

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ**

**КАЗТЕП
МАГИСТРАТУРА**

**МАГИСТЕРЛІК ЖОБА
КЕНТАУ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ
САПАСЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАР**

Орындаған: Тулежанов Ербол Нуриллаевич _____ " ____ " _____ 2019 г.

Ғылыми жетекші Сариева Айнура Ануаровна _____ " ____ " _____ 2019 г.

Түркістан 2019

МАЗМҰНЫ

Кіріспе. Кентау қаласындағы егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасын әсер ететін әлеуметтік-экономикалық факторлар

Зерттеу мақсаты.

Материалдар мен әдістер.

Зерттеу нәтижесі.

Қорытынды

Кентау қаласындағы егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасына әсер ететін әлеуметтік-экономикалық факторлар

Бүгінгі таңда Қазақстанда денсаулық сақтауға ерекше көңіл аударып отыр. Елбасымыз өзінің халыққа жолдауында былай деді «Бізде денсаулық сақтау ісі тегін, бірақ, бүгінде зейнетақы қорларында жасалып жатқандай, болашақ – медицинадағы сақтандыруда. Адамның өзі, оған жұмыс беруші және мемлекет жауапкершілікте болады. Адамның денсаулығы неғұрлым нашар болса, ол соғұрлым аз сақтандырылады, неғұрлым жақсы болса, сақтандыру сомасы да соғұрлым көп болмақ. Қазір адамдар сапалы медициналық қызмет көрсетілетін емдеу мекемелерін таңдайды. Олар бұл мәселені анықтап алды, енді одан әрі қозғалу қажет». Сонымен халыққа соның ішінде кәрі адамдарға көмек көрсету өзекті екені шындық.

Елімізде кәрі адамдарға медициналық көмек көрсету еліміздің әлеуметтік саясатының негізгі ұстанымдардың бірі. Кәрі адамдар елімізде халқымыздың едәуір бөлігін құрап отырған әлеуметтік топ болып табылады. Халқымызда кәрліктің емі жоқ ауру деген даналық сөзі бар. Қазіргі уақытта оларға медициналық көмек көрсетудің жаңа әдістерін жасау маңызды. Осы бағытта кәрілерге медициналық көмек беруді жоспарлы түрде жүргізу үшін ғылыми әдістемелік негізде жасау керек. Сонымен, кәрлік бұл әлеуметтік психологиялық және жас ерекшелік психологиясымен байланысты мәселе болып отыр.

Адамдар кәрлік жасқа жеткенде бұрынғы жас жағдайларында елемеген және көңіл бөлмеген сырқаттары көріне бастайды. Бұл жас ерекшелікке сай ағзада болатын өзгерістер, ағзалардың ауруға қарсы тұруының төмендеуі және дұрыс тамақтанбау зейнетақының толық қанды өмір сүруге жетпеуі, кәрі адамдардың жүріп тұруындағы қиыншылықтарына байланысты уақытында емханаларға көріне алмауының салдарынан оларға сапалы деңгейде медициналық көмек берілмейді. Біріншіден

өтпелі экономикалық жағдайларға сәйкес әл-ауқат пен халықтың денсаулық деңгейі арасында нақты байланыс бар екенін ескере кеткен жөн.

Кәрі адамдарға медициналық және әлеуметтік қызмет көрсетудің кейбір жетімсіздігі экологиялық факторлардың әсері, салауатты өмір салтын қалыптастыру және аурудың алдын — алуға байланысты жүргізілетін іс-шаралардың шалғай ауылдарда дұрыс жүргізілмеуі кәрі адамдардың сапалы медициналық тұрғыдан толық қамтылуына өз әсерін тигізіп отыр. Шалғай ауылдардың тұрғындарының әлеуметтік тұрғыдан әлсіздігі және жұмыссыздық кейбір жанұяларға толыққанды құнарлы тамақтануына да әсер етеді. Үйшілік тұрмыстық жағдай кәрі адамдарға өз өмірін толыққанды өткізуіне әсерін тигізеді.

Соңғы 10 жылда әлемнің дамыған елдерінде байқалып отырған үдеріс бірі- бұл халықтың жалпы санында және оның салмағында қарт адамдардың жылдан жылға өсіп отыруы.

Халықтың жалпы санында балалармен жасөспірімдермен үлес салмағы азайып, қарттардың үлесі көбеюдің түбегейлі процесі айтарлықтай жоғарғы шапшандылықпен жүріп жатыр деп, толық негіз бар.

Халықтың қартаюудың басты себептері – бала туудың кемуі, медицина прогресінің арқасында жасы үлкен адамдар топтарының өмір сүруінің жалғасуының көбеюі, халықтың өмір сүру деңгейінің артуына байланысты орташа жасы ұзақтылықтың өсуі. Экономикалық бірігіп қызмет істейтін және дамушы елдерде орташа есеппен ерлердің өмір сүру ұзақтығы 30 жыл ішінде 6 жылға, әйелдерде – 6,5 жылға өскен.

Экономикалық бірлесіп қызмет көрсету және даму елдерінде соңғы 30 жыл ішінде орташа өмір сүру ұзақтығы ерлерде 6 жылға әйелдерде 6,5 жасқа өсті. Біздің елімізде соңғы 10 жылда ішінде бұл көрсеткіштердің тұрақты түрдің өсу тенденциясы қалыптасқан.

Қарт адамдардың әлеуметтік- демографиялық категорияларға әлеуметтік жұмыстардың мамандары әртүрлі тұрғындағы көзқарастан анықталады:

хронологиялық, әлеуметтік, биологиялық, психологиялық, функционалдық және басқалары.

Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының жіктеуі бойынша 60 жастағы және одан да жоғары адамдарды үлкен егде жастағы адамдар деп есептейді. Бүгінде іс жүзінде осы мәліметтер қолданылады. Алайда көптеген елдерде зейнетке шығу 60 жастан іске асырылады.

Демографиялық қартаюу біздің елімізде балалардың туу санының кемуіне байланысты болып отыр. Соңғы 10 жыл ішінде жас ұрпақтың үлес салмағы 24-44 %-ға қысқарған. Осының нәтижесінде зейнеткерлік жастың адамдардың үлес салмағы 15 жасқа дейінгі балалардың үйлесінен асып түсіп отыр. Болашақта бұл жағдай одан ары күрделене түсіп, егде жастағы адамдардың саны арта түседі.

Халықаралық жіктеу көрсетіп отырғандай 2018 жылы өзінде еліміздегі халықтың құрылымы демографиялық қартаюу кезеңіне сәйкес келетіндей болады. Балалар мен жасөспірімдердің үлесі 65 және одан да жоғары егде адамдар үлесіне сәл ғана артылуы мүмкін.

Жетпістен және одан да жоғарғы адамдар аралық халықтың 28,3 пайызын құрады. Бұл еңбекке жарамды қабілетті жастан біршама жоғары. Көп жасайтындар саланың тұрақты өсуіне байланысты. Жасы үлкен егде жастағы адамдар үшін мемлекеттің жауапкершілігі әсіресе жоғарлай түседі.

Қарт адамдардың әлеуметтік-демографиялық категориясымен, олардың проблемаларының анализін әлеуметтік жұмыс теоретиктері мен практиктері әртүрлі көзқарас арқылы анықтайды – хронологиялық, социологиялық, биологиялық, психологиялық, функционалдық және тағы басқа. Қарт адамдардың жиынтығы айтарлықтай ерекшеліктері мен сипатталады, онда 60-тан 100 жасқа дейінгі адамдар жатады геронтологтар тұрғындардың осы бөлігін «жастар» және «қарттар» (немесе «тереңдер») кәрілер деп бөлуді ұсынады, осыған ұқсас Францияда «үшінші», «төртінші» жас деген түсініктер бар. «Үшіншіден», «төртіншіден» шекараға өту жасы 75-80 жаста шекара сыртын жеңіп шыққаны болып есептеледі. «Жас» кәрілер «қарт»

кәрілерге қарғанда басқа проблемалар сезімді мүмкін, «қарт» кәрілерге қарағанда – мысалы, еңбекпен айналысу, жанұяда басты болу, үй міндеттерінің бөлінуі және тағы басқа.

Демографиялық қарттық көптеген әлеуметтік-гигиеналық және медициналық мәселелер туындатады [30]. ХХ ғасырдың аяғында Венада өткен ғылыми-тәжірибелік конференцияда тұрғындардың қартаю үрдісі ғаламдық сипатқа ие болғандығы және адамзаттың ең өзекті мәселесі екендігін мойындаған. Біріккен ұлттар Ұйымы Геронтология мәселесі бойынша бойынша Дүниежүзілік Ассамблея өткізу керектігін ұсынды.

Осы дүниежүзілік Ассамблеяның геронтология мәселелері бойынша қабылдаған Халықаралық бағдарламасында жеті бағыттық басымдылықты айқындады. Олардың қатарында денсаулық сақтау жұмысын арттыру және тамақтану сапасын жақсарту; егде адамдардың тұтынушылық құқығын қорғау; тұрғын үймен қамтамасыз ету және қоршаған ортаның экологиясын сақтау; отбасының тұрақтылығын сақтау; әлеуметтік қамсыздандыруды жолға қою; жеткілікті табыспен және жұмыспен қамтамасыз ету; білім беру сапасын арттыру мәселелері бар. Алайда, дамушы елдер үшін бұл әлеуметтік басымдылықтарды жүзеге асыру үшін қаржының жеткіліксіздігі айтарлықтай кедергі болып отыр [31-35].

Біріккен Ұлттар Ұйымы 2002 жылы Мадридте геронтология мәселелері бойынша 2-ші Дүниежүзілік Ассамблея өткізді. Ассамблеяда тұрғындардың қартаюы кез келген мемлекет қызметінің әлеуметтік-гигиеналық саласында, оның ішінде денсаулық сақтау ісінде, тұрғындарды жұмыспен қамту мен жұмыс күшінің нарығына, әлеуметтік қорғау шаралары мен қаржылық-экономикалық мәселелерді шешуде маңызды мәселелер туындататындығын БҰҰ сарапшылары тарапынан баса айтылды [36,37].

Қарттық үдерісі әр түрлі аурулардан, соның ішінде тек егде және қарт жастағы адамдарға ғана тән патологиялардан зардап шеккен науқастар санының көбеюімен қатар жүреді [38,39].

Қарт адамдарға — дені сауға жататындар, мықты қарттар, ауру ауыртпалығы түскен әртүрлі әлеуметтік қабаттардан шыққан және әртүрлі білім деңгейін квалификация және әртүрлі қызығушылықтар игерген адамдар жатады. Олардың көбі қартайғанда зейнетақы ала отырып жұмыс істемейді.

Ұзақ жасау және психикалық денсаулық әр ұзақ жасаушы (сирек жағдай болмаса) соматикалық хронологиялық аурумен қатар аурады (жүрек түтікшелері, асқазан-ішектік, геникологиялық, урологиялық, тірек-қимыл аппараты ауруларымен және тағы басқа). Егер орталық жүйке жүйесімен байланысты ауруларды былай қойсақта, бұның өзі көптеген қартайған адамдарды «шекарадағы» ауруға жатқызуға жеткілікті. Осыдан келіп, олар психиатрдың не психотерапевтің бақылауын не емдеу коррекциясын керек етеді. Психожұмыстың психотерапия – бұл қарт алдамды өлімге моральды тұрғыда дайындау, бұл жас әзірге психиатрия бөлігі. Өйткені, тіпті бір-ақ хроникалық аурудың өзі (ол қай кезде пайда болатынын маңызды емес) неврозға ұқсас ауруларға және мінездің ауру деформациясына, тіпті психопатияға дейін әкеледі. Қарттықтың бұл құбылыстарын арнайы бөлім геронтология зерттейді.

