

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

На правах рукописи

Дашлхундэв Самбуудорж

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

3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор О.Е. Коновалов

Москва – 2023 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (обзор литературы).....	10
1.1. Социально-гигиенические последствия старения населения.....	10
1.2. Особенности состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте.....	14
1.3. Опыт организации гериатрической помощи в различных странах мира	20
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, БАЗА, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
2.1. Социально-экономическая и демографическая характеристика Монголии.....	27
2.2. Дизайн исследования	30
ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	33
ГЛАВА 4. МНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ О КАЧЕСТВЕ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	46
ГЛАВА 5. ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДАХ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ МОНГОЛИИ	61
5.1. Развитие гериатрической помощи в Монголии.....	61
5.2. Экспертная оценка состояния гериатрической службы в стране.....	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	85
ВЫВОДЫ	93
ПРЕДЛОЖЕНИЯ.....	96

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	98
ПРИЛОЖЕНИЯ	129

ВВЕДЕНИЕ

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.

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).

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.

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.

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.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (обзор литературы)

1.1. Социально-гигиенические последствия старения населения

Рост числа лиц пожилого и старческого возраста – одно из наиболее актуальных явлений современной демографической динамики [184]. 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 [89].

При этом отношение государства к людям старческого возраста является самым объективным показателем уровня социального благополучия [121].

В литературе описаны два типа старения: снизу, как результат снижения рождаемости; и сверху – увеличение средней продолжительности жизни [21].

Интервал пожилого возраста недостаточно четко определен и отличается в разных странах [93]. Организация Объединенных Наций (ООН) считает его началом 60 лет [219]. Всемирная организация здравоохранения имеет аналогичное мнение [World Health Organization... 2020], полагая, что пожилой возраст в большей степени связан с утратой части социальных ролей и возможностей активного участия в жизни общества [154].

Демографическое старение 20-30 лет назад касалось лишь развитых стран, а сейчас является всемирной тенденцией [93]. 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. 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% [89]. По информации ООН, к 2050 г. в мире будет отмечен прирост числа лиц старших возрастных групп по сравнению с 2015 г. на 22% и в абсолютном выражении превысит 2 млрд. человек [71].

Старение населения является новым историческим феноменом [31; 51; 94]. В первых странах он начался в последней трети XIX века, но более выражено

намечился во 2-ой половине XX столетия. По данным ООН в XXI веке мы столкнемся с еще более быстрым старением и приобретением этим процессом глобального статуса, находящего отражение в жизни каждого человека [1; 224].

Старение населения по интенсивности и амплитуде неравномерно происходит в разных странах мира. Впервые оно заметно обозначилось во Франции. В 1870 г. страна перешла рубеж демографической старости (12% населения в возрасте 60 лет и более). Затем в 1901 г. это сделала Швеция, в 1931 г. – Великобритания, в 1937 г. – Германия. Сейчас наиболее интенсивно данный процесс происходит в Западной Европе, США и Японии. В развивающихся государствах Азии, кроме Восточной (9%), Латинской Америки и Африки из-за высоких показателей рождаемости доля лиц старше 65 лет составляет 3–6%. В России до середины прошлого столетия рождаемость также была высока, и доля людей старших возрастных групп в общей популяции нарастала постепенно: с 6,9% в 1897 г. до 9% в 1959 г. С конца 1950-х – начала 1960-х гг., из-за снижения рождаемости этот показатель стал более заметен - 15,3% в 1989 г., 16,5% в 1992 г. и 21,2% в 2009 г.

Сейчас меняются взгляды не только на пределы демографического старения, но и на численные значения возраста начала старости. По результатам геронтологических исследований пожилые люди в государствах с высокой продолжительностью жизни делятся на 2 различные по социальным, экономическим, психологическим и физическим признакам возрастные группы: «молодые» и «старые». «Молодые старики» — это люди от 60 (65) до 80 лет, характеризуются стабильным состоянием здоровья и сравнительно высокой ожидаемой продолжительностью жизни, высоким материальным и образовательным статусом. К «старым» принадлежат лица в возрасте от 80 до 100 лет [94; 96; 137; 140; 204].

Старение сопровождается большим числом разнообразных молекулярных и клеточных повреждений, уменьшающих физиологические ресурсы и индивидуальную жизнеспособность. В этот период растет риск развития заболеваний и, как правило, имеют место сразу несколько хронических патологий

[138; 186]. Кроме биологических потерь у пожилых достаточно выражены социальные. Меняется социальный статус и положение в обществе. Отмечается переживание потерь и сложности в адаптации к новым условиям жизни. Пожилые люди выбирают меньшие по количеству, но большие по значимости виды деятельности, их цели. Они ищут более простые и оптимальные способы решения задач. Приоритеты мотивации и целеполагания также меняются [48; 50; 53; 93].

Старение населения меняет структуру его занятости. Оно требует приспособления и перераспределения бюджетных средств государства, служб социальной поддержки и готовности учреждений здравоохранения и социальной защиты функционировать в сложной демографической обстановке. Практически во всех странах органы исполнительной власти увеличили возраст выхода на пенсию. Долголетие и здоровье стали рассматриваться и оцениваться политиками многих государств как главное направление в развитии человеческого капитала [29; 30; 99; 113].

Рейтинг Global Age Watch Index позволяет определить качество жизни пожилых по состоянию материальной составляющей и здоровья, образованию и занятости, воздействию факторов среды. По материальному показателю пожилых людей Россия занимает тридцатое место в мире [21].

Интересно установить, как влияет старение на социально-экономическое развитие общества и выработать эффективные меры социальной политики. Есть негативные последствия старения для социально-экономического развития государства: рост расходов на социальные программы и пенсионное страхование, медицинское обслуживание. Меняется рынок занятости населения, увеличивается доля граждан старшего возраста в структуре, работающих; растет спрос на товары и услуги пожилых, появляются новые типы товаров и социальных услуг; формируется иная социальная инфраструктура [26; 63].

Перед государственным аппаратом возникает необходимость решать проблемы негативных последствий старения и поддерживать достойное качество жизни возрастающей по численности социально-демографической группы пожилых людей [112]. Укрепление их здоровья приведет к более активному

включению пожилых в трудовую деятельность, снизит нагрузку на трудоспособное население, расходы на социальное обеспечение, повысит уровень жизни пожилых людей [12; 34; 36; 76; 103; 198].

Болезни могут привести к ограничениям в связи с гиподинамией - снижению физической силы, осязательных и когнитивных функций, слуха, самодостаточности, сокращению круга общения. Они влияют на способность к самообслуживанию. Перечисленные проблемы тяжелы для любого индивидуума вне зависимости от материального и социального статуса [17; 83; 84].

Среди медико-социальных проблемам пациентов пожилого и старческого возраста целесообразно выделить: хронические заболевания, приводящие к стойкому снижению жизненно важных функций и инвалидности (в 25%) и необходимости постоянного приема лекарств (в 97%); одиночество (в 39%) при разной степени зависимости от посторонней помощи; хронический болевой синдром (в 100%) с ограничением физической активности (в 29%); снижение когнитивных функций; проблемы зубной боли при приеме пищи (в 31%) [89; 159].

Перечисленные проблемы повышают нагрузку на органы здравоохранения, так как пожилые люди составляют значительную часть потребителей медицинских услуг. Это требует развития геронтологической службы, дополнительного обучения медицинских работников. Функциональный статус пожилых людей ограничивает их возможность заботиться о своем здоровье. Зачастую они встречаются с низкой доступностью плановой медицинской помощи, лекарственных препаратов, санаторно-курортного лечения. Далеко не все могут обратиться за медицинской помощью в платные медицинские организации или принимать лекарства с высокой стоимостью [9; 24]. Необходимо мотивировать пожилых людей к сохранению и укреплению здоровья. Есть смысл практиковать здоровьесберегающее поведение среди населения всех возрастных групп. Это позволит обеспечить достойное качество жизни пожилых и создать условия для реализации их потенциала приносить пользу обществу [11; 98; 173].

По опыту различных государств эффективную реализацию мероприятий позволяет обеспечить учет закономерностей и территориальных особенностей

изменения возрастной структуры населения. Нужно с научной точки зрения осмыслить этот процесс в отношении глобальности и неотвратимости при ограниченном воспроизводстве населения. Необходима оценка социально-экономических последствий [157].

Есть доказательства универсальности фаз демографического перехода, но на локальных территориях они различаются по времени прохождения, темпам увеличения численности пожилых людей и влиянием внешних факторов (политические события, катаклизмы, войны). На территориях с сопоставимой долей пожилых людей в общем числе населения есть отличия качественных характеристик данной группы. Поэтому появилась потребность в получении объективных данных о ситуации в современном монгольском обществе и в разработке комплекса мер приспособления к ней социально-экономического развития государства [34].

1.2. Особенности состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте

Как показывают данные литературы, потребность в амбулаторной помощи у пожилых людей в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, в то время, как реальные показатели обращаемости за медицинской помощью на данном этапе у них лишь в 1,5 раза превышают аналогичные данные для трудоспособного населения [2; 46]. Доля лиц старше 60 лет, обратившихся за медико-социальной помощью, достигает 30%, а получающих помощь на дому составляет более 50%. На 1 активный вызов медицинской сестры на дом пациента в возрасте до 60 лет приходится 5–6 подобных посещений пациентов старше 60 лет. Население старших возрастов страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей [23; 25; 95; 97].

По состоянию здоровья пожилых людей при условии психологического благополучия Россия занимала 78-е место в мире. По сравнению со странами Европы средняя продолжительность жизни была меньше на семь лет. В Швейцарии, Китае и Японии она превышает 82 года. Среди причин выделяются низкое социальное и материальное обеспечение населения, в том числе оказания

медицинских услуг, рост доли коммерческой медицины, слабо развитая гериатрическая служба, отсутствие правовых основ активного долголетия и улучшения психологического состояния [10; 21; 27; 52].

При изучении проблемы распространения мультиморбидности у пожилых людей в Англии. по трем ее показателям (наличие двух и более заболеваний, трех или более патологий, а также десяти или более функциональных ограничений) было установлено более частое распространение мультиморбидности среди лиц женского пола. При этом в последние годы она стала встречаться в более раннем возрасте. Указанные показатели имели существенные различия между благополучными хозяйствами и бедными [207].

В недавних исследованиях было установлено, что у пожилых людей часто сочетается несколько хронических заболеваний, резистентных к лечению. В Российской Федерации в возрасте 55–59 лет у 36% населения выявляли 2–3 заболевания, у 40,2% 60–69 лет - 4–5 заболеваний, а в 75 лет и старше у 65,9% - 5 заболеваний. Преобладали поражения системы кровообращения, желез внутренней секреции, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта [21; 85; 87; 92].

Уровень заболеваемости у пожилых (60–74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста. Первые места среди патологий пожилых занимают болезни сердечно-сосудистой системы (30,2%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,8%), органов дыхания (9,9%), глаза и его придаточного аппарата (9,3%). Далее по убыванию располагаются болезни органов пищеварения, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни мочеполовой системы. Эти патологии выявляют у 81% пациентов старших возрастных групп [39; 95].

Исследования, проведенные в Австралии, показали различные пути развития заболеваний и инвалидности в группе стареющих лиц женского пола с течением времени вплоть до глубокой старости. В то время как некоторые женщины продолжают доживать до преклонных лет без каких-либо серьезных заболеваний

или инвалидности, гораздо больше их число живут долго с заболеваниями, но с ограниченными возможностями, оставаясь независимыми, и являясь успешными людьми [60; 144].

Наиболее распространенная заболеваемость болезнями системы кровообращения в среднем возрасте влияет на показатели физического функционирования в пожилом возрасте [220].

Анализ структуры факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных артериальной гипертензией показал, что по данным глобального отчета ВОЗ по хроническим неинфекционным заболеваниям Монголия относится к странам с высокой распространенностью последней среди мужчин, и выше среднего – у женщин. При сравнении с данными ВОЗ определены наиболее значимые факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний - нерациональное питание, низкая физическая активность, курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, гипергликемия [20; 117].

В другом исследовании было показано, что ведущим фактором, не позволяющим достичь целевых уровней артериального давления у большинства пациентов с артериальной гипертензией в Монголии, как и в других странах, остаётся низкая приверженность населения к лечению. Таким образом, для Монголии, как и для других стран, важно разработать стратегию, направленную на выявление факторов, обуславливающих низкую приверженность пациентов к лечению, и повышение контроля артериальной гипертензии [65].

Нередко у людей как пожилого, так и старческого возраста встречаются когнитивные расстройства. В связи со старением населения, во всем мире проблема деменции у людей старших возрастных групп имеет как медицинское, так социальное и экономическое значение [57; 178].

В настоящее время в мире растет частота когнитивных нарушений разного происхождения. Это становится медико-социальной проблемой. Процент пожилых людей с умеренной интеллектуально-мнестической дисфункцией, составляет 16-19. Во многом это обусловлено ростом средней продолжительности жизни в развитых странах, уровнем промышленности и снижением экологического

благополучия. За год у 15% пациентов с умеренными когнитивными расстройствами наступает деменция, через 3 года она развивается у половины больных данной категории, а спустя 6 лет – у 80% [70; 156; 169; 190; 201; 221].

По отчётам геронтологических кабинетов Монголии у 10,2% людей старших возрастных групп есть когнитивные расстройства умеренной выраженности, у 3,1% - тяжелые нарушения [Отчёт «Здоровье пожилых людей». Монголия, 2020].

Прогрессирование умеренных когнитивных расстройств в части случаев лишает пациентов дееспособности, способности к адаптации, что требует расширенных мероприятий по уходу за больным. Это отражается на качестве жизни пациентов. Умеренные когнитивные нарушения доказывают свою социальную значимость даже на субклиническом уровне, так как при отсутствии терапии прогрессируют, приводя к деменции [8; 41; 47; 206].

Пожилые люди отличаются высоким риском суицида. Частота законченных актов такого события у них выше, чем у лиц молодого возраста. Они чувствуют себя брошенными, не видя достаточной социальной поддержки и медицинской помощи. Возникает проблема одиночества, которая стимулирует депрессивные переживания [145; 152; 174; 182]. Очевидна несформированность установок государственных структур, ответственных за профилактику суицидального поведения среди пожилых людей, а также недостаточный уровень оказания им медико-социальной помощи [3].

В статье S. Spitzer и соавт. (2019) представлены результаты исследований демографических характеристик пожилых европейцев (19 стран), влияющих на самооценку их физического и когнитивного состояния здоровья. Расхождение в самооценке здоровья было связано с неоднородностью отчетности между странами и возрастными группами, в то время как гендерный фактор несет лишь незначительный вклад в это расхождение. Так, южане и жители центральной и восточной Европы гораздо чаще преувеличивают свои физические и когнитивные способности, чем европейцы из Западной Европы, в то время как сравнение между полами является достоверным для большинства европейских стран. Эти выводы имеют решающее значение так как данные самооценки часто являются

единственной информацией, доступной исследователям и директивным органам при постановке вопросов, связанных со здоровьем указанного контингента [168; 210; 211].

Раннее выявление когнитивных нарушений или снижения когнитивных способностей при своевременном вмешательстве специалистов способно замедлить дальнейшее прогрессирование нарушений. И еще оно позволит наметить планы по уходу за таким больным, которые смогут повлиять на качество его жизни. Установлено, что оценка памяти пожилых людей может служить в качестве диагностического средства, определяющего наличие возрастных когнитивных нарушений [61; 172].

Есть сообщения об изменении объема медицинских услуг до и после диагностики болезни Альцгеймера, что имеет решающее значение для адаптации гериатрической помощи для населения [205].

Выявлена значительная распространенность психических расстройств среди сельского населения в возрасте 60 лет и выше [155]. Особого внимания заслуживает большая (клиническая) депрессия [189; 203; 208; 215; 223].

Выявлена взаимосвязь между старческой дряхлостью и когнитивной дисфункцией у пожилых людей. При этом ежедневная активность и толерантность к физической нагрузке влияют на когнитивные способности в равной степени [59; 72; 196].

Содержание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста определяется их функциональным статусом. При обследовании пациента по системам органов, функциональный дефицит часто оказывается нераспознанным. Однако он определяет актуальные медико-социальные и психолого-социальные характеристики больного, позволяет выявить целевые группы для перераспределения средств на оказание долгосрочной медико-социальной помощи с соблюдением принципов индивидуальности и адресности [86; 104; 114; 122; 136; 226].

Пожилые люди часто страдают возрастной патологией зрительного анализатора (катаракта, дегенерация желтого пятна). Правда, по мнению самих

пациентов, она не оказывает существенного влияния на качество жизни [43; 180; 209].

Как правило, старение сопровождается повреждением структур внутреннего уха, но также может повлиять и на центральные отделы слухового анализатора, вызывая расстройства на всех уровнях прохождения слухового нерва. При возрастной тугоухости нарушается слух и разборчивость речи. Появляются трудности с речевым и пространственным слухом. Точная информация о частоте таких нарушений поможет планировать потребность в технических средствах слухоречевого восстановления на уровне государства, способствовать социальной реабилитации и активному долголетию людей преклонного возраста [75; 171].

Хорошо известно, что падение в преклонном возрасте является большой проблемой. Выявлена тесная связь между падениями и наличием цереброваскулярных заболеваний, недержания мочи, головокружений, нарушений психического здоровья, которые надо считать, как факторы риска возникновения данной проблемы [44; 158; 191; 199].

Широко известно, что недержание мочи более распространено среди женщин и приводит к снижению их качества жизни. По литературным данным недержание мочи существенно снижает качество жизни, и имеет высокую распространенность среди сельского населения пожилого возраста. Среди факторов риска преобладают ожирение, хронические запоры, артериальная гипертензия, этнические особенности, что необходимо учитывать при профилактике и лечении недержания мочи среди женщин старших возрастных групп, особенно среди сельских жительниц [194].

Как правило, при оценке факторов риска инвалидности у пожилых внимание уделяют физической активности. Однако большую роль в ее развитии играют когнитивные, психологические и социальные факторы. Обосновывается важность разработки мероприятий по профилактике инвалидности и содействию здоровому старению людей старших возрастных групп, более активному физическому и социальному взаимодействию с существующими общественными мероприятиями [32; 101; 102; 126; 167].

Есть доказательства прямой корреляции развития анемии, весьма часто встречающейся у лиц пожилого возраста, с уровнем смертности [166].

Рассматриваются физиологические изменения организма с возрастом, их влияние на клинические проявления критических состояний у пожилых людей, а также основные принципы реанимации и паллиативной помощи [146; 153; 181].

На фоне снижения смертности населения частота проведения судебно-медицинских экспертиз, обусловленная подозрениями на насильственную смерть, а также смерть без свидетелей одиноких людей, увеличивается. Несмотря на то, что в последнее время намечены значительные сдвиги в повышении объёма медицинской помощи пожилым лицам, проблема оказания им медико-социальной помощи приобретает первостепенное значение [125; 129].

Актуальной проблемой медицинской геронтологии являются ошибки в выборе назначаемых лекарственных средств и тактики лечения и обследования [141].

Установлено, что неблагоприятные социальные проблемы влияют на профиль использования медицинских услуг. В контексте внутриотраслевой и межотраслевой политики рекомендуется содействовать раннему обращению пожилых пациентов в медицинские организации, особенно первичной медико-санитарной помощи [67; 142].

1.3. Опыт организации гериатрической помощи в различных странах мира

Особенности социальной политики по отношению к гражданам старшей возрастной группы определяются уровнем экономического развития, социально-политическим устройством, а кроме того, традиционными и культурными факторами [6; 16; 45; 54; 55].

Тенденция демографического старения активно обсуждается в ВОЗ. Появились определенные планы действий, в том числе Европейская политика Здоровье-2020, с опорой на целый ряд принятых в организации документов. Несколько стран разработали систему мероприятий для улучшения качества жизни

лиц пожилого и старческого возраста (ПСВ) [93].

В **Швеции** используют делегирование ответственности за оказание помощи людям ПСВ органам управления на местах. Работа территориальных лечебно-профилактических учреждений, которая финансируется местной налоговой системой, демонстрирует эффективность в силу гибкости сочетания оказываемых услуг. В качестве альтернативы стационарному лечению работают дома паллиативной помощи. Пенсионеров мотивируют по возможности избегать чрезмерного пребывания в стационаре даже на платной основе [93; 193; 200].

Задачи улучшения качества оказания медицинской помощи гражданам ПСВ в **Норвегии** возложены на местные органы здравоохранения. Активное участие в этой работе принимают и частные организации. Финансирование частично предоставляется за счет грантов, расход средств которых контролируется территориальными администрациями. В качестве примера можно привести мероприятия по адаптации лиц с нарушениями психики к домашнему пребыванию с оказанием медико-социальных услуг на месте [22; 192].

Процесс увеличения числа лиц старше 65 лет в **Израиле** идет длительно. Кроме увеличения средней продолжительности жизни большой вклад вносит миграция граждан ПСВ из других стран. Государственные органы управления были вынуждены разработать подробные схемы софинансирования медицинских услуг не только для пациентов стационара, но и для паллиативных больных, а также лиц с деменцией. Доля оплаты госпитализации со стороны пациента имеет прямую зависимость от величины дохода пожилого человека и общего семейного дохода [216].

К задаче организации помощи людям ПСВ необходимо подходить комплексно, рассматривая не только медицинские, но и социальные, культурные, психологические ее стороны. Для ее решения, как правило, должны привлекаться несколько государственных ведомств, активно взаимодействующих между собой. Кроме общих проблем и потребностей лиц ПСВ нужно учитывать большое число индивидуальных. Решение вышеназванной задачи невозможно без эффективных средств оценки состояния здоровья человека, его социального и материального

статуса.

В странах **Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии** для определения функционального статуса лиц пожилого и старческого возраста применяется комплексная гериатрическая оценка (КГО). Она появилась в 2001 году и предполагает осмотр пациента мультидисциплинарной бригадой. Целью ее являются лечебные, реабилитационные мероприятия, обеспечение ухода за больными. Ранее такие мероприятия были уделом медицинской помощи в стационаре, сейчас программа нашла применение и в амбулаторных условиях, что значительно расширило ее содержательную часть [93; 120; 151; 179].

В **России** медико-социальная помощь пожилым людям закреплена на уровне государственной программы. По постановлению Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан» обеспечение доступности социальных услуг высокого качества для всех граждан пожилого возраста является приоритетом социальной политики. Реализация проекта осуществляется совместно из центра и на уровне субъектов федерации. За основу взят Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», содержащий принятые правила оказания социальных услуг. По ФЗ N 442 приоритетами являются равноправие и свобода доступа всех граждан к социальному обслуживанию. В нем содержатся права и обязанности получателей и поставщиков социальных услуг, виды и формы социального обслуживания. Эти документы определяют основные направления социальной работы [7; 42].

Медицинская помощь пожилым определяется Приказом Минздрава РФ от 28.07.1999 N 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» (а также «Положением об организации деятельности гериатрического центра», «Положением об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)», «Положением об организации деятельности отделения медико-социальной помощи»).

Потребность в мерах по улучшению качества оказания медицинской помощи

пожилым людям диктуется высоким уровнем их заболеваемости. Отмечено, что «существующая система организации оказания медицинской помощи практически не учитывает особенностей» пожилых людей. Это «требует осуществления целенаправленных мер по созданию системы гериатрической помощи, повышению уровня знаний по гериатрии врачей общей лечебной сети и проведению научно - исследовательских работ в области геронтологии и гериатрии, в том числе и по вопросам профилактики преждевременного старения населения» [105; 115; 116; 118; 119].

В письме Министерства труда и социального развития РФ от 5 января 2003 г. № 30-ГК «О номенклатуре учреждений (отделений) социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» перечислены организации, которым необходимо оказывать медико-социальную помощь пожилым людям. Это геронтологические и реабилитационные оздоровительные центры, дома-интернаты [73; 123; 124].

Конкретные формы медицинского и социального обслуживания делятся на следующие виды: стационарное; полустационарное, оказание помощи на дому; срочное социальное, консультативное. Они призваны улучшать качество жизни пожилых, их адаптацию в обществе. Достижение такого результата существенно ослабляет социальную напряженность. При этом взаимодействие медицинской и социальной составляющих системной работы имеет организационные недостатки [3; 18; 68; 88; 90; 95; 113].

Высказываются предложения по учреждению управления гериатрической службы как самостоятельного административного органа, который мог бы функционировать на федеральном уровне и в каждом регионе. В таком варианте появится возможность обеспечить прямое взаимодействие между медицинскими и социальными службами, регуляцию работы структурных подразделений и компоновка их в доступную систему с оказанием полного спектра необходимых пожилым гражданам услуг [21; 74; 77].

Законодательством **Белоруссии** определено государственное управление гериатрической службой. В организациях здравоохранения республики существует

система социальной работы, которая включает профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию. Подобная системность касается всех уровней оказания медицинской помощи и имеет в основе программы государственного финансирования. Преобладает плановый порядок оказания медико-социальной помощи. Медицинская помощь лицам пожилого и старческого возраста доступна в каждом лечебно-профилактическом учреждении от отделений сестринского ухода до высокоспециализированных стационаров. Приобретение социальной направленности оказания помощи пожилым и выход ее за рамки исключительно медицинского обслуживания выражается в активном участии неправительственных организаций, волонтерских отрядов и общественных объединений в этом процессе.

В настоящее время получила развитие инфраструктура системы оказания медико-социальной помощи в лечебно-профилактических учреждениях. Медицинские образовательные организации ведут подготовку кадров, нерационально используемые койки перепрофилируются, например, в сестринские, которые необходимы для пожилого населения. Созданная гериатрическая служба руководит работой ЛПУ по медицинскому обслуживанию граждан ПСВ. Существует приоритетный порядок оказания помощи данной категории лиц для всех без исключения организаций здравоохранения. В каждом регионе есть главный внештатный специалист гериатр. Врачи-гериатры осуществляют практическую деятельность на местах. Другие врачи-специалисты оказывают им содействие и учитывают в своей работе возрастные особенности пациентов.

В домах-интернатах, руководимых Министерством труда и социальной защиты, особенно актуальна роль среднего медицинского персонала.

Территориальные центры социального обслуживания населения занимаются обслуживанием пожилых людей вне стационаров, они обладают информацией о реальных нуждах людей. Образованная общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников на добровольных началах объединила профессиональных социальных работников, преподавателей высших учебных

заведений и активных общественных деятелей для оказания социальных услуг населению. Активно работает в стране и система оказания помощи Службой сестер милосердия Белорусского общества Красного Креста на дому [66; 106].

Медицинское обслуживание пожилых в **Казахстане** ведется в условиях практически полного отсутствия врачей-гериатров. Дома сестринского ухода в основном оказывают социальные услуги, психологическую и консультативную, паллиативную помощь. Нормативно-правовая основа оказания медико-социальной помощи пожилым требует существенной доработки. Недостаточно подробно регламентированы программы лечения и обследования граждан данной возрастной группы, а также нормативы нагрузки для медицинских и социальных работников, которым необходимо реализовать их на практике. В Алматы работает поликлиника участников ВОВ, которая осуществляет бесплатное слухо- и зубопротезирование ветеранам войны и труда, предоставляет им лекарства при отдельных заболеваниях, оказывает помощь по специализированным направлениям. По данным статистики 66,7% всех посещений поликлиник и 85% вызовов на дом приходится на пожилых граждан, что подтверждает востребованность ими специализированной амбулаторно – поликлинической помощи [8; 148; 174; 175].

Киргизия. Медико-демографическая ситуация с учетом параметров социально-экономического развития в республике на ближайшие 10 лет как объективно, так и субъективно предрасполагает к созданию потенциала развития геронтологической службы страны и реализации национального плана в соответствии со стратегией ВОЗ «Здоровое старение» [100].

С демографическим старением населения **Китая** медицинские расходы пожилых людей стали широко распространенной проблемой. Основным источником финансирования и оплаты в республике является медицинское страхование. Доля участников, имеющих базовое страхование для городских работников; страхование для городских жителей; новый вид страхования для сельских кооперативов и коммерческое медицинское страхование составила 10,8 %, 8,4 %, 72,7 % и 0,9 %, соответственно. Также, 34,8 % пожилым гражданам медицинские расходы полностью оплачивали страхование для сельских

кооперативов и 11,9 % - коммерческое медицинское страхование. Участие этих видов страхования связано с уровнем медицинских расходов пожилых людей. А остальные виды страхования используются в качестве основного вида страхования и лишь в некоторой степени ослабляют давление медицинских расходов. Так, влияние различных видов медицинских страховок на медицинские расходы пожилых граждан Китая неодинаково. Дальнейшее внедрение медицинского страхования должно быть принято повсеместно в стране должно облегчить медицинские расходы пожилых китайцев [225].

* * * * *

Все страны признают необратимость демографического старения населения и важность изменения приоритетов и создания механизмов реализации социальной политики. Особенности состояния здоровья пожилых людей требуют организации оказания им соответствующей медико-социальной помощи. Улучшение качества помощи лицам пожилого и старческого возраста требует оценки не только медицинского, но и социального статуса. Конкретные модели оказания помощи пожилым отличаются в разных странах в силу разных культурных, социальных и экономических условий жизни.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, БАЗА, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Социально-экономическая и демографическая характеристика Монголии

Монголия — государство в Восточной Азии, граничащее с Россией на севере и с Китаем на юге.

Численность населения, согласно данным национальной статистики (и данным ООН), на 01.01.2021 года составляла 3314,9 тыс. человек (по оценке Бюро переписей США на ноябрь 2010 г. было 2,8 млн чел.). На один квадратный километр приходится 2,13 человека. Этнический состав: халха-монголы— 94,9 %, тюрки (в основном, казахи) — 5 %, китайцы и русские — 0,1 %.

