүйесі аурулары (И.И.=0,8), сүйек-бұлшық ет аурулары (И.И.=0,6-0,8)		жанашырлық таныту
	Тәуелділіктің IV класы	
И.И барлық мәні 0,9-1,0 тең. Үйде ұзақ уақыт бойы медициналық көмекке қажеттілігі, үй жағдайында медициналық, физикалық және психологиялық реабилитация курстарын жүргізу, дәрігер мен патронаждық медбикенің тұрақты күнделікті бақылауы	Әлеуметтік жұмысшалардың, волонтерлердің көмегіне қажеттілігі. Осы топтың жеке тұлғалары үшін зейнеткерлерге арналған интернат үйіне қоныс аудару мәселесі шешілуі мүмкін.	Тұрақты психоэмоцион алдық қолдау, қатысу, жанашырлық таныту

Сонымен, қажеттіліктің бірінші класына жатқызылған егде жастағы адамдардың санының жас келген сайын 60-64 жас аралығында - 47,4%, ал 85 жастан жоғары - 40,2% дейін азаю заңдылығы байқалады;

- сәйкесінше жасы үлкейген сайын қажеттіліктің екінші класына жатқызылған егде жастағы адамдар саны 60-64 жас аралығында 49,3%, 85 жастан жоғары 53,5% дейін өседі; сондай-ақ, жас келген сайын қажеттіліктің үшінші және төртінші кластарына жатқызылған егде жастағы адамдар саны да артады;

- біз бірінші класқа жатқызған егде жастағы адамдар үлесінің жоғары болуы бұл жастағы әйелдер мен ер адамдар еңбек қызметтерін жалғастыруымен, әлеуметтік белсенді болуымен және тек кезеңдік медициналық көмекті ғана қажет ететінімен түсіндіріледі;

- медициналық қызметтерді қолдануда қажеттіліктің бірінші класына - 0,2-ден, төртінші класқа – 0,9-ға дейін қажеттілік класына байланысты қажеттілік индексі мәнінің тікелей тәуелділігі анықталды.

Зерттеу нәтижесінде келесілер анықталды:

- егде және қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке мұқтаждығы жас келген сайын аурудың өсуімен байланысты жоғарылайды.

- жастық патологиялардың жоғарылауына байланысты аурушандықтың жоғары көрсеткіштерімен негізделген медициналық көмекке мұқтаждық бірінші орында. Мысалы, 2016 ж. әртүрлі аурулармен медициналық мекемеге келген егде жастағы адамдар саны 20,4% жоғарылаған. Бұл кезде біріншілік ауру көрсеткіштерінің максималды өсуі асқорыту жүйесі аурулары (89,7%); несеп-жыныс жүйесі аурулары (59,1%), қан және қан жасау жүйесі аурулары (44,6%); сүйек-бұлшықет жүйесі аурулары (18,3%); қан айналым жүйесі аурулары (15,8%); тыныс жүйесі аурулары (8,8%) арасында болған.

- Егде жастағы қала тұрғындарының аурушандығының жоғары болуы, сонымен қатар, оларда полиморбидтылықтың болуы емдеу-алдын-алу және

реабилитациялық шаралар қолданғанда сараланған жолды талап етеді.

- Алынған мәліметтердің талдауы егде және қарт адамдардың физикалық белсенділігінің төмендеуімен (сауалнама мәліметтері бойынша егде жастағы адамдардың 40% алысқа жүре алмаса, 15,7% өздіктерінен тамақ істеп, үй жинай алмайды); араласатын адамдардың болмауымен, эмоционалды және жеке тұрақсыздықпен, егде жастағы адамдардың өмірлік жаңа жағдайларға әлеуметтік-психологиялық бейімделуінің қиындығымен жүретін жалғыздықпен (егде жастағы адамдардың 34,4% жалғыз тұрады, жалғыз тұратындардың ең көбі 75-89 жас аралығындағы топта) байланысты физикалық жағдайы мен психологиялық көмекке мұқтаждығы арасындағы байланыстың жоғары екенін көрсетті. Организмнің жеке ерекшеліктерін, қызметтік жағдайын және егде жастағы адамдардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке (ТСБАЭЖ) мұқтаждық деңгейін анықтау технологиялары мүмкіндік береді.

- ТСБАЭЖ көмегімен егде жастағы адамдардың әлеуметтік-тұрмыстық көмектің әртүріне мұқтаждықтарының жоғары деңгейі анықталды. АМСК мекемелерінің әлеуметтік қызметтер және мемлекеттік емес ұйымдармен бірге қызмет ету қажеттілігі дәлелденді. Мысалы, егде жастағы тұрғындардың 47,7% респонденттері қажеттіліктің 1 шартты класына жатады және жыл сайынғы медициналық бақылау мен қоғамдық өмірге белсенді интеграцияға мұқтаж; 44,5% (тәуелділіктің 2 класы) - белсенді медициналық бақылауға, медициналық-әлеуметтік қызметтердің тұрғылықты жеріне жақын болуына мұқтаж; 5,9% (тәуелділіктің 3 класы) - қарқынды стационарлық ем мен содан кейінгі үй жағдайында емдеудің қалпына келтіру кезеңіне және жартылай күнделікті әлеуметтік-тұрмыстық көмекке мұқтаж; 2% (тәуелділіктің 4 класы) – ұзақ уақытқа арналған немесе паллиативті медициналық көмекке және үйде көрсетілетін тұрақты, жан-жақты тұрмыстық көмекке мұқтаж.

- Егде жастағы тұрғындарға жүргізілген зерттеулердің нәтижелері, талдаулары мен есептеулері егде жастағы тұрғындарға жастық өзгерістеріне, организмнің жағдайына, сондай-ақ, пациенттердің әлеуметтік статусын ескере отырып оларға АМСК мекемесі деңгейінде көмек көрсету бойынша шараларды жасауға мүмкіндік береді.

- Пациенттерді шартты медициналық-әлеуметтік кластарға бөлу АМСК ұйымдары ресурстарын қолдану нәтижелігін арттыруға жағдай жасайды. Егде жастағы тұрғындарға АМСК мекемесі деңгейінде медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетуді жетілдіру кенестерін кешенді түрде жасау үшін аталған емхана дәрігерлері мен мейірбикелері арасында әлеуметтік сауалнама жүргіздік.

Кестеден көріп отырғанымыздай денсаулықтың барлық факторлары бойынша статистикалық мәні бар барлық айырмашылықтар алынды, бұл денсаулықтың көптеген факторларының жасқа толық сызықтық тәуелді екенін тағы да дәлелдейді. 30 кестеде жыныс пен денсаулық факторлары арасындағы тәуелділік туралы гипотезаны тексеру үшін бір факторлы дисперсиондық талдау нәтижелері келтірілген.

5 АМСК ҰЙЫМДАРЫНДА ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ АДАМДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ТАЛДАУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ ҮЛГІСІН НЕГІЗДЕУ

Медициналық-әлеуметтік жұмыс кәсіби қызмет ретінде денсаулық сақтау мен әлеуметтік қорғау аясында түзіледі. Егде және қарт жастағы адамдармен медициналық-әлеуметтік жұмыс жүргізу мақсаты егде жастағы адамдардың денсаулығының, қызмет етуінің және қоршаған ортаға бейімделуінің оптималды деңгейіне жету болып табылады.

Медициналық-әлеуметтік қызметтің негізгі міндеттері келесілер:

- егде және қарт жастағы адамдардың әлеуметтік қорғалуы мен оларды қолдаудың мемлекеттік кепілдігін қамтамасыз ету;

- егде және қарт жастағы адамдарға көрсетілетін медициналық, әлеуметтік және психологиялық көмектің қолжетімділігі мен сапасын жоғарылату [158].

Қазіргі таңда емханалар тұрғындарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсетілетін жалғыз дерлік медициналық құрылым болып табылады, ал егде жастағы пациенттер қабылдауға келгендердің басым көпшілігін құрайды. Дәрігерлерге жүргізілген сауалнама мәліметтері бойынша пациенттердің бұл тобы емханаға келушілердің жоғары пайызын құрайды: дәрігерлердің 30,1% егде жастағы тұрғындардың айына бір реттен көп келетінін көрсетсе, 30,7% квартал сайын келетінін айтқан [159-161].

Егде және қарт адамдарға көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмектің сапасына әсер ететін негізгі факторларды анықтау үшін арнайы жасалған сауалнама бойынша №2 және №5 ҚЕ дәрігерлері мен мейірбикелерінің арасында бір мезеттік, жалпы және жасырын (Қосымша) сауалнамалар жүргізілді.

Егде және қарт жастағы пациенттермен және мүгедектермен жұмыс істеу тек кәсібилікті ғана талап етіп қоймай, сонымен қатар, моралдық, эмоционалды және психологиялық шығынды көп қажет ететін ең ауыр жұмыстардың бірі болып табылады. Бұл бір жағынан, егде жастағы адамдардың психологиялық-эмоционалды ерекшеліктерімен, оларда бір мезгілде бірнеше созылмалы аурулардың болуымен түсіндірілсе, екіншіден, кәсіби қызметтің қолайсыз шарттарымен: қабылдау кезінде толтырылатын медициналық құжаттардың көп болуымен, жұмыс көлемінің үлкен болуымен т.с.с. түсіндіріледі.

Егде және қарт пациенттерге медициналық көмек көрсетуде медицина қызметкерлеріне кездесетін қиындық тудыратын негізгі мәселелер ретінде:

- респонденттер науқасты қарау уақытының аздығын (жетпейтінін) (90% дәрігерлер, 69% мейірбикелер),

- толтырылатын құжаттардың көптігін (60% дәрігерлер, 83% мейірбикелер),

- егде және қарт жастағы адамдармен қарым-қатынас жасаудың қиындығын (60% дәрігерлер, 40% мейірбикелер),

- жеңілдікпен берілетін дәрілік заттардың аздығын (53% дәрігерлер, 53% мейірбикелер),
- жастық патологиялар туралы білімдерінің жеткіліксіздігін (47% дәрігерлер, 54% мейірбикелер),
- емханалардың жабдықталуы мен материалдық-техникалық базасының әлсіздігін (30% дәрігерлер, 40% мейірбикелер),
- науқастардың берілген кеңесті толық орындамайтынын (27% дәрігерлер, 56% мейірбикелер) көрсеткен (сурет 69).



Сурет 69 - Дәрігерлер мен мейірбикелердің егде және қарт жастағы пациенттерге медициналық көмек көрсетудегі қиындық тудыратын негізгі мәселелер туралы пікірі *

* Айырмашылық нақты, $\chi^2_{=23,8}$, $p=,000$

Тәжірибелік жұмыс өтілінің, медицина қызметкерлерінің біліктілігі мен егде жастағы адамдармен жұмыс істегенде кездесетін аталған мәселелер арасында статистикалық маңызды корреляциялық байланыс орнатылмаған.

Егде және қарт адамдарға көрсетілетін көмек түрі туралы сұраққа респонденттердің көпшілігі:

- үйде көрсетілетін медициналық көмекті 78,2% ($\chi^2 =17,5$; $p=0,0001$),
- психологиялық көмек көрсетуді – 41,8% ($\chi^2 =1,4$; $p=0,2$),
- реабилитацияны - 29,1% ($\chi^2 =9,6$; $p=0,002$)
- және басқа да көмек түрлерін – 3,6 ($\chi^2 =47,3$; $p=0,0001$) көрсеткен.

Дәрігерлер мен пациенттердің арасындағы қарым-қатынасты жақсарту үшін, егде жастағы пациенттердің негізгі мәселелерін анықтап, медициналық-әлеуметтік бейімділікті жақсартуға арналған кешенді алдын-алу шараларын жасау үшін көптеген пациенттерге тек психологиялық көмек қана керек болатындықтан мамандар жүктемесін азайту үшін амбулаторлық-емханалық ұйымдарда психологтың жұмысы қажет екені анық. [162].

Зерттеу нәтижесінде екі емхананың да штатты психологтармен қамтамасыз етілгені анықталды. Дәрігерлер мен мейірбикелердің 37,5% психологтардың егде жастағы пациенттермен үйрету тренингтерін өткізетінін көрсетті, 39,3% респонденттер психологтардың кеңестік психологиялық көмек көрсетінін атаған ($\chi^2 = 15,2$; $p=0,0001$), 12,5%-ы психологтардың егде және қарт жастағы адамдарға арналған мектептер ұйымдастыратынын көрсеткен ($\chi^2 = 27,1$; $p=0,0001$).

Егде және қарт жастағы тұрғындарға медициналық қызмет көрсеткен кезде геронтологтардың да қатысуы қажет. Екі емханада да штатты геронтологтар болғанымен олар геронтология бойынша дайындықтан өтпеген. Геронтологтар егде пациенттермен қалай жұмыс істейді деген сұраққа дәрігерлер мен мейірбикелердің берген жауаптарын келесідей реттілікпен көрсеттік:

1. пациенттерге кеңес береді - 39,3% ($\chi^2 = 12,5$; $p=0,0001$).
2. геронтолог жедел және созылмалы ауруларға көмек көрсеткен кезде қатысады - 30,4%; ($\chi^2 = 14,5$; $p=0,0001$).
3. егде жастағы пациенттерге стационарда да, үйде де көмек көрсеткен кезде оларды күту бойынша жоспар жасауға қатысады – 28,6%; ($\chi^2 = 4,5$; $p=0,0001$).
4. участкелік терапевтпен/ЖТД бірге алдын-алу шараларын жүргізеді – 17,9%; ($\chi^2 = 12,5$; $p=0,0001$).
5. дәрігерлер мен пациенттерге ақпараттық-білім беруге көмектеседі – 14,36%; ($\chi^2 = 32,7$; $p=0,0001$).
6. үйрететін тренингтер, әңгімелесулер өткізіп, егде жастағы адамдарға арналған мектептер ұйымдастырады – 12,5% ($\chi^2 = 10,3$; $p=0,0001$).

Геронтологтар мен әлеуметтік қызметкерлердің бірігіп жұмыс істеуі туралы сұраққа дәрігерлер мен мейірбикелердің берген жауабы «теріс».

Қандай ұйымдар/қоғамдар егде жастағы және мүгедек адамдардың мәселелерін шешуде айтарлықтай рөл атқарады деген сұрақтың жауабын келесідей реттілікпен беріп отырмыз:

1. мейірбикелік күтім көрсету ауруханалары – 80,4% ($\chi^2 = 22,3$, $p=0,0001$);
2. хоспистер – 60,4% ($\chi^2 = 0,16$, $p=0,6$).
3. жанұясы, туыскандары - 23,2% ($\chi^2 = 15,3$, $p=0,0001$).
4. көршілері, достары, таныстары – 17,9% ($\chi^2 = 22,2$ $p=0,0001$).
5. қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлер – 16,1% ($\chi^2 = 24,9$, $p=0,0001$);
6. мемлекеттік стационарлық медициналық ұйымдар (ауруханалар) – 12,5% ($\chi^2 = 30,6$, $p=0,0001$).

7. мемлекеттік емес медициналық ұйымдар – 3,6% ($\chi^2=46,3$, $p=0,0001$).
8. қайырымдылық ұйымдары, спонсорлар – 3,5 ($\chi^2=15,1$, $p=0,0001$).
9. еріктілер қоғамдары, қоғамдық ұйымдар – 1,8% ($\chi^2=18,4$, $p=0,0001$).
10. шіркеу, діни ұйымдар, құдайға табынатын адамдар – 1,8% ($\chi^2=8,4$, $p=0,0001$).

Сонымен, дәрігерлер мен мейірбикелердің пікірі бойынша егде және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетуде мейірбикелік күтім ауруханалары (80,4%), хоспистер (60,4%), сондай-ақ, жанұясы мен туысқандары (23,2%) алдыңғы қатарда.

Төменде келтірілген медициналық немесе әлеуметтік қызметтер туралы ақпараттардың қайсысы жұмыс орнында көрсетіледі деген сұрақтың жауаптары келесідей топталды:

1. тұрғындарға көрсетілетін, соның ішінде үй жағдайында көрсетілетін медициналық және әлеуметтік қызметтер тізімі - 63,5% ($\chi^2=27,6$ $p=0,0001$)

2. үй жағдайында көрсетілетін медициналық және әлеуметтік қызметтер бағасы – 3,6% ($\chi^2=47,3$ $p=0,0001$);

3. үй жағдайында көрсетілетін медициналық және әлеуметтік қызметтер көрсеткіштері – 16,4% ($\chi^2=24,9$ $p=0,0001$).

Емханалардың мүгедектердің қозғалысын жеңілдетуге арналған пандустармен, ұстағыштармен жабдықталуын 80,4% дәрігерлер мен мейірбикелер белгілеген. Біз мамандардың медициналық көмектің әр түрінің егде жастағы адамдар үшін қолжетімділігін анықтау үшін айтқан пікірлерін 5 балдық бағамен бағаладық, мұндағы 1 балл - минималды, ал 5 балл - максималды қолжетімділік. Медициналық көмектің әр түрінің қолжетімділігін бағалаудың корреляциялық талдауының нәтижесі –37 кестеде көрсетілген.

Кесте 37- Медициналық көмектің әр түрінің егде және қарт жастағы адамдар үшін қолжетімділігінің бағасы (дәрігерлер мен мейірбикелерге жүргізілген сұрау нәтижесі бойынша)

Медициналық көмектің түрлері	Шкала бойынша мәні	Спирмен бойынша корреляция коэффициенті	P
Медициналық тексерудің алдын-алулары (жас бойынша скринингтік зерттеу)	3,8	1,0	,000
Мейірбикелік көмек (патронаж)	3,8	0,8	,000
Салалы мамандардың кеңесін алу.	3,7	0,7	,000
Диспансерлік бақылау	3,9	0,8	,000
Реабилитация	3,7	0,1	0,23
Амбулаториялық емдеу кезінде емделушілерді жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, оның ішінде онкологиялық ауруларды, қант диабетімен ауыратын науқастар, қан айналым жүйесінің аурулары	4,0	0,6	,000
Егде адамдарды гигиеналық, қозғалыс	3,6	0,5	,000

белсенділігі бойынша және дұрыс тамақтануға оқыту түсіндіру жұмыстарын жүргізу.			
---	--	--	--

Сонымен, медицина қызметкерлері егде жастағы адамдар үшін жеңілдікпен берілетін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді (4 балл), диспансерлік бақылауды (3,9 балл); алдын-алу скринингтік тексерулер мен мейірбикелік патронажды 3,8 балмен бағалады. Егде жастағы адамдарды физикалық белсенділікке және рационалды тамақтануға гигиеналық үйрету мүмкіндіктері ғана 3,6 балмен бағаланды.

Егде жастағы адамдарға МӘП көмек көрсету саласында психологтарды, әлеуметтік қызметкерлерді жұмысқа тарту қажеттілігі туындайды (алдымен жалғызбасты және өмірлік қиын жағдайларға ұшыраған болған адамдарға). Қазіргі кезде егде және қарт адамдарға МӘП көмек көрсетуде кәсіпаралық жолдың жоқ екенін айтуға болады. Мұны медицина қызметкерлеріне жүргізілген сұрау нәтижесі көрсетеді (сурет 70).