Ұзақ жасаушылардың (қартаюшы, егде, қарт) әлеуметтік-медициналық проблемалары ең алдымен, өте — әлеуметтік және медициналық болып бөлінеді. Бірақ, бұл нәрсе бойынша бөлу емес, форма бойынша бөлу. Екі проблема да цивилизация мен мәдениет басталып келе жатқанда пайда болды. Соңғы дамыған онжылдықта дамыған елдерде бақыланып келе жатқан тенденциялардың бірі – тұрғылықты жердегі қарт адамдардың санының абсолютті өсуі. Тұрғылықты жердің жалпы санында балалар мен жастар санының үлесі азайып, қарт кісілердің санының үлесі өсу процесі айнымай жүріп жатыр.

Қарт адамдардың өмірлерінің әлеуметтік шарттары ең алдымен олардың денсаулық жағдайымен анықталады. Денсаулық жағдайының көрсеткіштері сапасында өзіндік бағалу кеңінен қолданылады.

Қартаю процесі жеке топтармен индивидтерде бірдей бола бермейді. Өзіндік бағалаулары қатты ерекшеленеді.

Денсаулықтың жағдайымен тағы бір көрсеткіші – белсенді өмір қызметтілігі қарт адамдарда хронологиялық аурулар күшінде төмендейді, естудің, көрудің нашарлауы, ортопедикалық проблемалар бар болады.

Қарт адамдардың ауру деңгейі, жастарға қарағанда 6 есе жоғары.

Денсаулықпен таласа алатын жалғыз проблема – материалдық жағдай. Қарта адамдар өздерінің материалдық жағдайларымен, инфекция деңгейіне, медициналық көмектің жоғары тұратынына қиналады. Өткізілген әлеуметтік зерттеуге сәйкес, зейнектерлердің 60%-ы жұмыс істегісі келеді екен. Қарт адамдардың үй жағдайында тұратындарға қарағанда қарттар үйінде айтарлықтай әртүрлілік байқалады.

Сонымен бірге, қарт адамдарға арналған интернат үйлерінде психиатр, психолог, әлеуметтік педагог әлеуметтік жұмыспен тегін қызмет көрсетеді.

Ғылыми зерттеу нәтижелерінің мәліметтеріне қарағанда жалғыз басты егде адамның 30% тұрғын үй-жайы мен қаражаттық-тұрмыстық жағдайларын жақсартуға (жөндеуге, телефондық байланыспен қамтамасыз етуге, санитарлық жағдайларды ұйымдастыруға), егде және қарт адамның – үйде тұрмыстық қызмет көрсетуді ұйымдастыруға қажеттілігін көрсетті [66,67].

Тұрмыстық қиыншылықтардың ішінен егде және қарт адамдардың 80% көбінесе кір жуу, үйді жинастырып - тазалау (2/3 бөлігі), азық-түлік пен дәрілерді сатып алу (32%), тамақ дайындау (25%), өзіне күтім жасау, гигиена шараларын жасау (18%) сияқты қиындықтармен жиі ұшырасады екен [68,69].

Әлеуметтік және стационарлық ұйымдарда тұрақты өмір сүретін егде және қарт жастағы адамдардың арасында жалғыз басты адамдардың үлесі 52%-ға дейін артып отыр. Жеке ғалымдардың деректеріне қарағанда жалғызбасты қарттық жастағы адамдар мен мүгедектерге арналған психоневрологиялық интернаттарда олардың үлес салмағы орта есеппен 70% дейін жетті [70].

Қартайған адамның ерекше жағдайы, оның «күдайға жақындылығымен» тұрады. Қарт адамның маңызды жағы, оның біртіндеп өлімге жақындап қалған өлім туралы уайым болатынын дәлелдеді. Бұл адаммен бірге туатын психологиялық қорғанышының жасына сай образбен өзгеруі және өз өлімі туралы ес кіретін бағдарламалармен түсіндіріледі. Психологиялық қорғаныш адамға және жазылмайтын аурумен аурушыға өлімнен қашып құтыла алмайтындығы туралы ойларды жеңуге көмектеседі. Автор, әрине, «өлім тұрады ойлар» психологиялық, патологияның (психотикалық депрессиялар, суицидальды құрылымдар, сандырақ және тағы басқа) симптомы болып табылғанша қатысты.

Халықтың қартаюу кеңеюіне енген кейбір елдердің тәжірибесі мыналар көрсетеді. Зейнетақыға шыққан жеке адамдардың қоғамда бейімделуі қиын және күрделі жағдайда өтіп отырады. Біздің елімізде еңбекке қабілетті жастағы адамдардың және жасы бойынша еңбекке қабілетсіз адамдардың ара қатынасы, балалармен егде адамдарды жүру қарқынынан нақты айқындалып отыр. Соңғы он жыл кезегінде демографиялық жүктеме коэффициенттің уақытша төмендеп, кемуі еңбекке қабілетті адамдар жүктемесінің азаюымен қатар өтіп жатыр. Бұл ситуация құрамында қарт адамдар бас отбасыларға мемлекетті қолдаудың маңыздылығын күшейте түседі.

Сонымен бірге елімізде көптеген отбасылар әлеуметтік- экономикалық қиындықтарды бастан кешіруде:

- кедейшілік;
- жұмыссыздық;
- көп балалы болу;
- ауру- сырқат болу т.б

Бәрінен бұрын жалғызбасты тұрып жатқан қарт адамдардың өсу үрдісі қалыптасып барады.

Қарт адамдарға әлеуметтік көмек көрсету әр түрлі әлеуметтік теорияларды қолдана білу талап етеді. Олардың ішінде:

1. Әлеуметтік рөлдерден айырылу теориясы;
2. Халықтың аз бөлігін құрау теориясы;
3. Адамдардың жастары бойынша стратификация теориясын негіздеу.

Бірінші теорияларының мазмұнына үлкен егде жастағы адамдар жатады. Қартаю кезеңінде жас адамдармен араласып қарым- қатынастарда болмайды. Оларды әлеуметтік рөлдердегі рөлдерден босатады. Бұл рөлдер негізінде еңбек қызметіне байланысты болған, сонда- ақ басқару және жауапкершілік рөлдері де қатарласа жүрген. Рөлдерден босату теориясы үлкен, егде жастағы адамдарды зейнетке шығару арқылы заңды түрде іске асырылатын процесс ретінде қаралады. Олардың қызмет орндары белгілі бір қызметтегі жас адамға өтуі керек. Бірқатар сыншылар, бұл теорияларына адамгершілік сезімді қастерлемейтін деп пікір айтады. Ал қайсібір рөлдерден босату, бұл процесс универсалды жан- жақтан түбінде іске асырылатын шара ретінде дәлелдейді.

Қазіргі уақытта бұған қарсы әлеуметтік өрісте қолдануын шектейтін белсенділік теориясы тұжырымдалып кеңінен қолданылатын болады.

Бұл теорияны жақтаушылар дәлелдеп көрсеткендей қарт адамдар игерген рөлдерден айырылған кезде олар қоғамда керексіз екендігін сезінетін сезім туындайды. Жеке басының қасиетін жоғалту деп түсінеді, өзінің рухани құндылықтарын іске асыру үшін, олар белсенді өмірден бас тартпау керек. Керісінше, жаңа қызметпен айналысып жаңа рөлдерді орындауды әлеуметтік қажеттілік деп санайды.

Әлеуметтік рөлі бар мәндерде белсенді орындауды жалғастырып, еңбек ортасымен араласып, қарт адамдар өздерінің психологиялық тұрақтылығын қалыптасқан байсалдылығын сақтап қала алады.

Адамның қартаю кезеңінде бейімделу дрежесі орталықтай деңгейде алғашқы сатылардың қызметі байланысты болып келеді.

Енді қартаю кезеңі жақындаған сайын адам көптеген рөлдерді игерсе, онда оларды жоғалтып айырылған уақытта ол онша қинала қоймайды. Жаңа

жұмыс орның табуға жеңіл соғады. Отыз жастағы эмоционалдык, психологиялық тұрақтылығы және белсеңділігі бар адамдар жетпіс жастан асқан кезеңде өз бойындағы энергиясын сақтай алады. Отыз жастағы қорқыныш және консерватизм сапасындағы адамдар өмірінің аяғына дейін, бірқалыпты тұрақтылықты бола алмай, сенімсіздікпен үрейлене қарайды.

Қоғам оларды кемсітіп, оларға қарсы болып көрінеді. Егер үлкен егде жастағы адамдар жаққа жолды тауып, қалыптасқан байланысты сақтап қалса, олар мәдени деңгейдің жаңа түрін құрып, өзінің психологиялық тұрақтылығын сезінеді.

1. Осы жастағы топқа жататын адамдардың арасында психологиялық жақындастық, бірін- бірі қабылдап, тез тіл табысып кету;

2. Халықтың бөтен топтармен іс- әрекет жасаудан оларды алып тастауы.

Сонымен үлкен егде жастағы адамды кемсіту, олардың бірлігі қартаю кезінде қарым-қатынастарының өзіне тән жаңа түрі туындайды.

Осы түрі, яғни теорияның пайымдауынша бұл адамдарға арналған мамандандырылған мекемелерінің көбеюі, өзіндік мәдени деңгейді көбеюдегі қалыптастыруға мүмкіндік берер еді. Қарттар өздеріне лайықты мағынада өмір сүргісі келеді. Бұл олар өздерінің проблемаларын шешуге белсеңді түрде қалыптасқан жағдайда ғана мүмкіндік болады.

Кейбір мамандар адамдардың жастары бойынша стратификация теорияларын тиімді болып санайды. Бұл теорияға сәйкес адамдардың әр буыны өзінше құнды және тек қана өзіне тән тәжірбиесі бар деп тұжырымдалған.

Қазіргі уақыт адамның табиғатына сәйкес келетін қартаю теориялары құралып , бұл процесс жетілдіруге факторлар ықтимал.

Адамдардың қарт адамдар тобына қосылуы оның қоғаммен қарым-қатынасын және өмірдің мәні мен мақсаты, жақсылық пен бақыт деген сияқты құнды нормативтік түсініктерге қатынасын түбегейлі өзгертеді. Адамның өмір сүру салты да өзгереді. Бұған дейін олар қоғаммен,

өндіріспен, қоғамдық қызметпен тығыз байланыста болады. Ал зейнеткер ретінде олар өндіріс орнымен жүрген қарым-қатынасты жоғалтады. Бірақ қоғамның мүшесі ретінде олар қоғамдық өмірдің кез келген бір аясына қатысты болып қала береді.

Зейнетке шығу, әсіресе, еңбек қызметі жоғары бағаланған адамдарға ауыр тиеді. Тәжірибе көрсетіп отырғандай еңбек қызметінен айырылу адамдардың психикасына, өмірлік тонусына және денсаулық жағдайына кері әсерін тигізеді.

Адамдардың өмір сүру салты көбіне олардың бос уақытын ұйымдастырумен байланысты. Қоғамдық қызметке белсенді қатыса отырып, қарт адамдар өздерінің өмірлерін әлде қайда қызығырақ етеді. Бұл тұрғыда егде жастағы адамдарды қоғамның түрлі жұмыстарына, жиналыстар ұйымдастыруға, қарт адамдарға арналған теле, радио бағдарламаға қатыстыру жөн.

Өндірістегі еңбегінен бос уақытында қарт адамдар немерелерін тәрбиелеумен айналысады. Олар ұзақ жылдар бойы жинаған тәжірибелері мен жақсылықтарын беруге тырысады.

Отбасымен тұратын зейнеткерлер көбіне үй шаруашылығымен айналысады. Таңертең ерте тұрып, отбасындағы жұмыс жасайтын адамдарға таңғы асын дайындайды. Немерелерін мектепке аттандырады және тағы сол сияқты қызметтер атқарады. Бұл көптеген зейнеткерлердің «демалыс» күні қарт адамдардың денсаулық жағдайы отбасындағы атмосфераға да байланысты болып келеді. Қарт адамдардың отбасындағы жағдайы, қазіргі кезде, әлемде болып жатқан өзгерістер жағдайына да байланысты болып келеді. Мысалға, сол кезге сай ғылыми техникалық революция жағдайында жоғарғы ұрпақтың жиналған тәжірибесі бұрынғы мағыналығын жоғалтады. Неғұрлым білімді жастар үлкен жастағы қарт кісілерге басқа көзқараспен қарайды. Бірақ қарттарға көңіл аудару, отбасындағы жағдайды жақсарту қоғамда қалыптасқан құрылыммен анықталады.