Административно-территориальное деление Монголии - 21 аймак (область), которые имеют в своём составе 330 сомонов (районов) и 1 муниципалитет. Столица город Улан-Батор является самостоятельной административной единицей, разделённой на 9 районов, районы разделены на кварталы-микрорайоны.

На городское население приходится 68,9 % жителей. Наиболее крупными городами в Монголии являются: Улан-Батор – 1597,3 тыс. чел.; Эрдэнэт – 101,3 тыс. чел.; Улангом – 32,03 тыс. чел.; Чингис (Ундерэрхан) – 23,9 тыс. чел.; Мандал-Гоби 15,8 тыс. чел. [Статистический ежегодник Монголии, 2020].

В состав Монголии входят следующие аймаки:

- Архангай
- Баян-Улгий
- Баянхонгор
- Булган
- Дорноговь
- Дорнод
- Говь-Алтай
- Говь-Сумбэр
- Дархан-Уул
- Завхан
- Ховд
- Орхон
- Сэлэнгэ
- Дундговь
- Сухэ-Батор
- Увс
- Уверхангай
- Хувсгел
- Хэнтий
- Туве
- Умнеговь

Среди особенностей Монголии целесообразно выделить сравнительно большую территорию при низкой плотности населения; резко континентальный климат, отягчающий сельскохозяйственные работы; низкое развитие инфраструктуры и перерабатывающих отраслей. Все они замедляют адаптацию рынка к новым условиям, делая состояние экономики внутри страны более напряженным [38; 78; 132; 135; 150].

Начиная с 2000 г. в уровне жизни населения Монголии произошли существенные изменения. Так, выросли среднедушевые денежные доходы, повысился прожиточный минимум, сократились численность и удельный вес населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума, произошли положительные сдвиги в потреблении продуктов на душу населения и т.п. Несмотря на это, проблема дальнейшего повышения уровня и качества жизни населения Монголии остается актуальной в политическом, экономическом, образовательном, медицинском, экологическом, культурном и психологического измерениях [28; 162; 164; 165; 212].

В настоящее время в западных регионах страны отмечается выраженная тенденция оттока местного населения из сельской местности в городскую, преимущественно в Улан-Батор. В связи с этим, возникает необходимость принятия мер по сокращению миграции, включая совершенствование системы здравоохранения, обеспечение занятости населения и развитие инфраструктуры [4; 170].

В Монголии проживает 249,9 тысяч человек (7,4%) старше 60 лет [Статистический ежегодник Монголии 2020 г.]. В стране процент населения в возрасте 60 лет и старше в 2015 году составлял 6,4, а в 2030 и 2050 гг. эта доля достигнет 11,9% и 21,1%, соответственно [«Исследование некоторых показателей социально-экономического положения пожилых людей». Национальный статистический комитет Монголии. 2018 г].

Численность мужчин и женщин старше трудоспособного возраста среди городского и сельского населения в 2020 г. представлено в таблице 2.1.

Таблица 2.1. - 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 трудоспособного</i>	98,292	219,288	44,211	102,375	54,081	116,913

Средний возраст жителей Монголии составляет 27,1 года.

Современная Монголия в области здравоохранения взаимодействует с Россией, Японией, Республикой Корея, Китаем. Система медицинского образования построена на основе российских материалов и по российскому же образцу. Даже в самых современных клиниках Монголии по-прежнему широко используют такие нетрадиционные методы лечения, как мануальная терапия, рефлексотерапия, иглоукалывание, фитотерапия – лечение травами и многое другое [13; 33; 64; 133; 177].

Здравоохранение Монголии испытывает значительные проблемы малого финансового снабжения, недостаточного развития системы лечебно-профилактических учреждений, особенно для обслуживания жителей сел, нехваткой лекарственных препаратов, транспортных и коммуникационных средств [38; 163; 197].

Главными линиями преобразования медицинской системы в стране при смене вектора развития экономики страны явились: законодательная инновация, изменение управленческой структуры, стимуляция адаптации бюджетных медицинских учреждений к условиям рынка, развитие частной составляющей здравоохранения и обновление технических средств, повышение квалификации медицинских работников. В 1994 году появилось нововведение – медицинское страхование, практически полностью охватившее в наши дни население Монголии. Расходы на медицинское страхование пенсионеров находятся в ответственности

государства. [5; 109].

2.2. Дизайн исследования

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

Проводился с использованием специально разработанных карт-анкет (приложения 1-3) 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.

Возраст респондентов колебался от 25 до 63 лет и в среднем составлял $43,7 \pm 10,3$. В возрастной структуре наибольшая доля (63,9%) приходилась на возрастную группу 40-59 лет. Молодые специалисты (в возрасте до 39 лет) составляли 33,4%, пожилые (в возрасте 60 лет и старше) – 2,8%. Среди опрошенных преобладали лица женского пола (94,4%).

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 центре традиционной медицины и в Национальном геронтологическом центре в городе Улан-Баторе.

Возраст респондентов колебался от 21 до 69 лет и в среднем составлял

36,8±10,4 лет. Наибольшую долю (62,8%) среди них составили лица в возрасте до 39 лет. На возрастную 40-59 лет и 60 лет и более приходилось 36,1% и 1,1% соответственно.

Врачи были несколько моложе, чем медицинских сестер. Так, возраст опрошенных врачей был от 23 до 69 лет и в среднем составлял 35,4±9,6. Наибольшую долю (43,2%) среди них составили лица в возрасте 30-39 лет. В возрасте до 30 лет, 40-59 лет, 60 лет и более, удельный вес распределялся следующим образом - 30,1%, 25% и 1,7% соответственно. Возраст медсестер колебался от 21 до 69 лет и в среднем составлял 37,8±10,8. Наибольшую долю (33,4%) среди них составили лица в возрасте до 30 лет, а в возрасте 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет и 60 лет и более - 21,1%, 26,8, 18,1% и 0,7% соответственно.

Среди опрошенных преобладали лица женского пола (88,6%), особенно среди среднего медицинского персонала – 93,6% против 82,2% у врачей.

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 (46,4 % являлись жителями г. Улан-Батора, а 53,6% жили в аймаках и сомонах).

1. Критерии включения для исследования:

- Согласились принять участие в опросе.
- Возраст женщин должны быть старше 55 лет, мужчин - старше 60 лет.
- Проживание в исследуемом районе /аймаке, сомоне/ более 6 месяцев.
- Иметь законного опекуна, если у клиента есть нарушение зрения или слуха
- Хорошее психическое здоровье.

2. Критерии исключения из исследования

- Не дали согласия участвовать в опросе.
- Возраст женщин до 55 лет и до 60 лет у мужчин.

- Проживание в исследуемом районе /аймаке, сомоне/ менее 6 месяцев
- У респондента с нарушениями зрения или слуха нет законного опекуна.
- Наличие психического расстройства.

Наибольшую долю (48,5%) составили лица в возрасте 55-64 лет. На долю возрастных групп 65-74 лет приходилось 33,2%, 75-84 лет – 15,1%, 85 и старше - 3,3%. Среди опрошенных преобладали лица женского пола – 64,5%.

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.

ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

По данным Национальной статистической службы Монголии, население страны интенсивно стареет. В 2010 году на тысячу трудоспособных лиц зарегистрировано 488 человек старше трудоспособного возраста, а на первый квартал 2017 года – 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, Монголия, 2020].

Процесс старения населения Монголии имеет следующие характерные черты:

- рост числа лиц старше трудоспособного возраста (женщин более 55 лет, мужчин - 60 лет) за 2016-2020 гг. с 257,451 до 328,861 тыс. человек (Единая статистическая база данных Монголии)

- нарастание удельного веса населения старших возрастных групп в период 2016-2020 гг. с 8,25% до 9,79%; (Единая статистическая база данных Монголии)

- 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 городских жителей - 2315 женщин, сельских - 2162 женщины);

- увеличение общей продолжительности жизни населения - с 69,57 лет в 2016 году до 70,71 лет в 2020 году;

- стабильно более высокая продолжительность жизни женщин (в 2016 году – 75.1 года, в 2019 году – 75.96 года, в 2020 году - 76,22 года) по сравнению с мужчинами (в 2016 году – 65.58 года, в 2019 году – 66.38 года, в 2020 году -66.71 года);

- высокий процентный вклад лиц в возрасте 65 лет и более в численность населения Монголии (2020 год -4.28%). 2016 г-3.76%, 2017 г-3,86%, 2018 г- 3,95%, 2019 г- 4,11%.

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 Монголия, 2020 г.] .

По отчёту помощи геронтологических кабинетов Монголии, у 10,2% пожилых и старших людей с умеренными когнитивными расстройствами, у 3,1% с тяжелыми когнитивными нарушениями [Отчёт здоровья пожилых людей в Монголии, 2020 г.]. В Монголии являются инвалидами 105370 чел. (данные на 2018 год).

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 населения): 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 населения Монголия, 2020 г.] .

В ходе исследования с целью изучения особенностей образа жизни и здоровья лиц старше трудоспособного возраста был проведен социологический опрос 726 респондентов, в том числе 75 пациентов дома-интерната.

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

В результате анкетирования было выявлено, что большинство (83,6%) опрошенных имели определенную профессию: 16,4% - работники сельского хозяйства, 11,8% - транспорта; 10,7% - строительства и жилищно-коммунальное хозяйства, 10,1% - образования и науки, 8,0% - здравоохранения, а 26,7%

опрошенных были работниками других профессий.

На момент проведения опроса 49,3% респондентов, проживали с супругом/супругой, 27,9% - с детьми и внуками, 10,3% - в доме для пожилых людей, одинокие пенсионеры составили 11,2 %, другое – 1,2% (рис. 3.1).

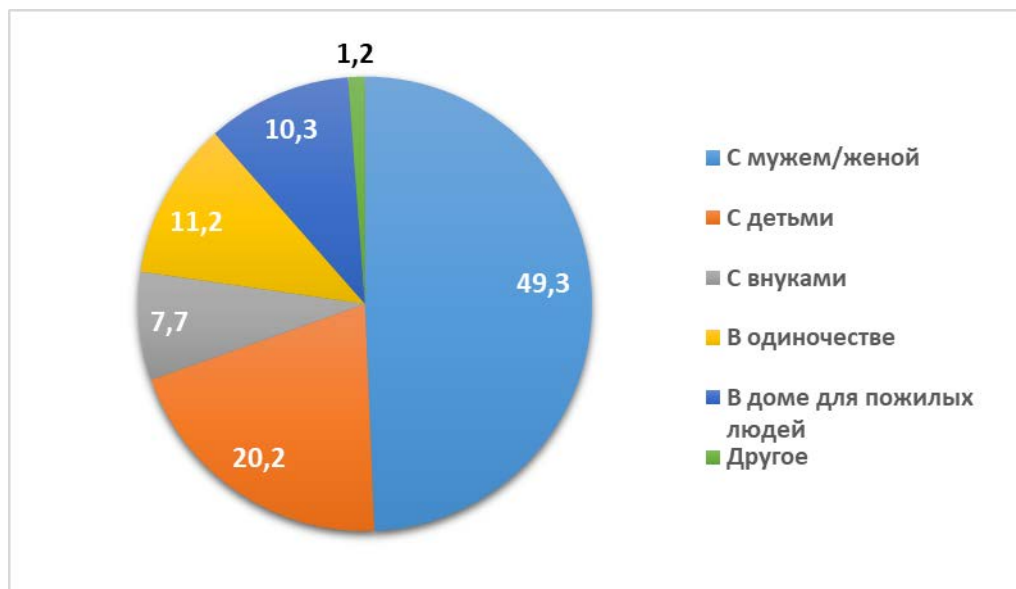


Рис. 3.1. – Распределение респондентов по условиям проживания (в %)

Наибольшая доля пожилых людей, принявших участие в опросе, проживали в частном доме (33,5%), 27,8% - в отдельной квартире, 26,7% - в монгольской юрте, 10,3% - в доме для пожилых людей и 1,7% - в коммунальной квартире.

Состояли в браке 68% респондентов, проживающих вне дома-интерната, а в доме-интернате только 6,7%. По мнению респондентов, взаимоотношения в семье были хорошими в 55,9 % случаев, очень хорошими - в 29,6%, удовлетворительными - в 13,8%, плохими - в 0,7%. Чувствовали себя одинокими 28,2% опрошенных.

Спектр причин пребывания пенсионеров в социальном учреждении отражен в таблице 3.1. Превалировало одиночество – в 64% случаев, ограничение двигательной активности и трудности в самообслуживании – в 17,3%.

Среди прочих во время собеседования всем был задан вопрос: «Укажите, пожалуйста, размер получаемого Вами ежемесячного дохода на семью?». Ответы на него распределились так: меньше 300 тыс. – 14,7%; 300-500 тыс.– 38,8%; 500-700 тыс. – 20,5%; 700-900 тыс. - 11,7%; более 900 тыс. – 14,2% тугриков.

Таблица 3.1. – Распределение пожилых людей по причине проживания в доме-интернате (в %)

Причины	Доля в %
Одиночество	64,0
Снижение двигательной активности и невозможность себя обслуживать	17,3
Невозможность проживать совместно с детьми	9,3
Отказ детей ухаживать за престарелыми родителями	8,0
Несовместимость проживания с родственниками, больными алкоголизмом или наркоманией	1,3
Всего	100,0

Горячее питание дважды в день получали 55,6% пенсионеров. Четырехразовое горячее питание имело место только у 1,7% опрошенных, один раз – 21,2%, три раза – 21,5 % пенсионеров.

Трижды в день горячее питание получали 73,3 % пациентов дома-интерната и 15,6% пенсионеров, живущих дома. Четырехразовым горячим питанием обеспечены 10,7% проживающих в доме-интернате, двухразовым – 16%.

В общем числе пациентов дома-интерната процент обеспеченных четырехразовым горячим питанием (10,7%) в 17,8 раз выше, чем среди опрошенных вне социальных учреждений (0,6%). Такая разница частоты приема пищи, в частности горячей, объясняется более точным соблюдением режима питания в домах-интернатах, более оптимальной социальной и материальной поддержкой данных лиц.

По результатам опроса более двух третей пожилых людей (72,9%) имеют оптимистичное отношение к жизни, 9,1% - пессимистичное. Оказалось, что безразличны ко всему происходящему 4,8% опрошенных, 13,2% продемонстрировали обеспокоенность только индивидуально значимыми проблемами. При увеличении возраста статистически значимо ($p < 0,01$) снижается доля оптимистично относящихся к жизни пенсионеров и увеличивается процент пессимистов, апатичных ко всему людей, а также лиц, которых волнуют только свои проблемы.

Многие пожилые люди сообщили, что подвержены стрессам - периодически

(67,5%) и систематически (4,5%). Причины стрессов были разнообразным и – чаще всего это проблемы со здоровьем – 47,4%. Назывались такие причины как проблемы в семье, одиночество, финансовые трудности и другие (рис. 3.2).

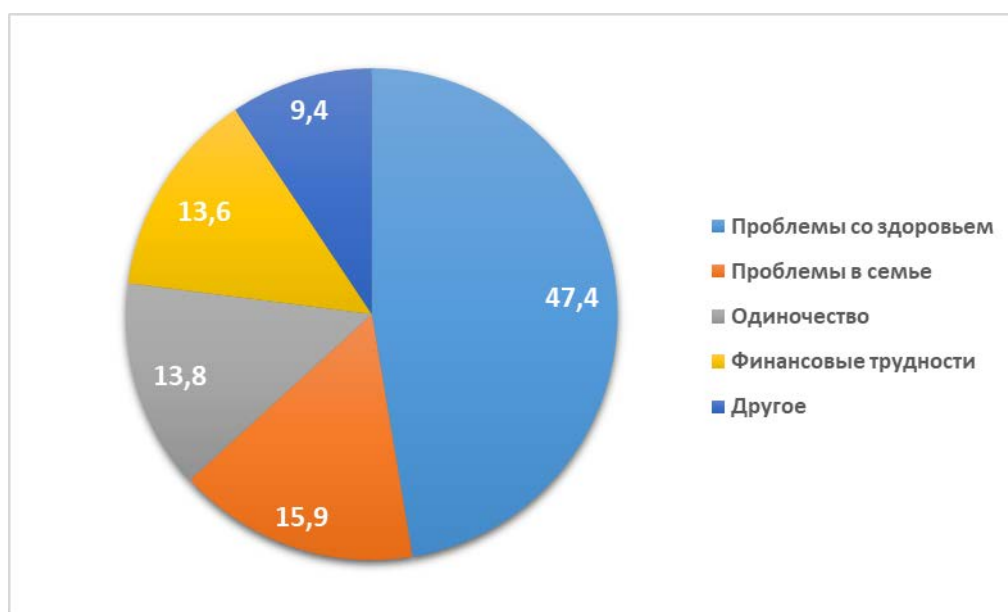


Рис. 3.2. – Распределение респондентов по причинам стрессов (в %)

При анализе результатов исследования выявлено, что при увеличении возраста уменьшается процент пожилых людей, способных к самообслуживанию. Среди лиц моложе 65 лет таких 75,8%, а старше 75 лет только 48,1% ($P < 0,01$).

При этом 47,4% респондентов старше 75 лет заявили о низком уровне физической активности, 38,3% из них сообщили о периодических пеших прогулках, и лишь 6,8% выполняли огородные работы. Вместе с этим, 7,5% регулярно занимаются физическими упражнениями, а активная деятельность на дачном участке была по силам 12,8% респондентам моложе 65 лет и 17% в возрастном интервале 65 - 75 лет. В указанных возрастных группах 18,7% и 15,3% лиц соответственно регулярно выполняли физические упражнения, 52% и 36,1% из них сообщили о ежедневных уличных пеших прогулках. Низкая физическая активность имела место у 16,5% пенсионеров моложе 65 лет и 31,6% лиц в возрастном интервале 65 – 74 года.

Установлено, что большинство лиц пожилого возраста на момент опроса не работали (86,8%). Большинство пенсионеров работали в частных организациях (37,5%), реже в области образования и науки (15,6%), здравоохранения (14,6%) и

сельского хозяйства (13,5%) (табл. 3.2).

Таблица 3.2. – Распределение пожилых людей по месту работы (в %)

Место работы	Доля в %
В частной организации	37,5
Здравоохранение	14,6
Образование и наука	15,6
Пищевая промышленность, включая производство напитков и табака	3,1
Сельское хозяйство	13,5
Сервис, оказание услуг населению	9,4
Строительство и жилищно-коммунальное хозяйство	2,1
Транспорт	3,1
Юриспруденция	1,1
Всего	100,0

Достаточными свои знания о профилактике заболеваний назвали 44,3% опрошенных, недостаточными – 30,9%, затруднились дать ответ на вопрос – 24,8%. В медицинской информации о правилах здорового образа жизни нуждались 24,9 человек на 100 респондентов, принципы правильного питания интересовали 21,0%, профилактика болезней сердечно-сосудистой системы 20,0%, правила приема лекарственных средств 16,8% пенсионеров. Выявлен интерес к предрасполагающим факторам развития патологии системы сердца и сосудов и психической сферы (табл. 3.3).

Таблица 3.3. – Распределение пожилых людей по виду необходимой информации (на 100 опрошенных)

Вид информации	На 100 опрошенных
Медицинских знаниях о здоровом образ жизни	24,9
Принципах рационального питания	21,0
Профилактике болезней системы кровообращения	20,0
О приеме лекарственных препаратов	16,8
Факторах риска болезни системы кровообращения	7,3
Психическое здоровье	5,0
Прочее	5,0

Обращало внимание, что лица, проживающие в домах-интернатах, значительно отличались по нуждаемости в медицинских знаниях (рис. 3.3).

Отвечили “прочее” 4,5% респондентов вне дома-интерната, 9,3% респондентов в доме-интернате.



Рис. 3.3. – Распределение респондентов по нуждаемости в различных видах медицинских знаний (на 100 опрошенных)

Наиболее оптимальной формой получения информации о профилактике болезней 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 упражнениями, 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%. 9,4% опрошенных отличались бездействием в этой области. При этом 0,7% пациентов ответили «прочее».

Среди целей опроса было установление распространенности курения и употребления спиртных напитков у пожилых людей. Сообщили о том, что курят 13,9% респондентов, изредка – 4,8%, курили в прошлом 4%, 77,3% опрошенных пожилых не курили. Примечательно, что 91,2% пожилых женщин никогда не курили, среди мужчин никогда не курили 51,9%.

Правила внутреннего распорядка во всех социальных учреждениях для пожилых людей запрещают употребление алкоголя. При анкетировании было установлено, что 70,6% пациентов дома-интерната вообще не употребляют спиртные напитки. Однако 28% из них выпивают алкоголь реже 1 раза в месяц, 1,4% - раз в месяц.

Среди пенсионеров, проживающих дома, 50,7% никогда не употребляют спиртные напитки, 37,3% пенсионеров употребляют спиртными напитками реже 1 раза в месяц, 8,6% - раза в месяц, а 3,4% респондентов несколько раз в неделю.

Полученная в ходе выполнения исследования оценка респондентами состояния своего здоровья, свидетельствует о том значительная часть из них оценивает его положительно - хорошее – 14,2% и скорее хорошее, чем плохое – 65,8% (рис. 3.4). При этом выявлена слабая отрицательная связь ($r = - 0,1$) между возрастом респондентов и мнением о хорошем здоровье.

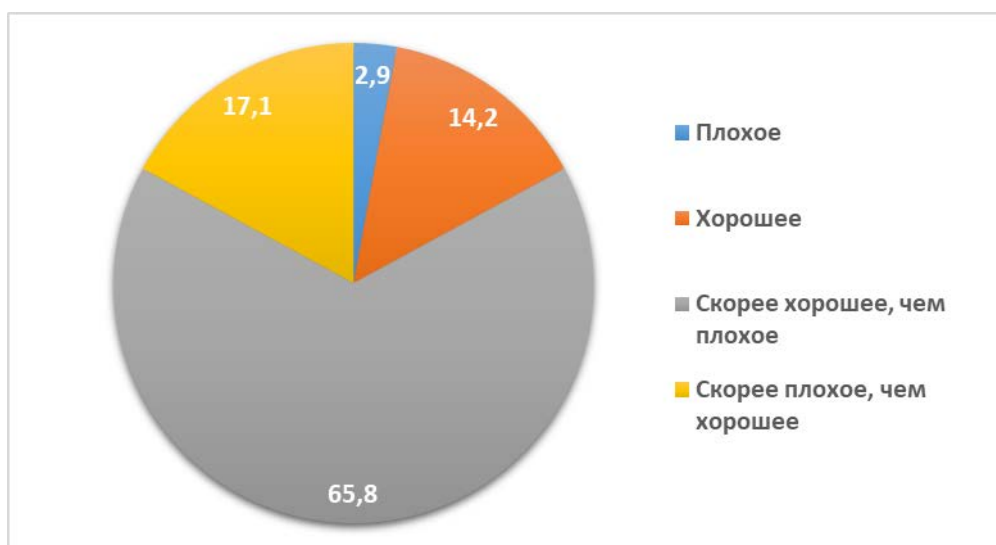


Рис. 3.4. – Мнение респондентов о состоянии своего здоровья (в %)

На наличие хронической патологии указали почти все (90,9%) респонденты. 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. 3.4).

Таблица 3.4. – Структура 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%/ ($p < 0,05$). Большинство пенсионеры не получили помощь у психотерапевта /вне доме-интернате – 95,7%, в доме-интернате 82,7%/.

Как сообщили участники опроса, регулярные профилактические медицинские осмотры проходили 55,8% из них. При этом они осуществлялись не регулярно в 44,2% случаев. Большинство респондентов проходили профилактический медицинский осмотр 1-5 месяцев назад (45%). 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%). Лишь 1,9% пациентов отличались частотой вызовов экстренной бригады на дом более, чем раз в неделю.

Согласно полученным данным, 39,8% лечились в больницах аймака и сомона, 14,5% - районных медицинских центрах, 13,4% - центральных больницах, 12,7% - геронтологическом центре, 7,7% - частных центрах, 6,3% - в любых учреждениях, только 3% - гериатрических кабинетов в районных медицинских центрах (табл. 3.5).

Таблица 3.5. – Распределение респондентов по обращаемости по поводу болезней в различные виды медицинских организаций (в %)

Виды медицинских организаций	Доля в %
Центральные больницы	13,4
Частно-коммерческие	7,7
Геронтологический центр	12,7
Гериатрические кабинеты в районных медицинских центрах	3,0
Районные медицинские центры	14,5
Больницы аймака и сомона	39,8
Во всех без исключения	6,3
Другое	2,6
Всего	100,0

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

Остались довольны результатом лечения 82,2% респондентов, 17,4% - не заметили изменений в самочувствии, 0,4% – обнаружили ухудшение.

К врачу-гериатру обращались 50,2% лиц пожилого возраста (регулярно – 14,9%, нерегулярно – 35,3%). Из не обращавшихся к данному специалисту 49,8% не знали о их существовании. Кроме этого, посещение врача-гериатра лицами пожилого возраста было различным у находившихся в домах-интернатах и вне их

(рис. 3.5).

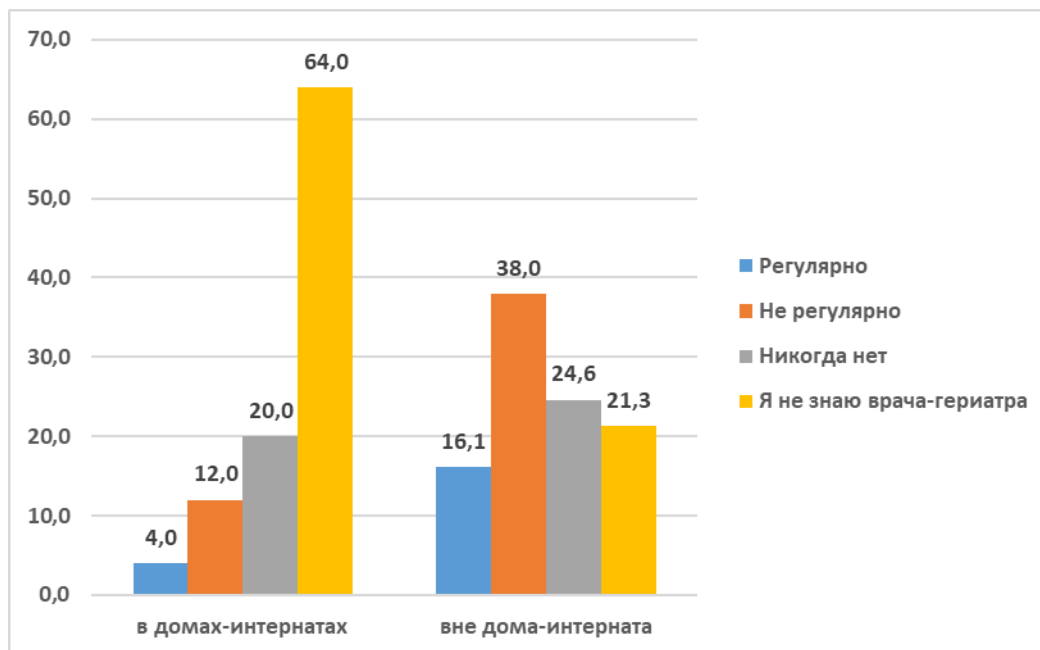


Рис. 3.5. – Посещение врача-гериатра лицами пожилого возраста (в %)

В ходе исследования была проанализирована удовлетворенность пенсионеров оказываемой им гериатрической медицинской помощью в области. Удовлетворенность респондентов по этому аспекту составила: да-52,7%, удовлетворяет частично – 37,9%, нет – 9,3%. Главными минусами гериатрической помощи в области 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). Следует отметить, что другое (11,8). (табл. 3.6).

В ходе исследования была проанализирована удовлетворенность пенсионеров оказываемой им гериатрической медицинской помощью в больнице. Удовлетворенность респондентов по этому аспекту составила: да-45,3%, удовлетворяет частично – 46,7%, нет – 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%).

Таблица 3.6. – Причины неудовлетворенности гериатрической медицинской помощью в области (на 100 опрошенных)

Причины	На 100 опрошенных
Длительность ожидания	38,2
Низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами	23,5
Результативность лечения	11,8
Невнимательное отношение персонала	14,7
Другое	11,8

На вопрос “Как часто вы получаете рекомендации лечебно-оздоровительного характера на приеме у врача-гериатра” 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%), Единичную встречаемость имели приверженность вредным привычкам, отсутствие доверия врачу и веры в результат лечения (табл. 3.7). Школу для больных пожилого возраста посещали только 20,1% больных.

Всего 182 (25,1%) пенсионера написали предложения по улучшению качества гериатрической помощи. Большинство пенсионеров по улучшению качества гериатрической помощи написали такие предложения: создание больниц гериатрического профиля (19,8 на 100 опрошенных), госпитализация пожилых людей без задержки (17,6), улучшение отношение персонала (15,9), обеспечение профессиональными кадрами (13,2) (табл. 3.8).

Таблица 3.7. – Причины, мешающие респондентам выполнять рекомендации
врача (в %)

Причины	Доля в %
Занятость на быту	18,1
Наличие вредных привычек	2,8
Недостаток денежных средств	58,2
Не полное доверие к врачу	3,4
Отсутствие веры в излечение	5,1
Прочее	12,4
Всего	100,0

Таблица 3.8. – Мнение респондентов о мерах по повышению качества
гериатрической помощи (на 100 опрошенных)

Мероприятия	На 100 опрошенных
Создание больниц гериатрического профиля	19,8
Госпитализация пожилых людей без задержки	17,6
Улучшить отношение персонала	15,9
Обеспечение профессиональными кадрами	13,2
Обучение пожилых людей	8,2
Увеличить информации о гериатрической помощи	7,7
Обеспечение геронтологическим оборудованием	5,5
Другое	12,0

Необходимо обратить внимание, что в разделе «другое» находились такие предложения как создание благоприятной среды для пожилых людей, организация гериатрических кабинетов, санаторно-курортной помощи и обучение о принципы рационального питания, сотрудничество с семейными клиниками.

