

На правах рукописи

Дашлхундэв Самбуудорж

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ
ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОНГОЛИИ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования.

Научный руководитель:

Коновалов Олег Евгеньевич - Заслуженный работник высшей школы РФ, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Сабгайда Тамара Павловна - доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии.

Саурина Ольга Семеновна - доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, проректор по дополнительному профессиональному образованию, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения, гигиены и эпидемиологии Института дополнительного профессионального образования.

Черкасов Сергей Николаевич - доктор медицинских наук, ФГБУ науки «Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова» Российской академии наук, главный научный сотрудник лаборатории управления общественным здоровьем № 81.

Защита диссертации состоится «06» апреля 2023 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.023 при Российском университете дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте РУДН (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

Объявление о защите размещено на сайтах ВАК и РУДН: <https://vak.minobrnauki.gov.ru>, <https://www.rudn.ru/science/dissovet>

Автореферат разослан «__» _____ 2023 года.

Учёный секретарь диссертационного совета
ПДС 0300.023, д.фарм.н, профессор

А.В. Фомина

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования. Рост числа лиц пожилого и старческого возраста – одно из наиболее актуальных явлений современной демографической динамики. Это связано со спадом рождаемости в экономически развитых странах, научным и социальным прогрессом. Большую роль играют такие причинные факторы, как медицинские достижения, повышение уровня жизни людей, квалифицированный уровень социальной работы [В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина, 2018; И.А. Григорьева, 2019].

Пожилой возраст людей начинается в 60 лет. В этом позиции Всемирной организации здравоохранения и Организации объединенных наций совпадают.

Упомянутая демографическая тенденция в настоящее время наблюдается не только в экономически развитых странах, но и практически во всем мире. По информации ООН в 1950 г. в мире было зарегистрировано 200 миллионов человек в возрасте 60 лет и старше, а в 1975 г. этот показатель достиг 550 миллионов.

По прогнозам Организации к 2025 году количество пожилых людей и стариков составит 1 миллиард 100 миллионов. Сравнивая с 1950 годом, мы будем наблюдать 5-кратный прирост, тогда как общее число населения планеты увеличится лишь вдвое. Доля лиц старше 60 лет на сегодняшний день составляет 10% [М.А. Прошакова и соавт., 2019].

Согласно информации Национального статистического комитета Монголии, доля лиц в возрасте 60 лет и старше в 2015 году была 6,4%, а в 2030 и 2050 гг. она достигнет 11,9% и 21,1%, соответственно. В настоящее время в стране проживает 249,9 тысяч человек (7,4% от общего числа жителей) старше 60 лет [Статистический ежегодник. Монголия, 2020].

Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем [Э. Амаржаргал., 2015; А.Ш. Сененко и соавт., 2018; А.Г. Скоробогатова, 2019]. При этом в стареющем обществе медико-социальные проблемы выходят на первый план [Ч. Улаан и соавт., 2018; Е.В. Кифорук, 2018]. С учетом сказанного, решение проблемы повышения качества и доступности гериатрической помощи в городах и сельской местности имеет важное значение для общественного здоровья и здравоохранения.

Все вышесказанное и определило актуальность данного исследования.

Степень разработанности проблемы.

Изучению сравнительно-географических аспектов общественного здоровья в России и Монголии в XXI веке посвящена работа С. Энхамгалан и соавт. (2017). Медико-демографические проблемы западных регионов Монголии отражены также в исследовании Э. Амаржаргал (2015). Особенности развития здравоохранения в Монголии посвящено

исследование Б.А. Болдбаатар (2019). Роль Советского Союза в создании системы здравоохранения Монголии показана в работе Д. Лувсанцэрэнгин и соавт. (2016). Развитию здравоохранения в социальной сфере Монголии посвящено исследование Ч. Улаан и соавт. (2018). Формирование европейской системы здравоохранения и в Монголии в XIX-XX веках анализируется в статье С.А. Филина (2017).

Вопросы оказания первичной медико-санитарной помощи пожилым гражданам рассматривались в публикации Р. Оюунханд и соавт. (2010). Сравнение организации социальной работы в медицинских учреждениях России и Монголии отражено в работе С. Баярхуу, Ю.Ю. Шурыгина (2018). В статье Д. Амарсайхан и соавт. (2010) дается анализ тенденций в монгольском медицинском образовании. Усовершенствованию информационной системы здравоохранения Монголии посвящен труд С. Энхболд и соавт. (2012).

Необходимо отметить, что углубленного изучения современных проблем организации гериатрической помощи в Монголии с позиций общественного здоровья и здравоохранения не проводилось.

Целью настоящего исследования является разработка и научное обоснование предложений по совершенствованию организации оказания гериатрической помощи в Монголии.

В соответствии с данной целью были определены следующие **задачи**:

1) Дать характеристику современного состояния и выявить проблемные зоны в оказании гериатрической помощи в Монголии.

2) Проанализировать мнение медицинских работников различного профиля о качестве и перспективах развития гериатрической службы.

3) Изучить социально-гигиеническую характеристику состояния здоровья и оценку качества гериатрической помощи лицами пожилого и старческого возраста.

4) Разработать научно обоснованные предложения по повышению доступности и совершенствованию организации оказания гериатрической помощи населению Монголии.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- получена социально-гигиеническая характеристика здоровья и изучена оценка качества гериатрической помощи лиц пожилого и старческого возраста;

- дана экспертная оценка состояния гериатрической службы в Монголии и выявлены проблемные зоны в оказании гериатрической помощи на догоспитальном и госпитальном этапах;

- проанализировано мнение медицинских работников различного профиля о проведении необходимых мер по повышению качества гериатрической помощи;

-научно обоснованы предложения по повышению доступности и совершенствованию организации оказания гериатрической помощи городскому и сельскому населению.

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что:

✓ Информация об изменениях состояния здоровья и качества жизни людей в возрасте 60 лет и старше позволяет анализировать эффективность мер по улучшению здоровья населения и обоснованно их планировать;

✓ данные о медицинской активности лиц пожилого и старческого возраста дают возможность рассматривать пациента как активно действующего субъекта в системе организации оказания гериатрической помощи;

✓ знание базовых факторов низкой удовлетворенности лиц пожилого и старческого возраста оказываемой им гериатрической помощью является основанием для разработки целенаправленных предложений по ее совершенствованию;

✓ предложен научно-обоснованный комплекс мероприятий по перспективному развитию гериатрической помощи на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи населению страны.

Содержащиеся в диссертации материалы нашли следующее практическое применение:

- получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа для анализа экспертного мнения о состоянии и проблемах организации оказания гериатрической помощи в Монголии» (Свидетельство № 2022616584 от 14.04.2022 г.);

- рекомендации по совершенствованию лечебно-профилактической помощи населению пожилого и старческого возраста, а также разработанная программа для ЭВМ внедрены в практику работы Национального геронтологического центра Монголии (справка о внедрении от 21.12.2022 г.) и Департамента по развитию больниц Национального университета медицинских наук Монголии (справка о внедрении от 21.12.2022 г.);

- материалы диссертации используются в учебном процессе на кафедрах Российского университета дружбы народов, Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко, Тверского государственного медицинского университета.

