



**Қоғамдық
бірлестік
«Кредо»**

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ АУРУҒА
УАҚЫТША ЖЕҢІЛДІК БЕРЕТІН КӨМЕКТІҢ
ЖАҒДАЙЛАРЫ (есеп беру)**

Алматы, 2008

Осы есеп берудің дайындалуы:

Қоғамдық жоғары денсаулық сақтау мектебі (м.ғ.д., профессор, Күлжанов М.К., м.ғ.к., Егеубаева С.А.)

Қоғамдық бірлестік «Кредо» (м.ғ.д., профессор, Козаченко Н.В., м.ғ.к., Мингазова И.Ф.)
Сорос-Қазақстан қорының қаржылай қолдауы.

Қазақстан қалаларында жүргізілген сауалдама нәтижесі есеп берудің эмпириялық негізін құрайды.

Алғыс

Авторлар зерттеу жүргізуге қолдау көрсеткен денсаулық сақтау департаментінің басшыларына, зерттеуге қатысқаны үшін медициналық ұйым басшыларына, медициналық қызметкерлерге, жүргізілген сұхбаттарға қатысуға келісім берген өкіметтік емес өкілдерге және діни ұйымдарға алғысын білдіреді.

Авторлар сонымен қатар Сорос Қазақстан қорының (СҚҚ) қаржылай қолдауы үшін, жобаны маманды басқаруы мен зерттеуді жоспарлау және жүргізу барысында көптеген сұрақтарды шешкені үшін алғысын білдіреді.

МАЗМҰНЫ

ҚЫСҚАША ТҰЖЫРЫМ.....	4
КІРІСПЕ.....	7
ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ АУРУҒА УАҚЫТША ЖЕҢІЛДІК БЕРЕТІН КӨМЕКТІҢ ТҰЖЫРЫМДАМАСЫ.....	13
ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АУРУҒА УАҚЫТША ЖЕҢІЛДІК БЕРЕТІН КӨМЕКТІҢ ЖАҒДАЙЫ.	28
АУРУҒА УАҚЫТША ЖЕҢІЛДІК БЕРЕТІН КӨМЕК СҰРАҚТАРЫ БОЙЫНША ҚОҒАМНЫҢ ОЙЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ.....	55
ҚОРЫТЫНДЫ.....	89
НӘТИЖЕЛЕРІ.....	95
ҰСЫНЫСТАР.....	96
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	97
ҚОСЫМША.....	99

ҚЫСҚАША ТҰЖЫРЫМ

Ел туралы мәліметтер

Қазақстан орталық азия даласында орналасқан, 2,7 миллион квадрат километр көлемді алып жатқан тәуелсіз мемлекет. Қазақстан солтүстікте Ресеймен, шығыста Қытаймен, оңтүстікте Қырғызстан, Өзбекстан және Түркіменстанмен шекараласады. Қазақстан жазық даламен қоршалған, Арал және Каспи - 2 ішкі теңізбен шекараласады. Территориясы дала мен шөл арқылы, оңтүстік шығысында Тянь-Шань және Алтай тауларына созылады. Алдыңғы бас қаласы Алматы (Алма-Ата), 1997 жылы желтоқсанда ел ордасы солтүстік Астана қаласына ауысты.

Қазақстан президенттік басқару түріндегі бірыңғай ел. Президент 7 жылдық мерзімге халықтың дауыс беруімен тағайындалған (мерзім саны шектелмеген), президент премьер-министрді, кабинет министрлерін және аймақтық басқарушыларды - әкімдерді тағайындайды. Ел 14 әкімшілік аймаққа бөлінген, қосымша үш қала (Алматы, Байқоңыр және бас қала Астана). Аймақтар 220 райондарға бөлінеді. Аймақтық әкішілік дәстүрлі өте күшті және әкімдердің салмақтық күші денсаулық сақтау жүйесінде де бар, сол сияқты аймақтық қаржы департаментіне қатысты шешім қабылдауда маңызды бейнеге ие.

Қазақстан БҰҰ мен бірнеше аймақтық ұйымдардың мүшесі: ТМД, Шанхай Қоғамдастық Ұйым, Еуропалық экономикалық қоғам (Ресей федерациясы, Беларусь, Қырғызстан және Түркіменстанмен бірге) және Орталық Азия экономикалық қоғам (Қырғызстан, Өзбекстан және Тәжікстанмен бірге). Қазақстан ДСҰ мүшесі болуға тырысуда

Денсаулық сақтау жүйесі

Қазақстан Кеңестік одақтарда Семашко моделі бойынша ұйымдастырылған денсаулық сақтау жүйесін мұраланған. Денсаулық сақтау жүйесі мемлекетке жатады, жоспарлау орталықтан жүреді және негізгі принциптеріне жататындар: барлығы үшін тегін және қол жеткізілетін медициналық қызмет. Тәуелсіздікке дейін Қазақстанның Денсаулық сақтау министрлігі Мәскеуде республикалық деңгейден аймаққа және төменгі ауданға дейінгі деңгейде орталықта ұйымдастырылған көп сатылы құрылым стратегиясын құрастырды.

Тәуелсіздіктің 1991 жылынан бастап, Қазақстан өзіне керекті стратегия мен жоспарды өңдеуі қажет болды. Саяси өңдеу жоғары орталандырылған және президенттің басқаруы арқылы өкіметпен жүзеге асады. Ұлттық саяси денсалуық сақтау өкіметпен өңделген және мемлекет пен жергілікті басқару мүшелерімен жүзеге асырылады. Денсаулық сақтау министрлігі денсаулық сақтау иерархия жүйесінің шыңы болып келеді, бірақ медициналық қызметтер көбінесе өзінің аймақтық жұмысында автономды болып келетін департаменттермен жүзеге асады. Соған қарамастан Денсаулық сақтау министрлігіне барлық негізгі басқару қызметтері кіреді, оған сонымен қатар аккредитация және тауарлар мен қызметтерді мемлекеттік сатып алу жатады. 2005-2010 жылдар арасындағы «Мемлекеттік бағдарлама реформасы мен Денсаулық сақтауды дамыту» бағдарламасы

орталандырылған әкімшілік басқару жүйесін, ұлттық өкіметтік деңгейден аймақтық деңгейге өтуінің тексерілуі (2005-2007) бірінші саты үшін қарастырылуда.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек

Қазақстанда және сол сияқты Кеңестік Одағы кезіндегі басқа да көптеген республикаларда – дүние жүзінде оны бір сөзбен хоспис деп аталатын мекеме, тоқсаныншы жылдары пайда болды. Әзірше қаншама адам ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуіне, яғни үмітсіз науқастардың көмекті қажет ететіндігі туралы статистикалық мәліметтер жоқ, бірақ осындай мекеменің бар болуы айқын. Оның дәлеліне республика бойынша статистикалық мәліметтер жатады. Қатерлі ісік ауруларының жоғары көрсеткіштері. Қатерлі ісіктер өлімінің көрсеткіштері ең басты себептер болып қала бермек. Ауру көрсеткіші сияқты, осындай аз мәліметті көрсеткіштер (қатерлі ісіктердің таралуы) жылдан жылға өсуде. Ісікті аурулардың 1/5 бөлігі – қатерлі ісіктің IV сатысындағы науқастар мамандандырылған медико-психологиялық көмекті қажет етеді. Егер ісік патологиясымен зардап шегетін науқастарға жүйелік жағынан шамалы көмек беруге тырысса, ал туберкулез, ИЖПС, ісікті емес созылмалы өршейтін аурулардың ақырғы сатысының дамуындағы науқастар ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуінен тыс қалады, олардың ең көбісі жалпы медициналық тармақтың иығына күш салады.

Қазіргі кезде Қазақстандағы ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметі жекеленген құрылым және негізінен республиканың Солтүстігі мен Шығыс аудандарында орналасқан мамандандырылған жұмыс істеу мекемесі: хосписстер республиканың алты қаласында бар - Алматыда, Павлодарда, Қарағандыда, Өскеменде, Семейде және Қостанайда. Бұндай мекемелерде тек ісікті аурулармен ауыратын науқастар ғана емес, сонымен қатар қолдаушы емді қажет ететін терапиялық патологиясы бар егде жастағы және қарт адамдар жатады.

Қазақстандағы хоспис мекемесі, басқа дамыған елдердегі ұқсас мекемелерден көп айырмашылығы бар. Біріншіден олар мемлекетпен қаржыланылады, ал көптеген басқа елдерде хоспистің бюджетін 80%-на дейін қайырымдылық жарнасы, жеке тұлғалар мен компаниялардың қайырымдылығы, мемлекеттік және мемлекеттік емес ұйымдардың салымдары және діни қорлары құрайды.

Хосписті экономикалық жағынан тиімсіз деп санайды, бірақ одан артық адамгершілік көрінісіндегі мекеме жоқ. ӘДҰ мәліметтері бойынша әр бір үмітсіз ісікті аурумен ауырған науқасты он-он екі шақты туыстары қоршайды: жанұясы, қызметтестері, жолдастары, көршілері. Хоспистің көмегісіз, өлім халіндегі жатқан науқастың мәселесімен жападан жалғыз қалғанда, бұл адамдар жұмысын тастауға мәжбүр, шексіз опыну, кінәсінің сезінуі, қатерлі ісікпен ауырып қалудан қорқу сезімі болады. Осы факторларды қоса келе, мынандай шешімге келесін, хоспис – өзінің азаматтарын ойлайтын және олар мемлекетке жұмсағанын қайтаруы керектігі, мемлекет үшін ең пайдалы қаржыны салу болып табылады.

2005-2010 жылдары Қазақстан Республикасында қайта құрастыру мен денсаулықты дамыту мемлекеттік бағдарламасының «Халыққа медициналық көмек көрсету ұйымының жүйесін қайта құрастыру мен дамыту» бөлімінде: «...айықтыру мен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу (хосписстер, бике күтімдер ауруханасы және тағы басқалары) қызметтеріне мүдделік көрсеткен министрлер мен акпартізімі, сонымен қатар халықаралық және өкіметтік емес ұйымдардың қатысуымен дамытуды қайта қарастыру болады», ол мемлекеттің елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті дамытудың мүддемелік дәлелі болады. Қазақстандық ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек

мамандарының жоспарында – хосписты дамыту мемлекеттік бағдарламасын өндеу, сонымен қатар 100 мыңнан асатын тұрғыны бар барлық қалаларда осыған ұқсас мекемелерді ашу қажеттігі.

Сонымен, Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсету тұрақтану сатысында. Ол аурулардың жоғары көрсеткішіне қарамастан, медициналық кадрлар мен мамандандырылған төсек орынның жетіспеушілігімен сипатталады. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек, өзінің қызметі үшін бірыңғай, стандартизацияланған құқықтық негізі жоқ онкологиялық қызметтің ажыратылмайтын бөлігі сияқты. Осыған байланысты ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсету қызметтің жетілдіру және осы бағыттың елде жалпы дамуы бойынша бір қатар ұсыныстар беріледі.

Қазіргі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің мәселелері мен мақсаттары

Елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті ұйымдастыру және басқару сұрақтарымен байланысты бір қатар мәселелер бар:

- ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің ең бір негізгі мәселелеріне – кадрлардың – жетіспеушілігі, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетуде білікті мамандардың болмауы;
- ауруға уақытша жеңілдік беретін медицина туралы заңның болмауы;
- емделмейтін аурулармен ауыратын, аурудың ақырғы сатысындағы науқастарды біркелкіленген стандартпен жүргізу жоқ;
- маңызды мақсат – бұл ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының мамандарын (оқыту) дайындау;
- білім беру стандарттары мен құжаттарды сай өндеу қажеттілігі;
- барлық медициналық білім деңгейлерінде еліміздің медициналық білім беру мекемелерінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің медициналық мамандығын жүргізуді енгізу.

Ұсыныстар

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі медицина қызметінің дамуы үшін, елде бірыңғай ұйымдастырылған және экономикалық механизмді өндеуге жақындау және ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің мамандандырылған мекемелерін ашу үшін стандарттар, сонымен қатар холистикалық жақындау мен Қазақстан халқына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсету философиясын дамыту қажет.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті елде қарқынды дамыту үшін, әртүрлі бағыттар бойынша халыққа ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетудің ұсыныстары мен координацияларын өндейтін Жұмысшылар тобын құрау қажет. Бұндай топтар саясаттар, білім беру, қызметті дамыту бойынша сұрақтарды комитетке кіргізуі мүмкін еді.

Сонымен қатар елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті дамытуда бірінғайланған бағдарламаны өндеу және енгізу қажет.

КІРІСПЕ

XVIII ғасырдың аяғында өлім халінде жатқан науқастар мүддемелік пен мамандандырылған медицина қамқорлығына ілінеді және тек XX ғасырдың екінші жартысының ортасында арнайы бағыт түзеле бастайды – ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасы (өлім халіндегі науқастарға көмек). Біздің заманымызда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының қарқынды дамуы жалпы мәдени және өзіндік медициналық себептермен байланысты. Осы себептердің ішінде өмір сүрудің ұзаруы, егде жастағы және қарт адамдарды күту мәселелері, ісік аурулар жиілігінің өсуі, инфицирленген АИВ-ның өсуі, сонымен қатар ИЖПС науқастары, басқа да әлеуметтік маңызды және айтулы аурулардағы науқастардың жаңа замандағы өмір сүру сапасын жақсарту сұрақтарын шешетін талаптар, өмірден мәртебелі кетуі мен адам құқығын сақтауы жатады. /1, 8/.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің жүйесін, сол сияқты емделмейтін қатерлі ісікпен ауыратын науқастарға көмектің пайда болуының бастаушысы Әлемдік Денсаулық сақтау ұйымы (ӘДҰ) болды. 1970 жылдары кішкене эксперт топтары ӘДҰ қолдауымен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің дамытылуы бойынша 40-тан астам мемлекеттерде қозғалыстар бастайды, солардың ішіне бастаушы елдерден Швейцария, АҚШ, Ұлыбритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция және Австралия кірді. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек арнайы өзінің академиялық және клиникалық ұстаныммен, мамандандырылған ғылыми зерттеулерімен және әдебиеттерімен, жиынтық даму бағдарламаларымен пәндік құқықтық статусын қабылдайды және денсаулық сақтау қоғамының жаңа бағытына айналады /6, 7, 8/.

80-ші жылдардың басында ӘДҰ онкология бөлімдері, дүние жүзі бойынша қатерлі ісікпен ауыратын науқастардағы ауру сезімін опиоидтармен басуды және оларға қол жеткізілудің парапар болуын қамтамас етуді енгізу шараларын дамытудың бастаушысы болды. Дүние жүзі бойынша қатерлі ісік ауруларының тез өсуіне байланысты, 1982 жылы ӘДҰ денсаулықты сақтауда жаңа бағытты құрауды қажет екендігін көрсетеді және ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің анықтамасын ұсынады. Осыған сәйкес ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек анықтамасына «кімнің ауруы одан әрі көрсетілетін еммен емделмесе, науқасқа белсенді жан-жақтылық көмек көрсету жүргізіледі, бірінші кезекте ауру сезімі мен басқа да патологиялық симптомдарды шеттету және науқастардағы әлеуметтік, психологиялық және рухани мәселелерді шешу жатады. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің мақсаты науқас пен оның жанұясының өмір сүру сапасының жақсы болуына қол жеткізу болып табылады».

ӘДҰ (1982) ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің алғашқы анықтамасына науқастарға түбегейлік ем көрсеткіштері көрсетілмеген кездегі, көрсетілетін көмек ретінде қарастырған. Бұл анықтама ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек анықтамасын шектейді және ол аурудың соңғы сатысындағы көмек сияқты болып айтылуы мүмкін. Бірақ, бүгінгі күні жалпылай қабылдаған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек принциптері мүмкіндігінше кез келген созылмалы ауруларда, соңғы кезекте емделмейтін ауруларда ерте қабылдануы тиіс. Бұл өзгерістер жаңа түсініктердің арқасында пайда болды, себебі науқас өмірінің соңында пайда болатын мәселелер, аурудың бас кезеңінде туындайды.

ИЖПС «алаңға шығуына» байланысты, халықтың қарқынды қартайюы мен қатерлі ісік ауруларымен ауыратын науқастар санының өсуінің жалғасуымен және басқа да өршемелі ауруларға байланысты, 2002 жылы ӘДҰ ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек анықтамасына өзінің көз қарасын кеңейтті. Алдын тек қатерлі ісікпен ауыратын

науқастарға көрсетілетін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек симптоматикалық емдейтін, қазір бұл түсінік кез келген емделмейтін аурулардың жантауымен сатысының дамуындағы созылмалы ауруларға таралады, соның ішінде әрине, көп бөлігін ісікті аурулармен ауыратын науқастар құрайды.

Өмірінің соңында мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беру көмегін талап етушілерді, негізгі науқастардың үш тобына бөлу мүмкін:

- қатерлі ісіктердің 4 сатысындағы науқастар;
- ИЖПС жантауымен сатысындағы науқастар;
- қатерлі ісік емес аурулардың созылмалы өршуінде жантауымен сатысының дамуындағы науқастар (жүрек, өкпе, бауыр және бүйрек жетіспеушілігінің қалпына келмейтін жағдайлар сатысында, зейін қою склерозы, бас ми қан айналым бұзылыстарының ауыр салдары және т.б.).

Сонымен, емделмейтін науқастарға ауруға уақытша жеңілдік беру көмек жүйесін құрау, әлемдегі көптеген елдердің бірде-бір басымды клиникалық медицинасының бағыты болып табылады. Қазақстан Республикасы да шетте қалмайды, диагностикалық жетістіктеріне және қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарды емдеу әдістерінің жетілдірілуіне қарамастан, таралған қатерлі ісік түрлерімен ауыратын науқастарға ауруға уақытша жеңілдік беру көмегін көрсету мәселелері ымырасыздық шешімдерді қабылдауды талап етеді. Елде сонымен қатар, емделмейтін туберкулез, ИЖПС және жантауымен сатысындағы басқа да аурулармен ауыратын науқастарға ауруға уақытша жеңілдік беру көмегін көрсетуі бойынша туындаған сұрақтар шешілмей қалуда.

Жүргізілетін зерттеулердің мақсаты мен міндеттері

Жоғарыда көрсетілген мәселелерге байланысты Қазақстан Республикасында ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының ерекшеліктерін зерделеу үшін, зерттеулер жүргізуге шешім қабылданған. Қажеттілікті анықтау мен ауруға уақытша жеңілдік беру көмегін көрсету мүмкіндіктерін зерттеу үшін, елде Сорос Қазақстан Қоры (СҚҚ) қаржы бөлді.

Зерттеу мақсатына елде ауруға уақытша жеңілдік беру көмегінің ұсыныс жүйесін зерттеу және оның жетілдірілуі мен даму ұсынысын өңдеу болып келеді.

Мақсатқа қол жеткізу үшін келесі **міндеттер** бөлінді:

1. Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесі бойынша жалпы жағдайларды және ауруға уақытша жеңілдік беру көмегінің тұжырымдамасын зерттеу оның ажыратылмайтын бөлігі.
2. Ауруға уақытша жеңілдік беру көмегінің ұсыныстар жүйесін сипаттау, оның Қазақстан Республикасындағы ерекшеліктері, елде ауруға уақытша жеңілдік беру көмегінің салдарын құрау және дамыту, саяси сұрақтар мен осы қызметтің міндеті, бағыттың білім жүйесі мен ұйымдары.
3. Әртүрлі топтағы халықтың ойын жинау және сараптама жүргізу, біршамалы ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің қажеттілігі мен даму мүмкіндіктері туралы қоғамның ойын зерттеу.
4. Елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің жетістіктерін анықтау және дамуы үшін ұсыныстарды өңдеу.

Мақсатты топ

Мәселелерді зерттеу үшін СҚК-мен негізгі 4 қоғамдастық топ таңдалды:

- халық,
- медициналық көмек ұсынатын адамдар – медициналық қызметкерлер,
- өкіметтік емес ұйымдардың өкілдері, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек ұсыныстарының сұрақтарымен айналысатындар,
- діни ұйымдарының өкілдері.

Сонымен қатар, Қазақстан Республикасында ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек ұсыныстарының сұрақтарын зерттейтін ұлттық және халықаралық эксперт тәжірибелері қолданылды.

Зерттеу әдістері мен зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу

Толық зерттеу кезеңі 2007 жылдың желтоқсанынан 2008 жылдың сәуіріне дейін созылды. Өзіндік зерттеулер жоспарының кезеңі, төрт мақсатты топ үшін, әлеуметтік сұрақ сауалдамасын (сауалдамалар есеп беруге қосылған) өңдеу және апробациясы мен осыған ұқсас зерттеулер жүргізілу мүмкіндіктері туралы келіссөздер денсаулық сақтау департаментімен аяқталды. Одан кейін мақсатты топтарға сауалдама жүргізу, берілген әдебиеттердің сараптамасы, алынған нәтижелерді өңдеу кезеңі болды.

Алынған нәтижелердің көздері

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек пен оның халыққа қажеттілігін жиынты бағалауын жүргізу үшін, келесі мәлімет көздері қолданылды.

Интернет мәліметтері мен басылымға шыққан жұмыстар:

Қазақстан Республикасының әлеуметтік-маңызды аурулары бойынша тіркеме

Халық туралы, денсаулық күйі мен денсаулық сақтау қызметі ақпараттарының статистикалық жиынтығы

Қазақстанның денсаулық күйі туралы жиынтық шолу, 2005 – ДДҰ Еуропалық бюро.

Өтпелі кезеңдегі денсаулық сақтау жүйесі, басылым 9, № 7, 2007 – Қазақстан: денсаулық сақтау жүйесінің шолуы

Бас хатшысының баяндамасы. АИВ/ИПЖС-мен күресудегі жолын қуушылық жұмысы туралы заң мен АИВ/ИПЖС бойынша саяси заң: мыңжылдықтаға Заңды құрастыруда дамыту аймағындағы мақсатқа қол жеткізудің жарты жолы, 2008.

Қазақстанда мыңжылдық даму мақсаты, 2007.

Төрт мақсатты топтарда жүргізілген сұхбаттар мәліметтері Қазақстан Республикасының 10 қаласы – Астана, Алматы, Қарағанды, Қостанай, Павлодар, Тараз, Семей, Өскемен, Орал, Шымкент.

Статистикалық өндеулер

Жұмыстағы зерттеулерде негізгі жаңа мақсаттар мен есептерге қол жеткізу үшін, талдамды жиынтық көріністеріне таралған сандық және сапалық әдістерден тұратын жиынтық сараптама әдістері қолданылды.

Мәліметтерді өндеу екі бағдарламаның көмегімен жүргізілді Epi Info и SPSS.

ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ АУРУҒА УАҚЫТША ЖЕҢІЛДІК БЕРЕТІН КӨМЕК ТҰЖЫРЫМДАМАСЫ

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек – бұл денсаулық сақтау қоғамының ең маңызды бөлігі. Ол науқастың зардап шегуін жеңілдетуге, оның адамгершілік қасиетін сақтауға, соңғы кезеңінде оның қажеттілігін анықтауға және өмір сапасын қолдауға бағытталған. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек міндеттеріне сонымен қатар, науқастың жанұясы мен жақындарына қолдау көрсету жатады. Бұл мәселелерге Европада жеткіліксіз көңіл аударады, бірақ олар шын мәнінде әр бір тұрғынына қатысы бар. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек әр бір адамның қайталанбайтын жеке ерекшеліктерін сыйлауға сүйенеді – оның бірегей тарихымен, қарым қатынасымен және мәдениетімен. Бұл сыйластық адамдарға толық өмірге мүмкіндік беру үшін, соңғы он жылдықта қол жеткізген жақсартылған медициналық көмектерді қолданулармен көрсетіледі.

2002 жылы Әлемдік денсаулық сақтау ұйымының берген анықтамасы бойынша /17/, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек – бұл «... өлімге әкелетін ауру мәселелерімен қақтығысқан науқас пен оның жанұя мүшелерінің өмір сапасын жақсартуда, туындаған мәселелерді ерте анықтау және дәл бағалау арқылы зардап шегуді шеттетуге мен жеңілдету және парапар ем араласуларын жүргізу (ауырсыну синдромы және басқа да тіршілік әрекетінің бұзылыстарында), сонымен қатар психоәлеуметтік және рухани қолдаулармен жақындау».

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек ауру сезімін және басқа да қинайтын симптомдарды шеттетуге бағытталған, өмір бағасын бекітетін, бірақ өлімнің тез келуіне немесе оның кейінге шеткеруіне тырыспайды, ол өлімге қалыпты оқиға сияқты қарайды. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке психологиялық және рухани қолдаулар кіреді, ол науқастардың өмірінің соңғы күніне дейін жоғары белсенді өмір дәрежесін мүмкіндігінше сақтауға көмектесуге бағытталған. Науқастың туыстары үшін қолдау жүйесі, олардың қайғылы жағдайлардан түзеле алуына көмектесу, қажет кезде – науқастың өлімінен кейін психологиялық кеңес беру. Жиынтық жақындауды қолдану арқылы ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек науқасқа және оның туыстарына қажеттілікке сезімтал болып келеді. Ол өмір сапасын жақсартуға ықпал етеді және аурудың барысына жағымды әсер етуі мүмкін. Оны аурудың ерте басында басқа емдермен бірге қосарлатып қолдануға болады, науқастың өмір сүруін ұзартуға бағытталған (мысалы, химиотерапия немесе сәулелі терапия). Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек науқасты зардап шегуге әкелетін және оларды парапар емдеуде, клиникалық асқынулардың сипаттамасын дәл бағалау үшін, қажетті диагностикалық шараларды енгізеді /14/.

Европалық және басқа да дамыған елдерде халықтың орта өмір сүруінің жоғарлау саны үнемі өсуде, 65-жастан жоғары көтерілуі. Халықтың картаю үдерісі өзімен бірге аурулар мен өлім сипатының өзгеруіне әкеледі. Өткен XX-шы ғасыр балалардың жұкпалы аурулардан өлуінің күрт төмендеуімен белгілі. Қазіргі кезде адамдар көбінесе егде жаста әртүрлі физикалық және психологиялық бұзылыстармен сипатталатын және сирек әлеуметтік мәселелермен жүретін созылмалы аурулардан өледі. Денсаулық сақтау жүйесінің бұндай науқастарға қажетті көмек көрсету жағдайлары болуы керек – олардың зардап шегуін жеңілдету және өмір сапасының деңгейін мүмкіндігінше ұзақ ұстап тұру.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі өлім халіндегі науқастың қажеттілігіне және олардың туыстарын қолдауға бағдарланған, бұл жерде әрине ісікті аурулар туралы айтылуда. Ауыр созылмалы аурулармен зардап шегетін адамдардың қажеттілігінің өсуі, сонымен қатар жаңа ғылыми мәліметтер ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек тиімділігінің пайдасына жатады және осы көмек түрінің қолданылуын кеңінен кеңейтудің қажет екендігін және оның басқа да денсаулық сақтау қызметтерімен тығыз байланыстылығын дәлелдейді. Денсаулық сақтау саясатында ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек сұрақтарына көңіл жеткіліксіз бөлінеді – бұл мәселе қазіргі күнде денсаулық сақтау аймағындағы ұйымдастырушылар мен басқарушылардың алдында тұр және кейінге қалдырмайтын шешімді қажет етеді.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қажеттілігінің туындауы бойынша көрсету керек, симптомдар бақылаусыз болғанға дейін. Ол науқасқа барлық басқа ем түрлерін алып тастағаннан кейін ұсынылатын арнайы бригаданың немесе ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметінің, әлде хоспистің жеке басымдылығы болмауы керек. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсету жалпы медициналық қызмет көрсетудің ажыратылмайтын бөлімі сияқты, кез келген жағдайларда қамтамас етілу қажет.