Следует отметить, что только 14,7% пенсионеров, находящихся в домах-интернатах, дали предложения по улучшению качества гериатрической помощи, а 85,3%(64) не написали. В основном это было обеспечение профессиональными врачами (72,7%), улучшение отношения персонала (9,1%), а также информирование о возможностях гериатрической помощи (9,1%), и организация обучения пожилых людей (9,1%).

* * * * *

В следующей главе представлено мнение медицинских работников различного профиля о качестве оказываемой медицинской помощи гериатрического профиля.

ГЛАВА 4. МНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ О КАЧЕСТВЕ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Распределение опрошенных медицинских работников по месту работы представлено в табл. 4.1.

Таблица 4.1 – Распределение медицинских работников по месту работы (в %)

Наименование медицинской организации	Врачи	Медицинские сестры
Национальный геронтологический центр	1,7	1,0
Департамент здравоохранения	0,4	-
Центр традиционной медицины	3,0	1,7
Частные клиники	2,5	2,3
Региональный медицинский центр	13,6	10,7
Районная больница	33,1	25,4
Аймачная больница	35,6	45,2*
Семейная клиника	4,2	3,3
Сомонная больница	5,9	10,4*
Всего	100,0	100,0

* статистически значимые межгрупповые различия, $p < 0,05$

Наибольшая их доля как врачей, так и медицинских сестер приходилась на аймачные (35,6% и 45,2% соответственно) и районные (33,1% и 24,4%) больницы. Большая доля врачей, чем медицинских сестер, работала в Центрах традиционной медицины, региональных медицинских центрах, районных больницах семейных клиниках. Следует отметить, что статистически значимые различия в структуре медицинских организаций между врачами и медицинскими сестрами отмечались только в отношении аймачных (35,6% и 45,2% соответственно, $p < 0,05$) и сомонных (5,9% и 10,4%, $p < 0,05$) больниц.

Среди врачебных кадров 95,3% занимали должность врача, 3,4% - заведующего отделением, 0,8% - главного врача больницы, 0,4% - специалиста. Средний медицинский персонал по занимаемой должности распределялся следующим образом: 92,6% - медсестра, 7% - методист по сестринскому делу, 0,3% - специалист.

Основная специальность среди врачей чаще была – врач общей практики (30,1%), среди медицинских сестер (52,5%) - медсестра общей практики (табл. 4.2).

Таблица 4.2 – Распределение медицинских работников по специальности (в %)

Наименование специальности	Доля в %
Врачи	
Врач общей практики	30,1
Врач-реабилитолог	4,2
Врач традиционной медицины	20,8
Другие врачи	44,9
Всего	100,0
Медицинские сестры	
Медсестра общей практики	52,5
Медсестра-реабилитолог	5,0
Медсестра традиционной медицины	9,0
Другие медсестры	33,4
Всего	100,0

Общий стаж медицинских работников, принявших участие в опросе, колебался от 1 до 48 лет и в среднем составлял $12,5 \pm 10,5$ лет. Больше всего респондентов имели медицинский стаж меньше десяти лет— 52,2%, 10 - 20 лет - 21,8% опрошенных, 20 - 25 лет - 7,7%, более 25 лет - 18,3%.

При сравнении общего стажа врачей и медицинских сестер установлены определенные различия. Так, у врачей он колебался от 1 до 48 лет и в среднем составлял $10,6 \pm 9,3$ лет, а медсестер колебался от 1 до 42 лет и средние его значения были выше, чем у врачей - $14 \pm 11,1$ лет.

В группе врачей стаж менее десяти лет имели 57,7%, от 10 до 20 лет - 25,4%, 20 - 25 лет - 5,5%, более 25 лет - 11,4%. Медсестры отличались более продолжительным медицинским стажем. Общий стаж менее десяти лет выявлен у 47,8% и от 10 до 20 лет - у 19% опрошенных, а от 20 до 25 лет - у 9,4%, более 25 лет - у 23,7% (рис. 4.1).

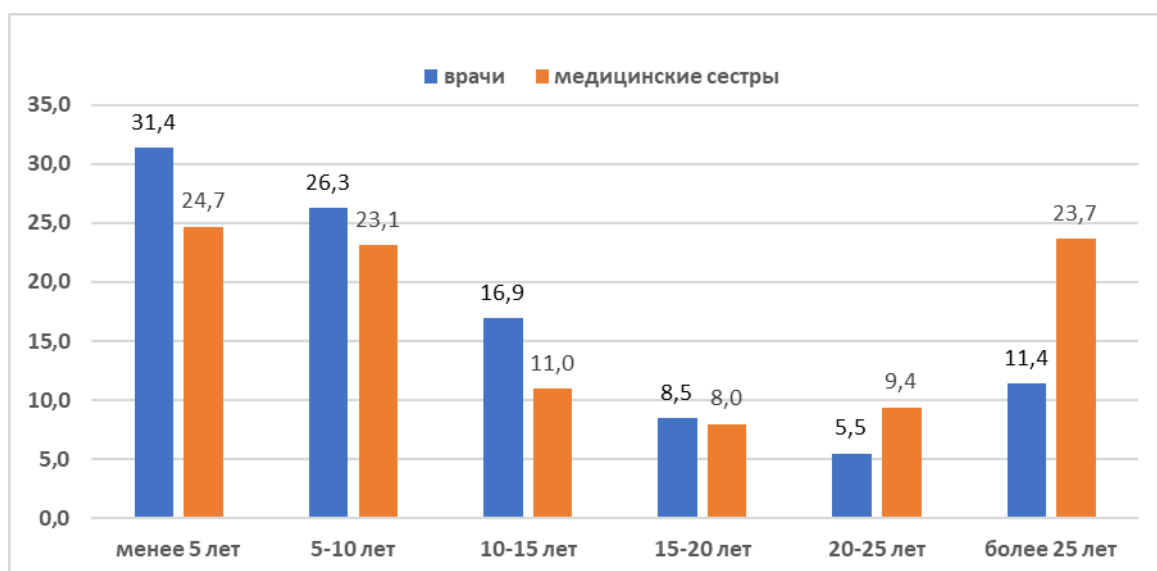


Рис. 4.1. – Общий стаж медицинских работников (в %)

Стаж работы медицинских работников по основной специальности колебался 1-48 лет, в среднем составлял $10,6 \pm 10,1$. Стаж работы в медицине большинства опрошенных (59,8%) был менее 10 лет. Работали по специальности от 10 до 20 лет 20,3% опрошенных, от 20 до 25 лет - 5,2%, более 25 лет - 14,6%.

Для врачей было характерно преобладание лиц с меньшим стажем по специальности по сравнению с медицинскими сестрами. Так, стаж работы опрошенных врачей колебался от 1 до 48 лет и в среднем составлял $7,9 \pm 8,3$ лет, у сестер - колебался от 1 до 42 лет и в среднем достигал $12,7 \pm 10,8$ лет. В группе врачей больше других было лиц со стажем работы в медицине менее 10 лет - 70,8%. Работали по специальности от 10 до 20 лет 19,1% респондентов, от 20 до 25 лет - 3,4%, более 25 лет - 6,8% (рис. 4.2).

Медицинские сестры, проработавшие по специальности менее 10 лет, составляли гораздо меньше – только 51,2% и от 10 до 20 лет - у 21,4%, а более 20 лет - у 27,4%.

Подавляющее большинство (76,6%) опрошенных не имели квалификации. Среди аттестованных медицинских работников в целом преобладали специалисты со старшей категорией (19,3%), о наличии ведущей категории сообщили 4,1% респондентов. Кроме этого, 9,9% среди них были

магистрами медицинских наук.

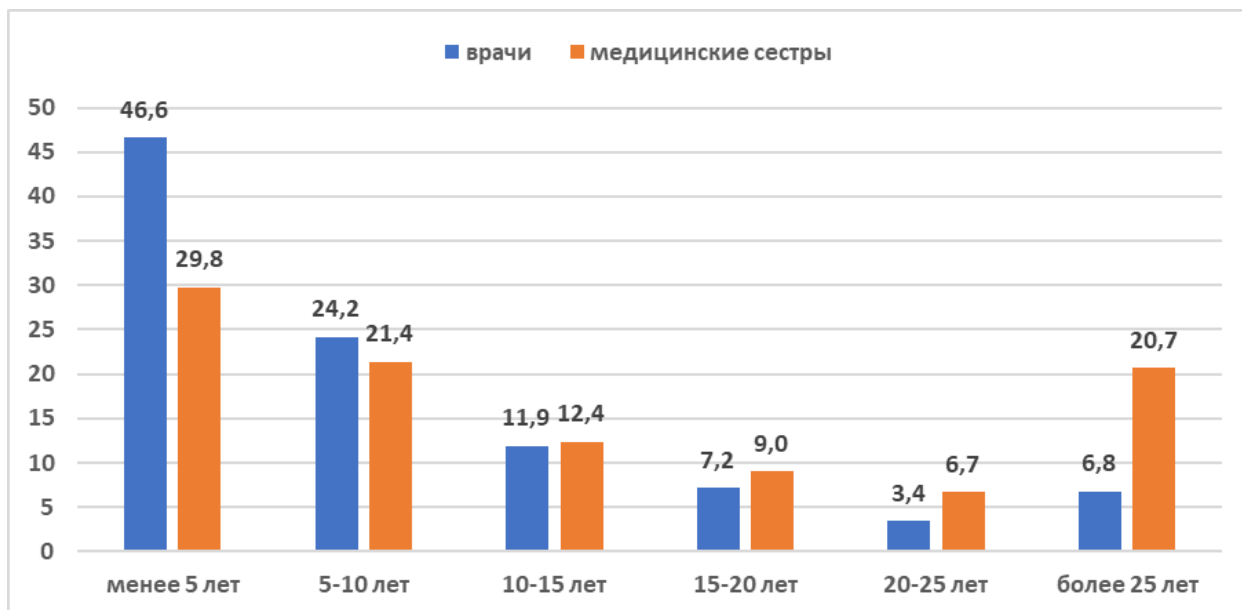


Рис. 4.2 – Стаж по основной специальности медицинских работников (в %)

Следует отметить, что распределение врачей и медицинских сестер по уровню квалификации было идентичным. Основная масса врачей и медсестер не имела категории – 80,5% и 73,6% соответственно (рис. 4.3).

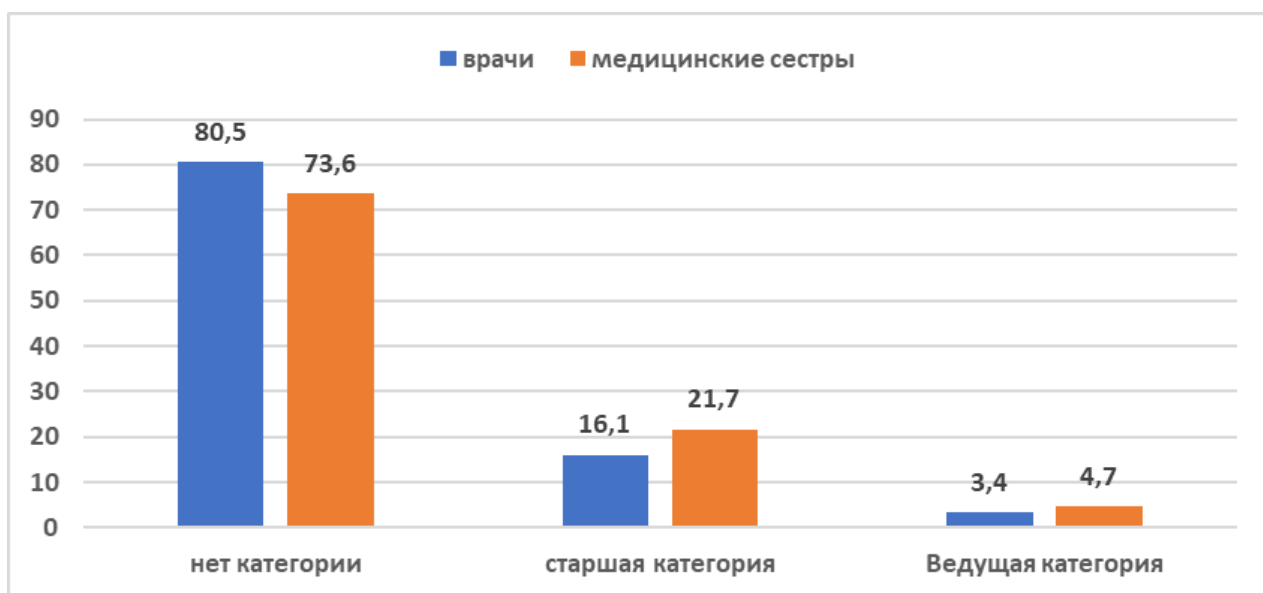


Рис. 4.3 – Квалификация медицинских работников (в %)

Аттестованные врачи преимущественно имели старшую категорию (16,1%), значительно реже (3,4%) ведущую категорию. Установлено, что 21,6% врачей были магистрами медицинских наук. Среди аттестованных медицинских сестер преобладали специалисты со старшей категорией (21,7%). Ведущая категория была присвоена 4,7% из них, 0,7% медсестер были

магистрами медицинских наук.

На вопрос “Какой процент на приеме у вас приходится на пациентов пожилого и старческого возраста?” большая часть медицинских специалистов (48%) 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.

Анкетирование показало, что наибольшая доля медицинских специалистов (в 46%) не посещает научные специализированные конференции, а 23,9% - 1-2 раза за 5 лет, 14,6% - 1-2 раза в год, 15,5% - пытаются посетить все подобные мероприятия. Установлено, что, среди врачей значительно больше лиц (65,7%), посещают научные медицинские конференции, чем среди медсестер (44,8%).

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.

Большинство (55%) 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%).

Распределение врачей и медсестер по причинам затруднений в получении профессиональной информации было практически идентичным: недостаток времени (37,7% и 43,1% соответственно), не хватает профессиональных книг и журналов на родном языке (17,4% и 8,7%), владение английским языком недостаточно (16,1% и 23,7%), большое расстояние до центра геронтологии (14,4% и 7,7%), проблемы с материальным обеспечением (5,5% и 6%). Невозможность выхода в Интернет считали важным аспектом только 0,4% и 3,3% респондентов.

На вопрос о материально-техническом обеспечении на рабочем месте большинство ответов были негативными - 55,7% (нет - 28,6%, скорее нет, чем да - 27,1%), утвердительно – 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. 4.4).

Основное место в материальном обеспечении отводилось геронтологическому оборудованию, особенно, реабилитационному (53,1%) и оборудованию для обеспечения безопасности лиц пожилого и старческого возраста (47,1%). Естественно, что, 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).

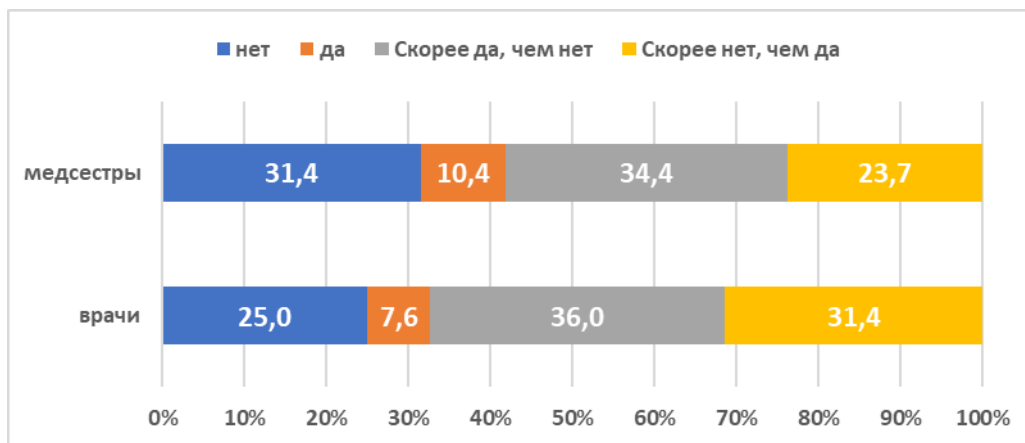


Рис. 4.4 - Мнение медицинских работников о материально-технической базе в их медицинской организации (в %)

По мнению специалистов, принявших участие в анкетировании, в отношении существующих стандартов по оказанию гериатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста западной медицинской помощи наиболее важным является необходимость расширения объема, перечисленных в стандартах обследований, методов лечения, консультаций специалистов (в 67,9% случаев). Только 16,1% опрошенных считали, что существующие стандарты соответствуют требованиям, 14% - не соответствуют. Врачи и медицинские сестры выступали за расширение стандартов соответственно в 73,3% и 63,5% случаях.

По данным анкетирования, 51,6% опрошенных медицинских работников различных специальностей выступали в СМИ и принимали активное участие в массовых оздоровительных акциях. 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.

Многие респонденты отметили, что большинство пациентов (55,1%) воспринимали профилактические мероприятия положительно, в 33,1% наблюдений они демонстрировали активную заинтересованность. Однако 11,2% из них были безразличны к данным мероприятиям и негативно к ним относились - 0,6%. Аналогичное распределение ответов отмечалось среди врачей и медицинских сестер - 61,9%, 28%, 9,3%, 0,8% и 49,8%, 37,1%, 12,7%, 0,3% соответственно.

Более одной трети (36,4%) опрошенных связывают указанную ситуацию с отсутствием необходимой информации, 25,6% - с низким уровнем образования, 23,2% – с их плохой организацией, 8% – с наличием вредных привычек и 6,7%-прочее. При этом, мнение врачей и среднего медицинского персонала было довольно близким (рис. 4.5).

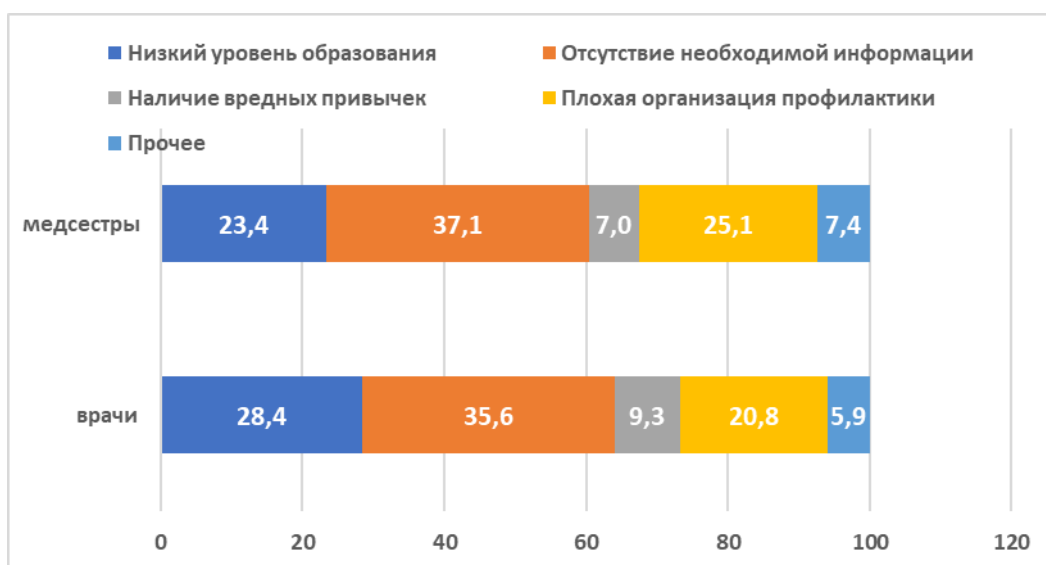


Рис. 4.5 – Причины недостаточной приверженности лиц пожилого и старческого возраста к профилактическим мероприятиям, по мнению респондентов (в %)

Значительная часть респондентов (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% - другое.

Было изучено мнение опрошенных о том, от кого максимально зависит исход заболевания, по поводу которого пожилые люди обращаются за помощью. 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%). Мнения медицинских сестер и врачей практически по всем вопросам были аналогичны (рис. 4.6).

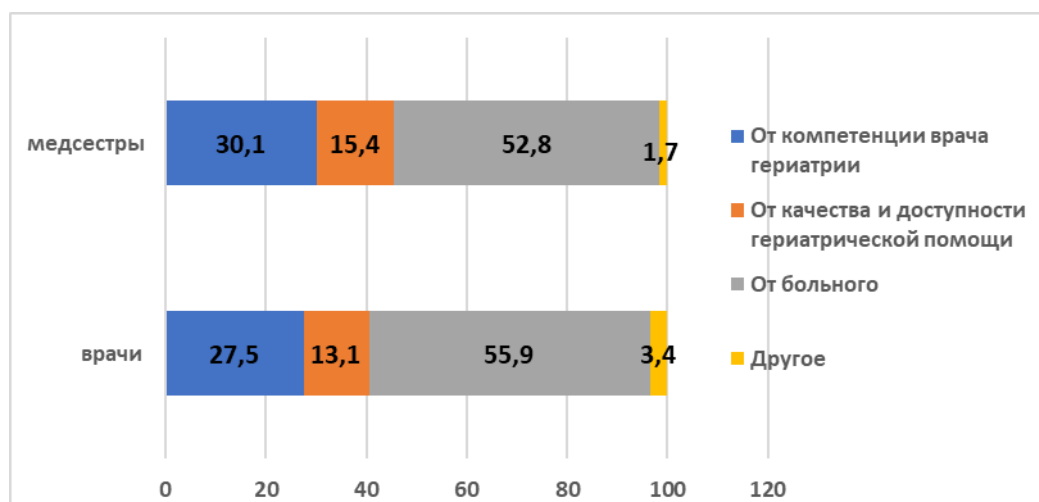


Рис. 4.6 – Мнение респондентов о том, от кого в большей степени зависит исход заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста (в %)

Критерии качества оказания гериатрической помощи были ранжированы так: лидерство принадлежало результативности (среднее значение рангового места - 3,3), доступности (3,4), безопасности самого 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 (рис. 4.7).

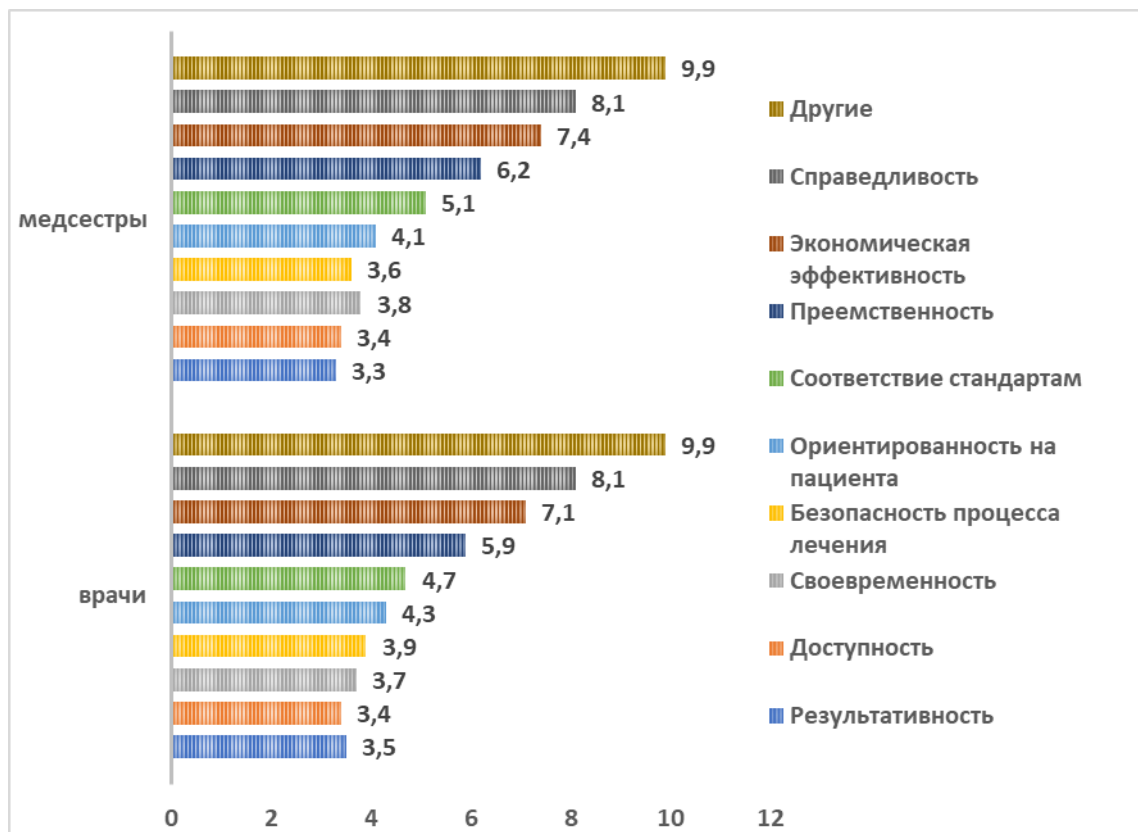


Рис. 4.7 – Ранжирование критериев, характеризующих качество гериатрической помощи (среднее значение места)

По результатам анкетирования стимулировать к повышению качества оказания гериатрической помощи главным образом призвана материальная составляющая (среднее значение места - 2,4), затем повышение уровня материально-технического потенциала лечебно-профилактических учреждений (2,7) и снижение нормативов служебной нагрузки медицинского персонала (3,2). Благоприятную атмосферу в коллективе (4,1), уменьшение продолжительности рабочего времени (5,1) и другие (6,9) факторы респонденты поставили на последние места.

Распределение мест по значимости стимулов повышения качества гериатрической помощи врачами и медицинскими сестрами было в основном

аналогичным, различались некоторые средние их значения (рис. 4.8).

Вместе с этим, были указаны основные факторы, влияющие на качество оказания гериатрической помощи как городскому, так и сельскому населению Монголии.

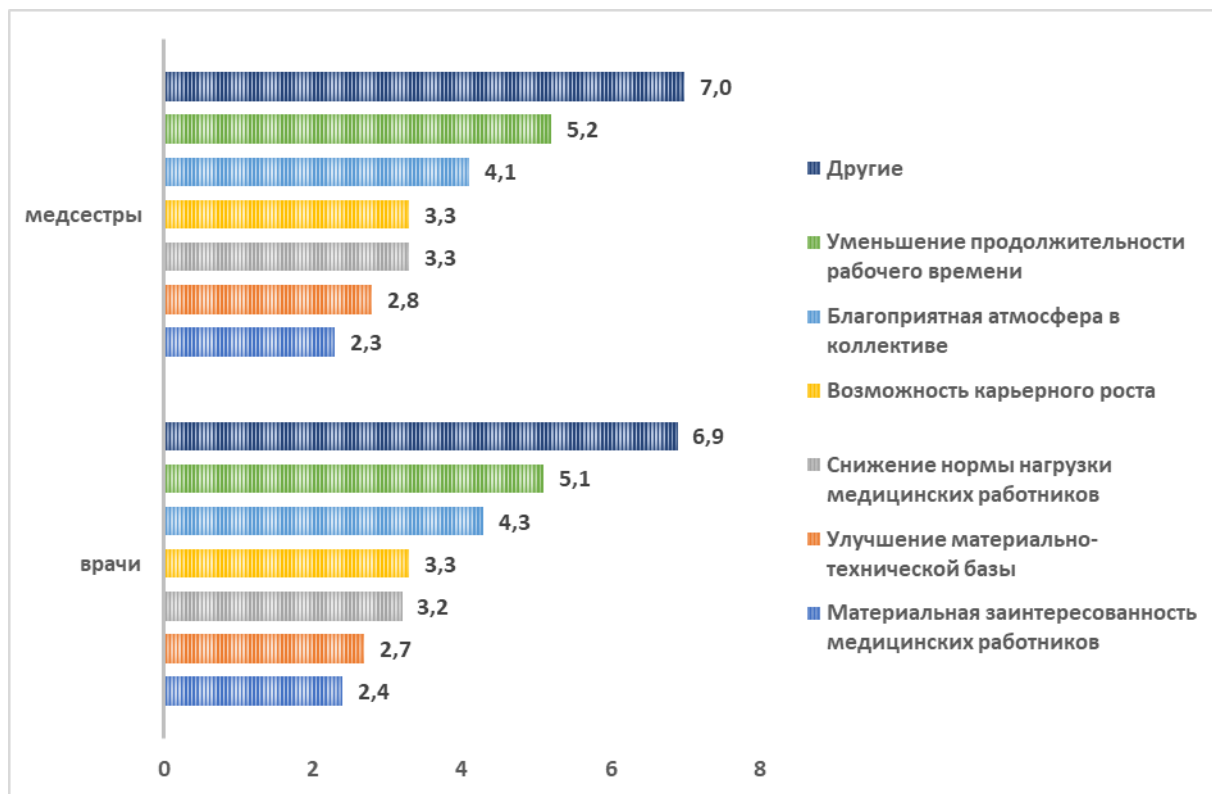


Рис. 4.8 – Ранжирование стимулов повышения качества гериатрической помощи (среднее значение места)

Больше всего по мнению медицинских работников на качество оказания гериатрической помощи населению городов влияет неудовлетворительное материально-техническое оснащение (66,9% на 100 опрошенных). Меньшую встречаемость имели ответы о невысокой квалификации врачей (14,8 медицинских сестер (9,2) и других факторах (2,1). В отношении оказания помощи сельскому населению по уровню значимости исследуемые факторы расположились иначе. Лидировали кадровые проблемы лечебных учреждений (71,4), недостаточное материально-техническое их оснащение (58,7%) и низкие финансовые возможности (56,8).