Методология и методы исследования. Методологической основой проведения исследования явился комплексный подход к проведению исследования. В соответствии с поставленными задачами были отобраны единицы наблюдения. В качестве методов исследования применялись следующие: контент-анализ, социологический, экспертный, аналитический, математико-статистический.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Особенности образа жизни и здоровья населения Монголии пожилого и старческого возраста.

2. Факторы, негативно влияющие на качество гериатрической помощи в городах и сельской местности.

2. Оценка медицинскими работниками качества и доступности гериатрической помощи как основа ее совершенствования.

3. Современное состояние и приоритетные направления развития гериатрической службы в Монголии.

Степень достоверности и апробация результатов. Достоверность полученных результатов определяется научно обоснованной программой исследования, репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования и статистической обработки. м

Материалы диссертации были представлены, доложены и обсуждены на:

1) межрегиональной конференции «Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты» (Тверь, 2021);

2) VIII международной научно-практической конференции #Science4HEALTH2021 (Москва: РУДН, 2021);

3) 25-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2021);

4) Всероссийской on-line конференции «Медицинская наука и практика: история и современность» (Тверь, 2022);

5) на межкафедральной конференции медицинского института Российского университета дружбы народов (Москва, 2022).

Личное участие диссертантки состоит в том, что она разработала программу и план исследования, выполнила критический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой теме, собрала, обработала и проанализировала первичный материал, в том числе провела анкетирование пациентов и врачей. В результате были сформулированы выводы и предложения по совершенствованию организации оказания гериатрической помощи в Монголии.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе 2 статьи в журналах по перечню ВАК/РУДН и 2 статьи в журналах, индексируемых в международной базе Scopus, получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, а именно пунктам 5, 9, 21.

Объем и структура диссертации. Диссертация включает введение, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа изложена на 147 страницах машинописного текста, иллюстрирована 24 таблицами и 24 рисунками. Библиографический список состоит из 226 источников, из них 92 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика материалов и методов исследования

Предмет исследования: организация и пути совершенствования гериатрической помощи в Монголии.

Объекты исследования:

- материалы Национальной статистической службы Монголии;
- ежегодные отчеты «Показатели здоровья населения Монголии»,

«Здоровье пожилых людей в Монголии»;

- отчеты о работе медицинских организаций (подразделений) гериатрического профиля;

- данные социологического опроса специалистов гериатрического профиля, врачей других специальностей, а также мужчин и женщин старше трудоспособного возраста.

Монголия — государство в Восточной Азии, граничащее с Россией на севере и с Китаем на юге. Численность населения страны, согласно данным национальной статистики (и по данным ООН), на 01.01.2021 года составляла 3314,9 тыс. человек. На один квадратный километр территории приходится 2,13 человека. Согласно административно-территориальному делению, в Монголии 21 аймак (область), которые имеют в своём составе 330 сомонов (районов) и 1 муниципалитет. На городское население приходится 68,9 % жителей. Наиболее крупным городом является столица Улан-Батор – 1597,3 тыс. чел.

Согласно данным статистического ежегодника Монголии, в 2020 г. в стране проживало 249,9 тысяч человек (7,4%) старше 60 лет. По прогнозам «Исследования некоторых показателей социально-экономического положения пожилых людей», проведенного Национальным статистическим комитетом Монголии, доля населения в возрасте 60 лет и старше в 2030 и 2050 гг. достигнет в стране соответственно 11,9% и 21,1%. Численность мужчин и женщин старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет, женщины – 55 лет) среди городского и сельского населения в 2020 г. представлена в таблице 1.

Таблица 1. - Численность мужчин и женщин старше трудоспособного возраста среди городского и сельского населения в 2020 г. (абс.)

	Все население		Городское население		Сельское население	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Все население	1,648,979	1,708,563	717,594	765,038	931,385	943,525
из общей численности население в возрасте:						
<i>старше трудо- способного</i>	98,292	219,288	44,211	102,375	54,081	116,913

В работе использовались следующие методы исследования: анализ научной литературы, социологический, экспертный, математико-статистический методы.

Проводился социологический опрос врачей и медицинских сестер гериатрического профиля, врачей и медицинских сестер, работающих в медицинских организациях поликлинического и стационарного типа, а также

мужчин и женщин пожилого и старческого возраста.

С использованием специально разработанной оценочной карты-анкеты получено экспертное мнение 36 профильных специалистов (врачей и медицинских сестер) гериатрических отделений (кабинетов) страны о состоянии и проблемах оказания гериатрической помощи населению. Анкетирование проводилось в 13 аймаках (при этом 4 аймака не участвовали, еще в 4 аймаках нет медицинских работников гериатрического профиля), в 7 районах города Улан-Батора (при этом 2 района не участвовали) и в Национальном геронтологическом центре в столице городе Улан-Баторе.

Кроме того, был проведен социологический опрос среди 535 медицинских работников других специальностей (236 врачей, 299 медицинских сестер), работающих в 19 аймаках Монголии (при этом 2 аймака не участвовали), в 8 районах города Улан-Батора (при этом 1 район не участвовал), в Национальном геронтологическом центре и центре традиционной медицины в городе Улан-Баторе.

Для решения задач исследования осуществлен социологический опрос 726 респондентов в возрасте от 55 лет и старше, из них 75 человек, проживающих в условиях дома-интерната. Респонденты проживали в 19 аймаках Монголии (при этом 2 аймака не участвовали в исследовании), в 8 районах города Улан-Батора (при этом 1 район не участвовал), в центре традиционной медицины, в Национальном геронтологическом центре в столице городе Улан-Баторе, и в доме для пожилых людей (интерната) в сомоне Батсумбер, Туве аймака. При этом 46,4 % респондентов являлись жителями г. Улан-Батора, а 53,6% жили в аймаках и сомонах.

Критерии включения для исследования:

- согласие принять участие в опросе;
- возраст женщины старше 55 лет, мужчины - старше 60 лет;
- проживание в исследуемом районе (аймаке, сомоне) более 6 месяцев;
- наличие законного опекуна, если у респондента есть нарушение зрения или слуха.
- хорошее психическое здоровье.

Критерии исключения из исследования:

- не дано согласия участвовать в опросе;
- возраст женщины до 55 лет и до 60 лет у мужчины;
- проживание в исследуемом районе (аймаке, сомоне) менее 6 месяцев;
- у потенциального респондента с нарушениями зрения или слуха нет законного опекуна.
- наличие психического расстройства.

Репрезентативность выборки была установлена с помощью таблицы В.И. Паниотто (Паниотто В.И., Максименко В.С. Статистический анализ социологических данных. - Киев: Издательский Дом «КМ Академия», 2004. -

270 с.). Согласно данным таблицы, начиная с некоторого момента (400 и более наблюдений), увеличение объема генеральной совокупности не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки.

Обработку данных, полученных в ходе работы, с точки зрения математической статистики проводили, используя методы корреляционного анализа и вариационной статистики. Достоверность имеющихся различий оценивали, применяя расчёт критерия Стьюдента (t). На персональном компьютере работу проводили в программе под названием стандартный пакет STATISTICA 6.0.

Результаты исследования

По данным Национальной статистической службы Монголии, население страны интенсивно стареет. Если в 2010 году на тысячу трудоспособных лиц было зарегистрировано 488 человек старше трудоспособного возраста, то в 2017 году – уже 583 человека.