Европалық және басқа да дамыған елдердегі көптеген өлім жағдайлары 65 жастан жоғары екендігі таң қаларлық емес. Осыған қарамастан, осы топ халқының ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметіне қажеттілігі біршама аз зерттелген. Қарт адамдардың ерекше қажеттіліктері бар, себебі олардағы денсаулық бұзылыстары жас адамдарға қарағанда басқаша және жоғары күрделілігімен ерекшелінеді. Егде жастағыларда көбінесе денсаулығының біріккен бұзылыстары әртүрлі дәрежелерде ауыр туындайды. Олардың жиынтық ықпалы кез келген жеке аурудың көріністерінен жоғары болуы мүмкін, сонымен қатар айтарлықтай қызметтердің бұзылыстарына әкеледі және көмекті қажет етеді. Қарттарда дәрілік препараттардың жанама әсерлерінің даму қауіптілігі айтарлықтай жоғары болады, сонымен қатар дәрігердің байқамай сөйлеуінен болатын аурулар бейімдеу келеді. Көптеген ұсақ бұзылыстардың жиынтығы қарт адамдарға жиынтық психологиялық әсерлер көрсетуі мүмкін. Жедел аурулардың салдарынан болатын бұзылыстар, алдын болған физикалық немесе психикалық бұзылыстардың барысында дамуы мүмкін, сонымен қатар материалдық және әлеуметтік окшаулануымен бірігуі мүмкін. Науқастардың соңғы жылдарғы өмір сүру барысының жағдайы туралы туыстарынан эпидемиологиялық сұрастыруда және басқа да ақпараттық респонденттерде, егде жаста денсаулық бұзылыстары жиынтықтық сипаттамаға ие екендігін дәлелдейді. Осы зерттеулер нәтижесінің көрсеткіштері бойынша, жасы бара психикалық бағдарсыздық, қуық пен ішек қызметінің бұзылуы, көру мен естудің төмендеуі, сонымен қатар бастың айналуы сияқты, осындай симптомдардың айқындылығы бірден жоғарлай түсетіні көрсетілген /16/.

Сонымен, қарт адамдардың соңғы өмір сүру жылдары байқалатын бұзылыстар, негізгі аурулардың көріністерінен және өзіндік жасы бару бұзылыстарынан құралады. Бұл қарт науқастарға көмектің анағұрлым қажеттілігін айтады, ол жүйелік көмек ұсыну бағытындағы барлық денсаулық сақтау аясындағы, сонымен қатар жалпы тәжірибедегі, гериатрия мен реабилитация мамандарына ертеден белгілі. Егде жастағы көптеген созылмалы аурулардың барысы болжамалауға нашар беріледі, сондықтан аурудың болжамына емес, көрсетілетін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек науқастың және оның жақын туыстарының қажеттілігіне негізделуі керек. Мысалы, ісік аурулары, жүрек жетіспеушілігінің және ақыл кемдігінің барысы осы жағдайды сипаттайды.

Ісік аурулары зақымдалған мүше немесе жүйенің көрсететін әртүрлі симптоматикасына байланысты көптеген қатерлі ісік аурулар түрлерін енгізеді. Осы ауру түрлерінің

патологиясының жиілігі жасының өсуіне қарай жоғарлайды, қатерлі ісік өлім жағдайларының үштен төрт бөлігі 65 жастан жоғары адамдарға келеді. Әйелдердегі кең таралған қатерлі ісік ауруларына – сүт безінің қатерлі ісігі, өкпенің қатерлі ісігі және тоқ ішектің қатерлі ісігі, ал еркектерде - өкпенің қатерлі ісігі, қуық үсті безінің қатерлі ісігі мен тоқ ішектің қатерлі ісігі жатады. Сүт безінің және қуық үсті безінің қатерлі ісігі, ішектің қатерлі ісігімен, әсіресе өкпенің қатерлі ісігімен салыстырғанда болжамы айтарлықтай ерекшелінеді. Жеке болжам анықталу кезіндегі қатерлі ісіктің сатысына байланысты, сонымен қатар хирургиялық әдістерді, сәулелі терапия және/немесе химиотерапиядан тұратын, оның емге бағынуына тәуелді болады. Науқастың қанағаттанарлық өмір сүру деңгейі, оның жүргізілген емге жауап беруінің доғарылуы тоқтағанға дейін, аурудың соңғы сатысына дейін сақталады (сурет 1), бірақ науқастар диагнозды қойғаннан кейін психологиялық қолдауды, ақпараттар мен көңіл бөлуді жиі қажет етеді.



1 Сурет. Қатерлі ісіктер кезіндегі аурулардың, барыс кестесі

Высокий – Жоғары

Уровень функций – қызмет деңгейі

Низкий- төмен

Смерть-өлім

Время-уақыт

Гл. Обр. Злокачественные новообразования-басты қатерлі ісіктер

Короткий период явного ухудшения-нағыз нашарлаудың қысқа кезеңі

Қатерлі ісік науқастары үшін, жүргізілген зерттеулер ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті алған және диагноз қойылғаннан бастап, медициналық қызметкерлер жағынан көңіл бөлуді пайдаланған науқастарда, көбірек ақпарат алуға қызығушылық, шешім қабылдау үрдісіне қатысуға ұмтылу және өзінің жағдайына деген психо-әлеуметтік бейімделу деңгейінің жоғары болуын жалпылай көрсетеді.

Жүрек жетіспеушілікпен 70-тен жоғары жастағы адамдардың 10 %-на дейіні зардап шегеді. Бұл кезде өлім нәтижесі соңғы бес жылда 80%-ды құрайды, бұл басқа көптеген қатерлі ісік ауруларының түрлеріне қарағанда, ең нашар болжам. Аурудың барысы кейін ептеп қалпына келетін немесе қызметінің қалпына келмейтін жиі кезекті қинайтын елтігу және ауру сияқты асқынулармен сипатталады /15/. Жағдайының біртіндеп нашарлауы немесе асқынуы кезіндегі нашарлау нәтижесі өлімге әкеледі (сурет 2).



2 Сурет. Ағза қызметінің жетіспеушілігінің өршуі кезіндегі аурудың барыс кестесі

Высокий – Жоғары

Уровень функций – қызмет деңгейі

Низкий- төмен

Смерть-өлім

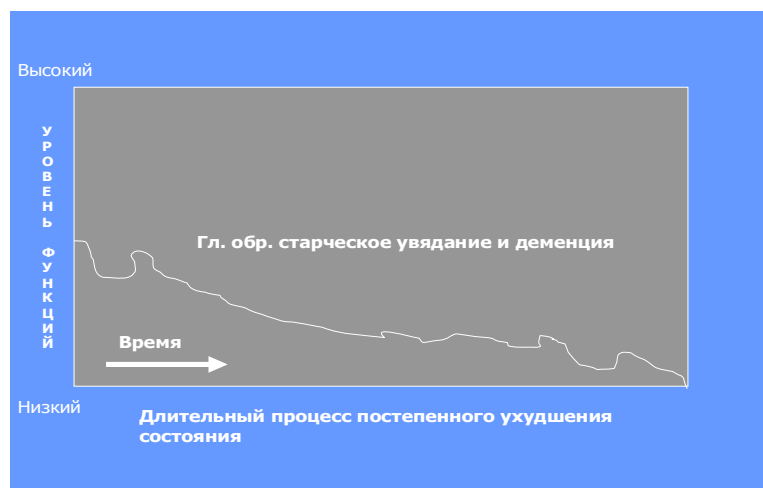
Время-уақыт

Гл. Обр. Сердечная и легочная недостаточность-басты жүрек және өкпе жетіспеушілігі

Длительный период стойких нарушений, перемежающихся с эпизодами значительного ухудшения-шамалы нашарлаудың ауыспалы эпизодтарымен жүретін, тұрақты бұзылыстардың ұзақ кезеңі

Жүрек жетіспеушілігін емдеуде, көбінесе асқынуды шеттетудегі қол жеткізген жетістіктерге карамастан, науқастар мен олардың жақын туыстары түсінушілік пен дәрілерді тағайындаудағы жиынтықтардың күрделілігін жүзеге асыруда қиындықтарды жиі сезінеді /13/. Жүрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастар өзінің диагнозы және болжамы туралы анық мәліметтерді нашар біледі. Осыған қарағанда, болжамалаудың қиындық салдарынан және аталған сұрақты талқылауы келмейтіндіктен, науқастарға медицина қызметкерлері жеткілікті ақпарат бермейді /18/. Бұл жағдай толық ақпараттар мен қолдау алатын қатерлі ісікпен ауыратын науқастармен салыстырғанда, нашар жағымен ерекшелінеді.

Жасы 70-тен жоғары адамдарда ақыл кемдігі 4%-ға дейін байқалады. 80 жастан асқан кезде бұл көрсеткіш 13%-ға дейін жоғарлайды /19, 24/. Диагнозды қойған кезеңнен бастап, науқастардың өмір сүру ұзақтығының орташа көрсеткіші сегіз жылды құрайды және осы кезең барысында қызметтік мүмкіндіктері мен психикалық бағдарының төмендеуі өршиді (сурет 3).



3 Сурет. Ақыл кемдігі немесе қартаю кезіндегі аурудың барыс кестесі

Высокий – Жоғары

Уровень функций – қызмет деңгейі

Низкий- төмен

Время-уақыт

Гл. Обр. Старческое ухудшение и деменция – басты қартаюдың нашарлауы мен ақыл кемдігі
Длительный процесс постепенного ухудшения состояния- жағдайдың біртіндеп нашарлау
үрдісінің ұзақ кезеңі

Белгілі симптоматикасына психикалық бағдарсыздық, несептің ұсталмауы, ауру, көңіл күйінің болмауы, іштің қатуы және тәбеттің жоғалуы жатады. Біртіндеп науқастың тұлғалық жекелігінің бұзылуы, оның жақын туыстарына ауыр эмоциялық әсер етеді, оларды күтуге айтарлықтай жігерлік талап керек. Өз еркіндігін зерделі жеткізе алмайтын, ақыл кемдігімен ауыратын науқастарға көмек көрсету көптеген этикалық мәселелермен байланысты /20, 21/. Олардың ішіне – пневмония кезінде антибиотиктерді тиімді қолдану, сонымен қатар зондпен тамақтандыру мен сұйықтықтарды енгізуге байланысты сұрақтар жатады. Бұл кездегі ескеретін жай, тек стационарлық хосписаға ақыл кемдігімен ауыратын науқастардың 1% ғана негізгі диагноз ретінде көрсетіледі /20/.

Егде жастағы ауыр науқастарды күнделікті күтуді жүзеге асыратын адамдардың маңыздылығы, толығымен жуырда ғана ескеріле бастады және олардың қажеттілігі туралы біршама дәлелдік мәліметтер аз. Олардың қызметі науқастың жеке гигиенасын қамтамас етуімен (жуыну, киінуде көмектесу, қалыпты қажеттілігін шығаруда) және кейде физикалық күшті қажет етуімен (науқасты көтеру) бірге шамалы түрлендірілуі мүмкін. Бұл күтім түрі көбінесе науқаспен бірге тұратын жақын туыстарының иығына түседі, олар жақын адамына көмектесуге және ол үшін үйдегі жағдайын жасау мүмкіндіктерін сақтауға ұмтылады. Бірақ, осындай ауыр күтімнің ауыртпалығынан уақыт өте келе, науқастағы жеке тұлғалық және мінез-құлық өзгерістеріне күтім жүргізушінің эмоциялық реакциясының қарсы келу себептерінен, олардың өмірлік мүмкіндіктер ауқымын шектейді, сонымен қатар, қаржы қорының азаюына әкеледі. Ауыр науқастарды ұзақ уақыт күту туыстары үшін – бұл ауыр ақысыз және қолдаусыз еңбек, ол осымен байланысты адамдардың денсаулығына, саулығы мен материалды қамтамастығына қалаусыз әсер етуі мүмкін /21/.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке жаңа көз қарас

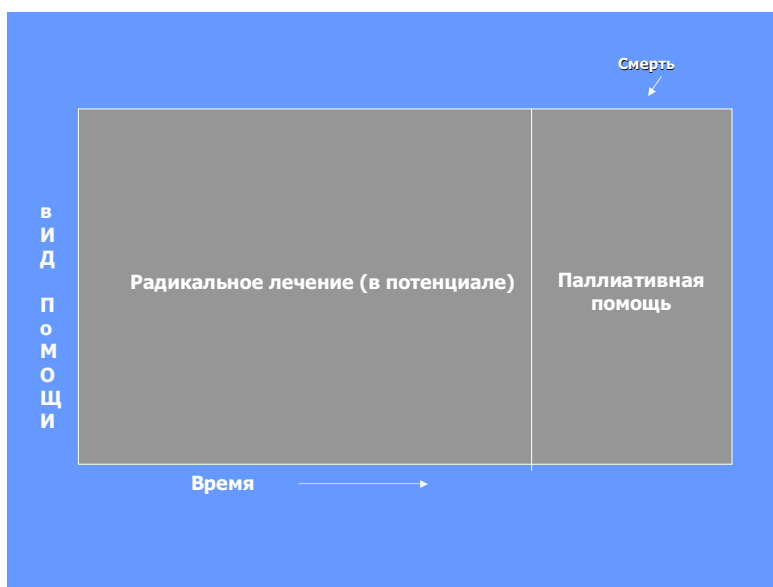
Хоспис қызметкерлерінің кішкене тобы бастаған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі туралы ойды және тәжірибені дүние жүзі бойынша таратуды, әйгілі антрополог Margaret Mead «Тапқырлығы мен сендіре алатын қабілеті бар кішкене топтағы жеке тұлғалардың әлемді өзгерте алатынына ешқашанда күмәнданбаңыз. Әзірше тек осылай болуда» деген сөздеріндегі ақиқатты дәлелдейді. Енді келесі кезеңге уақыт келді – осы кең тәжірибені денсаулық сақтау қоғамының қалыптасылуына жаңарту.

Жұмыстың ең бір орталық көріністеріне, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу шараларының кең спектрлі дамуына енгізулердің жататыны, ауру сезіміне көз қарастың түбегейлі өзгеруі, ол 1960 жылдардан бастап жиынтық маңызды мәселелер ретінде қарастырыла бастады. Бастапқы кезеңде негізгі көңіл қатерлі ісік аурулары кезіндегі ауыру синдромына бөлінді. Ертеде зерттелген осы аймақтағы бірінші нәтижелерден 1986 жылы ӘДҰ шығарған «Қатерлі ісік кезіндегі ауруды жеңілдету» буклетті жатады. Қазіргі кезде, бастапқыда айтылғандай, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсету принциптері, жиі басқа да ауыр асқынған аурулардағы ауыру синдромын бақылауға тарала бастаған.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің келесі кезеңі, міндетті түрде күнделікті медициналық тәжірибенің тең құқықтық элементі болуы және медициналық қызметкерлерді оқыту бағдарламаларында, сонымен қатар халықты ақпараттандыру бағдарламасы үшін тұрақты орын алуы керек. Зардап шегуді жеңілдету міндетін қою ғана емес, қазіргі кезде өкінішке орай жиі жеткіліксіз болатын - әр адамға, әр жанұяға талдау мүмкіндігін беру. Жанұя – науқасты күту және көмек көрсетудің негізгі қоры - науқасты соңғы өміріне дейін белсенді қамтамас ету үшін, өзінің мүмкіндіктерін толық таратуды жасауда әртүрлі саладағы жетілдірілген мамандардың кеңесін қажет етеді. Сол кезде өмірден кеткен жақын адамның соңғы есте қалатын беделді өткізген күндері, оның туыстарының қайғысын және қайғыруын жеңілдетеді.

Осы мақсаттарға қол жеткізу кезінде қоғамдықты, сонымен қатар жергілікті саясат деңгейін қажет етеді, ол тәжірибелік жақындауды өзгертуге және өміріне қауіп төндіретін аурулардан зардап шегетін науқастармен жұмыс істейтін медициналық қызметкерлердің кеңінен кемелдендіруін жоғарлатуға әкелуі тиіс. Бұл сұрақта қымбат дәрілерге және араласуларға қарағанда, адамның сендіргіштігі мен жолын ұстаушылықтың маңызы үлкен және ол барлық ел өкіметтерінің қамқорлық заты болуы керек.

Денсаулық сақтау жүйесі, халықтың айтулы қартаюынан көмекке қажеттілігінің өсуіне елеулі икемді болуы керек. Яғни ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке қатынасты өзгерту қажет. Дәстүр бойынша, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті негізінен қатерлі ісіктермен ауыратын науқастарға ғана көрсетеді, ол қатерлі ісік аурулар барысының сипаттамасын алдын ала білгендіктен, науқасқа және оның жанұясына қажеттілікті анықтау мен көмекті жоспарлауды жеңілдетеді. Осындай жақындаулар ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі – мамандандырылған қызметтің үлесі және науқастың тек соңғы аптасында ғана маңызды деген ұғымды тудырған (сурет 4).



4 Сурет. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің дәстүрлі тұжырымдамасы

Вид помощи- көмектің түрі

Смерть-өлім

Время-уақыт

Паллиативная помощь-ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек

Радикальное лечение (в потенциале)-түбегейлі ем (потенциальды)

Негізінен науқаста және оның жанұясында, көп жылдық аурулардың кез келген сатысында бірнеше рет мәселелер туындайды және олар кез келген уақытта көмекті қажет етеді, тек текелей өлімнің алдында ғана емес. Негізгі ауруларын емдеумен қатар ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек пен күтім қағидалары науқастың өзі мен оның туыстары үшін айқын болғанымен, кейбір медициналық мамандарға түбегейлі өзгеріс болып келеді (сурет 5). Бірақ науқастардың өзі мен оның жақындары үшін, орындарын ауыстыру айқын.



5 Сурет. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің жаңа концепциясы

Вид помощи- көмектің түрі

Смерть-өлім

Время-уақыт

Паллиативная помощь-физическая (болевого синдром и т.п.) онкологическая, социальная, моральная -ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек- физикалық (ауыру синдромы ж.т.б.)онкологиялық, әлеуметтік, рухани

Радикальное лечение (в потенциале)-түбегейлі ем (потенциальды)

Оказание поддержки родственникам в связи с потерей близкого человека –жақын адамын жоғалтуына байланысты туыстарына қолдау көрсету

Ауыр созылмалы ауруларымен немесе біріккен созылмалы бұзылыстарда, жантау сатысындағы науқастарға қосымша күтім кезіндегі, өлім мерзімінің белгісіздігін ескеріп, адамдарға көп жылдар бойы көмек көрсетуде денсаулық сақтау жүйесі мүмкіндіктерді табуы тиіс /22/.

Ауырлығына тәуелсіз, бұзылыстардың әр алуандылығына және болжам дәрежесінің белгісіздігіне қарамастан, науқастың автономдылығы адам құқығының бірде бір кілті болып қала бермек және оны сақтау қоғам мен медициналық қызметтің негізгі этикалық қалпы болуы тиіс. Бұл қағидалар қазіргі тұжырымдамаға енгізілген «науқастарға бағдарланған көмектер» қазіргі кезде оны енгізуде жігерлігі көптеген денсаулық сақтау жүйелерінде қабылдауда және ол адамдардың өзінің құндылығы мен қалауына негізделген медициналық көмекті құрау қажеттілігін көрсетеді.

Науқастардың өз өмірінің жантау кезеңінде, қандай көмек түрін алғысы келетіні туралы сұрақтар бойынша, көптеген объективті ғылыми мәліметтер пайда болуда. Көптеген зерттеулерде сұрастырылғандардың 75% өз үйінде өлгенін қалайтыны анықталды. Олардың

ішінде сұрастырудың алдында, жуыр арада жақынынан айрылған бірнеше көп адамдар стационарлық хоспис жағдайларын қалайтындар болды. Бір қатар зерттеулердің көрсеткіштерінде 50%-дан 70%-ға дейін ауыр аурулармен зардап шегетін науқастар үйінде өлгенін қалайтынын айтты (жантәсілім соңы жақындаған шақта осы топтың кей біреулері өзінің көз қарасын стационарлық жағдайдың пайдасына ауыстырды). Өзінің пайда болуынан бастап, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің ең бір негізгі қағидаларында, адамдардың көрсетілетін айқын көмек нұсқамасын таңдау мүмкіндіктері бар /23/.

Хоспистерді құрау мен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті дамыту қозғалысының кеңею шараларына қарай, көрсетілетін көмекке жоғары ықпалдылықпен жақындауды дәлелдейтін, осы қозғалыстармен насихаттайтын шындық мәліметтердің көлемі ұлғаяуда. Үнемі мәліметтер шолулары, сонымен қатар көптеген елдердегі қатерлі ісік ауруларының арасындағы зерттеулер, көрсетілетін көмектің негізгі бір қатар көрінісінің маңыздылығын өзгертпестен көрсете алу. Ауыру сезімін жеңілдету, науқасқа зейін қою және қарым қатынас сияқты қарапайым шаралардың тиімділігі ақиқаттық дәлелденген, сонымен қатар көрсетілетін көмек орынында науқастың қалауын сақтайтын мүмкіндіктер беруде, медициналық қызметкерлердің қызметі жақсы үйлестірілген. Сонымен қатар қатерлі ісіктерге жатпайтын аурулар кезіндегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек моделін қолдану пайдасының алдын ала ғылыми дәлелдері бар /22/.

Көрсетілетін көмек тиімділігін жанайтын қазіргі білімнің, егер олардың мақсаттық жігерлігі, олардың күнделікті тәжірибеге енгізілумен біріктірілмесе, жағдайдың айтарлықтай жақсаруына сирек әкелетіндігі күнен күнге айқын болуда. Сондықтан көптеген елдерде денсаулық сақтау қызметін жетілдіру үшін, ғылыми білімді айқындырақ қолдану жолдарында жүйелік өндеулер енгізілуде. Көбінесе клиникалық ұсыныстарды, клиникалық тәжірибе сапасын бағалау әдістерін, науқастарды жүргізудің жиынтық хаттамасын өндеу, тәжірибені өзгерту үрдісінде науқастардың өздерін еліктіру және олардың ойларын кезекті зерттеуге жүгіну, көрсетілетін көмек сапасын жақсарту бойынша медициналық қызметкерлер тобымен біріккен жұмысты белсендірудегі әдістерді енгізулерді өндеу.

Бірақ, ұйымды, тәжірибені және бейімделген тәртіп стереотипін өзгерту айтарлықтай қарапайым міндеттер емес. Мысалы, онкология аймағындағы, медициналық қызметкерлер үшін ғылыми негізделген клиникалық ұсыныстар, барлық жағынан жетістіктерге жеткен жоқ. Осы бастама сараптамасының көрсетуі бойынша, осыған ұқсас ұсыныстардың өндеулері мен жылжулары ақпараттық қолдаумен, қайтымды байланыспен, көп қырлы қатынастармен және тиімді басқарулармен қамтамас етілген төменгі деңгейден шығуы керек. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қатынасында, көрсетілетін көмек тиімділігінің негізгі шарттарын қолдану арқылы, клиникалық тәжірибе сапасын бағалау үшін бір қатар арнайы әдістер өнделген. Бұл әдістер әртүрлі жағдайларда қарқынды қолдануда.

Қызмет барысын жоспарлау үрдісінде, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсететін адамдарды белсенді еліктіреді, ол денсаулық сақтаудың басқа аймақтарына қарағанда қиындау, себебі ауыр халдегі науқастарға күш түсіруден қашу керек. Осыған қарамастан, бұл мүмкін және осы қатынаста бір қатар икемді әдістерді қолдану тәжірибесі бар. Басқа қатынастар науқастарға ұдайы сауалдамалар жүргізуді енгізеді, сонымен қатар қайтыс болған науқастың туыстарынан оған көрсетілген көмектің салыстырмалы сапасы туралы пікірін анықтау. Осы сауалдардың нәтижесін жергілікті қажеттілікті бағалау кезінде ескеріледі, ол қызметтің барысын жоспарлау үдерісі кезінде қолданылады. Қазіргі кезде үзіліссіз сапасын жоғарлату деп аталатын әдіс қызығушылық танытуда. Оны бір қызметтің аумағында ғана қолдануға болады немесе сонымен қатар, әртүрлі бригадалардың «коллегиалық қатынас» рамкасында кездесулерде болады. Кез келген нұсқада көмек көрсететін медициналық бригада, өз жұмысының сапасын түкпілікті бағалайды, кемшілікті

жерлерін анықтайды және қайталанатын қажетті шара жоспарларының циклдерінде кемшіліктерді шеттетуде, оларды жүзеге асыруда, нәтижелердің сараптамасында және қайтадан жоспарлауда жігерлікті қабылдайды (сурет 6).



6 Сурет. Жүйені жетілдіру үдерісінің моделі.

Чего мы стараемся достичь – неге қол жеткізуге тырысамыз?

Как мы узнаем, что изменение приносит пользу? – Өзгеріс қандай пайда әкелетінін біз қалай білеміз?

Какие изменения мы должны внести, чтобы добиться улучшения ситуации? – Жағдайды жақсартуға қол жеткізуде, біз қандай өзгерістерді енгізуіміз керек?

Анализ-сараптама

Сбор информации-ақпараттарды жинау

Планирование-жоспарлау

Действия-әрекеттер

Осы әдісті қолданған орындардан табысты мәліметтер пайда болуда. Алдыңғы тәжірибенің медициналық мекемелерде таралуы, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек сұрақтары бойынша қарым-қатынастың жергілікті тармақтағы қызметке ықпалын тигізуі мүмкін.

Осыған қарамастан жағдай біртіндеп өзгеруде, бірақ дәстүрлі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жалпы және тәжірибелік медициналық қызметкерлерді оқыту үдерісіне аз көңіл бөлді. Көптеген болашақ дәрігерлер мен медбикелерге арналған оқулықтарда, өмірдің соңғы кезеңдеріндегі медициналық көріністің мәліметтері мүлдем жоқ деседі болады, тек болжамасы туралы ақпараттар ғана. Осы жаймен науқасқа ауруының нашар болжамы туралы хабарлау қажеттілігінде, оның одан әрі дамуы барысын сипаттауды бағалауда, симптоматикасын бақылауда немесе науқасқа қиын шешімді қабылдауға көмектесуде, жиі медициналық қызметкерлердің өзін жеткілікті сенімді сезінбейтінін түсіндіруге болады. Бұл сонымен нәтижесіз, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті қажет ететін науқастарды оның көрсетілуі үшін бағыттамайтынын немесе оның тым кеш болатынын түсіндіреді. Осыған қарамастан, ол медициналық қызметкерлерге диплом алдындағы және кезекті дайындық үдерісінде көптеген қажетті дағдыларды оқытудағы мүмкіндіктері туралы, үміт беретін мәліметтер бар.

Ғылыми зерттеулердің көрсетуі бойынша, онкологиялық науқастарды ұзақ уақыт клиникалық бақылау мүмкіндіктерінде берілген немесе олармен қатынас үдерісі кезіндегі коммуникативті

дағдыларға үйретілген студент-медиктердің ішінде білімінің тереңдігі анықталған, олар әңгімелесушіні жақсы тыңдауға, қиын тақырыптарды талқылауға дайын және адамдарға қиын шешімді қабылдауға көмек көрсете алған. Сонымен қатар, дипломы бар медбикелер мен дәрігерлер өзінің мамандық мансапты келесі кезеңде, біліктілігін арттыру курсының көмегімен қосымша науқастармен қарым-қатынасының дағдыларын алу мүмкіндіктерінің мәліметтеріне жататын пайдасы бар. Бірақ, медициналық қызметкерлерге өзінің күнделікті қызметінде бұл дағдыларды қолдану әрқашанда жеңіл емес. Бұл оқыту бағдарламасының ұзақ мерзім уақытына есептелуін және конструктивті қайтымды байланыс механизмінен тұратынын көрсетуі мүмкін. Сонымен бірге, медициналық мекеме басқармасына көп шараға сәйкес, осындай дағдыларды қолдануға ықпал жасайтын жағдай мен жұмыстың модусын құрауға ұмтылу. Жоғары сапалы көмек көрсету үшін медициналық қызметкерлерге уақыттың жеткілікті болуы және барлық қажетті жағдайлармен қамтамас етілуі керек. Асығыс және күйзелістік атмосферада жұмыс істеуге тура келгенде, тіпті ең тәжірибелі маманға өзінің міндетін тиімді деңгейде орындауда қиындықтар болуы мүмкін, олардың жегерлігі жеткілікті бағаланбайды, ал сыны өнімді сипаттамаға жатпайды.