Мнения представителей старшего и среднего медицинского персонала были сходными как по поводу городского, так и сельского населения,

зарегистрированы лишь отличия частоты конкретных ответов в расчете на 100 опрошенных (рис. 4.9 и 4.10).

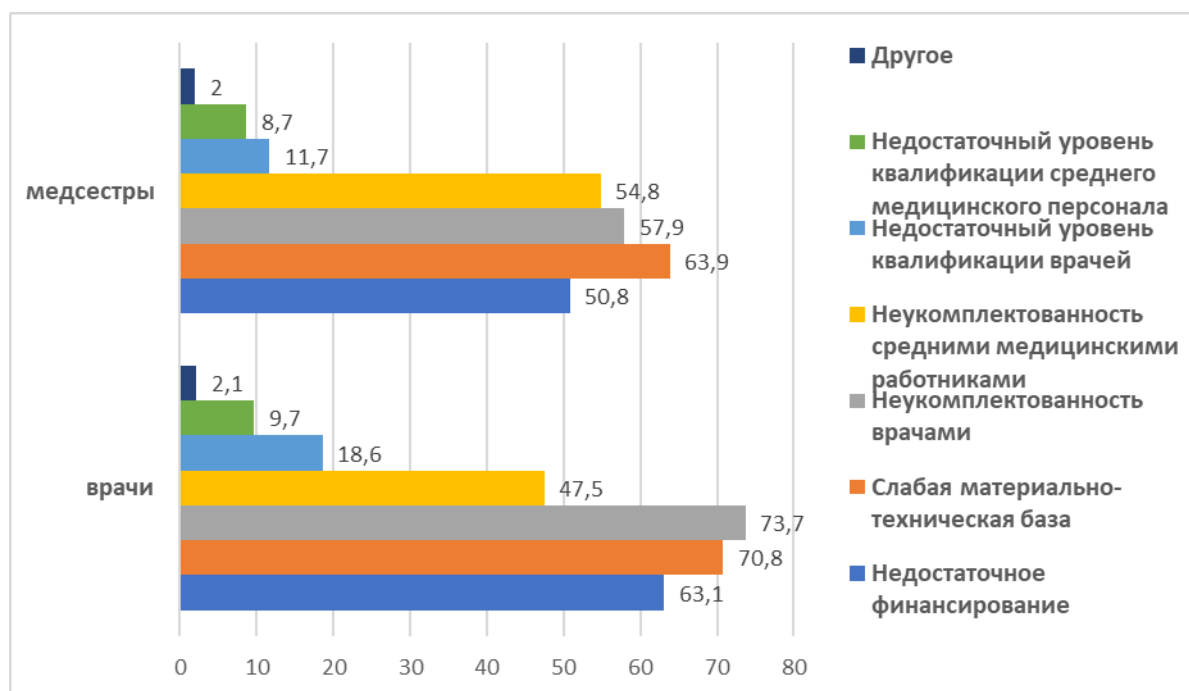


Рис. 4.9 - Факторы, влияющих на качество оказания гериатрической помощи городскому населению (на 100 опрошенных)

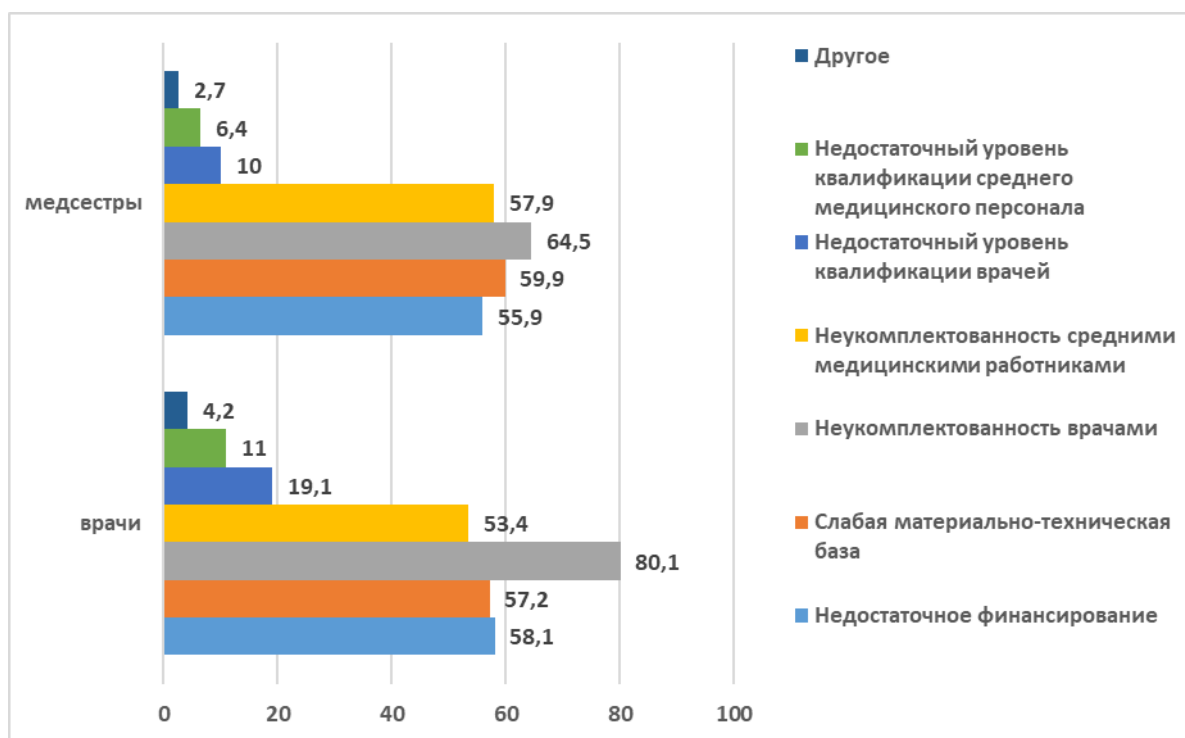


Рис. 4.10 - Факторы, влияющих на качество оказания гериатрической помощи сельскому населению (на 100 опрошенных)

Практически половина респондентов (44,1%) сообщили об удовлетворенности качеством гериатрической помощи, которую оказывает их медицинское учреждение: 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. 4.11).

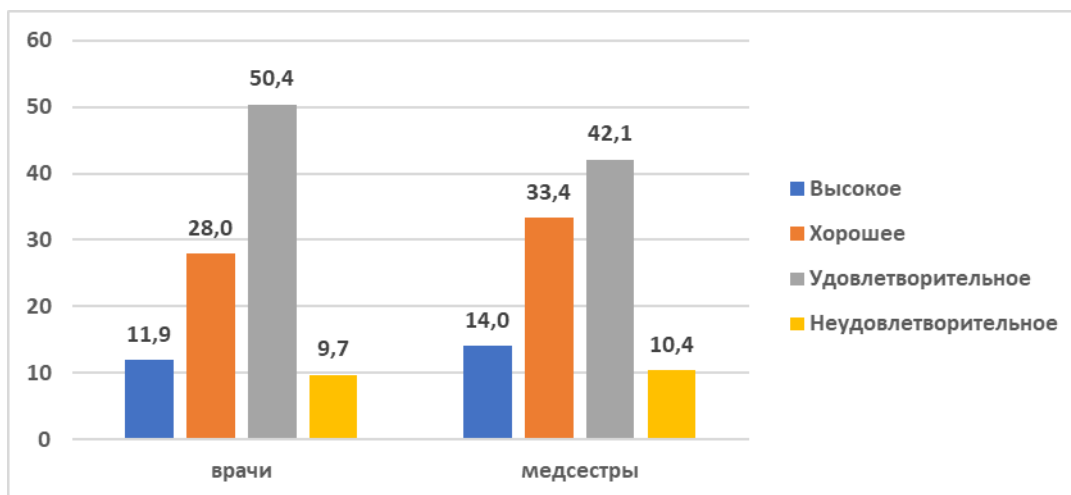


Рис. 4.11 - Оценки качества гериатрической помощи в своей медицинской организации (в %)

Достоверная корреляция 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.

Результаты анкетирования показали, что большинство медицинских работников (93,8%) довольны своей работой (да-63%, скорее да-30,8%), и не довольны 6,2% (скорее нет - 4,1%, нет - 2,1%). Аналогичная ситуация имела место при анализе ответов врачей (да - 58,1%, скорее да - 39,4%, скорее нет - 2,1%, нет - 0,4%) и медсестер (да - 66,9%, скорее да - 24,1%, скорее нет - 5,7%, нет - 3,3%).

На вопрос “Как часто в течение типичной недели Вы чувствуете перегрузку или стресс?” медицинские работники в подавляющем большинстве

случаев (в 61,3%) ответили отрицательно (врачи – 63,2%, медсестры – 59,9%), в 34,2% случаев – время от времени (врачи - 40,7%, медсестры – 29,1%), 27,1% - очень часто (врачи - 22,5%, медсестры – 30,8%).

Результаты анкетирования показали, что условия работы медицинских специалистов в большинстве (64,3%) случаев их не совсем устраивают (врачи - 68,2%, медсестры – 61,2%), в 33,3% - полностью устраивает (врачи – 28,8%, медсестры – 36,8%), в 2,4% - абсолютно не устраивает (врачи – 3%, медсестры – 2%).

Мнения респондентов о мерах для повышения качества гериатрической помощи в своей медицинской организации распределялись следующим образом: обеспечение профессиональными кадрами (38,9 на 100 опрошенных), обучение пожилых людей (18,3), организация гериатрического отделения (16,0), совершенствование геронтологической помощи (14,8), улучшение материально-технической базы (9,1) (табл. 4.3).

Таблица 4.3 – Мнение медицинских работников о мерах по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в их медицинской организации (на 100 опрошенных)

Мероприятия	Всего n=535	Врачи n=236	Медицинские сестры, n=299
Обеспечение профессиональными кадрами	38,9	38,5	39,3
Обучение пожилых людей	18,3	26,4	21,4
Организация гериатрического отделения	16,0	16,5	17,8
Совершенствование геронтологической помощи	14,8	9,8	11,9
Улучшение материально-технической базы	9,1	6,6	7,2
Увеличение охвата обучением врачей и средних медицинских работников	2,9	2,2	2,4
Другое	14,8	16,5	7,2

В таблице представлены другие предложения медицинских работников по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в их медицинской организации. Отличия в ответах врачей и медицинских сестер были небольшими и не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

Предложения улучшения качества гериатрической помощи в области в целом были в основном аналогичными. Первые места занимали обеспечение профессиональными кадрами (27,7 на 100 опрошенных), обучение пожилых людей (25,2), организация гериатрического отделения (17,7) и совершенствование геронтологической помощи (16,8). Другие предложения медицинских работников по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в области, представлены в таблице 4.4. Так же, как и в предыдущем случае, отличия в ответах врачей и медицинских сестер были небольшими и не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

Таблица 4.4 – Мнение медицинских работников о мерах по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в области (на 100 опрошенных)

Мероприятия	Всего n=535	Врачи n=236	Медицинские сестры, n=299
Обеспечение профессиональными кадрами	27,7	34,4	27,3
Обучение пожилых людей	25,2	26,6	27,2
Организация гериатрического отделения	17,7	17,2	20,0
Совершенствование геронтологической помощи	16,8	14,0	16,4
Улучшение материально-технической базы	9,2	6,2	9,1
Увеличение охвата обучением врачей и средних медицинских работников	3,4	1,6	-
Другое	16,8	14,0	7,2

* * * * *

Таким образом, результаты социологических опросов среди медицинских работников различных специальностей наряду с данными анкетирования населения пожилого и старческого возраста позволили выявить проблемы в организации и оказании гериатрической помощи в Монголии, что было использовано при разработке мероприятий по повышению ее доступности и качества.

ГЛАВА 5. ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДАХ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ МОНГОЛИИ

5.1. Развитие гериатрической помощи в Монголии

Монголия начала развитие медицинской помощи для пожилых людей в 1966 г. Первый гериатр был подготовлен Румынским институтом гериатрии имени "Пархона". Первый «Центр для пожилых и старших людей» и «Кабинет для пожилых и старших людей» организованы в 1977 г. С 1988 г. утвердили создание "Кабинета для пожилых и старших людей" в районных больницах, а затем - во всех четырех административных округах Улан-Батора. В 1995-1998 гг. медицинская помощь для пожилых людей была утрачена.

На основании национальной программы “Здоровье пожилых людей и социальное обеспечение”, утвержденной постановлением правительства Монголии, в 1999 г. был организован центр геронтологии и реабилитации с тремя врачами и одной медсестрой. Этот центр отвечал за проведение исследований по проблемам пожилых людей и предоставление методических рекомендаций на национальном уровне, что стало важным событием для восстановления гериатрического сектора.

С 2003 г. под руководством "Центра геронтологии и реабилитации" начала работать команда "врачей гериатров", которая объединила правительственные и неправительственные организации для проведения профилактических осмотров, обучения по вопросам здоровья и активного движения для пожилых людей. В 2005 г. были разработаны учебные программы для врачей и медсестер по гериатрии, а также организовано их обучение при поддержке ВОЗ. В 2007 г. создано общество гериатров [Баярхуу С., 2018].

В стране 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. 5.1).

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 консультируют 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.



Рис.5.1.- Уровни оказания гериатрической помощи

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.

Основными функциями Центра являются обеспечение организационно-методического руководства деятельностью медицинских организаций и медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Гериатрия», проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, сохранению качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста, анализ показателей заболеваемости, инвалидности и смертности.

В соответствии с Положением о Национальном центре геронтологии Монголии (далее Центр) его основной функцией является обеспечение медицинской помощи по профилю «Гериатрия» на национальном уровне.

Общие и основные функции Национального геронтологического центра представлены в приложении 4.

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 (рис. 5.2).

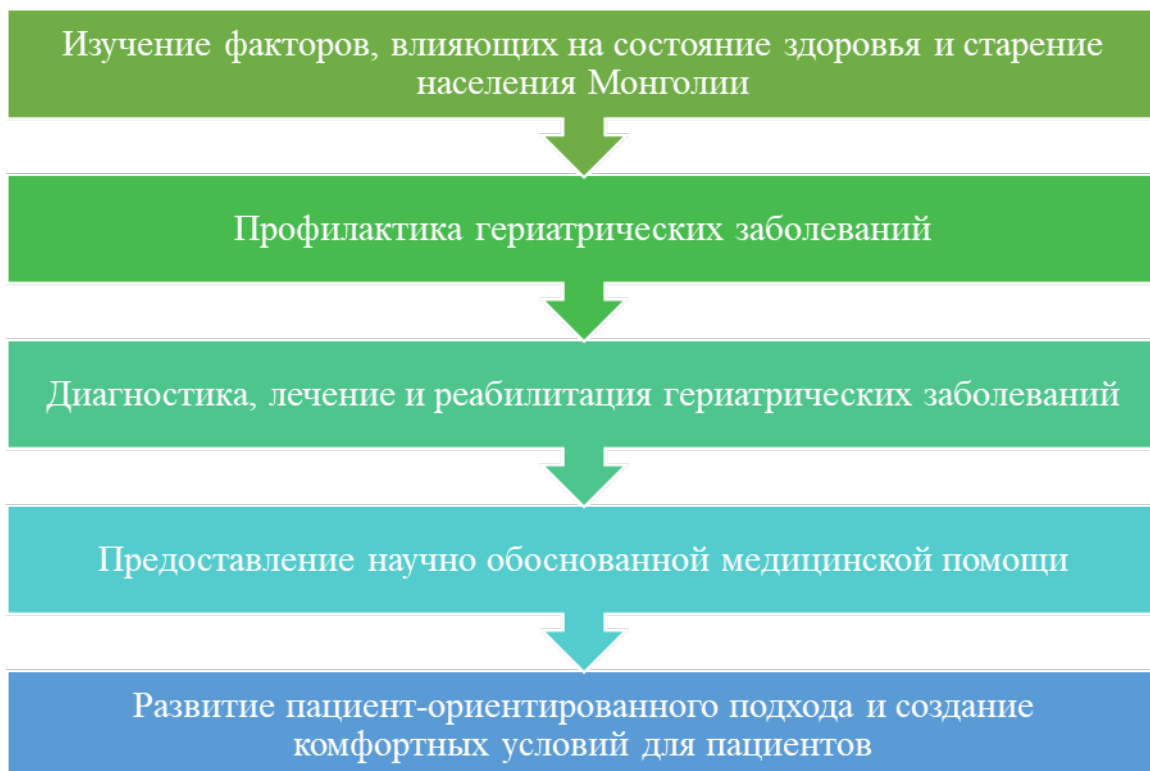


Рис. 5.2. Задачи Национального центра геронтологии Монголии

Кроме того, Положение о работе геронтологического центра включает в себя внутренние правила трудового распорядка, подбора и найма сотрудников; порядок рассмотрения обращений граждан; инструкции по оказанию помощи командами специалистов и клинические рекомендации.

Организационная структура Национального центра геронтологии Монголии представлена 4 отделениями (рис. 5.3).

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:

Врач-кардиолог-1;
Врач-гериатр -1;
Врач-визуальной диагностики-1;
Врач-офтальмолог- 1;
Врач-невролог -1;
Врач-дерматолог-аллерголог -1.



Рис. 5.3. Организационная структура Национального центра геронтологии

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-восточной медицины-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/

Заведующий отделением;

Раздел организации по планированию:

Менеджер по персоналу;

Специалист по международному сотрудничеству;

Экономист;

Врач-отвечающий за медицинское страхование;

Административный раздел:

Начальник отдела документационного обеспечения;

Начальник архивного отдела;

Главный бухгалтер;

Хранитель ценностей;

Инженер по медицинскому оборудованию;

Сервисный раздел:

Менеджер по коммунальному хозяйству;

Обслуживающий персонал (водопроводчик, водитель, официант, уборщица, хранитель).

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.

За апрель 2022 г. в Национальном центре геронтологии Монголии был принят 9691 пациент (Официальный сайт геронтологического центра Монголии). Распределение пациентов по причинам обращения в Центр представлено на рис. 5.4.



Рисунок 5.4. - Распределение пациентов по причинам обращения в Центр

Среди причин обращения в Центр преобладали такие, как прохождение тотального медицинского осмотра (45%); проведение инструментальных методов исследования (23%), а также реабилитационные мероприятия.

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.

Согласно данным Отчета о деятельности Национального геронтологического центра за 2019 год, в Национальном центре геронтологии Монголии в отделении медицинского обслуживания имеется следующее оборудование:

- Стационарный аппарат УЗИ для органов брюшной полости – 1 шт.
- Портативный аппарат УЗИ для органов брюшной полости – 3 шт.
- Аппарат УЗИ кардиологический – 1 шт.
- Аппарат холтер – электрокардиографии – 2 шт.
- Аппарат электрокардиографии 12-ти канальный – 2 шт.
- Аппарат для электроакупунктуры
- Аппарат для биоэнергетического массажа
- Аппарат для доплерографии сосудов головного мозга
- Аппарат для реабилитации – 32 вида
- Офтальмоскоп
- Остеоденсиметр
- Пульсоксиметр
- Глюкометры
- Тонометры
- Фонендоскопы
- УВЧ аппарат
- Аппарат для электрофореза
- Аппарат для ультразвуковой терапии

Как показала экспертная оценка, Центр нуждается в следующем оборудовании:

- Аппарат дуплекс сонографии
- Аппарат электромиографии
- Аппарат для гастродуоденоскопии
- Аппарат для колоноскопии

- Аппарат для спирометрии
- Аппарат для полисонографии
- Аппарат для нейропсихологической диагностики
- Аппарат для аудиометрии
- Становой динамометр
- Устройства необходимых для реабилитационного дневного стационара (например, электростимулятор нервно-мышечной системы «Феникс», ингалятор Либерта)

В Центре отсутствуют все виды лабораторной диагностики, поэтому она проводится по договору с частной лабораторией. Необходимо отметить, в связи с большой загруженностью в реабилитационном дневном стационаре имеет место высокий износ реабилитационного и физиотерапевтического оборудования.

В соответствии со стандартом Монголии «Структура и деятельность объединенной больницы MNS 5095:2017». Приложение “В”, в гериатрическом кабинете должно быть следующее медицинское оборудование:

- Аппарат электрокардиографии
- Монитор наблюдения за пациентом
- Офтальмоскоп
- Остеоденсиметр
- Прибор для определения воды, жира, мышечной массы в организме
- Отоскоп
- Пульсоксиметр
- Тонометр
- Фонендоскоп

Выявлено необходимость переоснащения гериатрического кабинета Национального геронтологического центра компьютерно-программируемыми диагностическими приборами с высокой чувствительностью для определения старческой астении. Внесено также предложение в Министерство здравоохранения о переустройстве необходимого оборудования для

гериатрического кабинета Национального геронтологического центра, аймачных и районных больниц, а также регламента работы гериатрического кабинета.

При анализе «Отчета о деятельности Национального геронтологического центра за 2021 год. Амбулаторный прием» установлено, что обращения по поводу болезней распределились следующим образом (рис. 5.5).

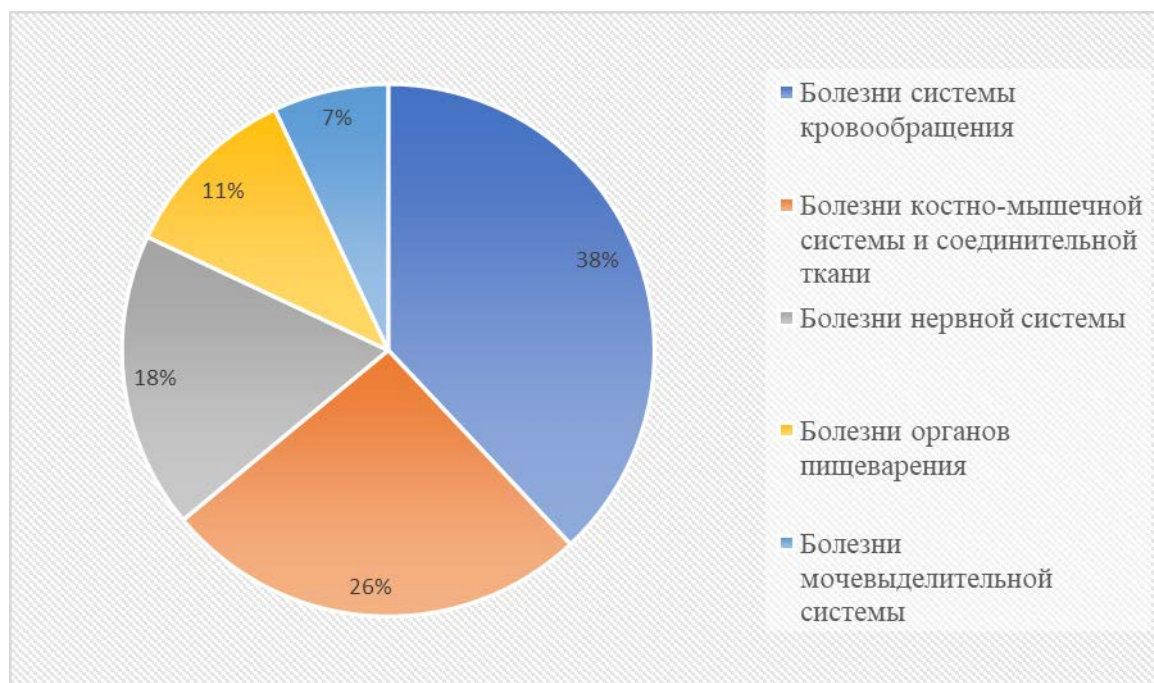


Рисунок 5.5. Структура обращений по поводу болезней в Национальный геронтологический центр в 2021 году (в %)

В структуре обращений в Центр преобладали болезни системы кровообращения; костно-мышечной системы, а также нервной системы, на которые в целом пришлось 82 %.

Не при всех аймачных больницах функционируют гериатрические кабинеты. Приказом Министра здравоохранения Монголии №311 за 2007 г. утверждены «Типовые правила организации деятельности гериатрического кабинета в аймачных больницах».

В соответствии с этими Типовыми правилами:

1.1 Гериатрический кабинет - это подразделение организации здравоохранения, которое изучает состояние здоровья и изменения,

происходящие в организме пожилых людей, проживающих на обслуживаемой территории, диспансеризация, профилактики преждевременного старения, консультировать по вопросам для активного долголетия.

1.2 В гериатрическом кабинете будут работать врачи-гериатры, гериатрические медсестры и ежедневные медицинские помощи будут проводиться в рамках штатного и структуры медицинской организации.

1.3 Гериатрический кабинет будет работать с методическими консультациями из национального геронтологического центра, и организовывать свою работу в тесном сотрудничестве с другими специализированными кабинетами, центрами социального обеспечения, семейными, соматическими, дерматическими, межсоматическими врачами больниц.

1.4 Гериатрический кабинет отвечает за публикацию рекламных материалов, таких как книги, плакаты, видеофильмы, рекламирующие необходимое оборудование для пожилых людей, профилактику преждевременного старения и способы продления жизни, а также проведение обучения и пропаганды через печатные материалы.

Роль и основные направления деятельности врача и медсестры в гериатрическом кабинете

2.1 Существует подразделение, представляющее аймак, столицу, район и сомон для реализации национальной программы здоровья и социальной защиты пожилых людей и выполнения критериев.

2.2 Для изучения и наблюдения за состоянием здоровья и изменением в организме с возрастом пожилых людей в аймаке, столице, районе и сомоне действует единый регистр.

2.3 Основными функциями гериатрического кабинета являются:

2.3.1 Классификация прикрепленных пожилых людей по группам здоровья

2.3.2 Обучение по вопросам преждевременного старения, профилактики заболеваний и травмы, активного долголетия и здорового

образа жизни среди пожилых людей и населения в целом для предоставления профессиональных консультаций

2.3.3 Организовать обучение о профилактике преждевременных старении и уходе за пожилыми людьми для врачей семейных, сомонных, деревнях межсомонных и организациях социального обеспечения.

2.3.4 Сотрудничать с основными и узкоспециализированными врачами для обеспечения медицинского обследования и профилактических осмотр пожилых людей на каждом году, лечить пожилых больных под контролем врачей и прием на реабилитационном лечении

2.3.5 Сотрудничать с геронтологическими центрами, семейными, сомонными, деревными, межсомонными врачами больниц, центрами социального обеспечения и общественными организациями для организации услуг на дому для пожилых людей без опекунов и подготовки волонтеров для их обслуживания.

2.3.6 Организация семинаров, интервью, научно практических конференций по состоянию здоровья пожилых людей, лечению, уходу и профилактике преждевременного старения, и проведение исследований

2.3.7 Разработать рекомендаций и решить в соответствующем организациям по вопросам лечения, сестринского ухода, регулирования труда и другим социальным вопросам пожилых людей.

2.3.8 Отчеты «Национальной программы здоровья и социальной защиты пожилых людей», и другие доклады, касающиеся здоровья пожилых людей, могут быть представлены Министерству здравоохранения, Геронтологическому центру и соответствующим организациям в течение указанного периода времени.

2.3.9 Ежегодные исследования здоровья пожилых людей на уровне аймачных, столичных, сомонных и районов и вести единый регистр

2.3.10 Гериатрическая медсестра при необходимости отвечает за организацию деятельности в соответствии с приказом Министра

здравоохранения № 136 от 2004 года “Положение по уходу за пожилыми на дому”.

В ходе исследования была проведена экспертная оценка работы гериатрического кабинета района Сухэ-Батора, к которому прикреплены 15536 мужчин и женщин пожилого и старческого возраста. В данном кабинете работает только один врач-гериатр, медицинской сестры нет.

К врачу-гериатру кабинета обращаются пациенты с болезнями системы кровообращения, мочевыделительной и пищеварительной системы, с болезнями опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани, травмами. Всего на диспансерном учете с различными диагнозами состоит 240 пациентов.

За первые 6 месяцев 2022 года в медицинском центре района Сухэ-Батора прошли профилактические осмотры 8377 лиц пожилого и старческого возраста. Существует два типа пакетов профилактических осмотров для лиц в возрасте 60 лет и старше, выдаваемых Главным управлением медицинского страхования. В том числе:

Пакет 1. Включает осмотр врача терапевта, офтальмолога, кардиолога, пакет оценки рисков для здоровья.

Пакет 2. Прохождение гастродуоденоскопии, пакет оценки рисков для здоровья.

Профилактические медицинские осмотры лиц старше трудоспособного возраста проводятся совместно с врачами Центра семейного здоровья ежемесячно. Наблюдение за лицами пожилого и старческого возраста проводится амбулаторно, а также на дому.

В кабинете, который расположен совместно с кабинетом физкультуры, имеется следующее оборудование:

- Пульсоксиметр
- Тонометр
- Фонедоскоп
- Беговая дорожка

- Велосипед
- Тренажеры для пожилых людей
- Компьютеры и их комплектующие
- Реабилитационное оборудование, в том числе:
 - Ходунки для пожилых людей
 - Стол для кинезотерапии
 - Коврик для упражнений

Необходимо выделить тренажерный зал (зал для упражнений) и приобрести дополнительную беговую дорожку. Гериатрический кабинет нуждается в приобретении аппарата электрокардиографии, монитора для наблюдения за пациентами, офтальмоскопа, остеоденсиметра, отоскопа и прибора для определения воды, жира и мышечной массы в организме.

5.2. Экспертная оценка состояния гериатрической службы в стране

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

Распределение медицинских работников по месту работы представлено в табл. 5.5. Наибольшая их доля приходилась на аймачные и районные больницы – 38,9% и 27,8% соответственно. Следует отметить, что 11,1% респондентов работало в Национальном геронтологическом центре.