Средняя продолжительность жизни в Монголии в 2020 году составляла 70,7 лет (66,7 у мужчин и 76,2 у женщин) и этот показатель вырос на 5 лет по сравнению с показателем 50 лет назад (в 1965 году он был равен 65,5 лет) [Показатели здоровья населения Монголии, 2020].

Процесс старения населения Монголии имеет следующие характерные черты [Единая статистическая база данных Монголии]:

- рост абсолютного числа лиц старше трудоспособного возраста (женщин более 55 лет, мужчин - 60 лет) за 2016-2020 гг. с 257,5 тыс. до 328,9 тыс. человек;

- увеличение удельного веса населения старших возрастных групп в период 2016-2020 гг. с 8,3% до 9,8% ($P < 0,05$);

- стабильное гендерное неравенство в группе людей старше трудоспособного возраста (в 2020 году на 1000 мужчин в возрасте 60 лет и более зарегистрировано 2242 женщины, из них на 1000 городских мужчин - 2315 женщин, на 1000 сельских - 2162 женщины);

- увеличение общей продолжительности жизни населения - с 69,6 лет в 2016 году до 70,7 лет в 2020 году;

- стабильно более высокая продолжительность жизни женщин (в 2016 году – 75,1 года, в 2020 году - 76,2 года) по сравнению с мужчинами (в 2016 году – 65,6 года, в 2020 году – 66,7 года).

Ведущие места среди заболеваний населения страны в возрасте старше трудоспособного занимали болезни сердечно-сосудистой системы (26,3%), болезни желудочно-кишечного тракта (13,7%), болезни мочеполовой системы (10,5%). Далее в статистике распространенности расположились болезни опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани (10,2%), нервные болезни (8%), и болезни дыхательной системы (6,2%). Общий процент встречаемости указанных видов патологии составил почти 75% [Показатели

здоровья населения Монголии, 2020 г.].

По отчётам геронтологических кабинетов Монголии, у 10,2% лиц пожилого и старческого возраста были умеренные когнитивные расстройства, у 3,1% - тяжелые когнитивные нарушения [Отчёт здоровья пожилых людей в Монголии 2020 г.].

В половозрастных показателях смертности населения старше 55 лет отмечается преобладание смертности мужчин от всех причин. Ведущие 5 причин смертности в Монголии, выглядит следующим образом (на 10000 населению): болезни сердечно-сосудистой системы – 16,4, онкологические заболевания – 13,1, травматологическая патология и прочие осложнения воздействия внешних причин – 8,6, болезни желудочно-кишечного тракта – 3,4, болезни органов дыхания – 1,9 [Показатели здоровья, Монголия 2020 г.].

Результаты социологических опросов среди населения пожилого и старческого возраста, медицинских работников различных специальностей, включая гериатрический профиль, позволили выявить проблемы организации и оказания гериатрической помощи в Монголии, что было использовано в дальнейшем при разработке мероприятий по повышению доступности и качества данного вида медицинских услуг.

Структура распределения респондентов старше трудоспособного возраста по уровню образования выглядела так: 29,3% - общее среднее, 24,4% - высшее, 16,4 % - среднее специальное, 16,0% - неполное среднее, 10,3% - начальное, 3,6% - нет образования.

На момент проведения опроса 49,3% респондентов, проживали с супругом/супругой, 27,9% - с детьми и внуками, 10,3% - в доме для пожилых людей, 12,5 % составили одинокие пенсионеры.

Установлено, что большинство (86,8%) опрошенных мужчин и женщин старше трудоспособного возраста не работали. При этом с увеличением возраста уменьшается доля лиц, способных к самообслуживанию. Среди респондентов моложе 65 лет таких было 75,8%, а в возрасте старше 75 лет - только 48,1% ($P < 0,01$). Низкая физическая активность имела место у 16,5% мужчин и женщин моложе 65 лет и уже у 47,4% респондентов старше 75 лет ($P < 0,01$).

Считали свои знания о профилактике заболеваний достаточными 44,3% опрошенных, недостаточными – 30,9%, затруднились дать ответ на вопрос – 24,8%. Нуждались в медицинской информации о правилах здорового образа жизни 24,9% респондентов, принципы правильного питания интересовали 21,0%, профилактика болезней сердечно-сосудистой системы 20,0%, правила приема лекарственных средств 16,8% опрошенных. Выявлен интерес к предрасполагающим факторам развития патологии системы сердца и сосудов и психической сферы.

Наиболее оптимальной формой получения информации о профилактике болезней респонденты называли беседу с врачом (в 56,6% случаев), изучение материалов, предоставляемых средствами массовой информации (в 31,5%), гораздо реже – научно-популярную литературу (в 4%), санитарные бюллетени (в 3,3%), просветительские лекции для населения (в 2,6%) и прочее (в 1,9%).

На вопрос «Что Вы предпринимаете для сохранения своего здоровья и профилактики заболеваний?» 20,8% пенсионеров дали ответ, что стараются соблюдать принципы здорового питания. С рекомендуемой регулярностью обращались на очную консультацию к врачу и проявляли положительный комплаенс 20,1%, регулярно занимались физическим упражнением, спортом 14,6% человек, сумели отказаться от вредных привычек 13,4%, 11,4% ездили на отдых в санаторий, совершали пешие уличные прогулки каждый день 9,6% и только 9,4% опрошенных отличались бездействием в этой области. При этом 0,7% пациентов ответили «прочее».

Полученная в ходе выполнения исследования оценка респондентами состояния своего здоровья, свидетельствует о том значительная часть из них оценивает его положительно : как хорошее – 14,2% и скорее хорошее, чем плохое – 65,8%. При этом выявлена слабая отрицательная связь ($r = - 0,1$) между возрастом респондентов и мнением о хорошем здоровье.

На наличие хронической патологии указали 90,9% респондентов. Наиболее распространенными были болезни мочеполовой системы (76,2 на 100 опрошенных), сердечно-сосудистые заболевания (58,3), заболевания опорно-двигательного аппарата (43,4%), заболевания органов пищеварения (30). Далее следовали болезни органов дыхания, сахарный диабет и онкологические заболевания (табл. 2).

Таблица 2. - Частота хронической патологии у респондентов (на 100 опрошенных)

Хронические заболевания	На 100 опрошенных
Хронические сердечно-сосудистые заболевания	58,3
Заболевания опорно-двигательного аппарата	43,4
Сахарный диабет	7,6
Хронические заболевания органов дыхания	9,4
Хронические заболевания органов пищеварения	30,0
Онкологическое заболевание	3,6
Хронические заболевания мочеполовой системы	76,2
Не имею хронического заболевания	9,1
Другое	1,8

Получение помощь у психотерапевта пенсионеров, проживающих в доме-интернате, характеризуется более высокими процентами (17,3%) по сравнению с респондентами, живущими вне домах-интернатах (4,3%).

Различия являются статистически достоверными ($P < 0,05$).

Как сообщили участники опроса, регулярные профилактические медицинские осмотры проходили 55,8% из них. На диспансерном учете у специалиста с диагнозом хронического заболевания состояло только 21,1% - чаще всего у кардиолога (27,6%), врача-терапевта (26,5%) и эндокринолога (14,3%).

Как правило, чем тяжелее протекает заболевание, тем чаще пациенты вызывают скорую медицинскую помощь. По данным анкетирования в скорую помощь обращались 36,4% пенсионеров, обычно 1-2 раза в год (26,3%), реже - несколько раз в месяц (8,1%) и 1,9% пациентов отличались частотой вызовов экстренной бригады на дом более, чем раз в неделю.