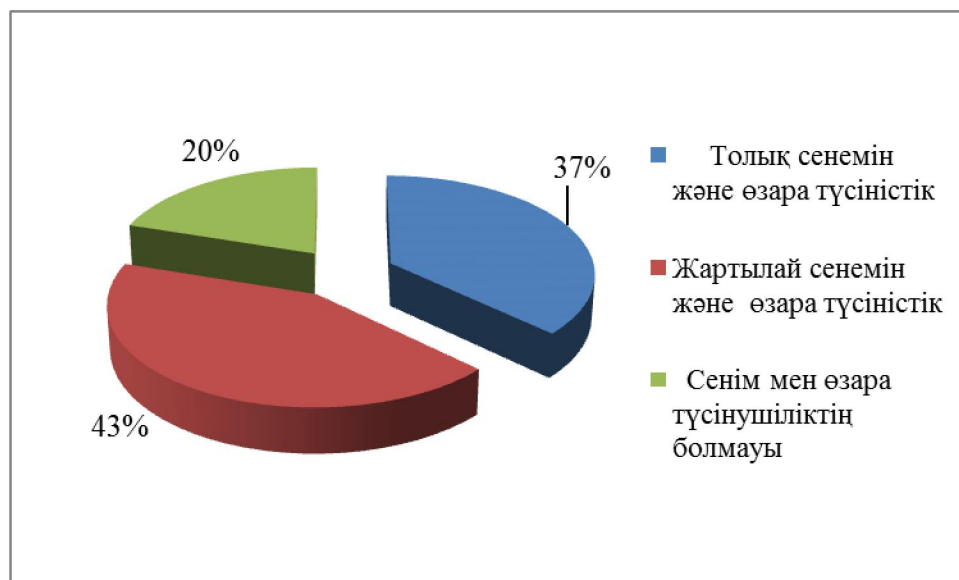


Сурет 70 – Мультидисциплинарлы ыңғайды бағалау

Ескерту - Айырмашылықтың статистикалық мәні $\chi^2=40,5$ $p=0,0001$

Жауаптардан көріп отырғанымыздай ол 32% ($\chi^2 =32,7$; $p=0,0001$). Сұралған дәрігерлер мен мейірбикелердің 37,5% ($\chi^2 =45,9$; $p=0,0001$) әлеуметтік қызмет көрсетуді әлеуметтік қызметкерлермен бірге жоспарлауы керек деп есептесе, 14% ($\chi^2 =32,1$; $p=0,0001$) пациенттерді қолдау топтарын құру керек екенін көрсеткен.

Медицина қызметкерлері мен егде жастағы пациенттер арасында бір-біріне деген сенімнің болуы өте маңызды. Мысалы, сұрау жүргізілген дәрігерлер мен мейірбикелердің 37% ғана егде пациенттермен қарым-қатынастарының толық сенімділік деңгейінде екенін айтты (сурет71).



Сурет 71 - Медицина қызметкерлерінің егде пациенттермен арасындағы қарым-қатынасын бағалауы, %

Ескерту - Айырмашылықтың статистикалық мәні $\chi^2=42,2$ $p=0,0001$

Сауалнама жүргізген дәрігерлер мен мейірбикелердің 67,3% ($\chi^2 =6,6$, $p=0,01$) кәрі және егде адамдардың жағдайын түсінетінін айтты. Сауалнама жүргізілген мамандардың 78,2% ($\chi^2 =17,5$, $p=0,0001$) кәрі пациенттерге түсіністікпен қарап, қамқор болатындарын көрсеткен.

Медицина қызметкерлерінің егде пациенттермен арасындағы қарым-қатынасы сипатында олардың еңбек өтілдері ($\chi^2 =143,1$; $p=0,0001$) мен біліктілігінің ($\chi^2 =26,2$; $p=0,0001$) арасындағы корреляциялық тәуелділік анықталды.

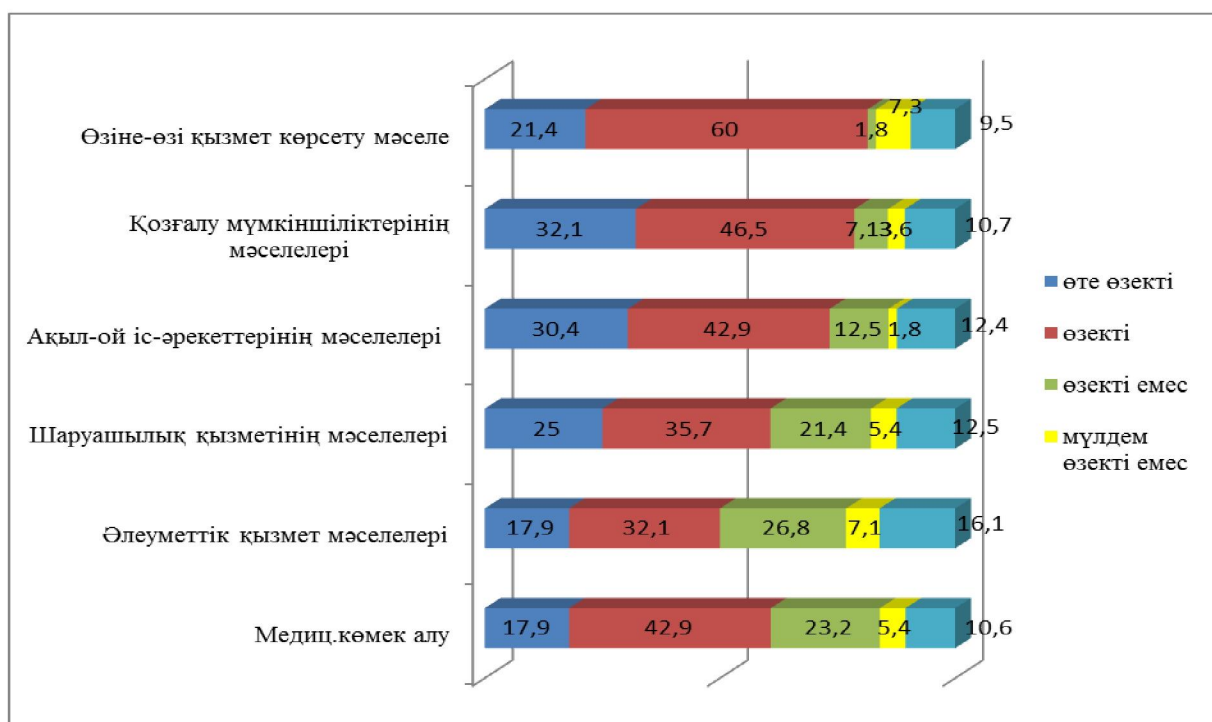
Біз емхананың дәрігерлері мен мейірбикелерінің МӘК негізгі шаралары маңызының рангтық бағалауын жүргіздік (кесте 38).

Кесте 38 - Егде адамдарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсетудің негізгі шараларының дәрігерлер мен мейірбикелерді сұрау нәтижесі бойынша маңызы

Егде және қарт кісілерге медициналық-әлеуметтік қызмет көрсету бойынша негізгі шаралар	Ранжирлеу әдісімен берілген дәрігерлерді бағалау	
	Орташа ранг	Рангтік орын
Медициналық-әлеуметтік көмек көрсету сапасын көтеру	1,7±0,4	I
Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету қолжетімділігі мен сапасын жақсарту	3,1±0,6	II
Егде және қарт пациенттерге психологиялық көмек көрсету	3,4±0,7	III
Жалғыз басты қарт пациенттерге ұзақ уақыттық күтім ұйымдастыру	4,7±1,1	IV
Стационаралмастырушы бөлімдерді дамыту.	4,9±1,2	V

Яғни, егде адамдарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсетудің негізгі шараларын маңызы бойынша талдау деңгейі бойынша (1-ден – ең маңызды - 5 рангке дейін – маңызы аз) ең маңыздысы: медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту (I орын), дәрі-дәрмектердің қолжетімділігі мен олармен қамтамасыз ету сапасын жақсарту (II орын), пациенттерге психологиялық көмек көрсету (III орын), маңызы аздауы (VII орын) – стационар алмастырушы технологиялардың дамуы.

Біз егде және қарт адамдарда кездесетін медициналық-әлеуметтік мәселелер туралы дәрігерлер мен мейірбикелердің пікірлерін зерттедік. Медицина қызметкерлерінің пікірі бойынша 81,4% ($\chi^2=60,9, p=0,004$) өздеріне қызмет көрсете алмайды; қозғалыс белсенділігі төмендеген 78,6% ($\chi^2=40, p=0,0001$); ақыл-ой қызметі егде және қарт адамдардың 73,3% ($\chi^2=31,5, p=0,0001$) төмендеген, 60,7% ($\chi^2=60,9, p=0,003$) шаруашылық-тұрмыстық мәселелер; 50% ($\chi^2=11,3, p=0,024$) әлеуметтік мәселелер; 60,8% медициналық көмек алу мәселелері болған ($\chi^2=24,9, p=0,0001$) - сурет 72.



Сурет 72 - Медицина қызметкерлерінің пікірі бойынша кәрі адамдар үшін өзекті болып табылатын медициналық-әлеуметтік мәселелері

Ескерту – Айырмашылықтардың статистикалық мәні $\chi^2=43,8 p=0,0001$

Сұрау жүргізілген дәрігерлер мен мейірбикелердің 21% сұраққа жауап беруге қиналғаны назар аударады, яғни, олар емханаға бекітілген егде жастағы контингенттің МӘП көмекке мұқтаждықтарын бағалай алмайды. Дәрігерлер мен мейірбикелердің қалған 79% егде жастағы адамдардың көпшілігінің (79%) медициналық көмекке мұқтаждықтарын көрсетті. Екінші орында – әлеуметтік

көмекке (62%), ал үшінші орында – психологиялық көмекке (55%) мұқтаждық тұр.



Сурет 73-Дәрігерлер мен мейірбикелердің қалған егде және қарт адамдардың МӘК көмекке мұқтаждықтарын бағалауы

Ескерту – Айырмашылықтардың статистикалық мәні $\chi^2_{=28,1}$ $p=0,0001$

Тарауды қорытындылай келе келесілерді атап өтуге болады:

- Егде және қарт пациенттердің емханаға жиі қаралуына байланысты: ай сайын 39,2%; 30,1% айына бір реттен көп және 30,7% квартал сайын – денсаулық сақтау саласының кәрі жастағы адамдарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету бойынша бірінші звено мамандарының ролінің ерекше екені;

- қарт адамдарға медициналық қызмет көрсетуде ЖТД, учаскелік терапевтердің, мейірбикелердің геронтологтармен, психологтармен және әлеуметтік қызметкерлермен келісушілігінің болмауы сияқты жекелеген мәселелердің болуы;

- егде және қарт адамдарға медициналық –әлеуметтік көмекті көрсетуді бақылайтын жауапты медициналық қызметкердің болмауы;

- медицина қызметкерлері кәрі және егде пациенттерге медициналық көмек көрсеткен кезде ұйымдастырушылық және кәсіби сипаттағы көптеген мәселелерге кездеседі, сондықтан мамандардың барлығы дерлік (штатты геронтологтарды қосқанда) егде адамдармен жұмыс істеу туралы қосымша оқытуға мұқтаж; (кәрі және егде пациенттерге медициналық қызмет көрсетуде медицина қызметкерлері ұйымдастырушылық және кәсіби сипаттағы (штатты геронтологтарды қосқанда) көптеген мәселелермен кездеседі).

- сұрау жүргізілген дәрігерлер мен мейірбикелердің пікірі бойынша кәрі адамдардың көпшілігі медициналық көмекке мұқтаж. Екінші орында – әлеуметтік көмекке, үшінші орында – психологиялық көмекке қажеттілік тұр. Сұрау жүргізілген дәрігерлер мен мейірбикелердің 21% сұраққа жауап

беруге қиналды, яғни емханаға бекітілген егде жастағы контингенттің МӘП көмекке қажеттіліктерін бағалай алмады.

- кәрі және егде жастағы пациенттерге медициналық-әлеуметтік қызмет көрсетуде алдыңғы ролде мейірбикелік күтім ауруханалары (80,4%), хоспистер (60,4%), сондай-ақ жанұялары мен туысқандары (23,2%) тұр.

- көптеген дәрігерлер егде және қарт адамдарға медициналық қызмет көрсету сапасын жоғарылату мәселесінің маңыздылығын айтады.

Сонымен, амбулаторлық-емханалық ұйымдарда біріншілік медициналық-әлеуметтік көмекті жоспарлағанда және оны ұйымдастырғанда егде адамдарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсету ерекшеліктерін ескеру керек. Сұрау нәтижелері көрсеткендей егде адамдарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсету құрылымында кәсіби қызметтің өзара әсерінің тиімді болуы қажет, бұл үшін келесілер қажет:

- әлеуметтік қызметтерге мұқтаж егде адамдарды (жалғызбасты және өмірлік қиын жағдайларға ұшыраған) анықтап, есепке қою;

- әлеуметтік, тұрмыстық және медициналық көмектерді үйде көрсетуді ұйымдастыру;

- егде адамдар мен олардың жанұя мүшелеріне моралдық-психологиялық қолдау көрсету;

- егде адамдардың денсаулығын бақылап, олардағы созылмалы аурулардың асқынуының алдын-алуға бағытталған шаралар өткізу.

Осылайша, зерттеу нәтижелері төмендегідей тұжырымдарды негіздеуге мүмкіндік берді:

- көптеген дамыған елдердегі егде жастағы және қарт адамдарға медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру мультидисциплинарлық және интеграция қағидаларына негізделген, ол мемлекет пен қоғамдық ұйымдардың қолдауымен жүргізіліп, көрсетілген көмек түрлерімен берілген контингенттің қажеттіліктерін жүзеге асыруға бағытталған.

- Алматы қаласында егде және қарт тұрғындар саны біртіндеп өсуде. Ол бес жылдық кезеңде (2012-2016 жж.) 1,2 есеге өскен. Егде жастағы тұрғындар саны жалпы тұрғындар санының 11,6% құрады, бұл республикалық деңгейден сәл жоғары (10,8%); Алматы қаласының қартаю индексі 37 (100 балаға), бұл республикалық деңгейден 42,8% жоғары (100 балаға - 25,9). Алматы қаласының егде тұрғындарының басым көпшілігі әйелдер, олардың үлесі 64,2% құрады;

- Ер адамдар мен әйелдер арасындағы өлім себебінің жастық коэффициент динамикасын талдау жас бойынша көрсеткіштің 60-64 жас аралығында 15,2 есеге, 85 жастан асқандар арасында 167,6 есе жоғарылағанын анықтауға мүмкіндік берді.

Яғни, 60 және одан жоғары жас аралығындағы әр қосымша жыл өлімнің жоғары болуымен сипатталады. Сәйкесінше, 85 және одан жоғары жас аралығындағы өлгендер үлесі 24,1%, ал 75-79 жас аралығындағыларда - 19,8%. Егде жаста өлген әйелдер - 56,6%, ал ер адамдар - 43,4%. Қайтыс болған ер

адамдардың сол жаста өлген әйелдермен салыстырмалы көрсеткіші 1,4 есеге жоғары.

- Егде тұрғындар өлімінің құрылымында бірінші орында қан айналым жүйесінің аурулары (33%), екінші орында онкологиялық аурулар – 16%, үшінші орында нерв жүйесінің аурулары (15,5%), төртінші орында тыныс жүйесінің аурулары (10,8%), бесінші орында асқорыту жүйесі аурулары тұр - 5,4%.

- Зерттеу жүргізген уақыт аралығында егде жастағы тұрғындар өлімінің көрсеткіші 2012 жылы 4524-тен 15%-ға төмендесе, 2016 жылы 100000 адамға шаққанда 3847,5-ке төмендеді. Егде тұрғындар өлімі инфекциялық аурулардан (ер адамдарда 3,7 есе), онкологиялық аурулардан (ер адамдар мен әйелдерде 1,2 есе), қан айналым жүйесі ауруларынан (ер адамдарда 1,9 есе, әйелдерде 2,3 есе) төмендеген. Сонымен қатар, зерттеу жүргізген уақыт аралығында басқа аурулар салдарынан өлу себебі келесідей жиілеген: эндокринді жүйе ауруларынан ер адамдар мен әйелдерде – 2,8 есе, тыныс жүйесі ауруларынан ер адамдарда 1,6 есе; асқорыту жүйесі ауруларынан ер адамдарда 1,3 есе, әйелдерде 1,2 есе;

- Егде және қарт тұрғындар арасында ауру көрсеткіші жоғары болуымен сипатталады. Егде тұрғындардың жалпы аурушандығының көрсеткіштері бес жылдық кезең бойынша 2012 ж. 60 жастан асқан 100 мың тұрғынға/261737,4 - 10,1% жоғарыласа, 2016 жылы 60 жастан асқан 100 мың тұрғынға/288175,3 болды

Қаланың егде тұрғындары ауруларының құрылымы бірінші кезекте 2016 жылы 39,6% (95% 38,8-40,4) болған қан айналым жүйесі ауруларының есебінен болған.

- Екінші орында көз бен оның қосалқыларының аурулары – 8,7% (95%СИ 7,82-9,58). Үшінші орында – тыныс жүйесі аурулары – 8,5% (95%СИ 7,75-9,25); төртінші орында – асқорыту және эндокринді жүйе аурулары - 8,3% (95%СИ 7,71-8,89); бесінші орында – сүйек-бұлшықет жүйесінің аурулары - 7,1% (95%СИ 6,76-7,44); алтыншы орында – несеп-жыныс жүйесінің аурулары - 6,9% (95%СИ 5,91-7,89).

- Жалпы амбулаторлық-емханалық аурулардың айтарлықтай өсуі келесі кластарда байқалды: жарақаттар, уланулар және басқа да сыртқы әсерлер салдарынан – 3,4 есе; ісіктер –1, 8 есе; эндокринді жүйе мен тамақтанудың бұзылыстары – 1,6 есе; тыныс жүйесі аурулары – 1,3 есе; жарақаттар, уланулар – 1,2 есе; қан аурулары мен қан жасау жүйесі аурулары – 1,2 есе.

- Жасқа байланысты патологиялардың жоғарылауымен байланысты аурулар көрсеткішінің өсуі егде жастағы адамдардың бірінші кезекте медициналық көмекке мұқтаж екенін негіздейді. Үлкен жастағы тұрғындардың қаралған жалпы аурулар құрылымында 60 жастағы және одан асқан адамдар үлесі 2016 жылы 36,1% құраса, біріншілік ауру құрамы – 20,5% болды. Диспансерлік бақылау құрылымында сол жылғы еңбекке жарамдылық жасынан асқан адамдар үлесі 43,8% құрады.