Таблица 5.5 – Распределение медицинских работников по месту работы

Наименование медицинской организации	Доля в %
Аймачная больница	38,9
Департамент здравоохранения	5,6
Национальный геронтологический центр	11,1
Районная больница	27,8
Региональный медицинский центр	11,1
Сомонная больница	5,6
Всего	100,0

Общий стаж медицинских работников гериатрических отделений колебался от 1 до 37 лет и в среднем составлял $18,3 \pm 11,03$ лет. В числе опрошенных более половины (55,6%) проработали в медицине меньше 20 лет

(меньше 10 лет, — 33,3%, 10 - 20 лет – 22,3%). Общий стаж трудовой деятельности продолжительностью 20 - 25 лет выявлен у 11,1% респондентов, более 25 лет – у 33,3%.

У 33,3% опрошенных общий стаж работы был равен 1 - 10 лет, у 22,2% - от 11 до 20 лет, у 27,8% — от 21 до 30 лет, у 16,7% - от 31 до 40 лет.

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 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.

Чуть 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.

Большинство респондентов (50%) предпочитали учебу на рабочем месте

и участие в конференциях, лекциях, семинарах (по 25%), реже очные занятия в крупных центрах повышения квалификации (22,2%) и изучение литературных источников (19,4%). Только 8,3% медицинских работников назвали дистанционное обучение.

Среди препятствий повышению уровня образования были названы нехватка временного ресурса (в 27,8% случаев) и низкий уровень владения английским языком (в 25%), гораздо реже – ограничения финансирования (в 16,7%), большое расстояние до геронтологического центра (в 13,9%) и недостаток профессиональных книг и журналов на родном языке (в 11,1%) (табл. 5.6).

Таблица 5.6 – Трудности при получении профессиональной информации

Трудности	Доля в %
Владение английским языком недостаточно	25,0
Финансовые ограничения	16,7
Недостаток времени	27,8
Отсутствие библиотек	2,8
Отдаленность от геронтологического центра	13,9
Не хватает профессиональных книг и журналов на родном языке	11,1
Другое	2,8
Всего	100,0

Изучалось мнение медицинских работников об эффективности реализации Национальных программ, посвященных проблемам пожилых людей. Когда был задан вопрос: “Считаете ли Вы, что реализация принятой в Монголии Национальной программы “Здоровое старение и здоровье пожилых людей” 2014-2020 гг. способствовала повышению доступности и качества гериатрической помощи?” более трех четвертей респондентов дали утвердительные ответы (83,3%). Полностью отрицательных ответов получено не было, а 16,7% опрошенных сообщили, что затрудняются что-либо ответить.

Большинству медицинских работников (63,9%) оказалось присуще мнение, 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 высказались негативно (нет - 36,1%; скорее нет, чем да - 33,3%), положительно – лишь 30,5% (да -11,1%; скорее да, чем нет - 19,4%).

В числе самого необходимого оборудования первое место отвели геронтологическому (44,4 на 100 ответивших), преимущественно средствам обеспечения безопасности людей ПСВ (69,4 на 100 ответивших) и реабилитационному оборудованию (58,3 на 100 ответивших). Также была указана необходимость в диагностическом и медицинском лабораторном оборудовании - 11,1 и 16,7 на 100 респондентов соответственно.

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%). Вместе с этим, 2 респондента (5,6%) считали, что выполнению стандартов ничего не мешает.

Важным разделом гериатрической помощи считается использование различных профилактических мероприятий. Опрос показал, что более половины больных (55,6%) поддерживают их проведение, а 27,8% демонстрируют активную заинтересованность в них. По мнению представителей медицинского персонала 16,6% пациентов относятся безразлично к мероприятиям профилактики. Вместе с тем 38,9% респондентов видят истоки этого обстоятельства в низком уровне образования, 22,2% – с

организационными ошибками, 16,7% – с низкой информированностью о профилактических мерах и 19,4% - с вредными привычками (рис. 5.6).

Значительная часть опрошенных (47,2%) высказались за целесообразность учреждения амбулаторной школы для пациентов ПСВ, 44,4% – о жизненной необходимости ее в стационаре и 8,3% другое.

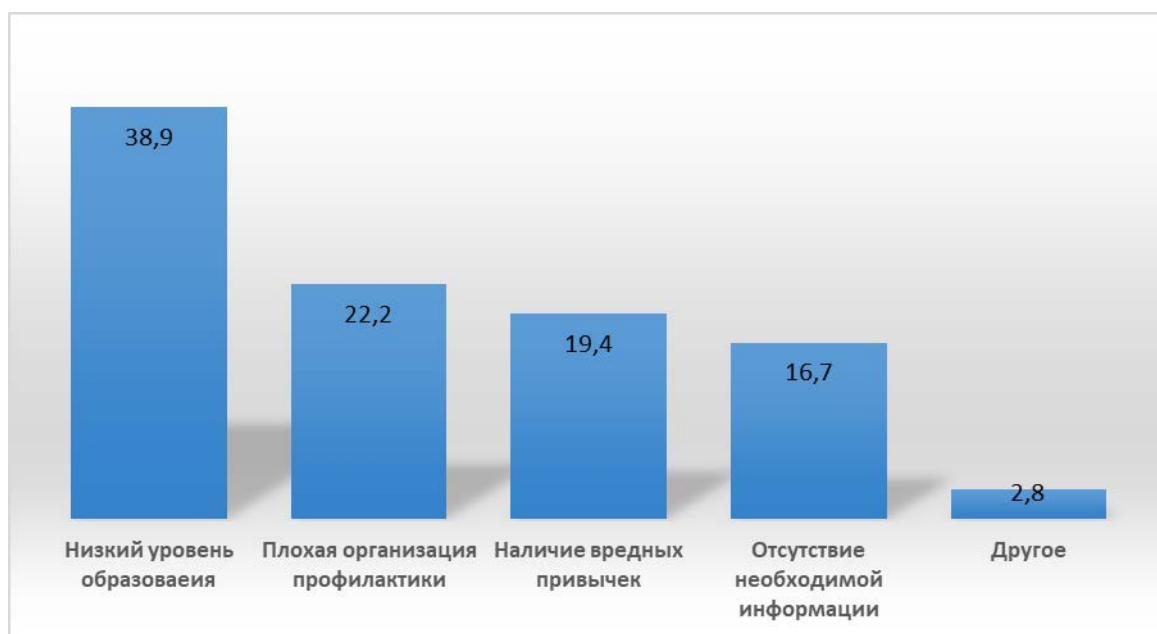


Рис. 5.6 – Причины недостаточной приверженности лиц пожилого и старческого возраста к профилактическим мероприятиям, по мнению респондентов (в %)

Отвечая на вопрос о том, от кого в большей степени зависит судьба пациентов ПСВ, сотрудники гериатрической службы наиболее часто (50%) выделили поведение самих больных (ранняя обращаемость, положительный комплаенс). Практически треть опрошенных считали важным осведомленность врача в вопросах диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний (27,8%), уровни качества и доступности оказываемой помощи (19,4%) и другое (2,8%).

По мнению респондентов качество медицинской помощи в наибольшей степени определяют ее доступность, ориентированность на пациентов, оказание услуг в соответствии с действующими стандартами, и в завершении – эффективность с точки зрения экономики, справедливость и прочие

показатели (табл. 5.7).

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 (табл. 5.8).

Таблица 5.7 – Ранжирования критериев, характеризующих качество гериатрической помощи, (среднее значение места)

Критерии	Среднее значение места
Доступность	3,7
Ориентированность на пациента	3,7
Соответствие стандартам	3,7
Результативность	3,8
Безопасность процесса лечения	4,0
Своевременность	4,4
Преемственность	6,2
Экономическая эффективность	7,6
Справедливость	7,7
Другие	9,9

Таблица 5.8 – Ранжирования стимулов повышения качества гериатрической помощи (среднее значение места)

Стимулы	Среднее значение места
Снижение нормы нагрузки медицинских работников	2,2
Улучшение материально-технической базы	2,3
Возможность карьерного роста	3,4
Материальная заинтересованность медицинских работников	3,7
Благоприятная атмосфера в коллективе	4,3
Сокращение продолжительности рабочего времени	5,2
Другие	6,8

Были выделены факторы решающего влияния на качество оказания помощи в области гериатрии населению городов и сёл Монголии (табл. 5.9).

Для городского населения самым важным фактором, определяющим качество оказания медицинской помощи лицам ПСВ, признан низкий уровень финансирования (75 на 100 респондентов). Невысокий уровень квалификации врачей упоминался гораздо реже (22,2), менее 10% сообщили о низкой квалификации медицинских сестёр (8,3%), 5,6% опрошенных выделяли другие факторы.

Таблица 5.9 – Факторы, влияющих на качество оказания гериатрической помощи городскому и сельскому населению (на 100 опрошенных)

Факторы	на 100 опрошенных, n=36	
	город	село
Недостаточное финансирование	75,0	69,4
Слабая материально-техническая база	63,9	75,0
Недостаточная укомплектованность врачами	72,2	77,8
Недостаточная укомплектованность средними медицинскими кадрами	61,1	55,6
Недостаточный уровень квалификации врачей	22,2	13,9
Недостаточный уровень квалификации среднего медицинского персонала	8,3	11,1
Другое	5,6	2,8

Для качественного уровня оказания помощи сельскому населению Монголии ситуация выглядела иначе. Лидировала кадровая проблема, а именно нехватка врачей в лечебно-профилактических учреждениях (77,8 на 100 ответивших), низкий уровень материально-технического оснащения (75) и ограниченные финансовые возможности (69,4).

Вместе с тем большая часть опрошенных положительно высказалась о качестве гериатрической помощи, которую оказывает их медицинская организация: считали его высоким – 16,7%, хорошим - 41,7%, удовлетворительным – 33,3%, и неудовлетворительным – 8,3% сотрудников (рис. 5.7).

Результаты анкетирования показали, что большинство специалистов гериатрического профиля (91,7%) довольны своей работой (да - 63,9%, скорее да - 27,8%), и не довольны 8,3% (скорее нет - 8,3%, нет - 0%) (рис. 5.8). Вместе

с этим, ответы опрошенных свидетельствуют о том, что условия работы очень часто (в 72,2% случаев) не совсем их устраивают, в 25% случаев - полностью устраивают, в 2,8% - совсем не устраивают.

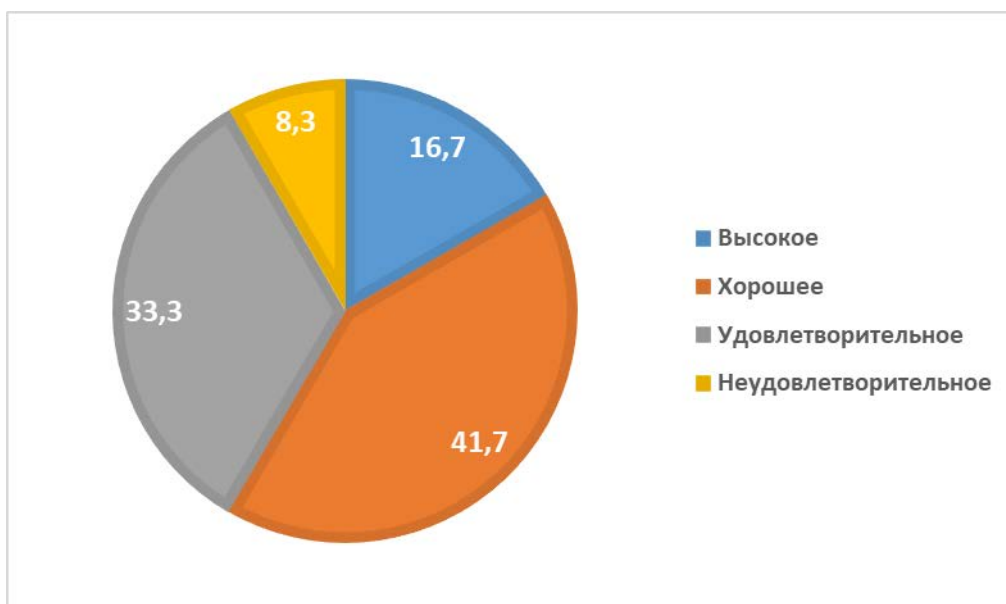


Рис. 5.7 – Мнение медицинских работников о качестве гериатрической помощи, оказываемой в их медицинской организации (в %)

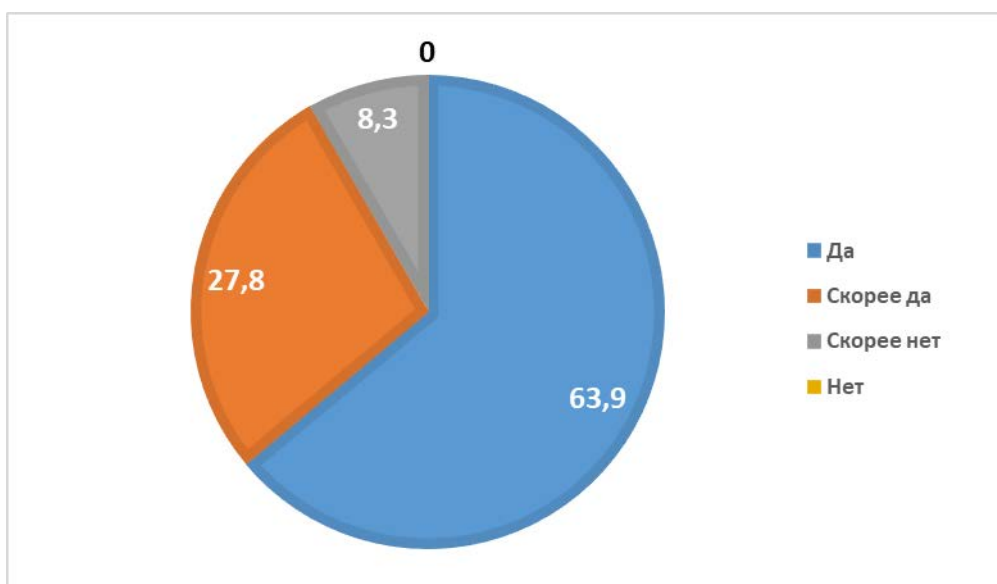


Рис. 5.8 – Мнение медицинских работников о удовлетворенности условиями работы в их медицинской организации своей работой (в %)

Большинство респондентов (66,7%) считали, что их рабочее место недостаточно оборудовано приборами, необходимыми для оказания гериатрической помощи, (нет - 13,9%, скорее нет - 52,8%) и меньшая часть

(33,4%) - достаточно (да - 16,7%, скорее да - 16,7%).

На вопрос “Как часто в течение типичной недели Вы чувствуете перегрузку или стресс?” медицинские работники в подавляющем большинстве случаев (в 44,4%) ответили, что время от времени, в 30,6% случаев – не часто, а 25% - очень часто.

Следует отметить, что 80,6% респондентов считали, что их профессия престижна (да-50%, скорее да, чем нет-30,6%), 8,4% - не престижна (нет - 5,6%, скорее нет, чем да - 2,8%) и 11,1% - затруднились ответить.

Другие предложения медицинских работников по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в их медицинской организации представлены в таблице 5.10.

Таблица 5.10 – Мнение медицинских работников о мерах по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в их медицинской организации (на 100 опрошенных)

Мероприятия	на 100 опрошенных n=36
Организация междисциплинарных команд	5,6
Обеспечение профессиональными кадрами	47,3
Повышение квалификации по специальности "гериатрия" для средних медицинских работников	2,8
Повышение квалификации по специальности "гериатрия" для врачей	2,8
Обеспечение оборудованием для лечения остеопороза.	5,6
Сотрудничество с Национальным центром геронтологии	5,6
Выделение коек терапевтического и неврологического профиля только для пожилых людей.	2,8
Увеличение охвата обучением врачей и средних медицинских работников	2,8
Увеличение количества кабинетов для пожилых людей	2,8
Улучшение материально-технической базы	2,8
Повышение качества профилактических медицинских осмотров	2,8
Обеспечение оборудованием геронтологического профиля	13,9
Централизация гериатрической помощи	2,8

Мнения респондентов о мерах для повышения качества гериатрической помощи в своей медицинской организации распределялись следующим образом: все (100 на 100 опрошенных) говорили о необходимости централизации гериатрической помощи, 97,2 – обеспечении оборудованием геронтологического профиля, 96,1 – обеспечении профессиональными кадрами, 83,3 – повышении качества профилактических медицинских осмотров, 80,6 – улучшение материально-технической базы. Другие предложения медицинских работников по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в их медицинской организации 47,3% опрошенных говорили об обеспечении профессиональными кадрами, 13,9% – обеспечении оборудованием геронтологического профиля, и организации междисциплинарных команд, обеспечении оборудованием для лечения остеопороза, сотрудничестве с Национальным центром геронтологии – каждый ответ был 5,6%.

Предложения улучшения качества гериатрической помощи в области в целом были в основном аналогичными - обеспечение оборудованием геронтологического профиля (100 на 100 опрошенных), повышение качества профилактических медицинских осмотров (88,9), сотрудничество с Национальным центром геронтологии (86,1). Вместе с этим, предлагалось увеличение спектра медицинских услуг (80,6), сотрудничество с органами местного самоуправления (77,8), создание должности гериатрической медсестры (72,2), профессиональное обучение врачей и медсестер гериатрических кабинетов каждого аймака (69,4) обеспечение профессиональными кадрами (55,6%), обеспечение оборудованием геронтологического профиля (11,1%), и сотрудничество с Национальным центром геронтологии (5,6%). Другие предложения медицинских работников по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в их области (28%) представлены в таблице 5.11.

Таблица 5.11 – Мнение медицинских работников о мерах по повышению качества гериатрической помощи, оказываемой в области (на 100 опрошенных)

Мероприятия	на 100 опрошенных n=36
Организация междисциплинарных команд	2,8
Обеспечение профессиональными кадрами	55,6
Обмен опытом	2,8
Поддержка молодых кадров	2,8
Постоянное совершенствование знаний и навыков медицинских работников	2,8
Профессиональное обучение врачей и медсестер гериатрических кабинетов каждого аймака	2,8
Создание должности гериатрической медсестры	2,8
Организация дневного ухода за пожилыми людьми	2,8
Сотрудничество с органами местного самоуправления	2,8
Увеличение спектра медицинских услуг	2,8
Сотрудничество с Национальным центром геронтологии	5,6
Повышение качества профилактических медицинских осмотров	2,8
Обеспечение оборудованием геронтологического профиля	11,1

Таким образом, увеличение среди населения Монголии доли лиц пожилого и старческого возраста способствует росту потребности в специализированной гериатрической помощи. Это происходит на фоне необходимости повышения качества и доступности гериатрической помощи, низкой укомплектованности специалистами гериатрического профиля, недостаточной материально-технической базы и финансирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В историческом аспекте с помощью СССР в Монголии еще в 30-е годы прошлого века сроки была создана инфраструктура по оказанию медицинской помощи, заложены основы европейской системы здравоохранения и подготовки национальных медицинских кадров [13; 58; 113].

С начала 90-х гг. XX в. Монголия приступила к рыночным реформам. До преобразований в стране был достигнут высокий уровень здравоохранения при большой разобщенности разбросанность населения и низком развитии транспортной и коммуникационной систем. Распределение учреждений здравоохранения по стране отличалось равномерностью и обеспечивало оказание медицинской помощи в стационаре и амбулаторно в том числе жителям удаленной местности. Стоимость такой централизованной системы была высокой, а функционирование было возможно только с учетом внешней финансовой поддержки.

Когда начались реформы, качество медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях стало снижаться, учреждения здравоохранения подвергались сокращению и закрытию. В силу снижения государственного финансирования учреждений здравоохранения часть услуг по оказанию медицинской помощи стала перемещаться в частные организации.

Азиатский банк развития в конце девяностых годов дал Монголии кредит в размере 24 миллиона долларов на осуществление медицинской реформы – перехода от единой государственной к частным медицинским службам с учреждением обязательного страхования, специальности семейный врач для оказания первичной медицинской помощи населению сел и городов. Было введено понятие «уязвимые» группы населения, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь. Пенсионеры вошли в их число [79; 81; 109; 188; 218].

Однако, попытка создания эффективной медицинской системы оказалась неудачной. Не оправдала надежд и система семейных врачей, на

которую ориентировались международные организации. После получения первичной медицинской помощи пациенты направлялись на дорогостоящие обследования в условиях платных диагностических центров. Семейные врачи выписывали рецепты на платные лекарственные препараты, поэтому даже простейшие средства оказались недоступны для многих людей [176].

Доступ к ресурсам медицины оказался неравным, и это усилило социальное напряжение в обществе. Даже в организациях, формально работающих бесплатно, с пациентов требуют денежные средства за обследование и лечение. Находясь в стационаре, пациенты вынуждены сами приобретать необходимые лекарственные препараты. Большинство лечебных учреждений имеют в своем составе коммерческие структурные подразделения, оказывающие медицинские услуги исключительно на платной основе. При этом жителям сёл медицинская помощь стала обходиться дороже, чем горожанам, так как им приходится оплачивать еще и транспортные услуги. Многие хронические пациенты остались без необходимой помощи. Существование страховой медицины имело место лишь на бумаге, а квалифицированная медицинская помощь недостаточно обеспеченным категориям граждан практически не оказывалась [160].

В настоящее время здравоохранение Монголии представлено государственными и частными медицинскими организациями, уровень которых не является высоким, но соответствует в целом нормам европейских стандартов [217]. На сегодняшний день в Монголии создан Институт социального здоровья, Национальный лечебно-диагностический центр, Национальный центр исследования инфекционных болезней, Центр фармацевтической информации, Центр охраны материнства и детства, Национальный центр онкологии, Центр традиционной медицины.

Что касается специализированной медицинской помощи, то она оказывается на достаточно профессиональном уровне не только в частных клиниках, но и в государственных больницах, а уровень обслуживания соответствует международным стандартам. В частных клиниках пользуются

спросом следующие направления медицины: хирургия, стоматология, гинекология, офтальмология, косметология, массаж и лабораторные исследования. Большое внимание уделяется открытиям в области терапии и хирургии, достижениям в области трансплантации органов. Особо подчёркивается уникальность системы здравоохранения в Монголии, которая сочетает в себе как ультрасовременные методы лечения, так и древние [19; 64; 202; 222].

Создана информационная система организации здравоохранения, которая координирована с другими областями в сфере улучшения системы здравоохранения. Ключевым фактором развития этой области представляется оценка потребностей, привлечение ресурсов и укрепление потенциала информационной системы [131].

Необходимо отметить, что увеличение среди населения Монголии доли лиц пожилого и старческого возраста способствует росту потребности в специализированной медико-социальной помощи. Все это происходит на фоне снижающегося качества и доступности этого вида помощи, недостаточной укомплектованности специалистами гериатрического профиля, неразвитой материально-технической базы и недостаточного финансирования.

Представляется весьма целесообразным внедрение в практику работы медицинских организаций и организаций социальной защиты населения Монголии соответствующего положительного опыта Российской Федерации.

Например, это опыт, накопленный в Рязанской области, которая вошла в число шести пилотных регионов Российской Федерации, участвовавших в реализации федерального проекта по внедрению системы долговременного ухода за пожилыми людьми. Данный проект направлен на повышение качества жизни граждан пожилого возраста и людей с ограниченными возможностями здоровья. В области активно создается система долговременного ухода за людьми старшего возраста и инвалидами, которая направлена на повышение качества социального и медицинского обслуживания таких граждан, продление их активного долголетия. Областные

министерства ведут работу в тесном сотрудничестве с профильными федеральными государственными ведомствами, а также Агентством стратегических инициатив и благотворительным фондом «Старость в радость».

В рамках инициативы планируется серьезно модернизировать систему ухода за пожилыми людьми. Работа проводится по таким направлениям, как обеспечение современным оснащением социальных объектов, подготовка квалифицированных специалистов. Кроме того, особое внимание уделяется поддержке семейного ухода, совершенствованию работы волонтеров с пожилыми людьми и инвалидами. Проводится профилактика социального сиротства.

Ведется обучение в рамках «Школы родственного ухода», «Санатория на дому», «Школы безопасности». Большое внимание уделяется своевременному обеспечению лиц пожилого и старческого возраста лекарственными препаратами, в том числе по доставке на дом, повышению уровня их финансовой и компьютерной грамотности.

В Рязанской области есть 4 стационарных учреждения и 2 комплексных центра по уходу за стариками. Стационарные учреждения обеспечены функциональными кроватями, специальными унитазами, поручнями. Составлен реестр поставщиков. К поставкам привлекаются на конкурсной основе и некоммерческие частные организации. Эти организации проводят специальное обучение своих сотрудников.

В центрах есть отделение дневного пребывания, куда привозят на специальном транспорте стариков на день. Закуплены наборы психолога для этого отделения. Все пациентов делят на несколько групп, в том числе выделяют лиц с когнитивными расстройствами, маломобильных и т.д. С ними проводится оздоровительные и досуговые мероприятия. На закупленных машинах могут отвозить в учреждения культуры также.

Ввели в штат сиделок-помощников по уходу. Выделили дополнительные ставки. Утвержден перечень услуг, которые оказываются, в том числе доп. услуг. Сиделка обслуживает 8 человек.

Оборудуют холлы в центрах для маломобильных граждан, чтобы не лежали все время в палатах. В холлах занимаются со стриками культорганизаторы, работают волонтерские лагеря. Для лагерей закупает необходимое оборудование для проведения досуговой деятельности, в том числе в палатах.

При оказании помощи на дому работает служба выдачи средств реабилитации. В результате сокращается срок предоставления услуг, т.к. не надо заказывать эти средства. Одновременно учат стариков и членов семьи как обращаться со средствами реабилитации. На дому оказываются услуги сиделки: выполняются гигиенические процедуры, влажная уборка, стирка и т.д.

Вводится карта типизации с выделением групп стариков от 0 до 5-й (4-я и 5-я самые тяжелые). Утверждена пересмотренная нагрузка на социального работника. Раньше она составляла 10-15 человек вообще, теперь дифференцирована с учетом группы, к которой отнесен старик (теперь для 4-й и 5-й групп она составляет 2 человека). В каждом конкретном случае разрабатывается индивидуальный план ухода.

Проводится работа с родственниками, которые ухаживают за стариками. В Рязанском медицинском университете разработаны и проводятся 7 образовательных программ, а том числе для работников стационарных учреждений, по уходу на дому, по уходу и особенностям взаимодействия с гражданами, имеющими психические расстройства. Есть специальная программа подготовки для директоров стационарных организаций.

Медицинский университет выдает методические материалы, снабжает роликами. Тем, кто прошел обучение, выдается документ об образовании и они сами могут устроиться на работу по уходу за стариками.

Школы ухода есть и в системе здравоохранения. Могут проводиться дистанционно консультации со Школами здоровья.

Есть утвержденный порядок взаимодействия Министерства труда и социальной защиты с Министерствами здравоохранения, образования, культуры и спорта, а также с бюро медико-социальной экспертизы. Совместно с Министерством здравоохранения разработана и действует система информационного взаимодействия. Если пациент выявляется впервые туда выходят медицинские работники и определяют в какой помощи нуждается человек (например, в паллиативной).

По результатам анкетирования врачей и медицинских сестер различных специальностей вне гериатрии, работающих в медицинских организациях Монголии, стимулировать к повышению качества оказания гериатрической помощи главным образом призвана материальная составляющая (среднее значение места - 2,4), затем повышение уровня материально-технического потенциала лечебно-профилактических учреждений (2,7) и снижение нормативов служебной нагрузки медицинского персонала (3,2). Благоприятную атмосферу в коллективе (4,1), уменьшение продолжительности рабочего времени (5,1) и другие (6,9) факторы респонденты поставили на последние места.

Предложения специалистов гериатрического профиля по улучшению качества гериатрической помощи были в основном следующими: обеспечение оборудованием геронтологического профиля (100 на 100 опрошенных), повышение качества профилактических медицинских осмотров (88,9), сотрудничество с Национальным центром геронтологии (86,1). Вместе с этим, предлагалось увеличение спектра медицинских услуг (80,6), сотрудничество с органами местного самоуправления (77,8), создание должности гериатрической медсестры (72,2), профессиональное обучение врачей и медсестер гериатрических кабинетов каждого аймака (69,4) обеспечение профессиональными кадрами (55,6%), обеспечение оборудованием геронтологического профиля (11,1%), и сотрудничество с Национальным

центром геронтологии (5,6%).

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-гериатра” 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.

Важным разделом гериатрической помощи считается использование различных профилактических мероприятий. Опрос показал, что более половины больных (55,6%) поддерживают их проведение, а 27,8% демонстрируют активную заинтересованность в них. По мнению представителей медицинского персонала 16,6% пациентов относятся безразлично к мероприятиям профилактики. Вместе с тем 38,9% респондентов видят истоки этого обстоятельства в низком уровне образования, 22,2% – с организационными ошибками, 16,7% – с низкой информированностью о профилактических мерах и 19,4% - с вредными привычками.

Результаты социологических опросов медицинских работников, занятых в гериатрической службе, медицинских работников других специальностей, а также лиц пожилого и старческого возраста позволили определить основные проблемы организации геронтологической помощи данной группе населения Монголии, что было использовано при разработке

мероприятий по повышению доступности и качества данного вида медицинских услуг.

ВЫВОДЫ:

1. 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.

2. 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), недостаточный 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).