Геронтология мен генетика арасында анық шекараны жасау қиын болғанымен, гериатрия (қарттық кезеңдерінде психикалық ауруларымен айналысатын) проблемалары маңызды орын алады.

Әр қарт адам оңай өмір сүрмейді. (60 жасқа келіп, ешқандай қайғы, ешқандай стресс сезінбеген адамды елестету қиын). Алайда, ерекше ауыр жағдайда глобалды әлеуметтік патаклияциялардың бүкіл қатарын басынан кешірген Ресей қарт адамдары. Адам үшін ең жаманы — өзінің ішкі құндылықтарын, бағыттарын жоғалтудың күйін басынан кешіру. Қарт адамдар құндылықтарын қайта бағыттауға, яғни капиталистік әлемнің құндылықтарын қабылдай алмайды. Осы арқылы олар өздерінің арттарынан социопаттардың үлкен армиясын ұсынады. Қарт адамның мінез-құлқы қартаю күшіне деформацияланады. Бұл деформациядан соң айтарлықтай қиын процесс болады. Әлеуметтік жұмысшылар біраз уақытқа дейін тұқымқуалаушылық арқылы берілген шешуінің жақтарын сақтайды. Жас ұлғайған сайын мінездің кәсіби деформациясы пайда болады, басқаша айтқанда, мінездің белгілі жақтарының акцентуациясы күмәнданғыштық, ашуланшақтық, жараланғыштық, қобалжушылық, толқушылық, өкпелегіштік, эмоционалды мобилділік, мінегіштік, долылық, жүдеушілік, тұйықтық, өзінің және айналасындағылардың іс-әрекетін әділетсіз бағалау, стереотипті қайталанатын «жаралайтын ситуацияларда» ақыл-ой қабілеттерінің реактивті регресі және тағы сол сияқты.

Ал егер қарт адамға өзінің жақын туыстарын, әсіресе жақын немесе балаларын жерлеуге тура келген болса, оның психикасы мен мінезі «қалыпты» бола қоймас. Қартайғанда жалғыз қалу проблемсы, сөзсіз ерекше орын алады. Жалғыз адамдардың психикасының өзгеруі ешқандай синдромды сыйымсыз, өйткені өзінің әр жағдайында ол бірігей және комфортты. Сонда да жалғызбасты қарттардың жағдайын «клиникалық», «геронтологиялық» әлеуметтік норма деп айтуға болмайды.

Бұл жерде тағы да қартайған азаматтардың өзінің әлеуметтік-медициналық ерекшеліктері күйінде ерекше қатар бөлінетін екі категориясын көрсетуге болады. Біріншіден, бұл қартайған мүгедектер (жас кезінде немесе кемелденген кезеңде мүгедек болып, сонда да жасында жақсы бейімделіп; отбасы бала-шағасы, жұмысы және тағы басқасы бар). Екіншіден, бұл қартайған шағында мүгедек болғандар. Қарт адамдардың психикасы кәсіби шаблондарға жатпайтын әртүрлі характерологиялық жынысымен, аффективті-эмоционалды ерекшеліктерімен өзіндік болып табылады. Бұл жерде индивидуалды әдістеме керек.

Адамның жай-күйін бағалаудың, емделуден күтетін және көрсетілген емдеуді бағалаудың маңызды әдістерінің бірі ретінде өмір сүру сапасын бағалауды айтуға болады. Бұл термин әлеуметтануда бұрыннан қолданылса, 1960 жылдардан бері медицина саласында пайдаланылады [1].

1980-жылдардан бастап әртүрлі аурулармен байланысқан өмір сүру сапасын бағалау үшін әртүрлі әдістемелік тәсілдер әзірленіп, апробация сынақтан өткізіліп, тәжірибеге енгізілуде [2].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) анықтамасы бойынша өмір сүру сапасы (ӨСС) - қоғам өміріндегі, оның мәдениетіндегі және құндылықтар жүйесіндегі мән - мәтінінде, өзінің жағдайының осы жеке тұлғаның мақсаттарымен, оның жоспарлары, мүмкіндіктері және жағдайсыздық дәрежесімен жеке арақатынасы [3].

Сонымен, ӨСС - адамның іштей жекелей және қоғам шеңберіндегі адамның жайлылық дәрежесі. Мұндай бағалау толығымен денсаулықтың жағдайымен, психологиялық хал-күйімен, тәуелсіздік деңгейімен, қоғамдағы орнымен, қоршаған орта себептерімен және адамның өзгеше түсініктерімен байланысты. Сонымен бірге, ӨСС ерекше субъективтік көрсеткіш болып табылады [4-6].

XXI ғасырдың басында «Өмір сүру сапасы» түсініктемесі ғылыми зерттеулердің мәніне айналды және дәл түсінікке ие болды. «Денсаулықпен байланысты өмір сүру сапасы» - бүгінде жеке және топтық деңгейдегі

денсаулық көрсеткіштерін бағалаудағы сенімді, ақпараттық деректі және тиімді әдіс [7-9].

Медицина ғылымы денсаулықты әлеуметтік-гигиеналық және психологиялық тұрғысында бағалайды. Әртүрлі патологиялар организмге айтарлықтай ауыртпалық түсіріп, жалпы көңіл-күйге әсер етеді. Дерт адамның күнделікті өмір тіршілігіне және өмірінің әртүрлі жақтарын, медициналық және әлеуметтік салауаттылықты өзгертеді. Ал, бұл өмір сүру сапасын нашарлатады [10-12].

Өмір сүру сапасы бойынша әдеби шолу барысында көптеген ғалымдардың еңбектерінде дәрігерлер тәжірибесінде науқастардың ӨСС критеріі - тез шаршағыштық шағымдарын көпшілік мамандар субъективті белгі ретінде қабылдап, оған аса мән аудармайды, ал, негізінде шаршағыштық ағзаның қызметінің әлсірегенін білдіре отырып, өлім қаупінің артқанын көрсетеді. Ұлыбритания мемлекетінде жүргізілген 40-79 жас аралығындағы 18101 ер және әйел адамдардан тұратын когортты зерттеуде 4397 өлім жағдайы тіркелген, осы жағдайдың ӨСС бағалау шкалаларында шаршағыштықты жасы, жынысы, білім деңгейі, әлеуметтік жағдайы, жүрек тамыр жүйесі ауруларының болуы, қалқанша безінің қызметімен, қандағы гемоглобин, СРП-мен өзара байланысын тексергенде өлім қаупінің жоғарылауы жүрек қан тамыр жүйесі ауруларында және қалқанша безінің қызметінің бұзылысымен шаршағыштық шкаласының айқын өзара байланысының жоғарылауы байқалды [13].

Егде және қарт жастағы тұрғындар арасында өмір сүру сапасын бағалау үшін жүргізілген сауалнамаларының тиімділігін бағалау үшін мета анализдік шолу жасағанда өмір сүру сапасын бағалайтын бірнеше Short Form 12 (SF12), EuroQol (EQ5D), Life-Quality-Gerontology Centre Scale (LGC-Scale) және Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) сауалнамаларымен салыстырғанда қарт жастағы тұрғындар үшін ең тиімдісі - Short Form 36 (SF36), яғни Халықаралық стандартталған сауалнама MOSSF 36 сауалнамасы екені дәлелденді [14].

Ревматоидты артритпен сырқаттанатын қабынуға қарсы препараттармен бірге Ритуксимаб дәрмегін қолдану нәтижесін бағалауға бағытталған орта жасы 49 жасты құрайтын 10 (8 әйел, 2 ер адам) науқастан тұратын проспективті зерттеу нәтижесінде ӨСС бағалау нәтижесінде SF-36 балл нәтижесі 24,8 ден 38,3-ге дейін жоғарылаған ($p=0,008$), аурудан туындаған еңбекке жарамсыздығы аздап төмендеген, сонымен қатар, қанның анализінде ЭТЖ, СРБ мөлшері де азайған [15].

2004 жылы Жапонияда Доктор Мурашима және әріптестерімен бірге егде және қарт жастағы тұрғындардың арасында жүргізілген зерттеуде дені сау қарттар мен деменциясы бар қарттардың өмір сүру сапасын салыстырғанда, дененің физикалық функциясы мен өміршеңдік шкалалары дені сау қарттарда жоғары екені анықталса, ал, деменциясы бар қарттарда денсаулығын субъективті бағалау шкалалары дені сау қарттармен салыстырғанда жоғары көрсеткен. Ғылыми зерттеу нәтижесінде гериатриялық қызметті стандартизациялау мақсатында арнайы көмекке мұқтаж науқас қарттардың күтімінде бірнеше маманнан тұратын топтық медициналық көмек көрсету жүйесінің тиімділігі анықталған [16].

2001 жылы жүргізілген 12 айлық зерттеу жұмысында қарттардың денсаулығына үй жағдайында көрсетілетін біріктірілген медициналық және әлеуметтік көмектің тиімділігін бағалау үшін ӨСС бағалау сауалнамасы арқылы анықталғаны - неғұрлым дер кезінде тиімді ұйымдастырылған медициналық – әлеуметтік көмек қарттардың өмір сүру сапасы мен денсаулығына оңтайлы әсер етке [17].

2001 жылы Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау министрлігі әзірленген өмір сүру (ӨС) сапасын зерттеу бағдарламасы бекітілді. Осы бағдарлама бойынша ӨС сапасын тексерудің басымдығы әлеуметтік салада екендігі және аймақтық және тілдік өзгешеліктердің талаптарына сай жүргізілуі тиіс кешенді құралдарды пайдалану керектігі баяндалды. Алайда, ӨС сапасын бағалау бойынша зерттеу жұмыстары Қазақстан Республикасында жеткіліксіз дәрежеде орындалуда. Десек те,

соңғы жылдары әлеуметтік гигиена және денсаулық сақтау саласында бұл ғылыми бағдарлама үлкен қызығушылық туғызуда және зерттеудің ауқымы кеңейуде [18].

Әлеуметтік – медициналық зерттеулерде әртүрлі адамдар тобында өмір сүру сапасын бағалау ғылыми негіздеме және жоспарлы, ұйымдастырылған бақылау жүйесі мен деректі материалдарды жинау және талдау арқылы жүзеге асырылады. Көптеген зерттеушілер көрсеткіштердің көп түрлілігімен айқындалатын «Өмір сүру сапасы» түсінігінің әртүрлі сипатты түсінік екендігін айтады. Кешенді көрсеткіштер келесі индекстерді қамтиды: денсаулық (өмір сүрудің барлық сатыларында салауатты өмір салтын сақтау мүмкіндігі, жеке адамдар организміне денсаулық бұзылыстарының әсері); жекелей даму ерекшеліктері; жұмыспен қамтылу; еңбек ету сапасы және тағы басқа көрсеткіштер бар [19].

Біріккен Ұлттар Ұйымына қарасты Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы өмір сүру сапасының негізгі өлшемдерін жасады және ӨСС туралы ғылыми бағдарламаны даярлауға елеулі үлес қосты. Өмір сүру сапасына төмендегідей элементтер жатады: дененің қалыптасуы (күш, қуат, шаршау, қажу, ауыру, жайсыздық, ұйқының қалпы, тынығу дәрежесі); психологиялық (жағымды және жағымсыз эмоциялар, ойлау, сараптау, зерделеу, өзін-өзі бағалау, сыртқы пішін, уайымдау); еркіндік деңгейі (күнделікті белсенділік, жұмысқа қабілеттілік, денсаулық, дәрі-дәрмектерге мұқтаждық, емделуге тәуелділік); қоғамдық өмір (жеке қарым-қатынастар, субъектінің қоғамдық ортадағы құндылығы, жыныстық қатынастағы белсенділік); қоршаған орта (тұрмыс- тіршілік, аман-есендік, қауіпсіздік, медициналық және әлеуметтік көмектің сапасы және қолжетімділігі, тұрмыстық қамтамасыз етілу, экология, оқу мүмкіндігі, ақпараттың қол жетімділігі); руханилық (діни қатынас, жеке рухани сенімдер) [20].