Әсіресе өршімелі және ауыр аурулар кезінде, медициналық көмек көрсету айтарлықтай күрделі этикалық мәселелермен байланысты болады. Сондықтан осы көріністерді ұжымды талқылаудың және медициналық қызметкерлердің мамандылығына сәйкесті жетілдірудің маңызды мәнісі бар. Бұл жерде құпиялықты сақтау қағидалары; емнен күтілетін пайда мен болжамның салыстырмасын талқылау, ондағы болатын шығындар; науқас пен оның туыстарының арасындағы күрделі қатынас жағдайларында дұрыс бағдарлау; науқастар жантәсілім кезеңінде және өліміне байланысты өз еркін құжаттармен білдіру; шектелген қорды әділдікпен тарату; ассистирленген өзін-өзі өлтіру немесе келісім бойынша қинамай өлтіру өтініші түскен жағдайда, науқаспен және оның туыстарымен жағдайды сараптау және әңгімелесу; медициналық араласуларды жүзеге асырудан бас тартқанда немесе емді доғарғанда; қатынасу мүмкіндіктерін жоғалтқан науқастардың орынына шешім қабылдау (мысалы, комада жатқандар) сияқты сұрақтар туралы айтылады.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қажеттілігінің өсуін, осы саланың аймағында жұмыс істейтін мамандар санын жоғарлату арқылы қанағаттандыруға болады деген ақиқаттық болжау дұрыс емес. Осы мәселені дұрыс шешуде, кең шеңберлі медициналық қызметкерлер арасында сәйкес білім мен дағдыларды тарату айқынырақ болар еді. Қолдағы бар мәліметтер бойынша денсаулық сақтау жүйесінің бірінші тізбегіндегі қызметкерлер арасында, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек сұрақтарының дұрыс қойылуы, білім деңгейі мен қалыптастыруды жоғарлату мүмкіндіктерімен айқын дәлелденген, бірақ жалпы қырлы медициналық қызметкерлер мен мамандар арасындағы тәжірибелердің екі жақты алмастырулары қажет. Егер қатерлі ісікті емес аурулар үшін, мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметімен жақсы қамтамас ету керек болса, онда мамандардың өздері осы аурулардың симптоматикасын жақсы игеруі керек.

Көбінесе жиі айтатындары, денсаулық сақтаудың дамуына байланысты, өткен ұрпақтарда болмаған, дамыған елдердегі өмір сүретін адамдардың өмір деңгейінің жоғарлауы мен орташа өмір сүруінің ұлғаюы, өлім көріністері мен қайтыс болуды «жатсынуға» айналдырды. Діни және рухани сендірулердің әлсіреуі, сонымен қатар өлімге байланысты сұрақтарды ашық талқылау кезінде адамдардың қиындықтармен соқтығысуына әкелуі мүмкін. Ол негізінен күнделікті өмірден өте алыста, сондықтан адамдар оны ақиқат ретінде қабылдауды доғарады және онымен кездесуге мүлдем дайын емес. Өлім ұстанымы жағынан медицина атына сөгіс тастауға болады – бұл әрқашанда жеңілу, қалыпты емес жәй, уақыт бойынша жылжытылатын, бірақ ерте ме кеш пе ол бәрібір болады. Осы уақытта күнделікті теледидар жаңалықтары мен жаппай мәдениетте күтпеген жерден, аяқ астынана, жиі біреулердің кесірлерінен - болған басқа адамдардың өлімі туралы бейнелер мен тақырыптармен тола.

Бірақ, ескеретін жай жаппай ақпараттық жүйе кейде ауыр аурулармен зардап шеккен адамдардың тағдырын, тек өлімге дейінгі белсенді өмір ұстанымын және қоғамға әкелген айтарлықтай пайдасын ғана жариялайды.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетуі бойынша медициналық қызметкерлердің дағдысы

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсету үшін, медициналық қызметкерлер көрсетілетін қызметтің сапалы болуы үшін, бірқатар тәжірибелік дағдыларды игере білуі керек. Осы дағдылар қатарына мамандандырылған медициналық (аурудың симптомдарын бақылау және емге келмейтін науқастарды жүргізу) қызметтен басқа, сонымен қатар тіл табыса білу, ақпаратты сауатты және түсінікті жеткізу және басқа да көптеген дағдылар кіреді.

Ауыру сезімі мен басқа да симптоматикаларды бақылау

Ауыру сезімінен тиімді құтылудың әдістері 30 жылдан бері бар, онкологиялық және басқа да аурулардағы ауыру сезімін жеңілдету үшін тағайындалынатын препараттардың кең таңдаулары бар. Эпидемиологиялық бақылаулар көрсеткіштері бойынша, ауыру синдромын клиникалық ұсыныстарды сақтау арқылы бақылау кезінде, қатерлі ісік үрдістерінің алысқа кеткен сатыларындағы 70-97% онкологиялық науқастарда ауыру сезімін парапар төмендетуге қол жеткізуге болады. Медициналық қызметкерлердің ауыру синдромына қатынасын білімі мен бағдарын жетілдіру жолымен үйрету мүмкін, бірақ алынған дағдылар сұрақтарына арналған тәжірибенің қолданулары жеткілікті зерттелмеген. Ең көбінесе қысқа мерзімді шаралар зерттелген, мысалы медбикелер науқастарға өзінің ауыру көріністерінің күнделігін жүргізуді ұсынады, ал дәрігерлер күнделікті ауыру синдромын бағалау деңгейіне байланысты препараттардың мөлшерін түзетуге тікелей бағытталған /21, 26/. Онкологиялық науқастардан айырмашылығы, егде жастағы қатерлі ісіктер емес ауруларындағы стандартты ауыру сезімін бағалау сұрақтарына салыстырмалы аз көңіл бөлінуде.

Қарым-қатынас дағдысы

Дәрігер мен науқастың арасындағы сенімді қарым-қатынас бір қатар көрсеткіштерге оң ықпалын тигізеді, оған көбінесе психологиялық жағдайының жақсаруы, ауыру синдромын тиімді бақылау, артериальды қысым мен қандағы қант көрсеткіштерінің жақсаруы кіреді /22, 27/. Медициналық қызметкерлер науқастың жақындарымен тиімді қарым-қатынасын қолдаудағы қабілеті және оларды шешім қабылдау үрдісіне еліктіру, жантәсілім кезеңінде науқасқа көрсетілетін көмектің сапасын туыстарының жағымды бағалауда үнемі маңызды сапаретінде жүреді /28/. Медициналық қызметкерлердің қарым-қатынастық дағдыларын әрі қарай талқылаумен, кеңес берудегі видеотаспаға жазу жолымен жақсарту мүмкін, бірақ медиктерге қайта алған дағдыларын күнделікті тәжірибеде жүйелік қолдану үшін қосымша көмек керек.

Ақпараттарды ұсыну

Онкологиялық науқастардың хаттамалармен немесе ең маңызды медициналық зерттеулермен және кеңес берулермен танысу, көбінесе пайда келтіреді. Бұл психологиялық зақым келтірместен, өзінің ауруы туралы хабардарлықты және көрсетілетін көмек сапасын бағалау деңгейін жоғарлатады /26,27/. Бірақ, нашар болжама кездерінде сақтықты сақтау керек және өзінің жағдайы туралы толық шындықты науқас білгісі келетін ақиқаттылығын ескеріп, ақпараттарды ұсыну /28/. Медициналық қызметкерлер көрнекті әдістемелерді, кестелерді және т.б. қолдану кезінде, олар науқасқа жүргізілетін емнің маңызын толық түсіндіруге, оны мазалайтын сұрақтарға жауап беруге және соңында көрсетілетін көмектің қанағаттанарлық деңгейін жоғарлатуға көмектесуі мүмкін /22/.

Рухани көмек

Адамдардың рухани және діни қажеттіліктері терең өзіндік сипаттамаға ие. Олар көбінесе өлімнің жақындауына қарай бірінші жоспарға шығады, сондықтан ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуі кезінде ескерілуі тиіс. Дінге сенулерде науқас адам өзінің жағдайымен, тіпті өзінің ауруының нәтижесімен игеру әсерін тигізетіндігі туралы алдын ала шындық мәліметтер бар. Олар сонымен қатар туыстарының қазалы жоғалтуында олардың өздерін игерулеріне әсер етеді /21/.

Психологиялық қолдаулар

40 жыл бойы 150-ден жоғары рандомизирленген зерттеулердің барысында көптеген әртүрлі психологиялық көмек бағдарламалары зерттелді. Нәтижелері бір келкі болған жоқ, аурудың түріне және бақылау кезеңіне байланысты олардың беталыс құбылтулары байқалды, бұл кезде оң нәтижелер тұрақтылығымен ерекшелінбеді. Ең көп шындық мәліметтер қосымша психотерапияларды қолдану пайдасында жиналды, бірақ науқастардың арнайы қажеттілігін және аталған көмек түрінің көрсеткіштерін анықтау үшін әрі қарай жұмыстар қажет.

Балама медицина әдістері

Жалпы халық ішінде баламалық медицина заттарын қолдануда, жиі егде жасқа жатпайтын әйелдердің ішендегілер тартылады, оны «қалыпты» және оңай бақыланатын ем түрінде қабылдайды. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекте баламалық медицина әдістерін қолдануда қаншалықты қызығушылық танытса да, олардың стандарттық дифиниция түрінің болмауы объективті бағасын соншалықты қиындатады, іріктеп алу көлемінің аздығы, мүмкіндік ықпалдар айқындылығының әлсіздігі және оның сандық өлшеу әдістерінің парапарсыздығы, дәл қорытындыларды әлі жасаған жоқ /19/.

Ақпараттарды беру

Әртүрлі бөлімдер мен қызметтердің, сонымен қатар емдік мекемелер мен мекен жайы бойынша медико-әлеуметтік қызметтер қолдауы арасындағы ақпараттармен алмасу, егде жастағыларға көрсетілетін көмекте үлкен маңызы бар. Қазіргі кездегі бар механизмдер көбінесе өзінің бұйыруы бойынша жауап бермейді. Осы аймақтағы тәжірибелік дағдысының жеткіліксіздігіне қарамастан, шамасы ақпараттармен алмасуды қамтамасыз етудің ең тиімдісі, әр бақылаудағы науқастың «жүргізуші қызметкері», «кураторы» немесе «координаторы» болу керек /22/.

Үй жағдайларында көмек көрсетуде қажеттілікті қанағаттандыру

Басқа да маңыздылау сұрақ: өлім халіндегі науқас соңғы сағаты мен минутын өз үйінде өткізгісі келсе, егер оның соңғы тілегі солай болса, көмекті үйлестіруді жақсарту жолымен қажетті жағдайларды жасау мүмкін бе. Ауруханалық және коммунальдық қызмет үйлестірулеріне әртүрлі жақындаулармен жүргізілген зерттеулердің көрсетулерінде, адамдар өз үйінде өлгенін қалаған кезде, көмектің көрсетілу пайызының көп жағдайларында мүмкіндіктер береді. Жақсы үйлестірілген қолдаумен қамтамасыз ету, сонымен қатар науқасты күтетін туыстарының күйін жеңілдететіндігі туралы дәлелдеуші шындық мәліметтер бар /21/.

Жанұясы мен туыстарына көрсетілетін қолдаулар

Егже жастағы адамдарды күтуді жүзеге асыруда, адамдарды қолдайтын әртүрлі қызметтер бар. Оларға үйге көрсетілетін көмек, күтім қызметі, еріктілердің қоғамдық ұйымдар қызметі, қолдау тобы, жеке тұлғалық психотерапия мен оқытулар кіреді. Күтімді жүзеге асыратын тұлғалар, көбінесе үйге көрсетілетін көмектің сапасымен

қанағаттанады және егер олар уақыт ара науқастан кеткен жағдайда, күтуші қызметін қолдану мүмкіндіктерін бағалайды. Сол азғана топтық сабаққа қатысушылар немесе қолдау тобына жазылғандар, басқа адамдармен ашық қарым-қатынас мүмкіндіктерін жағымды бағалайды, бірақ бұндай топтар тиімділігінің объективті дәлелдері жеткіліксіз. Қартайған адамдарды күтудегі қажетті басымдылық тұлғаларды анықтау бойынша, одан әрі қарай жұмыстар қажет, сонымен қатар қазіргі кездегі қызметтер оларға қандай шамада айқын көмек көрсете алады /25/. Естен шығармайтын маңызды жай, бұл кезде адамдар оларға көңілмен және түсінікпен қарайтындығын сезінуі тиіс, - бұның өзі көрсетілетін көмектің маңыздылығына жатады.

Қобалжу мен депрессия – жақын адамынан айрылу немесе жоғалту қаупі кезіндегі болатын қалыпты реакция. Көп жылдық байланыстың үзілуге жақын тұрған осы кездегі адамдармен кездескенде, медициналық қызметкерлер бұл терең эмоцияларға әсер ете алмайды. Соған қарамастан, олар оқшауланған қосымша уайымдардан немесе абыржудан парапар мен келісімді көмек жолымен қайғыруды жеңілдетеді.

Мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бойынша күндізгі стационарлар

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің күндізгі стационарларына келетін мүмкіндіктері бар науқастардың оң қарайтындығы, объективті дәлелдемелер пайдасына жатады, онда олар басқа науқастармен қарым-қатынас жасауы, қызметкерлерге сұрақ беруі мүмкін, сонымен қатар жүргізілетін шараларға қатысуы мүмкін. Бірақ, күндізгі стационарға қаншалықты келу шараларының басқа көрсеткіштерге әсері, соның ішінде науқастың өмір сапасы немесе симптоматикасын жеңілдету сияқты сұрақтар зерттелмеген болып қала бермек /20/.

Науқастың қазасынан кейінгі туыстарына психологиялық қолдау

Бір қатар зерттеулердің көрсеткіштері бойынша, мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жағдайында өлген науқастың туыстарында психологиялық бұзылыстар аз болған және тек стандартты көмек түрлерін қабылдаған науқастардың туыстарымен салыстырғанда қажеттілік қанағаттанарлық емес /21/.

Өлгендердің туыстарына қолдау жасау және кеңес беру қажеттілігін бағалау, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің маңызды бөлігі болып саналады. Осыған ұқсас кеңес үшін жеке көрсеткіштер мен жеке емнің тиімділігінің анықтамасын бағалаудың болжамалы ақиқаттық сұрақтарының зерттеулері салыстырмалы аз болып қалуда. Айтып кететін жай, осы барлық факторлар сараптамаға қиын беріледі /22/.

Қатерлі ісік емес ауруларының науқастары үшін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметінің дамуы

Науқастардағы бұзылыстардың біріккен кезінде көп қырлы бригадалар көмек көрсетудің бір де бір жолы болып келеді. Олар өздерін гериатриялық тәжірибеде және бір қатар белгілі ауруларда ұсына білді. Мысалы, науқастағы жүрек жетіспеушілігін емдеуге бригадалық жақындау кезінде олардың ауруханаға жатуын төмендетеді және тіршілік сақтау қабілетін жақсартады /15/.

Мамандандырылған медициналық бикелер

Зерттеулер нәтижелерінің көрсеткіштері бойынша, мамандандырылған медбике қызметі жалпы науқастардағы жүрек жетіспеушілігіне жағымды әсер етеді және көмектің үздіксіздігімен қамтамас етеді /17/. Осындай медбикелермен көрсетілетін, тыныс алу жүйесінің аурулары кезіндегі көмек, науқастар өмірінің ұзаруына әкеледі, бірақ оның сапасына әсер етпейді; соған қарамастан науқастар осы категориядағы медициналық қызметкерлер жүргізетін үйде қарауларын позитивті бағалайды /22/.

Ақыл кемділік науқастары үшін хоспис қызметі

Ақыл кемдігінің жантауы сатысындағы науқастарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсету экспериментальды бағдарламасының жүргізілген нәтижелері мен хоспис қызметі бойынша, бұл әдіс науқастар жайлылығының жоғарлауына ықпал жасауы және оларды күтетін адамдарға көмектесуі мүмкін /20/.

Соңғы кездері алдын ала жоспарлау сұрақтарында, егер олардың өміріне қауіп төндіретін аурулар кезінде қандай көмекті қалайтындығын шешуде, адамдардың мүдделілік танытулары жоғарлауда. Нәтижесінде егер адамның өзі аурудың салдарынан шешім қабылдау жағдайының болмау кездерінде, қалауы мен таңдауынан тұратын, туыстары мен медициналық қызметкерлер үшін жазбаша түрдегі нұсқаулар жасалады. Үмітіне қарамастан, осыған ұқсас жоспарлаулар науқас өмірінің жантауы кезеңіндегі қалаусыз медициналық араласулардың санын азайтуы мүмкін, сонымен осы нұсқауға үнемі сүйенуде және бұл қандай да бір қорлардың қолданылуына немесе емнің құнына әсер ететіндігі туралы дәлелдемелер алынбаған /23/. Қазіргі уақытта анағұрлым жан-жақтылық әдістердің зерттеулері жүргізілуде. Егде жастағы адамдарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қажеттілігінде қанағаттандыратын қарқынды терапия тиімділігінің теңдігі дәлелденбеген /25/.

Көрсетілетін көмек тиімділігінің сұрақтары бойынша зерттеулердің кемістіктері

Көмекке қол жеткізудің кедергілері болатын, қатерсіз ісік емес аурулары кезіндегі ауыру сезімі мен басқа да симптоматикалардың шығуы мен бақылау әдістерінің мәселелері бойынша, сонымен қатар қатерсіз ісік емес ауруларымен зардап шегетін адамдарға көрсетілетін көмек сұрақтары бойынша ғылыми зерттеулердің өткір жетіспеушілігі бар. Егде жастағы адамдарға берілетін көмектің сұрақтары бойынша және ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекте әртүрлі мәдени топтар өкілдерінің, әлеуметтік зерттеулердің, психологиялық және діни көріністерінің анағұрлым терең зерттеулері қажет, сонымен қатар бағалау әдісін өңдеу. Зерттеушілер міндетті түрде науқастардың қажеттілігін зерттеу кезінде ерекше сезіммен жақындауды сақтайтын қажеттілікке байланысты қиыншылықтармен, сонымен қатар науқас пен оның туыстарының қалауын басқа да объективті факторлармен үйлесімділігін тиімді шешудегі ізденістерде мәселелермен соқтығысады.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек туралы мәліметтерді анағұрлым толық қолдану керек, сонымен қатар көмекке қажеттіліктің туындауы мен оның сапасының жүйелік мониторинг механизмін белсенді өңдеу. Әртүрлі қаржылану деңгейіндегі, сонымен қатар халықаралық салыстырмалар, көрсетілетін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің әртүрлі моделдерінің салыстырмалы сараптамасы қарқынды бағыттар болдып табылады. Бұл кезде тиімді индикаторларды талдаудың үлкен маңызы бар. Бұл морфинді қолдану қарқындылығын, қатерлі ісік емес ауруларының ішіндегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті қабылдайтын науқастар бөлігін, зардаптан өлген науқастар бөлігін, сонымен қатар қарттар үйіндегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілген науқастардың көрсеткіштері болуы мүмкін.

Ғылыми зерттеулер қажеттілікті айқындағаннан кейін және оларды қанағаттандыратын тиімді шараларды анықтағаннан кейін, осы жаңа білімді күнделікті денсаулық сақтау тәжірибесіне енгізуде айтарлықтай жұмыстар күтіледі. Медициналық қызметкерлердің әртүрлі мамандық мансаптарында жетілдіруін жоғарлатуға бағытталған, сонымен қатар қажеттілік кезде оларда өзінің тәжірибелік жұмысын алмастыру қабілетін дамыту бастамасын қаржылай қолдау қажет. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуі бойынша, әртүрлі мекемелерде

медициналық қызметкерлердің үйлестіру қызмет әдісін зерттеуде экспериментальды жобаларды жүзеге асыру керек..

Көптеген елдерден алынған шындық мәліметтер сараптамасы, онкологиялық науқастар үшін және науқастың жағдайын жақсартуға бағытталған, қарапайым шаралар тиімділігінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің негізгі көріністер маңыздылығын айқындайды. Бұл шаралар ауыру сезімін парапар жеңілдетуден және басқа да симптомдарды бақылаудан, науқастармен зейін қойып араласу мен ақпараттарды ұсынудан, сонымен қатар науқастардың қалауы мен тілегін ескеріп, жетілдірілген мамандандар бригадасымен көрсетілетін жақсы үйлестірілген көмектен тұрады. Осыған қарамастан, қатерлі ісік емес ауруларында салыстырмалы белгісіз болжамдар, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті жоспарлау үрдісін қиындатады, осы аурулардағы науқастардың қажеттілігі де онкологиялық науқастардың қажеттілігі сияқты, жоғарыда аталған шаралар оларға да солай жақсы әсер етеді. Осының барлығы көмектің жақсартуына бағытталған, белсенді де келісімді әрекеттер жасаудың кезі келгенін дәлелдейді. Бұл кезде науқас пен оның туыстарының қажеттілігін ескеру арқылы, қарапайым да, тексерілген шараларды, сонымен қатар аурудың күрделі дәрежелігі мен ауырлығын қолдану қажет.

Егде жастағы адамдар санының өсу жағдайында ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қажеттілігінің көлемін, кешенді жақындау мен қоғамдық денсаулық сақтау қағидаларын қолдану қажеттілігін айтады. Сөз егде жастағы адамдардың қажеттілігін айқындау, қолданылатын шаралар беталысының мониторингісі мен тиімділігі, маманды кадрларды дайындаудың жетілдіруі мен халықты ақпараттандыруы, сонымен қатар мінез-құлық пен тәжірибенің өзгерістеріне қажетті қолдау механизмдерін құрастыру туралы айтылуда.

Егде жастағы адамдарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуі ұлттық деңгейде денсаулық сақтау қызметінің жоспарлауында көрсетілуі қажет. Аталған аймақ қаншалықты басымды болатыны және бөлінетін қордың көлемі қанша болатындығын, әр елдің өзі шешім қабылдауы керек, бірақ бұл сұрақта толық анықталуларға қол жеткізілуі тиіс. Мысалы, АҚШ-дағы хоспис қызметінің тәжірибесі көрсеткендей, оларды тұрақты қаржыланумен қамтамас еткенде және тұрақтылықтың айтылуында көмектің ұзақ мерзімге жоспарлануы мүмкін, соның ішінде, оның қатерлі ісік емес ауруларымен ауыратын науқастарға ұсынылуы. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу ұйымның саясаты, егде жастағы адамдардың басқа да денсаулығын қорғауға бағытталған саясаттарымен, сонымен қатар жүректің ишемиялық ауруы мен ақыл кемдігі сияқты белгілі патология түрлерін бақылау саясатымен келісімде болуы керек.

Денсаулық сақтау ұйымдастырушылары, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті қандай да бір «қосымша қызмет» ретінде қарастырмастан, оның жалпы медициналық қызметтерінің ажыратылмайтын бөлігі болуына қол жеткізулері керек. Көмек тиімділігін жоғарлатуды белсендіру, мониторинг жүргізу және қызмет сапасы жақсартылған кезде медициналық мекемелерді ұлғайту шараларын қолдану қажет. Егде жастағы адамдарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің тиімділігі гериатриялық медицина бригадаларының, қарттар үйлері мен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсететін қызметкерлер арасында қарым-қатынасты дамыту қажет.

Белгілі емдеу әдістерін кеңінен қолдану арқылы егде жастағы адамдардың зардап шегуін анағұрлым жеңілдетуге болатын еді. Осы қатынастағы бір де бір қиыншылыққа медициналық қызметкерлердің ауыру сезімі мен басқа да симптоматикаларды бақылауға дайындықтарының жеткіліксіздігі, сонымен қатар мамандандырылған көмек көрсету кезеңінен тыс жағдайларда, денсаулық сақтау жүйесінің бірінші және екінші тізбегінде наркотикалық анальгетиктерді

қалаусыз қолдануы жатады. Бұл мәселелерді шешуде әртүрлі жағдайларда көмек көрсететін, сол сияқты қарттар үйі мен пансионаттардағы және ауруханалардағы, сонымен қатар үйге көрсетілетін көмектің барлық қызметкерлерінің қосымша оқытылуы мен тәжірибелік дайындақтарын қажет етеді.

Қатерлі ісік емес ауруларынан зардап шегетін және өлетін адамдардың қажеттілігін қанағаттандыратын мәселелер аймағының зерттелуі жеткілікті дамымаған. Қарттар үйінде және қарттар үшін пансионат үйлерінде немесе әртүрлі жағдайлардағы 80 жастан жоғары адамдардың қажеттілігіне ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің тиімді ұйымдастыру жолдары туралы аз дәлелді мәліметтер бар. Толығымен алғанда ғылыми зерттеу нәтижелерін тәжірибеге енгізудегі тиімділігінің эмпириялық мәліметтер жеткіліксіздігінің орыны бар. Қатерлі ісік емес аурулары кезіндегі болжамдардың салыстырмалы анықсыздығы қызметтің жоспарлау үрдісін қиындатады. Соған қарамастан, науқастың зардап шегуін тиімді жеңілдету үшін, мынандай қарапайым шаралар жеткілікті, ауру сезімінен құтылу, науқасты зейін қойып тыңдау, оған ақпараттарды беру және жетілдірілген мамандардың күшімен үйлестірілген көмек көрсету сияқты. Осыған ұқсас жақындау шаралары аурудың түріне немесе елге байланысты ерекшелінуі шамалы шығар. Бұл бекітулердің негізделуіне мәжбүр ететін, қарапайым және тиімді шараларды қолдануға мән қою арқылы аурудың күрделілігі мен ауырлығын анықтауда, сонымен қатар науқастың және оның туыстарының қажеттілігінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу жүйесін белсенді және келісімді күшпен жетілдіруге шешім қабылдаудың уақыты жеткенін көрсетеді.

Соңғы 30 жылда қол жеткізген хоспистің құралуы мен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсету дамуының қозғалыс қарқындылығы, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетулердің, оның соңғы өмірінің бөлігінде өмір сапасының жақсаруында тиімділігін дәлелдейді. Арнайы білімнің жиналуы және онкологиялық науқастар мен олардың туыстарына көрсетілетін көмек, осы аймақ бағытындағы қоғамдық қолдаудың айтарлықтай жүргізуімен болады. Барлық мамандар көмек көрсетудің осы модельдерін қатерлі ісік емес ауруларына да бейімдеу керектігі туралы өз ойларын білдіруде, көп шараларда диагноз немесе болжам мәліметтері емес, шындық қажеттілікке негіздейді.