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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абумуслимова, Е.А. Медико-демографические характеристики населения старше трудоспособного возраста / Е.А. Абумуслимова, О.Ю. Плешанова, А.С. Соболева, А.С. Жилиева // В сб.: Здоровье населения и качество жизни. – Санкт-Петербург, 2019. - С. 12-18.
2. Агранович, Н.В. Роль врача поликлиники в формировании активного образа жизни пожилых пациентов / Н.В. Агранович, А.Т. Классова, А.С. Анопченко, Е.А. Андреева, В.О. Агранович, И.В. Коровина // Вестник молодого ученого. - 2019. - Т. 8, № 3. - С. 89-94.
3. Акимова, О.В. Особенности нормативно-правового регулирования медико-социальной помощи пожилым людям в Российской Федерации / О.В. Акимова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2018. - Т. 8, № 3. - С. 122-123.
4. Амаржаргал, Э. Некоторые демографические проблемы западных регионов Монголии (на примере Ховда, Увса и Баян-Ульгия) / Э. Амаржаргал // Сборник материалов 1-го Российско-индийско-монгольского семинара (15-20 июня 2015 г.). – Барнаул: Издательство Фонда «Алтай-21 век». – 2015. – С. 19–24.
5. Амарсайхан, Д. Тенденции в монгольском медицинском образовании / Д. Амарсайхан, Д. Отгонбаяр, Ч. Чинзонг, Ц. Лхагвасурэн // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2010. - Т. 98, № 7. - С. 105.
6. Андреева, О.М. Обзор современных общемировых тенденций в обеспечении общественного здоровья и медико-социальной помощи пожилым / О.М. Андреева, И.Б. Шикина, И.Ю. Чухриенко // В сб.: Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций сборник материалов. – Санкт-Петербург, 2018. - С. 29-32.
7. Анисимов, В.Н. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Часть 1. Актуальность, нормативная база / В.Н. Анисимов, В.Ю. Серпов, А.В. Финагентов, В.Х. Хавинсон // Успехи геронтологии. - 2017. - Т. 30, № 2. - С.

158-168.

8. Арингазина, А.М. Организация медико-социальной помощи пожилым больным с когнитивными расстройствами / А.М. Арингазина, Н.Е. Есенова, Д.С. Сейдуманов // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2019. - № 1. - С. 637-641.

9. Артеменков, А.А. Лекарственное обеспечение населения и социальное поведение людей при угрозе здоровью / А.А. Артеменков // Медицинский альманах. - 2018. - Т. 52, № 1. - С. 113-117.

10. Баринова, Ж.В. Организация стационарного обслуживания лиц пожилого возраста в Самарской области / Ж.В. Баринова, Л.И. Брылякова, С.Н. Брылякова // В сб.: Сточиковские чтения Материалы Международной научной конференции (24 мая 2018 г.). – Москва, 2018. - С. 15-17.

11. Барсуков, В.Н. Последствия демографического старения и ресурсный потенциал населения "третьего" возраста / В.Н. Барсуков, Е.А. Чекмарева // Проблемы развития территории. - 2017. - Т. 89, №3. - С. 92-108.

12. Барсуков, В.Н. Эволюция демографического и социального конструирования возраста «старости» / В.Н. Барсуков, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. - 2020. - Т. 13, № 1. - С. 34-55.

13. Башкуев, В.Ю. Российская медицина и монгольский мир: исторический опыт взаимодействия (конец XIX - первая половина XX вв.) / В.Ю. Башкуев. – Иркутск: Институт монголоведения, буддологии и тибетологии Сибирского отделения Российской академии наук, 2016. – 436 с.

14. Башкуева, Е.Ю. Гуманитарное сотрудничество Республики Бурятия с Монголией и Китаем: состояние и перспективы / Е.Ю. Башкуева // Вестник Бурятского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук. - 2019. – Т. 34, № 2. - С. 227-232.

15. Баярхуу, С. Сравнительные аспекты организации социальной работы в медицинских учреждениях России и Монголии / С. Баярхуу, Ю.Ю. Шурыгина // В сб.: Социальная безопасность и социальная защита населения

в современных условиях. Материалы Международной научно-практической конференции (7-8 июня 2018 г.). Ответственный редактор Н.С. Антонова. – Улан-Удэ, 2018. - С. 56-60.

16. Бейдина, Т.Е. Подходы и направления социальной политики в условиях старения населения: специфика России, КНР, США / Т.Е. Бейдина, Т.И. Сапожникова, Т.Н. Гордеева, Ю.А. Попов // Вестник забайкальского государственного университета. – 2017. - Т. 23, № 7. - С. 74-85

17. Бекбулатова, Э.З. Организация медико-социальной помощи пожилым больным с нарушением зрения / Э.З. Бекбулатова // Клиническая геронтология. - 2019. - Т. 25, № 9-10. - С. 44-45.

18. Богатищева, И.Ю. Современные технологии социальной помощи пожилым гражданам в российском обществе / И.Ю. Богатищева, Я.Л. Лунина // В сб.: Социальная работа и социальная педагогика в России в исследованиях молодых сборник научных работ (периодический) (6-7 июня 2018 г.). – Орел, 2018. - С. 95-99.

19. Болдбаатар, Б.А. Особенности развития здравоохранения в Монголии /Б.А. Болдбаатар // Известия Российской Военно-медицинской академии. - 2019. - Т. 3, № S1. - С. 27-30.

20. Болормаа, Н. Характеристика сочетания избыточной массы тела, ожирения и артериальной гипертензии у населения Монголии / Н. Болормаа, Л.П. Игнатьева, Б. Содгэрэл // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2014. - Т. 131, № 8. - С. 94-97.

21. Бурдаев, Н.И. Анализ индикаторов качества жизни и благополучия лиц старших возрастных групп в Российской Федерации / Н.И. Бурдаев, С.Г. Сбоева, С.А. Кривошеев // Сеченовский вестник. - 2018. – Т.34, № 4. - С. 16-24.

22. Буркин, М.М. Здоровье и социальная поддержка людей пожилого возраста в России и странах Северной Европы / М.М. Буркин, Е.В Молчанова // Экономика и предпринимательство. - 2018. – Т. 94, № 5. - С. 250-258.

23. Ваганова-Наймушина, Л.А. Особенности состояния здоровья лиц

пожилого возраста и социально-медицинская работа /Л.А. Ваганова-Наймушина // Вестник Шадринского государственного педагогического университета. - 2017. – Т.34, № 2. - С. 6-11.

24. Вершинина, Ю.В. Качество медико-социальных услуг, оказываемых пожилому населению / Ю.В. Вершинина // В кн.: Национальная концепция качества: государственная и общественная защита прав потребителей сборник тезисов докладов международной научно-практической конференции. Санкт-Петербургский государственный экономический университет. - 2018. - С. 148-150.

25. Гаджиев, Р.С. Организация медико-социальной помощи на дому лицам пожилого и старческого возраста / Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова, А.Н. Гасанов, А.Р. Эфендиев, С.М. Камилова // В сб.: Инновации в образовании и медицине. Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (9-10 ноября 2017 г.). Санкт-Петербург, 2017. - С. 193-195.

26. Горбунова, В.В. Старение населения и его влияние на социально-экономическое развитие современного российского общества /В.В. Горбунова // Научное обозрение. Экономические науки. - 2019. - № 1. - С. 11-15.

27. Горошко, Н.В. Социально-демографические процессы современной России как индикатор рынка гериатрических услуг и социальной поддержки граждан пожилого возраста / Н.В. Горошко, Е.К. Емельянова // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. - 2019. - № 2. - С. 241-258.

28. Грайвороновский, В.В. Изменения в уровне жизни населения Монголии и Республики Калмыкия (Россия) в 2000–2015 гг./В.В. Грайвороновский // Вестник Калмыцкого института гуманитарных исследований. – 2017. – Т.34, № 6. – С. 186–193.

29. Грачева, О.Е. Пилотный проект "московское долголетие": реализация и перспективы развития (основные результаты аналитического исследования) / О.Е. Грачева, И.В. Мкртумова, Т.Н. Успенская, П.В. Попов,

О.Н. Зенина, В.А. Бобровский // Отечественный журнал социальной работы. - 2019. - № 2. - С. 39-52.

30. Григорьева, И.А. Трансформация социальной политики в России в контексте старения населения / И.А. Григорьева, Ю.В. Уханова, Е.О. Смолева // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. - 2019. - Т. 12, № 5. - С. 124-140.

31. Гринин, В.М. Демографическое старение в России на современном этапе / В.М. Гринин, Э.И. Шерстемирова // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2015. – Т. 70, №3. – С. 48–354.

32. Гринин, В.М. Характеристика отдельных показателей инвалидности людей пожилого и старческого возраста в Российской Федерации в динамике / В.М. Гринин, Э.И. Шестемирова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2017. - Т. 20, № 4. - С. 195-200.

33. Данилова, З.А. Социально-демографическая безопасность стран северного шелкового пути /З.А. Данилова // В кн.: Материалы VII международной социологической Грушинской конференции "Навстречу будущему. Прогнозирование в социологических исследованиях" (26-30 июля 2017 г.) Ответственный редактор А.В. Кулешова. – Улан-Удэ, 2017. - С. 850-855.

34. Доброхлеб, В.Г. Демографические теории и региональный аспект старения населения / В.Г. Доброхлеб, В.Н. Барсуков // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. - 2017. - Т. 10, № 6. - С. 89-103.

35. Доброхлеб, В.Г. Особенности старения населения как социальный вызов демографического развития России / В.Г. Доброхлеб // В сб.: Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции Сер. "Демография. Социология. Экономика." Под редакцией С.В. Рязанцева, Т.К. Ростовской. Москва, 2019. - С. 54-56.

36. Доброхлеб, В.Г. Уровень образования пожилых людей как фактор востребованности на рынке труда России / В.Г. Доброхлеб // Научное

обозрение. Серия 1: Экономика и право. - 2017. - № 2-3. - С. 5-15.

37. Доброхлеб, В.Г. Человеческий потенциал старшего поколения современной России: что делать? / В.Г. Доброхлеб // В сб.: новая экономическая политика для России и мира. Сборник научных трудов участников Международной научной конференции. XXVII Кондратьевские чтения (29-30 октября 2019 г.) под редакцией В.М. Бондаренко. – Москва, 2019. - С. 74-76.

38. Дорж, Т. Этапы и проблемы современного социально-экономического развития Монголии / Т. Дорж // В сб.: Россия и Монголия: история, дипломатия, экономика, наука Иркутск, - 2016. - С. 194-202.

39. Дорошенко, М.Ю. Гендерная специфика состояния здоровья у пожилых людей / М.Ю. Дорошенко // В книге: Социальная динамика населения и устойчивое развитие Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова. - 2019. - С. 128-131.

40. Егоров, В.К. Межстрановые исследования демографических процессов в России и Монголии: проблемы старшего поколения / В.К. Егоров, Э.У. Омакаева // В сб.: Экономический коридор Китай - Монголия - Россия: дорожная карта. Сборник материалов III международного форума Ассоциации экспертных центров Китая, Монголии и России (18-22 сентября 2017 г.) . - Улан-Удэ, 2017. - С. 268-271.

41. Елисеева, М.А. Обзор зарубежного опыта поддержки родственного ухода / М.А. Елисеева, Е.А. Цацура // Отечественный журнал социальной работы. - 2019. - № 3. - С. 181-188.

42. Жабоева, С.Л. Сравнительный анализ деятельности государственных и частных медицинских организаций при реализации программ профилактики возраст-ассоциированных заболеваний / С.Л. Жабоева // Социальные аспекты здоровья населения. - 2017. – Т.54, № 2. - С. 3. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1411/30/lang,ru/>.

43. Жолдыбаева, Д.Е. Исследование качества жизни у пациентов с различными заболеваниями органа зрения. Обзор литературы / Д.Е.

Жолдыбаева, Г.Н. Чуканова, С.С. Искакова // *Medicus*. - 2018. – Т. 20, № 2. - С. 34-40.

44. Замерград, М.В. Головокружение и расстройства равновесия в пожилом возрасте / М.В. Замерград, О.Н. Ткачева, Э.А. Мхитарян // *Справочник поликлинического врача*. - 2017. - № 5. - С. 30-32.

45. Инарокова, А.М. Опыт организации медико-социальной помощи пожилым в Кабардино-Балкарской Республике / А.М. Инарокова, И.Л. Семенова, А.А. Гукетлова, М.М. Ошнокова, М.Р. Захохова, М.Х. Байрамкулова // В сб.: *Университетский научный сборник №2. Сборник научных трудов национальной университетской научно-практической конференции, приуроченной к 85-летию со дня основания Кабардино-Балкарского государственного университета (20-25 сентября 2018 г.)*. – Нальчик, 2018. - С. 176-178.

46. Кадыров, Р.В. Диагностика отношения к здоровью пожилых людей, находящихся на стационарном лечении / Р.В. Кадыров, Д.С. Люкшина, Е.В. Садон, С.А. Захарчук // *Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования*. - 2019. - Т. 8, № 4-1. - С. 63-74.

47. Калугина, Т.А. Средовой подход в изучении социально-культурной адаптации пожилых людей, проживающих в геронтологических центрах / Т.А. Калугина // *Вестник Таджикского национального университета*. - 2018. - № 1. - С. 219-223.

48. Камиева, Н.А. Управление стоматологической заболеваемостью у лиц пожилого возраста / Н.А. Камиева, Г.К. Каусова // *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. - 2018. - № 3. - С. 319-321.

49. Карпикова, И.С. Социальные услуги, основанные на участии общества, как форма социальной поддержки населения: опыт Монголии / И.С. Карпикова, Б. Нямцог // *BaikalResearchJournal*. – 2012. - №5 – С. 27.

50. Каусова, Г.К. Медицинская реабилитация в ортопедической стоматологии лицам пожилого возраста (обзор литературы) / Г.К. Каусова, Н.А. Камиева // *Вестник Казахского Национального медицинского*

университета. - 2018. - № 1. - С. 192-194.

51. Кваша, Е.А. Население России сквозь призму возраста и пола / Е.А. Кваша, Т.Л. Харькова. - URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0549/>

52. Кириченко, Н.В. Состояние и проблемы организации гериатрической помощи в регионе со "старой" возрастной структурой населения (на примере Ивановской области) / Н.В. Кириченко, Е.К. Баклушина, Д.И. Моисеенков, А.С. Пайкова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2018. - Т. 23, № 2. - С. 6-10.

53. Кифорук, Е.В. Приоритеты в сфере соблюдения интересов граждан пожилого возраста /Е.В. Кифорук // В сб.: Современные методы и формы научного познания Материалы международной научно-практической конференции (28 августа 2018 г.). Ответственный редактор А.А. Зарайский. – Саратов, 2018. - С. 11-13.

54. Колпина, Л.В. Опыт формирования социального здоровья населения старших возрастных групп / Л.В. Колпина // Социальная компетентность. - 2018. - Т. 9, № 3. - С. 63-71.

55. Коновалов, О.Е. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста в республике Татарстан: проблемы, пути совершенствования / О.Е. Коновалов, М.А. Позднякова, А.Ф. Шигабутдинов. - Нижний Новгород, 2018. – 176 с.

56. Котовская, Ю.В. Артериальная гипертензия и деменция: потенциал антагониста кальция нитрендипина / Ю.В. Котовская, В.С. Остапенко, О.Н. Ткачева // ConsiliumMedicum. - 2017. - Т. 19, № 5. - С. 8-13.

57. Котовская, Ю.В. Сохранение когнитивных функций у пациентов пожилого возраста: важность гериатрического подхода / Ю.В. Котовская, В.С. Остапенко, О.Н. Ткачева // Справочник поликлинического // врача. - 2017. - № 5. - С. 15-19.

58. Купул, Ж. Динамика инфекционных заболеваний в Монголии / Ж. Купул, Д. Отгонбаяр // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2011. - №

6. - С. 11-13.

59. Куровский, В.Н. Улучшение психоэмоционального состояния пожилых людей на основе двигательного тренинга / В.Н. Куровский, Е.С. Покачалова // В сб.: Развитие педагогического образования в России материалы II Всероссийской научно-методической конференции с международным участием (29 января 2019 г.). – Томск, 2019. - С. 342-345.

60. Лавлинская, Л.И. Организация медико-социальной помощи пожилым женщинам / Л.И. Лавлинская, Т.А. Лавлинская, Е.А. Черных // В сб.: Медицина и фармакология: современный взгляд на изучение актуальных проблем сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции (25 июля 2017 г.). – Астрахань, 2017. - С. 29-31.

61. Лобецкая, А.В. Организация и оказание медико-социальной помощи пациентам пожилого возраста как составляющая их качества жизни / А.В. Лобецкая, И.А. Наумов, С.П. Сивакова, А.И. Шпаков // В сб.: Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра общей гигиены и экологии. - Гродно. - 2017. - С. 110-122.

62. Локосов, В.В. Проблемы старшего поколения в контексте демографических процессов в России и Монголии: межстрановой анализ / В.В. Локосов, В.К. Егоров, Э.У. Омакаева, Д.Н. Багдаева // Региональные проблемы преобразования экономики. - 2017. – Т.85, № 11. - С. 73–79.

63. Ломакина, М.И. Социальное обслуживание пожилых: социолого-медицинский аспект // В сб.: Российская нация: социологический портрет Материалы студенческой научно-практической конференции, приуроченной к празднованию Дня социолога в РГСУ (14 ноября 2018). Главный редактор Д.К. Танатова. – Москва, 2018. - С. 173-180.

64. Лувсанцэрэнгин, Д. Роль Советского Союза в создании системы здравоохранения Монголии / Д. Лувсанцэрэнгин, С.А. Филин // Вопросы истории. - 2016. - № 11. - С. 133-139.

65. Максикова, Т.М. Особенности контроля артериальной гипертензии

в Монголии (обзор литературы) / Т.М. Максикова, Ц. Барсурэн, А.Н. Калягин, Е.Б. Бабанская, А.А. Шкляр // ActaBiomedicaScientifica. - 2018. - Т. 3, № 1. - С. 15-20.

66. Малахова, И.В. Медико-социальная помощь пожилому населению в Республике Беларусь / И.В. Малахова, Т.В. Дудина, А.И. Ёлкина, М.Г. Василевская // В сб.: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы VIII Международной научно-практической конференции (3-5 октября 2019 г.). Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ, 2019. - С. 144-146.

67. Масляков, В.В. Оценка доступности хирургической помощи пожилым пациентам на уровне первичной медико-социальной помощи / В.В. Масляков, Т.В. Смирнова, С.В. Полковов, И.А. Полкова, Н.Н. Федотова // Здравоохранение Таджикистана. - 2017. – Т.333, № 2. - С. 64-69.

68. Меметов, С.С. Некоторые аспекты совершенствования медико-социальной помощи и реабилитации граждан пожилого и старческого возраста на региональном уровне / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, В.В. Ким // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. - 2019. - Т. 3, № 3. - С. 54-57.

69. Меметов, С.С. Совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого возраста / С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов // Авиценна. - 2018. - № 15. - С. 25-28.

70. Миннигалиева, Э.А. Возможности врача общей практики в профилактике и лечении заболеваний нервно-психической сферы у геронтологических больных / Э.А. Миннигалиева, А.А. Калинин, П.Г. Плешков, Т.В. Шабалина, А.Ю. Турышева // Дневник казанской медицинской школы. - 2018. – Т.19, № 1. - С. 75-80.

71. Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2017 года, ООН. - URL: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017>

72. Мосина, О.А. Организация физической рекреации людей

пожилого возраста как направление геронтообразования / О.А. Мосина, Н.Э. Платова, Я.А. Никитина // Физическая культура, спорт - наука и практика. - 2019. - № 2. - С. 79-84.

73. Музалевская, А.А. Особенности формирования центров медико-социальной помощи для пожилых людей /А.А. Музалевская // В сб.: Безопасный и комфортный город. Сборник научных трудов по материалам всероссийской научно-практической конференции (27 сентября 2017 г.). – Орел, 2018. - С. 44-45.

74. Муравьева, В.Н. Направления межведомственного взаимодействия при организации медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возрастов (обзор литературы) / В.Н. Муравьева, А.Д. Болатчиев // В сб.: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности Материалы VI Международной научно-практической конференции, посвященной 55-летию Восточно - Сибирского государственного университета технологий и управления (7-8 декабря 2017 г.). Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ, 2017. - С. 205-206.

75. Мурзагалин, Т.Ш. Применение международной классификации функционирования в определении реабилитационного вектора у женщин пожилого возраста / Т.Ш. Мурзагалин, М.В. Ларина, О.А. Никитина // Адаптивная физическая культура. - 2018. –Т.74, № 2. - С. 45-48.

76. Никифорова, Ю.Э. Актуальные проблемы пожилых жителей Московской области / Ю.Э. Никифорова // В сб.: Проблемы взаимодействия науки и общества. Сборник статей Международной научно-практической конференции (11 февраля 2019). – Пермь, 2019. - С. 177-179.

77. Носова, Н.А. Отечественный опыт организации деятельности социальных служб в области оказания социальных услуг пожилым гражданам / Н.А. Носова // В сб.: Материалы научной сессии. Направления: "Исторические науки и археология", "Политические науки и регионоведение", "Философские и социальные науки", "Сервис и туризм" (24-28 апреля 2017 г.). Ответственный редактор Е.Н. Васильева. – Волгоград, 2017. - С. 429-434.

78. Нэмэхэнд, О. Особенности психологии монголов / О. Нэмэхэнд // В сб.: Межэтнические отношения и процессы в современном мире Материалы всероссийской с международным участием научной конференции, посвященной 95-летию доктора философских наук, профессора В. И. Затева (29 мая 2019 г.). Научный редактор М. В. Бадмаева. – Улан-Удэ, 2019. - С. 145-152.

79. Одончимэг, Д. Общественное здравоохранение / Д. Одончимэг // Дархан. - 2008. - С.185

80. Омакаева, Э.У. Современное положение старшего поколения в социально-экономическом пространстве Калмыкии и Монголии: сравнительная характеристика / Э.У. Омакаева, Н.В. Бадмаева, Е.А. Гунаева, Д.Н. Бадгаева // Экономика и предпринимательство. - 2017. – Т.87, № 10-2. - 2017. - С. 1109-1117.

81. Оюунханд, Р. Первичная медико-санитарная помощь для пожилых граждан / Р. Оюунханд, Ж. Мөнхцэцэг, Н. Занди // Улаанбаатар. - 2010. - С.7 - 8, 27

82. Оюунцэцэг, Д. Влияние физической активности на здоровье в пожилом возрасте / Д. Оюунцэцэг, Я. Билэгмаа, Э. Ариунцэцэг // В сб.: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности, Материалы VIII Международной научно-практической конференции (3-5 октября 2019 г.). Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ, 2019. - С. 195-196.

83. Плохова, И.А. Медико-социальная помощь пожилым людям и инвалидам: теоретический и практический аспекты / И.А. Плохова, А.Б. Уницаева // В сб.: Актуальные проблемы социальной сферы: теория и практика Материалы II Всероссийского научно-практического семинара (22-23 апреля 2019 г.). Ответственные редакторы Н.В. Курилович, А.Ю. Курин. – Тамбов, 2019. - С. 87-94.

84. Плохова, И.А. Медико-социальная помощь пожилым людям и инвалидам: теоретический и практический аспекты / И.А. Плохова, А.Б.

Уницаева // В сб.: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы VIII Международной научно-практической конференции (3-5 октября 2019 г.). Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ, 2019. - С. 300-301.

85. Погодина, В.А. Показатели физического состояния и структура заболеваний у лиц пожилого возраста / В.А. Погодина, А.И. Бабенко, А.В. Половникова, Е.А. Бабенко // Медицина в Кузбассе. - 2019. - Т. 18, № 4. - С. 21-26.

86. Пономарева, И.П. Медико-социальные аспекты порядка оказания паллиативной помощи в гериатрии / И.П. Пономарева // В сб.: Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии. Под редакцией Г.П. Котельникова, С.В. Булгаковой. - 2017. - С. 346-352.

87. Попова, Л.А. Оценка состояния здоровья пожилых людей в условиях новой кампании диспансеризации населения (на примере Республики Коми) / Л.А. Попова, Н.Н. Тараненко // Социальное пространство. - 2019. - Т.22, № 5. - С. 8.

88. Пралич, О.П. Межведомственное взаимодействие организаций здравоохранения и социальных служб по оказанию медико-социальной помощи гражданам пожилого возраста / О.П. Пралич // В сб.: Повышение качества профессиональной подготовки специалистов социальной и образовательной сфер. Сборник научных статей. – Витебск, 2018. - С. 196-200.

89. Прошакова, М.А. Основные медико-социальные проблемы пациентов старших возрастных групп / М.А. Прошакова, В.В. Тарасова, С.В. Корженко, Н.В. Сидорова // Евразийское Научное Объединение. - 2019. – Т.52, № 6-3. - С. 201-204.

90. Пузин, С.Н. Проблемные вопросы медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста на современном этапе / С.Н. Пузин, С.С. Меметов, Н.П. Шаркунов, В.В.Ким, Ю.В. Литвинова // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. - 2019. - Т. 4, № 4. - С. 42-44.

91. Самаруха, В.И. Долгосрочная стратегия как условие финансового регулирования социально-экономического развития Монголии / В.И. Самаруха, А. Даваасурэн // GlobalandRegionalResearch. - 2019. - Т. 1, № 2. - С. 152-159.
92. Сафонова, К.А. Особенности медикаментозной терапии у пациентов с полиморбидностью и старческой астенией / К.А. Сафонова, Е.Д. Силинкина, Д.Н. Кузнецова, В.Н. Кочетова, Е.Д. Голованова // Студенческий вестник. - 2019. – Т.75, № 25-2. - С. 42-45.
93. Сененко, А.Ш. Современные подходы к организации помощи лицам пожилого и старческого возраста: обзор международного опыта / А.Ш. Сененко, А.В. Короткова, Р.В. Воробьев, Д.И. Ниценко // Менеджер здравоохранения. - 2018. - № 8. - С. 52-60.
94. Сиротко, М.Л. Измерение и характеристика демографического старения населения / М.Л. Сиротко // Наука и инновации в медицине. - 2018. – Т.12, № 4. - С. 68-72.
95. Сквирская, Г.П. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации / Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, С.И. Шляфер, А.В. Гажева, С.А. Леонов и др. // Менеджер здравоохранения. - 2018. - № 1. - С. 27-34.
96. Скоробогатова, А.Г. Организация служб сопровождения пожилых людей 80+ / А.Г. Скоробогатова // Социология. - 2019. - № 1. - С. 271-274.
97. Скребнева, А.В. Анализ обеспечения медико-социальной помощью лиц пожилого и старческого возраста / А.В. Скребнева // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2019. - Т. 18, № 2. - С. 196-199.
98. Смирнова, Т.М. Историческая динамика смертности и ее учет в целях стратегического планирования медицинской и социальной помощи пожилым / Т.М. Смирнова, В.Н. Крутько // Клиническая геронтология. - 2018. - Т. 24, № 9-10. - С. 63-65.

99. Соловьев, А.Г. От скрининга психического здоровья лиц пожилого возраста к активному долголетию / А.Г. Соловьев, Л.Н. Кравцова // В сб.: Проблемы клинической психиатрии и наркологии в XXI веке Материалы Научно-практической конференции (31 мая-1 июня 2018 г.). Под редакцией Д.М. Ивашиненко. – Тула, 2018. - С. 83-87.

100. Сулейманова, Г.Т. Потенциал развития геронтологии в Кыргызской Республике / Г.Т. Сулейманова, Г.М. Баитова, Р.О. Касымова, О.Т. Касымов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2020. - № 1. - С. 30-36.

101. Сырникова, Б.А. Организация психотерапевтической помощи инвалидам пожилого возраста при проведении комплексной медико-социальной реабилитации в стационарной форме / Б.А. Сырникова, В.С. Ларионова, Д.В. Стороженко, А.А. Миланин // Психическое здоровье. - 2018. - Т. 16, № 1. - С. 40.

102. Таньшина, О.В. Организация паллиативной помощи пациентам с деменцией / О.В. Таньшина // Клиническая геронтология. - 2017. - Т. 23, № 3-4. - С. 45-50.

103. Тимаков, И.В. Самооценка трудоспособности возрастных работников в условиях российского региона / И.В. Тимаков // Экономика труда. - 2019. - Т. 6, № 4. - С. 1423-1436.

104. Тихонова, Н.В. Современные медико-социальные подходы к решению проблемы нарушения сна как фактора повышения качества жизни в пожилом возрасте / Н.В. Тихонова, Е.А. Олохова // В сб.: Качество жизни людей разных возрастов: открытое социальное пространство. Материалы международной конференции в рамках XXII Международного Симпозиума «Восток–Россия–Запад» (26-27 ноября 2019). Ответственный редактор Л.Г. Климацкая. – Красноярск, 2019. - С. 67-73.

105. Ткачева, О.Н. Перспективы развития гериатрической службы в Российской Федерации / О.Н. Ткачева // Справочник поликлинического врача. - 2017. - № 5. - С. 9-11.

106. Троина, С.Г. Гериатрическая служба в Республике Беларусь. Лекарственная помощь гериатрическим пациентам / С.Г. Троина, В.В. Кугач // Вестник фармации. - 2019. – Т.85, № 3. - С. 57-71.

107. Туровская, Е.В. Компетентностно-ориентированный подход - инструмент современных технологий в управлении здоровьем пациентов пожилого и старческого возраста / Е.В. Туровская // В сб.: Психологическое и педагогическое сопровождение студентов вуза в современном социокультурном пространстве. Материалы научно-практической конференции с международным участием. Посвящается 100-летию образования «Астраханского государственного медицинского университета» (6-7 декабря 2018 г.). – Астрахань, 2018. - С. 223-228.

108. Улаан, Ч. Акцент на инклюзивный устойчивый рост Монголии - основное условие процветания страны в системе мирохозяйственных связей / Ч. Улаан // Известия Байкальского государственного университета. - 2018. - Т. 28, № 4. - С. 627-631.