Среди лиц старше трудоспособного возраста 39,8% лечились в больницах аймака и сомона, 14,5% - в районных медицинских центрах, 13,4% - в центральных больницах, 12,7% - в геронтологическом центре, 7,7% - в частных медицинских центрах, 6,3% - в любых учреждениях, только 3% - в гериатрических кабинетах районных медицинских центров, выбрали ответ «другое» - 2,6% опрошенных.

Согласно полученным данным, 57,1% пациентов отметили несколько положительных сторон получения медицинской помощи в частных организациях: избегание потери времени при ожидании в очереди, наличие широкого спектра обследований. Привлекала также результативность лечения, современное оборудование, соблюдение этики медицинским персоналом, высокая обеспеченность специалистами и квалификация персонала.

К врачу-гериатру обращались 50,2% лиц пожилого и старческого возраста (регулярно - 14,9%, нерегулярно - 35,3%). Из не обращавшихся к данному специалисту 49,8% не знали о их существовании.

В ходе исследования была проанализирована удовлетворенность пациентов оказываемой им гериатрической медицинской помощью. Удовлетворенность респондентов по этому вопросу составила: были полностью удовлетворены 52,7% опрошенных, удовлетворены частично - 37,9%, не удовлетворены - 9,4%. Главными минусами при оказании гериатрической помощи пациенты считали большую продолжительность ее ожидания (38,2 на 100 опрошенных) и недостаточное количество бесплатных лекарств (23,5), отмечено также недостаточно внимательное отношение медицинского персонала (14,7), невысокая результативность лечения (11,8).

В ходе исследования была также проанализирована удовлетворенность оказываемой гериатрической медицинской помощью в больнице. Удовлетворенность респондентов по этому аспекту составила: удовлетворяет полностью - 45,3%, удовлетворяет частично - 46,7%, не удовлетворяет - 8,0%. Минусами больничной гериатрической помощи респонденты назвали

недостаточную доступность получения планового лечения в стационаре (31,0%), необходимость длительного ожидания в очереди (24,1%), недостаточно внимательное отношение медицинских работников (17,2%), низкие результаты лечения (6,9%), малое число бесплатных лекарств (6,9%) и другое (10,3%).

На вопрос “Как часто вы получаете рекомендации лечебно-оздоровительного характера на приеме у врача” 94% пенсионеров дали утвердительные ответы (40,7% - в течение всех приемов, 16,2% - практически всегда, 37,1% - на небольшой части приемов) и лишь 6% - никогда.

Практически все опрошенные (95,9%) демонстрировали положительное отношение к полученным рекомендациям: 51,4% всегда их соблюдали, 44,5% - воспринимали «в целом положительно». Зарегистрирована группа лиц с безразличным (3,3%) и негативным (0,8%) восприятием рекомендаций врача. Среди препятствий соблюдению рекомендаций специалиста отмечены следующие: нехватка финансовых возможностей (в 58,2% случаев), бытовые обстоятельства (18,1%) В единичных случаях встречались указания на приверженность к вредным привычкам, отсутствие доверия врачу и веры в результат лечения.

По мнению опрошенных лиц пожилого и старческого возраста, для улучшения качества гериатрической помощи необходимо: создание больниц гериатрического профиля (19,8 на 100 опрошенных), госпитализация людей пожилого и старческого возраста без задержки (17,6), улучшение отношения к пациентам медицинского персонала (15,9), обеспечение профессиональными кадрами (13,2).

В связи с тем, что в Монголии очень мало медицинских работников гериатрического профиля, основной объем работы по оказанию лечебно-профилактической помощи лицам пожилого и старческого возраста выполняют врачи и медицинские сестры других специальностей.

На вопрос “Какой процент на приеме у вас приходится на пациентов пожилого и старческого возраста?” 48,0% медицинских специалистов различного профиля ответили, что в 50-80% случаев; 33,3% - в 10-40%; 12,5% - больше, чем в 80%; меньше 10% - 6,2%. При этом, структура ответов врачей и медицинских сестер была в основном идентичной. Большинство врачей (47,9%) и медсестер (48,2%) сообщили что в 50-80% случаев, 37,7% и 29,8% соответственно – в 10-40%, 8,9% и 15,4% - больше, чем в 80%, 5,5% и 6,7% - меньше, чем в 10%.

При опросе было установлено, что в большинстве случаев врачи и медицинские сестры не получали необходимые знания по диагностике, лечению заболеваний, по уходу, оценке функционального статуса лиц пожилого и старческого возраста в процессе непрерывной профессиональной подготовки - 61,4% и 42,5% соответственно. Для повышения знаний по

гериатрии 74,4% медицинских работников (78,8% врачи и 70,9% медицинские сестры) используют интернет.

подавляющее число (93,8%) медицинских специалистов (врачи – 95,3%, медсестры - 92,6%) считают необходимым пополнить свои знания по особенностям болезней в пожилом и старческом возрасте.

Согласно полученным данным, 55,0% медицинских специалистов предпочитали обучения на рабочих местах, изучение книг по медицине (17,2%), очные практические занятия с врачами-экспертами (10,8%), и посещение лекций, семинаров, научно-практических конференций (10,7%). Преимущества дистанционного обучения отметили лишь 5,6% ответивших. Ответы на вопросы о формах обучения не имели зависимости от основной специальности медицинских работников. Вместе с этим, врачи чаще высказывались за дистанционное обучение (33,4%), посещение конференций, семинаров, лекций (33,3%), чтение медицинской литературы (26,1%). Медсестры считали, что самые лучшие формы обучения - это очные занятия с преподавателями (48,2%) и обучение на рабочих местах (36,7%).

Среди препятствий обучению были перечислены нехватка свободного времени (в 40,7% случаев), низкий уровень владения английским языком (в 20,4%), реже – не хватка профессиональных книг и журналов на родном языке (в 12,5%), отдаленность от геронтологического центра (в 10,7%) и финансовые ограничения (в 5,8%).

По данным анкетирования, 51,6% опрошенных медицинских работников различных специальностей выступали в СМИ и принимали активное участие в массовых оздоровительных акциях. Установлено, что 61,7% специалистов всегда давали больным рекомендации в отношении здорового образа жизни и реабилитации, 30,8% делали это только по просьбе пациента, 7,5% респондентов - не занимались этим, так как отмечали недостаток временного ресурса.

Сравнительный анализ показал, что врачи имели опыт профилактической работы больше (61%), чем медсестер (44,1%). Опыт профилактической работы имел зависимость от должности и категории медицинских работников. Результаты анкетирования показали, что более половины врачей и медсестер (68,6% и 56,2% соответственно) всегда давали пациентам рекомендации по здоровому образу жизни и реабилитации, 26,7% и 34,1% - только по просьбе пациента, 4,7% и 9,7% - не давали из-за нехватки времени.

Опрошенные медицинские работники отметили, что 55,1% пациентов воспринимали профилактические мероприятия положительно, в 33,1% наблюдений они демонстрировали активную заинтересованность. Однако 11,2% пациентов старше трудоспособного возраста были безразличны к данным мероприятиям.