Ғалымдардың пайымдауынша, денсаулықпен байланысқан ӨСС өзінің жеке субъективтік түсінігі бар. Сау немесе ауру адамның дене, психологиялық, эмоциялық және әлеуметтік сипаттары қимыл-

қозғалыстардың жиынтықтық сипаттамасы болып табылады [21].

Өмір сүру сапасының (ӨСС) түсініктемесі Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының денсаулық туралы анықтамасымен байланысады және құрылымдық бірлігі бар. «Денсаулық – бұл адам ағзаларында аурудың немесе дене бітімінде кемшіліктердің бар не жоқтығы ғана емес, сонымен бірге, адамның ағзасының толық психологиялық және әлеуметтік саулығы» [22].

Зерттеу тәсілдерін дұрыс таңдау - ӨСС бағалау әдістемесінің негізі болып табылады. Оның негізінде келесі элементтерді қамтитын көп құрамдылық жатыр: зерттеу бағдарламасын әзірлеу; зерттеу тәсілдерін таңдау; науқастарды қарау; деректі материалдарды жинау; деректер базасын қалыптастыру; сауалнама деректерін шкалалау; сауалнама деректерін статистикалық өңдеу; алынған зерттеу нәтижелерін талдау және тұжырымдама жасау [23].

Қартаюу процесі жеке топтармен индивидтерде бірдей бола бермейді. Өзіндік бағалаулары қатты ерекшеленеді.

Денсаулықтың жағдайымен тағы бір көрсеткіші – белсенді өмір қызметтілігі қарт адамдарда хронологиялық аурулар күшінде төмендейді, естудің, көрудің нашарлауы, ортопедикалық проблемалар бар болады.

Қарт адамдардың ауру деңгейі, жастарға қарағанда 6 есе жоғары.

Денсаулықпен таласа алатын жалғыз проблема – материалдық жағдай. Қарта адамдар өздерінің материалдық жағдайларымен, инфекция деңгейіне, медициналық көмектің жоғары тұратынына қиналады. Өткізілген әлеуметтік зерттеуге сәйкес, зейнектерлердің 60%-ы жұмыс істегісі келеді екен. Қарт адамдардың үй жағдайында тұратындарға қарағанда қарттар үйінде айтарлықтай әртүрлілік байқалады.

Сонымен бірге, қарт адамдарға арналған интернат үйлерінде психиатр, психолог, әлеуметтік педагог әлеуметтік жұмыспен тегін қызмет көрсетеді.

Ғылыми зерттеу нәтижелерінің мәліметтеріне қарағанда жалғыз басты егде адамның 30% тұрғын үй-жайы мен қаражаттық-тұрмыстық жағдайларын

жақсартуға (жөндеуге, телефондық байланыспен қамтамасыз етуге, санитарлық жағдайларды ұйымдастыруға), егде және қарт адамның – үйде тұрмыстық қызмет көрсетуді ұйымдастыруға қажеттілігін көрсетті [66,67].

Тұрмыстық қиыншылықтардың ішінен егде және қарт адамдардың 80% көбінесе кір жуу, үйді жинастырып - тазалау (2/3 бөлігі), азық-түлік пен дәрілерді сатып алу (32%), тамақ дайындау (25%), өзіне күтім жасау, гигиена шараларын жасау (18%) сияқты қиындықтармен жиі ұшырасады екен [68,69].

Әлеуметтік және стационарлық ұйымдарда тұрақты өмір сүретін егде және қарт жастағы адамдардың арасында жалғыз басты адамдардың үлесі 52%-ға дейін артып отыр. Жеке ғалымдардың деректеріне қарағанда жалғызбасты қарттық жастағы адамдар мен мүгедектерге арналған психоневрологиялық интернаттарда олардың үлес салмағы орта есеппен 70% дейін жетті [70].

Қартайған адамның ерекше жағдайы, оның «құдайға жақындылығымен» тұрады. Қарт адамның маңызды жағы, оның біртіндеп өлімге жақындап қалған өлім туралы уайым болатынын дәлелдеді. Бұл адаммен бірге туатын психологиялық қорғанышының жасына сай образбен өзгеруі және өз өлімі туралы ес кіретін бағдарламалармен түсіндіріледі. Психологиялық қорғаныш адамға және жазылмайтын аурумен аурушыға өлімнен қашып құтыла алмайтындығы туралы ойларды жеңуге көмектеседі. Автор, әрине, «өлім тұрады ойлар» психологиялық, патологияның (психотикалық депрессиялар, суицидальды құрылымдар, сандырақ және тағы басқа) симптомы болып табылғанша қатысты.

Халықтың қартаюу кеңеюіне енген кейбір елдердің тәжірибесі мыналар көрсетеді. Зейнетақыға шыққан жеке адамдардың қоғамда бейімделуі қиын және күрделі жағдайда өтіп отырады. Біздің елімізде еңбекке қабілетті жастағы адамдардың және жасы бойынша еңбекке қабілетсіз адамдардың ара қатыннасы, балалармен егде адамдарды жүру қарқынынан нақты айқындалып отыр. Соңғы он жыл кезегінде демографиялық жүктеме коэффициенттің уақытша төмендеп, кемуі еңбекке қабілетті адамдар

жүктемесінің азаюымен қатар өтіп жатыр. Бұл ситуация құрамында қарт адамдар бас отбасыларға мемлекетті қолдаудың маңыздылығын күшейте түседі.

Сонымен бірге елімізде көптеген отбасылар әлеуметтік- экономикалық қиындықтарды бастан кешіруде:

- кедейшілік;
- жұмыссыздық;
- көп балалы болу;
- ауру- сырқат болу т.б

Бәрінен бұрын жалғызбасты тұрып жатқан қарт адамдардың өсу үрдісі қалыптасып барады.

Қарт адамдарға әлеуметтік көмек көрсету әр түрлі әлеуметтік теорияларды қолдана білу талап етеді. Олардың ішінде:

4. Әлеуметтік рөлдерден айырылу теориясы;
5. Халықтың аз бөлігін құрау теориясы;
6. Адамдардың жастары бойынша стратификация теориясын негіздеу.

Бірінші теорияларының мазмұнына үлкен егде жастағы адамдар жатады. Қартаю кезеңінде жас адамдармен араласып қарым- қатынастарда болмайды. Оларды әлеуметтік рөлдердегі рөлдерден босатады. Бұл рөлдер негізінде еңбек қызметіне байланысты болған, сонда- ақ басқару және жауапкершілік рөлдері де қатарласа жүрген. Рөлдерден босату теориясы үлкен, егде жастағы адамдарды зейнетке шығару арқылы заңды түрде іске асырылатын процесс ретінде қаралады. Олардың қызмет орндары белгілі бір қызметтегі жас адамға өтуі керек. Бірқатар сыншылар, бұл теорияларына адамгершілік сезімді қастерлемейтін деп пікір айтады. Ал қайсібір рөлдерден босату, бұл процесс универсалды жан- жақтан түбінде іске асырылатын шара ретінде дәлелдейді.

Қазіргі уақытта бұған қарсы әлеуметтік өрісте қолдануын шектейтін белсенділік теориясы тұжырымдалып кеңінен қолданылатын болады.

Бұл теорияны жақтаушылар дәлелдеп көрсеткендей қарт адамдар игерген рөлдерден айырылған кезде олар қоғамда керексіз екендігін сезінетін сезім туындайды. Жеке басының қасиетін жоғалту деп түсінеді, өзінің рухани құндылықтарын іске асыру үшін, олар белсенді өмірден бас тартпау керек. Керісінше, жаңа қызметпен айналысып жаңа рөлдерді орындауды әлеуметтік қажеттілік деп санайды.

Әлеуметтік рөлі бар мәндерде белсенді орындауды жалғастырып, еңбек ортасымен араласып, қарт адамдар өздерінің психологиялық тұрақтылығын қалыптасқан байсалдылығын сақтап қала алады.

Адамның қартаю кезеңінде бейімделу дрежесі орталықтай деңгейде алғашқы сатылардың қызметі байланысты болып келеді.

Енді қартаю кезеңі жақындаған сайын адам көптеген рөлдерді игерсе, онда оларды жоғалтып айырылған уақытта ол онша қинала қоймайды. Жаңа жұмыс орның табуға жеңіл соғады. Отыз жастағы эмоционалдық, психологиялық тұрақтылығы және белсенділігі бар адамдар жетпіс жастан асқан кезеңде өз бойындағы энергиясын сақтай алады. Отыз жастағы қорқыныш және консерватизм сапасындағы адамдар өмірінің аяғына дейін, бірқалыпты тұрақтылықты бола алмай, сенімсіздікпен үрейлене қарайды.

Қоғам оларды кемсітіп, оларға қарсы болып көрінеді. Егер үлкен егде жастағы адамдар жаққа жолды тауып, қалыптасқан байланысты сақтап қалса, олар мәдени деңгейдің жаңа түрін құрып, өзінің психологиялық тұрақтылығын сезінеді.

3. Осы жастағы топқа жататын адамдардың арасында психологиялық жақындастық, бірін- бірі қабылдап, тез тіл табысып кету;

4. Халықтың бөтен топтармен іс- әрекет жасаудан оларды алып тастауы.

Сонымен үлкен егде жастағы адамды кемсіту, олардың бірлігі қартаю кезінде қарым-қатынастарының өзіне тән жаңа түрі туындайды.

Осы түрі, яғни теорияның пайымдауынша бұл адамдарға арналған мамандандырылған мекемелерінің көбеюі, өзіндік мәдени деңгейді көбеюдегі

қалыптастыруға мүмкіндік берер еді. Қарттар өздеріне лайықты мағынада өмір сүргісі келеді. Бұл олар өздерінің проблемаларын шешуге белсенді түрде қалыптасқан жағдайда ғана мүмкіндік болады.

Кейбір мамандар адамдардың жастары бойынша стратификация теорияларын тиімді болып санайды. Бұл теорияға сәйкес адамдардың әр буыны өзінше құнды және тек қана өзіне тән тәжірибесі бар деп тұжырымдалған.

Қазіргі уақыт адамның табиғатына сәйкес келетін қартаю теориялары құралып, бұл процесс жетілдіруге факторлар ықтимал.

Адамдардың қарт адамдар тобына қосылуы оның қоғаммен қарым-қатынасын және өмірдің мәні мен мақсаты, жақсылық пен бақыт деген сияқты құнды нормативтік түсініктерге қатынасын түбегейлі өзгертеді. Адамның өмір сүру салты да өзгереді. Бұған дейін олар қоғаммен, өндіріспен, қоғамдық қызметпен тығыз байланыста болады. Ал зейнеткер ретінде олар өндіріс орнымен жүрген қарым-қатынасты жоғалтады. Бірақ қоғамның мүшесі ретінде олар қоғамдық өмірдің кез келген бір аясына қатысты болып қала береді.

Зейнетке шығу, әсіресе, еңбек қызметі жоғары бағаланған адамдарға ауыр тиеді. Тәжірибе көрсетіп отырғандай еңбек қызметінен айырылу адамдардың психикасына, өмірлік тонусына және денсаулық жағдайына кері әсерін тигізеді.

Адамдардың өмір сүру салты көбіне олардың бос уақытын ұйымдастырумен байланысты. Қоғамдық қызметке белсенді қатыса отырып, қарт адамдар өздерінің өмірлерін әлде қайда қызығырақ етеді. Бұл тұрғыда егде жастағы адамдарды қоғамның түрлі жұмыстарына, жиналыстар ұйымдастыруға, қарт адамдарға арналған теле, радио бағдарламаға қатыстыру жөн.

Өндірістегі еңбегінен бос уақытында қарт адамдар немерелерін тәрбиелеумен айналысады. Олар ұзақ жылдар бойы жинаған тәжірибелері мен жақсылықтарын беруге тырысады.