109. Улаан, Ч. Развитие здравоохранения в социальной сфере Монголии: мирохозяйственный аспект / Ч. Улаан, В.И. Самаруха, В.С. Рукавишников, М.П. Дьякович // В сб.: Здоровье и качество жизни. Материалы III Всероссийской конференции с международным участием (10-15 сентября 2018 г.). - Иркутск-Байкальск, 2018. - С. 291-296.

110. Улаан, Ч. Стратегические направления развития основных отраслей социальной сферы Монголии / Ч. Улаан // Известия Иркутской государственной экономической академии (Байкальский государственный университет экономики и права). - 2015. - Т. 6, № 1. - С. 16.

111. Ундрал, У. Исследование социальной интеграции людей пенсионного возраста города Улан-Батор / У. Ундрал // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Социальное самочувствие населения в социокультурном пространстве (15 июня 2017 г.). - Улан-Удэ, 2017. - С. 71–74.

112. Федорова, Н.С. Особенности определения качества жизни у

пациентов пожилого и старческого возраста / Н.С. Федорова // В сб.: Исторические вехи развития стоматологической службы Республики Башкортостан Сборник научных трудов, посвященный 100-летию со дня образования Республики Башкортостан (11-12 апреля 2019 г.). – Уфа, 2019. - С. 259-264.

113. Филин, С.А. Формирование европейских систем здравоохранения и ветеринарии в Монголии в XIX-XX веках / С.А. Филин // История медицины. - 2017. - Т. 4, № 1. - С. 52-61.

114. Хвоин, Н.Н. Организация медико-социальной помощи пожилым бездомным / Н.Н. Хвоин // Клиническая геронтология. - 2017. - Т. 23, № 9-10. - С. 73-74.

115. Хорошина, Л.П. Развитие гериатрии в современной России - шаг вперед, два шага назад / Л.П. Хорошина // Медицина и организация здравоохранения. - 2019. - Т. 4, № 4. - С. 35-44.

116. Хорькова, О.В. Нерешённые проблемы в системе оказания медико-социальной помощи инвалидам пожилого возраста / О.В. Хорькова, Л.А. Карасаева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2017. - Т. 20, № 4. - С. 172-175.

117. Цэцэгдулам, Б. Ретроспективный анализ структуры факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных артериальной гипертензией в Монголии / Б. Цэцэгдулам, Т.М. Максикова, А.Н. Калягин, Г.М. Орлова, Г.М. Синькова, Н.М. Балабина // Артериальная гипертензия. - 2019. - Т. 25, № 1. - С. 14-24.

118. Чайкина, Н.Н. О развитии гериатрической помощи в Воронежской области в рамках трехуровневой модели и реализации пилотного проекта "Территория заботы» / Н.Н. Чайкина, В.П. Косолапов, О.В. Вавилова, Г.В. Сыч // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2018. - Т. 17, № 1. - С. 204-213.

119. Чайкина, Н.Н. Современное состояние гериатрической помощи, оказываемой сестринским персоналом при паллиативных и стационарных ее

видах / Н.Н. Чайкина // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2019. - Т. 27, № 4. - С. 536-545.

120. Чувашова, М.С. Оптимизация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста путем выявления "хрупких" пациентов / М.С. Чувашова, А.В. Ивличев, А.Е. Козлов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2017. - Т. 7, № 6. - С. 815.

121. Шабалин, В.Н. Влияние социальной среды на формирование психического здоровья пожилого человека / В.Н. Шабалин, С.Н. Шатохина // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2018. - № 3. - С. 124-132.

122. Шабунова, А.А. Оценка субъективного качества жизни представителями старшего поколения / А.А. Шабунова, А.И. Россошанский // Проблемы развития территории. - 2018. - Т.95, № 3. - С. 7-19.

123. Шайкенова, Ж.К. Детерминанты экономики заботы о пожилых в современной России / Ж.К. Шайкенова // Женщина в российском обществе. - 2019. - № 3. - С. 102-113.

124. Шестакова, Е.Е. Долгосрочное обслуживание пожилых людей: проблема государства, общества или семьи? / Е.Е. Шестакова // Мир перемен. - 2018. - № 4. - С. 147-162.

125. Шигеев, С.В. Диагностика ненадлежащего ухода за людьми преклонного возраста и ее судебно-медицинское значение / С.В. Шигеев, В.А. Фетисов, А.А. Гусаров, Л.Р. Кумыкова, Л.М. Михайлова // Вестник судебной медицины. - 2018. - Т. 7, № 2. - С. 41-45.

126. Шургая, М.А. Инвалидность вследствие класса болезней органов дыхания у граждан пожилого возраста / М.А. Шургая // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2017. - Т. 20, № 2. - С. 69-74.

127. Шурыгина, Ю.Ю. Организация наркологической помощи населению Монголии / Ю.Ю. Шурыгина // В сб.: Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях Материалы международной научно-практической конференции (7-8 июня 2018 г.). Ответственный редактор Н.С. Антонова. – Улан-Удэ, 2019. - С. 246-249.

128. Шурыгина, Ю.Ю. Сравнительные аспекты организации социальной работы в медицинских учреждениях России и Монголии / Ю.Ю. Шурыгина, С. Мягмаржав // В сб.: Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации. Материалы Международной научно-практической конференции (18-19 октября 2018 г.). – Орел, 2018. - С. 257-260.

129. Эделева, А.Н. Социальные проблемы пожилых в контексте национального проекта "Демография" / А.Н. Эделева, Т.П. Сабгайда // В сб.: Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции Сер. "Демография. Социология. Экономика." Под редакцией С.В. Рязанцева, Т.К. Ростовской. – Москва, 2019. - С. 187-190.

130. Энхамгалан, С. Общественное здоровье в России и Монголии в XXI веке: сравнительно-географический аспект / С. Энхамгалан, С.М. Малхазова, П.В. Пестина, Н.В. Шартова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: география. Геоэкология. - 2017. - № 1. - С. 32-36.

131. Энхболд, С. Усовершенствование информационной системы здравоохранения Монголии / С. Энхболд, С. Тугсдэлгэр, О. Чимэдсүрэн, Н. Хурэлбаатар // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). - 2012. - Т. 110, № 3. - С. 105-107.

132. Эрдэнэчимэг, О. Использование информационных технологий пожилыми людьми на примере Монголии / О. Эрдэнэчимэг, У. Ендон // В сб.: Социальные и политические вызовы модернизации в XXI в Материалы международной научно-практической конференции (6-11 августа 2018 г.). - Улан-Удэ, 2018. - С. 210-212.

133. Якушев, С.Д. Содействие развитию Монголии во внешнеполитической стратегии республики Корея: политико-правовой аспект / С.Д. Якушев // Вестник Таджикского национального университета. Серия социально-экономических и общественных наук. - 2019. - № 2. - С. 265-271.

134. Янтранов, А.Е. Сравнительный анализ развития человеческого капитала в Монголии, России и субъектах байкальского региона России в

постсоветский период / А.Е. Янтранов, С.Г. Алексеев // В сб.: Актуальные проблемы развития хозяйствующих субъектов, территорий и систем регионального и муниципального управления материалы XIV международной научно-практической конференции (01-02 июня 2019 г.). - Курск, 2019. - С. 226-231.

135. Altanzul, N. Community mental health care in Mongolia: adapting best practice to local culture / N. Altanzul, L. Erdenebayar, C. Ng, S. Byambasuren, N. Sharma, G. Tsetsegdary // *Australas Psychiatry*. – 2009. –Vol. 17, № 5. – P. 375-379.

136. Arentson-Lantz, E.J. Countering disuse atrophy in older adults with low volume leucine supplementation / E.J. Arentson-Lantz, K.N. Fiebig, K.J. Anderson-Catania, R.R. Deer, A. Wachter et al. // *J Appl Physiol* (1985). - 2020. - Mar 19.

137. Asiamah, N. Injuries, dislocations, and poor health perceived by older adults to result from vigorous physical activity: implications for active living, health promotion, and gerontology / N. Asiamah, K. Kouveliotis, C. Petersen, R. Eduafo, R. Borkey // *Успехи геронтологии*. - 2019. - Т. 32, № 4. - С.652-657.

138. Babalian, V.A. Analysis of stress-strain state of trochanteric femoral fracture models after joint endoprosthesis / V.A. Babalian, M.Yu. Karpinsky, A.V. Jaresko // *Травма*. - 2018. - Т. 19, № 1. - С.52-64.

139. Babalyan, V.O. Stress-strain analysis of trochanteric fracture models by evans type 2 after total hip replacement / V.O. Babalyan, M.Y. Karpinskiy, O.V. Yaresko // *Ортопедия, травматология и протезирование*. - 2018. – Т. 610, № 1. - С. 59-64.

140. Benedetti, T.R.B Re-thinking Physical Activity Programs for Older Brazilians and the Role of Public Health Centers: A Randomized Controlled Trial Using the RE-AIM Model / T.R.B Benedetti, C.R. Rech, L.M Konrad, F.A. Almeida, F.A. Brito, C. Chodzko-Zajko et al. // *Front Public Health*. - 2020 - Mar - Vol. 5, № 8. – P.48.

141. Bhatt, A.N. Potentially inappropriate medications prescribed for older persons: A study from two teaching hospitals in Southern India / A.N. Bhatt, S.S.

Paul, S. Krishnamoorthy, B.T. Baby, A. Mathew, B.R. Nair // J Family Community Med. - 2019. - Vol. 26, № 3. - P. 187-192.

142. Bibiano, A.M.B. Factors associated with the use of health services by elderly men in Brazil: a cross-sectional study / A.M.B. Bibiano, V. de Lima Silva, R. da Silveira Moreira // BMC Public Health. - 2019. - Vol. 19, № 1. – P. 859.

143. Bibiano, A.M.B. Factors associated with the use of the health services by elderly men: a systematic review of the literature / A.M.B. Bibiano, R.D.S. Moreira, M.M.G.O. Tenório, V.L. Silva // Cien Saude Colet. - 2019. - Vol. 24, № 6. - P. 2263-2278.

144. Byles, J.E. Successful ageing from old to very old: a longitudinal study of 12,432 women from Australia / J.E. Byles, M.M. Rahman, E.M. Princehorn, E.G. Holliday, L. Leigh, D. Loxton et al. // Age Ageing. - 2019. - Vol. 48, № 6. - P. 803-810.

145. Casey, D.A. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition / D.A. Casey // Prim Care. - 2017 - Sep - Vol. 44, № 3. - P. 499-510.

146. Chaikovska, V. Estimation of need for staff care training for the elderly persons / V. Chaikovska, T. Vialykh, A. Tsarenko // Международный журнал Реабилитация и паллиативная медицина. - 2018. - Vol. 7, № 1. - С. 31.

147. Chaikovska, V. Methodological basis for the course "Fundamentals of long-term and palliative care for elderly patients and internally displaced persons" (to help educational institutions of the 2nd -4th accreditation levels) / V. Chaikovska. T. Vialykh, A. Tsarenko // Международный журнал Реабилитация и паллиативная медицина. - 2018. - Vol.7, № 1. - С. 36.

148. Chaikovska, V. Strengthening of elderly people care potential: methodological of educational process / V. Chaikovska, B. Zhanturiyev, T. Vialykh, V. Tolstikh, S. Moskalyuk // Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2019. - № 1. - С. 635-637.

149. Chen, H. Benefits of a transtheoretical model-based program on exercise adherence in older adults with knee osteoarthritis: a cluster randomized controlled trial / H. Chen, Y. Wang, C. Liu, H. Lu, N. Liu, F. Yu et al. // J Adv Nurs.

- 2020. - Mar 23.

150. Chimeddamba, O. The Adoption of Roles by Primary Care Providers during Implementation of the New Chronic Disease Guidelines in Urban Mongolia: A Qualitative Study / O. Chimeddamba, D. Ayton, N. Bazarragchaa, B. Dorjsuren, A. Peeters, C. Joyce // *Int J Environ Res Public Health*. - 2016. - Apr 7. – Vol. 13, № 4. – P. 407.

151. Cleland, C. Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom / C. Cleland, S. Ferguson, G. Ellis, R.F. Hunter // *BMC Med Res Methodol*. - 2018. - Vol. 18, № 1. - P. 176.

152. Cuijpers, P. Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis / P. Cuijpers, E. Karyotaki, D. Eckshtain, M.Y. Ng, K.A. Corteselli, H. Noma et al. // *JAMA Psychiatry*. - 2020 Mar 18. P. 694-702.

153. Davaasuren, O. Palliative Care Development in Mongolia / F.D. Ferris // *J Pain Symptom Manage*. - 2018. - Vol. 55, № 2S. – P. 59-66.

154. Definition of an older or elderly person. Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project. - URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (Дата обращения: 02.04.2020).

155. Ding, Z.J. Epidemiological survey of mental disorders in the rural left behind elderly aged 60 years and older in Gansu / Z.J. Ding, G.P. Wang, Y.L. Zhang, R. Xie, G.X. Pei, H.Y. Du et al. // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. – 2019. – Vol. 31, № Aug 20. – P. 2429-2434.

156. Dixe, M.D.A. Mild cognitive impairment in older adults: Analysis of some factors / M.D.A. Dixe, M. Braúna, T. Camacho, F. Couto, J. Apóstolo // *Dement Neuropsychol*. - 2020. - Vol. 14, № 1. - P. 28-34.

157. Dobrokhleb, V.G. Demographic theories and the regional aspect of population ageing / V.G. Dobrokhleb, V.N. Barsukov // *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. - 2017. - Vol. 10, № 6. - P. 89-103.

158. Dokuzlar, O. Factors that Increase Risk of Falling in Older Men according to Four Different Clinical Methods / O. Dokuzlar, S. Koc Okudur, P. Soysal, S.E. Kocyigit, I. Yavuz, L. Smith et al. // *Exp Aging Res.* - 2020. - Vol. 46, № 1. - P. 83-92.

159. Dong, H.J. Factors Associated with Life Satisfaction in Older Adults with Chronic Pain (PainS65+) / H.J. Dong, B. Larsson, E. Dragioti, L. Bernfort, L.A. Levin, B. Gerdle // *J Pain Res.* - 2020 5. - № 13. – P. 475-489.

160. Doridagva, J. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Mongolia / J. Doridagva, E. Batbaatar, M. Svensson, B. Dorisuren, J. Kauhanen // *Int. J. Equity Health.* - 2016. - Vol. 15, № 1. – P. 105.

161. Dorjdagva, J. Income-related inequalities in health care utilization in Mongolia, 2007/2008–2012 / J. Dorjdagva, E. Batbaatar, B. Dorjsuren, J. Kauhanen // *Int J. Equity Health.* – 2015. - № 14. – P. 57.

162. Dugee, O. Who is bearing the financial burden of non-communicable diseases in Mongolia? / O. Dugee, E. Palam, B. Dorjsuren, A. Mahal // *J Glob Health.* - 2018 Jun. - Vol. 8, № 1. – P. 010415.

163. Dünser, M.W. Intensive care medicine in Mongolia's 3 largest cities/ M.W. Dünser, O. Bataar, G. Lundeg et al. // [J Crit Care.](#) - 2009. - Vol. 24, № 3. – P. 469.e1-6.

164. Enkhtuya, B. Reaching every district - development and testing of a health micro-planning strategy for reaching difficult to reach populations in Mongolia / B. Enkhtuya, T. Badamusuren, N. Dondog, L. Khandsuren, N. Elbegtuya, G. Jargal et al. // *Rural Remote Health.* - 2009 Apr-Jun. - Vol. 9, № 2. – P. 1045. Epub 2009 Apr 15.

165. Erdenee, O. Mongolian Health Sector Strategic Master Plan (2006-2015): A foundation for achieving universal health coverage / O. Erdenee, I.S. Narula, C. Yamazaki, S. Kameo, H. Koyama // *Int J Health Plann Manage.* - 2019. - Vol. 34, № 1. – P. 314-326.

166. Esquinas-Requena, J.L. Anemia increases mortality risk associated with frailty or disability in older adults. The FRADEA Study / J.L. Esquinas-

Requena, S. Lozoya-Moreno, I. García-Nogueras, P. Atienzar-Núñez, P.M. Sánchez-Jurado, P. Abizanda // *Aten Primaria*. - 2019. – P. S0212-6567(19)30286-0.

167. Fancourt, D. Comparison of physical and social risk-reducing factors for the development of disability in older adults: a population-based cohort study / D. Fancourt, A. Steptoe // *J Epidemiol Community Health*. - 2019. - Vol. 73, № 10. – P. 906-912.

168. Fanning, J. Relationships Between Profiles of Physical Activity and Major Mobility Disability in the LIFE Study / J. Fanning, W.J. Rejeski, S.H. Chen, J. Guralnik, M. Pahor, M.E. Miller // *J Am Geriatr Soc*. – 2020. - Mar 20.

169. Fortinsky, R.H. Clinical trial testing in-home multidisciplinary care management for older adults with cognitive vulnerability: Rationale and study design / R.H. Fortinsky, G.A. Kuchel, D.C. Steffens, J. Grady, M. Smith, J.T. Robison // *Contemp Clin Trials*. - 2020. – P. 16:105992.

170. Gan-Yadam, A. Factors associated with health service utilization in Ulaanbaatar, Mongolia: a population-based survey / A. Gan-Yadam, R. Shinohara, Y. Sugisawa, E. Tanaka, T. Watanabe, M. Hirano et al. // *J Epidemiol*. - 2013. - Vol. 23, № 5. – P. 320-8.

171. Golovanova, L.E. Hearing loss in adults in older age groups / L.E. Golovanova, M.Y. Boboshko, E.A. Kvasov, E.S. Lapteva // *Adv Gerontol*. - 2019. - Vol. 32, № 1-2. – P. 166-173.

172. Groppe, S. A Rapid, Mobile Neurocognitive Screening Test to Aid in Identifying Cognitive Impairment and Dementia (BrainCheck): Cohort Study / S. Groppe, K.M. Soto-Ruiz, B. Flores, W. Dawkins, I. Smith, D.M. Eagleman et al // *JMIR Aging*. - 2019. - Vol. 2, № 1. – P. e12615.

173. Gruzdeva, M. Health of aged population: contemporary challenges / M. Gruzdeva, V. Barsukov // *Society and Security Insights*. - 2018. - Vol. 1, № 4. - C.184-191.

174. Hossain, M.Z. Traditional Gender Roles and Effects of Dementia Caregiving within a South Asian Ethnic Group in England / M.Z. Hossain, R. Stores,

Y. Hakak, A. Dewey // *Dement Geriatr Cogn Disord.* - 2020 Mar 24. - P. 1-7.

175. Igissenova, A.I. Identifying the needs of patients of elderly and senile age in the medico-social and psychological support / A.I. Igissenova, B.S. Turdalieyeva, M.K. Koshimbekov, D.T. Shaki, S.S. Issabekova // *Вестник Казахского Национального медицинского университета.* - 2017. - № 4. - С. 373-375.

176. James, C.R. Market fetishism and attenuated primary care: producing poor medicine for poor people in post-socialist Mongolia / C.R. James // *Bull. of the Roy. Inst. for inter-faith studies.* - Amman, 2003. - Vol.5, № 1. - P. 43-68.

177. Jo, A.R. Association between Falls and Nutritional Status of Community-Dwelling Elderly People in Korea / A.R. Jo, M.J. Park, B.G. Lee, Y.G. Seo, H.J. Song, Y.J. Paek et al. // *Korean J Fam Med.* - 2020. - Vol. 41, № 2. – P. 111-118.

178. Johnson, J.R. Delirium in Hospitalized Older Adults / J.R. Johnson // *N Engl J Med.* - 2018. - Vol. 378, № 1. – P. 96.

179. Jones, A. Demographic Shifts, Case Mix, Activity, and Outcome for Elderly Patients Admitted to Adult General ICUs in England, Wales, and Northern Ireland / A. Jones, A.P. Toft-Petersen, M. Shankar-Hari, D.A. Harrison, K.M. Rowan // *Crit Care Med.* - 2020. - Vol. 48, № 4. – P.466-474.

180. Kaldenberg, J. Occupational Therapy Practice Guidelines for Older Adults With Low Vision / J. Kaldenberg, S. Smallfield // *Am J Occup Ther.* - 2020. - Vol. 74, № 2. – P. 7402397010p1-7402397010p23.

181. Khoujah, D. Resuscitating the Critically Ill Geriatric Emergency Department Patient / D. Khoujah, A.N. Martinelli, M.E. Winters // *Emerg Med Clin North Am.* - 2019. - Vol. 37, № 3. – P. 569-581.

182. Köttl, H. Depression, everyday technology use and life satisfaction in older adults with cognitive impairments: a cross-sectional exploratory study / H. Köttl, M. Fallahpour, A. Hedman, L. Nygard, A. Kottorp // *Scand J Caring Sci.* – 2020. Mar 22.

183. Kwon, Y.J. Cluster analysis of nutritional factors associated with low

muscle mass index in middle-aged and older adults / Y.J. Kwon, H.S. Kim, D.H. Jung, J.K. Kim // Clin Nutr. - 2020 Mar 6. - pii: S0261-5614(20)30088-1.

184. Lee, R. Population aging, wealth, and economic growth: demographic dividends and public policy / R. Lee, A. Mason // New York: WESS background paper. - 2015.

185. Li, X. Relationship between geriatric frailty and cognitive dysfunction in the elderly / X. Li, L. Wang, Y. Xi, X. Deng, Q. Xue, X. Li // Wei Sheng Yan Jiu. - 2019. - Vol. 48, № 5. - P. 785-792.

186. Lombardo, S. Trauma Care in Mongolia: INTACT Evaluation and Recommendations for Improvement / S. Lombardo, B. Unurbileg, J. Gerelmaa, L. Bayarbaatar, E. Sarnai, R. Price // World J Surg. - 2018. - Vol. 42, № 8. - P. 2285-2292.

187. Madeira, T. Association between living setting and malnutrition among older adults: The PEN-3S study / T. Madeira, C. Peixoto-Plácido, N. Sousa-Santos, O. Santos, J. Costa, V. Alarcão et al. // Nutrition. - 2019. - № 73. - P. 110-660.

188. Maolin, Du. Analysis of mortality in individuals over 60 years of age in inner Mongolia between 2008 and 2012 / Du. Maolin, Ch. Lifu, H. Zhihui, W. Qingxia, Li. Yun, X. Yuan et al. // Успехи геронтологии. - 2016. - Т. 29, № 2. - С. 205-209.

189. Maruta, M. Associations between Depressive Symptoms and Satisfaction with Meaningful Activities in Community-Dwelling Japanese Older Adults / M. Maruta, H. Makizako, Y. Ikeda, H. Miyata, A. Nakamura, G. Han et al. // J Clin Med. - 2020. - Vol. 9, № 3. - pii: E795

190. Masika, G.M. Doris YSF, Li PWC. Visual art therapy as a treatment option for cognitive decline among older adults. A systematic review and meta-analysis / G.M. Masika // J Adv Nurs. - 2020 Mar 23.

191. McKay, M.A. Factors associated with the risk for falls in PACE participants / M.A. McKay, C. Todd-Magel, L. Copel // Geriatr Nurs. - 2020. - pii: S0197-4572(20)30072-0.

192. McPhee, J.S. Physical activity in older age: perspectives for healthy

ageing and frailty / J.S. McPhee, D.P. French, D. Jackson, J. Nazroo, N. Pendleton, H. Degens // *Biogerontology*. - 2016. - Vol. 17, № 3. – P. 567-580.

193. Mielenz, T.J. Erratum: Creation of the Person-Centered Wellness Home in Older Adults / T.J. Mielenz, M. Tracy, H. Jia, L.L. Durbin, J.P. Algrante, G. Arniella, J.A. Sorenson // *Innov Aging*. - 2020. - Vol. 4, № 1. – P. igaa005.

194. Murukesu, R.R. Prevalence of Frailty and its Association with Cognitive Status and Functional Fitness among Ambulating Older Adults Residing in Institutions within West Coast of Peninsular Malaysia / R.R. Murukesu, D.K.A. Singh, P. Subramaniam, X.V. Tan, I.A. Mohamd Izhar, P. Ponvel et al. // *Int J Environ Res Public Health*. - 2019. - Vol. 16, № 23. – P. E4716.

195. Murukesu, R.R. Urinary incontinence among urban and rural community dwelling older women: prevalence, risk factors and quality of life / R.R. Murukesu, D.K.A. Singh, S. Shahar // *BMC Public Health*. - 2019. - Vol. 19(Suppl 4) - P. 529.

196. Orkaby, A.R. Physical activity and CVD in older adults: an expert's perspective / A.R. Orkaby, D.E. Forman // *Expert Rev Cardiovasc Ther*. - 2018n. - Vol. 16, № 1. – P. 1-10.

197. Otani, S. Lack of medical resources and public health vulnerability in Mongolia's winter disasters / S. Otani, A. Majbauddin, Y. Kurozawa, M. Shinoda // *Rural Remote Health*. - 2018. - Vol. 18, № 3. – P. 4617.

198. Oyut-Erdene, N. Prospects of the university collaboration with the government institutions in providing educational services for the older people / N. Oyut-Erdene // В сб.: Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях Материалы международной научно-практической конференции (7-8 июня 2018 г.). Ответственный редактор Н.С. Антонова. – Улан-Удэ, 2019. - С. 195-202.

199. Pérez-Ros, P. Arnau A home-based exercise program focused on proprioception to reduce falls in frail and pre-frail community-dwelling older adults / P. Pérez-Ros, R. Vila-Candel, F.M. Martínez // *Geriatr Nurs*. - 2020. - P. S0197-4572(20)30053-7.

200. Pettis, J. Nurses leading the way to age-friendly care using the 4Ms model / J. Pettis // *Geriatr Nurs.* - 2020 Mar 21.

201. Pitrou, I. Mental health and satisfaction with primary care services in older adults: a study from the patient perspective on four dimensions of care / I. Pitrou, D. Berbiche, H.M. Vasiliadis // *Fam Pract.* – 2020. - Mar 23. – P. cmaa019.

202. Price, R. Improving surgical care in Mongolia: a model for sustainable development / R. Price, O. Sergelen, C. Unursaikhan // *World J Surg.* - 2013. - Vol. 37, № 7. – P.1492-1499.

203. Raue, P.J. Advances in Psychotherapy for Depressed Older Adults / P.J. Raue, A.R. McGovern, D.N. Kiosses, J.A. Sirey // *Curr Psychiatry Rep.* - 2017. - Vol. 19, № 9. - P. 57.

204. Rossato, L.T. Association between omega-3 fatty acids intake and muscle strength in older adults: A study from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002 / L.T. Rossato, F.M.S. de Branco, C.M. Azeredo, A.E.M. Rinaldi, E.P. de Oliveira // *Clin Nutr.* - 2020 Mar 9. – P. S0261-5614(20)30103-5.

205. Schaefer, K.R. Differences in service utilization at an urban tribal health organization before and after Alzheimer's disease or related dementia diagnosis: A cohort study / K.R. Schaefer, C. Noonan, M. Mosley, J. Smith, D. Galbreath, D. Fenn et al. // *Alzheimers Dement.* - 2019. - Vol. 15, № 11. – P. 1412-1419.

206. Serrano-Gemes, G. Systematic review of qualitative studies on participants in the decision-making process about the location of care of the elderly / G. Serrano-Gemes, M. Rich-Ruiz, R. Serrano-Del-Rosal // *BMJ Open.* - 2020. - Vol. 10, № 3. – P. e036551.

207. Singer, L. Social determinants of multimorbidity and multiple functional limitations among the ageing population of England, 2002-2015/ L. Singer, M. Green, F. Rowe, Y. Ben-Shlomo, K. Morrissey // *SSM Popul Health.* - 2019 May 30. - № 8. – P. 100413.

208. Sjöberg, L. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults / L. Sjöberg, B.

Karlsson, A.R. Atti, I. Skoog, L. Fratiglioni, H.X. Wang // J Affect Disord. - 2017 Oct 15. - № 221. – P. 123-131.

209. Smallfield, S. Occupational Therapy Interventions for Older Adults With Low Vision / S. Smallfield, J. Kaldenberg // Am J Occup Ther. - 2020 Mar/Apr. - Vol. 74, № 2. – P. 7402390010p1-7402390010p5.

210. Spitzer, S. Reporting biases in self-assessed physical and cognitive health status of older Europeans / S. Spitzer, D. Weber // PLoS One. - 2019. - Vol. 14, № 10. – P. e0223526.

211. Staples, W.H. Examination of the Correlation Between Physical and Psychological Measures in Community-Dwelling Older Adults / W.H. Staples, A. Kays, R. Richman // Clin Interv Aging. - 2020 Mar 2. - № 15. – P. 293-300.

212. Sugarmaa, M. Comparison of the 18-item and 6-item lubben social network scales with community-dwelling older adults in Mongolia / M. Sugarmaa, B. Denise, G. Frank, N. Sumberzul // В сб.: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы VIII Международной научно-практической конференции. Ответственный редактор Ю.Ю. Шурыгина. - 2019. - С. 238-239.

213. Sugarmaa, M. Development of health social work in mongolia: present and future / M. Sugarmaa, G. Zoljargalan, S. Khandmaa, O. Saranchuluun, B. Ariunsanaa, Kh. Damdinjav // В сб.: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы V международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию социальной работы в России. - 2016. - С. 287-288.

214. Szanton, S.L. Pilot Outcomes of a Multicomponent Fall Risk Program Integrated Into Daily Lives of Community-Dwelling Older Adults / S.L. Szanton, L. Clemson, M. Liu, L.N. Gitlin, M.D. Hladek, S.E. LaFave et al. // J Appl Gerontol. - 2020 Mar 20. – P. 733464820912664.