Значительная часть опрошенных медицинских работников (58,5%) сообщили о целесообразности проведения школы для пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях, 34,8% – жизненно необходимо в стационаре, 2,1% - нет, нецелесообразно и 4,7% другое. Большинство врачей и медсестер (58,1% и 58,9% соответственно) сообщили о целесообразности проведения такой школы в амбулаторных условиях, 34,3% и 35,1% – жизненно необходимо в стационаре, 2,1% и 2%- нет, нецелесообразно и 5,5% и 4,0% - другое.

Было изучено мнение медицинских специалистов различного профиля о том, от чего (или кого) максимально зависит исход заболевания, по поводу которого пожилые люди обращаются за помощью (рис. 1). Наиболее часто (54,2%) самым главным фактором считали поведение самих пациентов (ранняя обращаемость, положительный комплаенс). Около трети респондентов (29%) обозначили актуальность уровня образования врача и его компетентность в отношении клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике различных заболеваний, доступности и качественной составляющей оказываемой медицинской помощи (14,4%), и другое (2,4%).

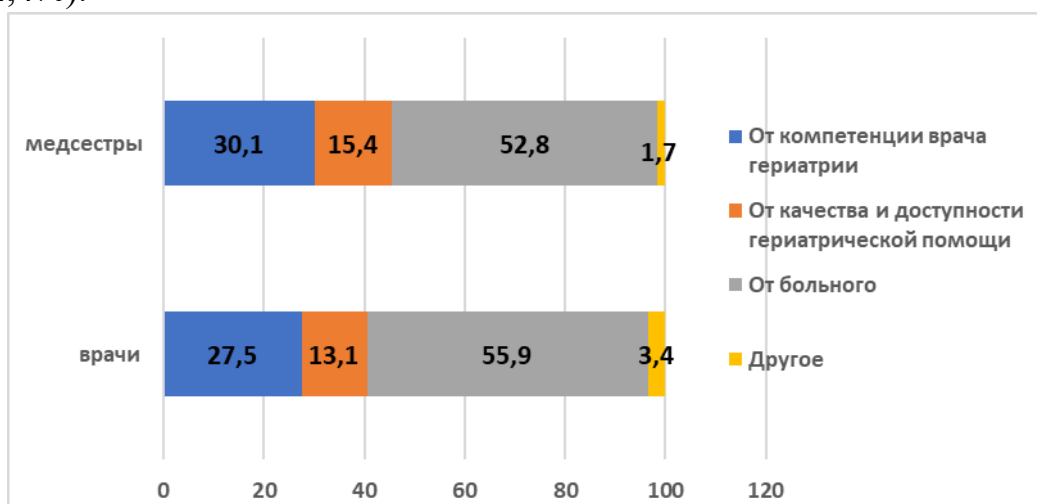


Рис. 1. – Мнение респондентов о том, от кого в большей степени зависит исход заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста (в %)

Критерии качества оказания гериатрической помощи были ранжированы так: лидерство принадлежало результативности помощи (среднее значение рангового места - 3,3), ее доступности (3,4), безопасности лечебного процесса (3,7). В конце списка находились экономическая составляющая эффективности (7,2), справедливость (8,1) и другие (9,9). При сравнении ответов врачей и медицинских сестер на этот вопрос было обнаружено значительное сходство, за исключением конкретных средних значений ранговых мест. Следует подчеркнуть, что безопасность лечебного процесса врачами поставлена на четвертое место, а представителями среднего медицинского персонала – на третье.

На вопрос о материально-техническом обеспечении на рабочем месте большинство ответов были отрицательными - 55,7% (сказали нет - 28,6%, скорее нет, чем да - 27,1%), положительно ответили 44,3% (скорее да, чем нет - 35,1%, да - 9,2%). Соотношение долей ответов врачей и медсестер было аналогичным – положительные (да и скорее да, чем нет) из них составляли 43,6% и 44,8% соответственно (рис. 2). Основное место в материальном обеспечении отводилось геронтологическому оборудованию, особенно реабилитационному (53,1%) и оборудованию для обеспечения безопасности лиц пожилого и старческого возраста (47,1%).

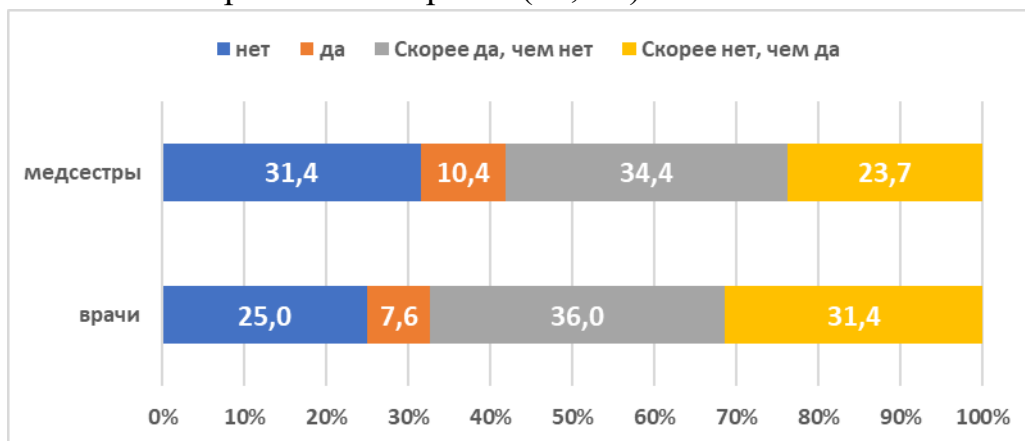


Рис. 2. - Структура мнений медицинских работников о материально-технической базе в их медицинской организации (в %)

Медицинские специалисты, работающие в сельских (аймачных, районных) больницах, называли значительно больше видов необходимого оборудования, чем работающие в городских больницах (Национальном геронтологическом центре или Центре традиционной медицине).

По мнению медицинских работников различного профиля, больше всего на качество оказания гериатрической помощи населению городов влияет неудовлетворительное материально-техническое оснащение (это отметили 66,9% опрошенных). Реже встречались указания на невысокую квалификации врачей и медицинских сестер. В отношении оказания помощи сельскому населению по уровню значимости исследуемые факторы расположились иначе. Лидировали кадровые проблемы лечебных учреждений (71,4 на 100 ответивших), недостаточное материально-техническое их оснащение (58,7) и низкие финансовые возможности (56,8).

В Монголии принята нормативно-правовая база оказания гериатрической помощи, включающая:

- Распоряжение Правительства Монголии от 27.05.2009 г. №156-р «Национальная стратегия по старению населения в Монголии до 2030 года»;
- «Закон о здоровье в Монголии»;
- «Закон о пожилых людях в Монголии»;

- Приказ Министерства здравоохранения Монголии от 14.12.2007 г. №311н «Правила работы гериатрических кабинетов в районе и в аймаке»;
- Национальная программа “Здоровый возраст и здоровье пожилых людей” на 2014-2020 гг.;
- Профессиональный стандарт по специальности врач-гериатр;
- Профессиональный стандарт по специальности медицинская сестра гериатрического профиля.

В настоящее время в Монголии в составе гериатрической службы функционируют Национальный центр геронтологии в столице, 8 профильных кабинетов в городе Улан-Батор и 17 профильных кабинетов при аймачных больницах. Национальный центр геронтологии Монголии не оказывает стационарную помощь. В стране создана 3-х уровневая система оказания гериатрической помощи (рис. 3).