Отбасымен тұратын зейнеткерлер көбіне үй шаруашылығымен айналысады. Таңертең ерте тұрып, отбасындағы жұмыс жасайтын адамдарға таңғы асын дайындайды. Немерелерін мектепке аттандырады және тағы сол сияқты қызметтер атқарады. Бұл көптеген зейнеткерлердің «демалыс» күні қарт адамдардың денсаулық жағдайы отбасындағы атмосфераға да байланысты болып келеді. Қарт адамдардың отбасындағы жағдайы, қазіргі кезде, әлемде болып жатқан өзгерістер жағдайына да байланысты болып келеді. Мысалға, сол кезге сай ғылыми техникалық революция жағдайында жоғарғы ұрпақтың жиналған тәжірибесі бұрынғы мағыналығын жоғалтады. Неғұрлым білімді жастар үлкен жастағы қарт кісілерге басқа көзқараспен қарайды. Бірақ қарттарға көңіл аудару, отбасындағы жағдайды жақсарту қоғамда қалыптасқан құрылыммен анықталады.

Денсаулық сақтау ісіне байланысты ӨСС анықтау сауалнаманың сұрақтарына жауап толтыруға негізделген. Анкеталық сауалнамаға қатысты жауаптарды дәрігер (реципиент) немесе пациент толтырады. Сауалнамадағы сұрақтар ағзаның әлеуметтік, психологиялық және басқа құрамдас бөліктерінің толығымен тіршілік әрекетін жүргізу қабілетіне, яғни тамақтануға, қозғалысына, адамдармен қарым-қатынасын орнатуға, әртүрлі әлеуметтік қызметтерді орындауға, әртүрлі аурулардың немесе жеке сырқаттардың ағзаға әсер ететін белгілерін анықтауға қажет [24].

Өмір сүру сапасы мен денсаулық жағдайын бағалау үшін әртүрлі сауалнамаларды жүргізу барысында адамдардың сенімділік және сезімдік сияқты психометриялық және физиометриялық қасиеттеріне назар аудару керек. Сенімділік нақты және шынайы болуы үшін өлшеу дәлдігін көрсететін бағананы қолданады. Сезімділік көрсеткіші – зерттелетін адамның көңіл-күйінде туындауы мүмкін өзгерістерге сәйкес ӨСС көрсеткіштерінің ауытқуын анықтау. Валидтік – белгіленген негізгі сипаттаманы сауалнама көмегімен анық өлшеу болып табылады [25].

Өмір сүру сапасын анықтауда қолданылатын барлық сауалнамаларды мынандай топтарға жатқызады: жалпы қолданылатын сауалнамалар (балалар

және ересектер үшін; науқастар және дені сау адамдар үшін және т.б.) және арнайы жағдайда қолданылатын сұрақнамалар. Арнайы сауалнамаларды (анкеталарды) медицина салаларын (онкология, неврология, ревматология және т.б.), адамдардың нозологиясын (сүт безінің қатерлі ісігі, ойық жара ауруы, ревматоидты артрит және т.б.) таңдай отырып жіктейді. Жеке нозологияға арналған немесе пациенттің белгілі бір жағдайына сай айрықша құрастырылған арнайы сауалнамалар (анкеталар) да кездеседі.

Құрылымдық ерекшеліктеріне байланысты сауалнамалар (анкеталар) жеке бағананың мағынасынан құрылған немесе бірнеше цифрлық сауалнамаларға және бірыңғай цифрлық мағыналық-индекстерге бөлінеді.

Медицина саласында ӨСС зерттеу мақсатында ең жиі қолданылатын жалпы сауалнамаларға MOS-SF-36, Quality of Well-Being index, Child Health Questionnaire, Sickness impact Profile, EUROQOL (Euro Quality of Life Group), Nottingham Health Profile, Quality of Life index, PedsQL атты сауалнамалар жатады.

Медициналық мақсатта қолданылатын жоғарыда аталған жалпы сауалнамалар (анкеталар) сау адамдардың да, пациенттердің де ӨСС бағалауға арналған. Жоғарыда аталған сауалнамалар денсаулықтан тыс тәуелсіз ересек адамдардың арасында қолданылуы мүмкін. Соңғы аталған екі сауалнама әртүрлі жастық топтарының арасында өзге мақсатта пайдаланылуы мүмкін [26].

Денсаулық көрсеткіштерін бағалау үшін тиімді болып есептелетін ӨСС бағалау үшін «Алтын стандарт» немесе - 1992 жылы J.E.Ware құрастырған Халықаралық ұйымдармен стандартталған сауалнама MOSSF-36 (Medical Outcomes Study-ShortForm) қолданылады. Бұл сауалнама өмір сүру сапасын бағалаудың дербес ұлтаралық орталығының (Санкт-Петербург, 1998ж.) зерттеушілерінің қатысуымен құрастырылған.

ӨСС арналған сауалнама 8 бағана бойынша бағалауға мүмкіндік беретін 36 сұрақтан құрастырылған, оның ішінде, дене әрекеті, рольдік (дене) әрекет, ауыру, жалпы денсаулық, өмір сүруге қабілеттілік, әлеуметтік қимыл,

эмоциялық жауап және психологиялық денсаулық бар. Сараптау барысында әрбір көрсеткіш санның мағынасы балл бойынша көрсетіледі (0-ден 100-ге дейін): есептеу баллы жоғарылаған сайын өмір сүру сапасын бағалау дәрежесі де жоғары болады. Зерттеу барысында оны сау адамдар арасында да, науқас адамдар арасында да, халықтың дербес (жас, жыныс және т.б. бойынша) топтарында да, сондай-ақ, жеке адамдарға да қолдануға болады. Халықаралық стандартталған сауалнама MOSSF 36 ӨСС көрсеткіштерінің өзгерісінің даму бағытын анықтауға мүмкіндік береді [26].

ӨСС бағалау үшін басты құрал болып сипаттамалар (ӨСС әрбір құрамдас бөліктерін жеке бағалау) және сауалнамалар (кешенді бағалау үшін) табылады. Олар өз кезегінде, жалпылама (тұтастай денсаулықты бағалау) және арнайы (нақты нозологияны зерттеу үшін) сипатта болуы мүмкін. Сонымен қатар, олардың барлығы аурудың клиникалық ауыртпалық дәрежесін бағаламайды, тек науқастың өз ауруын бағалау дәрежесін көрсетеді [27].

Медицинада ӨСС зерттеу әртүрлі мақсаттарға сай жүзеге асырылған. Осындай зерттеулердің нәтижелері диагностика әдістерінің тиімділігін, емдеуді, профилактика мен оңалтуды, науқастың ауырлық дәрежесін, аурудың одан ары даму болжамын анықтауға қолданылады. Бұдан ӨСС жеке сауықтыруды іріктеу мен еңбекке қабілеттілік қасиетін сараптау үшін, шығындар мен медициналық көмек тиімділігінің арақатынасын талдауға арналған қосымша бағаналық көрсеткіш болып табылады. ӨСС бағалау нәтижелерін медициналық аудитті жүргізгенде, психологиялық мәселелерді зерттегенде, науқастарды бақылағанда, емдеу шараларын жеке түрде қалыптастыруда (нақты науқас үшін оңтайлы препаратты таңдау) қолдануға болады [28].

Ғылыми әдебиеттерде өмір сүру сапасы тұжырымдамасының 3 негізгі құрамдас бөліктерін анықтау жүйесі қабылданған: көп өлшемділік, белгілі бір уақытта өлшеу, өзінің хал-күйін бағалауда адамның (науқастың) қатысуы [29]. ӨСС анықтаудың көп өлшемділігі адамның тіршілік әрекетінің дене,

психологиялық, әлеуметтік, рухани және экономикалық секілді негізгі салалары бойынша деректерді қолданылады.

Денсаулықты зерттеуге байланысты ӨСС аурумен байланысты және онымен байланысы жоқ компоненттерді бағалайды. Сонымен қатар, ауру мен оны емдеудің науқастың денсаулық жағдайына әсерін сараптауға анықтауға мүмкіндік береді [30].

Белгілі бір уақыт ішінде эндогендік және экзогендік себептердің науқастың хал-күйіне тигізетін әсеріне байланысты ӨСС-ның өзгеруі мүмкін. Өмір сүру сапасы туралы деректер науқастың жағдайына тұрақты мониторинг жүргізуге және қажет болған жағдайда оған берілетін емдеу шараларын түзетуге мүмкіндік береді.

Пациенттердің өзінің көңіл-күйін анықтауға қатысуы, өмір сүру сапасын бағалаудың маңызды құрамдас бөлігі болып есептеледі. Респонденттердің өздері жасаған ӨСС бағалау сараптамасы, оның жалпы жағдайының бағалы және сенімді көрсеткіші болып табылады. ӨСС анықтауды науқастың өзі жасайды және дәрігер жасаған ӨСС науқастың анықтамасымен сәйкес келмейді. ӨСС көрсеткіштері нәтижелік қорытындымен бірге, әрбір науқастың жағдайы мен кеселі туралы толық және нақты бағасын жасайды [31].

Қазіргі таңда медициналық тәжірибеде сауалнамалармен зерттеу жүргізу кеңінен қолданылады. Сырқаттан зардап шеккен науқасты анықтауға, патологияның әр түрлі белгілері бар пациенттің жағдайына сипаттама беруге жол ашады [32].

Әртүрлі әлеуметтік-жастық топтардың арасында өмір сүру сапасын анықтау мақсатында жүргізілген зерттеулер [33], бұл денсаулық категориясының бірқатар ерекшеліктерін анықтады. Сондай-ақ, қарттық жастың ұлғаюына байланысты өмір сүру сапасының бірыңғай өзгеру бағыттарын қалыптастыруға мүмкіндік берді.

Қартаюуға байланысты ӨСС қалыптасуындағы заңдылықтардың бірі жас ұлғаюына байланысты ӨСС–ның бірте – бірте төмендеуі анықталды. Жастық

ерекшеліктеріне қарай ӨСС-ның күрт төмендеуі әйелдерде 45 жасынан 55 жасқа дейін дейін, ер адамдарда 45 жасынан 60-қа дейінгі кезеңде, ал одан кейін 70-тен 85 жасқа дейінгі жастық топта қалыптасады [34].

Өмір сүру сапасы деңгейінің күрт төмендеуі алғашқы жастық топтарда эмоциялық және жыныстық жүйе күйінің өзгерісінен, дене белсенділігінің төмендеуінен туындайды, ал екінші жастық кезеңде – сырқаттанумен және дене белсенділігінің төмендеуінен екендігі анықталды [35-37].

Егде адамдар арасында анкеталық сұрақнама жүргізу ерекшеліктері ретінде бұл тұлғалардың сауалнаманы өздігінен толтыру барысында тез шаршауын және олардың зерттеу мақсаты мен сұрақтардың мазмұнын түсіну деңгейінің төмен екендігін де атап көрсеткен жөн [38,39].

Сонымен, еліміздің егде жастағы тұрғындарының өмір сүру сапасын (ӨСС) қалыптастыруда медициналық көмекті олардың жастық, жыныстық, әлеуметтік, қаржылық, психологиялық жағдайларын есепке ала отырып, жүзеге асыру қажеттігі ерекше орын алады. Егде жастағы тұрғындарды емдеуде, олардың организмінде жүретін патологияларды емдеу стандарттары жасалуы қажет.

Өмір сүру сапасын зерттеу қорытындысы денсаулықпен немесе аурумен байланысты адамның субъективті көзқарасын көрсететін жаңа әдісі болып табылады және денсаулықты зерттеудің маңызды қосымша зерттеу әдістерінің бірі болып табылады.