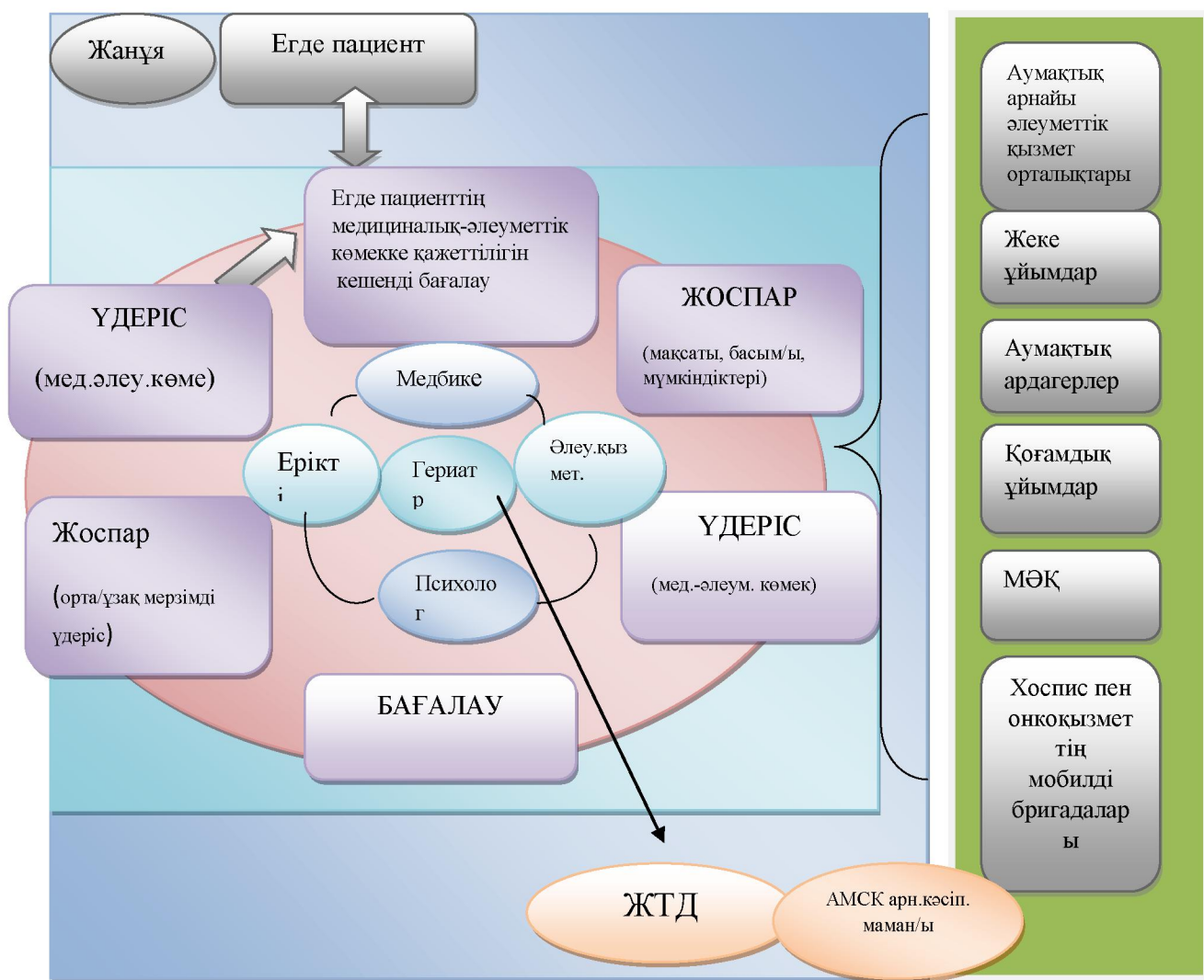
Егде және қарт адамдардың аурушандығының өсуімен байланысты жас келген сайын әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттілік те жоғарылайды.

- Алынған мәліметтердің талдауы егде және қарт адамдардың психологиялық көмекке қажеттілігі мен жасқа тәуелді статуспен негізделетін, физикалық белсенділіктерінің төмендеуімен, араласатын адамдарының аз болуымен, эмоционалды және жеке тұрақсыздықтармен, егде жастағы адамдардың жаңа өмір жағдайлары мен болып жатқан оқиғаларға әлеуметтік-психологиялық бейімделулерінің қиындығымен сипатталады.

ТСБАСЖ технологиясына сәйкес, егде және қарт респонденттер 4 топқа бөлінді:

Егде және қарт жастағы қала тұрғындарының 47,7% респонденттері мұқтаждықтың 1 шартты класына жатады және жыл сайынғы медициналық бақылау мен қоғамдық өмірге белсенді интеграцияға қажет; 44,5% (қажеттіліктің 2 класы) - белсенді медициналық бақылауға, медициналық-әлеуметтік қызметтердің тұрғылықты жеріне жақын болуына мұқтаж; 5,9% (мұқтаждықтың 3 класы) - қарқынды стационарлық ем мен содан кейінгі үй жағдайында емдеудің қалпына келтіру кезеңіне және жартылай күнделікті әлеуметтік-тұрмыстық көмекке мұқтаж; 2% (мұқтаждықтың 4 класы) – ұзақ уақытқа арналған немесе паллиативті медициналық көмекке және үйде көрсетілетін тұрақты, жан-жақты тұрмыстық көмекке мұқтаж.

Егде жастағы тұрғындардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке деген қажеттілігін талдап, есептеу нәтижесінде, егде жастағы тұрғындарға АМСК мекемелерінің деңгейіндегі көмек көрсетуді ұйымдастыруды жетілдіру моделін әзірлеп шығару мүмкіндігі туды (сурет 74).



Сурет 74-АМСК ұйымдарында егде және қарт адамдарға кешенді медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің ұйымдастырушылық-қызметтік моделі [163]

Бұл модель (үлгі) негізінде мамандардың АМСК деңгейінде, мультидисциплинарлы жұмыстарының қағидалары жасалды, оған ең егде пациентке де, оның жанұя мүшелеріне де МӘК көмек көрсетуге арналған кешенді шаралар кіреді (сурет 75).

АМСК деңгейіндегі модел жұмысының қағидалары



Мультидисциплинарлы топтың әр мүшесінің қызметі 75суретте көрсетілген

МДТ (мультидисциплинарлы топ)

Дәрігер	Мейірбике	Әлеуметтік қызметкер	Психолог	Ерікті
<p>Топ жұмысын координациялайды – науқастың мәселелері мен қажеттіліктерін бағалайды – ем тағайындап, оны түзетеді, дәрігерлік шараларды орындайды – қажет жағдайда топ жұмысына басқа да мамандарды шақырады</p>	<p>Пациент пен оның жанұя мүшелеріне қолдау көрсетеді - мейірбикелік шараларды орындайды – пациенттің жанұя мүшелеріне негізгі күтімді үйретеді</p>	<p>Пациент пен оның жанұя мүшелерін әлеуметтік және заңды қызметпен қамтамасыз етуге жағдай жасайды – мүгедектік және т.б. жағдайларда құжаттарды толтыруға көмек көрсетеді – пациенттің жанұясына көмектеседі – пациенттің жанұя мүшелеріне әлеуметтік қызметтің қолжетімді болуын қамтамасыз етеді</p>	<p>Пациентке психологиялық көмек көрсетеді – науқастың жанұя мүшелеріне көмектеседі – топ мүшелеріне кеңес беріп, оларға психологиялық көмек көрсетеді</p>	<p>Ұзақ уақытқа созылатын реабилитация мен күтімге көмектеседі – пациентке күтім көрсететін адамдарға көмектеседі</p>

Сурет 75- АМСК ұйымдарында егде және қарт адамдарға кешенді медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін мультидисциплинарлы топтың қызметтері

Бұл модель Алматы қаласындағы «№3 Арнайы әлеуметтік қызмет көрсету орталығында», №2 ҚЕ -да, №5 ҚЕ -да апробацияланды. Аталмыш модельді енгізгеннен кейін, фокус-топ әдісімен оның нәтижелілігіне сараптамалық бағалау жұмысы жүргізілді, сарапшылар құрамына бас дәрігерлер, бөлім меңгерушілері, геронтологтар, әлеуметтік қызметкерлер кірді. Бағалау 10

баллдық рейтинг шкаласы бойынша жүргізілді, мұндағы 10 балл максималды мән болса, 1 балл – минималды мән, бағалау нәтижелері кестеде көрсетілген. Кесте 39 - Егде жастағы және қарт адамдарға МӘК көрсетуді жетілдіру моделінің нәтижелілігін рейтингтік бағалау

Сарапшылардың пікірінше, бұл енгізілген Модель ең алдымен

МӘК ұйымдастырушылық-функционалдық моделі төмендегілерді жүзеге асыруға көмегін тигізеді.	рейтинг	Спирмен корреляциялық коэффициенті	P
Көрсетілетін МӘК-ті оңтайландыруға көмектеседі.	I	0,8	0,02
Нақты бір қарт пациент үшін жеке ұсыныстар кешенін құрастыруға көмектеседі.	II	0,7	0,06
МӘК көмекті ұйымдастыруда мультидисциплинарлық тәсілді енгізуге ықпал етеді.	III	0,6	0,03
МӘК көмекті ұйымдастыруда барынша жеті ойластырылған басқару шешімдерін қабылдауға ықпал етеді.	IV	0,5	0,03
Қызметкерлердің МӘК сапасын арттыруға деген талпынысын арттырады.	IV	0.5	0.03

Сарапшылардың пікіріне сүйенсек, апробациядан өткен Модель, бірінші кезекте, көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмекті оңтайландыруға ықпал етсе, екіншіден, егде және қарт жастағы пациенттерге арналған жеке медициналық-әлеуметтік шаралар кешенін құруға көмектесті. Үшіншіден, МӘК көрсетуде мультидисциплинарлық тәсілді енгізуге ықпал етсе, төртіншіден, жүйелі басқару шешімдерін қабылдауға және қызметкерлердің МӘК сапасын арттырудағы талпынысын арттыруға түрткі болды.

Осылайша, жүргізілген зерттеу мен егде және қарт жастағы тұрғындардың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек қажеттілігін талдап, есептеу нәтижесі пациенттер ағзасының жай-күйін, әлеуметтік статусын және жас ерекшеліктерін ескере отырып, МӘК ұйымдастыру моделін әзірлеп шығаруға мүмкіндік туғызды, бұл, өз кезегінде, АМСК ұйымдарының ресурстарын пайдаланудың нәтижелілігін арттыруға ықпал етті.

ТӘЖІРИБИЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Егде және кәрі жастағы адамдардың денсаулық жағдайы мен АМСК ұйымдарындағы медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекке қажеттіліктеріне тұрақты түрде мониторинг жасау керек.

2. Егде және кәрі жастағы адамдарға АМСК деңгейінде медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмекті қоғамдық ұйымдарды қатыстыра отырып мультидисциплинарлы топ көрсетуі керек.

3. Мультидисциплинарлы топ құрамында жұмыс істеу қағидалары мен технологияларын жасап, АМСК ұйымдарының қызметкерлерін үйрету

4. Интеграцияланған медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсету аталған жас тобының емханаға бекітілген тұрғындарының денаулық жағдайы мен қажеттіліктерін бағалауға негізделуі керек.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу: Стратегия «Казахстан- 2050».- Астана: Акорда, 2012.
- 2 Ospanova Dinara,, Igissenova Alfiya., Ussebayeva Neilya, Iglikova Assiya, Aytmanbetova Akmaral Methodological bases development of gerontology service in republic of Kazakhstan// Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences.-2017.-Vol.7(6).-P.859-862// [http://rjpbcs.com/2017_8\(6\)/\[111\].pdf](http://rjpbcs.com/2017_8(6)/[111].pdf)
- 3 Sagyndykova Z., Turdaliyeva B., Igissenova A., Zhanturiyev B., Tursynbekova Zh. Evaluation on Equity of Health Care Provided at Primary Health Care Level to Persons Over 60 Years // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2016. -Vol.7(6).-P.3026-3030.
- 4 Kennedy B. K. et al. Geroscience: linking aging to chronic disease //Cell. – 2014. – Vol. 159,№. 4. – С. 709-713.
- 5 Абзалова Р.А. Социально ориентированное ПМСП в Республике Казахстан как новая философия первичного здравоохранения // Республиканская научно-практическая конференция «Демографическая ситуация в Республике: проблемы и перспективы». – Караганда, 2010 – С.151-153
- 6 Оспанова Д. А. Методологические и управленческие основы развития геронтологической службы в Республике Казахстан: автореф. ... док. мед. наук. - Алматы, 2010.
- 7 Егеубаева С.А. Медико-социальные проблемы лиц старшего возраста: дис. ... док. мед. наук. – Алматы, 2010.
- 8 Тезекбаева З. С., Нуркатова Л. Т. Теоретические аспекты адаптации лиц пожилого возраста к условиям социальной действительности //Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27, №1. – С. 190-194.
- 9 Әмір сұру ұзақтығы деңгейі бойынша әлем мемлекеттерінің рейтингі // <http://gtmarket.ru>
- 10 Мороз Н.И. –Научное обоснование организации медико-социальной помощи на дому одиноким лицам пожилого и старческого возраста: дис. ... док.мед.наук. – Спб., 2015. - 358 с.
- 11 Всемирный доклад ВОЗ о старении населения – доступно на сайте www.who.int.
- 12 Геронтология и гериатрия: учебник для студентов, врачей и социальных работников / под ред. А.А.Аканова.-Алматы, 2013.- 424 с.
- 13 Global Age Watch 2015 data // www.globalagewatch.org
- 14 Сафарова Г. Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований //Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22, №1. – С. 49-59.
- 15 World Population Ageing 2013 [Electronic resource]. – URL: [ST/ESA/SER.A/348.http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/World Population Ageing 2013.shtml](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/World%20Population%20Ageing%202013.shtml)

16 Пузин С. Н. и др. Демографические и медико-социальные аспекты инвалидности в пожилом возрасте // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – Т. 18, №3.

17 Дупленко Ю.К., Бурчинский С.Г., 2000; Анисимов В.Н., 2001, 2008; Малыхин Ф.Т., 2001; Михайлова О.Н., Забежинский М.А., 2001; Жарко В.И., 2012; Becker M., Stiles P., Schonfeld L., 2002; Cumming R.G.[et al.], 2000; Isola A. T. [et al.], 2008; Nejati V. [et al.], 2008).

18 Вторая Всемирная ассамблея по проблемам старения, Мадрид, 8–12 апреля 2002 года // <http://www.un.org>

19 Health Report in Europe, 2009 Health&HealthSystem. - Copenhagen; WHOEurope, 2010

20 Callahan D., Gaylin W. How long a life is enough life? //Hastings Center Report. – 2017. – Vol. 47, №4. – P. 16-18.

21 Inouye S.K., Westendorp R. G. J., Saczynski J. S. Delirium in elderly people //The Lancet. – 2014. – Vol.383, №9920. – P. 911-922.

22 Stoddart G. L., Evans R. G. Producing health, consuming health care //Why are some people healthy and others not?. – Routledge, 2017. – P. 27-64.

23 Van den Bussche H. et al. Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population?–An empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies //BMC health services research. – 2016. – Vol.16, №1. – P. 129.

24 Матвейчик Т. В. Долгосрочный уход за престарелыми пациентами за рубежом и в Республике Беларусь: состояние и проблемы //Медицинские новости. – 2014. – №11 (242).

25 Ekerstad N. et al. Are frail elderly patients treated in a CGA unit more satisfied with their hospital care than those treated in conventional acute medical care? //Patient preference and adherence. – 2018. – Vol.12. – P. 233.

26 Nakayama T. et al. Analysis of the evidence-practice gap to facilitate proper medical care for the elderly: investigation, using databases, of utilization measures for National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB) //Environmental health and preventive medicine. – 2017. – Vol.22, № 1. –P. 51.

27 Mossialos E. et al. 2015 international profiles of health care systems. – Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2016.

28 Squires D., Anderson C. US health care from a global perspective: spending, use of services, prices, and health in 13 countries //The Commonwealth Fund. – 2015. – Vol.15. – P. 1-16.

29 Максимова С. Г. Старееющее общество: конструирование новой социальной реальности //Социальная интеграция и развитие этнокультур в евразийском пространстве. – 2013. – №1. – С. 91-98.

30 Bradley E. H. et al. Variation in health outcomes: the role of spending on social services, public health, and health care, 2000–09 // Health Affairs. – 2016. – Vol.35, №5. – P. 760-768.

31 Keehan S. P. et al. National health expenditure projections, 2014–24: spending growth faster than recent trends //Health Affairs. – 2015. – Vol.34, №8. – P. 1407-1417.

32 Valls A. et al. Using ontologies for structuring organizational knowledge in Home Care assistance //International journal of medical informatics. – 2010. – Vol.79, №5. – P. 370-387.

33 Magsamen-Conrad K. et al. Online Health-Information Seeking Among Older Populations: Family Influences and the Role of the Medical Professional //Health communication. – 2018. – P. 1-13.

34 Rutschmann C. Care at home for elderly—lessons learnt from the Swiss Red Cross “Integrated Home Care” in Eastern Europe/CIS //International Journal of Integrated Care. – 2017. – Vol.17, №5.

35 Romero Massa E., Maccausland Segura Y., Solórzano Torrecila L. The renal patient caregiver family and quality of life, Cartagena (Colombia) //Revista Salud Uninorte. – 2014. – Vol.30. – №2. – P. 146-157.

36 Турсынбекова Ж.Д., Кумарова Г.Х., Абикенова А.М., Игисенова А.И. Оценка деятельности социального работника в первичном звене здравоохранения бенефициарами старшего возраста// Научно-методический журнал Наука, техника и образование.-М.,2016.-№12 (30). –С.114-118

37 Romero Massa E., Maccausland Segura Y., Solórzano Torrecila L. The renal patient caregiver family and quality of life, Cartagena (Colombia) //Revista Salud Uninorte. – 2014. – Vol.30, №2. – С. 146-157.

38 Соболева И. В., Чубарова Т. В. Социальная политика в России— контуры новой модели. – 2017.

39 Ерофеева О. В. Защита прав граждан на пенсионное обеспечение. – "Издательство" Проспект""", 2014.

40 Игисенова А.И., Чайковская В.В., Аимбетова Г.Е., Абикулова А.К., Кузиева Г.Д. Современные состояния медико-социальной помощи населению пожилого возраста Казахстана //«Денсаулық сақтаудағы жүйелі модернизациялау жағдайында қоғамдық денсаулықты қалыптастырудың өзекті сұрақтары» атты С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ 85-жылдық мерейтойына арналған Халықаралық ғылыми -практикалық конференция. - Алматы, 2015.-С.50-53

41 Goodridge D. et al. Access to health and support services: perspectives of people living with a long-term traumatic spinal cord injury in rural and urban areas //Disability and rehabilitation. – 2015. – Vol.37, №16. – P. 1401-1410.

42 Smith M. J. et al. Health services, suicide, and self-harm: patient distress and system anxiety // The Lancet Psychiatry. – 2015. – Vol.2, №3. – С. 275-280.

43 Квач Т. И. Медико-социальные причины и частота посещения амбулаторных лечебно-профилактических учреждений людьми пожилого возраста: аннотация дипломной работы. – 2017.

44 Aouatef C., Iman B., Allaoua C. Multi-agent system in ambient environment for assistance of elderly sick peoples //Proceedings of the International Conference on

Intelligent Information Processing, Security and Advanced Communication. – ACM, 2015. – P. 21.

45 Singh D. A. Effective management of long-term care facilities. – Jones & Bartlett Publishers, 2014.

46 Shanas E. et al. Old people in three industrial societies. – Routledge, 2017.

47 Lutz W., Sanderson W., Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing // Nature. - 2008. - №451(7179). – P. 718.

48 Makai P. et al. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review //Social science & medicine. – 2014. – Vol.102. – P. 83-93.

49 Keating N. Book Review: Kinship and Cohort in an Aging Society: From Generation to Generation //Ageing and Society. – 2015. – Vol.35, №2. – P. 451.

50 Prince M. J. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice // The Lancet. – 2015. – Vol.385, №9967. – P. 549-562.

51 Lehning A. J., Smith R. J., Dunkle R. E. Do age-friendly characteristics influence the expectation to age in place? A comparison of low-income and higher income Detroit elders //Journal of applied gerontology. – 2015. – Vol.34, №2. – P. 158-180.

52 Park S. et al. Health and Social-Physical Environment Profiles Among Older Adults Living Alone: Associations With Depressive Symptoms //The Journals of Gerontology: Series B. – 2017.

53 Santos F. D. R. P. et al. Sociodemographic profile and quality of life of active older adults belonging to a physical exercise program and sedentary elderly, linked to a basic health unit // International Archives of Medicine. – 2017. – Vol.10.

54 Chari A. V. et al. The opportunity costs of informal elder-care in the United States: new estimates from the American time use survey //Health services research. – 2015. – Vol.50, №3. – P. 871-882

55 Coyte P. C., McKeever P. Home care in Canada: Passing the buck //Canadian Journal of Nursing Research Archive. – 2016. – Vol.33, №2.