Рис. 3. - Уровни оказания гериатрической помощи

Первый уровень – это организация медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях. Для этого в аймачных больницах открываются гериатрические кабинеты, в которых врач-гериатр консультирует пожилых пациентов.

Второй уровень – организация медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в условиях стационара. В настоящее время для этого организуются гериатрические отделения или специально выделяются гериатрические койки в многопрофильных аймачных больницах.

Третий уровень – Национальный центр геронтологии в столице Улан-Батор. Основная задача на данном этапе будет заключаться в составлении, прежде всего для больных с коморбидной патологией, индивидуальных лечебно-реабилитационных программ, реализация которых позволит

пациентам сохранить активность и предотвратит потерю автономности. Такие пациенты смогут также лечиться в любом другом профильном отделении, если у них есть соответствующие проблемы.

В соответствии с Положением о Национальном центре геронтологии Монголии (далее Центр) его основной функцией является обеспечение медицинской помощи по профилю «Гериатрия» на национальном уровне. На Центр возложены задачи по изучению факторов, влияющих на состояние здоровья и старение населения Монголии; профилактике, диагностике, лечению и реабилитации гериатрических заболеваний; развитие пациент-ориентированного подхода и создание комфортных условий для пациентов.

Организационная структура Национального центра геронтологии Монголии представлена 4 отделениями (рис. 4).



Рис. 4. - Организационная структура Национального центра геронтологии

I. Отделение медицинского обслуживания, в штат которого входит 10 врачей, из них 2 врача-гериатра, включает 3 раздела работы (осмотра и диагностики, лечения, многопрофильной помощи пожилым людям).

По **разделу осмотра и диагностики** работают врачи-специалисты: гериатр -1; кардиолог-1; врач визуальной диагностики -1; офтальмолог- 1; невролог -1; дерматолог-аллерголог -1.

В составе отделения работают следующие медицинские сестры: кардиологическая медсестра-1 (имеет дополнительную специальность гериатрическая медсестра) и гериатрическая медсестра -1.

Разделом лечения занимаются: врач-реабилитолог-1; врач-восточной медицины-1; медсестры-реабилитологи - 2 (одна из них имеет

дополнительную специальность гериатрическая медсестра); медсестра по восточной медицине -1; специалист по трудотерапии -1.

Раздел многопрофильной помощи пожилым людям представлен: врачом-гериатром -1; врачом по паллиативной медицинской помощи-1; гериатрической медсестрой -1; социальным работником -1.

II. Штатным расписанием в **отделении внутреннего контроля и аудита** предусмотрены следующие должности: заведующий отделением; менеджер по качеству в медицине; специалист по мониторингу и оценке внутреннего аудита; специалист по медицинской и справочной информации.

III. **Отделение стратегического планирования** (всего 3 раздела)

Раздел организации по планированию представлен: менеджером по персоналу; специалистом по международному сотрудничеству; экономистом; врачом, отвечающим за медицинское страхование;

Административным разделом занимаются: заведующий отделением; начальник отдела документационного обеспечения; начальник архивного отдела; главный бухгалтер; хранитель ценностей; инженер по медицинскому оборудованию;

Сервисный раздел представлен менеджером по коммунальному хозяйству и обслуживающим персоналом.

IV. **Отделение научных исследований и обучения**

Заведующий отделением; специалист, отвечающий за исследование старости; специалист, отвечающий за обучение пожилых людей; специалист по медицинской статистике; специалист, отвечающий за обучение медицинских работников.

В Центре имеется также гериатрический кабинет в котором работают: врач-гериатр -1, гериатрическая медсестра -1.

Согласно данным Отчета о деятельности Национального геронтологического центра за 2019 год, в Национальном центре геронтологии Монголии в отделении медицинского обслуживания имеется следующее оборудование: аппарат УЗИ для органов брюшной полости; аппарат УЗИ для кардиологии; аппарат электрокардиографии; аппарат холтер – электрокардиографии; аппарат доплер УЗИ; офтальмоскоп; остеоденсиметр; пульсоксиметр; глюкометр; тонометр; фонендоскоп; аппарат УВЧ; аппарат для электорофореза; аппарат для электороакупунктуры; аппарат для ультразвуковой терапии. Кроме того, в гериатрическом кабинете Центра имеется остеоденсиметр и аппарат для комплексной физической оценки пациентов.

Изучение отчета (Официальный сайт геронтологического центра Монголии) показало, что за апрель 2022 г. в Национальном центре геронтологии Монголии был принят 9691 пациент. Среди причин обращения в Центр преобладали такие, как прохождение тотального медицинского

осмотра (45%); проведение инструментальных методов исследования (23%), а также реабилитационных мероприятий (20%). На лечение методами восточной медицины пришлось 10% и на оценку функционального состояния пожилых людей – 2%.

О нормах нагрузки на врача-гериатра в новом стандарте «Структура и деятельность объединенной больницы MNS 5095:2017» ничего не сказано. Однако в старом стандарте «Структура и деятельность объединенной больницы MNS 5095:2013» указано, что в населенном пункте с число жителей от 50.000 до 100.000 организуется один гериатрический кабинет, в котором должен работать врач-гериатр. На прием 1 пациента врачу выделяется 15 минут. При 8-ми часовом рабочем дне врач-гериатр принимает за день 32 пациента.

С целью получения экспертной оценки состояния гериатрической службы проведен социологический опрос 36 врачей и медицинских сестер гериатрических отделений в 13 аймаках Монголии.

Наибольшая их доля работали в аймачных и районных больницах – 38,9% и 27,8% соответственно. Еще 11,1% респондентов трудились в Национальном геронтологическом центре.

Разброс данных о стаже работы по основной специальности составил от 1 года до 34 лет, в среднем - $15,5 \pm 11,1$ лет. При этом среди опрошенных больше всего (61,1%) было медицинских работников, проработавших в сфере гериатрии меньше пяти лет. По основной специальности проработали 5-10 лет 27,8% опрошенных, больше 10 лет - 11,1%.

Уровень квалификации медицинских работников гериатрического профиля оценивали по наличию квалификационной категории. Только 30,5% из них имели категорию различного уровня. Среди аттестованных врачей и медсестёр преобладали специалисты со старшей категорией (22,2%), 8,3% - имели ведущую категорию. Установлено, что 2,8% респондентов были магистрами медицинских наук, 97,2% не имели ученой степени.

Немногим менее половины опрошенных специалистов (41,7%) не имели профессиональной подготовки по гериатрии. Остальные 38,9% прошли ее в институте повышения квалификации университета медицинских наук Монголии, 19,4% - в других специальных образовательных организациях.

Об участии в непрерывном профессиональном обучении по гериатрии сообщили 58,3% респондентов участвует: 27,8% - чаще, чем раз в пять лет, 19,4% - раз в пять лет, 8,3% - реже, чем раз в пять лет, и 2,8% было другое. 41,7% специалистов гериатрии не участвует.

Было установлено, что для повышения знаний по гериатрии интернетом пользуются 88,9% опрошенных специалистов. Вместе с этим, одна треть из них (в 33,3%) не посещает научные медицинские конференции. Только 30,6% респондентов принимает участие в них 1-2 раза в год, 8,3% - 1-2 раза в 5 лет,

27,8% - стараются посещать все интересующие их мероприятия.