Бірақ, бұл жақындауларды қазіргі тәжірибеге енгізу үшін, білім мен қайырымдылық жасау жеткіліксіз. Егде жастағы адамдарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетудің жақсартуларына қол жеткізу үшін, олардың пікірлерін зейін қойып тыңдауға дайын болу, олардың туыстарының пікірін ескеру, творчестволық жақындауды қосу және денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейіндегі болатын кедергілерге төзе білу керек. Бұл кедергілерге келесілер жатады:

- мәселелер көлемін жеткіліксіз білу және сезіну;
- егде жастағы, сол сияқты олардың жиі зардап шегетін ауруларына байланысты ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің дәл саясатының болмауы;
- әртүрлі жағдайларда және әртүрлі денсаулық сақтау қызметі көрсететін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетулерінің интеграциясы мен үйлестірулерінің жеткіліксіздігі;
- күтім жүргізілетін мекемелердегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетулердің дәстүрлі немесе дағдылы жеткіліксіздігі.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АУРУҒА УАҚЫТША ЖЕҢІЛДІК БЕРЕТІН КӨМЕКТІҢ ЖАҒДАЙЫ

Қазақстан Республикасындағы халық денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесінің жағдайы

Дәстүр бойынша ел халқының денсаулық жағдайы өмір сүру ұзақтығының орташа және күтілетін мінездемесінен басталады. Қазақстандағы күтілетін өмір сүру ұзақтығының беталысы, басқа ТМД елдерінің ішінде байқалғандай сияқты, соған қарамастан Қазақстандағы орташа өмір сүру ұзақтығы ТМД елдерінің ішіндегі ең төмені болып қала бермек және 1991 жылдан кейін өмір сүру ұзақтығы күрт төмендеп кетті. ССРО-ның күйреуінен кейін өмір сүру ұзақтығының бірден қысқарылғаны байқалды. Қазақстанда 1990 жылы өмір сүру ұзақтығы 68,81-ден 64,4-ке дейін төмендеді, ал 1996 жылы қайтадан 66,9-ға жоғарлады. Экономикалық ұлғаюға қарамастан, ол 1990 жылғы деңгейден 2 жылға кем артта қалуда және 2004 жылы тіркелген 79,43 жас деңгейіннен, 13 жылға Евроодағының орташа өмір сүруінен – 15 жылға кем /11/.

Алдыңғы Кеңес Одағының барлығында – жыныс арасындағы орташа өмір сүру ұзақтығының айырмашылығы үлкен болды. 2006 жылы ер кісілердегі күтілетін өмір сүру ұзақтығы 60,55 жылды құрады, ал әйелдерде бұл сан 72,03 жылды құрады. Ер кісілердің өмір сүру ұзақтығы 90-жылдардың бірінші жартысында 1996 жылы әйелдермен салыстырғанда 63,9-дан 58,93-ке дейін күрт төмендеп кетті (WHO 2006a). Ең үлкен өлім жұмысқа қабілетті жастағы ер кісілердің ішінде байқалды. 1987 жыл мен 1995 жылдардың арасында өлім деңгейі 30-44 жастағы ер кісілердің ішінде екі еседен артық жоғарлады және 45-54 жастағы ер кісілердің ішінде 75%-ға өсті. (Беккер және Уржумова 2005) Сонымен қатар өмір сүру ұзақтығының айырмашылығы региондар арасында да байқалды. Мысалы, гүлденген Алматы мен Астана бас қаласында өмір сүру ұзақтығы басқа кедей аудандармен салыстырғанда артықтау болды. (Беккер және Уржумова 2005) /10/ .

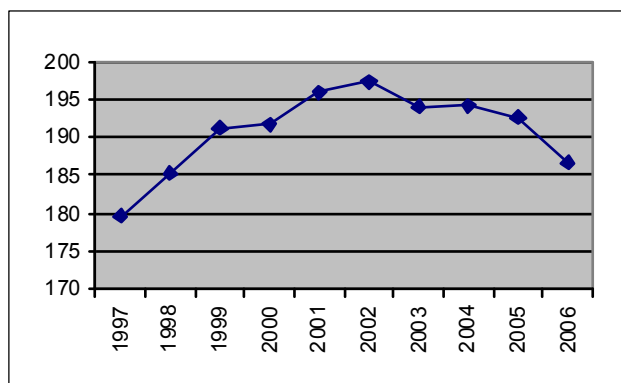
Соған қарамастан, шынайы өмір сүру ұзақтығы арнайы статистикаға қарағанда аз болуының мүмкіндіктерін белгілеу керек. Оның себептеріне – төменде сипатталатын тіркелмеген нәрестелердің өлімі. Осы шындылықтардың есептелуі 2003 жылғы өмір сүру ұзақтығын 61 жасқа әкеледі, ол арнайы статистикада көрсетілгеннен 4 жылға. (Rechel, Shapo et al. 2005) /10/.

1990 жылдары Қазақстандағы өмір сүру ұзақтығының төмендеуі көбінесе, әсіресе орта жастағы ер кісілердің ішінде жүрек қан-тамыр ауруларынан өлуіне байланысты. Қазақстан Республикасының 2004 жылғы статистикасы бойынша ҚР Агентства мәліметтері бойынша. 30,3% 60 жасқа дейін өмір сүрмеген /12/.

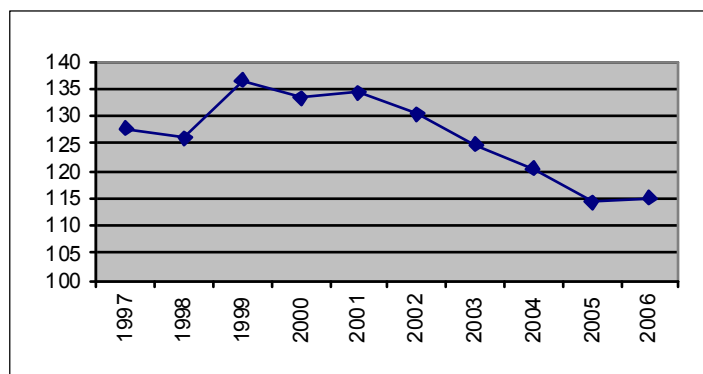
Осыған қарамастан, БҰҰ-ның мәліметтері бойынша Қазақстан тездетілген қарқынды қартаю елдеріне жатады және 2050 жылы халықтың 25% егде жастағы адамдарға жататын болады. Осы көрсеткішпен бірге егде жастағы аурулар көрсеткіші, онкологиялық аурулар көрсеткіші жоғарлайтын болады. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсету сұрақтары мүмкіндігінше және денсаулық мәселелерінің көз қарастары барынша өзекті болады /12/.

Қаншама егде жастағы адамдардың ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетуге қажет екендігі мен қажет ететіндігі туралы әлі статистикалық мәліметтер жоқ, бірақ осындай мекеменің қажет екендігі айқын. Бұл туралы республика бойынша статистикалық мәліметтер дәлелдейді. Соңғы бес жылда бір қатар төмендеуіне қарамастан, қатерлі ісік аурулары жоғары көрсеткіштерде. Аурулардың құрылысында ел бойынша төрт алдыңғы

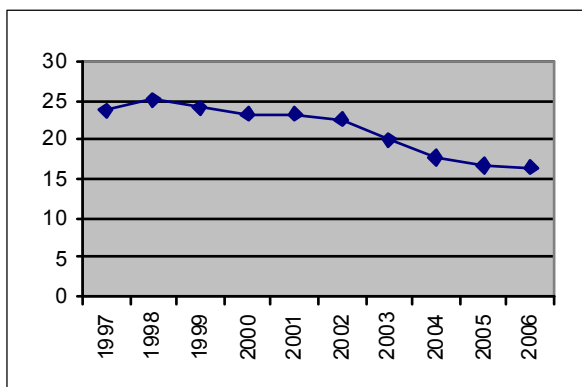
қатарда орналасқан өкпе қатерлі ісігі, асқазан қатерлі ісігі, терінің қатерлі ісігі және сүт безінің қатерлі ісігі жатады. Соңғы он жылда өлім көрсеткішінің тұрақты төмендеу беталысы бар, осыған қарамастан қатерлі ісіктерден өлу алдыңғы қатардың үшінші орынында қалуда. Осындай ауру көрсеткіші сияқты маңызды көрсеткіштер (қатерлі ісік ауруларының таралуы) жылдан жылға өсуде, орта есеппен жыл сайынғы өсуі 100 мың халыққа 12 құрайды. Аурудың IV сатысында тіркелген адамдардың меншікті салмағы соңғы он жылда 7,3%-ға төмендеген. Осының барлығында қатерлі ісік науқастарының 1/5 бөлігі – бұл қатерлі ісік ауруларының IV сатысындағы науқастар, олар мамандандырылған медико-психологиялық сәйкес көмекті қажет ететіндер /2, 6, 9/.



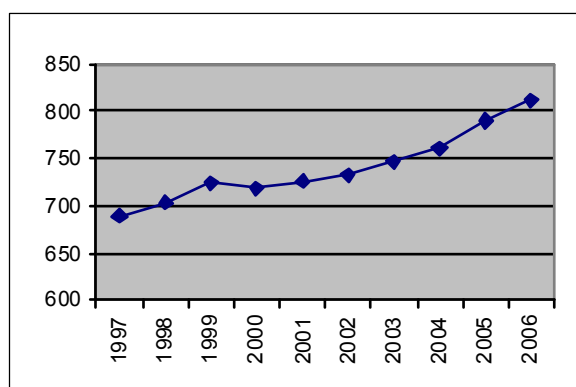
8 Сурет. ҚР қатерлі ісік аурулары



9 Сурет. ҚР қатерлі ісік ауруларынан өлу



10 Сурет. ҚР қатерлі ісік ауруларының меншікті салмағы

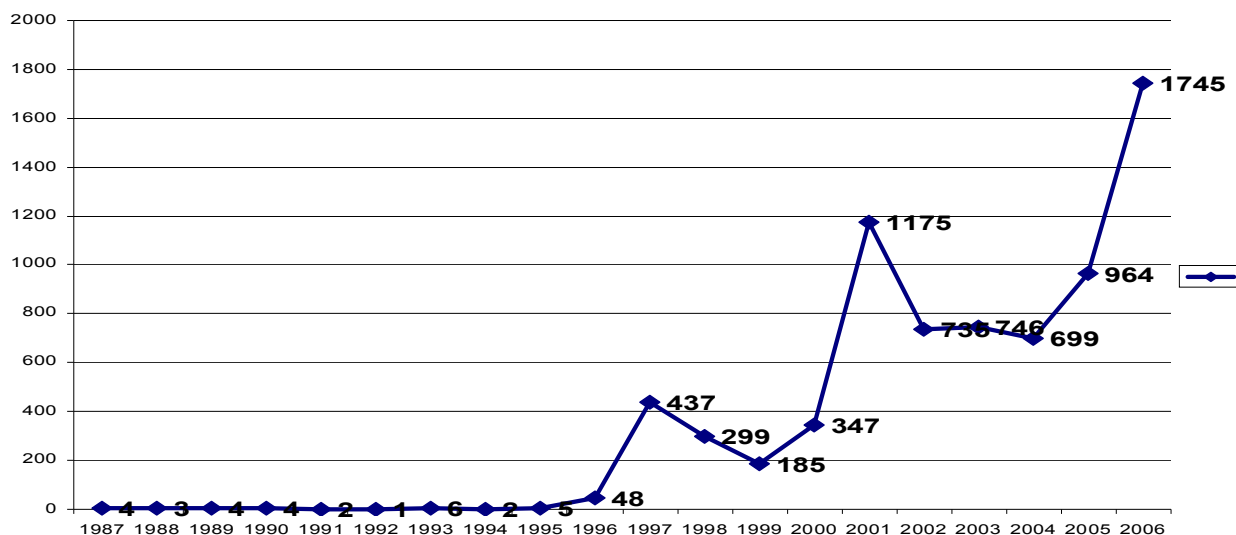


11 Сурет. ҚР қатерлі ісіктердің таралуы

Бір жағынан елде әлеуметтік-маңызды аурулар көрсеткіштері жоғарлауда, олар елдің жұмысқа қабілетті халқын қамтуда және өзіне қоғам жағынан көңіл қою мен жаңа тұжырым ұстанымы жағынан ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетулерді талап етеді.

20 жыл барысында АИВ-инфекция эпидемиясы бүкіл әлем қоғамын мазалау көзі болып отыр. Эксперттердің бағалауы бойынша 2006 жылы АИВ- мен өмір сүретін адамдар саны 40 миллионға жетті. 2006 жылы АИВ-ты 5 миллион адам жұқтырған және осы жылы 3 миллион адам дүниеден кетті.

Қазақстан Республикасында эпидемияны бастапқы сатыда ұстап тұруда (АИВ негізінен наркотиктерді егу арқылы қолданатындардың, коммерциялық жыныстық қатынас қызметкерлерінің ішінде жинақталған). Бірақ, жағдайдың кез келген уақытта нашарлау мүмкіндіктері жоғары, бірінші кезекте наркотиктерді егу арқылы қолданатындардың, сонымен қатар коммерциялық жыныстық қатынас қызметкерлері қауіпті болып келеді, жұқтырудан қашу мүмкіндіктерінде АИВ берілу жолдары мен әдістері туралы жастардың білім деңгейінің жоғары еместігі, АИВ-н жұқтыру жоспарында қауіптілік тәжірибесі әрқашанда болмайды.



12 Сурет. Қазақстан Республикасында жыл сайынғы АИВ-инфекция оқиғаларын тіркеу сандары

Қазақстанда халықаралық міндеттерден басқа 2006-2010 жылдары ИЖПС бойынша бағдарлама мақұлданған және орындалуда, АИВ және ИЖПС сұрақтары Қазақстанның 2010 жылға дейінгі дамуындағы стратегиялық Жоспардың әлеуметтік саясаты бойынша секциясында интегрирленген. Мемлекеттің 2005-2010 жылдары денсаулық сақтау қайта құруы мен даму бағдарламасындағы ең маңызды бөлігі эпидемияға қарсы тұру болып келеді.

Қазақстанда бірінші АИВ-инфекциясының тіркелу оқиғасы 1987 жылы болды. Сол уақыттан бастап 2007 жылдың 1 маусымына дейін, яғни 20 жылдың ішінде бірінші АИВ оқиғасының айқындалуынан кейін, Қазақстанда АИВ-мен 8388 адам тіркелген, 558-не ИЖПС диагнозы қойылды, оның 23-ші балалар. 453-ші ИЖПС-дан қайтыс болды, соның ішінде 14 жасқа дейінгі 3 бала (берілген мәліметтер Қазақстанның мыңжылдықтағы дамуының мақсатында, 2007).

Бағалау мәліметтері бойынша АИВ-мен өмір сүретін адамдар саны Қазақстанда 16 000 адамды құрайды, ол тіркелген оқиғалар санынан екі есе жоғары. АИВ оқиғаларын айқындаудағы тіркеу серпіні жаңа айқындалған оқиғалар санының көбінесе өсуімен. Сонымен, 2005 жылғы тіркелген оқиғалар саны 2004 жылы айқындалғандардың санынан 1,4 есе асып түсті (яғни 699-дан 964-ке дейін); 2006 жылы 2005 жылға қарағанда тіркелгендер саны екі есе жоғары болды (964-тен 1745-ке дейін). Тек 2006 жылдың алты айында 988 жаңа АИВ оқиғалары тіркелген. АИВ оқиғалары Қазақстан Республикасының барлық 14 аймақтарында тіркелген. Ең зақымдалған аймақтарына Павлодар, Қарағанды

облысы және Алматы қаласы жатады, кейбіреулеріне тіпті барлық тіркелген оқиғалардың 60% келеді.

Маңызды көңіл бөлуді талап ететіндерге сонымен Оңтүстік Қазақстан облысы жатады, 2006 жылы бірнеше балалар ауруханаларында аурухана ішіндегі АИВ-инфекциясының оталуы тіркелген. Аурухана ішіндегі АИВ-инфекциясының таралуына қанның құю қауіпсіздік ережелері мен аурухананың санитарлық-эпидемиологиялық тәртібін бұзулары себепкер болды. Зардап шеккен балалар саны 114 адамды құрады.

Қазақстанда АИВ-инфекция эпидемиясы наркотиктерді егу жолымен қолданатындардың ішінде кеңірек таратылады. Барлық айқындалған АИВ ішіндегілердің 74% наркотиктерді қолданатындар. Өзгежынысқа құштарлық жолымен берілудің жоғарлауы байқалуда, 2001 жылы 5% болса, 2006 жылы ол 16,5% құрады. АИВ ішіндегілердің 75% ер кісілер құрайды. Бірақ, АИВ ішінде әйелдер санының жоғарлауы да байқалды, олардың көбі наркотиктерді қолданатын жыныстық серігінен жұқтырған (2001 жылы әйелдер саны 10%, ал 2007 жылы 26% құрады). АИВ әйелдерден 296 бала туылды, АИВ-инфекциясы 21 балада анықталынды. Эпидемияның сипаттамасына тән, ол жастарды жанай бастады. Қазақстанда АИВ-мен ауыратын адамдардың ішіндегі 50% 20-29 жастағы жастардан тұрады, сол АИВ-мен өмір сүретіндердің 72% еш жерде оқымайды және жұмыс істемейді. Жалпы санның 30% бас бостандығынан айрылған жерде тіркелуге алынған.

2007 жылы вирустарға қарсы емді қажет ететіндердің 50% алды (700-дің ішінен 352-сі). Барлық АИВ-оң айқындалған жүкті әйелдер, АИВ анасынан баласына берілу жолдарының алдын алу шараларының толық жиынтығын алды. АИВ аналардан туылған барлық сәбилерге төс сүтін алмастырушылар берілді.

Наркотиктерді егу арқылы қолданатын адамдар Қазақстанда АИВ эпидемиясын негізгі қозғаушы күш болып қала бермек. Осы топтың бағалама саны 140 000 адамды құрайды, ол 18-49 жастағы 2% халықтың наркотиктерді егу арқылы қолданатынын дәлелдейді. Наркотиктердің кеңінен қолдануының таралу себептеріне Қазақстан опииаттардың Ауғаннан Еуропаға тасмалдау жолының ортасында болуы мүмкін. Зерттеулердің мәліметтері бойынша, 80% қолданушылар героинді енгізеді, 16% «ханканы» қолданады. АИВ таралуын шеттетуде, Қазақстан Өкіметінің осы АИВ-на осал тобында әрқашанда ерекшеленді. 2001 жылдан «Зиянкестілікті төмендету» бағдарламасында ұлттық саясатқа интегрирленген және ИЖПС бойынша ұлттық бағдарлама бөлігі болып келеді.

2006 жылы Қазақстанда жүргізілген эпидемиологиялық бақылау шолуының (ЭБШ) мәліметтері бойынша, наркотиктерді егу арқылы қолданушылардың ішіндегі АИВ таралуы 3,4% құрайды, ол 2005 жылдың көрсеткіш деңгейлеріне сәйкес келеді. Мінез-құлықты зерттеу мәліметтері бойынша, наркотиктерді қолданушылардың 47% АИВ-ның берілу жолдары мен алдын алу шараларын біледі, бірақ осы топтың 14% ғана қауіпсіз егу жолы мен жыныстық қатынас қауіпсіздігін сақтайды. Бұл С гепатитінің (64,5%) және мерездің (11,1%)¹ жоғары таралуымен дәлелденіп отыр.

Келтірілген мәліметтердің көрсетуі бойынша, осы топтағы АИВ-ның одан әрі таралу потенциалының жоғары екендігі көрінуде. Ал бұл шындық, осы топ АИВ-ның негізгі халыққа берілетін «көпірі» болып келетіндігін және оны эпидемиологиялық үдерістерде шұғыл маңызды етеді.

¹ 2007 жылдың 9-10 сәуіріндегі Алматыдағы отырысында ұсынылған, 2006 жылғы Қазақстан Республикасының эпидемиологиялық бақылау шолуының нәтижелері.

Қазақстандағы Республикалық ИЖПС орталығының жүргізген бағасы бойынша, ақшаға жыныстық қатынас қызметін көрсететін әйелдер тобының саны 20 000 құрайды. Эпидемиологиялық бақылау шолуының мәліметтері бойынша, осы топтағы АИВ-ның таралуы 2,5%, мерездің таралуы – 26,2%, С гепатиті – 17,3% құрайды. АИВ, С гепатиті және мерездің таралуы жыныстық қатынас қызметкерлерінде наркотикті қолданушылардан анағұрлым жоғары (5,8%, 67,5% және 35,4% сәйкес).

Жыныстық қатынас қызметкерлерінің (ЖҚҚ) АИВ-ның берілу жолдары мен алдын алу шаралары туралы білім деңгейі 2006 жылы 58% құрады, ол 2005 жылмен салыстырғанда жеткіліксіз болсада¹ (39%) білімінің жақсарғанын дәлелдейді. ЖҚҚ – үнемі бұл топ тарихы кемсітушілік пен стигматизацияға ұшырауда. Емделмеген гинекологиялық және жыныстық қатынас ауруларының болуы; жыныс арасындағы тепе-теңдіктің болмауынан, әйелдер әрдайым өзінің жыныстық қатынас жүрісін бақылай алмайды, оның жиі өз қажеткерлерінен сақтанатын жыныстық қатынасқа қол жеткізе алмауы, осының бәрі жыныстық қатынас қызметкерін әсіресе АИВ-на осал болуына әкеледі, соған сәйкес эпидемияның осы топтан шығу мүмкіндіктерін жоғарлатады.

Барлық әлемде АИВ-ның таралуы пенитенциарлы мекемелерде жоғары, жалпы популяцияға қарағанда. Қазақстанда ЭБШ мәліметтері бойынша, АИВ-ның таралуы 1,0% құрайды, ал ол жалпы халықтың ішінде 0,1% құрайды. 2006 жылы мерездің таралуы 13,6%, ал С гепатиті 40,1% құрады. Серпінділікке келетін болсақ АИВ таралуы 4 жылда үш есеге жоғарлады, 2003 жылмен салыстырғанда вирусты С гепатитінің таралуы 1,3 есеге жоғарласа, мерез екі жылдың ішінде 1,2 есеге көтерілді. Осыған қарамастан 2005 жылдан 2006 жыл кезеңінде түзету мекемелерінде презервативпен қамтамас ету 66%-дан 88%-ға жоғарлаған. Сонымен қатар, Қазақстанда зарарсыздандырығыш заттардың жеткіліктілігі 2005 жылы 80%-дан 2006 жылы 89%-ға өсті. Зерттеулердің көрсеткіштері бойынша, бас бостандығынан айрылғандар АИВ-ның берілу жолдары мен алдын алу шараларымен жақсы хабардарлық, бас бостандығынан айрылғандардың ақпараттық деңгейі 64,6% құрады. АИВ-ның, С гепатиті мен мерездің бас бостандығынан айрылғандардың ішінде айтарлықтай жоғары таралуы, біріншіден қамауда отырғандар жыныстық қатынаста қауіпсіздік тәжірибесі қолданылмайды және наркотиктерді зарарсыздандырылмаған құралдармен енгізеді, екіншіден олар бас бостандығынан айрылу кезінде аталған ауруларды алдын жұқтыруы мүмкін. Қамауда отыратын жерлерде АИВ және ИЖПС туралы алдын алу шараларының ақпараттары жүргізіледі, презервативті және зарарсыздандыру ерітінділерін таратылу қамтамас етілген, бірақ шприц пен иненің айырбастаулары жүргізілмейді. АИВ зерттелген бас бостандығынан айрылғандардың саны 61%-дан (2005 жылы) 72%-ға (2006 жыл)¹ жоғарлағанын көрсету керек.

Кейбір әлем елдеріндегі ер кісілермен жыныстық қатынасы бар, ер кісілер АИВ эпидемия тобының ең өзекті халқы болып келеді. 1987 жылы ССРО бірінші АИВ-инфекция оқиғасы ер кісімен жыныстық қатынасы бар ер кісіде тіркелген және соңғы бірнеше жыл бойы эпидемия осы топта таралған. Эпидемиологиялық бақылау шолуының мәліметтері бойынша, Қазақстанда 2003-2006 жылдар арасында АИВ бұл топта таралуы 0 құрайды, бұл берілген тіркеулерге қарсы келмейді, себебі ер кісілер арасындағы АИВ таралуы еркекпен жыныстық қатынастағылардың (ЕЖҚ) ішінде расында өте төмен. ЕЖҚ болғандардың 83% соңғы анальды жыныстық қатынаста презервативті қолданғандарын көрсетті. АИВ туралы білім деңгейі 54% құрады. Бұл топтағы АИВ бойынша қолайлы жағдайдың болу мүмкіндіктері, бұл популяцияның білім деңгейінің жоғары болуы мен денсаулығын сақтауды уәж ету ерекшелінуімен айтылады. Сонымен қатар, Қазақстан бойынша ЕЖҚ 71% алдын алу шараларымен қамтамас етілген және 2006 жылы 65% АИВ¹-на тест өтті. Бірақ бұл топ адамдарынан мәліметтер алу қиын, ол тарихы қалыптасқан еркектердің арасындағы жыныстық қатынас стигматизациясына байланысты, шолулы зерттеулер жүргізу кезіндегі іріктеп алуда АИВ адамдары кірмегені мүмкін. Сол

себепті АИВ эпидемиясында осы топ адамдары байқаусыз өтеді және шынайы жағдай осы айтқандай қолайлы болуы мүмкін емес.

Осыған карамастан 2005 жылмен салыстырғанда жастардың алдын алу шаралары туралы хабардарлығы 34%-дан 39%-ға жоғарлады, жыныстық қатынасы АИВ жұқтыру бойынша осы күнге дейін қауіпті болып қалуда. Сұрастырылған жастардың 84% қатысушылары үнемі серік еместермен кездескенде презервативті қолданған. Соңғы 12 ай барысында 9,2% сұрастырылған еркектер, өздерінде ең болмағанда бір ЖҚЖИ симптомдарын байқаған. Осының өзінде тек үштен бір бөлігі медициналық көмекке қаралған. ЖҚЖИ симптомдарының болуы, жыныстық қатынаста АИВ жұқтыру қауіпін дәлелдейді (презервативті қолданбай үлкен жыныстық қатынас серіктер санының болуы)².

Елдегі гендерлі стереотиптің және айырмашылықтар болуы, әйелдердің АИВ осалдығын жоғарлатады. Ауылды жердегі әйелдердің ішінде жүргізілген зерттеулер мәліметтері бойынша, барлық аймақтағы бастамалар, соған қоса жыныстық қатынас еркектердің үлесіне жатады, күйеуінің көзге шөп салуы қоғаммен талқыланды, кейбір Қазақстанның ауылды жерлерінде әйелдерді зорлау шындықтары да орын алады, презервативті қолдану бойынша бастама еркектің қолында. Әйелдер ақылы жұмысқа еркектермен салыстырғанда аз ие болады, оның бәрі олардың медициналық қызметке қол жеткізуі мен бірінші кезекте ауруға ерте диагностика жасауын төмендетеді³.

Қазақстанда АИВ-мен жүретін адамдар (ВЖА) үшін стигматизациясы мен кемсітушіліктерінің айтарлықтай алғышарттары бар. 2006 жылы АИВ/ИЖПС байланысты айқындау хабардарлығы, қатынасы мен тәжірибесі туралы қоғамның пікірлеріне сұрамалар жүргізілген. 3200 жас адамдардан сұхбат алынған. Сауалдама жүргізгеннің жартысы АИВ-жұқтырған адамдарды қоғамнан оқшаулау қажет керектігімен келіседі. Республиканың ауылды жерінде тұратындар ВЖА-ға қатынасына басымдырақ – қорқыныш, озбырлық байқатты. Сонымен қатар көз қарастарына жұқтыру себептері де әсер етеді. Егер адам «дұрыс жолмен» жұқтырса (инфицирленген қан арқылы, ауруханада жұқтырса ж.т.б), онда жан ашырлық басым, ал егер «дұрыс емес жолмен» жұқтырса (наркотиктерді лас шприцтермен қолдану арқылы, жыныстық қатынаспен), онда сөз етеді. Көбі ВЖА қоғамнан оқшаулау керек деп санайды: олардың дені сау адамдармен бірге оқығанын, жұмыс істегенін қаламайды⁴.

ВЖА басқа да АИВ адамдарына кеңес берудегі, қолдаудағы және күтімдегі ролі маңызды. Бірақ Қазақстанда осы қызмет түріне еліктірілген АИВ адамдары өте аз, тек бір ғана адам өзінің оң статусын ашық жариялап айтады. Осы шектелімдермен жұмыс істейтін ӨЕҰ аз саны қамқорлық туғызады.

1987 жылы бірінші оқиғаны тіркегеннен бері республикада ИЖПС орталық жүйесі құрылды (орталықтар Алматыда орналасқан Республикалық орталықтың басқаруымен барлық республиканың 14 аймақтарында бар), зертханалар тармағы ашылды, 253 ерікті тексерілу мен кеңес беру кабинеттері ашылды, зиянкестілікті төмендету бағдарламасының рамакасында шприц пен инені алмастыруды жүргізетін 130 сенім пунктары ашылды. Қазақстанда өкіметтік емес секторлар жұмылдырылды, 60 ұйым мамандандырылған ұйымдармен бірге АИВ-мен күресу шараларын жүзеге асыруда.

