

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Институт общественного здравоохранения



**«XXI ҒАСЫРДАҒЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕН
ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ КЕЛЕШЕГІ»**

**халықаралық ғылыми-тәжірибелік
конференция материалдарының
ЖИНАҒЫ**

4 желтоқсан, 2015

**СБОРНИК
Материалов международной
научно-практической конференции
«ПРИОРИТЕТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ»**

4 декабря, 2015



Алматы, 2015

ӘОЖ 614 (063)

КБЖ 51.1

Ж 66

Ж 66

«XXI ғасырдағы қоғамдық денсаулық сақтау мен профилактикалық медицинаның келешегі» = «Приоритеты общественного здравоохранения и профилактической медицины в XXI веке» Халық. ғылыми-тәж. конф. мат-н жинағы (4 желтоқсан 2015). – Алматы, 2015. – 168 б. – қазақша-орысша

ISBN 978-601-246-587-7

Жинақта, денсаулық сақтауды ұйымдастыру және басқару саласындағы мамандардың, Қазақстан Республикасының ғылым, білім беру және практикалық денсаулық сақтау саласындағы қызметкерлердің еңбектері жарияланған. Жарияланған жұмыстарда XXI ғасырдағы қоғамдық денсаулық сақтау мен профилактикалық медицинаның келешегі қарастырылған.

Сборник содержит работы специалистов в области организации и управления здравоохранения, сотрудников организации науки, образования и практического здравоохранения Республики Казахстан. В публикуемых работах рассматриваются приоритеты общественного здравоохранения и профилактической медицины в XXI веке.

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Аканов А.А.,

д.м.н., профессор Тулебаев К.А.,

д.м.н. Турдалиева Б.С.,

к.м.н. Калмаханов С.Б.,

к.м.н. Аимбетова Г.Е.,

PhD Байсугурова В.Ю.,

PhD Изекенова А.К.,

PhD Карибаева И.К.

ӘОЖ 614 (063)

КБЖ 51.1

ISBN 978-601-246-587-7

© КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

СОДЕРЖАНИЕ:

1. ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР (обзор литературы)	
<i>Тиленова Л.С., Даулетбакова А.М., Калмаханов С.Б.</i>	9
2. ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ	
<i>Алтынбекова У.А., Тилегенова Г.Е.</i>	12
3. СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ГОТОВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА К СОЛИДАРНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ЗДОРОВЬЕ	
<i>Шамсутдинова А.Г., Аканов А.А., Турдалиева Б.С.</i>	15
4. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	
<i>Кошимбеков М.К., Ендибаева У.А., Мамедахунов С.Х.</i>	19
5. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>Нурбакыт А.Н., Талкимбаева Н.А., Сагындыкова З.Р.</i>	21
6. СТУДЕНЧЕСКАЯ МОЛОДЕЖЬ, КАК УЯЗВИМАЯ ГРУППА НАСЕЛЕНИЯ ПО ЗАРАЖЕНИЮ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА В КАЗАХСТАНЕ	
<i>Кумекова Д.М.</i>	24
7. СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ	
<i>Байсейтова М.М., Есембаева С.С., Абзалиев Ж.</i>	29
8. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	
<i>Алтынбекова У.А., Сармулдаева Ш.К., Рамазанова М.А., Ахметова Ж.К.</i>	32
9. НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ ЖАҒДАЙЫ ЖӘНЕ АУРУШАҢДЫҚ МӘСЕЛЕСІ	
<i>Асмагиева А.А., Нурбакыт А.Н., Кожжекенова Ж.А.</i>	34
10. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАННЫХ АМБУЛАТОРНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ	
<i>Асмагиева А.А., Нурбакыт А.Н., Кожжекенова Ж.А.</i>	37
11. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ	
<i>Айтахунова Э.Н., Нурбакыт А.Н., Айтманбетова А.А., Калмаханов С.Б.</i>	39
12. О СОВРЕМЕННОМ СОСТОЯНИИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА	
<i>Құракбаев К.К., Берикова Э.А., Садыкова Л.А., Маймаков Т.А.</i>	41

13. АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	
<i>Раманкул І-М.С., Аимбетова Г.Е.</i>	44
14. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАР-ЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ	
<i>Куракбаев К.К. Ожикенова А.К.</i>	47
15. АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ИССЛЕДОВАНИЯ «ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ» (HBSC)	
<i>Мырзалы М.Ж., Токмурзиева Г.Ж.</i>	49
16. HOW CAN ACTIVITY-BASED COSTING METHODOLOGY BE PERFORMED AS AN EFFECTIVE TOOL TO CALCULATE COSTS IN LABORATORY MEDICINE?	
<i>Mendaliyev N.A., Karibayev K.B., Tyngishbayev M.U.</i>	52
17. УЧАСТИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ	
<i>Тулбаев К.А., Турдалиева Б.С., Кузиева Г.Д., Игисенова А.И.</i>	54
18. ИЗМЕРЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦЫ	
<i>Карибаев К.Б., Мендалиев Н.А.</i>	57
19. ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ МЕДСЕСТРЫ-МЕНЕДЖЕРА	
<i>Иванченко Н.Н., Калуцкая А.В.</i>	60
20. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ	
<i>Турдалиева Б.С., Чайковская В.В., Игисенова А.И., Сакимбетова З.Р., Кузиева Г.Д.</i>	62
21. ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ В КАЗАХСТАНЕ	
<i>Иванченко Н.Н., Иванов Р.В.</i>	65
22. К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПАСАТЕЛЕЙ	
<i>Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Ибраева А.И.</i>	67
23. ПРЕДРАКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОДЖЕЛУДКА	
<i>Койшыбаева Г.С., Тулбаев К.А., Жолдыбаев С.С.</i>	70
24. ИЗУЧЕНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ГРАМОТНОСТИ ЖИТЕЛЕЙ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Байсунова Г.С., Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е.</i>	73
25. INCREASING THE QUALITY AND EFFICIENCY OF PATIENTS' TREATMENT WITH CARDIOVASCULAR DISEASES	
<i>Kamaliev M.A., Almurhanova A.B.</i>	75

26. АРТЫҚ ДЕНЕ САЛМАҒЫ МЕН СЕМІЗДІКТІҢ АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТОНИЯНЫҢ ДАМУЫНДАҒЫ ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ	
<i>Аллиярова С.Т.</i>	77
27. ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ СТРАТЕГИЙ В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>Абзалиев Ж.</i>	80
28. MAIN RESULTS OF SOCIAL INTERROGATION OF YOUNGSTERS IN ALMATY ABOUT KNOWLEDGE, RELATIONS AND BEHAVIOR PRACTICS REGARDING SMOKING	
<i>Turdaliyeva B.S., Aimbetova G.E., Abirova ZH.M., Zhuzenov A.</i>	83
29. ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ АВТОТРАНСПОРТНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ Г.АЛМАТЫ	
<i>Амрин М.К., Досмухаметов А.Т., Бегимбетова Г.А., Оразымбекова Б.К., Шегебаева М.Т., Касымжанова М.Р., Худайбердиева М.С., Камбарова Г.А., Ким А.Л., Ли А.А.</i> ..	
.....	86
30. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА «АЗГЫР»	
<i>Бегимбетова Г.А., Амрин М.К., Оразымбетова А.М., Кулов С.Б., Батырхан У.С., Касымалиева Ф.Б.</i>	88
31. ОЦЕНКА ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО ЧАСТОТЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ	
<i>Сукенова Д.А., Бердыгалиев А.Б., Хасенова Г., Синявский Ю.А.</i>	90
32. АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ КӨШЕ-ЖОЛ ЖЕЛІСІНЕН ШЫҒАТЫН ШУДЫҢ ТҮРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ҚАУІП-ҚАТЕРІН БАҒАЛАУ	
<i>Кенесариев У.И., Досмухаметов А.Т., Батырхан У.С.</i>	92
33. ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА КАРАЧАГАНАКСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ	
<i>Кенесариев У.И., Ержанова А.Е., Аликеева Г.М., Бухарбаева А.</i>	94
34. ОМЫРТҚА БАҒАНЫ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ДАМУЫНА МЕКТЕП АСПАЛЫ СӨМКЕСІНІҢ РӨЛІ	
<i>Молдакарызова А.Ж., Желдербаева М.К., Елгондина Г.Б., Қыдырбаева Г.Б., Орынбасар А.Е.</i>	96
35. БАСТАУЫШ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА АСПАЛЫ СӨМКЕЛЕРДІҢ ЖҮКТЕМЕСІ	
<i>Молдакарызова А.Ж., Желдербаева М.К., Елгондина Г.Б., Қыдырбаева Г.Б., Орынбасар А.Е.</i>	98
36. ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ	
<i>Айнабекова Г.Г., Нурбакыт А.Н., Дармен Н.Ж.</i>	100