Согласно результатам социологического опроса, 63,9% респондентов считали, что при реализации Национальной программы “Национальная стратегия по проблеме старения населения Монголии 2009-2030 гг.” материально-техническая база медицинских организаций улучшилась незначительно, 16,7% – существенно улучшилась, 19,4% – осталась на прежнем уровне.

В ответ на вопрос “Устраивает ли Вас материально-техническая база Вашей медицинской организации?” 69,4% опрошенных специалистов гериатрического профиля высказались отрицательно (сказали нет - 36,1%; скорее нет, чем да - 33,3%), положительно высказались лишь 30,5% (да - 11,1%; скорее да, чем нет - 19,4%).

По поводу существующих стандартов оказания гериатрической помощи большинство отметили потребность в расширении списка необходимых обследований, лечебных манипуляций, осмотров врачей специалистов (в 55,6% случаев). Одна треть (33,3%) опрошенных считала, что существующие стандарты соответствуют требованиям, 11,1% - не соответствуют.

Показано, что основным фактором, влияющим на невыполнение стандартов, является недостаточное число медицинских работников, обученных применению стандартов (36,1%), отсутствие соответствующего оборудования (27,8%) и отсутствие специалистов различного профиля (25%), другое (5,6%).

Среди респондентов 44,1% сообщили об удовлетворенности качеством гериатрической помощи, которую оказывает их медицинская организация: считали его высоким 13,1%, хорошим - 31%, удовлетворительным – 45,8%, и неудовлетворительным – 10,1% сотрудников. Распределение оценок качества гериатрической помощи в своей медицинской организации врачами и медицинскими сестрами было в основном аналогичным (рис. 5).

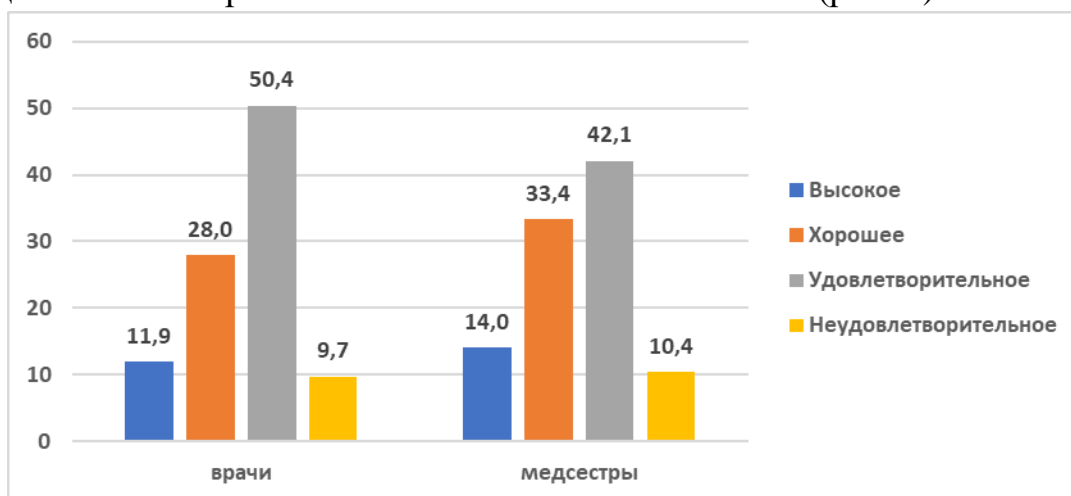


Рис. 5. - Оценки качества гериатрической помощи в медицинской организации (в %)

Достоверная корреляционная связь между оценками качества гериатрической помощи в своей медицинской организации и видом медицинской организации, а также с долей пациентов пожилого и старческого возраста на приеме отсутствовала.

Сотрудники гериатрической службы считали, что стимулировать повышение качества оказания помощи могут, прежде всего, уменьшение нормы трудовой нагрузки для медицинского персонала, совершенствование материально-технического оснащения лечебно-профилактических учреждений и перспектива карьерного роста работающих в них людей. Куда меньшее влияние признано для таких факторов, как поддержание доброжелательной атмосферы в коллективе, сокращение длительности рабочего дня и других

В *заключении* в обобщенном виде представлены результаты проведенного диссертационного исследования.

ВЫВОДЫ:

1. По мнению медицинских работников различного профиля, на качество оказания гериатрической помощи городскому населению оказывает негативное влияние в основном недостаточное финансирование (75 на 100 ответивших на данный вопрос). Значительно реже назывались недостаточный уровень квалификации врачей (22,2) и низкий уровень квалификации среднего медицинского персонала (8,3). Сравнительный анализ показал, что значимость влияния отдельных факторов на качество оказания гериатрической помощи сельскому населению была иной. Основными были недостаточная укомплектованность врачами (77,8 на 100 ответивших), слабая материально-техническая база (75) и недостаточное финансирование (69,4).

2. Среди опрошенных специалистов гериатрического профиля 63,9% считали, что при реализации Национальной программы “Национальная стратегия по проблеме старения населения Монголии 2009-2030 гг.” материально-техническая база медицинских организаций улучшилась незначительно, 16,7% отметили, что существенно улучшилась, а 19,4% подчеркнули, что осталась практически на прежнем уровне.

3. По мнению специалистов гериатрического профиля, в отношении существующих стандартов по оказанию гериатрической помощи наиболее важным является необходимость расширения объема перечисленных в стандартах обследований, методов лечения, консультаций специалистов (в 55,6% случаев). Одна треть (33,3%) опрошенных считала, что существующие стандарты соответствуют требованиям, 11,1% - не соответствуют. При ранжировании критериев, характеризующих качество гериатрической помощи, медицинские специалисты различного профиля на первых ранговых местах находились результативность, доступность и безопасность процесса лечения.

4. Среди потребностей в оснащении медицинских организаций первое место врачами различных специальностей отдавалось оборудованию для обеспечения безопасности лиц пожилого и старческого возраста (69,4 на 100 ответивших) и реабилитационному оборудованию (58,3 на 100 ответивших). Реже называлась потребность в диагностическом и медицинском лабораторном оборудовании (на это указали соответственно 11,1 и 16,7 на 100 ответивших на данный вопрос). геронтологическому оборудованию, особенно, реабилитационному (53,1%) и оборудованию для обеспечения безопасности лиц пожилого и старческого возраста (47,1%). Медицинские специалисты, работающие в сельских (аймачной, районной) больницах, называли значительно больше видов необходимого оборудования, чем работающие в городских больницах (центре традиционной медицине, национальном геронтологическом центре).

5. На наличие хронической патологии указали 90,9% респондентов. Наиболее распространенными были болезни мочеполовой системы (76,2 на 100 опрошенных), сердечно-сосудистые заболевания (58,3), заболевания опорно-двигательного аппарата (43,4%), заболевания органов пищеварения (30). Далее следовали болезни органов дыхания, сахарный диабет и онкологические заболевания.

Установлено, что большинство (86,8%) опрошенных мужчин и женщин старше трудоспособного возраста не работали. При этом с увеличением возраста уменьшается доля лиц, способных к самообслуживанию. Среди респондентов моложе 65 лет таких было 75,8%, а в возрасте старше 75 лет – уже только 48,1%.