56 Fairweather G. W. et al. Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care. – Routledge, 2017.

57 Abikulova A.K., Yeshmanova A.K., Umutbayeva G.B., Igissenova A.I., Mars D. The demographic forecasting of the population aging in the Republic of Kazakhstan // The Ninth European Conference on Biology and Medical Sciences. - Austria; Vienna, 2016. - P.97-102.

58 Карюхин Э.В. –потребности пожилых людей в медико-социальной помощи // shemshur.narod.ru.

59 Ludvigsson J. F. et al. Registers of the Swedish total population and their use in medical research //European journal of epidemiology. – 2016. – Vol.31, №2. – P. 125-136.

60 Harstade C. W. et al. Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research //Scandinavian journal of caring sciences. – 2018. – Vol. 32, №1. – P. 8-23.

- 61 Bergman M. A. et al. Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden //Journal of health economics. – 2016. – Vol.49. – P. 109-119.
- 62 Sund Levander M. et al. Differences in predictors of 5-year survival over a 10-year period in two cohorts of elderly nursing home residents in Sweden //Scandinavian journal of caring sciences. – 2016. – Vol.30, №4. – P. 714-720.
- 63 Michel J. P. et al. (ed.). Oxford Textbook of Geriatric Medicine. – Oxford University Press, 2017.
- 64 Bolmsjö B. B. et al. “It is meaningful; I feel that I can make a difference”- A qualitative study about GPs’ experiences of work at nursing homes in Sweden //BMC family practice. – 2015. – Vol.16, №1. – P. 111.
- 65 Hansson A. et al. Flawed communications: Health professionals’ experience of collaboration in the care of frail elderly patients //Scandinavian journal of public health. – 2017. – P. 1403494817716001.
- 66 Kydd A. et al. Attitudes towards caring for older people in Scotland, Sweden and the United States //Nursing Older People. – 2014. – Vol.26, №2. – P. 33.
- 67 Keleher H. et al. Review of primary and community care nursing. – 2017.
- 68 Ерусланова Р. Технологии социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов на дому. – Litres, 2017.
- 69 Österle A. Equity choices and long-term care policies in Europe: Allocating resources and burdens in Austria, Italy, The Netherlands and the United Kingdom. – Routledge, 2017.
- 70 Mozley C. Towards Quality Care: outcomes for older people in care homes. – Routledge, 2017.
- 71 Sanford A. M. et al. An international definition for “nursing home” //Journal of the American Medical Directors Association. – 2015. – Vol.16, №3. – P. 181-184.
- 72 Goodman C. et al. Effective health care for older people living and dying in care homes: a realist review //BMC health services research. – 2016. – Vol.16, №1. – P. 269.
- 73 Caswell G. et al. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study // BMC palliative care. – 2015. – Vol.14, №1. – P. 35.
- 74 Holden R. J., Schubert C. C., Mickelson R. S. The patient work system: An analysis of self-care performance barriers among elderly heart failure patients and their informal caregivers //Applied ergonomics. – 2015. – Vol.47. – P. 133-150.
- 75 Stuck A. E. et al. Effect of health risk assessment and counselling on health behaviour and survival in older people: a pragmatic randomised trial //PLoS medicine. – 2015. – Vol.12, №10. – P. 1001889.
- 76 Fillit H.M., Rockwood K., Young J. B. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2016.
- 77 Simmonds B. et al. Objectively assessed physical activity and subsequent health service use of UK adults aged 70 and over: a four to five year follow up study //PloS one. – 2014. – Vol.9, №5. – P. 97676.
- 78 Shanas E. et al. Old people in three industrial societies. – Routledge, 2017.

79 Lum J. M., Evans B., Shields J. Co-constructing Performance Indicators in Home and Community Care: Assessing the Role of Nongovernmental Organizations in Three Canadian Provinces // *Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research*. – 2016. – Т. 7, №1. –Р. 46.

80 Б.С. Турдалиева., А.И. Игисенова., А.К. Абикулова., А.К. Ешманова. Егде және қарт жастағы адамдардың қажеттілігінің медициналық - әлеуметтік мәселелері// *Вестник КазНМУ.-Алматы, 2016.-№4. - Б. 399-402.*

81 Beard J. R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387, №10033. –Р. 2145-2154.

82 Игисенова А.И., Мусаева Б.А., Таукебаев Қ.Б., Байказакова М.Т.Егде жастағы адамдарға көрсетілетін гериатриялық көмектің мәселелері// *Вестник КазНМУ.- 2014.- №1.- Б.432- 433.*

83 Ellis G. et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials // *Bmj*. – 2011. – Vol.343. – P. d6553.

84 Воронцова М. В., Макаров В. Е. Социальная защита и социальное обслуживание населения: учебно-методическое пособие. – *Scientific magazine" Kontsep, 2015.*

85 Hoque R., Sorwar G. Understanding factors influencing the adoption of mHealth by the elderly: an extension of the UTAUT model // *International journal of medical informatics*. – 2017. – Vol.101. – P. 75-84.

86 Жуков В. А., Учайкин Ю. Н., Петросов С. Н. Политика государства в аспекте реализации социальной защиты и социальных гарантий социально уязвимых слоев и групп населения // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2015. – Т. 41, №1.

87 Osborn R. et al. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs // *Health Affairs*. – 2015. – Vol.34, №. 12. – P. 2104-2112.

88 Sampson R., Barbour R., Wilson P. The relationship between GPs and hospital consultants and the implications for patient care: a qualitative study // *BMC family practice*. – 2016. – Vol. 17, №1. – P. 45.

89 Roman D. *France // Social rights in europe in an age of austerity*. – Routledge, 2017. – P. 47-73.

90 Osborn R. et al. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care // *Health Affairs*. – 2014. – Vol. 33, №12. – С. 2247-2255

91 Dwyer R. et al. Unplanned transfer to emergency departments for frail elderly residents of aged care facilities: A review of patient and organizational factors // *Journal of the American Medical Directors Association*. – 2015. – Vol. 16, №7. – P. 551-562.

92 Holroyd-Leduc J. et al. Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research,

health care decision making, and in health policy //Research involvement and engagement. – 2016. – Vol.2, №1. – P. 23.

93 Mair C. A., Quiñones A. R., Pasha M. A. Care preferences among middle-aged and older adults with chronic disease in Europe: individual health care needs and National Health Care Infrastructure //The Gerontologist. – 2015. – Vol.56, №4. – C. 687-701.

94 Frély A. et al. Impact of acute geriatric care in elderly patients according to the Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment criteria in northern France // Geriatrics & gerontology international. – 2016. – Vol.16, №2. – P. 272-278.

95 Pulkki J., Tynkkynen L. K. 'All elderly people have important service needs': a study of discourses on older people in parliamentary discussions in Finland //Ageing & Society. – 2016. – Vol.36, №1. – P. 64-78.

96 Chair: et al. informal caregiver contributions to care during healthcare transitions //Innovation in Aging. – 2017. – Vol.1, suppl_1. – P. 65-65.

97 Kruger T. M. et al. Cross-cultural comparison of long-term care in the United States and Finland: Research done through a short-term study-abroad experience //Gerontology & geriatrics education. – 2017. – Vol.38, №1. –P. 104-118.

98 Salminen M. et al. Prediction of the Future Need for Institutional Care in Finnish Older People: A Comparison of Two Birth Cohorts //Gerontology. – 2018. – Vol.64, №1. – P. 19-27.

99 Forma L. et al. Trends in the use and costs of round-the-clock long-term care in the last two years of life among old people between 2002 and 2013 in Finland //BMC health services research. – 2017. – Vol. 17, №1. – P. 668.

100 Rantanen T. et al. The Adoption of Care Robots in Home Care—a survey on the attitudes of Finnish home care personnel //Journal of clinical nursing. – 2018.

101 Rönnekkö J. K. et al. Predictors for unplanned hospitalization of new home care clients //Journal of the American Geriatrics Society. – 2017. – Vol.65, №2. – C. 407-414.

102 Randel J., German T., Ewing D. The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people. – Routledge, 2017.

103 Hajek A., König H. H. The association of falls with loneliness and social exclusion: evidence from the DEAS German Ageing Survey //BMC geriatrics. – 2017. – Vol.17, №1. – P. 204.

104 Sisay M. The use of assistive technology to support self care of the elderly people at home. – 2017.

105 Un D. World urbanization prospects: The 2014 revision //United Nations Department of Economics and Social Affairs, Population Division. - New York; USA, 2015.

106 Burns E. R., Stevens J. A., Lee R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults—United States //Journal of safety research. – 2016. – Vol.58. – P. 99-103.

107 Bedaf S., Gelderblom G. J., De Witte L. Overview and categorization of robots supporting independent living of elderly people: what activities do they

support and how far have they developed //Assistive Technology. – 2015. – Vol.27, №2. – С. 88-100.

108 Zampieri S. et al. Physical exercise in Aging: Nine weeks of leg press or electrical stimulation training in 70 years old sedentary elderly people //European journal of translational myology. – 2015. – Vol.25, №4. – P. 237.

109 Prince M. J. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice //The Lancet. – 2015. – Vol. 385, №9967. – P. 549-562.

110 Bauer U. E. et al. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA //The Lancet. – 2014. – Vol.384, №9937. – P. 45-52.

111 Harrington C. et al. Comparison of nursing home financial transparency and accountability in four locations //Ageing International. – 2016. – Vol. 41, №1. – P. 17-39.

112 Harrington C., Carrillo H., Garfield R. Nursing facilities, staffing, residents and facility deficiencies, 2009 Through 2014 //Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation. – 2015.

113 Li Y. et al. Capacity planning for long-term care networks //IIE Transactions. – 2016. – Vol.48, №12. – P. 1098-1111.

114 Hesselink G. et al. 'Reframing Healthcare Services through the Lens of Co-Production'(RheLaunCh): a study protocol for a mixed methods evaluation of mechanisms by which healthcare and social services impact the health and well-being of patients with COPD and CHF in the USA and The Netherlands //BMJ open. – 2017. – Vol. 7, №. 9. – P. 017292.

115 Sanders G. D. et al. Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: second panel on cost-effectiveness in health and medicine //Jama. – 2016. – Vol. 316, №10. –P. 1093-1103.

116 World Health Organization. World health statistics 2015. – World Health Organization, 2015.

117 Третьякова С.Н., Джуланова А.Т., Игисенова А.И., Маншарипова А.Т., Сапарова А., Эртазоева С.,Исабекова А., Кабылтаев А., Мерекенов А., Жумабиев Р. Уровни продолжительности жизни в странах мира // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета.-Алматы, 2016. - №1 (11). - С. 8-12

118 Arai H. et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan // Geriatrics & gerontology international. – 2015. – Vol.15, №6. – P. 673-687.

119 Minagawa Y., Saito Y. Active social participation and mortality risk among older people in Japan: results from a nationally representative sample //Research on aging. – 2015. – Vol. 37, №5. – P. 481-499.

120 Miyamoto K., Iwakuma M., Nakayama T. Social capital and health: implication for health promotion by lay citizens in Japan //Global health promotion. – 2015. – Vol.22, №4. – P. 5-19.

121 Dahler A. M., Rasmussen D. M., Andersen P. T. Meanings and experiences of assistive technologies in everyday lives of older citizens: a meta-interpretive review // *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. – 2016. – Vol.11, №8. – P. 619-629.

122 <http://ranking.kz>

123 Қазақстан Республикасының демографиялық болжамы: трендтер, қауіптер, практикалық ұсыныстар – Астана, 2014 // <http://www.akorda.kz>

124 Жумадильдаева Г.С. Организация медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста на региональном уровне: автореф. ... канд.мед.наук. – 2007. - 27 с.

125 Подоляко В.А., Шаршакова Т.М. Медико-социальные проблемы и потребности пожилых людей Гомельского района // <https://cyberleninka.ru/article>

126 Шаршакова Т.М.- Особенности медико-социальной помощи пожилым в условиях реформирования здравоохранения. Актуальные проблемы медицины: сборник статей респ. научно-практ. конфер. –Гомель, 2011.- С. 180-181

127 Ешманова А.К., Измухамбетов Т.А. , Ерназарова Ж.Ш.,Игисенова А.И., Умутбаева Г.Б., Аканова А.А. , Маншарипова А.Т. , Белтенова А.Г., Толеуова Д.Ж.Результаты социологического опроса лиц старше 60 лет, проживающих в Медеуском районе г.Алматы // *Вестник КазНМУ.-Алматы*, 2016.-№4. -С.444-448

128 Джайнакбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Маншарипова А.Т., Шокораева Г.В., Ким З.Г., Игисенова А.И., Джуланова А.Т. Некоторые вопросы комплексного изучения активного долголетия в Казахстане // *Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета*. - Алматы, 2016.-№3-4 (13).-С. 7-13

129 Шубаев Д. К. Пенсионная система, как зеркало казахстанской экономики // *Математические методы и модели в исследовании государственных и корпоративных финансов и финансовых рынков*. – 2015. – С. 118-125.

130 Қазақстан Республикасының 1997 жылғы 16 маусымдағы «Қазақстан Республикасындағы мүгедектікке, асыраушыдан айырылған кезде және жасына байланысты берілетін мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақылар туралы» заңы http://adilet.zan.kz/kaz/docs/Z970000126_

131 Венский международный план действий по проблемам старения-доступно на сайте zakon.7law.info.

132 Антипова А. А. социального обслуживания пожилых людей в условиях стационара в мордовском селе: социологический анализ // *Новая социальная политика и качество жизни: исследования и прогнозы*. – 2017.

133 Корелова М.П., Омельченко Д.А. Особенности проявления социальной эксклюзии у лиц старшего возраста (на примере Алтайского края). – 2016.

134 Матюшкова С. Д. Методы и технологии социальной работы. – 2018.

- 135 Солодухина Д. П. Социологическая концепция медицинской помощи пациентам с хроническими терапевтическими заболеваниями: автореф. ... док. социол. наук. – 2015.
- 136 Zaidi A., Bennett R., Sumner R. C. The Madrid International Plan of Action on Ageing: Where is Eastern Europe and Central Asia region fifteen years later?. – 2017.
- 137 Hokenstad Jr M. C., Hokenstad M. C., Kendall K. Gerontological social work: International perspectives. – Routledge, 2014.
- 138 Агранович Н. В. и др. Организация и проведение групп здоровья для лиц пожилого и старческого возраста—важный элемент, способствующий продлению активного долголетия // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №1-1. – С. 1320-1320.
- 139 Анашкина С.А. и др. Наблюдение и гигиенический уход за пациентами при экстремальных и терминальных состояниях. – 2017.
- 140 Маркова Е. К., Птицына Н. А., Смирнова О. А. Специфика работы добровольцев в хосписе (из опыта взаимодействия зарубежных ученых и практиков) specifics of volunteer work in hospices (from experience of interaction foreign scientists and practitioners) // ББК 60.5 С71 Рецензенты Максимова Маргарита. – 2015. –448 с.
- 141 Тезекбаева З. С. Здоровье пожилых людей и требования к услугам здравоохранения // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – Vedecko vydavatel'ske centrum Sociosfera-CZ sro, 2014. – №27.
- 142 Santoso S. SPSS 22 from essential to expert skills. - Jakarta: PT Elex Media Komputindo, 2014.
- 143 Wallace E. et al. Managing patients with multimorbidity in primary care //bmj. – 2015. – Vol.350. – №2. – P. 176.
- 144 Chatterji S. et al. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications //The Lancet. – 2015. – Vol.385, №9967. – P. 563-575.
- 145 Демографический сборник Казахстана.- Астана, 2017.- 477 с.
- 146 Бахметова Г.Ш. Смертность населения в пожилом возрасте. (Смертность населения: тенденции, методы изучения, прогнозы // Сборник статей / под ред. Денисенко М.Б., Бахметовой Г.Ш. - М.: МАКС Пресс, 2007. – С. 256-271.
- 147 Проблема падения среди пожилых людей: что можно считать эффективными профилактическими мерами? – ВОЗ, 2004
- 148 Сон И.М., Бантьева М.Н., Прилипко Н.С., Поважная Е.Л. Методика определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации. – М., 2014. – 18 с.
- 149 Правила оценки и определения потребности в специальных социальных услугах (утверждены Приказом №134 МЗ РК от 19.02.2016г.
- 150 Турдалиева Б.С., Чайковская В.В., Игисенова А.И., Кузиева Г.Д..Методика оценки потребности пожилых людей в социальных услугах// Сборник материалов Международной научно-практической конференции

«Приоритеты общественного здравоохранения и профилактической медицины». - Алматы, 2015. – С.62-647

151 Чайковська В.В. Сучасний стан і концепція розвитку гериатричної допомоги населенню України. – 2003.

152 Wahrendorf M., von dem Knesebeck O., Siegrist J. Social productivity and well-being of older people: baseline results from the SHARE study.-pubmed. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Cwalina U. - Illness acceptance, pain perception and expectations for physicians of the elderly in Poland.- pubmed.

153 Prazeres F., Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study.-pubmed.

154 Белоконь О.В.– Оценка медико-социального благополучия пожилых в России (функциональные способности и приоритеты по результатам опросов) // Успехи геронтологии. - 2006. – Вып.18. – С.129-146.

155 Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология: учебное пособие. - М., 2006. – С.223.

156 Правила оценки и определения потребности с специальных социальных услугах. Закон РК от 28.12.2008 г. «О специальных социальных услугах»).

157 Гланц С. Медико-биологическая статистика. –электронная книга доступно на сайте // <http://medstatistic.ru/articles/glantz.pdf>

158 Авраменко Л.П., Калиева С.С., Дурегина О.В. – Современная модель оптимизации медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в ММАУ «Городская поликлиника №8 // <https://cyberleninka.ru>

159 Сенченко И.К., Новокрещенова И.Г. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста по данным изучения мнения врачей // Матер. Научно-практ. конф. "Современное региональное здравоохранение: тенденции развития и перспективы». –Саратов, 2013.

160 Сабанов В.И., Иваненко В.В. Особенности оценки качества медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. - Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2009. - №12. - С. 16-30.

161 Б.С. Турдалиева, А.И. Абикулова, А.К. Ешманова. Егде және қарт жастағы адамдардың қажеттілігінің медициналық - әлеуметтік мәселелері // С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ Хабаршысы Ғылыми практикалық журнал. - Алматы, 2016.-№4.- Б. 406-409.

162 Новокрещенова И.Г., Сенченко И. Качество оказания медико-социальной помощи пожилым в абулаторно-поликлинических условиях // <https://cyberleninka.ru>.

163 Свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права №2318 от 08 ноября 20

ҚОСЫМША А

АНКЕТА – ОПРОСНИК АЭСМЭЗ

(для лиц старше 60 лет)

С целью улучшения качества оказания медико-социальной помощи пенсионерам просим ВАС заполнить эту анкету

ПОДЧЕРКНУТЬ или **ВПИСАТЬ** необходимые ответы

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Пол: **М** **Ж** Национальность _____

* Сколько ВАМ лет _____

* Число _____ * месяц _____ * год _____ рождения

* Какой сейчас месяц _____ * год _____

* Кто руководил страной во время Великой Отечественной войны _____

* Кто является президентом Казахстана в настоящее время _____

* Какое, по ВАШЕМУ мнению, наиболее **важное** событие произошло в нашей стране в последние _____ годы

* ВАШ адрес _____

ВЫ ЖИВЕТЕ: На _____ этаже

в частном доме	в 2-х комн. квартире	в 1 комн. общей квартиры
в 1 комнатной квартире	в 3-х комн. квартире	в 2-х и более комн. общей квартиры

ПРИ НАЛИЧИИ:

лифта	газа	стиральной машины
туалета и душа в доме	электричества	холодильника
холодной воды	телефона	телевизора
горячей воды	центрального отопления	автомобиля

ДО ВЫХОДА НА ПЕНСИЮ ВЫ БЫЛИ:

рабочим	военнослужащим	работником сельского хозяйства
служащим	домохозяйкой	не работали по инвалидности

ОБРАЗОВАНИЕ:

неграмотный	неполное среднее	неполное высшее
начальное	среднее	высшее

ВАШ ДОХОД В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (в месяц): _____ тенге

меньше 20 тыс.тенге	20 – 50 тыс.тенге	больше 50 тыс.тенге
---------------------	-------------------	---------------------

КТО ПОМОГАЕТ ВАМ в ведении домашнего хозяйства ?