Пациенттердің өзінің көңіл-күйін анықтауға қатысуы, өмір сүру сапасын бағалаудың маңызды құрамдас бөлігі болып есептеледі. Респонденттердің өздері жасаған ӨСС бағалау сараптамасы, оның жалпы жағдайының бағалы және сенімді көрсеткіші болып табылады. ӨСС анықтауды науқастың өзі жасайды және дәрігер жасаған ӨСС науқастың анықтамасымен сәйкес келмейді. ӨСС көрсеткіштері нәтижелік қорытындымен бірге, әрбір науқастың жағдайы мен кеселі туралы толық және нақты бағасын жасайды [31].

Қазіргі таңда медициналық тәжірибеде сауалнамалармен зерттеу жүргізу

кеңінен қолданылады. Сырқаттан зардап шеккен науқасты анықтауға, патологияның әр түрлі белгілері бар пациенттің жағдайына сипаттама беруге жол ашады [32].

Әртүрлі әлеуметтік-жастық топтардың арасында өмір сүру сапасын анықтау мақсатында жүргізілген зерттеулер [33], бұл денсаулық категориясының бірқатар ерекшеліктерін анықтады. Сондай-ақ, қарттық жастың ұлғаюына байланысты өмір сүру сапасының бірыңғай өзгеру бағыттарын қалыптастыруға мүмкіндік берді.

Қартаюға байланысты ӨСС қалыптасуындағы заңдылықтардың бірі жас ұлғаюына байланысты ӨСС–ның бірте – бірте төмендеуі анықталды. Жастық ерекшеліктеріне қарай ӨСС-ның күрт төмендеуі әйелдерде 45 жасынан 55 жасқа дейін дейін, ер адамдарда 45 жасынан 60-қа дейінгі кезеңде, ал одан кейін 70-тен 85 жасқа дейінгі жастық топта қалыптасады [34].

Өмір сүру сапасы деңгейінің күрт төмендеуі алғашқы жастық топтарда эмоциялық және жыныстық жүйе күйінің өзгерісінен, дене белсенділігінің төмендеуінен туындайды, ал екінші жастық кезеңде – сырқаттанумен және дене белсенділігінің төмендеуінен екендігі анықталды [35-37].

Егде адамдар арасында анкеталық сұрақнама жүргізу ерекшеліктері ретінде бұл тұлғалардың сауалнаманы өздігінен толтыру барысында тез шаршауын және олардың зерттеу мақсаты мен сұрақтардың мазмұнын түсіну деңгейінің төмен екендігін де атап көрсеткен жөн [38,39].

Сонымен, еліміздің егде жастағы тұрғындарының өмір сүру сапасын (ӨСС) қалыптастыруда медициналық көмекті олардың жастық, жыныстық, әлеуметтік, қаржылық, психологиялық жағдайларын есепке ала отырып, жүзеге асыру қажеттігі ерекше орын алады. Егде жастағы тұрғындарды емдеуде, олардың организмінде жүретін патологияларды емдеу стандарттары жасалуы қажет.

Өмір сүру сапасын зерттеу қорытындысы денсаулықпен немесе аурумен

байланысты адамның субъективті көзқарасын көрсететін жаңа әдісі болып табылады және денсаулықты зерттеудің маңызды қосымша зерттеу әдістерінің бірі болып табылады.

Зерттеу мақсаты: Кентау қаласындағы егде жастағы адамдардың денсаулығының жағдайын және әлеуметтік-экономикалық факторлардың өмір сүру сапасын әсерін зерттеу.

Материалдар мен зерттеу әдістері: Өмір сүру сапасын бағалау мақсатында Кентау қаласының егде жастағы адамдардан сауалнама жүргізілді. Сауалнама ресейлік зерттеуші Корнилова М.В. әдістемесіне негізделіп, қазақ тіліне аударылып дайындалды. Сауалнама 20 сұрақтан, 3 блоктан құрылған, егде жастағы адамдардың физикалық және психоэмоциональды жағдайын бағалауға, өмірге қажеттіліктеріне қанағаттану деңгейін бағалауға бағытталған. Сауалнама нәтижелері 3 баллдық шкала бойынша бағаланды. Және де қосымша сауалнамаға қатысушыларға физикалық белсенділік дәрежесін, бос уақытында немен айналысуы туралы мәліметтерге және стресстің негізгі себептерін анықтауға бағытталған жауаптары берілген бірнеше сұрақтар ұсынылды.

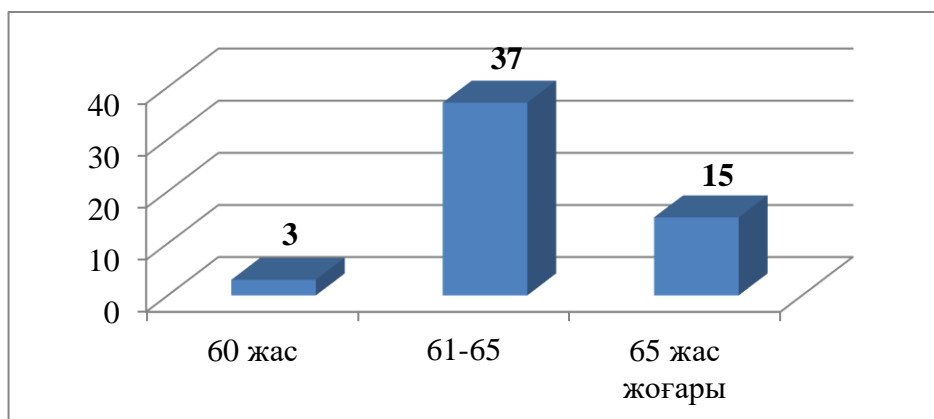
Зерттеуде сауалнамадан кездейсоқ іріктелген 60-72 жас аралығындағы 55 адам қатысты, оның 26 ер және 29 әйел (сурет - 1). Сауалнамаға қатысқан адамдардың орташа жасы 65 жасты құрады (сурет-2). Мәліметтерді статистикалық өңдеу «STATISTICA» (6.1). бағдарламасы арқылы компьютерде жүргізілді. Тәуелсіз топтардың сапалы белгілері параметриялық емес әдісімен χ^2 критерийлерін қолдану арқылы анықталды, топтардың айырмашылық нәтижелерінің сенімділігі (p) қолданылды. Статистикалық сенімділікке $p = 0,5$ алынды.



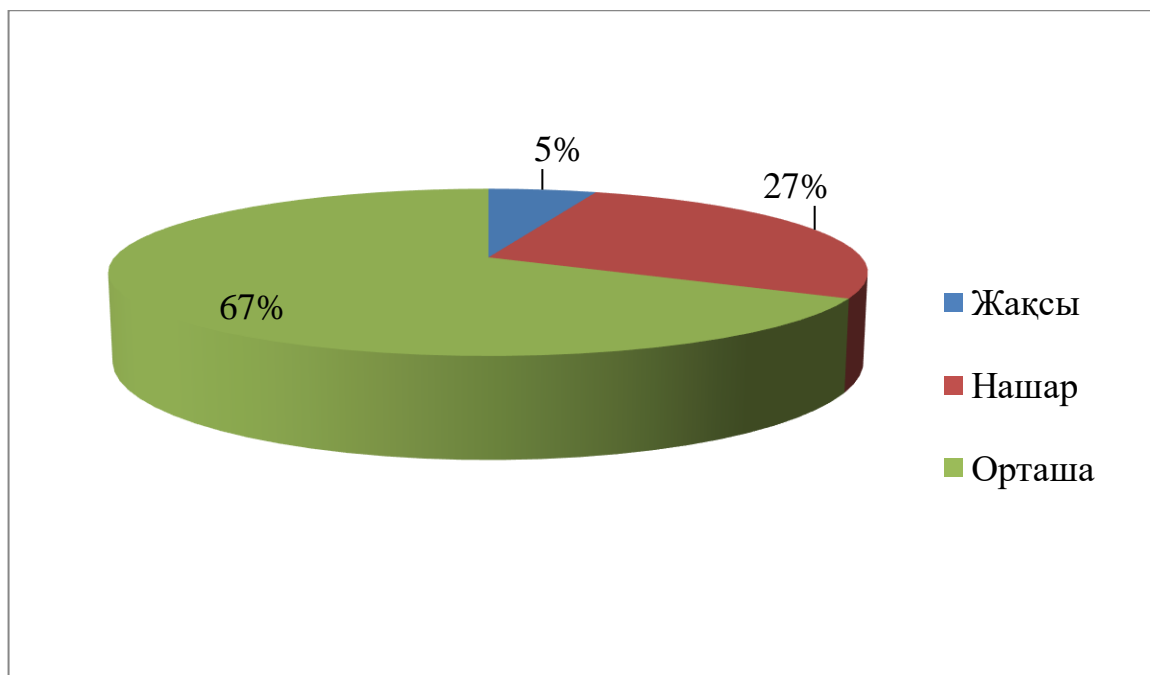
Сурет – 1. Зерттеуге қатысқан егде жастағы адамдар жынысы.

Зерттеу нәтижесі. Денсаулық жағдайы – тұрғындардың өмір сүру сапасын сипаттайтын көрсеткіштің бірі.

Зерттеу барысында егде жастағы адамдардың өз денсаулығын субъективті бағалау нәтижесінде – денсаулық жағдайы жақсы деңгейде деген 5,5% адам; 27,8% - адамдар денсаулық жағдайы төмен деңгейде екенін айтты (жасы 65 жастан жоғары), 66,7% - адамдар денсаулық жағдайы орташа деңгейде екені анықталды (сурет - 3). Егде жастағы науқастарда әртүрлі созылмалы аурулары мен патологиялардың полиморбидтілігінен көптеген дәрілік заттарды ұзақ және тұрақты қолдануына, дәрігерлік көмекке жиі жүгінуіне әкеледі.



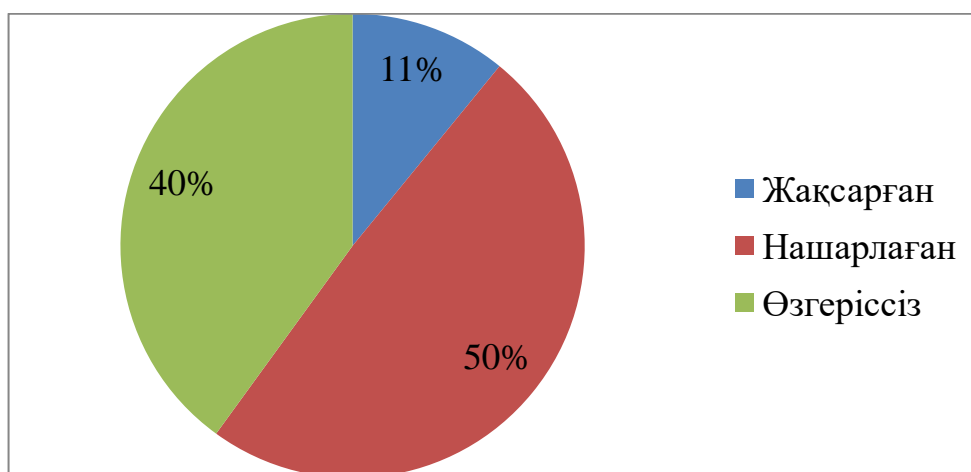
Сурет – 2. Зерттеуге қатысқан егде жастағы адамдар жас ерекшеліктері



Сурет – 3. Егде жастағы адамдардың өз денсаулығын субъективті бағалау деңгейі

Сауалнамаға қатысқандардың айтуынша емдік мекемелерге жылына орташа есеппен 4-6 рет қаралатын болған, ал 65 жастан жоғары егде адамдарда бұл көрсеткіш көбейген, олар айына 1 реттен аптасына 1 ретке дейін өскен.

Осыған қарамастан бұл адамдардың 50%-да денсаулық жағдайы өткен жылмен салыстырғанда нашарлаған, 11, 1% - жақсарған, 40 % - өзгеріссіз қалған.