215. Tamblyn, R. Multinational Investigation of Fracture Risk with Antidepressant Use by Class, Drug, and Indication / R. Tamblyn, D.W. Bates, D.L. Buckeridge, W.G. Dixon, N. Girard, J.S Haas et al. // J Am Geriatr Soc. - 2020 Mar

17.

216. Towne, S.D. A Multi-Level Analyses of Charges and Cost of Fall-Related Hospitalizations Among Older Adults: Individual, Hospital, and Geospatial Variation / S.D. Towne, M.L. Smith, Y. Li, D. Dowdy, S. Ahn, S. Lee, A. Yoshikawa et al. // *J Aging Soc Policy*. - 2020 Mar 21. – P. 1-22.

217. Tsevelvaanchig, U. Role of emerging private hospitals in a post-Soviet mixed health system: a mixed methods comparative study of private and public hospital inpatient care in Mongolia / U. Tsevelvaanchig, H. Gouda, P. Baker, P.S. Hill // *Health Policy Plan*. - 2017. - Vol. 32, № 4. – P. 476-486.

218. Ulikpan, A. In the driver's seat": the Health Sector Strategic Master Plan as an instrument for aid coordination in Mongolia / A. Ulikpan, I. Narula, A. Malik, P. Hill // *Global Health*. - 2014 Apr 3. - № 10. - P. 23.

219. United Nations. Problems of the elderly and the aged. - URL: https://digitallibrary.un.org/record/11824/files/A_35_130-EN.pdf?version=1 (Дата обращения: 02.04.2020).

220. von Bonsdorff, M.B. Midlife Cardiovascular Status and Old Age Physical Functioning Trajectories in Older Businessmen / M.B. von Bonsdorff, M.J. Haapanen, T. Törmäkangas, K.H. Pitkälä, S. Stenholm, T.E. Strandberg // *J Am Geriatr Soc*. - 2019. - Vol. 67, № 12. - P. 2490-2496.

221. Wang, X. The neurocognitive and BDNF changes of multicomponent exercise for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or dementia: a systematic review and meta-analysis / X. Wang, H. Wang, Z. Ye, G. Ding, F. Li, J. Ma et al. // *Aging (Albany NY)*. - 2020 Mar 19. – P.12.

222. Wells, K.M. Patient and Physician Perceptions of Changes in Surgical Care in Mongolia 9 Years After Roll-out of a National Training Program for Laparoscopy / K.M. Wells, H. Shalabi, O. Sergelen, P. Wiessner, C. Zhang, C. deVries et al. // *World J Surg*. - 2016. - Vol. 40, № 8. – P.1859-1864.

223. Wilkinson, P. Depression in older adults / P. Wilkinson, C. Ruane, K. Tempest // *BMJ*. - 2018 Nov 28. - № 363. – P. k4922.

224. World Population Ageing: 1950–2050. - URL: <https://www.un.org/esa/>

population/ publications/worldageing19502050. (Дата обращения 15.02.2020).

225. Zeng, Y. The impact of medical insurance on medical expenses for older Chinese: Evidence from the national baseline survey of CLHLS / Y. Zeng, J. Luo, L. Ou, M. Yuan, Z. Zhou, Y. Han et al. // *Medicine (Baltimore)*. - 2019. - Vol. 98, № 39. – P.17302.

226. Zhang, X. Longitudinal Association Between Physical Activity and Frailty Among Community-Dwelling Older Adults / X. Zhang, S.S. Tan, C.B. Franse, L. Bilajac, T. Alhambra-Borrás, J. Garcés-Ferrer et al. // *J Am Geriatr Soc*. - 2020 Mar 20.

**АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР ПО ИЗУЧЕНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ
ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Здравствуйтесь, уважаемый участник опроса!

Благодарим Вас за согласие принять участие в исследовании, которое проводится с целью оптимизации гериатрической помощи в Монголии.

Просим Вас ответить на вопросы анкеты и отметить нужный вариант из предложенных или вписать свой ответ. Анкетирование проводится анонимно, т.к. в исследовании будут использованы обобщенные результаты.

1. Ваш возраст: _____ лет

2. Пол

- Мужской
 Женский

3. Укажите, в какой медицинской организации Вы работаете?

4. Ваша должность: _____

5. Ваша основная специальность: _____

6. Укажите стаж Вашей работы в здравоохранении?

- Общий стаж – _____ (лет)
 Стаж работы по основной специальности – _____ (лет)

7. Врачебная категория /категория медсестры/ или ученая степень:

- Нет категории
 Старшая категория
 Ведущая категория
 Консультантная категория
 Нет ученой степени
 Ученая степень магистра наук
 Ученая степень кандидата наук
 Ученая степень доктора наук

8. Как часто Вы участвуете в непрерывном профессиональном обучении по профессии?

- Чаще, чем раз в пять лет
 Раз в пять лет
 Реже, чем раз в пять лет
 Не участвует
 Ваш вариант ответа.....

9. Посещаете ли Вы научные медицинские конференции?

- Нет
 1-2 раза за 5 лет
 1-2 раза в год
 Стараюсь посещать все интересующие меня конференции

10. Пользуетесь ли Вы интернетом, для повышения знаний по профессии?

- Да
- Нет

11. Считаете ли Вы необходимым пополнить свои знания по особенностям болезней в пожилом и старческом возрасте?

- Да
- Нет

12. Какие формы обучения Вы предпочитаете?

- Чтение медицинской литературы
- Обучение на рабочих местах
- Дистанционное обучение (телемедицинские лекции, обсуждения)
- Посещение конференций, семинаров, лекции
- Посещение практических занятий в крупных медицинских центрах, в том числе в геронтологическом центре Монголии.
- Другое (впишите сами) _____

13. Какие существуют у Вас трудности при получении профессиональной информации?

- Владение английским языком недостаточно
- Финансовые ограничения
- Недостаток времени
- Отсутствие доступа к интернету
- Отсутствие библиотек
- Не хватает профессиональных книг и журналов на родном языке.
- Другое (впишите сами) _____

14. Устраивает ли Вас материально-техническая база Вашей медицинской организации?

- Да
- Скорее да, чем нет
- Скорее нет, чем да
- Нет

15. Если Вас не устраивает материально-техническая база вашей медицинской организации укажите один или несколько вариантов, приведенных ниже:

Ваше медицинское учреждение нуждается	Отметить нужное	Ваше медицинское учреждение нуждается	Отметить нужное
1. Диагностическое оборудование:		b) Рентгеновское оборудование	
a) Ультразвуковое оборудование			
c) Томографические комплексы		d) Оборудование для функциональной диагностики	
2. Геронтологическое оборудование		b) Оборудование для обеспечения безопасности лиц пожилого и старческого возраста	
a) Реабилитационное оборудование			

с) Разнообразные приспособления для компенсации полной или частичной неподвижности		3. Медицинское лабораторное оборудование а) Гематологические анализаторы	
б) Биохимические анализаторы		с) Коагулометры	
4. Коммуникационная средства а) Выделенная линия интернета		б) Телефонизация	
с) Компьютерная оснащения		д) Создания внутренней информационной системы	
е) Оборудование для проведения телеконференций		5. Оборудование для создания документов а) Программное обеспечение внутреннего документооборота	
б) Оргтехника (факс, ксерокс, принтер, сканер)		6. Другое /Впишите сами/ а)	
б)		с)	

16. Ваше мнение в отношении существующих стандартов по оказанию кардиологической помощи: /гастроэнтерологической, нефрологической и урологической помощи, пульмонологической, неврологической, ревматологической помощи, восточной медицинской помощи /-Подчеркните свою профессию

/для врачей/

- В стандарте кардиологической /гастроэнтерологической, нефрологической и урологической помощи, пульмонологической, неврологической, ревматологической помощи, восточной медицинской помощи / помощи об особенности диагностики и лечения болезни пожилого и старческого возраста необходимо увеличить
- Стандарт соответствует современным представлениям о методах обследования и лечения больных пожилого и старческого возраста.
- Стандарт не соответствует современным представлениям о методах обследования и лечения больных пожилого и старческого возраста.
- Другое _____

/для медсестер/

- В стандарте сестринского ухода за больными об особенности ухода за старшими, пожилыми больными и оценки, тесты здоровья пожилого и старческого возраста необходимо увеличить
- Стандарт сестринского ухода за больными соответствует современным представлениям об уходах за старшими, пожилыми больными и оценки, тесты здоровья пожилого и старческого возраста.
- Стандарт сестринского ухода за больными не соответствует современным представлениям об уходах за старшими, пожилыми больными и оценки, тесты здоровья пожилого и старческого возраста.
- Другое _____

- 17. Имеете ли Вы опыт профилактической работы на популяционном уровне (выступление в СМИ, массовые оздоровительные акции)?**
- Да
 - Нет
- 18. Как часто Вы даете пациентам пожилого и старческого возраста рекомендации по здоровому образу жизни и реабилитации?**
- Всегда
 - Не даю, нет времени
 - Только по просьбе пациента
- 19. Как Вы оцениваете отношение большинства пациентов пожилого и старческого возраста к профилактическим мероприятиям?**
- Активно-заинтересованы
 - В целом положительно
 - Безразличное
 - Негативное
- 20. С чем, по-Вашему мнению, может быть связано безразличное и негативное отношение к профилактике?**
- Низкий уровень образования
 - Отсутствие необходимой информации
 - Наличие вредных привычек
 - Плохая организация профилактики
 - Прочее (впишите сами) _____
- 21. На Ваш взгляд, проведение школы для пациентов пожилого и старческого возраста:**
- Жизненно необходимо в стационаре
 - Целесообразно, но лучше в амбулаторных условиях
 - Нет, нецелесообразно
 - Другое (впишите сами) _____
- 22. От чего или от кого, на Ваш взгляд, в большей степени зависит исход заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста?**
- От компетенции врача по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации
 - От качества и доступности медицинской помощи
 - От больного (время обращения, соблюдение рекомендаций по лечению и реабилитации)
 - Другое (впишите сами) _____
- 23. Укажите в ранговом порядке (1,2,3 и т.д.) критерии, которые, по Вашему мнению, характеризуют качество медицинской помощи:**
- Результативность
 - Доступность
 - Своевременность
 - Безопасность процесса лечения
 - Ориентированность на пациента
 - Соответствие стандартам
 - Преемственность
 - Экономическая эффективность

- Справедливость
- Другие (укажите)

24. Укажите в ранговом порядке основные, по Вашему мнению, стимулы повышения качества медицинской помощи?

- Материальная заинтересованность медицинских работников
- Улучшение материально-технической базы медицинской организации
- Снижение нормы нагрузки медицинских работников
- Возможность карьерного роста
- Благоприятная атмосфера в коллективе
- Уменьшение продолжительности рабочего времени
- Другие (укажите) _____

25. Перечислите основные факторы, влияющие на качество оказания гериатрической помощи городскому населению Монголии:

- Недостаточное финансирование
- Слабая материально-техническая база
- Неукомплектованность врачами
- Неукомплектованность средними медицинскими работниками
- Недостаточный уровень квалификации врачей
- Недостаточный уровень квалификации среднего медицинского персонала
- Прочее (укажите сами) _____

26. Перечислите основные факторы, влияющие на качество оказания гериатрической помощи сельскому населению Монголии:

- Недостаточное финансирование
- Слабая материально-техническая база
- Неукомплектованность врачами
- Неукомплектованность средними медицинскими работниками
- Недостаточный уровень квалификации врачей
- Недостаточный уровень квалификации среднего медицинского персонала
- Прочее (укажите сами) _____

27. Как Вы оцениваете качество гериатрической помощи, оказываемой в Вашей медицинской организации? /геронтологический центр, гериатрических кабинетов/

- Высокое
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Неудовлетворительное
- Прочее (укажите сами) _____

28. Какие конкретные меры Вы можете предложить для улучшения качества гериатрической помощи в Вашей медицинской организации?

29. Какие конкретные меры Вы можете предложить для улучшения качества гериатрической помощи в области?

30. Вы довольны своей работой?

- Да
- Скорее да
- Скорее нет
- Нет

31. Как часто в течение типичной недели Вы чувствуете перегрузку или стресс?

- Совсем не чувствую
- Не часто
- Время от времени
- Очень часто

32. Устраивает ли Вас условия работы?

- Полностью устраивает
- Не совсем устраивает
- Абсолютно не устраивает

Благодарим за участие!

**АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР ПО ИЗУЧЕНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ
ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Здравствуйтесь, уважаемый участник опроса!

Благодарим Вас за согласие принять участие в исследовании, которое проводится с целью оптимизации гериатрической помощи в Монголии.

Просим Вас ответить на вопросы анкеты и отметить нужный вариант из предложенных или вписать свой ответ. Анкетирование проводится анонимно, т.к. в исследовании будут использованы обобщенные результаты.

1. Ваш возраст: _____ лет

2. Пол

Мужской

Женский

3. Укажите, в какой медицинской организации Вы работаете?

4. Ваша должность: _____

5. Ваша основная специальность: _____

6. Укажите стаж Вашей работы в здравоохранении?

Общий стаж – _____ (лет)

Стаж работы по основной специальности – _____ (лет)

7. Врачебная категория /категория медсестры/ или ученая степень:

Нет категории

Старшая категория

Ведущая категория

Консультантная категория

Нет ученой степени

Ученая степень магистра наук

Ученая степень кандидата наук

Ученая степень доктора наук

8. Какой процент на приеме у вас приходится на пациентов пожилого и старческого возраста?

Меньше 10%

10-40%

50-80%

Больше 80 %

Ваш вариант ответа.....

9. Получаете ли вы необходимые знания об особенностях диагностики и лечения заболеваний лиц пожилого и старческого возраста в процессе непрерывной профессиональной подготовки? /для врачей/

Да

Нет

Ваш вариант ответа.....

Получаете ли вы необходимые знания об особенностях ухода и оценки состояния здоровьяза лиц пожилого и старческого возраста в процессе непрерывной профессиональной подготовки? /для медсестер/

Да

Нет

Ваш вариант ответа.....

10. Посещаете ли Вы научные медицинские конференции?

Нет

1-2 раза за 5 лет

1-2 раза в год

Стараюсь посещать все интересующие меня конференции

11. Пользуетесь ли Вы интернетом для повышения знаний по особенностям диагностики и лечения заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста? /для врачей/

Да

Нет

Пользуетесь ли Вы интернетом для повышения знаний по особенностям ухода и оценки состояния здоровьяза лиц пожилого и старческого возраста? /для медсестер/

Да

Нет

12. Считаете ли Вы необходимым пополнить свои знания по особенностям болезней в пожилом и старческом возрасте?

Да

Нет

13. Какие формы обучения Вы предпочитаете?

Чтение медицинской литературы

Обучение на рабочих местах

Дистанционное обучение (телемедицинские лекции, обсуждения)

Посещение конференций, семинаров, лекции

Посещение практических занятий в крупных медицинских центрах, в том числе в геронтологическом центре Монголии.

Другое (впишите сами) _____

14. Какие существуют у Вас трудности при получении знания по особенностям болезней в пожилом и старческом возрасте?

Владение английском языком недостаточно

Финансовые ограничения

Недостаток времени

Отсутствие доступа к интернету

Отсутствие библиотек

Не хватает гериатрических книг и журналов на родном языке.

Другое (впишите сами) _____

15. Устраивает ли Вас материально-техническая база Вашей медицинской организации?

- Да
 Скорее да, чем нет
 Скорее нет, чем да
 Нет

16. Если Вас не устраивает материально-техническая база вашей медицинской организации укажите один или несколько вариантов, приведенных ниже:

Ваше медицинское учреждение нуждается	Отметить нужное	Ваше медицинское учреждение нуждается	Отметить нужное
7. Диагностическое оборудование: е) Ультразвуковое оборудование		f) Рентгеновское оборудование	
г) Томографические комплексы		h) Оборудование для функциональной диагностики	
8. Геронтологическое оборудование d) Реабилитационное оборудование		е) Оборудование для обеспечения безопасности лиц пожилого и старческого возраста	
f) Разнообразные приспособления для компенсации полной или частичной неподвижности		9. Медицинское лабораторное оборудование f) Гематологические анализаторы	
г) Биохимические анализаторы		h) Коагулометры	
10. Коммуникационные средства с) Выделенная линия интернета		d) Телефонизация	
с) Компьютерная оснащения		i) Создания внутренней информационной системы	
j) Оборудование для проведения телеконференций		11. Оборудование для создания документов с) Программное обеспечение внутреннего документооборота	
d) Оргтехника (факс, ксерокс, принтер, сканер)		12. Другое /Впишите сами/ d)	
e)		f)	

**17. Ваше мнение в отношении существующих стандартов по оказанию кардиологической помощи: /гастроэнтерологической, нефрологической, урологической, пульмонологической, неврологической, ревматологической, восточно-медицинской помощи/ Подчеркните свою специальность/
/для врачей/**

- Стандарт оказания лицам пожилого и старческого возраста кардиологической /гастроэнтерологической, нефрологической, урологической, пульмонологической, неврологической, ревматологической, восточно-медицинской помощи необходимо расширить.
- Стандарт соответствует современным представлениям о методах обследования и лечения больных пожилого и старческого возраста.
- Стандарт не соответствует современным представлениям о методах обследования и лечения больных пожилого и старческого возраста.
- Другое _____

/для медсестер/

- Стандарт сестринского ухода за больными пожилого и старческого возраста следует расширить.
- Стандарт сестринского ухода за больными соответствует современным представлениям об уходе за лицами пожилого и старческого возраста.
- Стандарт сестринского ухода за больными не соответствует современным представлениям об уходе за лицами пожилого и старческого возраста.
- Другое _____

18. Имеете ли Вы опыт профилактической работы на популяционном уровне (выступление в СМИ, массовые оздоровительные акции)?

- Да
- Нет

19. Как часто Вы даете пациентам пожилого и старческого возраста рекомендации по здоровому образу жизни и реабилитации?

- Всегда
- Не даю, нет времени
- Только по просьбе пациента

20. Как Вы оцениваете отношение большинства пациентов пожилого и старческого возраста к профилактическим мероприятиям?

- Активно-заинтересованы
- В целом положительно
- Безразличное
- Негативное

21. С чем, по-Вашему мнению, может быть связано безразличное и негативное отношение к профилактике?

- Низкий уровень образования
- Отсутствие необходимой информации
- Наличие вредных привычек
- Плохая организация профилактики
- Прочее (впишите сами) _____

22. На Ваш взгляд, проведение школы для пациентов пожилого и старческого возраста:

- Жизненно необходимо в стационаре
- Целесообразно, но лучше в амбулаторных условиях
- Нет, нецелесообразно
- Другое (впишите сами) _____

23. От чего или от кого, на Ваш взгляд, в большей степени зависит исход заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста?

- От компетенции врача по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации
- От качества и доступности медицинской помощи в целом
- От больного (время обращения, соблюдение рекомендаций по лечению и реабилитации)
- Другое (впишите сами) _____

24. Укажите в ранговом порядке (1,2,3 и т.д.) критерии, которые, по Вашему мнению, характеризуют качество гериатрической помощи:

- Результативность
- Доступность
- Своевременность
- Безопасность процесса лечения
- Ориентированность на пациента
- Соответствие стандартам
- Преимущество
- Экономическая эффективность
- Справедливость
- Другие (укажите)

25. Укажите в ранговом порядке основные, по Вашему мнению, стимулы повышения качества гериатрической помощи?

- Материальная заинтересованность медицинских работников
- Улучшение материально-технической базы медицинской организации
- Снижение нормы нагрузки медицинских работников
- Возможность карьерного роста
- Благоприятная атмосфера в коллективе
- Уменьшение продолжительности рабочего времени
- Другие (укажите) _____

26. Перечислите основные факторы, влияющие на качество оказания гериатрической помощи городскому населению Монголии:

- Недостаточное финансирование
- Слабая материально-техническая база
- Неукомплектованность врачами
- Неукомплектованность средними медицинскими работниками
- Недостаточный уровень квалификации врачей
- Недостаточный уровень квалификации среднего медицинского персонала
- Прочее (укажите сами) _____

27. Перечислите основные факторы, влияющие на качество оказания гериатрической помощи сельскому населению Монголии:

- Недостаточное финансирование
- Слабая материально-техническая база
- Неукомплектованность врачами
- Неукомплектованность средними медицинскими работниками
- Недостаточный уровень квалификации врачей
- Недостаточный уровень квалификации среднего медицинского персонала
- Прочее (укажите сами) _____

28. Как Вы оцениваете качество гериатрической помощи, оказываемой в Вашей медицинской организации? /геронтологический центр, гериатрических кабинетов/

- Высокое
- Хорошее
- Удовлетворительное
- Неудовлетворительное
- Прочее (укажите сами) _____

29. Какие конкретные меры Вы можете предложить для улучшения качества гериатрической помощи в Вашей медицинской организации?

30. Какие конкретные меры Вы можете предложить для улучшения качества гериатрической помощи в области?

31. Вы довольны своей работой?

- Да
- Скорее да
- Скорее нет
- Нет

32. Как часто в течение типичной недели Вы чувствуете перегрузку или стресс?

- Совсем не чувствую
- Не часто
- Время от времени
- Очень часто

33. Устраивает ли Вас условия работы?

- Полностью устраивает
- Не совсем устраивает
- Абсолютно не устраивает

Благодарим за участие!

**АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ
ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Здравствуйтесь, уважаемый участник опроса!

Благодарим Вас за согласие принять участие в исследовании, которое проводится с целью оптимизации гериатрической помощи Монголии.

Просим Вас ответить на вопросы анкеты – отметить нужный вариант из предложенных или вписать свой ответ. Анкетирование проводится анонимно, т.к. в исследовании будут использованы обобщенные результаты.

1. Укажите Ваш возраст (полных лет на момент анкетирования):

- 55-59
- 60-64
- 65-69
- 70-74
- 75-79
- 80-84
- 85-89
- 90 и старше

2. Пол

- Мужской
- Женский

3. Уровень образования:

- Нет образования
- Начальное образование
- Неполное среднее
- Общее среднее
- Среднее специальное
- Высшее

4. Укажите Вашу основную профессию (вписать):

5. Место проживания (впишите сами):

- Город Улан-батор _____
- Аймак _____

Сомон (впишите аймак) _____

6. Семейное положение:

- Состоите в браке
- Разведены
- Вдовы
- Никогда не состояли в браке

7. В настоящее время Вы живете:

- С мужем/женой
- С детьми
- С внуками
- В одиночестве
- В доме для ветеранов
- Другое (впишите сами) _____

8. Как Вы оцениваете взаимоотношения в семье:

- Очень хорошие
- Хорошие
- Удовлетворительные
- Плохие

9. Чувствуете ли Вы себя одиноким человеком?

- Да
- Нет

10. Вы живете:

- В монгольской юрте
- В частном доме
- В отдельной квартире
- В коммунальной квартире
- В приюте для пожилых людей
- Другое (впишите сами): _____

11. Если проживаете в приюте для пожилых людей, то укажите причину:

- Одиночество
- Снижение двигательной активности и невозможность себя обслуживать
- Невозможность проживать совместно с детьми
- Несовместимость проживания с родственниками, больными алкоголизмом или наркоманией
- Отказ детей ухаживать за Вами

12. Укажите, пожалуйста, получаемый Вами ежемесячный доход на семью?

- Меньше 300.000 тугрик
- 300.000 -500.000 тугрик
- 500.000 -700.000 тугрик
- 700.000 – 900.000 тугрик
- 900.000 – 1100.000 тугрик
- 1100 000 тугрик и выше

13. Сколько раз в день принимаете пищу:

- 1 раз
- 2 раза
- 3 раза
- Более 3 раз

14. Сколько раз в сутки едите горячую пищу:

- 1
- 2
- 3
- 4

15. Как вы относитесь к жизни:

- С оптимизмом
- С пессимизмом
- Безразличен ко всему
- Волнуют только проблемы, связанные с Вами

16. Часто ли Вы подвержены стрессам?

- Систематически
- Периодически
- Не подвергаюсь

17. Укажите причины, которые вызывают у Вас стресс:

- Проблемы в семье
- Одиночество
- Проблемы со здоровьем
- Финансовые трудности
- Другие _____

18. Как Вы оцениваете степень самообслуживания?

- Нуждаюсь в постороннем уходе
- Можете ограниченно ухаживать за собой
- Можете полностью себя обслуживать

19. Как Вы оцениваете степень физической активности?

- Работаете на даче, в огороде
- Регулярно занимаетесь физическими упражнениями
- Совершаете пешие прогулки на свежем воздухе
- Физическая активность очень низкая

20. Работаете ли Вы в настоящее время?

- Да
- Нет

21. Если работаете, то укажите где и кем?

22. Считаете ли Вы уровень своих знаний по профилактике болезней достаточным?

- Да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

23. В каких медицинских знаниях Вы нуждаетесь?

- О принципах рационального питания
- О профилактике болезней системы кровообращения
- О психологическом здоровье
- О приеме лекарственных препаратов
- О факторах риска болезни онкологического
- О здоровом образе жизни
- Прочее (впишите сами) _____

24. Укажите желаемые источники получения знаний о профилактике этих заболеваний?

- Беседа с врачом
- Средства массовой информации
- Научно-популярная литература
- Санбюллетени
- Лекции для населения

Прочее (впишите сами) _____

25. Что Вы предпринимаете для сохранения своего здоровья и профилактики заболеваний?

- Регулярно занимаетесь физкультурой, спортом
- Отказ от вредных привычек
 - Здоровое питание
 - Ежедневные прогулки на свежем воздухе
 - Отдых в санатории
 - Регулярно обращаетесь к врачам и выполняете их рекомендации
 - Ничего не делаете
 - Прочее (впишите сами) _____

26. Придерживаетесь ли Вы какой-то особой диеты?

- Нет
- Лечебное голодание
- Ограниченное употребление мяса, мучного, сладкого
- Ограничение соли
- Низкожировая диета
- Потребление ежедневно более 400-500 гр овощей и фруктов
- Другое (впишите сами) _____

27. Курите ли Вы?

- Да (сколько сигарет в день _____)
- Изредка
- Курил в прошлом
- Нет

28. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

- Никогда
- Раз в месяц или реже
- Раза в месяц
- Несколько раз в неделю

29. Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья?

- Хорошее
- Скорее хорошее, чем плохое
- Скорее плохое, чем хорошее
- Плохое

30. Укажите, какие из перечисленных хронических заболеваний у Вас имеются:

(Может быть много ответов)

- Хронические сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертония, стенокардия)
- Сахарный диабет
- Бронхиальная астма
- Язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки
- Хронический панкреатит, холецистит
- Онкологическое заболевание
- Хронические заболевания мочевыводящей и половой системы
 - Не имею хронического заболевания
 - Другое _____

31. Получали ли Вы помощь у психотерапевта (клинического психолога)?

Да

Нет

32. Проходите ли Вы регулярно медицинские осмотры?

Да

Нет

33. Когда Вы в последний раз проходили профилактический медицинский осмотр? _____

34. Состоите ли Вы на диспансерном учете по поводу хронического заболевания?

Да

Нет

35. Если, да,

у какого специалиста _____

в течение какого времени? _____

36. Как часто Вы вызываете скорую медицинскую помощь?

Несколько раз в неделю

Несколько раз в месяц

1-2 раза в год

Не обращаюсь

37. В каких медицинских учреждениях Вы лечитесь?

Центральных больницах

Частно-коммерческих

Геронтологическом центре

Гериатрических кабинетов в районных медицинских центрах

Районных медицинских центрах

В больницах аймака и сомона

Во всех без исключения

Другое _____

38. В чем преимущества обращения в частно-коммерческие учреждения?

Отсутствие очередей

Обеспеченность специалистами

Квалификация персонала

Наличие всех методов обследования

Более современное оборудование

Результативность лечения

Соблюдение этики медицинского персонала

Другое (впишите сами) _____

39. Как оцениваете результативность полученного Вами лечения?

Улучшение состояния

Состояние не изменилось

Ухудшение состояния

40. Обращались ли Вы к врачу-гериатра?

- Регулярно
- Не регулярно
- Никогда нет
- Я не знаю врачи гериатра
- Другое _____

41. Удовлетворены ли Вы результатом оказания гериатрической помощи в области?

- Да
- Удовлетворяет частично
- Нет

42. Если нет, отметьте пункт, который Вас не удовлетворил:

- Длительность ожидания
- Низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами
- Результативность лечения
- Невнимательное отношение персонала
- Требования дополнительной оплаты услуг
- Другое (напишите, что не удовлетворило) _____

43. Как часто Вы посещаете гериатрический центр/кабинет?

- Несколько раз в неделю
- Несколько раз в месяц
- 1-2 раза в год
- Не обращаюсь

44. Удовлетворяет ли Вас гериатрическая помощь в Вашей больнице?

- Да
- Удовлетворяет частично
- Нет

45. Если нет, отметьте пункт, который Вас не удовлетворил:

- Длительность ожидания в очереди
- Низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами
- Низкая доступность планового стационарного лечения
- Результативность лечения
- Невнимательное отношение персонала
- Требования дополнительной оплаты услуг
- Другое (напишите, что не удовлетворило) _____

46. Как часто Вы получаете рекомендации лечебно-оздоровительного характера на приеме у врача-гериатра?

- На каждом приеме
- Почти всегда
- Иногда
- Никогда

47. Как Вы относитесь к получаемым рекомендациям?

- Всегда им следую
- В целом положительно
- Безразлично

Негативно

48. Что мешает Вам выполнить рекомендации врача?

- Занятость на быту
- Наличие вредных привычек
- Недостаток денежных средств
- Не полное доверие к врачу
- Отсутствие веры в излечение
- Прочее _____

49. Посещали ли Вы когда-нибудь школу для больных пожилого возраста?

- Да
- Нет

Ваши предложения, пожелания по улучшению качества гериатрической помощи:

СПАСИБО!