родственники	друзья	соседи	Службы социальной и др. помощи
--------------	--------	--------	--------------------------------

СОГЛАСНЫ ЛИ ВЫ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ:

медицинские **ДА** **НЕТ**

социально-бытовые

ДА

НЕТ

КАКУЮ ФОРМУ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВЫ СЧИТАЕТЕ ДЛЯ СЕБЯ НАИБОЛЕЕ ЖЕЛАТЕЛЬНОЙ ?:

Помощь на дому

Квартира в жилом доме с комплексом медико-социальных услуг

Гериатрический пансионат

- пребывание до 6 мес. - постоянное

Дом-интернат для престарелых и инвалидов:

- пребывание до 6 мес. - постоянное

Медицинский стационар:

- пребывание до 1 мес. - до 2-х мес. - до 3-х мес. - до 6 мес.

Выберите и подчеркните ТОЛЬКО ТЕ ВОПРОСЫ, которые соответствуют Вашему состоянию здоровья

1. Вы можете самостоятельно передвигаться **только в пределах нескольких улиц**
2. Вы можете самостоятельно передвигаться **только в пределах двора**
3. Вы можете самостоятельно передвигаться **только в пределах квартиры**
4. Вы не можете самостоятельно передвигаться (ходить)
5. Вы можете самостоятельно подняться по ступенькам не выше 4 этажа
6. Вы можете самостоятельно подняться по ступенькам не выше 2 этажа
7. Вы не можете самостоятельно подниматься по ступенькам
8. При ведении домашнего хозяйства Вы можете только приготовить пищу, постирать мелкие вещи
9. При ведении домашнего хозяйства Вы можете только вымыть посуду, вытереть пыль
10. Вы ничего не можете делать по дому
11. Вы не можете самостоятельно помыться, постричь ногти
12. Вы проживаете отдельно от детей вдвоем с супругой (супругом)
13. Вы проживаете один (одна)
14. По состоянию здоровья Вы не можете работать и принимать участия в общественных организациях
15. У Вас нет желания работать и принимать участие в общественных мероприятиях
16. Вы не посещаете мечеть (церковь) по состоянию здоровья
17. У Вас нет желания никуда выходить из квартиры
18. Вы не посещаете своих родных и знакомых по состоянию здоровья
19. У Вас нет желания ни с кем встречаться
20. Вам стало трудно вспомнить имя известного артиста, название улицы или предмета
21. Вам трудно вспомнить, что Вы ели вчера на обед (ужин).
22. Вам стало трудно самостоятельно составить список необходимых вещей в дорогу перед отъездом или в больницу перед госпитализацией
23. Вы часто стали забывать что-то взять, или куда-то пойти. Часто возвращаетесь, забыв что-то, выходя из дома.
24. Вы испытываете раздражение, озлобление безо всяких на то существенных причин
25. Вы чувствуете себя одиноким
26. Вас часто охватывает полное равнодушие, безучастность к себе и ко всему окружающему
27. Вы чувствуете себя никому не нужным
28. Вы испытываете чувство неудовлетворенности прожитой жизнью
29. Вы не удовлетворены своей жизнью в настоящее время
30. Вас часто беспокоят мрачные мысли о своем будущем
31. Вы ощущаете бесполезность своего существования

ВАС БЕСПОКОЯТ:

32. Ограничения подвижности позвоночника при наклонах
33. Боли в спине, в том числе при движениях
34. Боли в суставах ног, мешающие передвигаться
35. Частые боли в суставах рук, мешающие работать по дому
36. Постоянное дрожание рук и головы
37. Затруднения при ходьбе из-за того, что плохо «слушаются» ноги
38. Ухудшение памяти на текущие события
39. Бессонница
40. Головокружения
41. Головные боли
42. Сжимающие или давящие боли в области сердца или за грудиной при ходьбе или физической нагрузке
43. Сжимающие или давящие боли за грудиной при небольшой психо-эмоциональной нагрузке или в покое
44. Перебои (нарушения ритма) в работе сердца
45. Одышка при ходьбе или другой физической нагрузке
46. Одышка при психо-эмоциональной нагрузке или в покое
47. Появление отеков ног к концу дня
48. Постоянные отеки ног (ещё с утра)
49. Частые желания (позывы) помочиться
50. Не зависящие от Вас (непроизвольные) выделения мочи
51. Боли или неприятные ощущения при мочеиспускании
52. Отеки под глазами
53. Высокое артериальное давление
54. Низкое артериальное давление
55. Резко сниженное зрение
56. Потеря зрения
57. Отсутствие ощущения запахов при дыхании носом
58. Невозможность слышать речь нормальной громкости
59. Полная потеря слуха
60. Оцениваю свое здоровье, как

хорошее	удовлетворительное	среднее
---------	--------------------	---------

61. Оцениваю свое здоровье, как

плохое	очень плохое
--------	--------------

62. Врач или медсестра приходил к Вам на дом более 5 раз в течение года
63. Вы находились на стационарном лечении (в больнице) в текущем году
64. Вы **часто** посещали поликлинику (более 20 раз за год)
65. Вы ежегодно проходите медосмотр
66. Вы вызывали **скорую помощь** более 5-ти раз в год
67. Вы проходили 1-2 курса восстановительного лечения в год в реабилитационном отделении поликлиники
68. Вы **постоянно (ежедневно)** принимаете лекарственные средства (выделить только 1 ответ)

меньше 3х в день	4-6 в день	больше 6 в день
------------------	------------	-----------------

69. Вы нуждаетесь в зубном протезировании
70. Вам на протяжении длительного времени предоставляется ежедневная медицинская помощь на дому в полном объеме (аналогично стационару).

Укажите, какими заболеваниями Вы страдаете _____

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ПОМОЩЬ !

САУАЛНАМА – ТЕКСЕРУ АЭСМЭЗ

(60 жастан аскандарға)

Зейнеткерлерге медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің сапасын жақсарту мақсатында осы сауалнаманы толтыруларыңызды сұраймыз АСТЫН СЫЗЫҢЫЗ немесе қажетті жауапты ЖАЗЫҢЫЗ

Тегі _____ Аты _____ Әкесінің аты _____

Жынысы: **Е** **Ә** **ҰЛТЫ** _____

* Жасы _____

* Күні _____ * айы _____ * жылы _____

* Қазір қай ай _____ * жыл _____

* Ұлы Отан соғысы кезінде мемлекетті кім басқарды _____

* қазіргі уақытта Қазақстан президенті кім _____

* Соңғы жылдары біздің мемлекетте сіздің ойыңызша қандай маңызды іс шаралар болды

* Сіздің мекен-жайыңыз _____

СІЗ ТҰРАСЫЗ: жеке үйде 1 бөлмелі пәтерде
3 бөлмелі пәтерде Жалпы пәтердің 1 бөлмесінде
2 бөлмелі пәтерде Жалпы пәтердің 2 не одан көп
бөлмесінде

_____ кабат

БАРЫНДА:	лифт	дәретхана
	Суық су	телефон
	Ыстық су	кір машинасы
	Газ	тоңазытқыш
	Электр желісі	теледидар
	Орталық жылу жүйесі	радио желісі
	Душ	магнитофон
	Ванна	автомобиль

ЗЕЙНЕТКЕРЛІККЕ ШЫҚҚАНҒА ДЕЙІН СІЗ БОЛДЫҢЫЗ:

жұмысшы	ауыл шаруашылығы жұмысшысы
қызметкер	үй шаруашылығы
әскери қызметкер	мүгедектікке байланысты жұмыс істемедіңіз

БІЛІМІ:

Білімі жоқ	толық емес орта	толық емес жоғарғы
бастапқы	орта	жоғары

СІЗДІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ КІРІСІҢІЗ (айына): _____

СІЗГЕ ҮЙ ШАРУАШЫЛЫҒЫНДА КІМ КӨМЕКТЕСЕДІ? _____

СІЗ ҚОСАЛҚЫ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТКЕ КЕЛІСЕСІЗ БЕ:

* медициналық **ИЯ** **ЖОҚ**

* әлеуметтік-тұрмыстық ИЯ ЖОҚ

СІЗГЕ ҚАНДАЙ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ТҮРІН ҚАЖЕТ ДЕП САНАЙСЫЗ?:

- * үй жағдайында көмек көрсету
- * кешенді медико-әлеуметтік қызметі бар үйі пәтерлерінде
- * Гериатриялық пансионат
 - * 6 айға дейін болу тұрақты
- * Қарттар мен мүгедектер үшін интернат -үйі:
 - * 6 айға дейін болу тұрақты
- * Медициналық стационар:
- * 1 айға дейін болу 2 айға дейін 3 айға дейін 6 айға дейін

Сіздің денсаулық жағдайыңызға сәйкес келетін сұрақты таңдап, астын сызыңыз

Сіз өз бетіңізше қала ішінде қозғала алмайсыз, ал қозғала аласыз тек:

1. Сіз өз бетіңізше бірнеше көше жүре аласыз
2. Сіз өз бетіңізше тек өз үйіңіздің айналасында ғана жүре аласыз
3. Сіз өз бетіңізше тек пәтер ішінде ғана жүре аласыз
4. Сіз өз бетіңізше қозғала (жүре) алмайсыз
5. Сіз өз бетіңізше баспалдақпен 4-ші қабатқа дейін ғана көтеріле аласыз
6. Сіз өз бетіңізше баспалдақпен 2-ші қабатқа дейін ғана көтеріле аласыз
7. Сіз өз бетіңізше баспалдақпен көтеріле алмайсыз
8. Сіз үй шаруашылығында тек ас дайындап, ұсақ киімдерді жуа аласыз
9. Сіз үй шаруашылығында тек ыдыс жуып, шаң сүрте аласыз
10. Сіз үй шаруашылығында ештеңе істей алмайсыз
11. Сіз өз бетіңізше жуынып, тырнақтарыңызды ала алмайсыз
12. Сіз балаларыңыздан бөлек жұбайыңыз (күйеуіңіз) екеуіңіз тұрасыздар
13. Сіз жалғыз тұрасыз
14. Сіз денсаулық жағдайыңызға байланысты қоғамдық ұйымдардағы жұмыстарға қатысып жұмыс істей алмайсыз
15. Сіздің қоғамдық ұйымдардағы жұмыстарға қатысып жұмыс жасауға көңіліңіз жоқ
16. Сіз денсаулық жағдайыңызға байланысты мешіт (церковь) бара алмайсыз
17. Квартираныңдан басқа ешқандай шығуға науқаныңыз жоқ
18. Сіз денсаулық жағдайыңызға байланысты өз тустарыңызды және таныстарыңызды іздеп бармайсыз
19. Сіздің ешкіммен кездесуге науқаныңыз жоқ
20. Сізге атақты әртістің атын, бір заттың немесе көшенің атын еске түсіру қиынға соғады
21. Сізге кеше түскі (кешкі) асқа не жегеніңізді еске түсіру қиынға соғады
22. Сізге жолға шығар алдында заттарыңызды жинау қиынға соғады
23. Сіз жиі бір нәрсені алуды ұмыта бересіз, немесе бір жерге баруды. Жиі үйден шығарда бір нәрсені ұмытып қайтып келесіз
24. Сіз ешқандай себептен себепсіз тітіркенуді сезінесіз
25. Сіз өзіңізді жалғыз сезінесіз
26. Сізге өзіңізге және басқа барлық қоршағандарға селқостықты жиі сезінесіз
27. Сіз өзіңізді ешкімге қажетсіз сезінесіз
28. Сіз өткен өміріңізге қанағаттанбайтындай сезімде боласыз
29. Сіз қазіргі уақыттағы өміріңізбен қанағаттанбайсыз
30. Сізді өзіңіздің болашағыңыз туралы жаман ойлар мазалайды
31. Сіз өзіңіздің өмір сүріп жатқаныңызды қажетсіз деп санайсыз

СІЗДІ МАЗАЛАЙДЫ:

32. Еңкею кезінде омыртқа қозғалысының шектелгенін
33. арқаның ауруы, соның ішінде қозғалыс кезіндегі арқа ауырады
34. Қозғалысқа кедергі жасайтын аяқ буындарының аурулары
35. Үй жұмысына кедергі жасайтын қол буындарының жиі ауыруы
36. Бастың және қолдың жиі дірілдеуі
37. Аяқтарыңыз сізді «тыңдамағандықтан» қимыл-қозғалысыңыз шектелген
38. Күнделікті болып жатқан тіршілікте есте сақтау қабілетінің төмендегені
39. Ұйқысыздық
40. Бас айналады
41. Бас ауырады
42. Жүру немесе физикалық қозғалыс кезінде жүрек немесе төс айналасында қысылатын немесе түйін аурулары
44. Жүрек ырғағының жұмысы ретсіз (ырғақтың бұзылуы)
45. Жүру немесе басқа физикалық күштемеде демнің жетіспеуі, енгігу
46. Тыныштықта немесе психо-эмоционалды күш кезіндегі демнің жетіспеуі
47. Күн соңына қарай, кешке аяқта ісіктердің пайда болуы
48. Аяқтың күнде ісуі (танертеңнен бастап)
49. Сізде жиі зәр шығару мазалайды
50. Сіздің еркіңізге тәуелсіз (өздігінен) зәршығару мазалайды
51. Зәр шығару кезінде ауырсыну немесе жағымсыз сезім болады
52. Көз айналасының ісінуі
53. Жоғары артериалды қысым
54. Төмен артериалды қысым
55. Көзіңіздің тез бұлдырауы
56. Көзіңіздің көрмей қалуы
57. мұрынмен демалу кезінде иіс сезудің болмауы
58. Қалыпты дауысты естуіңіз күрт төмендеді
59. Толық естімейсіз
60. Сіз өз денсаулығыңызды, орташа бағалайсыз ба?
61. Сіз өз денсаулығыңызды, нашар бағалайсыз ба?
62. Дәрігер немесе мейірбике сіздің үйіңізге жылына 5 реттен артық келеді ме
64. Сіз ағымдағы жылда стационарлық емделуде болдыңыз ба
64. Сіз емханаға жиі барасыз ба (жылына 20 реттен артық)
65. Сіз жыл сайын медициналық тексеруден өтіп тұрасыз ба
66. Сіз жедел жәрдем қызметін жылына (5 реттен артық) шақырдыңыз ба
67. Сіз жылда емханада реабилитациялық бөлімде қалпына келтіру үшін емнің 1-2 курсына аласыз ба?
68. Сіз үнемі (күнделікті) дәрілік заттарды қолданасыз ба?
69. Сіз тіс протезін қажет етесіз бе?
70. Сізге ұзақ уақыттық күнделікті үйде жүргізілетін толық көлемдегі медициналық көмек жүргізіледі (стационарға аналог).

Сіз қандай ауру түрлерімен ауыратыныңызды жазыңыз

КӨМЕК КӨРСЕТКЕНІҢІЗГЕ АЛҒЫС БІЛДІРЕМІЗ !

ҚОСЫМША Б

Анкета для врачей

Уважаемые респонденты! Приглашаем Вас принять участие в анкетировании: проводим изучение мнения врачей об организации работы с пожилыми людьми. Прежде чем дать ответ, внимательно прочитайте каждый вопрос и возможные варианты ответов на него. В случае отсутствия вариантов ответа, дополните ответ своим вариантом. Выбрав тот или иной ответ, соответствующий Вашему мнению, подчеркните его. Спасибо!

1. Место работы

1. Поликлиника (государственная)
2. Стационар
3. Дневной стационар
4. Частная поликлиника

2. **Ваш возраст:** _____ (напишите, сколько Вам полных лет)

3. **Ваш пол:**

1. Мужской
2. Женский

4. **Какую должность Вы занимаете в настоящее время?**

1. Врач- терапевт
2. Врач общей практики
3. Другой врач (напишите) _____,

5. **После ВУЗа окончил (а) (любое число ответов):**

1. интернатуру, резидентуру, /клиническую ординатуру,
2. магистратуру, /аспирантуру
3. докторантуру,
4. ничего не оканчивал
5. другое

6. **Наличие категории по своей профессии:**

1. высшая
2. первая
3. вторая
4. третья
5. без категории

7. **Стаж работы: сколько лет** -----

8. **Сколько проживающих пожилых людей на Вашем участке нуждались в медицинских, социальных и психологических услугах в 2016 году?**

Медицинские	Социальные	Психологические
менее 20 человек	менее 20 человек	менее 20 человек
20-50 человек	20-50 человек	20-50 человек
50и более	50и более	50и более
затрудняюсь ответить	затрудняюсь ответить	затрудняюсь ответить

9. **Увеличилась ли доля пожилых людей на участке за последние 5 лет?**

1. да
2. нет

10. Какие виды помощи Вы оказываете лицам пожилого и старческого возраста

1. медицинскую помощь
2. реабилитация
3. помощь на дому (стационар на дому, сестринский патронаж)
4. психологическая помощь (беседы, эмоциональная поддержка и т.п.)
5. другое (напишите)

11. С какими трудностями вы сталкиваетесь при оказании медицинской помощи пожилым пациентам (несколько вариантов есть)

1. Нехватка времени на осмотр больных
2. Недостаточное количество у больных денежных средств для приобретения эффективных и качественных лекарственных препаратов
3. Заполнение большого количества медицинской документации
4. Не выполнение рекомендаций по лечению со стороны больных
5. Затруднения обслуживания из за недостаточного оснащения и плохой материально-технической базы
6. Трудности в общении с пожилыми людьми
7. Недостаточное знание врачами возрастной патологии
8. Другое напишите _____

12. Есть ли в штате Вашей поликлиники психолог?

1. Да
2. Нет
3. Не знаю

13. Если есть психолог, то как он работает с пожилыми людьми?

1. проводит обучающие тренинги, беседы
2. оказывает консультативную помощь
3. организует школы для пожилых пациентов
4. другое (перечислите) _____

14. Есть ли в штате Вашей поликлиники геронтолог?

1. Да
2. Нет
3. Не знаю

15. Если у вас есть специалист геронтолог, то как он работает с пожилыми людьми?

1. оказывает помощь при острых и хронических заболеваниях,
2. амбулаторную помощь,
3. принимает участие в уходе за больными как в стационаре, так и на дому.
4. оказывает информационно-образовательную помощь
5. проводит профилактическую помощь
6. проводит обучающие тренинги, беседы
7. оказывает консультативную помощь
8. организует школы для пожилых пациентов

9. разрабатывает совместно с социальным работником программы оказания медико-социальную помощь

10. другое (перечислите) _____

16. Проводите ли вы обучение пациентов для поддержания физического и психического здоровья пожилого человека (его подвижности, способности к самообслуживанию, сохранению социальной активности)

1. да (укажите какие) _____

2. нет

17. Проводите ли вы совместную работу с социальным работником ?

1. да

2. нет

18 Если проводите совместную работу с социальным работником, то укажите какие?

1. консультирования (индивидуального или группового);

2. активного посещения, наблюдения и оказания помощи на дому (патронаж и др);

3. оказания помощи (консультирования) по телефону доверия;

4. создания групп поддержек, проведения тренингов, работы с инициативными группами, группами само- и взаимопомощи.