Сурет – 4. Егде жастағы адамдардың өз денсаулығының бағалау деңгейінің емдік мекемелерге көріну нәтижесінде өткен жылмен салыстырмалы өзгерісі

Денсаулық жағдайы нашарлаған егде жастағы адамдар медициналық көмектің сапасына қанағаттанбағанын айтқан, сауалнама нәтижесі бойынша бұл адамдар медициналық көмекке сирек жүгінген (жылына 1-4 рет); керісінше медициналық көмек уақытылы көрсетілген жағдайда (айына 1-2 рет медициналық көмекке жүгінгенде), емдік мекемелерде медициналық қызметкерлер уақыт бөлген егде жастағы адамдар (11, 1%) денсаулық жағдайының жақсарғаны анықталған. Зерттеу барысында денсаулық жағдайының өзгерісі мен емдік мекемелерге қаралу жиілігі арасында орташа күші бар тура байланыс анықталды ($p < 0,05$).

Егде жастағы адамдардың материалды жағдайы әлеуметтік хал-жағдайына және өз өміріне қанағаттану деңгейіне әсер етеді. Егде жастағы адамдардың материалдық қамтамасыздануы кіріс деңгейімен, сатып алу мүмкіндігінің көрсеткіштерімен бағаланады, сондай-ақ сауалнамадан өткендердің материалды жағдайының субъективті бағалауы, сатып алынған тағам, киім, аяқ киім өнімдердің саны мен сапасына қанағаттануымен сипатталады.

Кентау қаласының егде жастағы адамдардың басым көпшілігі (71,4%) материалдық өмір сүру деңгейіне риза емес, бұл олардың сатып алу мүмкіндіктері арқылы көрініс табады. Сауалнамадан өткендердің бірде-біреуі сатып алынған азық-түліктің саны мен сапасына толық қанағаттанбайтынын айтқан.

Егде жастағы адамдардың 32,1% - азық-түлік сатып алудағы қиындықтар бар екенін айтса, 83,3% - киім мен аяқ киім сатып алуында қиындықтары бар екені анықталды. Сонымен қатар егде жастағы адамдардың дәрілік заттарды сатып алуда да қиындықтары бар. Ең алдымен, бұл жас санатындағы адамдардың өмір сүруінің материалдық деңгейінің төмен және бір мезгілде дәрілік заттардың бағасының жоғары болуына байланысты.

Респонденттердің жартысынан көбі (55,6%) қажетті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ете алмайды, ал 33,1% емдеуге қажетті препараттардың бір бөлігін ғана алады.

Бұл көрсеткіш емдеудің тиімділігін бағалауда маңызды, себебі ол науқастың комплаенсін сипаттайды. Дәрігер ұсынған қымбат дәрі-дәрмектерді сатып алуда материалдық тұрмыс деңгейі жоғары (11,1%) науқастарға қиындық тудырмайды, бұл осы топтағы адамдардың емдеу процесінің жоғары тиімділігін түсіндіреді. Зерттелушілердің денсаулығының динамикасы мен қажетті дәрілер алу мүмкіндіктері арасында тікелей, қалыпты-күштік байланыс анықталды ($p < 0,05$).

Тұрғын үй жағдайлары да адам өміріне тікелей әсер етеді. Респонденттердің жалпы санының 92,9% -ы тұрғын үй жағдайлары қанағаттанады немесе ішінара қанағаттанады. Тұрғын үй-жайларды пайдалануға байланысты ең өзекті мәселелер – электр қуатының жиі өшуі, ыстық судың болмауына, жәндіктер мен кеміргіштердің болуы, жылу және су құбырларының бұзылуына және қабырғаларда зеңмен зақымдалуы болып табылады. Алайда, бұл мәселелерді сауалнамаға қатысқандардың санының кемінде үштен бірі ғана (27,1%) атап өтті.

Өмір сапасының маңызды көрсеткіші - егде жастағы адамның басқалардан тәуелсіздігін анықтайтын физикалық белсенділігі.

Ересектер тобындағы пациенттердің көпшілігінде физикалық белсенділік жеке учаскеде жұмыс істеу немесе ауада серуендеу болып табылады. Спорттық жаттығулар созылмалы аурулардың болуына байланысты шектелген. Физикалық белсенді емес адамдардың үлесі 5,6% -ды құрады, бұл олардың денсаулық жағдайын нашар деп бағалаған 65 жастан асқан адамдарға сәйкес келеді.

Респонденттердің 16,7% қаланың мәдени өміріне қатысады, саябақтарға, концерттік залдарға, кітапханаларға айына бір рет жиі барады, ал 44,4% - жылына 3-4 рет.

Мәдени демалысты ұйымдастырудағы бастама білдіретін 60 жастан 65 жасқа дейінгі адамдар.

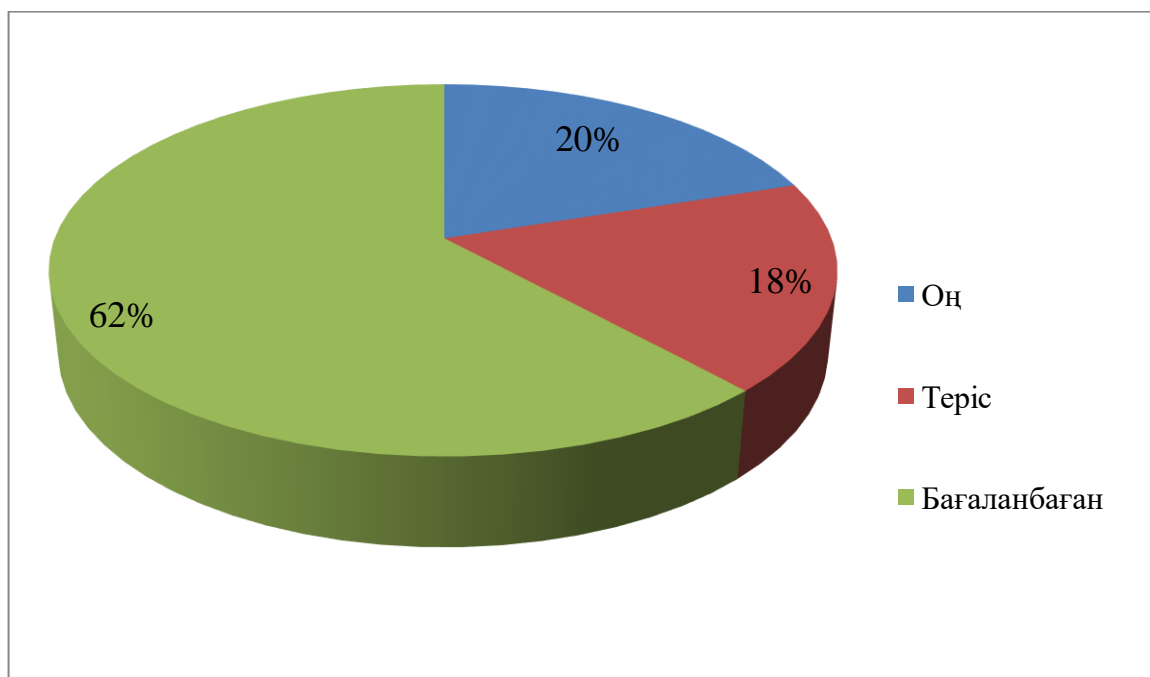
Байланыстың қажеттілігі жиі ересек жастағы топтарда айқын көрінеді, олар зейнеткерлікке шыққан кезде бос уақыттың жоғарылауымен, жақын

туыстарының қайтыс болғандықтан немесе түрлі себептермен отбасылық байланыстардың әлсіреуіне байланысты. Респонденттердің көпшілігі (77,8%) жақын туысқандарымен байланыс жасау қажеттілігін сезінеді, олардың 66,7% -ы отбасы мүшелерінің оларға көңіл бөлмейтінін айтқан.

Сауалнамаға қатысқан қарт адамдар санының тек үштен бірі көршілермен, әріптестермен және т.б. байланыс орнату қажеттілігін көрсетті.

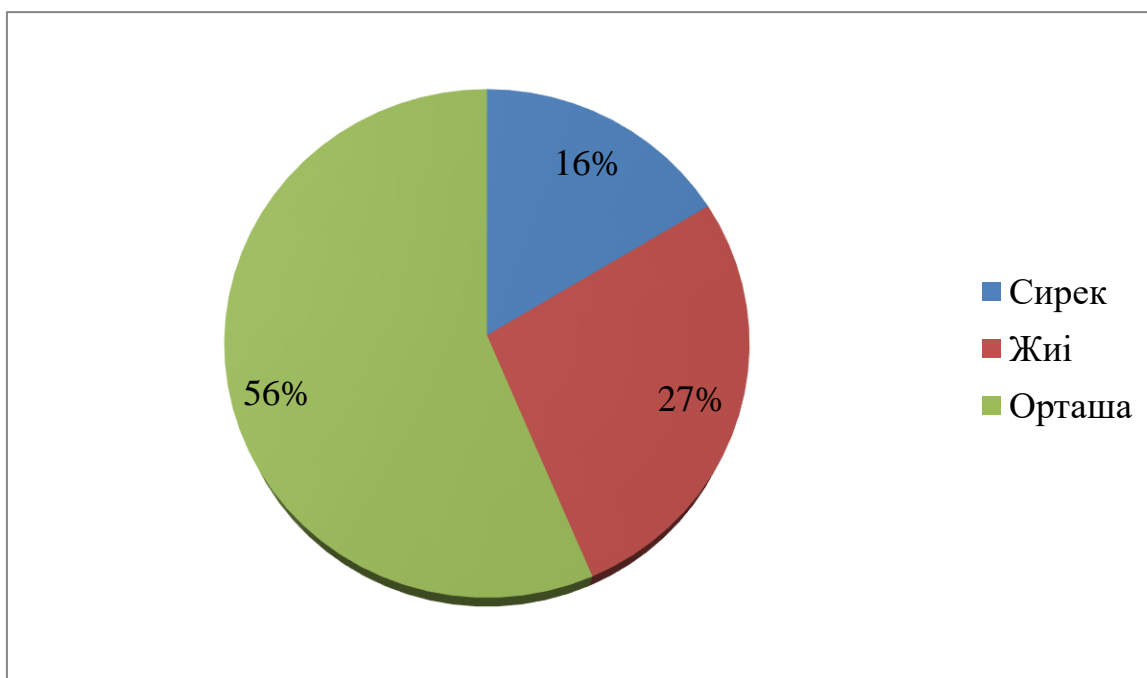
Осылайша, егде жастағы адамдар басым көпшілігі қарым-қатынастың қажеттігін сезінеді, ең алдымен жақын туысқандарымен қарым-қатынас, олар үшін ауыртпалық туғызуынан қорқып, олар өздерін жалғыз және пайдасыз сезінеді, бұл өз кезегінде психо-эмоционалдық жағдайдың өзгеруіне және созылмалы стресстің пайда болуына әкеледі.

Респонденттердің ішінде өзінің психоэмоционалдық жағдайын оң бағалаған – 20% болды, ал теріс бағалаған – 17,7% болғаны анықталды (сурет – 5).



Сурет – 5. Егде жастағы адамдардың психоэмоционалдық жағдайы

Сонымен бірге респонденттердің 16,7% -ы созылмалы күйзелістерге және көңіл-күйдің төмендеуіне сирек ұшырайды, 27,8% - жиі және 56% - орташа.