37. MONITORING OF THE DEVELOPMENT OF DAY TREATMENT FACILITIES AT HOSPITALS IN PROFILE CUT <i>Kurakbayev K., Ozhikenova A.</i>	103
38. VNTR- ТИПИРОВАНИЕ ШТАММОВ M. TUBERCULOSIS, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ИЗ СЕМЕЙНЫХ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА <i>Даулетбакова А.М., Жакипбаева Б.Т., Муминов Т.А.</i>	105
39. ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ПОТРЕБИТЕЛЮ О МАРКИРОВКЕ <i>Базаркулова Т.Д., Айтамбаева Л.Н., Турегельдиева М.Б.</i>	107
40. ЖАН-ЖАНУАРЛАРДЫҢ ТІСТЕГЕНІ, ТЫРНАҒАНЫ, ҚАПҚАНЫ ДЕНСАУЛЫҚҚА ЗИЯН ӘСЕРІ <i>Жұманова М.Р., Айтамбаева Л.Н., Копжасар С.А.</i>	112
41. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ТРАВМАТИЗМА ВОДИТЕЛЕЙ БОЛЬШЕГРУЗНЫХ АВТОМОБИЛЕЙ НА ТРАССЕ АСТАНА-КОКШЕТАУ <i>Каюпова Ш.К., Кулбаева Ш., Кошербаева Л.К.</i>	114
42. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ НАГРУЗОК ЛАБОРАНТОВ ПРИ СТАЦИОНАРНЫХ И ВЫЕЗДНЫХ УСЛОВИЯХ РАБОТЫ <i>Каюпова Ш.К., Баймухаметова А.Ю., Кошербаева Л.</i>	116
43. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АСКАРИДОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2009-2014 ГГ. <i>Жұмаділ О.С., Даулетбакова А.М.</i>	118
44. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ГОРОДА АЛМАТЫ ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2014 ГОДА <i>Турегельдиева М.Б., Даулетбакова А.М.</i>	120
45. О ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ <i>Камалиев М.А., Кожекенова Ж.А., Нурбакыт А.Н., Дармен Н.Ж.</i>	122
46. УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ <i>Смаков С.Б.</i>	125
47. ОЦЕНКА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 5-7 ЛЕТ <i>Кошербаева Л., Абирова А., Рахметова К.У., Нурбахыт А., Медеулова А.</i>	127
48. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Алекенова Н.У., Кошербаева Л.К., Куракбаев К., Назарбаева Р.К.</i>	129
49. ПЕРСПЕКТИВЫ ОЦЕНКИ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Гурицкая Г.М., Кошербаева Л.К., Толганбаева К.А., Мұхтарқызы А.</i>	131

50. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ОҢТҮСТІК АЙМАҒЫНДАҒЫ 2013 ЖЫЛДАҒЫ ӨМІР СҮРУДІҢ ЖОҒАЛТҚАН ЖЫЛДАРЫН БАҒАЛАУ <i>Сұлтанбекова Б.М., Кошербаева Л.К., Толғанбаева К.А., Аканов А.А.</i>	133
51. КОХЛЕАРЛЫ ИМПЛАНТАНТЫ БАР БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ АКТИВТІЛІГІН ЕСТУ АППАРАТЫМЕН САЛЫСТЫРА ОТЫРЫП ЗЕРТТЕУ <i>Кошербаева Л.К., Серікулы М., Нурбахыт А., Медеулова А.</i>	135
52. ОЦЕНКА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНЫМ ИМПЛАНТОМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 2-4 ЛЕТ <i>Кошербаева Л., Бейсембинова Н., Нурбахыт А., Медеулова А., Мухтаркызы А.</i>	138
53. СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ОПРОСА <i>Ниязбекова Л.С., Сейдуанова Л.Б., Төлеу Е.Т.</i>	140
54. ЕСТУ АҚАУЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ЭМОЦИОНАЛДЫ ҚАЛ ЖАҒДАЙЫ <i>Кошербаева Л.К., Куракбаев К.К., Серікулы М., Медеулов А.</i>	142
55. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПОТИРЕОЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №1 ПО Г.АЛМАТЫ <i>Төлеу Е.Т., Ниязбекова Л.С., Төлеу А.А.</i>	145
56. ЭПИДМОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИФТЕРИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН <i>Даниярова А.Б., Куатбаева А.М.</i>	147
57. АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДА ОРНАЛАСҚАН МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖӘНЕ БІЛІМ БЕРЕТІН МЕКЕМЕЛЕРДІ САНИТАРЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ ЖҰМЫСЫНЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ <i>Амирова А.А., Айтамбаева Л.Н., Бекбосынов Т.Қ.</i>	149
58. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А» НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛМАТЫ <i>Даулетбакова А.М., Бейсенбинова Ж.Б., Аяпбергенова Г.С.</i>	151

59. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ЛИЦ, УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ КАЗАХСТАНА	
<i>Искакова Ф.А., Даулетбакова А.М., Бейсинбинова Ж.Б.</i>	153
60. СТРУКТУРА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	
<i>Исаева А.Г., Еркенова Г.С., Исаева С.М.</i>	156
61. ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	
<i>Исаева А.Г., Еркенова Г.С., Даутова Х.М., Ахметкалиева Д.Н., Г.Д. Тулемисова</i>	158

УЧАСТИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ

Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Кузиева Г.Д., Игисенова А.И.
 Казахский Национальный медицинский университет
 имени С.Д. Асфендиярова

Каждый человек принимает решения, которые влияют на состояние его здоровья. Фундаментальным стержнем политики здравоохранения являются стратегии по повышению грамотности населения и их вовлечению в процесс принятия решения [1, 2].

В своем консультативном документе «The importance of mutuality.....solidarity takes work!» Нидерландский совет по здравоохранению подчеркивает важность обеспечения солидарности в голландской системе здравоохранения в повышении активности пациентов в принятии решений относительно их собственного здоровья, возможно, путем использования элементов взаимности [3].

Было проведено исследование среди голландских граждан, участвующих в пилотном скрининге колоректального рака. Примерно от 20% до 58% (в среднем 40%) участников высказались в пользу предоставления премиум скидки в платежах на здравоохранение для тех, кто соблюдает правила здорового образа жизни с одновременным увеличением суммы платежей для тех, кто этого не делает [4].

Роль пациентов в понимании причин болезни, в охране своего здоровья и в выборе оптимального лечения при острых заболеваниях и в осуществлении терапии при хронических заболеваниях, очень велика. Необходимо признавать эти важные роли пациентов и всячески их поддерживать. Повышение заинтересованности больных может способствовать улучшению их состояния и появлению чувства удовлетво-

ренности, а также сопровождаться клиническим и экономическим эффектом.

Совместное принятие решения – это «процесс, в который больные вовлекаются в качестве активных партнеров лечащего врача для уточнения приемлемых методов лечения и в выборе оптимальной формы лечения».

Одной из наиболее частых причин чувства неудовлетворенности у больных является ощущение недостаточной информированности о лечении (и недостаточной вовлеченности в этот процесс). Для успешного решения данной проблемы можно рекомендовать добиваться участия больных в процессе принятия решения, то есть вовлекать пациентов в дискуссии с клиницистами в качестве активных партнеров. Клиницисты и пациенты работают вместе в качестве активных партнеров, чтобы уточнить приемлемость различных медицинских подходов к лечению и выбрать оптимальную терапию. Хотя не все больные стремятся играть активную роль в выборе лечения – что может быть связано с их возрастом или с образовательными проблемами, большинство пациентов все-таки хотели бы, чтобы клиницисты информировали их в достаточной степени и принимали во внимание предпочтения больных.

Хорошо спланированные учебные курсы могут существенно улучшить коммуникационные навыки врачей, медицинских сестер и фармацевтов. По мере того, как пациенты все больше вовлекаются в этот процесс, повышается уровень их знаний, а также ослабевает чувство тревоги, в результате чего они чувствуют себя более комфортно.

Обучение пациентов и оперативные ответы на возникающие вопросы помогают повысить их заинтересованность и играть более активную роль во время консультаций. Разъяснительная работа улучшает и освежает знания пациентов, помогает им чувствовать свою большую причастность к проведению собственного лечения.