5. по ведению учетную и отчетную документацию по оказанию специальных социальных услугах.

19. Пожилые люди и инвалиды сталкиваются с многочисленными трудностями и проблемами в повседневной жизнедеятельности. Оцените степень актуальности перечисленных ниже проблем для пациентов преклонного возраста, с которыми Вы работаете, по шкале от 1 до 4, где «1» - очень актуально, «4» - не актуально совсем

Группы проблем <i>Дайте ответ по каждой строке</i>	Очень актуально <i>о</i>	Скорее актуально <i>о</i>	Скорее не актуально <i>о</i>	Не актуально совсем <i>о</i>
1. Проблемы самообслуживания и повседневной жизнедеятельности (трудности при приеме пищи, умывании, одевании, посещении туалета и пр.)	1	2	3	4
2. Проблемы двигательной активности (трудности при хождении по квартире, по лестнице, по улице), при перемещении из постели на стул / коляску и обратно и т.д., использовании	1	2	3	4

<i>протезов, коляски)</i>				
3. Проблемы физических коммуникационных возможностей (зрение, слух, речь)	1	2	3	4
4. Проблемы умственной деятельности (память, ориентация, понимание, адекватность суждений и поведения и т.д.)	1	2	3	4
5. Проблемы хозяйственно-бытовой деятельности (трудности при ведении домашнего хозяйства и бюджета (использовании денег), приготовлении пищи, уборке, стирке, покупках и оплате счетов, пользовании телефоном, транспортом и т.д.)	1	2	3	4
6. Проблемы социальной активности, социальных контактов (трудности в отношениях с родственниками, друзьями, соседями; в выполнении собственных социальных ролей; в использовании социальных связей, ресурсов окружения; в организации свободного времени)	1	2	3	4
7. Проблемы получения медицинских назначений и выполнения лечебно-профилактических процедур на дому	1	2	3	4

20. Какую эмоциональную поддержку Вам приходится оказывать своим пожилым пациентам?

1. Проявление сострадания, сочувствия
2. Проявление внимания, заботы
3. Проявление терпения, понимания
4. Сопровождение в процессе умирания и переживания горя

5. Другое (напишите)

21. Какие организации/сообщества играют в Вашем районе наиболее значимую роль в решении проблем медико-социальной помощи пожилым и инвалидам

1. Больницы сестринского ухода
2. Дома-интернаты для инвалидов и престарелых
3. Государственные стационарные медучреждения (больницы)
4. Хосписы
5. Негосударственные медучреждения
6. Органы социальной защиты, опеки и попечительства
7. Волонтерские движения, общественные организации. Напишите, какие:
8. Церковь, религиозные организации, верующие люди
9. Благотворительные организации, спонсоры
10. акиматы
11. Семья, родственники
12. Соседи, друзья, знакомые
13. Другое. Напишите:

22. Какие из перечисленных ниже видов информации о медицинских или социальных услугах, Вы имеете в своем распоряжении на работе? Как вы это делаете?

1. Перечень оказываемых населению медицинских и социальных услуг, в т.ч на дому
2. Стандарты медицинских или социальных услуг на дому
3. прейскурант цен на медицинские или социальные услуги на дому
4. Показания, по которым предоставляется медицинская или социальная помощь на дому

5. Другой

ответ

(напишите) _____

23. Оборудована ли Ваша поликлиника пандусами, поручнями и т.п. для удобства передвижений пожилых людей?

1. да
2. нет

24. Какие виды из перечисленных видов помощи оказывает поликлиника, в которой Вы работаете, оцените их доступность для прикрепленных пожилых пациентов, по балльной системе (1-минимальная доступность, 5-максимальная) (выберите в каждой строке по одному варианту ответа)

виды помощи	1-минимальная доступность, 5-максимальная доступность
1. профилактические медицинские осмотры (скрининговые исследования)	1 2 3 4 5
2. сестринская помощь (патронаж)	1 2 3 4 5
3. консультации узких	1 2 3 4 5

специалистов	
4. диспансерное наблюдение	1 2 3 4 5
5. реабилитация	1 2 3 4 5
6. льготное лекарственное обеспечение пациентов при амбулаторном лечении, в т.ч. онкологических больных, больных сахарным диабетом, больных заболеваниями органов кровообращения	1 2 3 4 5
7. гигиеническое обучение и разъяснительная работа по физической активности и рациональному питанию в пожилом возрасте	1 2 3 4 5

25. Какие виды из перечисленных методов исследований проводятся в Вашей поликлинике, оцените их доступность для пожилых пациентов, прикрепленных к Вашей поликлинике по балльной системе (1-минимальная доступность, 5-максимальная)

Методы обследования	1-минимальная доступность, 5-максимальная доступность
1. универсальные лабораторные методы диагностики (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови), анализ крови на сахар, на холестерин	1 2 3 4 5
2. анализы на онко маркеры	1 2 3 4 5
2. инструментальные методы диагностики: Электрокардиография (ЭКГ), Ультразвуковое исследование (УЗИ), Эхокардиография (ЭхоКГ), Электроэнцефалография (ЭЭГ), Флюорография	1 2 3 4 5
3. другие инструментальные методы диагностики (измерение внутриглазного давления, эзофагогастродуоденоскопию(ФГДС)	1 2 3 4 5
5. Другие диагностические процедуры (напишите)	1 2 3 4 5
4. консультации узких специалистов	

(уролог, кардиолог, невропатолог, окулист и пр.) _____	
--	--

26. Хотели бы Вы участвовать в тренингах, обучающих медицинских работников принципам общения с пожилыми пациентами, другими особенностями образа жизни в пожилом возрасте (питание, физическая и умственная активность и т.п.)?

1. да
2. нет

27. Как Вы оцениваете свои взаимоотношения с пожилыми пациентами?

1. полное доверие и взаимопонимание
2. частичное доверие и понимание
3. отсутствие доверия и взаимопонимания
4. другое (напишите) _____
5. не знаю

28. Ваши предложения по совершенствованию медико- социальной помощи пожилым людям и старикам на уровне амбулаторно-поликлинических организаций

Большое спасибо за Вашу помощь

Дәрігерлерге арналған сауалнама

Құрметті респонденттер!

Сіздерді сауалнамаға қатысуға шақырамыз: дәрігерлердің егде жастағы адамдармен жұмыс істеуді ұйымдастыру туралы пікірлерін зерттеу жүргіземіз. Сұрақтарға жауап берместен бұрын әр сұрақты және жауаптардың варианттарын мұқият оқыңыз. Жауап варианттары болмаған жағдайда өз вариантыңызды жазыңыз. Сіздің пікіріңізге сәйкес келетін жауаптың астын сызыңыз. Рахмет!

1. Жұмыс орныңыз

1. Емханада (мемлекеттік)
2. Ауруханада
3. Күндізгі аурухана
4. Жеке меншік емханада

2. **Сіздің жасыңыз:** _____ (толық жасыңызды жазыңыз)

3. Жынысыңыз:

1. Ер
2. Әйел

4. Қазіргі кезде Сіз қандай қызмет атқарасыз?

1. Дәрігер терапевт
2. Жалпы тәжірбиелік дәрігер
3. Басқа дәрігер (жазыңыз) _____.

5. ЖОО бітіргеннен кейін қандай мамандықты бітірдіңіз (жауаптардың кез - келген саны):

1. Интернатура, резидентура, /клиникалық ординатура
2. Магистратура, /аспирантура
3. Докторантура,
4. Ештеме бітірмедім
5. Басқа

6. Өз мамандығыңыз бойынша санатыңыз қандай:

1. Жоғары
2. Бірінші
3. Екінші
4. Үшінші
5. Санатсыз

7. Жұмыс өтілімі: қанша жыл -----

8. Сіздің аймағыңызда тіркелген қанша егде және қарт адамдар 2016 жылы медициналық, әлеуметтік және психологиялық қызметтерді қажет етті?

Медициналық	Әлеуметтік	Психологиялық
20 адамға дейін	20 адамға дейін	20 адамға дейін
20-50 адам	20-50 адам	20-50 адам
50 және одан жоғары	50 және одан жоғары	50 және одан жоғары
Жауап беруге қиналамын	Жауап беруге қиналамын	Жауап беруге қиналамын

9. Соңғы 5 жылда аймақта егде және қарт адамдардың санының өсімі байқалды ма?

1. Иә
2. Жоқ

10. Сіз қандай көмек түрімен егде және қарт жастағыларды қамтамасыз етесіз?

1. Медициналық көмек
2. Реабилитация
3. Үй жағдайында көмек беру (ауруханалық үй жағдайында көмек беру, мейірбикелік патронаж)
4. Психологиялық көмек (әңгімелесу, эмоциялық қолдау және т.б.)
5. Басқа (жазыңыз)

11. Сіз егде және қарт жастағы науқастарға медициналық көмек көрсету кезінде қандай қиындықтарға тап боладыңыз? (бірнеше нұсқалары бар)

1. Науқастарды қарау барысында уақыттың жетіспеушілігі
2. Науқастардың сатып алуға тиімді және сапалы дәрі-дәрмектерге қолма-қол ақшасының жеткіліксіздігі.
3. Өте көп медициналық құжаттарды толтыру
4. Науқастарды тарапынан емдеуге берілген ұсынылымдардың орындалмауы
5. Материалдық-техникалық жабдықтар базасының жеткіліксіздігінен қызмет көрсетудің қиын болуы.
6. Егде адамдармен әңгімелесу кезіндегі қиыншылықтар
7. Қарт адамдардың жастық ерекшеліктеріне байланысты дәрігерлер білімінің жетіспеушілігі.
8. Басқа (жазыңыз) _____

12. Сіздің емханаңыздың штатында психолог бар ма?

1. Иә
2. Жоқ
3. Білмеймін

13. Егер бар болса, психолог егде және қарт адамдармен қалай жұмыс жасайды?

1. Тренингтер, пікірталастар өткізеді
2. Кеңес береді
3. Егде науқастар үшін мектептер ұйымдастырады
4. Басқа (көрсетіңіз) _____

14. Сіздің емханаңыздың штатында геронтолог бар ма?

1. Иә
2. Жоқ
3. Білмеймін

15. Егер сізде геронтолог маманы бар болса, онда ол егде және қарт жастағы адамдармен қалай жұмыс жасайды?

1. Ол жіті және созылмалы аурулар кезінде көмек көрсетеді,
2. Амбулаториялық-емханалық көмек
3. Ауруханада және үй жағдайында науқастарға қамқорлық жасауға қатысады.

4. Білім беру - ақпараттық көмек көрсетеді
5. Профилактикалық көмекті жүргізеді
6. Тренингтер, пікірталастар өткізеді
7. Кеңес береді
8. Егде науқастар үшін мектептер ұйымдастырады
9. Әлеуметтік қызметкермен бірлесіп медициналық-әлеуметтік көмек көрсету үшін бағдарлама жасайды.
10. Басқа (көрсетіңіз) _____
16. Сіз егде қарт кісілерге (оның мобильділік, өзіне-өзі қызмет ету қабілетін, әлеуметтік белсенділігін сақтауға) физикалық және психикалық денсаулығын сақтау үшін үйретулер жүргізесіз бе?
 1. Иә (көрсетіңіз қандай) _____
 2. Жоқ
17. Сіз әлеуметтік қызметкермен бірлесіп жұмыс жасайсыз ба?
 1. Иә
 2. Жоқ
18. Егер әлеуметтік қызметкермен бірігіп жұмыс жасасаңыз, онда көрсетіңіз?
 1. Кеңес беру (жеке немесе топтық);
 2. Белсенді қатысу, бақылау және үйде күтім (мейірбике патронаж және т.б.);
 3. «Сенім телефоны» бойынша көмек (кеңес беру);
 4. Тренингтер, бастамашыл топтармен жұмыс, өзіне-өзі көмек және өзара көмек қолдау топтарын құру.
 5. Арнайы әлеуметтік қызмет көрсету үшін есеп және есеп беру бойынша жүргізуі.
19. Мүмкіндігі шектеулі егде адамдардың күнделікті өмірде көптеген қиындықтар мен мәселелерге тап болады. Сіз төменде көрсетілген мәселелердің өзектілігінің дәрежесін шкала бойынша бағалаңыз, онда 1 ден 4, ол «1»-өте маңызды, «4» - өте маңызды емес .

Мәселелер (Әрбір жолға жауап беріңіз)	Өте маңызды	Тезірек маңызды	Тезірек емес маңызды	Өте маңызды емес
1. Өзіне-өзі қызмет көрсету мәселелері, сондай-ақ күнделікті (тамақтану, жуыну, киіну, дәретханаға барып келуі, т.б. қиындықтар) қызметі.	1	2	3	4
2. Қозғалу мүмкіншіліктерінің мәселелері (пәтерге жету	1	2	3	4

жолында баспалдакпен көтерілуі, көшеде жүру) төсектен столға жылжып отыруы немесе арбаға сол сияқты т.б., арба протездерін қолдануы)				
3.Физикалық коммуникациялық мүмкіндіктерінің (көру, есту, сөйлеу) мәселелері	1	2	3	4
4. Ақыл-ой іс-әрекеттерінің мәселелері (ес, бағдарлау, түсіну, пайымдаулар мен мінез-құлық, т.б.)	1	2	3	4
5. Шаруашылық қызметінің мәселелері (үй шаруасындағы және қаражаттық қиыншылықтар (ақшаны жұмсауда, тамақ жасауда), пісіру, тазалау, кір жуу, сауда жасауда және төлемдер, телефонды қолдану арқылы, көлік және т.б.)	1	2	3	4
6. Әлеуметтік қызмет мәселелері, әлеуметтік байланыстар (өзіндік әлеуметтік рөлдерді орындау кезіндегі, туыстары мен достар, көршілермен қарым-қатынастарының қиындықтары, әлеуметтік сілтемелер, қоршаған орта ресурстары, бос уақытын ұйымдастырудағы пайдалану)	1	2	3	4
7. Медициналық тағайындауларды және емдеу-профилактикалық шараларды үй жағдайында орындаудағы мәселелері	1	2	3	4

20. Қандай эмоционалдық қолдауды сіз қарт науқастарға көрсетесіз?

1. Жанашырлық көрінісі, көңіл білдірушілік
2. Зейін қоюшылық, қамқорлық
3. Шыдамдылық, түсінушілік көрсету
4. Өлім және ренжіту үрдістері кезінде қолдау
5. Басқа (жазыңыз)

21. Қандай ұйымдар /Сіздің аймағыңызда қандай қауымдастықтар қарттар мен мүгедектерге арналған медициналық және әлеуметтік көмек көрсету мәселелерін шешу кезінде ең маңызды рөл атқарады?

1. Ауруханадағы мейірбикелік күтім
2. Мүгедектер мен қарттарға арналған мектеп-интернаттар
3. Мемлекеттік стационарлық медициналық нысан (ауруханалар)
4. Хоспистар
5. Мемлекеттік емес медициналық мекемелер
6. Әлеуметтік қорғау және қамқоршы органдар
7. Волонтерлік қозғалыстар, қоғамдық ұйымдар. Қандай жазыңыз:
8. шіркеу, діни ұйымдар, діни адамдар
9. Қайырымдылық ұйымдары, демеушілер
10. Әкімдіктер
11. Жанұя, туыстары
12. Көршілер, достар, таныстар
13. Басқа. Жазыңыз:

22. Төмендегі көрсетілген медициналық немесе әлеуметтік қызметтерге Сіз қандай ақпарат түрлері туралы өз иелігіңізде жұмыс жасап, оны қалай іске асырасыз?

1. Халыққа көрсетілетін медициналық және әлеуметтік, соның ішінде үйде көрсетілетін қызметтердің тізімі
2. Көрсетілетін көмектің әлеуметтік және медициналық қызметтердің стандарттары
3. Медициналық немесе әлеуметтік қызметтердің баға преискурранты
4. Медициналық немесе әлеуметтік көмек көрсету бойынша көрсеткіштер беріледі
5. Басқа жауап (жазыңыз) _____

23. Сіздің емхананыз қарттардың қозғалуы үшін пандустармен, тұтқалармен және т. б. ыңғайлы заттармен жабдықталған ба?

1. Иә
2. Жоқ

24. Сіз жұмыс жасайтын емханада төменде көрсетілген көмектің қай түрі іске асырылады. Егде және қарт жастағы адамдарға көрсетілетін көмектің қолжетімділігін балдық жүйе бойынша бағалаңыз (1- минималды қолжетімділік, 5- максималды қолжетімділік (әрбір жолға бір-бірден жауап жазыңыз)

Көмек түрлері	1-минималды қолжетімділік, 5-
---------------	-------------------------------

	максималды қолжетімділік
1. Медициналық тексерудің алдын-алулары (скринингтік зерттеу)	2 2 3 4 5
2. Медбикелік көмек (патронаж)	2 2 3 4 5
3. Салалы көлемді мамандардың кеңесін алу.	2 2 3 4 5
4. Диспансерлік бақылау	2 2 3 4 5
5. Реабилитациялық шаралар	2 2 3 4 5
6. Амбулаториялық емдеу кезінде емделушілерді жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, оның ішінде онкологиялық ауруларды, қант диабетімен ауыратын науқастар, қан айналым жүйесінің аурулары	2 2 3 4 5
7. Егде жастағы адамдарды гигиеналық және дене белсенділігі бойынша және дұрыс тамақтануға оқыту түсіндіру жұмыстарын жүргізу.	1 2 3 4 5

25. Сіз жұмыс жасайтын емханада төменде көрсетілген зерттеу әдістерінің қай түрі көрсетіледі. Егде және қарт жастағы адамдарға көрсетілетін зерттеу әдістерінің қолжетімділігін балдық жүйе бойынша бағалаңыз (1- минималды қолжетімділік, 5- максималды қолжетімділік (әрбір жолға бір-бірден жауап жазыңыз))

Зерттеу әдістері	1-минималды қолжетімділік, 5- максималды қолжетімділік
1. Әмбебап зертханалық диагностикалық әдістер (қанның, несептің жалпы талдауы, биохимиялық қан талдау), қан құрамындағы қант, холестеринді анықтау.	1 2 3 4 5
2. Аспаптық диагностикалық әдістер: Электрокардиография (ЭКГ), Ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ), Эхокардиография (ЭхоКГ), Электроэнцефалография (ЭЭГ), Флюорография	1 2 3 4 5

4. Басқа аспаптық диагностикалық әдістер (көз ішілік қысымды өлшеу, эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС))	12 3 4 5
5. Басқа диагностикалық әдістер (жазыңыз)	1 2 3 4 5
6. Салалық мамандардың кеңесін алу (уролог, кардиолог, невропатолог, көз дәрігері және т.б.) _____ _____	

26. Сіз егде және қарт жастағы адамдарға байланысты қарым-қатынас принциптеріне, қартыққа байланысты өмір салтының ерекшеліктеріне (тамақтану, физикалық және психикалық белсенділігінің т.б.) байланысты медицина қызметкерлерін оқытуға, тренингтер жүргізуге қатысқыңыз келе ме?

1. Иә
4. Жоқ

27. Сіздің егде және қарт адамдармен өзара түсінушілігіңізді қалай бағалайсыз?

1. Толық сенемін және өзара түсіністік
2. Жартылай сенемін және өзара түсіністік
3. Сенім мен өзара түсінушіліктің болмауы
4. Басқа (жазыңыз) _____
5. Білмеймін

28. Амбулаториялық-емханалық ұйымдардағы егде және қарт адамдарға көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмекті жақсарту үшін Сіздің ұсыныстарыңыз:

Көмек көрсеткеніңіз үшін рахмет!