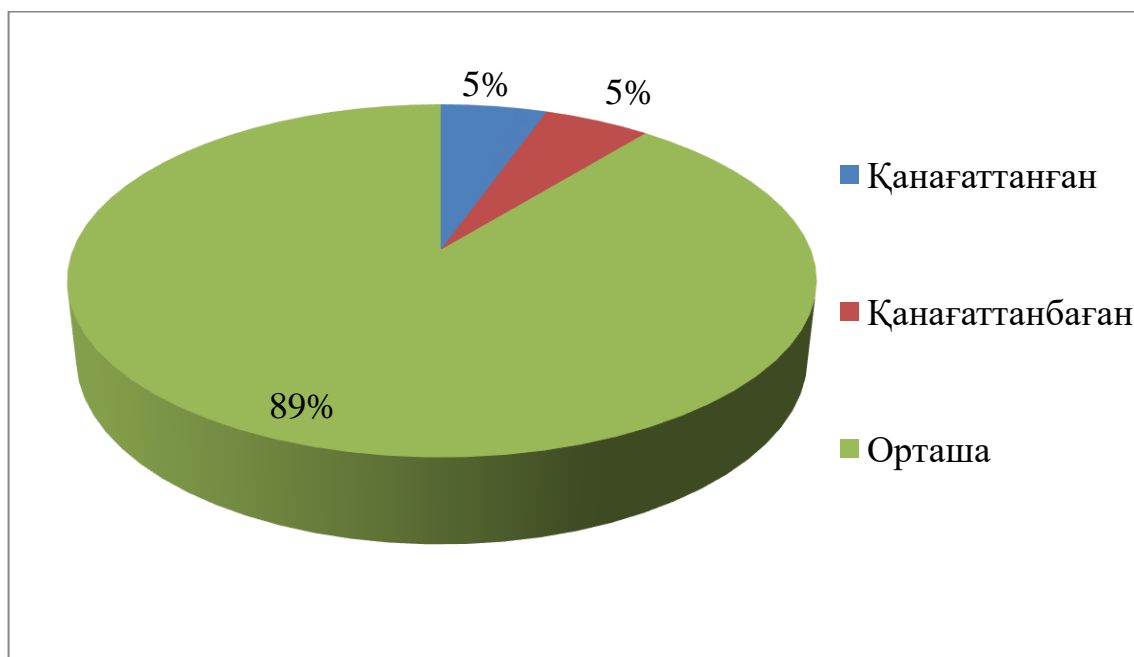


Сурет – 6. Егде жастағы адамдардың созылмалы күйзелістерге ұшырау жиілігі

Егде жастағы адамдар үшін созылмалы стресстің себептері әртүрлі. Жиі кездесетін себептер – жалғыздық, өзін-өзі қызмет етуге қабілетсіздік, есін жоғлту негізгі белгілері болып табылатын мұндай өзгерістер ең жағымсыз болып саналады. Респонденттердің жартысынан көбі (53, 4%) жалғыздықты ауыр сезінеді.

Егде жастағы адамдар денсаулығының нашарлауына байланысты ықтимал өзгерістерден қорқады, бұл оларды әлсіз, тәуелді, сыртқы көмекке мұқтаж етеді; Олардың көпшілігі күшті эмоционалдық күйзелістерді бастан кешірді, бұл олардың психикалық денсаулығына және мінез-құлқына әсер етеді. Созылмалы стресстің себептері бойынша егде жастағы науқастарда материалды қиындықтарды сирек атап өтеді. Егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасын сипаттайтын жиынтық көрсеткіш - бұл сауалнамаға қатысушының жалпы өмірге қанағаттануының субъективті бағасы.

Кентау қаласының егде жастағы азаматтарының 5,6% -ы жеке өміріне қанағаттанған, 5,6% -ы қанағаттанбаған, ал қалған 88,8% -ы қанағаттану деңгейін «орташа» деп көрсеткен.



Сурет – 7. Кентау қаласының егде жастағы азаматтарының жеке өміріне қанағаттануы

Ол өмірімен қанағаттандыру деңгейі мен физикалық денсаулықтың, психо-эмоционалдық жағдайдың, қаржылық жағдайдың арасындағы тікелей, орта мерзімді қарым-қатынасты айқындайды ($p < 0,05$).

Ерлер мен әйелдердің өмір сүру сапасының көрсеткіштері арасында айтарлықтай айырмашылықтар жоқ.

Қорытынды. Жүргізілген Кентау қаласының егде жастағы адамдарға жүргізілген сауалнама нәтижесі бойынша келесі анықталды:

Жас топтары жоғары егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасының көрсеткіштері азайды.

1. Егде жастағы топтың қалыпты жұмысын бұзатын ең қолайсыз факторлар – материалды қиындықтар (71,4%), денсаулық жағдайы нашарлауы (50%), әлеуметтік оқшаулану қаупі (қоғамға қажетсіздігі) және жалғыздық (53,4%); отбасылық байланыстардың жоғалуы (66,7%).

2. Кентау қаласының егде жастағы азаматтарының жартысы денсаулық жағдайында өткен жылмен салыстырғанда теріс үрдісті байқайды. Респонденттердің физикалық денсаулығының өзгеруі және медициналық көмекке жүгіну жиілігі, қажетті препараттарды сатып алу мүмкіндігі арасындағы тікелей, орта байланыс арқылы анықталады ($p < 0,05$).

Бұл өмірмен қанағаттану көрсеткіштері мен жалпы және физикалық денсаулық, психо-эмоционалдық жағдай, материалды жағдай арасында тікелей, орташа күштік қатынасын көрсетеді ($p < 0,05$).

Қолданылған әдебиеттер

- 1 Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность // Consilium medicinum.- 2005. - №12 - С. 993-996.
- 2 Лисицин Ю.П. Направления и перспективы медицины XXI веке // Актуальные проблемы демографической политики и состояние здоровья населения Российской Федерации: сб. тр. - Астрахань, 2009. - Т. 39. - С. 172-175.
- 3 Лукашев А.М., Жернов В.А. Полиморбидность и социальный статус у людей пожилого и старческого возраста // Здоровье и образование в XXI веке: сб. науч. тр. X междунар. конгресса. - М., 2009. - С. 581-583.
- 4 Маркин В.В., Маркин Л.Д. Соотношение биологического, психологического и календарного возраста человека // Здоровье и образование в XXI веке: сб. науч. тр. X междунар. конгресса. - М., 2009. - С. 550-551.
- 5 Злобин А.Н. Заболеваемость и потребность населения пожилого и старческого возраста в медико-социальной помощи // Врач. - 2003. - № 2. - С. 43-44.
- 6 Имельгузина Г., Назифуллин В. Потребности в медико-социальной помощи у пожилых // Вопросы социального обеспечения. – 2006. - № 12. – С.10.
- 7 Пузин С.Н., Гришина Л.П., Кардаков Н.Л. Инвалидность в Российской Федерации. – М.: Медицина, 2006. – 224 с.
- 8 Численность, возрастно-половой состав, естественное движение и миграция населения Оренбургской области, Естественное движение населения Оренбургской области 2014 год, Смертность населения Оренбургской области, Здравоохранение Оренбургской области: информ.-аналит. сб. – Оренбург-Оренстат, 2014. - 45 с.
- 9 Состояние инвалидности в Оренбургской области: информ.-аналит.

сб. – Оренбург: ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области» Минтруда России, 2014. - 142 с.

10 О соблюдении прав пожилых людей в РК // Доклад Уполномоченного по правам человека Республики Казахстан. - Алматы, 2005. – 123 с.

11 Шарман А., Качество жизни, здоровье и долголетие // Назарбаев Университет, Центр наук о жизни. – Астана, 2011. - С.13-20.

12 Новик А.А., Т.И. Ионова. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – Санкт-Петербург: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002.- С. 75-81.

13 Basu N., Yang X., Luben R.N., Whibley D., Macfarlane G.J., Wareham N.J., Khaw K.T., Myint P.K. Fatigue is associated with excess mortality in the general population: results from the EPIC-Norfolk study // BMC Med. – 2016. – Vol. 14, Iss. 1. – P. 122.

14 Alesii A., Mazzarella F., Mastrilli E., Fini M. The elderly and quality of life: current theories and measurements // G Ital Med Lav Ergon. – 2006. – Vol. 3, Suppl. 2. – P. 99-103.

15 Ho L.Y., Mok C.C., To C.H., Anselm M., Cheung M.Y., Yu K.L. Rituximab for refractory rheumatoid arthritis: a 24-week open-label prospective study// Open Rheumatol J. – 2007. – Vol. 1. – P. 1-4.

16 Endo H. Comprehensive geriatric medicine // Nihon Ronen Igakkai Zasshi.– 2004. – Vol. 41, Iss. 4. – P. 375-377.

17 Kingston P., Bernard M., Biggs S., Nettleton H. Assessing the health impact of age-specific housing // Health Soc Care Community. – 2001. – Vol. 9, Iss.4. - P. 228-234

18 Кудьярова С.А. Егде жастағы жұмысшылардың еңбекке жарамдылық ұзақтығына әсер ететін себептерді кешенді бағалау: дисс. ... магистр: 6М110100/ ОҚМА. - Шымкент, 2016. – 157 с.

19 Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченко Ю.Л. Исследование качества жизни в медицине. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 142 с.

20 Кабакова Т.А., Камардин С.В., Камаев И.А. Некоторые особенности медико-социальной помощи пожилым, проживающим в сельской местности // Здравоохранения Российской Федерации. – 2004. - № 3. – С. 41-45.

21 Карелова Г.Н. Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. - М.: РИА«Ваш Дом», 2001. – 226 с.

22 Какорина Е.П. Проблемы медицинского обеспечения пожилых в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины – 2006. – № 2. – С. 23-27.

23 Карпикова И.С. Показатели функционирования системы социальной защиты в аспекте оценки качества жизни населения // Известия ИГЭА. - 2011. - № 3(77). - С. 175-178.

24 Карюхин Э.В., Шмидт В.В., Шмидт В.Р., Торчинская Е.С. Использование формы «Оценка социального статуса пациента» в практике геронтолога // Клиническая геронтология. - 2004. - Т. 1. - С. 52-56.

25 Кауров Б.А. Гендерные особенности социального портрета долгожителей. Сообщение 1 // Клиническая геронтология – 2013. – Т 19. – № 7-8. – С. 53-57.

26 Киселева Е.С. Продолжительность жизни и здоровье населения старшего возраста в России // Вестник Московского университета. Серия 6 «Экономика» – 2011. - № 2. – С. 93-100.

27 Кисляков В.А. Качество жизни больных как интегральная характеристика психологического, эмоционального и социального результатов хирургического лечения // Главный врач. – 2009. – Вып. 11. - С. 57-58.

28 Круглов Л.С. Клинико-социальные аспекты лечения пожилых больных с психоорганическим синдромом сосудистого генеза. - СПб: Издательство ДЕАН, 2006. – 160 с.

29 Козинец Г.И., Высоцкий В.В., Точенов А.В. Качество жизни:

проблема старения // Медицина и качество жизни. – 2006. – № 2. – С. 13–20.

30 Колесников Б.Л. О демографической ситуации в Оренбургской области // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. - 2007. - № 3. - С. 107-109.

31 Новик А.А., Ионова Т.И. Концепция исследования качества жизни в медицине. - СПб.: Элби, 1999. – 140 с.

32 Кудрина Е.А., Смолин А.А. Качество жизни пациентов с церебральным инсультом, находящихся на этапе реабилитационного лечения. – Красноярск: Экология человека, 2010. –65 с.

33 Кудрина Е.А., Смолин А.А. Качество жизни пациентов с церебральным инсультом, находящихся на этапе реабилитационного лечения // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань, 2013. - №1. - С. 62-65.

34 Куликова Н.Г., Камурзаева С.Ш. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста с первичной инвалидностью // Вестник Московского университета. Серия 18 «Социология и политологи». – 2007. – №4. – С. 4-10.

35 Курушина О.В. Медицинские и социальные факторы повышения качества жизни пациентов с хронической болью: автореф. ... докт. мед.наук // 14.02.03. – Волгоград: ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», 2011. – 24 с.

36 Кухтевич Т.Н., Добрынина В.И. Постарение населения Земли как социокультурная проблема // Вестник Московского университета. Серия 18 «Социология и политологи». – 2006. – № 3. – С. 3-10.

37 Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Медико-социальная помощь пожилым 120 группы повышенного риска // Клиническая геронтология. - 2005. - Т. 1. - С. 88-91.

38 Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Демографические аспекты старения населения Москвы, России и стран СНГ // Клиническая геронтология. – 2008.– № 12– С. 3-6.

39 Лазебник Л.Б. Здоровье, болезнь и промежуточные состояния (к 60-летию принятия ВОЗ формулы здоровья) // Клиническая геронтология. – 2009. – № 1. – С. 3-9.