Основанные на фактических данных материалы пособия для больных помогают ускорить процесс принятия информированного решения о ведении пациентов и оптимальном их лечении. Используемые наглядные пособия могут повысить уровень информированности больных и активнее вовлечь их в принятие решений по вопросу лечения. Эти материалы помогают пациентом более точно оценить степень риска и способствуют правильному использованию эффективных процедур.

Главным при совместном принятии решения является двухсторонний обмен информацией между пациентом и медицинским работником. В этом случае медицинский работник выступает в качестве эксперта, предоставляя информацию о его или ее социальных обстоятельствах, отношении к болезни, также о риске, ценностях и предпочтениях. Эти факторы могут оказывать существенное влияние на обдумывание пациентом приемлемости различных методов лечения и должны быть признаны разумными в процессе принятия решения. Также приемлемой является совместная ответственность больного за принятое решение и за любые возможные риски. Не все больные хотят принимать участие в выборе решения. Например, пожилые люди или пациенты с угрожающими жизни заболеваниями чаще всего хотят, чтобы решение принял врач [5].

Отношение к более активному участию больных в принятии решения может быть различным в разных странах и популяциях. Например, результаты популяционного ис-

следования, проведенного в Великобритании, Германии, Испании, Италии, Польше, Словении, Швейцарии, Швеции, показали, что в Польше и Испании доминировали более патерналистические воззрения на отношения между доктором и пациентом, чем в остальных шести странах: 91% респондентов в Швейцарии и 87% респондентов в Германии считали, что в принятии решения о лечении ключевую роль должен играть пациент – или разделяя ответственность с врачом, или даже принимая на себя основную ответственность за решение; в то же время такую точку зрения высказали только 59% пациентов в Польше и лишь 44% респондентов в Испании [6].

Проблема формирования здорового образа жизни получила приоритетный статус государственной политики: в Стратегии развития Казахстана до 2030 года, одним из важнейших долгосрочных приоритетов определено «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана», где подчеркнута политическая, экономическая, социально – медицинская значимость здорового образа жизни [7,8]. Кроме того, охрана здоровья населения Республики Казахстан, продление творческой активной жизни человека является составной частью комплексной системы социально – экономических медицинских мероприятий (программ), принятых постановлением Правительства по вопросам здравоохранения [9,10].

В Казахстане на сегодняшний день обязанности гражданина, работодателя прописаны в законодательстве, а ответственность граждан за свое здоровье, механизм ее реализации отсутствуют, потому лишь государство взяло бремя ответственности на себя. Необходимо четко прописать нормы ответственности за охрану здоровья: от министра, акимов, работодателей до гражданина. Без принятия таких норм сложно привить населению культуру бережного отношения к своему здоровью.

Литература:

1. Агаларова Л. С. Роль врача общей практики в формировании здорового образа жизни // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 2006. - №4. - С. 44- 46.
2. Азбалаян Е. В. Самооценка здоровья и образ жизни коренного малочисленного населения Ямальского севера // *Гигиена и санитария*. - 2013. - №1. - С. 7 – 10.
3. Gevers JK, Ploem MC. Maintaining solidarity: is mutuality the solution? // *Ned Tijdschr Geneeskde*. - 2013. - №157(33). - P. A6603.
4. Stegeman I, Willems DL, Dekker E, Bossuyt PM. Individual responsibility, solidarity and differentiation in healthcare // *J Med Ethics*. - 2014. - № 40(11). - P. 770-773.
5. Bastiaens H et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries // *Patient Education and Counseling*. - 2007. - № 68(1). - P. 33-42.
6. Coulter A, Magee H. *The European patient of the future*. Maidenhead // Open University Press, 2003.
7. Касимов Т. А. Формирование здорового образа жизни в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно – поликлиническую помощь // *Медицина*. - 2011. - №9. - С. 71 – 72.
8. Жукова Т. В., Харагургенева И. М., Свинтуховский О. А. Пути оптимизации оценки уровня здоровья здоровых лиц в системе первичной медико-санитарной помощи в связи с социально- гигиеническим мониторингом здоровья населения // *Гигиена и санитария*. - 2012. - №6. - С. 21-26.
9. Анасова К. Н. Состояние и эффективность целевых профилактических осмотров // *Медицина*. - 2010. - №5. - С. 4 – 5.
10. Аусагитова Ж. С., Табулдина А. Ж., Мухитдинова К. А., Инякина О. А. Технология оказания социально – психологической помощи населению в вопросах формирования своего здоровья // *Медицина*. - 2011. - №7. - С. 100 – 102.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОТРЕБНОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ

*Турдалиева Б.С., Чайковская В.В., Игисенова А.И.,
Сагындыкова З.Р., Кузиева Г.Д.
Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова*

Введение. Большое внимание в Казахстане уделяется здоровью пожилых людей. В большинстве развитых странах активно протекают процессы старения населения. Таким образом проблема старения населения становится для нас очень актуальной, и мы должны принять конкретные меры по обеспечению пожилому населению достойных условий проживания и участию жизни общества в качестве полноправных граждан. Это предусмотрено главным международным документом – Мадридским планом действий по проблемам старения.

Так, по данным Организации Объединенных наций (ООН), в 1950 году в мире проживало приблизительно 200 миллионов людей в возрасте 60 лет и старше, к 1975 году их количество возросло до 550 миллиона. По прогнозам, к 2025 году численность людей старше 60 лет достигнет 1 миллиард 100 миллионов человек. По сравнению с 1950 года их численность возрастет более чем в 5 раз, тогда как население планеты увеличится только в 3 раза[1].

Медицинская помощь лицам пожилого и старческого возрастов оказывается в лечебно-профилактических организациях бесплатно. Социальное обслуживание, как неотъемлемая часть социальной защиты населения в современных социальных государствах, обладает рядом преимуществ с позиции обеспечения адресности государственных расходов. Услугой воспользуется тот субъект, которому она действительно необходима, т.е. ресурсы общественного сектора будут расходоваться

на поддержку целевых групп в форме натуральных трансфертов.

Основная часть. В последние годы в Казахстане принят ряд нормативно-правовых актов, обеспечивающих адекватную мировой практике основу оказания социальных специальных услуг на дому. В 2008 г. принят Закон РК «О специальных социальных услугах», в 2010 г. – Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому [2, 3].

В Стандарте выведен перечень специальных социальных услуг (далее ССУ), которые гарантируются получателям услуг, имеющим право на их получение. В перечень входят социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-культурные, социально-экономические и социально-правовые услуги. Для престарелых людей, социально педагогические услуги не предусмотрены. В Приложении 5 к Стандарту определено, что социальный работник обслуживает 8 престарелых и инвалидов первой и второй группы, проживающих в благоустроенном жилье, и 5 индивидов аналогичных групп в неблагоустроенном жилье.

В странах мира применяется ряд методических подходов к оценке потребностей одиноких пожилых граждан и инвалидов, которые базируются на сходной методологии: главным фактором, определяющим потребность клиента в специальных социальных услугах, является ограниченная способность к самообслуживанию, коммуникации и пере-

движению для удовлетворения основных жизненных потребностей. При этом возможность самостоятельного удовлетворения жизненных потребностей признается нормой.

Шведский подход опирается на методику ADL (Activity of Daily Living), которая оценивает жизненную активность клиента по 7 параметрам: передвижение за пределами своего жилья, передвижение внутри квартиры, посещение туалета, одевание и раздевание, гигиена, уборка жилья, покупка продуктов [4].

Разработки Фонда «Институт экономики города», применяемые в ряде регионов России, опираются на американский опыт и выделяют 12 характеристик клиента: прием пищи, купание, умывание, одевание, контроль акта мочеиспускания и дефекации, пользование туалетом, переход с кровати, передвижение, ведение домашнего хозяйства, подъем по лестнице, заполнение документов [5].

Обзор этих и других существующих методических подходов к оценке потребностей позволяет выделить 2 или 3 блока, формируемых по характеру потребностей:

- самообслуживание в пределах квартиры;
- передвижение за пределами жилья;
- способность оформлять документы.

Результатом идентификации потребностей является выделение степеней или уровней самообслуживания. Так, по указанной выше российской методике выделяются четыре уровня самообслуживания:

- первый — навыки самообслуживания сохранены;
- второй — навыки самообслуживания частично утрачены;
- третий — навыки самообслуживания значительно утрачены;
- четвертый — навыки полностью утрачены.

В практике оценки потребностей пожилых людей и инвалидов, реализуемой в Литве, также различают три уровня:

- 1-й уровень (нетяжелый) — незначительно ограничена деятельность, незначительный объем необходимых специальных потребностей, т.е. минимальная потребность в специальных социальных услугах;

- 2-й уровень (средний) — ограничение деятельности клиента, т.е. повышенная потребность в специальных социальных услугах;
- 3-й уровень (тяжелый) — полностью ограничена деятельность, т.е. максимальная потребность в специальных социальных услугах [6].