ҚОСЫМША Б

Анкета для медицинских сестер

Уважаемые респонденты! Приглашаем Вас принять участие в анкетировании: проводим изучение мнения врачей об организации работы с пожилыми людьми. Прежде чем дать ответ, внимательно прочитайте каждый

вопрос и возможные варианты ответов на него. В случае отсутствия вариантов ответа, дополните ответ своим вариантом. Выбрав тот или иной ответ, соответствующий Вашему мнению, подчеркните его. Спасибо!

1. Место работы

1. Поликлиника (государственная)
2. Стационар
3. Дневной стационар
4. Частная поликлиника

2. **Ваш возраст:** _____ (напишите, сколько Вам полных лет)

3. **Ваш пол:**

1. Мужской
2. Женский

4. **Какую должность Вы занимаете в настоящее время?**

1. медсестра
2. Другой (напишите) _____,

5. **После ВУЗа окончил (а) (любое число ответов):**

1. ничего не оканчивал
2. колледж
3. медучилище
4. университет
5. другое

6. **Наличие категории по своей профессии:**

1. высшая
2. первая
3. вторая
4. третья
5. без категории

7. **Стаж работы: сколько лет** -----

8. **Сколько проживающих пожилых людей на Вашем участке нуждались в медицинских, социальных и психологических услугах в 2016 году?**

Медицинские	Социальные	Психологические
менее 20 человек	менее 20 человек	менее 20 человек
20-50 человек	20-50 человек	20-50 человек
50и более	50и более	50и более
затрудняюсь ответить	затрудняюсь ответить	затрудняюсь ответить

9. **Увеличилась ли доля пожилых людей на участке за последние 5 лет?**

1. да
2. нет

10. **Какие виды помощи Вы оказываете лицам пожилого и старческого возраста**

1. медицинскую помощь
2. реабилитация

3. помощь на дому (стационар на дому, сестринский патронаж)
4. психологическая помощь (беседы, эмоциональная поддержка и т.п.)
5. другое (напишите)

11. С какими трудностями вы сталкиваетесь при оказании медицинской помощи пожилым пациентам (несколько вариантов есть)

1. Нехватка времени на осмотр больных
2. Недостаточное количество у больных денежных средств для приобретения эффективных и качественных лекарственных препаратов
3. Заполнение большого количества медицинской документации
4. Не выполнение рекомендаций по лечению со стороны больных
5. Затруднения обслуживания из за недостаточного оснащения и плохой материально-технической базы
6. Трудности в общении с пожилыми людьми
7. Недостаточное знание врачами возрастной патологии
8. Другое напишите _____

12. Есть ли в штате Вашей поликлиники психолог?

1. Да
2. Нет
3. Не знаю

13. Если есть психолог, то как он работает с пожилыми людьми?

1. проводит обучающие тренинги, беседы
2. оказывает консультативную помощь
3. организует школы для пожилых пациентов
4. другое (перечислите) _____

14. Есть ли в штате Вашей поликлиники геронтолог?

1. Да
2. Нет
3. Не знаю

15. Если у вас есть специалист геронтолог, то как он работает с пожилыми людьми?

1. оказывает помощь при острых и хронических заболеваниях,
2. амбулаторную помощь,
3. принимает участие в уходе за больными как в стационаре, так и на дому.
4. оказывает информационно-образовательную помощь
5. проводит профилактическую помощь
6. проводит обучающие тренинги, беседы
7. оказывает консультативную помощь
8. организует школы для пожилых пациентов
9. разрабатывает совместно с социальным работником программы оказания медико-социальную помощь
10. другое (перечислите) _____

16. Проводите ли вы обучение пациентов для поддержания физического и психического здоровья пожилого человека (его подвижности, способности к самообслуживанию, сохранению социальной активности)

1. да (укажите какие) _____

2. нет

17. Проводите ли вы совместную работу с социальным работником ?

1. да

2. нет

18 Если проводите совместную работу с социальным работником, то укажите какие?

1. консультирования (индивидуального или группового);

2. активного посещения, наблюдения и оказания помощи на дому (патронаж и др);

3. оказания помощи (консультирования) по телефону доверия;

4. создания групп поддержки, проведения тренингов, работы с инициативными группами, группами само- и взаимопомощи.

5. по ведению учетную и отчетную документацию по оказанию специальных социальных услугах.

19. Пожилые люди и инвалиды сталкиваются с многочисленными трудностями и проблемами в повседневной жизнедеятельности. Оцените степень актуальности перечисленных ниже проблем для пациентов преклонного возраста, с которыми Вы работаете, по шкале от 1 до 4, где «1» - очень актуально, «4» - не актуально совсем

Группы проблем <i>Дайте ответ по каждой строке</i>	Очень актуальн о	Скорее актуальн о	Скорее не актуальн о	Не актуально сосем
1. Проблемы самообслуживания и повседневной жизнедеятельности (трудности при приеме пищи, умывании, одевании, посещении туалета и пр.)	1	2	3	4
2. Проблемы двигательной активности (трудности при хождении по квартире, по лестнице, по улице), при перемещении из постели на стул / коляску и обратно и т.д., использовании протезов, коляски)	1	2	3	4
3. Проблемы физических коммуникационных возможностей (зрение, слух, речь)	1	2	3	4
4. Проблемы умственной	1	2	3	4

деятельности (память, ориентация, понимание, адекватность суждений и поведения и т.д.)				
5. Проблемы хозяйственно-бытовой деятельности (трудности при ведении домашнего хозяйства и бюджета (использовании денег), приготовлении пищи, уборке, стирке, покупках и оплате счетов, пользовании телефоном, транспортом и т.д.)	1	2	3	4
6. Проблемы социальной активности, социальных контактов (трудности в отношениях с родственниками, друзьями, соседями; в выполнении собственных социальных ролей; в использовании социальных связей, ресурсов окружения; в организации свободного времени)	1	2	3	4
7. Проблемы получения медицинских назначений и выполнения лечебно-профилактических процедур на дому	1	2	3	4

20. Какую эмоциональную поддержку Вам приходится оказывать своим пожилым пациентам?

1. Проявление сострадания, сочувствия
2. Проявление внимания, заботы
3. Проявление терпения, понимания
4. Сопровождение в процессе умирания и переживания горя
5. Другое (напишите)

21. Какие организации/сообщества играют в Вашем районе наиболее значимую роль в решении проблем медико-социальной помощи пожилым и инвалидам

1. Больницы сестринского ухода
2. Дома-интернаты для инвалидов и престарелых

3. Государственные стационарные медучреждения (больницы)
4. Хосписы
5. Негосударственные медучреждения
6. Органы социальной защиты, опеки и попечительства
7. Волонтерские движения, общественные организации. Напишите, какие:
8. Церковь, религиозные организации, верующие люди
9. Благотворительные организации, спонсоры
10. акиматы
11. Семья, родственники
12. Соседи, друзья, знакомые
13. Другое. Напишите:

22. Какие из перечисленных ниже видов информации о медицинских или социальных услугах, Вы имеете в своем распоряжении на работе? Как вы это делаете?

1. Перечень оказываемых населению медицинских и социальных услуг, в т.ч на дому
 2. Стандарты медицинских или социальных услуг на дому
 3. прейскурант цен на медицинские или социальные услуги на дому
 4. Показания, по которым предоставляется медицинская или социальная помощь на дому
 5. Другой ответ
- (напишите) _____

23. Оборудована ли Ваша поликлиника пандусами, поручнями и т.п. для удобства передвижений пожилых людей?

1. да
2. нет

24. Какие виды из перечисленных видов помощи оказывает поликлиника, в которой Вы работаете, оцените их доступность для прикрепленных пожилых пациентов, по балльной системе (1-минимальная доступность, 5-максимальная) (выберите в каждой строке по одному варианту ответа)

виды помощи	1-минимальная доступность, 5-максимальная доступность
1. профилактические медицинские осмотры (скрининговые исследования)	3 2 3 4 5
2. сестринская помощь (патронаж)	3 2 3 4 5
3. консультации узких специалистов	3 2 3 4 5
4. диспансерное наблюдение	3 2 3 4 5
5. реабилитация	3 2 3 4 5

6. льготное лекарственное обеспечение пациентов при амбулаторном лечении, в т.ч. онкологических больных, больных сахарным диабетом, больных заболеваниями органов кровообращения	3 2 3 4 5
7. гигиеническое обучение и разъяснительная работа по физической активности и рациональному питанию в пожилом возрасте	1 2 3 4 5

25. Какие виды из перечисленных методов исследований проводятся в Вашей поликлинике, оцените их доступность для пожилых пациентов, прикрепленных к Вашей поликлинике по балльной системе (1-минимальная доступность, 5-максимальная)

Методы обследования	1-минимальная доступность, 5-максимальная доступность
1. универсальные лабораторные методы диагностики (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови), анализ крови на сахар, на холестерин	2 2 3 4 5
2. анализы на онко маркеры	2 2 3 4 5
2. инструментальные методы диагностики: Электрокардиография (ЭКГ), Ультразвуковое исследование (УЗИ), Эхокардиография (ЭхоКГ), Электроэнцефалография (ЭЭГ), Флюорография	2 2 3 4 5
3. другие инструментальные методы диагностики (измерение внутриглазного давления, эзофагогастродуоденоскопию(ФГДС))	2 2 3 4 5
5. Другие диагностические процедуры (напишите)	1 2 3 4 5
4. консультации узких специалистов (уролог, кардиолог, невропатолог, окулист и пр.) _____	

26. Хотели бы Вы участвовать в тренингах, обучающих медицинских работников принципам общения с пожилыми пациентами, другими особенностями образа жизни в пожилом возрасте (питание, физическая и умственная активность и т.п.)?

1. да
2. нет

27. Как Вы оцениваете свои взаимоотношения с пожилыми пациентами?

1. полное доверие и взаимопонимание
2. частичное доверие и понимание
3. отсутствие доверия и взаимопонимания
4. другое (напишите) _____
5. не знаю

28. Ваши предложения по совершенствованию медико- социальной помощи пожилым людям и старикам на уровне амбулаторно-поликлинических организаций

Большое спасибо за Вашу помощь

Мейірбикелерге арналған сауалнама

Құрметті респонденттер!

Сіздерді сауалнамаға қатысуға шақырамыз: дәрігерлердің егде жастағы адамдармен жұмыс істеуді ұйымдастыру туралы пікірлерін зерттеу жүргіземіз. Сұрақтарға жауап берместен бұрын әр сұрақты және жауаптардың варианттарын мұқият оқыңыз. Жауап варианттары болмаған жағдайда өз вариантыңызды жазыңыз. Сіздің пікіріңізге сәйкес келетін жауаптың астын сызыңыз. Рахмет!

1. Жұмыс орныңыз

1. Емханада (мемлекеттік)
2. Ауруханада
3. Күндізгі аурухана
4. Жеке меншік емханада

2. Сіздің жасыңыз: _____ (толық жасыңызды жазыңыз)

3. Жынысыңыз:

1. Ер
2. Әйел

4. Қазіргі кезде Сіз қандай қызмет атқарасыз?

1. колледж
2. медучилище
3. университет
4. басқа

5. қандай мамандықты бітірдіңіз

(жауаптардың кез - келген саны):

1. Мейірбике
2. Магистратура, /аспирантура
3. Ештеме бітірмедім
5. Басқа

6. Өз мамандығыңыз бойынша санатыңыз қандай:

1. Жоғары
2. Бірінші
3. Екінші
4. Үшінші
5. Санатсыз

7. Жұмыс өтілімі: қанша жыл -----

8. Сіздің аймағыңызда тіркелген қанша егде және қарт адамдар 2016 жылы медициналық, әлеуметтік және психологиялық қызметтерді қажет етті?

Медициналық	Әлеуметтік	Психологиялық
20 адамға дейін	20 адамға дейін	20 адамға дейін

20-50 адам	20-50 адам	20-50 адам
50 және одан жоғары	50 және одан жоғары	50 және одан жоғары
Жауап беруге қиналамын	Жауап беруге қиналамын	Жауап беруге қиналамын

9. Соңғы 5 жылда аймақта егде және қарт адамдардың санының өсімі байқалды ма?

1. Иә
2. Жоқ

10. Сіз қандай көмек түрімен егде және қарт жастағыларды қамтамасыз етесіз?

1. Медициналық көмек
2. Реабилитация
3. Үй жағдайында көмек беру (ауруханалық үй жағдайында көмек беру, мейірбикелік патронаж)
4. Психологиялық көмек (әңгімелесу, эмоциялық қолдау және т.б.)
5. Басқа (жазыңыз)

11. Сіз егде және қарт жастағы науқастарға медициналық көмек көрсету кезінде қандай қиындықтарға тап боладыңыз? (бірнеше нұсқалары бар)

1. Науқастарды қарау барысында уақыттың жетіспеушілігі
2. Науқастардың сатып алуға тиімді және сапалы дәрі-дәрмектерге қолма-қол ақшасының жеткіліксіздігі.
3. Өте көп медициналық құжаттарды толтыру
4. Науқастарды тарапынан емдеуге берілген ұсынылымдардың орындалмауы
5. Материалдық-техникалық жабдықтар базасының жеткіліксіздігінен қызмет көрсетудің қиын болуы.
6. Егде адамдармен әңгімелесу кезіндегі қиыншылықтар
7. Қарт адамдардың жастық ерекшеліктеріне байланысты дәрігерлер білімінің жетіспеушілігі.
8. Басқа (жазыңыз) _____

12. Сіздің емханаңыздың штатында психолог бар ма?

1. Иә
2. Жоқ
3. Білмеймін

13. Егер бар болса, психолог егде және қарт адамдармен қалай жұмыс жасайды?

1. Тренингтер, пікірталастар өткізеді
2. Кеңес береді
3. Егде науқастар үшін мектептер ұйымдастырады
4. Басқа (көрсетіңіз) _____

14. Сіздің емханаңыздың штатында геронтолог бар ма?

1. Иә
2. Жоқ
3. Білмеймін

15. Егер сізде геронтолог маманы бар болса, онда ол егде және қарт жастағы адамдармен қалай жұмыс жасайды?

1. Ол жіті және созылмалы аурулар кезінде көмек көрсетеді,
2. Амбулаториялық-емханалық көмек
3. Ауруханада және үй жағдайында науқастарға қамқорлық жасауға қатысады.
4. Білім беру - ақпараттық көмек көрсетеді
5. Профилактикалық көмекті жүргізеді
6. Тренингтер, пікірталастар өткізеді
7. Кеңес береді
8. Егде науқастар үшін мектептер ұйымдастырады
9. Әлеуметтік қызметкермен бірлесіп медициналық-әлеуметтік көмек көрсету үшін бағдарлама жасайды.
10. Басқа (көрсетіңіз) _____

16. Сіз егде қарт кісілерге (оның мобильділік, өзіне-өзі қызмет ету қабілетін, әлеуметтік белсенділігін сақтауға) физикалық және психикалық денсаулығын сақтау үшін үйретулер жүргізесіз бе?

1. Иә (көрсетіңіз қандай) _____
2. Жоқ

17. Сіз әлеуметтік қызметкермен бірлесіп жұмыс жасайсыз ба?

1. Иә
2. Жоқ

18. Егер әлеуметтік қызметкермен бірігіп жұмыс жасасаңыз, онда көрсетіңіз?

1. Кеңес беру (жеке немесе топтық);
2. Белсенді қатысу, бақылау және үйде күтім (мейірбике патронаж және т.б.);
3. «Сенім телефоны» бойынша көмек (кеңес беру);
4. Тренингтер, бастамашыл топтармен жұмыс, өзіне-өзі көмек және өзара көмек қолдау топтарын құру.
5. Арнайы әлеуметтік қызмет көрсету үшін есеп және есеп беру бойынша жүргізуі.

19. Мүмкіндігі шектеулі егде адамдардың күнделікті өмірде көптеген қиындықтар мен мәселелерге тап болады. Сіз төменде көрсетілген мәселелердің өзектілігінің дәрежесін шкала бойынша бағалаңыз, онда 1 ден 4, ол «1»-өте маңызды, «4» - өте маңызды емес .

Мәселелер (Әрбір жолға жауап беріңіз)	Өте маңызды	Тезірек маңызды	Тезірек емес маңызды	Өте маңызды емес
1. Өзіне-өзі қызмет көрсету мәселелері, сондай-ақ күнделікті (тамақтану, жуыну, киіну, дәретханаға барып келуі, т.б. қиындықтар) қызметі.	1	2	3	4

2. Қозғалу мүмкіншіліктерінің мәселелері (пәтерге жету жолында баспалдақпен көтерілуі, көшеде жүру) төсектен столға жылжып отыруы немесе арбаға сол сияқты т.б., арба протездерін қолдануы)	1	2	3	4
3. Физикалық коммуникациялық мүмкіндіктерінің (көру, есту, сөйлеу) мәселелері	1	2	3	4
4. Ақыл-ой іс-әрекеттерінің мәселелері (ес, бағдарлау, түсіну, пайымдаулар мен мінез-құлық, т.б.)	1	2	3	4
5. Шаруашылық қызметінің мәселелері (үй шаруасындағы және қаражаттық қиыншылықтар (ақшаны жұмсауда, тамақ жасауда), пісіру, тазалау, кір жуу, сауда жасауда және төлемдер, телефонды қолдану арқылы, көлік және т.б.)	1	2	3	4
6. Әлеуметтік қызмет мәселелері, әлеуметтік байланыстар (өзіндік әлеуметтік рөлдерді орындау кезіндегі, туыстары мен достар, көршілермен қарым-қатынастарының қиындықтары, әлеуметтік сілтемелер, қоршаған орта ресурстары, бос уақытын ұйымдастырудағы пайдалану)	1	2	3	4
7. Медициналық	1	2	3	4

тағайындауларды және емдеу-профилактикалық шараларды үй жағдайында орындаудағы мәселелері				
---	--	--	--	--

20. Қандай эмоционалдық қолдауды сіз қарт науқастарға көрсетесіз?

1. Жанашырлық көрінісі, көңіл білдірушілік
2. Зейін қоюшылық, қамқорлық
3. Шыдамдылық, түсінушілік көрсету
4. Өлім және ренжіту үрдістері кезінде қолдау
5. Басқа (жазыңыз)

21. Қандай ұйымдар /Сіздің аймағыңызда қандай қауымдастықтар қарттар мен мүгедектерге арналған медициналық және әлеуметтік көмек көрсету мәселелерін шешу кезінде ең маңызды рөл атқарады?

1. Ауруханадағы мейірбикелік күтім
2. Мүгедектер мен қарттарға арналған мектеп-интернаттар
3. Мемлекеттік стационарлық медициналық нысан (ауруханалар)
4. Хоспистар
5. Мемлекеттік емес медициналық мекемелер
6. Әлеуметтік қорғау және қамқоршы органдар
7. Волонтерлік қозғалыстар, қоғамдық ұйымдар. Қандай жазыңыз:
8. шіркеу, діни ұйымдар, діни адамдар
9. Қайырымдылық ұйымдары, демеушілер
10. Әкімдіктер
11. Жанұя, туыстары
12. Көршілер, достар, таныстар
13. Басқа. Жазыңыз:

22. Төмендегі көрсетілген медициналық немесе әлеуметтік қызметтерге Сіз қандай ақпарат түрлері туралы өз иелігіңізде жұмыс жасап, оны қалай іске асырасыз?

1. Халыққа көрсетілетін медициналық және әлеуметтік, соның ішінде үйде көрсетілетін қызметтердің тізімі
2. Көрсетілетін көмектің әлеуметтік және медициналық қызметтердің стандарттары
3. Медициналық немесе әлеуметтік қызметтердің баға прејскуранты
4. Медициналық немесе әлеуметтік көмек көрсету бойынша көрсеткіштер беріледі
5. Басқа жауап (жазыңыз)

23. Сіздің емханаңыз қарттардың қозғалуы үшін пандустармен, тұтқалармен және т. б. ыңғайлы заттармен жабдықталған ба?