² Әлеуметті зерттеулер нәтижесі бойынша есеп беру: АИВ/ИЖПС туралы білім, қатынасы, Қазақстанда оқитын және жұмыс істейтін жастар арасындағы тәжірибе (Республикалық ИЖПС орталығы үшін дайындалған). Қазақстан, Алматы-2006. Қоғамдық пікірді зерттейтін орталық.

³ Қазақстандағы АИВ/ИЖПС гендерлі қырлары. Қазақстан, Алматы – 2006. Қоғамдық пікірді зерттейтін орталық.

⁴ Қазақстандағы АИВ/ИЖПС гендерлі қырлары. Қазақстан, Алматы – 2006. Қоғамдық пікірді зерттейтін орталық.

Қазақстанда АИВ эпидемиологиялық бақылауы жөнделген – елдің аймақтары бойынша АИВ-ның деңгейі мен таралу серпіні туралы, зақымдалған топтар бойынша, АИВ алдын алу шараларының тиімді бағдарламасын құрау мақсатында таралу уақыты бойынша мәліметтердің үнемі жиналуы. Қазақстанда АИВ-ның эпидемиологиялық бақылау жүйесі АИВ оқиғаларын тіркеуге негізделген, сонымен қатар серологиялық және мінез-құлық зерттеулерінен тұратын екінші ұрпақтың эпидемиологиялық бақылаумен байытылған.

Елдің негізгі эпидемияға жауабы АИВ-на қарсы әрекет бағдарламасы жатады.

2001 жыл 14 қыркүйектегі №1207 Қазақстан Республикасы Өкіметінің шешімімен бекітілген, Қазақстан Республикасында 2001-2005 жылдары ИЖПС эпидемиясына қарсы әрекеттер бойынша Бағдарламалардың жүзеге асу мерзімі 2005 жылы аяқталды, жоғарыда аталған бағдарлама шараларының жүзеге асуы елде АИВ эпидемиясын төменгі деңгейде ұстауға ықпалын тигізді.

Бағдарламаны қолдау үшін, халықаралық донорлардың қорлары жұмылдырылды, сонымен қатар 2004 жылдан 2008 жыл кезеңіне ИЖПС-мен, туберкулезбен және безгекпен күресу бойынша Ғаламдық фондтан (одан әрі ИТБҒФ) 22,4 млн АҚШ доллары бөлінді. Аталған грант ИТБҒФ мен негізгі грант алушы – ИЖПС-мен күресу және алдын алу шаралары бойынша Республикалық орталық арасында жүзеге асыру рамкасының 2003 жылы 29 шілдеде қол қойылған келісім рамкасында бөлінген. Бағдарламаны жүзеге асыру үрдісінде Қазақстанға халықаралық серіктестер қолдау жасады, сонымен қатар БҰҰ жүресінің ұйымдары: ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, АҚШ Өкіметінің ұйымы: ЮСАИД, СДС, өкіметтік емес халықаралық ұйымдар (одан әрі – ӨЕҰ): PSI, «ИЖПС – фонды «Шығыс – Батыс», фонд «Сорос – Қазақстан». Ел Ғаламдық фондқа 7 раундтан тұратын 35 миллион АҚШ доллар көлеміндегі өтініштерін дайындады және ұсынды. Қазақстанды қоса есептегендегі Орталық Азия елдеріне бір қатар аймақтық жобалар қолдау жасауда: ИЖПС бақылау бойынша Орталық-азия жобалары (Әлемдік банкпен және Ұлыбритания халықаралық көмек Департаментімен қаржыланатын), «Потенциал» жобасы (ЮСАИД-пен қаржыланады).

АИВ-инфекциясының таралуын алдын алуы Қазақстан Республикасының міндетті түрде басымдылық бағытына жатады. Бағдарламада қанның қауіпсіздігі бойынша шаралар қарастырылған, себебі жұқтырылған қанды немесе оның препараттарын құю АИВ-инфекциясының бір де бір таралуының ең «тиімді» жолы болып келеді; тік берілудің алдын алу шаралары; жастар мен бүкіл халық үшін ақпараттық және алдын алу шараларының бағдарламаларын енгізу; наркотиктерді қолданушылар үшін, жыныстық қатынас-қызметкерлері үшін алдын алу бағдарламалары «Зиянкестікті төмендету».

Себебі емдеу мен психологиялық қолдаулар АИВ жүретін адамдарға өміріне қажетті көмектің құралуы мен адамдарды қолдауы болып табылады, Қазақстан Өкіметі шартты патогенді инфекция науқастарын емдеуді, сол сияқты жоғары ретровирустарға қарсы ем (ЖРВҚЕ) көмегімен емдеулерді жүргізеді. ЖРВҚЕ-мен барлық адамдарды бірдей қамтамас ету – Қазақстанда жүзеге асырылатын жалпыға бірдей алдын алу шараларына қол жеткізу, емдеу, күтім және қолдау стратегияның ең бір мақсаттарына жатады. Республикада АИВ адамдарына диспансеризация мен медициналық көмек көрсету жүйесі ұйымдастырылған, ЖРВҚЕ ұсынылуы жөнделген.

Қазіргі кезде бас бостандығынан айрылған жердегілерге арналған бағдарлама Әділет министрлігімен өңделген және бекітуді күтуде. АИВ алдын алу шаралары бойынша бір қатар аймақтықтарда, соның ішінде Оңтүстік Қазақстан аймағында бағдарламалар өңделген және бекітілген, онда емделумен, алдын алу шараларымен бірге АИВ тұтануының нозокомиальды салдарын жұмсартуы бойынша шаралар енгізілген.

Қазақстан Республикасы «АИВ-инфекциясы мен ИЖПС-ның алдын алу шаралары мен емделуі туралы» заң қабылдаған және күшке енгізілген елдердің бірі (1994 жыл 5 қазан). 2006 жылы заңға қосымшалар енгізілген.

2001 жылы БҰҰ Бас Ассамблеясының 26-шы Арнайы сессиясында қабылданған, міндеттер туралы Жарлығында, ерекше көрсетілген, эпидемияға қарсы тұруда күшті саяси басқарма мен мультисекторальды ынтымақтастық қажет. Қазақстан Республикасында АИВ мен ИЖПС-ның алдын алу шаралары мен емделуі туралы сұрақтарда денсаулық сақтау мен санитарно-эпидемиологиялық бақылау мүшелерінің ролі жоғары, бірақ АИВ мәселелерінің басқа да қырлары бар, олардың шешілуі әртүрлі мекемелер мен ұйымдардың құзыретіне жатады.

Оларға әлеуметтік қорғау, нашақорлықпен күресу, мәдениет, ғылым, білім, еңбек, қоныс аудару, жиынтық реттелу мен үйлестіруді талап ететін сұрақтар жатады. Министрлер мен ақпартізім қызметтерінің келісімсіздігі кезінде, олардың қызметі тиімсіз және пайдасыз болады.

Жоғарыда көрсетілген Қазақстан Республикасы Өкіметінің 2005 жылы 3 ақпандағы шешіміне байланысты Қазақстан Республикасы Өкіметінің тұсында денсаулықты қорғау бойынша Үлестірілген Ұлттық кеңес құрылды, ал 2001 жылы 11 сәуірде оның құрамына өзгерістер енгізілді. Кеңесті денсаулық сақтау министрі басқарады, оның құрамына барлық мүдделік министрлер мен ақпартізім өкілдері кіреді.

АИВ-мен жүретін адамдарды және оның жанұя мүшелерін әлеуметтік қорғау мен қолдауда заңдылық негізін жетілдіру – эпидемияға қарсы тұру бойынша бағыттың басымды болуы, әсіресе Оңтүстік Қазақстан аймақтарындағы бір қатар ауруханалардағы аурухана ішіндегі өршулердің тіркелулеріне байланысты. Балалар мекемелерінде номативті құжаттарды бекіту, басқа балалармен тең жағдайларда АИВ балалардың оқшаулауын жеңуде көмектеседі және олардың әлеуметтік бейімделуін жеңілдетеді. Барлық категориядағы АИВ адамдар үшін медициналық қызмет пен қызмет көрсетілудің тең қол жеткізілуін қарастыру маңызды, әсіресе бас бостандығынан айрылғандар үшін.

Тиімдірек емдеу үшін, жолын ұстаушы аймақтардағы емнің жұмысын күшейту қажет, бар хаттамаларды өз уақытында ең жақсы халықаралық стандарттармен сәйкестіріп, қарап шығу және жетілдіру, ретровирустарға қарсы препараттардың өз уақытында сатып алынуын және олардың аймақтарға таратылуын қадағалау. Маңызды көріністер сонымен ретровирустарға қарсы препараттардың елдің фармацевтикалық нарқында спектрінің кеңіюі болып табылады. Сонымен қатар, препараттарға болатын теріс реакцияларды бақылау мен қажет кезде емделу кестесін өзгертуде дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлерді дайындау мен қайта жетілдіруді жүзеге асыру қажет, ересектер мен балалардағы АИВ мен ИЖПС аймағындағы мамандардың білім деңгейін жоғарлату керек., науқастың иммунды жүйесіндегі өзгерістерді бақылауға мүмкіндік беретін және АИВ-ның дәріге тұрақты түрін айқындауда және АИВ-ның дәріге тұрақты түрімен көрінетін қауіптілікті төмендету бойынша шараларды қолдануда ЖРВҚЕ тиімді қолдануда жақсы толықтырылған зертханасыз жүзеге асыруға болмайды. Зертхананың одан әрі нығайтылуы ПЦР-диагностика – бұл жақсы емнің міндетті анықтаушысы.

АИВ-инфекциясында наркотиктерге тәуелділерді емдеу ерекше орын алады. Емнің «жолын ұстаушылыққа» көңіл бөліп, наркотиктерді қолданушылар үшін АИВ-инфекциясын емдеуде арнайы кестені өндеу қажет, сонымен қатар осындай науқастар орын басушы емде болуы мүмкін және бұндай жағдайларда арнайы хаттамалар керек, бір мезгілде ретровирустарға қарсы препараттар мен орын басушы ем препараттарын қолдануы бойынша (олардың біріктірілуі мен әрекеттесуі бойынша). АИВ-инфекциясы мен нашақорлық эпидемиясының тығыз байланысын ескеріп, нашақорлықтан айықтыру бойынша тиімді бағдарламаларды өндеу мен енгізу.

Аймақтардағы АИВ-жұқтырғандардың 80% ескерсек – бұлар қосарланған инфекциялармен зардап шегетін наркотиктерді қолданушылар, сонымен қатар ко-инфекция адамдары үшін де емдеу кестесін өндеу қажет: АИВ-инфекция+С/В гепатит.

АИВ эпидемиясының даму кезеңінде, қолдау мен күтім аймағында АИВ жүретін адамдарына негативті күйзелістің жоғарғы қарқындылығын шеткеру мен толық өмірін сақтауды қамтамасыз ететін *психологиялық және әлеуметтік қолдау* қажет. Осы мақсатқа қол жеткізу үшін өкіметтік емес ұйымдарды күшейту керек, әсіресе АИВ адамдарымен жұмыс істейтін, сонымен қатар әлеуметтік қызметкерлер институтын күшейту керек. Осы жұмысқа АИВ адамдарын еліктіру, көмек пен өз ара көмек топтарын құрау, стигма мен кемсітушілікті жеңу, ВЖАС құқығын сақтау – Қазақстан үшін басымды бағыттар.

Осы топтағы шектелімдерге ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу кезеңінде, АИВ/ИЖПС барысы толқын тәрізді жүретінін ескеру қажет, халінің жақсару кезеңі денсаулығының нашарлау кезеңімен жүреді. Бұл аталған жағдайларда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің өзіндік ерекшеліктері бар.

Сонымен, жоғарыда көрсетілген шараларды орындаған кезде, Қазақстанда АИВ-инфекция жағдайының бір қалыпты тұрақты болуын күту мүмкін. Бірақ, барлық мүддемелік жақтардың күшімен ғана жетістіктерге қол жеткізуге болады - Өкімет, мемлекеттік ұйым, азаматтық қоғам, өкіметтік емес ұйым, АИВ адамдар ұйымы, жеке секторлар, жалпы ақпараттық ұйым, олар өзінің АИВ-на жауабын күшейтуі, күштерін біріктіруі, қорларын ұлғайтуы, стратегиялық мақсаттарды шешуде әрекеттерін тездетулері тиіс. АИВ-инфекциясының тосқалуы қаншалықты тиімді болса, Қазақстанның болашағы соған тәуелді болады..

Қазақстан Республикасының әлеуметтік саяси түйінді бағыттарының бір де бір басымдылығы туберкулезбен күресу болып келеді. Бұл бәрінен де бұрын жыл сайынғы Қазақстан Республикасы Президентінің Қазақстан халқына жіберетін Үндеуінен байқалады және мемлекеттік нормативті актіде көрсетілген – салалар бағдарламасында 2004 жыл 13 тамызындағы № 850 ҚР Өкіметінің бекітілген шешімінде «2004-2006 ж.ж. Қазақстан Республикасында туберкулезбен күресуді күшейту», сонымен қатар 2004 жыл 13 қыркүйектегі № 1438 ҚР Президент Бұйрығымен бекітілген, 2005-2010 жылдары Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды қайта құру мен дамыту Мемлекеттік бағдарламасы. Туберкулез бойынша 2004-2006 жылдар салалысындағы бағдарламаларда республикадан және жергілікті бюджеттен қаржы көлемі мен дәрі-дәрмектердің таратылуы 13 млн. 413,5 мың \$ соммасы (республикалық бюджет еншісі 13,3% тең) келесі шараларды қарастырады:

- елдегі туберкулез бойынша жағдайларды тұрақтандыру мен жақсартуға бағытталған, бірінші кезектегі шараларды өндеу;
- туберкулез науқастарын барлық кезеңде жүргізуде емдеу-сауықтыру мен алдын алу шараларын ұйымдастыруда, туберкулез науқастарын бірегейлік хаттаманы сақтаумен, бірінші медициналық санитарлы көмек (БМСК) тармақтарын еліктіру;
- туберкулезге қарсы қызметтің басқа да мемлекеттік органдармен және ақпартізімдерімен интеграциялау;
- туберкулез науқастарын Ұлттық тіркеуін жетілдіру;
- туберкулезге қарсы қызметтің барлық тізбек ұйымының материалды-техникалық базасын, сонымен қатар республикалық туберкулезге қарсы мекемелерді рентгенодиагностикалық жабдықтармен, жоғары шешуші қабілеті бар микроскоптармен, рентгенофлюорографиялық пленкалармен және химиялық реактивтермен қамтамас ету жолымен, пенитенциарлы жүйесін күшейту;

- аймақтық туберкулезге қарсы диспансерлерде үнемі бактериялар бөлетін туберкулездің созылмалы түрін емдеу үшін, арнайы бөлімшелерді кезеңмен ашу;
- аймақтық туберкулезге қарсы мекемелер базасында, арудың жұқпалы түрімен зардап шегетін, емнен қашатын науқастарды емделуге мәжбүр ету үшін, арнайы бөлімшелерді қайта ұйымдастыру;
- жаңа диагностикалық әдістерді, емдерді денсаулық сақтау тәжірибесіне енгізетін ғылыми зерттеулерді жалғастыру;
- туберкулез науқастарын және туберкулезге қарсы ұйымдардағы медициналық қызметкерлерді әлеуметтік қолдау;
- туберкулезге қарсы қызмет мамандарының біліктілігін, білім деңгейін жоғарлату.

Туберкулездің эпидемиологиялық жағдайын жақсарту және тұрақтандыру үшін, ҚР Өкіметі 3.02.2005 жыл № 99 «Қазақстан Республика Өкіметінде денсаулықты қорғау бойынша Ұлттық Үйлестірімді кеңес құрау туралы» шешімі бойынша, туберкулездің жоғары деңгейі бойынша техникалық жұмыс тобы құралды, оның мақсаты Қазақстан Республикасы Өкіметіне одан әрі қарай Ұлттық туберкулезге қарсы бағдарламасын дамытуы мен енгізуіне техникалық ықпал жасау.

ТБ ҚДТ бойынша бұйрық өнделді және бекітілді, туберкулез және көптеген дәрілерге тұрақты туберкулез бойынша Нұсқау.

2008-2010 жылдары барлық аймақтарда және аудандарда туберкулезбен күресу аймақтық бағдарламалары бекітілуде. 2008-2012 жылдар кезеңіне Қазақстан Республикасында ақпаратізім арасында туберкулезбен күресу әрекетінің жоспары дайындалған.

Бацилло бөлетін диспансерлі есепте тұратын барлық науқастар, халықаралық нұсқама келісімі бойынша, дәрілерге төзімділігін анықтауда культуральды тексерулермен қамтылады. Диспансерлік бөлімде туберкулезге қарсы қызметтің барлық туберкулез науқастарын тіркеу жүйесі мен олардың емдеу нәтижелері түбімен қайта қаралған, ол қатаң түрде тіркелген мекен жайына тәуелсіз тек айқындалған жері мен тұратын мекен жайы бойынша, үнемі тұратындар үшін, көшпенді халықтар мен бас бостандығынан айрылғандар үшін жеке жүргізіледі.

1999 жылдың 10 желтоқсаны № 496-І ҚР Заңына сәйкес «Туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқастарды, емделуге мәжбүр ету туралы» республикада аймақтық туберкулезге қарсы диспансерлерде арнайы туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқастарды емдеуге мәжбүр ететін, 305 төсек орынды 9 бөлімше бар.

Аймақтық және аудандық туберкулезге қарсы диспансерлердің зертханалық базасы материалды-техникалық күшейтілуде, олардың жаңа зертханалық құралдармен жабдықталуы және жыл сайынғы дәрігер-бактериологтар мен лаборанттардың біліктілігінің жоғарлауы, зерттеу сапасының бақылау жүйесін құрау, науқастың қақырығын культуральды тексеруге және дәрілік тұрақтылық қырын анықтау бойынша жұмыстарынды жүргізуге мүмкіндіктер береді. 1999 жылы Қазақстан дәріге тұрақтылықты әлемдік деңгейде зерттеу бойынша ӘДҰ Бағдарламасына енгізілген.

Осы мақсатпен ҚР туберкулез мәселелерінің Ұлттық орталығындағы (ҚР ТМҰО) референс-зертханасы, ТМД елдерінің ішіндегі жалғыз, Борстель қ. (Германия) суперұлттық зертханасында бақылау сапасынан сынақтан өтті және Ұлттық референс-зертханасы мәртебесін алды.

Қазақстанда негізгі туберкулезді айқындау әдістеріне клиникалық, сәулелі және бактериологиялық әдістер жатады, ал балаларда – иммунологиялық, клиникалық және жартылай сәулелі.

Жылсайынғы туберкулезді ерте айқындауды қамту мақсатына бағытталған қауіпті топтарға жататын халыққа нақтылану зерттеулерін жүргізу, туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайды тұрақтандыру мен жақсартудың маңызды бөлігі болып табылады.

Туберкулездің өз уақытында айқындаудың ең бір маңызды анықталу көрсеткішіне, құрылысының бұзылу түрлерінің меншікті салмағы ішінде, науқастардың тыныс алу жолдарының туберкулезін бірінші рет айқындағаны жатады, ол 2001 жылы – 48,0%-дан 2006 жылы 35,0%-ға төмендеді. Қазақстан Республикасының Өкіметі мен ҚР ДМ туберкулезге қарсы қызмет базаларын материалды-техникалық күшейтуге және медициналық құралдармен жабдықтауға үлкен көңіл бөлуде. Бірақ, елдің туберкулезге қарсы мекеме базаларының сараптама жағдайлары көрсеткендей, 33,7% туберкулезге қарсы мекемелер типтік ғимараттарда орналасқан, 55,1% – типтік емес, 11,2% – ыңғайландырылған ғимараттарда орналасқан. Негізгі көптеген тежейтін мәселелерге стационарлардың негізгі инжинерлік инфекциялық бақылауы жатады. Сондықтан материалдық базалар кезеңімен қайта құрастыруды қажет етеді (оларда ағынды-сорғыш желдетпе құрауды, аудан аралық стационарларды қайта құрастыру мен құрау, эпидемиологиялық маңыздылығына байланысты науқастарды қатаң оқшаулау үшін жағдайлар жасау).

Қазақстандағы қазіргі фтизиатрияның ең бір байсалды мәселелеріне туберкулез қоздырғыштарының дәріге тұрақтылығы жатады. Бүкіл әлемдік жылсайынғы бағалау келісімінде 450 000 жаңа ТБ КДТ оқиғалары тіркеледі, 70 000 Еуропалық аймақтарды қосқанда. Қазақстанда өкінішке орай, туберкулездің дәріге тәуелділік түрі, туберкулезге қарсы диспансердегі шектелімдердің ішінде таралу беталысы байқалуда.

Қазіргі кезде 8000-нан аса мультирезистентті түрімен зардап шегетін науқастар бар. Осыған байланысты 2000 жылы республикада DOTS-плюс Бағдарламасы жүргізілуде, оның мақсаты мультирезистентті туберкулездің одан әрі дамуы мен таралуының алдын алу болып келеді. Кейіннен басқа да аймақтарда да жүзеге асыру үшін, алғашқыда «пилотты» жоба елдің 4 аймақтарына енгізілді. 2003 жылдан бастап «пилотты» DOTS-плюс жобалары республиканың барлық аймақтарында жүзеге асырылды. Мультирезистентті туберкулез науқастарын емдеу үшін 695 төсек орынды күші бар, 18 маманды жабдықтандырылған бөлімшелер құралды. Клиницистер мен дәрігер-бактериолог мамандары дайындалды.

Жылсайын елде мультирезистентті туберкулезді айқындау, диагностика жасау мен емдеу мониторингі жүргізіледі. Қазақстан DOTS-плюс Бағдарламасын жүзеге асыру заңды актілермен, сонымен қатар ҚР ТМҰО әдістемелік нұсқауларымен күшейтілген. DOTS-плюс бағдарламасының орындалуы аймақтар мен аудандарда басталды. Көптеген дәрілерге тұрақты туберкулез туралы жаңа бұйрық дайындалды. Соған қарамастан елде бірінші және жүре пайда болған дәріге тұрақтылық жоғары деңгейде сақталуда, сонымен қатар ТБ КДТ науқастардың ішінде де байқалған. 2006 жылы 2005 жылмен салыстырғанда, бірінші дәріге тұрақтылық көрсеткіші республика бойынша 45,2%, соған қоса КДТ – 13,1%, ал жүре пайда болған 74,1%, соған қоса КДТ – 39,1% төмендеген.

ТБ-КДТ таралу себептері

1. Инфекцияның берілуі:

- 2006 жылы тек 21,8% ТБ-ҚДТ айқындалған науқастар емделген (бас бостандығынан айрылғандарды есептемегенде) және алдыңғы жылға қарағанда оданда аз;
 - 13% алғашқы айқындалғандар, 40% қайта емделгендер және 70% созылмалы ТБ-ҚДТ, ТБ ауруханасында жатқанда МБТ сезімталдық тест нәтижесін әлі алмағанда, толық палаталарда, инфекциялық бақылаудың болмауы кезінде таратады;
 - ТБ-ҚДТ (1-3 ай) диагнозы кеш қойылғанда.
2. Дәріге тұрақтылықтың амплификациясы:
 - емдеу тәртібінің I,II категориясында белгілі науқас топтарында МБТ амплификация тұрақтылығын болдырта алмайды.
 3. Емдеуде жиі үзілістер жасау.
 4. Сапасы кепілденбеген дәрілер.

Елде осы мультирезистентті туберкулезбен қалыптасқан жағдайға байланысты аудан деңгейіндегі туберкулезге қарсы мекемелерде бактериологиялық егу мекендерінің жұмысын қайта жаңарту қажет. DOTS-плюс Бағдарламасының тиімділігіне Қазақстан Республикасы Өкіметі мен ҚР ДМ орталықтан қамтамас етілетін республикалық бюджеттен тендрлік негізде бөлінген дәрі-дәрмектер арқылы, туберкулезге қарсы мекемелерде туберкулезге қарсы препараттардың қор қатарымен әсер етеді.

12-15 ай бұрын тіркелген жаңа оқиғалар мен оң жағынды науқастардың емделу тиімділігі төмен және 70,8% құрайды. Емделіп шығудың төменгі көрсеткіштер себебіне науқастардың емделу тәртібін бұзуы мен туберкулездің дәрілерге-тұрақтылықтылығы жатады. 1998 жылдан бастап елде 377,2 мың науқастар DOTS тәртібінде ем қабылдаған.

Бүгінгі күнде эпидемиялық ролі айқын туберкулезді инфекцияның шамадан тыс жиналу «қорымен» қорытындылайтын, пенитенциарлы жүйе мекемелерінде туберкулезбен күресуде өзекті мәселе болып қала бермек. Бұл мекемелерде кадрлармен толықтырылмауы, емдеу хаттамасының жеткілікті орындалмауы туберкулездің дәріге-тұрақты түрінің дамуына әсер етеді. Соған қарамастан 1999 жылыдан пенитенциарлы жүйе мекемелеріне DOTS стратегиясын енгізген бастап, позитивті қозғалыстар байқалды, ауыру көрсеткіштері 5 есеге төмендегенімен айқындалса, ал туберкулезден өлу – 10 есеге төмендеген.

Пенитенциарлы жүйенің туберкулезге қарсы қызметі, 2003 жылы 31 желтоқсанда №1376 ҚР Өкімет шешімі бекіткен ҚР 2004-2006 жылдары қылмыстық-түзету жүйесінде, \$71 млн. 969,7 мың көлемінде қаржыланған Бағдарламаны одан әрі жүзеге асырылуы арқылы күшейтілген.

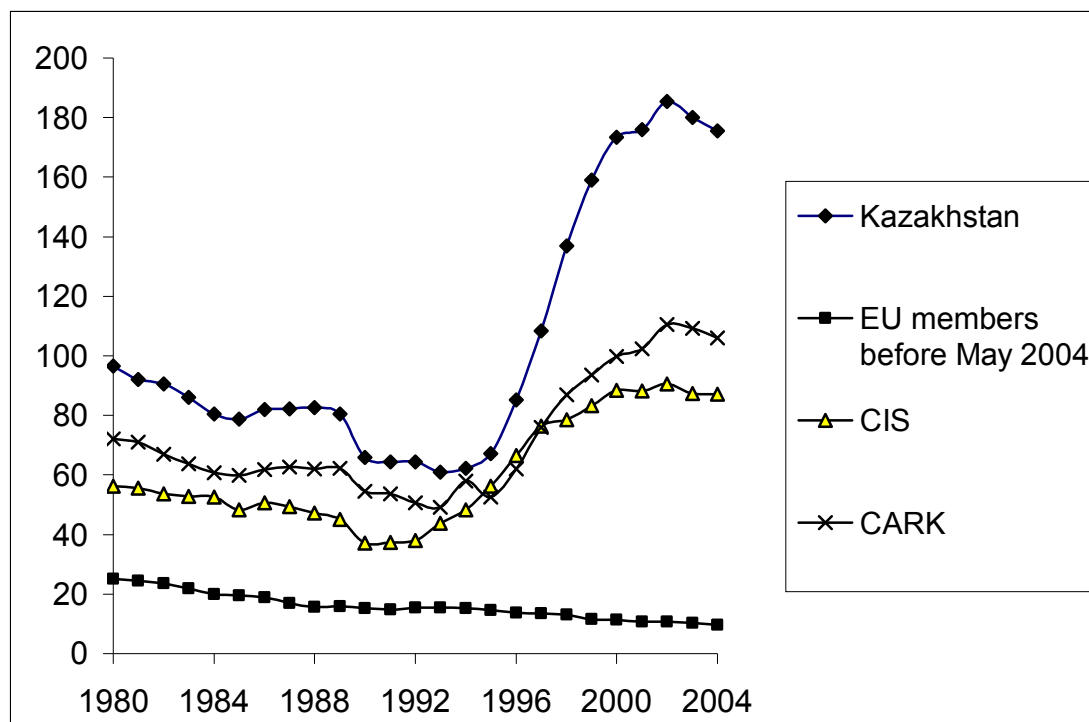
ИПЖС-мен, туберкулезбен және безгекпен күресетін Ғаламдық фонд 2006 жылы Қазақстан елдігінің \$9 842 621 соммаға берген сұранымын мақұлдады. Сұранымда көрсетілген, барлық шаралар, ел халықына туберкулезге қарсы көмек көрсетілуге бағытталған. Туберкулез иммунды жүйесі әлсіреген АИВ-инфицирленген адамдар ішіндегі өлімнің басты себепкері болып келеді. 2005 жылы әлемдегі бар бағалар бойынша, АИВ-оң халық ішіндегі ересектің 14 000 туберкулез ауруының жаңа оқиғалары. Тіркеу базасының мәліметтері бойынша, Қазақстанда 2003-2006 жылдар кезеңінде тіркелгендердің ТБ/АИВ науқастары – 722, олардың ішіндегі жаңа оқиғалар - 261.