6. В ходе исследования была проанализирована удовлетворенность пациентов оказываемой им гериатрической медицинской помощью. Удовлетворенность респондентов по этому вопросу составила: были полностью удовлетворены 52,7% опрошенных, удовлетворены частично – 37,9%, не удовлетворены – 9,4%. Главными минусами при оказании гериатрической помощи пациенты считали большую продолжительность ее ожидания (38,2 на 100 опрошенных) и недостаточное количество бесплатных лекарств (23,5), отмечено также недостаточно внимательное отношение медицинского персонала (14,7), невысокая результативность лечения (11,8).

По мнению опрошенных лиц пожилого и старческого возраста, для улучшения качества гериатрической помощи необходимо: создание больниц гериатрического профиля, госпитализация пожилых людей без задержки, улучшение отношения к пациентам медицинского персонала, обеспечение профессиональными кадрами.

7. Абсолютное большинство опрошенных (95,9%) демонстрировали положительное отношение к врачебным рекомендациям. При этом 51,4% респондентов всегда их соблюдали, а 44,5% - воспринимали «в целом

положительно». Зарегистрирована группа лиц с безразличным (3,3%) и негативным (0,8%) восприятием рекомендаций врача. Среди препятствий соблюдению рекомендаций специалиста отмечены следующие: нехватка финансовых возможностей (в 58,2% случаев), бытовые обстоятельства (18,1%) В единичных случаях встречались указания на приверженность к вредным привычкам, отсутствие доверия врачу и веры в результат лечения.

8. Мероприятия по улучшению качества и доступности гериатрической помощи в Монголии необходимо реализовывать на основе комплексного подхода, предусматривающего в качестве приоритетных направлений централизацию управления гериатрической помощью, повышение обеспеченности гериатрическими кадрами и оборудованием, развитие системы повышения квалификации по специальности "гериатрия."

По мнению медицинских работников гериатрической службы, принявших участие в социологическом опросе, среди стимулов повышения качества данного вида помощи наиболее важным считается снижение нормы нагрузки медицинских работников, далее следует улучшение материально-технической базы медицинских организаций и возможность карьерного роста сотрудников. Меньшее значение имели благоприятная атмосфера в коллективе, сокращение продолжительности рабочего времени и другие стимулы.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

С целью улучшения качества и доступности гериатрической помощи в городах и сельской местности Монголии рекомендуется следующее.

Министерству здравоохранения на основе тесного сотрудничества с органами местного самоуправления:

- провести централизацию управления гериатрической помощью;
- обеспечить наличие во всех аймаках специалистов гериатрического профиля (врачей-гериатров и медицинских сестер), а также специализированных коек в медицинских организациях стационарного типа;
- утвердить типовые наборы оборудования для оказания гериатрической помощи в медицинских организациях разного уровня с учетом предложений врачей-гериатров;
- обеспечить гериатрические кабинеты и гериатрические отделения необходимым лечебно-диагностическим оборудованием;
- способствовать развитию сотрудничества медицинских организаций, оказывающих гериатрическую помощь, с Национальным центром геронтологии, включая его организационно-методическое руководство;
- развивать систему повышения квалификации по специальности "гериатрия" для врачей и медицинских сестер гериатрических кабинетов;
- совместно с социальными службами использовать положительный опыт Российской Федерации по внедрению инновационных технологий

длительного ухода за маломобильными лицами пожилого и старческого возраста;

- активно распространять накопленный в медицинских организациях положительный опыт оказания гериатрической помощи.

Медицинским организациям, оказывающие медицинскую помощь гериатрического профиля:

- использовать в работе представленную программу для ЭВМ;

- расширить спектр оказываемых лицам пожилого и старческого возраста медицинских услуг;

- повысить качество профилактических медицинских осмотров лиц пожилого и старческого возраста.

Список публикаций по теме диссертации:

Научные статьи, опубликованные в журналах, индексируемых в международных базах научного цитирования:

1. Дашлхундэв С., Коновалов О.Е. Медицинская активность и удовлетворенность гериатрической помощью жителей Монголии // **Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.** – 2022. – Т. 30, № 4. – С. 679-682 (Скопус).

2. Дашлхундэв С., Шулаев А.В., Коновалов О.Е. Медико-социальная характеристика пациентов гериатрического профиля в медицинских организациях Монголии // **Вестник современной клинической медицины.** – 2022. – Т. 15, № 5. – С. 27-31 (Скопус).

Научные статьи, опубликованные в журналах ВАК/перечень РУДН:

3. Дашлхундэв С., Коновалов О.Е. Современное состояние и проблемы оказания гериатрической помощи в Монголии // **Наука молодых.** – 2022. – Т. 10, № 3. – С. 259-264.

4. Дашлхундэв С., Коновалов О.Е. Мнение медицинских работников о качестве геронтологической помощи в современной Монголии // **Проблемы стандартизации в здравоохранении.** – 2022. - № 7-8. – С. 11-17.

Научные статьи, опубликованные в иных научных журналах:

5. Дашлхундэв С., Линниченко Ю.В., Коновалов О.Е., Пак В.И. Опыт организации гериатрической помощи в отдельных странах мира // **Вестник Медицинского стоматологического института.** – 2021.- № 2. - С. 11-13.

Тезисы, опубликованные в материалах научных конференций:

6. Дашлхундэв С. Исследование организации и оказания гериатрической помощи в Монголии: методические аспекты // **Актуальные вопросы профилактической медицины и санитарно-эпидемиологического благополучия населения: факторы, технологии, управление и оценка рисков: Сборник научных трудов. Выпуск 2.** – Н. Новгород: Изд-во «Медиаль», 2021. – С. 217-219.

7. Дашлхундэв С., Коновалов О.Е., Линниченко Ю.В. Постарение населения как медико-социальная проблема // **Актуальные вопросы профилактической медицины и санитарно-эпидемиологического благополучия населения: факторы, технологии, управление и оценка рисков: Сборник научных трудов. Выпуск 2.** – Н. Новгород: Изд-во «Медиаль», 2021. – С. 219-223.

8. Дашлхундэв С. Медико-демографические и социально-экономические последствия постарения населения // **Медицинская наука и практика: история и современность: сборник научных трудов Всероссийской on-line конференции.** – Тверь, 2022. – С. 21-25.

Дашлхундэв Самбуудорж (Монголия)
Медико-социальные и организационные аспекты оказания
гериатрической помощи в Монголии

Проанализированы особенности процесса постарения населения Монголии. Получена медико-социальная характеристика образа жизни и здоровья мужчин и женщин старше трудоспособного возраста. Дана экспертная оценка специалистами состояния гериатрической службы в стране. Изучено мнение медицинских работников различного профиля о качестве и перспективах развития гериатрической помощи в стране. Определены пути повышения качества и доступности гериатрической помощи в городах и сельской местности. Представлены соответствующие адресные практические рекомендации органам здравоохранения и медицинским организациям.

Dashhundev Sambuudorj (Mongolia)
Medico-social and organizational aspects of providing geriatric care in
Mongolia

The features of the process of aging of the population of Mongolia are analyzed. The medical and social characteristics of the lifestyle and health of men and women older than working age have been obtained. An expert assessment by specialists of the state of the geriatric service in the country is given. The opinion of medical workers of various profiles on the quality and prospects for the development of geriatric care in the country was studied. Ways to improve the quality and accessibility of geriatric care in cities and rural areas have been identified. Relevant targeted practical recommendations are presented to health authorities and medical organizations.