Согласно методике оценки потребностей, применяемых еврейским благотворительным обществом «ХЭСЭД Мириам», выделяется 13 групп: прием пищи, передвижение по квартире, передвижение вне квартиры, туалет, купание, гигиенические процедуры, одевание, уборка, стирка, слух, зрение, покупка продовольственных и непродовольственных товаров ежедневного спроса, опасность для окружающих. Особенности этой системы по сравнению с перечисленными выше является выделение состояния «зрения», «слуха» и «опасности для окружающих», понимаемого как отсутствие самоконтроля действий.

Заключение. Разработка автоматизированной экспертной программы определения потребности пожилых людей в медико-социальных услугах, их ориентировочной стоимости с выдачей рекомендаций пациентам и службам, аналогов которой не существует в нашей стране приобретает особую актуальность. Она позволила разработать наиболее адекватные потребностям населения региональные планы развития геронтологической помощи населению, что имело позитивный экономический эффект. Она обеспечивает возможность:

- 1) осуществления сбора информации для принятия решения об организации медико-социальной помощи пожилому человеку (анкетирование по 69 вопросам в диалоговом режиме- срок сбора информации 15 минут)
- 2) определение адекватности ответов обследованного (тест на когнитивную (психическую) сохранность)
- 3) количественной оценки по 100-балльной шкале в диапазоне индекса от 0,00 до 1,00 функциональных возможностей и степени зависимости старого человека

от помощи за 10 составляющих:

- состояние физических возможностей - двигательной активности и способности к самообслуживанию,
 - социальная активность,
 - психологический статус,
 - состояния системы кровообращения,
 - нервной системы
 - костно-мышечной системы
 - мочеполовой системы,
 - органы чувств,
 - самооценка здоровья,
 - пользования медицинской службой.
- 4) расчета интегрального индекса зависимости и, согласно его значению, условном распределении пожилых людей по четырем классам зависимости от медико-социальной помощи;
 - 5) определение адекватных классам зависимости (состояния здоровья и функциональных возможностей пациента) уровней медицинской, социальной и психологической помощи;
 - 6) формирование перечня проведения необходимых мероприятий службам медицинской и социально-бытовой помощи по медицинской, социальной и психологической реабилитации пациента,
 - 7) определение ориентировочных финансовых затрат на оказание адекватной меди-

цинской помощи;

- 8) формирование рекомендаций пациенту в виде советов по организации здорового образа жизни, питания, существующих возможностей пользования медицинскими и социальными учреждениями, консультативными службами (в том числе по телефону), перечень необходимых медицинских обследований, консультаций специалистов и т.д.;
- 9) осуществление записи на магнитные носители и хранения всей информации с выдачей по запросу сведений о любом обследовании человека; группе пожилых, населения региона;
- 10) получение графического изображения взаимоотношений между составляющими векторами зависимости человека (слои летнего населения) в медико-социальной помощи.

Таким образом, экспертная автоматизированная система может быть использована при проведении эпидемиологического обследования пожилого населения; определения его потребностей в разных видах медико-социальной помощи и сопоставления с реальным уровнем ее предоставления; осуществлении мониторинга потребностей различных групп пожилых людей в медицинской, социально-бытовой и психологической помощи.

Литература:

1. Альперович В.Д. Если вам за 60 // г. Ростов-на-Дону. 1999г
2. Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 г. «О специальных социальных услугах»
3. Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому от 06.12.10
4. Захарова О.Г., Клышкова Н.В., Попкова С.А. Оценка нуждаемости клиента в услугах социального обслуживания. Из опыта работы отделения реабилитации КЦСОН // Научно-практический опыт реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Приволжском федеральном округе: Сб. ст. / Под ред. д.м.н. В.А.Бронникова. - Нижний Новгород, 2007. - С. 11-15.
5. Федорец А.В. Мониторинг результативности социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов. Руководство по применению // А.В. Федорец, К.Г. Чагин. - М.: Фонд «Институт экономики города», 2005. - 68 с.
6. Будвитаите Д. Социальные услуги — новые возможности для инвалидов и пожилых // Литовский курьер. - 2005. - № 47(561).