2004 жылдан 2006 жыл кезеңдеріндегі елдегі туберкулез бойынша негізгі эпидемиологиялық сараптамасы, олардың төмендегенін және туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдай беталысының тұрақтануын көрсетеді. Бұл азаматтық денсаулық сақтау секторы мен пенитенциарлы жүйені жанады. Соңғы үш жыл барыс көрсеткіштерінде азаматтық денсаулық сақтау секторында ауырудың 2004 жылы – 154,3-

тен 2006 жылы 132,1-ге 100 мың төмендегенін көрсетті. Алдыңғы 2005 жылғы көрсеткішпен салыстырғанда ауыру көрсеткіші 10,3%-ға төмендеді. 2006 жылы ауыру көрсеткішінің төмендегені барлық аймақтарда байқалады.

Қазақстан, ТБ оқиғасының 100 000 адам санына,

ЕС мүшелері 2004 мамырға дейін ТМД,САРК



Сурет 13.

Осыған ұқсас жағдайлар пенитенциарлы денсаулық сақтау секторында да байқалады, ауыру көрсеткіші 100 мың қамаудағы халықтың 2004 жылы 1573-тен 2006 жылы 771,3-ке төмендеген көрсетеді.

Халықтың туберкулезбен ауыруы Батыс аймақтарында – 100 мың халыққа Ақтөбеде (167,3), Атырауда (204,4), Батыс Қазақстанда (171,9), Қызылордада (193,7) Маңғыстауда (166,0) республикалық деңгейден жоғары болып қалуда. Соңғы жылдары бұл аймақтар дәстүрлі «жетекшілер» қатарлар санында, бірақ жалпы ауыру деңгейінің оң төмендеу беталысы осы аймақтық бағдарламаларда да байқалуда.

2004-2006 жж. кезеңінде бірінші айқындалған науқастар ішіндегі ауырлап кеткен жағдайлар санының 2004 жылы 830-дан 2006 жылы 457-ге дейін төмендегені байқалады. Алдыңғы 2005 жылмен салыстырғанда ауырлап кеткен жағдайлар саны 2006 жылы 32%-ға азайған. Эпидемиологиялық жағдайдың халін көрсететін объективті және маңызды ең бір негізгі критерилеріне туберкулезден өлу көрсеткіші жатады, 2005 жылғы 100 мың халыққа шаққанда 20,8 қарсы республикада 2006 жылдың нәтижесі бойынша 2,4% төмендеген және 20,3 құрайды. Туберкулезден өлу көрсеткішінің жоғарлауы келесі аймақтарда байқалады: Ақмола – 15,4%-ға, Шығыс Қазақстанда – 6%-ға, Жамбыл – 4,7%-ға, Қостанай – 10,2%-ға, Солтүстік Қазақстанда – 26,0%-ға және Астана қ. – 24,6%-ға.

Республикада туберкулезден өлу құрылысын өкпе туберкулезінің созылмалы түрі – 51,8%, алғашқы айқындалғандар – 7,5, қайталанушалар – 13,4%, ҚР ӘМ ҚТКС келгенде – 10,8%,

баспанасы жоқтар – 13,5% құрайтындар. Осы қырдан туберкулез науқастарына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу ерекшеліктерін қарастыру маңызды болатын еді.

ҚР ӘМ ҚТКС жүйесінде бас бостандығынан айрылғандардың ішінде туберкулезден өлу көрсеткіштері алдыңғы жылға қарағанда 55-ке қарсы 100 мың қамаудағы халық (12,9% өсті) 2006 жылы 64,9 (103 науқас өлген) құрады. 2006 жылғы өлім көрсеткішінің жоғарлауы созылмалы туберкулез бен ТБ КДТ науқастарының ішіндегі өлімнің көбеюімен байланысты.

Республикада эпидемиологиялық жағдайдың дәрілікке-тұрақтылық туберкулез түрінің, ТБ/АИВ таралуымен, сонымен қатар туберкулез колонияларындағы байсалды жағдайларға байланысты асқынуда.

Сонымен, 2005 жылғы ӘДҰ арнайы мәліметтері бойынша, Қазақстан Республикасы тіркелетін туберкулез ауруынан жетекші орын алады (ТБ) – 100 000 халыққа 147 – және ӘДҰ Еуропалық аймақтардан туберкулез бойынша 18 басымды елдер ішінен шығады. Одан басқа, көптеген дәріге тұрақтылық қоздырғыштар туберкулезінің таралу деңгейі әлем бойынша ең жоғарғы болып келеді.

Қазақстан денсаулық сақтау жүйесі өзінің дамуында белгілі кезеңдерді басынан өткерді. Мұраланған Кеңестік жүйенің денсаулық сақтау моделі қазіргі күндегі қаржылауда қалдықты принциптері денсаулық сақтау жүйесінде қайта құрастырылған, ол бағдарламалы-бюджеттік негізі бар, фельдшерлік-акушерлік орыннан, БМСК мекенінен және елдегі жоғары мамандандырылған медициналық мекемемен аяқталатын халыққа медициналық көмекті тік құрылымда ұсынылады. Денсаулық сақтау қызметі өзінің негізінде өз көңілін көбінесе емге мән береді, алдын алу шараларынна қарағанда /10/.

Елдің денсаулық сақтау жүйесіндегі болып жатқан өзгерістер, елде денсаулық сақтауының дамуында жиынтық ұлттық стратегиясын өңдеу мен енгізуге мүмкіндік берді. Басқару жүйесі сонымен Денсаулық сақтау министрлігінен аймақтарға/ қалалық департаменттерге және одан әрі аудандық денсаулық сақтау департаменттеріне тік жүргізіледі. Сол сияқты аймақтық/ қалалық денсаулық сақтау департаменті жергілікті басшылық мүшелеріне (әкімшілікке) бағынады, республикалық қатарынан жергілікті бюджеттен қаржы алады.

Денсаулық сақтау қызметін басқаруды жақсартуда – ең бір басымдылық мақсат денсаулық сақтау секторын қайта құрау. Мемлекеттік денсаулық сақтауды 2005-2010 жж. қайта құрау мен дамыту Мемлекеттік бағдарлама. Денсаулық сақтау секторын басқару жүйесіне шолуларды қарастыру. Енгізудің бірінше кезеңі үшін (2005-2007), ұлттық және жергілікті деңгейде сенімді қарап шығу ұсынылады. Енгізудің екінші кезеңінде (2008-2010) денсаулық сақтау секторын басқару жүйесінде ақпараттық технология мен халықаралық стандарт сапасын енгізу арқылы жақсарту жоспарлануда.

Мемлекеттік бағдарламаның басты мақсаты денсаулық сақтау қызметінің қол жеткізілуі мен сапасын жақсарту болып отыр, оны әлеуметтік-бағытталған және тиімді жасау. Бағдарламаның жүзеге асуы келесі бағыттар бойынша жүреді:

- БМСК дамуы мен стационарлық емнен поликлиникалық емге өтуі;
- Халықаралық стандарттарға қол жеткізу, жаңа технологияларды, алдыңғы емдеу әдістерін және медициналық қызметтерді қолдану;

- Ана мен баланың денсаулығын жақсарту;
- Тәуелсіз эксперттерді еліктіру арқылы тәуелсіз эксперт жүйесін құрау;
- Денсаулық сақтау мамандары мен менеджерлерін оқыту;
- Әлеуметтік-маңызды аурулардың алдын алу шаралары, диагностикасы мен емдері;
- Денсаулық сақтау қызметінің материалды базасын жақсарту.

Елдің денсаулық сақтау жүйесіндегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетірудің ролі қандай? Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетулерінің қандай мәселелері бар?

Алдыңғы Кеңес Одағының басқа да көптеген республикалары сияқты Қазақстанда да, барлық әлемде бір сөзбен аталатын мекеме – хоспис, тек тоқсаныншы жылдары ғана пайда болды.

Хоспистер кәдімгі денсаулық сақтау мекемелерінде «балласты» жиі керек емес тек үмітсіз науқастарға ғана бағытталған. Бұл медициналық көмек жүйесі тек Қазақстанда ғана емес барлық басқа да елдерде осылай құралған: кәдімгі негізгі қорлар, науқастың емделуі мен сауығуына бағытталған. Егер айықпаса, онда адам шындығында медициналық көмек жүйесінің мүддесінен тыс қалады. Хоспис өлім халіндегі науқас адамға тек аурудың симптомдарын емдеуде мамандандырылған көмекпен қамтамас етіп қана қоймай, науқасқа, оның туыстары мен жақындарына психологиялық және рухани қолдау көрсетеді /3, 4, 5/.

Қазіргі кезде «науқастың өмірінің соңғы кезіндегі көмек» жеке өз алдына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетірудің бағыты болып бөлінген, ал кейбір елдер мен медицинада мүлдем жеке. Бұл бағыттағы бастаушы құрамға ерекше философияның құрастыруы, науқасқа және оның жанұясына психологиялық қолдауды ұйымдастыру жатады. Сондықтан, жиі хоспис бұл – емдеу мекемесі емес, бұл - философия деп айтады.

Бикелер күтім үйлері (ауруханалар), хоспистер ауруханаларда ұйымдастырылады және әсіресе қарт және егде жастағы науқастарға ұстап тұрушы емдер жүргізу үшін тағайындалған. Жұмыстың негізгі бағыттарына мамандандырылған медициналық күтім, әлеуметтік қызмет көрсету, науқастар мен егде жастағыларға медициналық айықтырулар, асқину мен аурудың өршуін өз уақытында диагностика жасау, кеңес беру мен психологиялық көмекті ұйымдастыру жатады.

Сонымен қатар, хоспистер арнайы жасы ұлғая болатын ауыр, жиынтық патологиялармен болатын егде жастағылар мен өте кәрі адамдарды күту мен емдеуге есептелген, онда ауыр науқастарға және өлім халіндегі адамдарға көмек көрсетіледі.

Көшпенді дәрігерлер бригадасы науқастардың үйінде жұмыс істейді, патронажды бикелер қызметі медициналық қатынасқа байланысты қарттардың үйлерінде өте ауыр науқастарды айқындайды және қызмет көрсетеді, мысалы – онкологиялық науқастардың соңғы сатысында. Бұл жерде сонымен қатар туыстарын – әртүрлі өмір жағдайларында науқастарды қалай дұрыс күту керектігіне, айығу үрдісінде оларға қалай көмектесуге үйретеді.

Көптеген хоспис қызметтерінің қаржылануы қалалық бюджеттен жүреді, бірақ жиі қайырымдылық көмекті коммерциялық, қоғамдық және діни ұйымдары көрсетеді.

Әзірге хоспистер республиканың алты қаласында бар - Алматыда, Павлодарда, Қарағандыда, Өскеменде, Семейде және Қостанайда. Онда тек онкологиялық науқастар ғана емес, сонымен қатар медициналық күтімді қажет ететін төсек тартып жататын науқастарда жатады.

Қазақстандағы хоспистер дамыған елдердегі ұқсас мекемелерден көп жерлері ерекшелінеді. Біріншіден олар мемлекетпен қаржыланады, ал көп елдерде 80%-ға дейін хоспис бюджеті – бұл қайырымдылық жарналары, жеке тұлғалар мен компаниялардың қайырымалдығы, мемлекеттік және мемлекеттік емес ұйымдар мен діни фондтардың қорлары.

Әрине, бұл шет елдерде хоспистер жоғары қоғамдық беделге ие болуымен байланысты. Бұл мекемелер, белгілі тұлғалардан, өкімет өкілдері кіретін арнайы қамқоршылық кеңестерімен бақыланады. Еріктілер қозғалысының өте кең таралуының арқасында хоспистер қоғамда анағұрлым кең ұсынылған және бізге қарағанда, олардың үмітсіз науқастарға көз қарасы басқаша. Мысалы, Англияда әр бір тұрғын жылына ең кемінде бір күн хосписте жұмыс істеуді, өзінің азаматтық борышы деп санайды. Ал бізде хоспис туралы, тек жақын туысы апатқа ұшырағанда ғана біледі. Сонымен қатар, батыс елдерде хоспистер саны бізге қарағанда анағұрлым көп және өздерінің әрекеттерін үйлестіре және ақпараттарын айрбастай отырып, олардың барлығы бір жүйені құрайды /3, 5, 6/.

Әрине, бұл бағытта қандай да бір қадамдар жасалуда. Мысалы, 2001 жылы «Павлодардағы ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек» жоба рамакасында павлодар хоспис қызметкерлері мен еріктілері үшін шетел мамандарымен оқыту семинары жүргізілді, біздің дәрігерлеріміздің шетелдердегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек әдістерінің тәжірибесімен танысуы жүзеге асырылды. 2003 жылы қыркүйекте Қазақстан, Ресей, Қырғызстан, АҚШ, Швеция және Польша мамандарының қатысуымен «Қазақстандағы ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі» атты дөңгелек стол өткізілді.

Онкологиялық қызметтің ұйымдастырылуы мен басқарылуы туралы сұрақтардың мәселелері де бар. Сонымен, республикада 10 мың халық 2,2 онкологиялық төсек орынымен қамтамас етілген, ол 26.05.1994ж. №206 ҚР ДМ бұйрығының келісімі бойынша 10 мың халыққа 3,0 орнатылған нормативтен төмен. Қазірдің өзінде дәрігерлердің пікірі бойынша, тек Алматы үшін халықтың ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қажеттілігін қанағаттандыруда, ең кемінде төрт хоспис қажет /2, 9/.

Үнемі тұрғылықты халыққа толық қызмет көрсету үшін, аудандық онкологтардың штаттық бірлік саны мен АОО жетіспейді. Сол сияқты, көбінесе – бұл дәрігерлер қосарлаушылар. Яғни, егер 2006 жылы республикада штаттық кесте бойынша 215,75 бірлік бөлінсе, оның бос емесі – барлығы 196, соның ішінде негізгі штаттық бірлікті 124-ті құрайды, қосарлауы – 111. 2006 жылы халықтың онкологпен қамтамас етілуі 10 мың халыққа 0,24 құрайды, бұл көрсеткіш он жылдан бері айтарлықтай төменгі деңгейде қалуда. Ал ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының дәрігері сияқты медицина мамандығының номенклатурасы мүлдем жоқ, бірақ барлық дамыған елдерде бұндай мамандық қарастырылған.

Соған қарамастан, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек Қазақстанда әліде болса аяқтан тұру сатысында. Бірақ, қаржыландудың жеткіліксіздігі, қоғамның төмен хабардарлығы, білікті психологтардың жеткіліксіздігі (шынында да психологтардың жеке клиникада жұмысы анағұрлым тиімді, онда тыныш және төлем ақысы жоғары) сияқты хоспис

қызметкерлерінің қақтығысатын көптеген мәселелеріне қарамастан – хоспистер бар. Оның тұрғындарын тегін қамқорлыққа алуға, күтуге келісетін еріктілер табылады.

Ақшалай, мүгедек арбалармен, медициналық жабдықтармен - материалды көмек көрсететін жебеушілер табылады (көбінесе осы мекемелердің басқарушыларының тырысуымен) – бұл жерде кез келген көмекті жоғары бағалайды, тіпті балалар ойыншығы мен кітаптарды, оқушылардың қайырмадығын.

МҚКМ Алматы қаласының «Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек орталығы» (хоспис) бұл 1999 жылы оңтүстік астана Әкімі мен Денсаулық сақтау департаментінің бұйрығымен ұйымдастырылған елдегі бірінші хоспис. Сол кезде ол 30 төсек орынына есептелген. Қазіргі кезде орталықта қарттардың мәселелерімен айналысатын 30 төсек орынды екі гериатрия бөлімі қызмет жасайды және емделінбейтін науқастар үшін 40 төсек орынды ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілетін 1 бөлімі бар. Бүгінгі күні орталықта қарастырылған: тек ісікті аурулар ғана емес және терапиялық қырынды басқа да емделінбейтін науқастардың емделуіне арналған 40 төсек орынды ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бөлімі, сонымен қатар 30 төсек орынды екі гериатриялық бөлім қызмет жасайды. Барлық осы 100 төсек орынға тегін қызмет көрсетіледі. Терапиялық қырынды науқастар үшін, жеке 10 төсек орынды ақылы бөлім бар.

Хоспис егде жастағы қарттарда өте әйгілі, хосписке түсудің кезектілігі бар – 1,5-2 айға, себебі көбінің емделгісі келеді, күш-қуат жинағысы келеді, мамандандырылған медициналық күтім алғылары келеді. Бұл егде жастағы адамдардың мамандандырылған амбулаторлы-поликлиникалық көмекті қажет ететіндігін дәлелдейді. Дәрігерлердің пікірі бойынша Алматы үшін бүгінгі күні, төрт хоспис қажет. Қазіргі хосписе ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бөлімі ұлғайтылған, онда өте «ауыр» науқастар жатады – 40-қа жуық төсек орын- сондықтан дәрігерлер мен бикелерге жұмыс істеу қиындады. Бұндай науқастар әр сағат сайын көңіл бөлу мен күтімді тәулік бойы қажет етеді («тесілу болмау үшін аудару», «тамақтандыру, жиі түтікше арқылы», «төсек орынын ауыстыру» ж.т.б.). Науқастарды күтуде және оларды рухани қолдауда үлкен көмекті діни ұйымдар, әсіресе православ шіркеуінің келушілері көрсетеді. Науқастармен жұмыс істеуде көмектесетін барлық еріктілер, православ шіркеуінің келушілері.

Орталықта ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті 10 дәрігер мен 42 медициналық бикелер көрсетеді. Орталықтағы барлық қызметкерлердің жұмысы негізгі болып келеді. Әлеуметтік қызметкерлер штат бойынша қарастырылмаған. Психолог дәрігерінің ставкасы қарастырылған, бірақ қазіргі кезде бұл маман орталықта жоқ. Орталықта үнемі 20 еріктілер жұмыс істейді. Олардың барлығы православ шіркеуінің келушілері. Барлық еріктілер орталықтың науқастарын күту және қарау ерекшеліктері бойынша алдын ала бас бикемен сұхбаттасады. Православ шіркеуі үнемі Орталықпен қарым-қартынаста. Ислам мешеттерінің белсенділігі төмендеу, бірақ көмек сұрағанда жоқ демейді. Мекемелердің қаржылануы жергілікті бюджет арқылы жүреді. Тұрмыстық техника немесе қатты және жұмсақ инвентарлар сатып алу түрінде қайырымдылық көмектер болады. Бірең сараң жеке тұлғадан (бизнесменнен) қаржылай көмек (1 млн. теңге) оқиғасы болды, ақша орталықтың жөнделуіне жұмсалды. Жерлеуге жұмсалатын шығындарды науқастың туыстары төлейді. Науқастың жалғыз болуы немесе оны жерлейтін ешкімнің болмау оқиғалары өте сирек болады. Бұндай жағдайларда көбінесе шығынды өзіне православ шіркеуі алады. Науқастың жалғыз болуы мұсылман дінінде әлі болған жоқ.

Орталық қызметкерлері тек стационарлық ем жүргізеді. Ауруханаға жатқызылу қалалық онкологиялық диспансердің және мекен жайы бойынша участкелік дәрігердің жолдамасымен жүргізіледі. Патронаждық қызмет жоқ. Үйге шақырылу негізінен тек

науқастың жағдайын шешу мен науқасты қай аурухана бөліміне жатқызу сұрақтары үшін жүргізіледі. Орталықта жылсайын Мемлекеттік тапсырыс келісімімен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу бөлімінде 550 және гериатриялық бөлімде - 1400 науқас ем қабылдайды. Барлығы – 1950 науқас.

Гериатриялық көмек бойынша стандарттар ҚР ДМ өнделіп берілген, ал ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің стандарттары орталық дәрігерлерімен өнделген және Алматы қ. Денсаулық сақтау департаменті мен «Денсаулық» РМҚМ-мен бекітілген. Науқастардың ерекшелігін ескере отырып, емнің тиімділігін бағалай алатын жүйе жоқ.

Мекеменің медициналық қызметкерлерімен негізінен науқастың өте жақын туыстары ғана қарым қатынас жасайды: балалары, жұбайы, ата-анасы. Медициналық қызметкерлер өздерінің тілегін білдіруде, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекте мемлекет жағынан қажетті көңілдің бөлінуі, онкологиялық қызмет пен Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесін құрайтын ажыратылмайтын бөлімі ретінде қарастырылуын айтты. Барлық сұрамалар жүргізілген медициналық қызметкерлер республиканың барлық аймақтарында хоспистерді ашу қажеттілігі туралы өз пікірлерін айтты, себебі тек осындай мамандандырылған мекемелерде науқастарға тек медициналық көмек ғана емес, сонымен қатар науқастарға және оның туыстарына психологиялық, әлеуметтік және рухани көмек көрсетіледі.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бөлімінде негізінен онкологиялық науқастар (75-80%) және 20-25% емделінбейтін терапиялық қиынды науқастар ем қабылдайды. Орталықта емделушілердің көбі әйелдер. 60-75 жастағылар көбірек. Ауруханаға балалар өте сирек жатқызылады, негізінен келесі диагноздармен: бас миының қатерлі ісігі, лимфосаркома. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бөлімінде науқастардың жатуы орта есеппен негізінен 27 күн (негіз ретінде Бірінші Москва хосписінің өңдеуі алынған). Егер науқас жалғыз болса, ауруханада екі айға дейін жатқызылуы орталық директорының, ал екі айдан артық болса, Алматы қ. денсаулық сақтау департаменті деңгейінде шешіледі. Ауыру тарихында «әлеуметтік халі» атты графасы қарастырылған, онда науқастың жалғыз немесе жоқ екендігі көрсетіледі. Гериатриялық бөлімде науқастардың орташа емделуі – 15 күн.



Қосымша 1. Алматы қ. АУЖБКО

Орталықтың науқастары хоспис жағдайларына өздерінің қанағаттанарлығын білдіреді. Әсіресе оларды жақсы тамақтандыратынын және барлық тағайындалуларды өз уақытында әр қайсысына жеке жақындаумен орындайтындығын көрсетті. Сонымен қатар, орталықта христиан бөлмесі, кітапхана және демалыс бөлмесін қарастырғандары үшін, олар әкімшілікке үлкен алғысын білдіреді. Кейбір науқастар тіпті үйлеріне кеткісі келмейтінін білдірді, себебі үйінде оларға күтім жасау үшін жеке адам қажет, өйткені барлық жақындары жұмыс істейтінді. Егер науқас үйінде өз-өзін күте алатын жағдайда да, ол өзін жалғыз сезінеді, себебі барлығы жұмыста болады. Сонымен қатар, олар медициналық қызметкерлердің қарауларына көңілдері толық, барлық қызметкерлер санитаркалардан бастап дәрігерлерге дейін оларға өте көңіл қойып, жылышыраймен және адамгершілікпен қараған. Ешқандай басқа ұйымдарда олар осындай рухани, психологиялық қолдаулар

алмаған. Орталықта олар сол сияқты православты шіркеу қызметкерлерінен өте күшті рухани қолдаулар алады. Барлық науқастар Қазақстанда осындай ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілетін орталық мекемелерін ашуды ұсынады, себебі осында ғана ауыр науқастардың тек медициналық ғана емес, сол сияқты психологиялық және рухани көмектерді алу мүмкіндіктері барын олар біледі. Тек қана осында ғана олар өздерінің ешкімге ауыртпалығын түсірмейтінін сезінеді.

Хоспистің аға еріктісі (Православ шіркеуінің келушісі): «Қазіргі уақытта бізде үнемі 20 келушілер (еріктілер) бар, олар күніне 1-2 адамнан белгілі кесте бойынша орталыққа барады. Әрбір келуші орталықта күніне 4 сағаттан болады. Олардың барлығы Алматының епархия діни факультетінде білім алған, діни білімділер. Олар тек өздері ауырғанда ғана немесе қандай да бір объективті себептер болған жағдайларда ғана келмейді. Тек науқастармен ғана емес, кейде оның туыстарымен де өте жиі, кейде ұзақ сұхбаттар жүргізіледі».

Келушілер (еріктілер) тек психологиялық, рухани көмек көрсетіп қана қойма, сонымен қатар физикалық – науқасты күту, жеке гигиенасы, тамақтандыру ж.т.б. көмектер көрсетеді. Сол сияқты емделінбейтін науқастармен сұхбаттасу кезінде, біз де өмірдегі қиыншылықтар алдында тізе бүкпес үшін, олардан қолдау алатынын айтып кетті. Кейде науқастар өзінің құпиясын айтады. Науқастарды рухани қолдаулардың көмегінен, кейде олардың өзіне деген сенімі артып, аяқтан тұрып кетуіне көмектескен жағдайлар да болды. Адамгершілік жағынан – үйде өлген жақсы, бірақ егер үйде қолайсыз жағдайлар болса онда - хоспис жақсы.

Барлық еріктілер тегін жұмыс істейді. Діни салттар және әдет-ғұрыптар ақысыз және қажеттілік шараларына қарай жүргізіледі. Православ шіркеуінің діни қызметкерін қажеттілік шарасына қарай кез келген уақытта күндіз және түнде шақыруға болады.

Адамдардың рухани және діни қажеттілігі жеке басының сипатына тән. Олар жиі өлімнің жақындауына қарай бірінші алаңға шығады және сондықтан, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу кезінде ескерілуі тиіс. Рухани сенім кейде науқас адамның өзінің халімен күресуіне және кейде сырқат нәтижесіне әсер ететіні туралы алдын ала алынған шындық мәліметтер бар. Сонымен қатар олар туыстарының қазалы қайғысын игеруінде де әсер етуі мүмкін.

Онкологиялық науқастарға медициналық және әлеуметтік қызмет көрсететін **Қарағанды қаласында хоспис** қызмет жасайды. Хоспис Қызыл жарты ай қоғамдық ұйымымен қаржыланады және жартылай аймақтық бюджеттен бөлінеді. Бөлінетін ақша қатаң түрде мақсаттар бойынша жұмсалады: азық-түлік сатып алу, коммуналды қызметті төлеу, медициналық қызметкерлердің жалақысы, бірақ бұл жеткіліксіз. Сонымен, қарағанды хосписі жайландырылған ғимараттан Федоровка ауылындағы жөндеуді қажет ететін, барак тәрізді құрылымға көшірілген. Осыған қарамастан, хосписқа тән арнамасы бар, онда ерекше күтімді қажет ететін ауыр операциядан кейінгі ауыр халдегі науқастар, ашық жаралары бар науқастар жатыр. Науқастар қуатты тамақтандыруды қажет етеді, әсіресе күшті әсер ететін медициналық препараттармен, күнделікті ауыстырылуына, жуылуына және қайнатылуына байланысты тез тозатындықтан, төсек орындармен қамтамас етілуді қажет етеді. Қарағанды хосписінде қажетті инвентарлардың, азық-түліктің, төсек орын сыртының, сонымен қатар ғимаратты жөндеуге қажетті құрылыс материалдарының жетіспеушілігі сезінеді және қолайлы жағдайларда өмір сүруді қамтамас ету жетіспейді.