1. Иә
2. Жоқ

24. Сіз жұмыс жасайтын емханада төменде көрсетілген көмектің қай түрі іске асырылады. Егде және қарт жастағы адамдарға көрсетілетін көмектің қолжетімділігін балдық жүйе бойынша бағалаңыз (1- минималды қолжетімділік, 5- максималды қолжетімділік (әрбір жолға бір-бірден жауап жазыңыз))

Көмек түрлері	1-минималды қолжетімділік, 5- максималды қолжетімділік
1. Медициналық тексерудің алдын-алулары (скринингтік зерттеу)	4 2 3 4 5
2. Медбикелік көмек (патронаж)	4 2 3 4 5
3. Салалы көлемді мамандардың кеңесін алу.	4 2 3 4 5
4. Диспансерлік бақылау	4 2 3 4 5
5. Реабилитациялық шаралар	4 2 3 4 5
6. Амбулаториялық емдеу кезінде емделушілерді жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, оның ішінде онкологиялық ауруларды, қант диабетімен ауыратын науқастар, қан айналым жүйесінің аурулары	4 2 3 4 5
7. Егде жастағы адамдарды гигиеналық және дене белсенділігі бойынша және дұрыс тамақтануға оқыту түсіндіру жұмыстарын жүргізу.	1 2 3 4 5

25. Сіз жұмыс жасайтын емханада төменде көрсетілген зерттеу әдістерінің қай түрі көрсетіледі. Егде және қарт жастағы адамдарға көрсетілетін зерттеу әдістерінің қолжетімділігін балдық жүйе бойынша бағалаңыз (1- минималды қолжетімділік, 5- максималды қолжетімділік (әрбір жолға бір-бірден жауап жазыңыз))

Зерттеу әдістері	1-минималды қолжетімділік, 5- максималды қолжетімділік
1. Әмбебап зертханалық диагностикалық әдістер (қанның, несептің жалпы талдауы, биохимиялық қан талдау), қан құрамындағы қант, холестеринді анықтау.	3 2 3 4 5

2. Аспаптық диагностикалық әдістер: Электрокардиография (ЭКГ), Ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ), Эхокардиография (ЭхоКГ), Электроэнцефалография (ЭЭГ), Флюорография	3 5	2 3 4
4. Басқа аспаптық диагностикалық әдістер (көз ішілік қысымды өлшеу, эзофагогастродуоденоскопия (ФГДС))	3 5	2 3 4
5. Басқа диагностикалық әдістер (жазыңыз)	1 2 3 4 5	
6. Салалық мамандардың кеңесін алу (уролог, кардиолог, невропатолог, көз дәрігері және т.б.) _____ _____		

26. Сіз егде және қарт жастағы адамдарға байланысты қарым-қатынас принциптеріне, қартыққа байланысты өмір салтының ерекшеліктеріне (тамақтану, физикалық және психикалық белсенділігінің т.б.) байланысты медицина қызметкерлерін оқытуға, тренингтер жүргізуге қатысқыңыз келе ме?

1. Иә
4. Жоқ

27. Сіздің егде және қарт адамдармен өзара түсінушілігіңізді қалай бағалайсыз?

5. Толық сенемін және өзара түсіністік
6. Жартылай сенемін және өзара түсіністік
7. Сенім мен өзара түсінушіліктің болмауы
8. Басқа (жазыңыз) _____
5. Білмеймін

28. Амбулаториялық-емханалық ұйымдардағы егде және қарт адамдарға көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмекті жақсарту үшін Сіздің ұсыныстарыңыз:

Көмек көрсеткеніңіз үшін рахмет!

КОСЫМША Д

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ



Версия 6.0.0.0
Исход
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

ЭКСПЕРТНАЯ КОМИССИЯ
АКТ ВНЕДРЕНИЯ

АКТ 81

о внедрении результатов научно-исследовательских
и инновационных разработок

Ешманова Айнур Кайркеновна, Абикулова Акмарал Канатовна,
Чайковская Вера Владимировна, Игисенова Альфия, Аканова Асия Айкановна
Маншарипова Алмагуль Толеуовна

1. Наименование научно-инновационной разработки: Методика расчета потребности пожилых людей в медико-социальной помощи и ее ориентировочной стоимости

2. Название организации: КГУ «Алматинский городской Дом ветеранов»

3. Область применения: Геронтология

4. Основное содержание внедрения, разработанного в рамках научно-инновационного исследования: Методика расчета потребности пожилых людей в медико-социальной помощи и ее ориентировочной стоимости расположена на сайте 100let.kz. На первом этапе перед заполнением анкеты пациента необходимо зарегистрировать в системе. После регистрации пользователю присваивается код (код пациента), задаваемый автоматически в системе. После успешного входа открывается доступ к онлайн системе расчета медико-экономической нагрузки на регион по оказанию помощи людям пожилого возраста. После входа в систему и выбора пункта «Расчет медико-экономической нагрузки на регион по оказанию помощи людям пожилого возраста» пользователю необходимо заполнить вопросы анкеты для расчета медико-экономической нагрузки. После того, как пользователь ответил на все вопросы анкеты и подтвердил ввод, происходит проверка введенных данных на заполненность всех полей анкеты. Если не все поля заполнены, то выдается сообщение об незаполненности всех необходимых полей и отмечаются все поля, необходимые для заполнения. Если все поля заполнены, то пациенту присваивается код пациента и сохраняются значения полей анкеты. Анкете присваивается уникальный код. Связь с пациентом через код пациента. Следующим этапом происходит обработка данных анкеты и определяется принадлежность к медико-экономическому классу с выдачей медицинских рекомендаций и расчета ориентировочной стоимости услуг.

5. Формы и методы внедрения: руководство пользователя, выступления на конференциях, научные статьи

1. R.I. Muhamedyev, V.G. Dmitriyev, A.T. Mansharipova, M.M. Maratov, I.M. Ualiyeva, D.V. Zagulova. The web portal "Active longevity of Kazakhstan population": actuality, objectives, functions and preliminary results. // The 6th International Conference on Soft Computing and Intelligent Systems and the 13th International Symposium on Advanced Intelligent Systems SCIS-ISIS. Kobe. – 2012. – P. 571-576.

2. Ravil Muhamedyev, Diana Zagulova, Irina Ualyeva, Alma Mansharipova, Elena Muhamedyeva Optimization of Medical Information Systems by Using Additional Factors. JOURNAL "COMPUTER MODELLING AND NEW TECHNOLOGIES", 2014, VOLUME 18 #1 pp. 100-108.

3. Akmaral K Abikulova, Kazbek A Tulebaev, Aikan A Akanov, Botagoz S Turdalieva, Sundetgali B Kalmahanov, Ainur B Kumar, Aigulsum K Izenkova, Bakhyt A Mussaeva and Andrej M Grjibovski Inequalities in self-rated health among 45+ year-olds in Almaty, Kazakhstan: a cross-sectional study // BMC Public Health 2013, 13:654 doi: 10.1186/1471-2458-13-654 Published: 15 July 2013 (Impact Factor 2, 08).

6. Эффективность внедрения:

Дает оценку потребности пожилых людей в медико-социальной помощи и рекомендации медицинским службам по набору необходимых пациенту услуг, а также является основой для принятия управленческих решений при разработке возрастных медицинских и финансово-экономических параметров помощи при текущем и перспективном планировании развития гериатрической помощи.

7. Охраноспособность объекта научно-инновационного внедрения:



ЭКСПЕРТНАЯ КОМИССИЯ
АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Заемствованный метод: Чайковская В.В. Современное состояние и концепция развития гериатрической помощи населению Украины/ Автореф. Дисс.уч. степ докт. мед наук .-К., 2003, - 41с.

Зам.председателя
Экспертной
комиссии:

(подпись)

Мустафина К.К.

Директор организации:

(подпись) (Ф.И.О.)

Члены
Экспертной
комиссии:

(подпись)

Калмаханов С.Б.

Заведующий
медицинским
департаментом:

(подпись) (Ф.И.О.)

(подпись)

Ешманова А.К.

Начальник
отдела
кадров:

(подпись) (Ф.И.О.)

(подпись)

Измайлова С.Х.

(подпись)

Стабаева Г.С.

М.П. организации

(подпись)

Бейсебаева У.Т.

« » 20 г.

М.П. организации

«12» 12 2015 г.



ҚОСЫМША Е



«ПТВЕРЖДАЮ»
Главный врач, к.м.н.
ГКП «ГП №2» на ПХВ
Еспергенова Т.С.
04 2017 г.

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №2» город Алматы
(наименование учреждения, где внедряется работа)

Наименование предложения «Система оценки потребности в медицинской помощи пожилым лицам на уровне поликлиники»

Работа включена из планов внедрения научно-исследовательских работ КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова в инициативном порядке

Форма внедрения лекции, семинары, круглый стол

Ответственный за внедрение, и исполнитель Игисенова А.И., Турдалиева Б.С., Ешманова А.К., Лбикулова А.К.

Эффективность внедрения

Внедрение данной методики будет способствовать измерению уровня потребности в медицинской помощи на уровне поликлиники. Полученная информация будет необходима для разработки эффективных мероприятий по улучшению помощи и показателей здоровья населения на уровне поликлиники.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение
замечаний нет

Сроки внедрения в течении 2017г.

Председатель комиссии: Еспергенова Т.
Члены: (ответственные за внедрение) Байман М.К., Амантурлиева Г.Е.
Исполнитель: Амантурлиева Г.Е., Байман М.К.



Handwritten signature

ҚОСЫМША Ж



«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач, к.м.н.

«ГКП ГКБ №5» на ПХВ

Садыков Б.Н.

2017 г.

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

«ГКП ГКБ №5» на ПХВ город Алматы

(наименование учреждения, где внедряется работа)

Наименование предложения «Система оценки потребности в медицинской помощи пожилым лицам на уровне поликлиники»

Работа включена из планов внедрения научно-исследовательских работ КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова в инициативном порядке

Форма внедрения лекции, семинары, круглый стол

Ответственный за внедрение, и исполнитель Игисенова А.И., Турдалиева Б.С., Ешманова А.К., Абикулова А.К.

Эффективность внедрения

Внедрение данной методики будет способствовать измерению уровня потребности в медицинской помощи на уровне поликлиники. Полученная информация будет необходима для разработки эффективных мероприятий по улучшению помощи и показателей здоровья населения на уровне поликлиники.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение
замечаний нет

Сроки внедрения в течении 2017г.

Председатель комиссии Садыков Б.Н.

Члены: (ответственные за внедрение) Абдрахманова А. Ж., Асканбаева Ж.А.

Исполнитель: Асканбаева Ж.А., Абдрахманова А. Ж.

ҚОСЫМША И



Ғылыми-зерттеу жұмыстарының нәтижелерін енгізу актісі

Алматы қаласы МКК «№2 Қалалық емхана» ШЖК
(жұмысты енгізілетін мекеме аты)

Ұсыныстар атауы «Егде және қарт жастағы адамдардың медициналық әлеуметтік көмекке қажеттілігін зерттеу»

Жұмыс ғылыми-зерттеу жұмыстарын енгізу жоспарында С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ бастамашылық тәртіппен енгізілген

Енгізу түрі: дәріс, семинарлар, дөңгелек үстел.

Енгізуге жауапты адамдар: Турдалиева Б.С., Игисенова А.И., Аимбетова Г.Е., Рамазанова М.А., Кашафутдинова Г.Т.

Енгізу тиімділігі:

Алынған нәтижелер егде және қарт жастағы адамдардың медициналық-әлеуметтік қажеттілігін анықтауда кейбір мәселелерді талқылауға мүмкіндік береді. Емхана қызметкерлерінің ұсыныстары есепке алынып, егде және қарт жастағы адамдардың денсаулығын жақсартуға бағытталған шараларды бірлесіп жасаудағы жұмыстарды арттырады.

Мекеменің жүзеге асыратын ұсыныстары мен ескертпелерді енгізуге
ескертпелер жоқ

Енгізу мерзімі 2017ж. ішінде

Комиссия төрағасы: Еспергенова Т. С.

Мүшелері: (енгізуге жауапты) Байман М. К.

Амантурлиева Г.Е.

Орындаушы: Абдрахманова Қарлығаш.

Айтамбаева Любова.

ҚОСЫМША К



«СВЕРЖДАЮ»
Главный врач, к.м.н.
ГКП «ГП №2» на ПХВ
Еспергенова Т.С.
04 2017

АКТ №2

внедрения результатов научно-исследовательской работы

ГКП на ПХВ «городская поликлиника №2 г.Алматы»
(наименование учреждения, где внедряется работа)

Наименование предложения: **Алгоритм проведения ранней скрининг диагностики когнитивных нарушений у пожилых лиц**

Работа включена из планов внедрения научно-исследовательских работ КазНМУим.С.Асфендиярова в инициативном порядке

Формы внедрения: лекции, круглый стол, выступления на конференциях, научные статьи.

Область применения: Общая врачебная практика, терапия, геронтология

Ответственные за внедрение: Ерназарова Ж.Ш. (исполнитель), Игисенова А.И., Ешманова А.К.

Основное содержание внедрения, разработанного в рамках научно-инновационного исследования: Изменения современной демографической ситуации РК связаны в первую очередь с выраженными процессами старения населения. Пожилой возраст является фактором риска развития когнитивных нарушений. Поэтому, выявление когнитивных нарушений на ранних стадиях позволяет своевременно оказать помощь и предупредить развития более тяжелых форм когнитивных нарушений. С этой целью разработан алгоритм ранней скрининг диагностики когнитивных нарушений у пожилых лиц.

Алгоритм состоит из двух этапов, первый этап которого состоит из пяти вопросов, которые которые решат, требуется ли дополнительное исследование. Согласно схеме, во втором этапе проводятся следующие тесты: тест рисования часов, тест "5 слов". Если по результатам, у человека выявляются когнитивные нарушения, его нужно направить к невропатологу для более углубленного исследования.

Эффективность внедрения: Широкое внедрения алгоритма ранней скрининг диагностики когнитивных нарушений у пожилых лиц в ПМСП и других лечебно-профилактических учреждениях позволит своевременно выявлять когнитивные нарушения на ранних стадиях, корректировать, принять профилактические меры развития тяжелых форм когнитивных нарушений и обеспечить качественный и здоровый образ жизни для пожилых людей.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение
замечаний нет

Сроки внедрения: в течении 2017 года.

Председатель комиссии: Еспергенова Т.С.

Члены: (ответственные за внедрение в ГКП №2) Байман М.К., Амантурлиева Г.Е.

Исполнитель: Байман М.К., Амантурлиева Г.Е.

СВИДЕТЕЛЬСТВО
о государственной регистрации прав
на объект авторского права

№ 2318 г. 8 ноября 2016

Настоящим удостоверяется, что в Министерстве юстиции Республики Казахстан зарегистрированы исключительные имущественные права на объект авторского права под названием «**Научное обоснование совершенствования медико-социальной помощи лицам пожилого возраста на основе изучения потребностей в медицинской, социальной и психологической помощи**» (произведение науки), авторами которого по заявлению авторов является **Игисенова Альфия Имангалиевна, Ешманова Айнур Кайркеновна, Абикулова Акмарал Канатовна, Чайковская Вера, Маншарипова Алмагуль Тулеуовна.**

По заявлению авторов исключительные имущественные права на объект авторского права, созданный **2 июня 2016** года, принадлежат **Игисеновой А.И., Ешмановой А.К., Абикуловой А.К., Чайковской В., Маншариповой А.Т.** и авторы гарантируют, что при создании вышеуказанного объекта не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре **№ 2318** от **8 ноября 2016** года имеется.

Заместитель министра
Э. Азимова

СВИДЕТЕЛЬСТВО
ИС 006446

Авторлық құқық объектісіне құқықтары
мемлекеттік тіркеу туралы

ҚУӘЛІК

№ 2318 ж. 8 қараша 2016

Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде авторлардың өтініші бойынша авторлары **Альфия Имангалиевна Игисенова, Айнур Кайркеновна Ешманова, Акмарал Канатовна Абикулова, Вера Чайковская, Алмагуль Тулеуовна Маншарипова** болып табылатын авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлктік «**Научное обоснование совершенствования медико-социальной помощи лицам пожилого возраста на основе изучения потребностей в медицинской, социальной и психологической помощи**» (ғылыми туындысы) атауымен тіркелгені куәландырылады.

Авторлардың өтініші бойынша авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлктік құқықтар және **2016 жылы 2 маусымда** жасалған объекті **А.И. Игисеноваға, А.К. Ешмановаға, А.К. Абикуловаға, В. Чайковскаяға, А.Т. Маншариповаға** тиесілі және авторлар жоғарыда көрсетілген объектіні жасаған кезде басқа адамдардың зияткерлік меншік құқығы бұзылмағандығына кепілдік береді.

Тізілімде **2016 жылы 8 қарашада** жасалған **№ 2318** жазба бар.

Министрдің орынбасары
Э. Әзімова

ҚУӘЛІК

СВИДЕТЕЛЬСТВО
о государственной регистрации прав
на объект авторского права

№ 723 г. 13 апреля 2017

Настоящим удостоверяется, что в Министерстве юстиции Республики Казахстан зарегистрированы исключительные имущественные права на объект авторского права под названием «Егде және қарт жастағы адамдардың медициналық-алеуметтік көмекке қажеттілігін зерттеу» (произведение науки), авторами которого по заявлению авторов являются Турдалиева Ботагоз Саитовна, Игисенова Альфия Имангалиевна, Аимбетова Гульшара Ергазиевна, Рамазанова Маншук Анеровна, Ешманова Айнур Кайркеновна, Кашафутдинова Гульжахан Темирбулатовна, Абикулова Акмарал Канатовна.

По заявлению авторов исключительные имущественные права на объект авторского права, созданный 15 ноября 2016 года, принадлежат Турдалиевой Б.С., Игисеновой А.И., Аимбетовой Г.Е., Рамазановой М.А., Ешмановой А.К., Кашафутдиновой Г.Т., Абикуловой А.К. и авторов гарантируют, что при создании вышеуказанного объекта не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре № 723 от 13 апреля 2017 года имеется.

Заместитель министра
Э. Азимова

СВИДЕТЕЛЬСТВО
ИС 008023

ҚУӘЛІК
Авторлық құқық объектісіне құқықтарды
мемлекеттік тіркеу туралы

№ 723 ж. 13 сәуір 2017

Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде авторлардың өтініші бойынша авторларды Ботагоз Саитовна Турдалиева, Альфия Имангалиевна Игисенова, Гульшара Ергазиевна Аимбетова, Маншук Анеровна Рамазанова, Айнур Кайркеновна Ешманова, Гульжахан Темирбулатовна Кашафутдинова, Акмарал Канатовна Абикулова болып табылатын авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлкілік құқықтар «Егде және қарт жастағы адамдардың медициналық-алеуметтік көмекке қажеттілігін зерттеу» (ғылыми туынды) атауымен тіркелгені куәландырылады.

Авторлардың өтініші бойынша авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлкілік құқықтар және 2016 жылғы 15 қарашада жасалған объекті Б.С. Турдалиеваға, А.И. Игисеноваға, Г.Е. Аимбетоваға, М.А. Рамазановаға, А.К. Ешмановаға, Г.Т. Кашафутдиноваға, А.К. Абикуловаға тиесілі және авторлары жоғарыда көрсетілген объектіні жасаған кезде басқа адамдардың зияткерлік меншік құқығы бұзылмағандығына кепілдік береді.

Тізілмде 2017 жылғы 13 сәуірде жасалған № 723 жазба бар.

Министрдің орынбасары
Э. Азимова

ҚУӘЛІК