“Хоспис – қайырымдылық қызметі” Семей қ.

Семей қ. «Хоспис – қайырымдылық үйі» жобасын жүзеге асырудың қажеттілігі бір қатар себептерге байланысты дамыды:

1. Республикалық орташа көрсеткіштерден жоғары болып келетін, Семей және аймақтарда (Семей полигонында қырық жылдық ядерлы жарылыс салдарынан) онкологиялық аурулардың және өлімдердің жоғары болуы. Статистикалық мәліметтер бойынша Семей аудандарында:
2. Көптеген емделуге келмейтін науқастар мен оның жанұясының ұстап тұрушы емді жүргізу үшін абсолюттік төлемқабілетсіздігінде.
3. Үмітсіз науқастарға медициналық және психологиялық көмек көрсету үшін қалада мамандандырылған қызметтер жоқ.
4. 18.11.1993ж. «Жалғыз басты, қартайған және еңбекқабілетсіздік азаматтарға үйіне көрсетілетін әлеуметтік көмек бөлімінің қағида» келісімінде, онкологиялық аурулармен зардап шегетін адамдардың үйіне қызмет көрсетілу қабылданбайды.
5. Науқастар мен олардың туыстарының науқастарға мүгедек тобын иеленуіне және әртүрлі әлеуметтік жәрдемақының төлену мүмкіндіктерінен хабардарлығы төмен деңгейде болуы.
6. Денсаулық сақтау министрлігінің мамандары, дәрігер онколог ғалымдарының пікірі бойынша, жуыр арадағы жылдарда қатерлі ісік аурулары мен өлімдері тек өсетін болады. Бұл онкологиялық аурулардың диагностика деңгейінің төмендігімен және халықтың көп бөлігінің өмір деңгейі төмен болуымен, канцерогенді ықпалмен, радиационды әсермен түсіндіріледі.

РМ ҒЗИ мен ҚР Э зерттеулерінің негізінде радиационды-индуцирленген ісіктер 2010 жылға дейін жүзеге асады және өседі. Соның ішінде қатерлі ісік ауруларының өсуі халықтың 30-40 жастағы адамдарда байқалады. Денсаулық сақтау басқармасының мәліметтері бойынша хоспис қызметінің көмегін тек Семей қ. бойынша 1,5 мың науқас қажет етеді.

Хоспис қызметтері, өзінің міндеттерін толық орындау арқылы, «Жедел Медициналық Жәрдем» мен ЖДА қызметін айтарлықтай босатады (жеңілдетеді). Көмекті қажет етушілер тек қатерлі ісік ауруларының жантәсілім сатысындағы науқастар ғана емес, сонымен қатар радиационды әсермен байланысты болған басқа да ауыр халдегі науқастарда қажет етеді. Олардың саны ғаламат. Біздің көмегімізді – медициналық, әлеуметтік, құқықтық, психологиялық, рухани қолдауларды қажет ететін, ядерды полигонмен байланысты төсек тартып жатқан ревматоидты артрит, басқа да аурулар саны ғаламат көп.

Қоғамдық фонд «Хоспис» 2000 жылдың 10 тамызында құралған және тіркелген, мәселелерді шешу үшін келесі шаралар жоспарын жүзеге асырады:

1. Хосписты құрауда – ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек орталығында, ұшыраған науқастарға көмектесуде медициналық, әлеуметтік және психологиялық базасының болуы:
 - а) стационар;
 - б) науқастарды үйінде курация жасау үшін көшпенді қызмет;
 - г) әлеуметтік -құқықтық қызмет көмегі;
2. Мәселелерге көңілді тарту мақсатымен ақпараттық компаниялар.
3. Мемлекеттік, қоғамдық, коммерциялық, донорлық ұйымдарды тарту.
4. Ерікті көмекшілер ретінде азаматтарды тарту.
5. Науқастың туыстарын медициналық көмек көрсетудің әдістеріне және күтім ережелеріне үйрету: егу, көк тамырға енгізу, тесілулермен жұмыс істеу, уқалау ж.б.

Жанұя дәрігерлер ассоциациясы мен Медициналық бикелер ассоциациясы бірігіп – медициналық көмек көрсету бойынша халыққа және науқастың туыстарына үйрететін жаттықтыру сабақтарын жүргізу, тәжірибелік сабақтарды өткізу.

ҚФ «Хоспис» командасымен екі қабатты ғимарат хосписі стационарының дайындығы жүргізілуде. 2,5 млн тенге немесе 18000 \$ соммасынан аса корпустардың толығымен жөндеудің негізгі жұмыс көлемі аяқталды.

Стационарда әр науқасқа жеке жақындау принципіне негізделген оның жағдайын, рухани, діни және әлеуметтік қажеттілігін ескеріп, психологиялық ыңғайланулармен қамтамас ету мүмкін болады. Екі жылдан бері әлеуметтік қызметкерлер тобы, әлеуметтік көмек көрсететін хоспис еріктілері, ауыр халдегі науқастар мен онкологиялық науқастардың үйіне жүргізілетін әлеуметтік, әлеуметтік-құқықтық және науқастарға психологиялық көмек күтімін жақсы жүргізуде. Хоспистің көшпенді қызметі науқастардан өтінішті қабылдайды (медициналық қызмет көрсету лицензиясы №004123 ЕМ), бірінші қарауды жүргізу және науқастың халіне байланысты қажетті көмек түрін, келудің жиілігін анықтайды. Симптоматикалық емді жүргізу, қажетті ауыру сезімін басатын дәріні талдау, патогенетикалық ем, туыстарын науқасты күту ережесіне үйретеді. Сонымен қатар, әлеуметтік көмек көрсету: жалпы күтім, жинау, тамақ дайындау, тамақтандыру, гигиеналық ем шаралар, азық-түлікті, дәрі-дәрмектерді және басқа да көптеген заттарды алуға; - әлеуметтік-құқықтық көмек: мемлекеттік жәрдемақыны жасауды, төлемдерді, мүгедектікті, зейнетақыны, әртүрлі дәрежелерде науқастың құқығын қорғауды жүргізеді. Ауыр халдегі науқастарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсететін көшпенді қызметтер базасының болуы, бізге басқа да қажетті қорларды тартуға мүмкіндік береді. «Қайырымдылық үйлер» көшпенді қызметі жылына 160-180 адамның үйіне IV жантау сатысындағы онкологиялық науқастарды күтіммен қамтамас ете алады. Стационарда 25 төсек орынына жылына 350-400 онкологиялық науқастар көмек алуы мүмкін.

Жобаның жүзеге асуынан, ауыр жағдайдағы науқасты қажетті күтіммен қамтамас ете алмайтын, науқастың туыстары да пайда алады. Жобаның жүзеге асуына медициналық қоғам, қаланың және аудандардың кәсіпкерлері қатысады. Хоспистегі барлық көмек түрлері тегін.

Онкологиялық науқастар санының өсуі, өтіп кеткен қатерлі ісікпен науқастарды үйіне жібергенде, олар әсіресе медициналық, әлеуметтік, әлеуметтік-құқықтық, психологиялық көмекті, рухани қолдауды қажет етеді. Жаңа қоғамдық-экономикалық қатынасқа өткен кезде халықтың өмір деңгейінің төмендеуімен – стационарда және мекен жайы бойынша онкологиялық және ауыр халдегі науқастарды күту бойынша орталық хосписті құрау қажеттілігі туындады.

Семейдің қалалық бөлімі мен аймақтық денсаулық сақтау департаментінің көмегі мен қолдауының арқасында 2006 жылы мемлекеттік тапсырыс тағайындалды. Спонсорларды еліктірудің арқасында шамалы қаржыланумен 400 адам емделді, ал мемлекеттік тапсырыс жоспары бойынша 200 ауыр халдегі науқастар емделді.

2007 жылы қаржыланудың жоғарлауынан емделген ауыр халдегі науқастар саны екі еседен артық жоғарлады. 2008 жылы одан да көп науқастар үйіне тегін толық медициналық, әлеуметтік-құқықтық көмек алады. 100-ге жуық мүгедектер мен науқастар әлеуметтік көмек алады.

Науқастар мен қалалық медициналық қоғамдар сезінетін, ҚФ «Хоспис» Қайырымдылық қызмет қызметкерлерімен көрсетілетін көмек өте үлкен. Ол жайында медициналық

мекемелер дәрігерлері, науқастар мен оның туыстарынан алғыс сөздермен келген көптеген хаттар, СМИ-де басылымға шыққан мақалалар дәлелдейді.

Қызмет көрсетілетін науқастар санын жоғарлату мақсатымен, тегін дәрілерді қажет ететіндердің көп санын қамтуда, біз спонсорлардың көмегін, отандық және шетелдік донорларды тартамыз. Бірақ бұның өзі де жеткілікті емес, медициналық қызметкерлер штаты мүлдем аз – 0,5 ставка дәрігер және 2,5 ставка медбике. 2006 жылдан бері Жеке Қайырымдылық Фонды «Seimar Social Fund», дәрі-дәрмектерді, арбаларды, күтімге арналған құралдарды және басқа да көптеген заттарды алуға көмектескен, біздің үнемі серіктесіміз болды. Осы жылы да көмек көрсетуде.

Германия Республикасының Өкіметі көшпенді қызметті көлікпен – микроавтобус, ЭКГ портативті аппаратпен қамтамас етті, үнемі біздің міндетіміздің орындалу барысымен мүдделенеді, біздің барлық жетістіктеріміз оларды қуантады және олар бізбен әрі қарай да қарым-қатынасты жалғастыруға дайын, біздің міндетіміздің орындалуына қатысқылары келеді.

«Біз ауыр халдегі науқастардың өмір сапасын жоғарлату үшін, халыққа көрсетілетін медициналық қызметті жақсартуда, оны әрбір Қазақстан Республикасының азаматы үшін анағұрлым жоғары, лайықты деңгейге көтеруде амалдарды іздейміз және тартамыз», деп айтты ҚФ «Хоспис» төр ағасы – Никитин Олег Васильевич, - «барлық қоғамдар ҚФ «Хоспистің» әлеуметтік жобасын, әсіресе Семей сияқты аймақтар үшін, жүзеге асырылуының маңыздылығын қолдайды. Күнделікті, кез келген ауа райында біз ауыр халдегі науқастарға, олардың туыстарына, барлық қажет етушілерге жүрек жылуын, қамқорлықты, көңілімізді жеткіземіз».

Біртіндеп, көпшіліктің күшімен, жоба үлкен тұрақтылыққа ие бола бастады, оның жүзеге асырылу мақсатында жақсылықты, қайырмалдықты, қайырымдылықты енгізу принциптері жатады. Аурудың қалпына келмейтін түрімен ауыратын науқастарды медициналық мекемелерде ұстау және емдеу үмітсіз, жантәсілім сатысындағы онкологиялық науқастар үйлеріне жіберіледі, олар жайындағы барлық қамқорлық егер болса, туыстары мен жақындарының иығына түседі. Ауыр халдегі науқастарға ҚФ «Хоспис» Қайырымдылық Қызметінің қызметкерлері келіп, медициналық, әлеуметтік, құқықтық көмек бойынша барлық қамқорлықты өздеріне алады.

Қызметтік бұзылыстардың қалпына келмейтін түрімен ауыратын ауыр халдегі оншақты жүздеген науқастар, онкологиялық науқастар хоспис көмегін қажет етеді. Өкінішке орай, олардың көбі тек стационарлық мүмкіндіктерде үнемі бақылауды қажет етеді.

Осы сияқты ауыр халдегі науқас адамды, туысын үйде күту мәселелерімен қақтығысқан бақытсыз жандар, осындай науқастар үшін стационарларды құрау қажеттілігі туралы барлығы айтты және айтады.

«Әрбір адам өзінің жердегі өмір жолын мәртебелі аяқтағысы келеді, ең жақын адамдарының ортасында, олардың ықыласы мен қолдауының қоршауында. Көбісі солай өмір сүреді. Бірақ өмір – алдын ала айтуға келмейтін нәрсе, сондықтан жалғыз басты қарттар мен үмітсіз ауыратын науқастардың мәртебелі кетуін қамтамас ету мәселелері бар» - дейді **Өскемен хосписінің** директоры Баиров Е.О. Үмітсіз сырқат науқастарға көрсетілетін көмектің әлемдік тәжірибесімен танысып, ол Өскемен қаласында хосписті құрау идеясымен айналысты.

2000 жылы сәуірде Өскеменде де хоспис пайда болды. Ғимаратта жөндеу жұмыстары жүргізілді, жиһаздар және жабдықтар әкелінді. Мекеме 60 орынға есептелінген, оның ішінде 15-сі онкологиялық науқастар үшін бюджеттік орын және 5-уі соғыс және еңбек

ардагерлеріне арналған. Қалғандары – жалғыз басты қартайған және кімнің туыстары алыста тұратын немесе үй жағдайында өздерінің қартайған туысын жақсы күтіммен қамтамас ете алмайтын азаматтарды жайғастыру үшін тағайындалған. 6 жылдың ішінде 2 000-нан астам адамға көмек көрсетілген.

Науқастарға медициналық көмекті білікті дәрігерлер көрсетеді: онколог, терапевт, психиатр. Тәулік бойы күтімді 12 медициналық бикелер мен санитарлар жүргізеді. Барлық медициналық қызметкерлер – бұл бөгде адамның ауруына жай қарамайтын, үнемі науқастардың жағдайын жақсартуды ойлайтын адамдар. Ептілікпен күтілудің және ықыласты қатынастың арқасында, олардың көбі бірнеше қосымша апта және кейде айлап өмір сүруге мүмкіндік алды.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек әсіресе ем тиімсіз болған кездегі сатысында, науқастарға ерекше күтімді ұсынады. Бұл кезде алдыңғы жоспарға олардың рухани мәселелерін шешу шығады. Науқас өзінің маңдайына жазылған тағдырын сезінуді көмектесуде, арғы дүниеге өтуі туралы көз қарасын дұрыс қалыптастыруда, хосписке православ шіркеуінің қызметкері, мешіт, «Родник» шіркеуінің және т.б. қызметкерлері келеді.

Хоспистің ең бір негізгі тұжырымдамасының қағидасы жақын адамынан айрылған туыстарына көрсетілетін көмек болып табылады. Бұл тек психологиялық көмек ғана емес – хоспис қызметкерлері жерлеуді ұйымдастыруға, сонымен қатар туыстары өзінің қайғысымен күресе алатын қажетті күш жинағанша тұрмыстық және шаруашылық мәселелерді шешуге көмектеседі.

Қызметкерлер өзінің науқастарын ықыласпен және қамқорлықпен қоршауға тырысады. Осындай дәрежедегі науқастардың тамақтану ерекшелігін ескеріп, диеталық азық-түліктен мәзір құрайды. Егер осындай мекемеге түскен адамның құжаттары болмаса, оған оны осы жерде жасауға көмектеседі. Әрқашанда оның соңғы күндерін ескі танысымен қарым-қатынас жасау арқылы жылыту үшін, оны алдын білетін таныстарын іздестіреді. Мүлдем жалғыз басты адамдар болмайды – әрбір адамның бір жерде болса да туысы болады, тіпті алыс туысы болса да. Оларды іздестіреді және табады – Ресейде, Германияда, Италияда, Ұлыбританияда, бүкіл әлем бойынша. Тағдыр салдарынан ажыратылған адамдар, мәңгілік алдында қосылып, бір-біріне бірнеше жұбату сөздерін айтады.

Хоспис қызметкерлері қайырымдылық жолымен жүре отырып, қажетті де маңызды жұмыс істейді. Әрқашанда олардың қамқорлығына кіре алатын және қол ұшын беруге дайын адамдар табылады. Бірінші болып Өскеменде хосписті құрау идеясын қолдауда, тек қана сөзбен ғана емес, өзінің жұмысымен қолдау жасаған Сухорукова В.Н. болды. Ол қазіргі күнге дейін оның жұмысымен және жетістіктерімен мүдделі. Хосписке әрқашанда үлкен көмек көрсеткен ШҚА денсаулық сақтау департаменті, соның бастығы Андағұлова К.Б. «Темірбанк» АҚ-ның филиалының арқасында хоспистің 3 кір жуғыш машинасы бар, ал «Каскад» дүкені болса науқастардың жалпы демалыс бөлмесіне теледидар сыйға тартты. Өскемен қаласы бойынша салық комитетінің төр ағасы М. Бұлғыновтың әрекетімен қажетті құжаттарды алудың шаралары оңайлатылды: науқастардың өздері қатысудың қажеті жоқ, мамандар құжаттарды толтыруда өздері тікелей орындарға келеді. Осы мекеме қызметкерлері, өздерінің жеке үлкен салымын енгізе отырып, осы мекемедегі науқастарға жеке тұлғалар мен ұйымдардың көрсететін кез келген қолдауын бағалайды.

Көптеген хоспис қызметкерлері семинарларда, конференцияларда және Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жүйесінің аяқтан тұруы мен дамуына толығымен белсенді қатысады.

Біздің заманымызда біреудің мәселелерін өзіне жүк етіп алатын, науқастарды күтуде, олардың туыстарына және мемлекетке қажетті үлкен көмекті көрсететін адамдар кездесетіні өте тамаша. Олар өте маңызды жұмыс істейді, «Хоспис - өмірдің соңына дейінгі мәртебе» атты ұранмен.

Павлодарлық хоспис 1998 жылы, емделінбейтін науқастардың мәселелеріне жай қарамайтын медициналық академия түлектерімен, ерікті-медикиердің бастауымен құралған. 1999 жылы «Солярис» қоғамдық бірлестігі тіркелген, соның базасында «Хоспис – ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек орталығы» жобасы дамуда. Бұйрық мақсаты емделінбейтін науқастарға көмек көрсетілудің жоғары мамандандырылған деңгейде қамтамас етілуі үшін, қоғамның қорын біріктіру және күшейту болып табылады. Жыл сайын хосписте 400-450 науқас пен оның жанұясы көмек алады. 2008 жылдың қаңтар айының мәліметтері бойынша хоспис қызметін оның құрылған күнінен бастап, 2500-ге жуық науқас пен оның жанұясы қабылдаған.

Түсінікті себептер бойынша хоспис ұжымы жай және бірден құралған жоқ. Қазір – бұл қалыптасқан, мамандандырылған дәрігерлер, медбикелер, психологтар, әлеуметтік және әкімшілік қызметкерлер командасы. Ауыр еңбек жағдайы және қарапайым жалақы өзіндік табиғи талдау жүргізеді және соңында ауыр халдегі науқастарға көмек көрсету өзінің өмірлік борышы деп санайтын нағыз қызметкерлер ғана қалады. Іс жүзінде хоспис тәулік бойы және күндізгі стационар бөлімімен, көшпенді қызметімен, түзету көлікпаркімен, серуендеу үшін жабдықталған жабық аймақпен, өзіндік ғылыми-ақпараттық орталығымен, діни әдет-ғұрыптарды өткізу үшін арнайы бөлмелермен, уақыт өткізу орталығымен қамтамас етілуі тиіс. Павлодар хосписі идеальды моделге жақындауға тырысады, біздің жағдайларға халықаралық дағдыны бейімдеу және өзінің сараптауын қолдану арқылы. Қызметтің коммерциялық емес сипатының айтылуында, бір жағынан біздің қызметке мақсаттық топтың кең қол жеткізілуі, басқа жағынан дамудағы ұстап тұратын шындық. Сондықтан, қажеттілік мүмкіндіктері бойынша, біз қосарлама жобаларды өндейміз, қырынды және сол сияқты қоғамдық маңызды жетістіктерге оқытатын бағдарламаларға қатысамыз.

Павлодарлық хоспис заңды дамыту қызметіне, мамандандырылған оқыту мен халықаралық алмасу бағдарламаларына қатысу арқылы, Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жүйесінің дамуына ықпал етуіне белсенді қатысады. 2004 жылдан бастап, хоспис Орталық Азия бойынша кеңес беруші ретінде Әлемдік хоспис Ассоциациясына енді. 2004 жылы Павлодар хосписінің жетекшісі «Жыл маманы» конкурсының жүлдегері болды. 2005 жылы хоспис Ақпарат Министрі мен ҚР қоғамдық келісімі мен «Қазақстанның Әлеуметтік жаңашыл» байқауының «Мойындау» жүлдесін алды. 2006 жылы ұжым Павлодар аймағы Әкімінің «Әлеуметтік дамуға қосқан салымы» марапатталуымен ескерілді. Біздің медициналық қызметкерлер Бірінші Москва хосписінде біліктілігін артыруды өтеді, халықаралық, Бүкілресейлік және Қазақстандық ғылыми-тәжірибелік конференцияларға қатысады.

Физикалық денсаулығымен, іскер белсенділігімен, жан дүниесінің жайлылығымен, әлеуметтік қарымқатынасы мен материалдық жетістіктерімен, әлемді толық қабылдауымен байланысты, өмірдің әрбір кезеңге тән өзіндік ерекшелік сипаттамасы бар. Осы құрамалар өмір сапасын анықтайды. Емделінбейтін аурулар адам үшін бағалықтың барлығын түбегейлі өзгертуі мүмкін. Күнделікті қуаныш пен қамқорлықтың мәнісі мүлдем басқаша мағынаға ауысады. Қатты күйзеліс жағдайында науқас үшін және оның жақындары үшін де бірінші жоспарға келесі сұрақтар шығады:

- қинайтын физикалық ауыру сезімімен қалай күресуге болады?
- кәдімгі физиологиялық қызметтің бұзылуы сөзсіз кезінде қандай дұрыс әрекеттер жасау керек?

- күшті әсер ететін ауыру сезімін басатын заттарды қолдану қауіпті емес пе?
- физикалық және эмоциялық өзін-өзі сезінуді жақсартуға қол жеткізетін әдістер бар ма?
- қосымша мәселелерді шеткеруде тамақтандыруды қалай тағаммен үйлестіруге болады?
- қорқыныш, ұят, қолайсыздық сезімдерін жеңе отырып, тартымдылықты, сол сияқты жыныстық қатынасты қалай сақтауға болады?
- науқастың толық белсенділігі үшін және өз-өзіне қызмет көрсету құқығын сақтай отырып, қалай жағдай жасауға болады?
- қорқыныш пен депрессияны, жалғыздық пен қолайсыздықты қалай жеңуге болады?
- науқас пен оның жанұясы қандай әлеуметтік жәрдемақыны есептей алады?
- қаншалықты әртүрлі жағдайлар болса, әрбір жанұя үшін, соншалықты көптеген басқа да сұрақтар туындайды.

Бұл мәселелер, көбінесе білімнің жетіспеушілігінен болады, егер қажетті күш салса оны шешу мүмкін. Адаммен болатын осы ауыр, жауапты кезең, оның көз қарасының позитивті өзгеруіне, өзінің қоршаған ортадағы орынын ғана емес, сонымен қатар өмір сүруі мен толық өмірге деген ойын қайта қарап шығуды талап етеді. Хоспис қызметкері арнайы үйретілген, осындай жағдайларда қажетті ұсыныстарды беруге қабілетті кеңес беру үшін. Хосписте науқастар мен оның туыстарына өзекті сұрақтарға жауап табуда көмектесетін арнайы басылымдар шығарылады (буклеттер, брошюралар, ескертпелер).

Осы күнге дейін хоспистер науқастың оған қалдырған өмірін мәртебелі сүруге мүмкіндік беретін жалғыз мекеме болып қала бермек. Осы күнге дейін арнамалы медицина онкологиялық науқастар санының өсуі мен қатерлі ісіктің өтіп кеткен сатысында айқындалуын белгілеуге мәжбүр.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің негізгі қағидалары:

- Хосписте медико-әлеуметтік және психологиялық көмектің бірінші объектісіне науқастар мен оның жанұясы жатады. Науқасқа күтімді арнайы дайындалған медициналық және қызмет көрсетуші қызметкерлер, сонымен қатар хосписте оқытылған науқастың туыстары мен еріктілер жүргізеді.
- Хоспис үйінде көрсететін көшпенді бригадалардың, сонымен қатар күндізгі және тәулік бойы стационар жағдайындағы амбулаторлық және стационарлық көмек ұсынады.
- «Диагноздың ашықтығы» туралы сұрақты жеке дара және тек оны науқас талап еткен жағдайда ғана шешеді.
- Барлық медико-әлеуметтік және психологиялық көмектердің жиынтығы ауыру синдромын шеттету мен азайтуға және есі мен ойлау қабілеті сақталған мүмкіндіктері кезінде өлім қорқынышына бағытталған.
- Хосписте әрбір науқасқа барынша үйдегі жағдайларға жақындатылғандай етіп, физикалық және психологиялық қолайлықтармен қамтамас етілуі тиіс. Психологиялық қолайлықты жасау науқастың жеке жағдайын, оның рухани, әлеуметтік және діни қажеттілігін ескеру принциптеріне негізделген.

Павлодарлық хосписке қаланың барлық тұрғындары қаралуы мүмкін, егер оларда болса:

1. Диагнозын дәлелдейтін аймақтық онкологиялық диспансердің патронажды хабарлауы немесе поликлиниканың участкелік дәрігерінің жолдамасы;
2. Зейнеткер куәлігі немесе мүгедек тобы туралы анықтама;
3. Қалалық тіркеуі (үй кітапшасы)

Хоспистің қаржылану көзіне бюджеттік қаржы, еріктілер жарнасы, қайырымдылық фондының салымы, азаматтардың және ұйымдардың қайырымалдығы жатады.

«Солярис» БҚ барлық мүдделі қоғамдар құрылысының өкілдерімен қарқынды қарым-қатынаста: мемлекеттік органдар, қайырымдылық фондтары, бизнес-өнеркәсіптері, жергілікті қоғам тұрғындары. 2008 жылы «Хоспис – ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек Орталығы» жобасының қаржылануын мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс бойынша екі есеге жоғарлатты.

Хоспис тартылған қаржының мақсатына қолданылғаны бойынша есеп беруінің қатаңдығымен, дамыған серіктестікпен, бюджеттің тазалық принципін сақтайды.

Хоспистің қызметі жанашыр адамдардың қолдауымен болуы мүмкін. Сыйлық берушілер мен спонсорлар аяқтан тұрған, рухани жетілген, өзіне және қоғамға деген қатынасы бойынша сенімді ұстанымы бар, өмірлік дағдысы бай және біздің бәріміз тұратын ортаның жағдайын бөлісуге жауапты жеке тұлғалар. Хоспис қызметкерлері өзінің азаматтарына әлеуметтік маңызды «Хоспис» жобасына өзінің салымын жасауға мүмкіндік беретін үзіліссіз жаңа ұстанымдарды қайта өндейді.

Көп жағдайларда адамға «үмітсіз диагнозды» қойып, үйіне өлуге жібереді. Бірақ, біріншіден ол кеткісі келмейді, себебі ол сенбейді және әрі қарай емделуді қалайды. Екіншіден, ол үйіне жетпей, жолда өліп қалуы мүмкін. Үшіншіден, бәрі де жаман болмауы мүмкін, тіпті өлімшендік ауралармен күресуге адам күш табады. Расында бұл үшін, хосписта ұстап тұрушы ем мен қажетті күтім керек. Соңғы кезде қатерлі ісік ыдыраған кезде, науқастың жақындары қатты иістен және психологиялық күйзелістен науқастан кем қиналмайды. Ал хоспис дәрігерлері иісті қалай жоюды және өлім халіндегі науқастың зардабын наркотикалық препараттардың көмегімен жеңілдету керектігін біледі.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицина мамандары алдын ала сәйкес білім алып және сертификациядан өтіп, әлемнің көптеген елдерінде жұмыс істейді. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бригадасында немесе стационар штатында терапевт пен медициналық бикеден басқа, тағыда әлеуметтік психолог немесе психотерапевт, ал кейбір елдерде анестезиологтар кіреді. Одан басқа да, науқастармен жұмыс істеуге шіркеу қызметкерлері мен еріктілерді тартады.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасы бойынша оқу бағдарламасы студенттерді оқыту үшін медициналық университеттерге енгізілген. Қазақстанда, басқа да кеңестік одақ кезіндегі елдердегі сияқты, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасы мамандық ретінде белгіленбеген және емделінбейтін науқастарға көмек көрсетуді ұйымдастыру әліде болса аяқтан тұру сатысында.

Елдегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің мәселелер қатарына қаржының жетіспеушілігі, хоспистердің және бикелердің күтім үйлеріндегі жабдықталудың жеткіліксіздігі, медициналық және медициналық емес кадрлардың жетіспеушілік мәселелері, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті ұйымдастыру мәселелері, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің өз құрылысының жетіспеушілігі, елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің бірыңғай стратегиясының болмауы, диагностика хаттамасы мен емделінбейтін науқастарға күтім жүргізудің бірыңғай стандартының (жақындауы) болмауы жатады. Осыған қоса, хоспис қызметтері бүгінгі күні негізінен онкологиялық және гериатриялық патология науқастарына қызмет көрсетеді, АИВ/ИЖПС адамдары үшін, жантәсілім сатысындағы соматикалық аурулар үшін, емделінбейтін аурулармен ауыратын балалар үшін қызмет әлі жоқ. Барлық осы спектр мәселелерін денсаулық сақтау

мамандары мен менеджерлеріне ұлттық деңгейде және сол сияқты жергілікті деңгейде шешуге тура келеді.

Хоспис қызметінің ең бір басты мәселелері - кадрлар. Кадрлар жетіспеушілік мәселелері тек медициналық емес, сонымен қатар бүкіл әлемде дәрігерлер мен медициналық бикелермен бірге емделінбейтін науқастарға медико-психологиялық және әлеуметтік көмек көрсетуде бір ұжымда істейтін психологтар және әлеуметтік қызметкерлер. Көптеген хосписерде әлеуметтік қызметкер штаттық бірлігі тіпті қарастырылмаған.

Елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек туралы, үмітсіз науқастарға көмек туралы заң жоқ (1981 жылы «адамның мәртебелі өлімге құқығы» науқастардың минимальды халықаралық стандарт құқығына кірді – Әлемдік медициналық ассоциация Лиссабонды науқастың құқығы туралы заң). Ал хоспис – бұл ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің бастамасы. Бұндай ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің дәрігері атты - медицина мамандығының номенклатурасы жоқ, бірақ басқа дамыған елдерде бұл мамандық қарастырылған. Бұл мамандықты еліміздің медициналық жоғары оқу орындарында оқытылуды енгізу қажет.

Басқа маңызды мақсат ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының мамандарын дайындау (оқыту) болып табылады. Еліміздегі барлық деңгейіндегі медициналық білім беру мекемелерінде бұл мамандықты оқытуды енгізу және сәйкес білім беру стандарттары мен құжаттарды өндеу не үшін қажет.

Сол сияқты елімізде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке қол жеткізілу жеткіліксіз. Хоспис стационарына түсу үшін, көптеген құжаттарды дайындау керек және кейде осы шараларды жасағаннан кейін, кезек сияқты шешілмейтін кедергілер бар – хосписке кезектің болуы. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті қажет ететіндерге, елдегі 6 хоспис барлық халыққа қызмет көрсете алмайды. Статистикалық мәліметтер ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметінің жоғары қажеттілігін дәлелдейді. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің әртүрлі кеңейтулері мен дамытылу механизмдерінің(түрлерінің) мүмкіндіктері – стационардан үйіне көрсетілетін көмекке дейін болуы.

Сонымен, өзінің он жылдық дамуына қарамастан Қазақстандағы ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі аяғынан тұру сатысында. Осыған ұқсас мамандандырылған мекемелерді ашу үшін, ұйымдастырылған және экономикалық механизмдер мен стандарттарға бірыңғай жақындауларды өндеу қажет. Сол сияқты Қазақстан халқына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу философиясына холистикалық жақындауды дамыту қажет. Бұл байланыста емделінбейтін науқастарға медико-психологиялық көмектің көрсетілу қызметінің дамуы, біздің еліміздегі денсаулық сақтау қоғамының болашақтағы бағыттарының бірі.

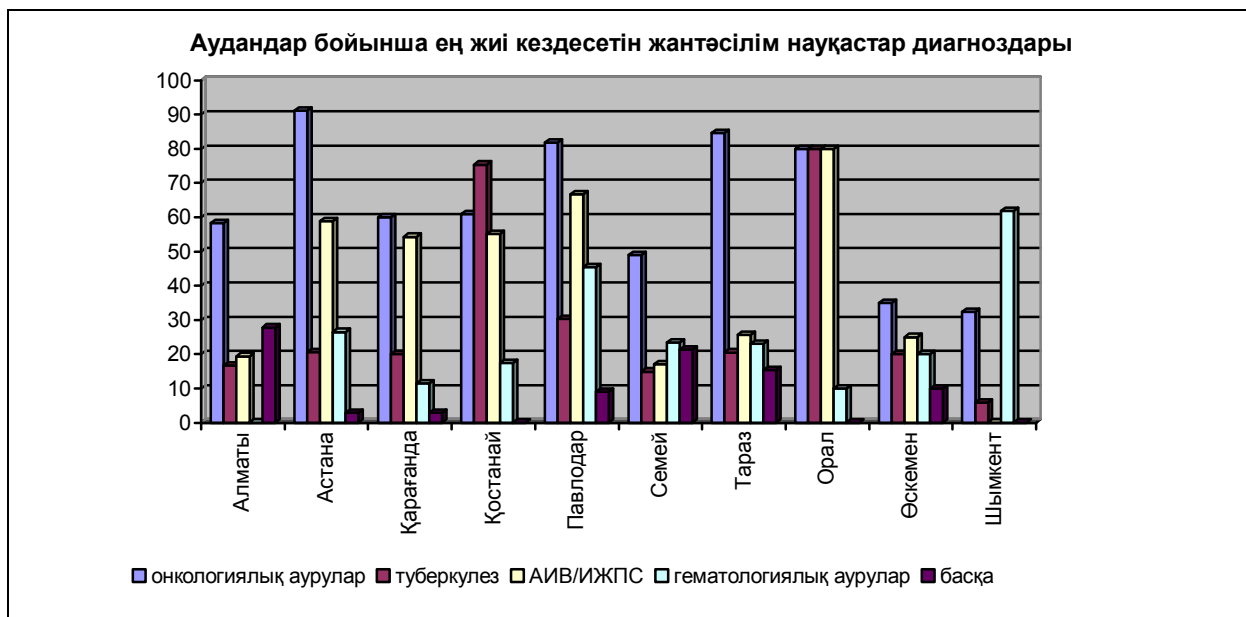
Әдебиеттердегі және статистикалық мәліметтер сараптамаларының нәтижелеріндегі барлық айқындалған мәселелер, әртүрлі дәрежелерде еліктірілген, әртүрлі халық топтарының көз қарасынан, емделінбейтін науқастарға көмектің ұсынылуында ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің мәселелері мен қажеттілігін айқындау мақсатында, қоғамның пікірін зерттеу бойынша жүргізілген зерттеулердің негізіне жатады.

АУРУҒА УАҚЫТША ЖЕҢІЛДІК БЕРЕТІН КӨМЕК СҰРАҚТАРЫ БОЙЫНША ҚОҒАМНЫҢ ОЙЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Ауыр халдегі науқастарға көмек көрсететін медициналық ұйымдарға жүргізілген сауалдама нәтижелері

Барлығы 357 респонденттерге, Қазақстан Республикасының 10 аймағының (қаласының) медициналық өкілдеріне, хоспистерді, бикелердің күтім ауруханасын, АИВ/ИЖПС орталығын, туберкулезді емдеу және алдын алу шаралары бойынша ұйымдарды, онкологиялық аурулар мен басқа да жантаңсілім жағдайларын қосқанда, сонымен қатар жалпы емдеу мекемелер тізбегіне (поликлиника, БМСК орталығы, жантаңсілім науқастарына көмек көрсету мәселелерімен қақтығысатын стационарлар) сауалдама жүргізілді.

Сауалдама жүргізілген мамандармен келесі ауыр науқастар мен емделінбейтін науқастар диагноздары көрсетілді – онкологиялық аурулар – 62,7%, туберкулез – 31,1%, АИВ/ИЖПС – 38,4%, гематологиялық аурулар – 24,1%, басқа да диагноздар, гериятриялық патологияларды, созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, терминальді күйіктерді қосқанда ж.т.б. – 9,2%. 14 суретте аудандар бойынша көрсеткіштер ұсынылған.



Сурет 14.

χ^2 шарты көрсеткендей, аймақтарға байланысты онкологиялық аурулар бойынша нақты айырмашылықтар бар ($\chi^2 = 50,519$, еркіндік дәреже саны 9 тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдықтар әдісі көрсетті, көбінесе онкологиялық аурулар нақтылығы Астана қ. (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p < 0,05$). Туберкулез ауруы бойынша χ^2 шартының статистикалық аймақтар арасындағы маңызды айырмашылықтар ($\chi^2 = 100,576$, еркіндік дәрежесі 9 тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісінің көрсеткіштерінде күтілетін қашықтықтың Қостанай қ. туберкулез науқастарының артығын көрсетті (мөлшерленген қалдық 6,6 тең, $p < 0,001$), Орал (мөлшерленген қалдық 2,8 тең, $p < 0,001$). χ^2 шарты көрсеткендей аймақтарға байланысты АИВ/ИЖПС бойынша нақты айырмашылықтар бар ($\chi^2 = 76,266$, еркіндік дәреже саны 9 тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтық салыстырмасы бойынша Қостанай қ. АИВ/ИЖПС нақтылығының

жоғарылы (мөлшерленген қалдық 2,2 тең, $p<0,05$), Павлодар (мөлшерленген қалдық 2,6 тең, $p<0,05$). χ^2 шарты көрсетті аймақтар арасында гематологиялық аурулар бойынша нақты айырмашылықтар бар ($\chi^2 = 52,222$, еркін дәреже саны 9 тең, $p<0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, гематологиялық аурулар нақтылығы Павлодар қ. жоғары (мөлшерленген қалдық 2,5 тең, $p<0,05$), Шымкент (мөлшерленген қалдық 4,5 тең, $p<0,001$).

Ең жиі кездесетін науқастардың жасы 30,3% бұл 60 жас пен жоғары жастағы науқастар.

χ^2 шарты қолданылмайды, 32,5% ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен аз және ең кіші күтілетін жиілік 0,65 тең. Мөлшерленген қалдық көрсеткіші көрсеткендей, Алматыда нақтылық жиі 60 жастан және жоғары жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p<0,05$), Қостанайда нақтылық сирек 60 жастан және жоғары жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық 2,8 тең, $p<0,01$), Семейде нақтылық сирек 40-59 жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық -2,1 тең, $p<0,05$), Таразда сирек 20-39 жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық -3,0 тең, $p<0,01$) және жиі 60 жастан және жоғары жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p<0,05$), Өскеменде сирек 40-59 жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық -2,6 тең, $p<0,05$) және жиі 60 жастан және жоғары жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық 2,2 тең, $p<0,05$), Шымкентте жиі 40-59 жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p<0,05$) және сирек 60 жастан және жоғары жастағы топтарда жантәсілім науқастарының күтілетін қашықтығымен салыстырғанда (мөлшерленген қалдық -2,9 тең, $p<0,01$).

Қызмет көрсетілетін науқастарды жынысы бойынша келесі түрмен орналастырдық – еркектер - 55,67±0,936%, - әйелдер - 42,02±0,899%. Алматыда – еркектер – 45,71±2,979%, әйелдер – 51,94±3,185%, Астанада – еркектер 52,38±3,1265, әйелдер – 45,43±2,329%, Қарағандыда – еркектер – 56,12±2,282%, әйелдер – 43,88±2,359%, Қостанайда – еркектер 65,32±1,48%, әйелдер – 34,68±1,48%, Павлодарда – 61,42±2,334% еркектер, әйелдер – 38,88±2,214%, Семейде – 47,67±2,088% еркектер, әйелдер – 48,74±2,365%, Таразда – еркектер – 50,19±2,312%, әйелдер – 49,81±2,312%, Оралда - 74±7,630% еркектер, әйелдер - 27±7,535%, Өскеменде – 44,67±5,292% еркектер, әйелдер – 31,33±4,508%, Шымкентте – 62,86±1,165% еркектер, әйелдер – 37,14±1,165%. Аймақтар бойынша Қарағандыда, Қостанайда, Павлодарда, Оралда, Шымкентте көбінесе статистикалық еркектер көп кездеседі.

Ұлты бойынша қазақ науқастар – 72,5%, орыс науқастар – 62,5% немістер – 2,8%, өзбек – 1,1%, басқа ұлттың науқастары 0,3% құрайды.

χ^2 шарты көрсеткішінде, аймақтарда ұлты бойынша нақтылық айырмашылығы бар. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, нақтылық сирек күтілетін қашықтықпен салыстырғанда қазақ ұлты келесі аймақтарда кездеседі – Алматы (мөлшерленген қалдық -2,2 тең, $p<0,05$), орыс ұлтының күтілетін қашықтықпен салыстырғанда нақтылы жиілігі Қостанайда (мөлшерленген қалдық 3,3 тең, $p<0,001$), Павлодарда (мөлшерленген қалдық 2,7тең, $p<0,05$), сауалдама жүргізілген орыс ұлтының нақты жиілігі келесі аймақтарда – Тараз (мөлшерленген қалдық -3,1тең, $p<0,01$), Шымкентте (мөлшерленген қалдық -2,9 тең, $p<0,01$).

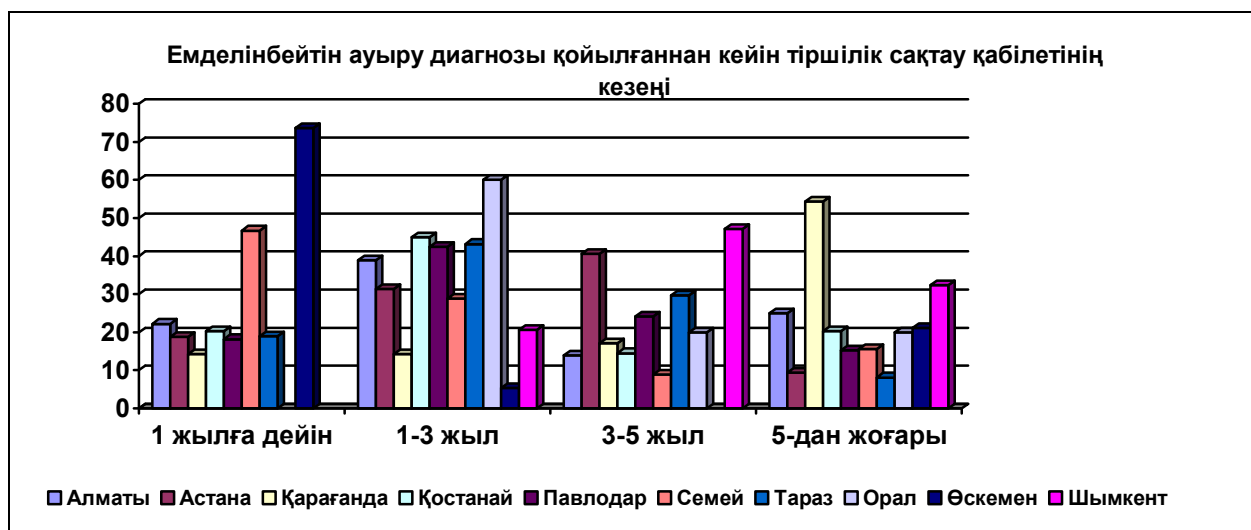
Науқастардың дінге жатуы бойынша мұсылмандар – 73,1%, христиан – 61,6%, иудей – 2,5%, буддистер - 0,3%, басқа дінге сенушілер 0,3%-ды құрайды.

χ^2 шарты көрсеткіштерінде, аймақтардағы дінге жатуы бойынша нақтылық айырмашылықтар бар. Мөлшерленген қалдық көрсеткіш әдісі көрсеткендей күтілетін қашықтық келесі аймақтар бойынша салыстырғанда мұсылмандар – Алматыда (мөлшерленген қалдық 2,2 тең, $p<0,05$), жиі нақтылық күтілетін қашықтықпен христиандар келесі аймақтарда кездеседі – Қостанай (мөлшерленген қалдық 3,4 тең, $p<0,001$), Павлодарда (мөлшерленген қалдық 2,8 тең, $p<0,01$) және күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша келесі аймақтарда сирек – Тараз (мөлшерленген қалдық – 3,1 тең, $p<0,001$), Шымкент (мөлшерленген қалдық – 2,8 тең, $p<0,01$).

24,5% медициналық қызметкерлерге жүргізілген сауалдамадан, үмітсіз ауыратын науқастарға медициналық қызмет көрсетудің әртүрлі қиыншылықтары бар екендігі анықталды, 75,5% бұндай қиыншылықтар жоқ деді. Осы сұраққа тек 64,1% зерттеуге қатысушылар ғана жауап бергенін атап кету керек, бұл медициналық қызметкерлердің үлкен бөлігі қиыншылықтардың барын көрсетеді, бірақ ол жайында айтқылары келмейді.

χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 33,3% ұяшық күтілетін жиілігі 5-тен аз және ең кіші күтілетін жиілік 0,24 тең. Мөлшерленген қалдық көрсеткіштер әдісі көрсеткендей медициналық қызметтердің көрсетілуінің шектелуі көбінесе Павлодарда (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p<0,05$) және шектелудің азы Шымкентте (мөлшерленген қалдық - 2,9 тең, $p<0,01$).

Емделінбейтін ауыру диагнозы қойылғаннан кейін науқастардың ішінде тіршілік сақтау қабілетінің кезеңінде келесілер анықталынды – 1 жылға дейін – 23,1%, 1-3 жыл – 33,4%, 3-5 жыл – 21,4%, 5 жылдан жоғары - 22%. Аймақтар бойынша нәтижелер 15 суретте берілген.



Сурет 15.

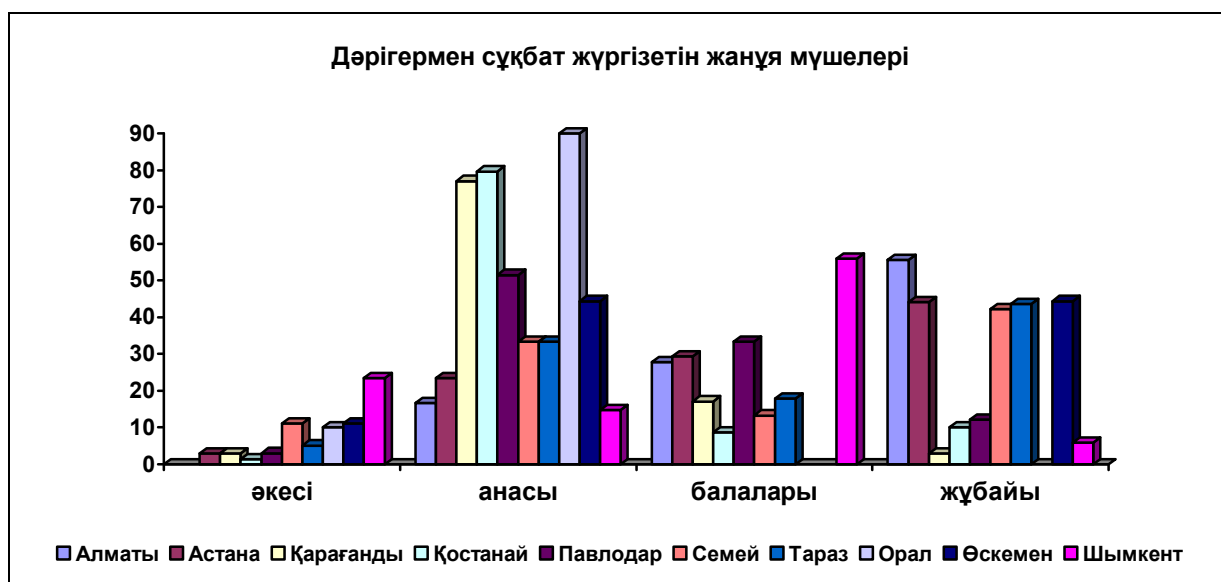
Крускала-Уолистің Н-тесті көрсеткендей аймақтар арасындағы маңызды статистикалық айырмашылықта, науқастарға емделінбейтін ауыру диагнозын қойғаннан кейінгі олардың ішіндегі тіршілік сақтау қабілетінің ұзақтығы ($\chi^2 = 33,76$, ерікті дәреже саны 8-ге тең, $p<0,001$). Өмір сүру ұзақтығы бойынша аймақтар келесі кезекте орналасты – бірінші орында - Өскемен (орташа ранг 97,08-ге тең), екінші орынды Семей алды (ортаңғы ранг – 122,3), үшінші орынды Тараз иемденді (ортаңғы ранг – 155,47), төртінші – Қостанай

(ортаңғы ранг – 159,20), бесінші – Павлодар (ортаңғы ранг – 161,89), алтыншы – Алматы (ортаңғы ранг – 163,76, жетінші – Астана (ортаңғы ранг – 166,7), сегізінші – Орал (ортаңғы ранг – 182,8), тоғызыншы – Қарағанда (ортаңғы ранг – 217,14).

Сауалдама жүргізілген медициналық қызметкерлердің 80% олардың науқастары өз диагнозын білгісі келетінін айтты және олардың тек 20% ғана - «жоқ».

χ^2 шарты көрсеткендей, «көп науқастар өз диагнозын білгісі келеме» атты сұрақтар бойынша аймақтар арасында нақтылы айырмашылықтар бар ($\chi^2 = 33,55$, еркін дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, Алматыда көптеген науқастар өз диагнозын білгісі келмейді күтілетін арақашықтық салыстырмасы бойынша (мөлшерленген қалдық 2,2 тең, $p < 0,05$), Семейде де көптеген науқастар өз диагнозын білгісі келмейді (мөлшерленген қалдық 3,6 тең, $p < 0,001$).

Көбінесе дәрігермен сұхбаттасуды жанұя мүшелерінен жүргізетіндер – 46,2% жағдайларында анасы, 26,3%-да жұбайы, 21,2%-да - балалары және 6,2% жағдайларда әкелері. Аймақтар бойынша орналасуы 16 суретте көрсетілген.

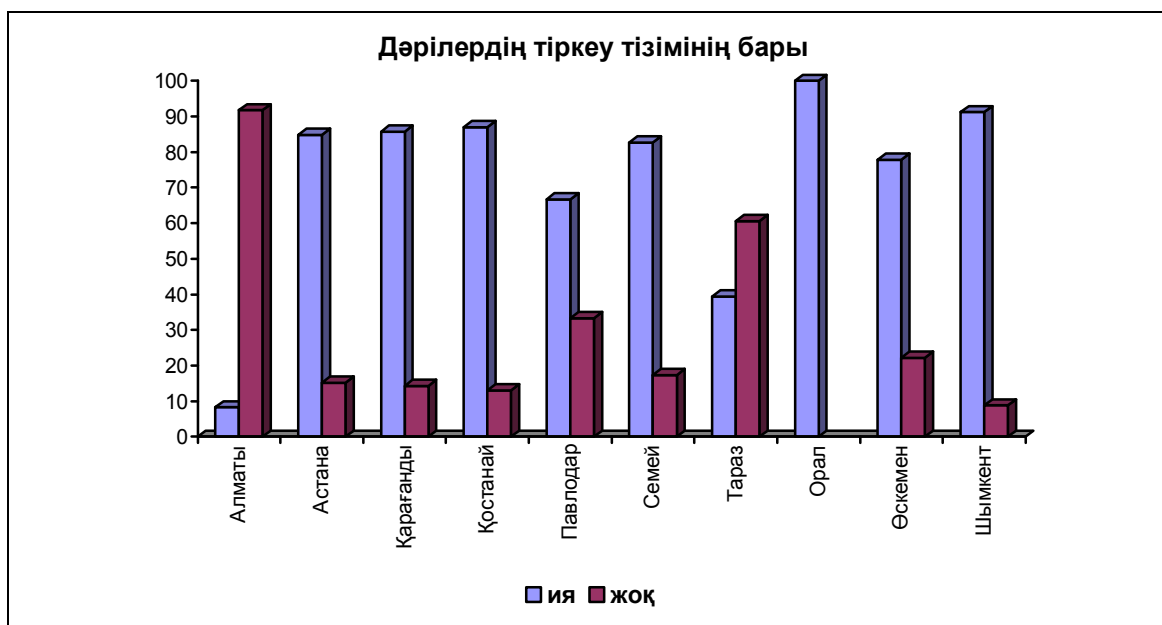


Сурет 16.

χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 37,5% ұяшығы күтілетін жиілігі 5-тен аз және ең кіші күтілетін жиілік 0,62 тең. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, Алматыда күтілетін қашықтықпен салыстырмасы бойынша дәрігермен анасы сұхбат жүргізуі сирек (мөлшерленген қалдық -2,6 тең, $p < 0,05$) және күтілетін қашықтықпен салыстырма бойынша дәрігермен сұхбатты әкесі жиі жүргізеді (мөлшерленген қалдық 3,4 тең, $p < 0,001$). Астанада күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша дәрігермен сұхбатты жиі жұбайы жүргізеді (мөлшерленген қалдық 2,0 тең, $p < 0,05$), Қарағандыда күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша дәрігермен сұхбатты жиі анасы жүргізеді (мөлшерленген қалдық 2,7 тең, $p < 0,05$) және сирек жұбайы (мөлшерленген қалдық -2,7 тең, $p < 0,05$), Қостанайда күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша дәрігермен сұхбатты жиі анасы жүргізеді (мөлшерленген қалдық 4,1 тең, $p < 0,001$) және сирек балалары (мөлшерленген қалдық -2,3 тең, $p < 0,05$) және жұбайы (мөлшерленген қалдық 2,6 тең, $p < 0,05$), Семейде күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша дәрігермен сұхбаттасуды жиі жұбайы жүргізеді (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p < 0,05$), Оралда күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша дәрігермен сұхбатты жиі анасы жүргізеді

(мөлшерленген қалдық 2,0 тең, $p < 0,05$), Өскеменде күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша дәрігермен сұхбатты сирек балалары жүргізеді (мөлшерленген қалдық -2,0 тең, $p < 0,05$), Шымкентте күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша дәрігермен сұхбатты жиі әкесі жүргізеді (мөлшерленген қалдық 4,0 тең, $p < 0,001$) және балалары (мөлшерленген қалдық 4,4 тең, $p < 0,001$) және күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша сирек анасы (мөлшерленген қалдық -2,7 тең, $p < 0,05$) және жұбайы (мөлшерленген қалдық -2,3 тең, $p < 0,05$).

«Дәрілердің тіркеу тізімі бар ма» деген сұраққа 71,8% сауалдама жүргізгендер жағымды жауап берді, бұл кезде жалпы дәрілердің тіркеу тізімі туралы сөз болды. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметі үшін арнайы дәрілердің тіркеу тізімі туралы айтылғанда, оның жоқтығы байқалды. Дәрілердің тіркеу тізімінің аймақтар бойынша бары туралы мәліметтер 17 суретте ұсынылған.



Сурет 17.

Суреттегі көрсетулер бойынша дәрілердің тіркеу тізімінің бары туралы теріс жауаптардың көбі Алматы қ., медициналық қызметтер берілген сұраққа жауап бере отырып, олар ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек аймағындағы дәрілердің тіркеу тізімін айтты.

χ^2 шартының көрсетуінде, дәрілердің тіркеу тізімінің бары бойынша аймақтардағы нақтылы айырмашылықтарды көрсетті ($\chi^2 = 116,211$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерлі қалдық әдісі көрсетті, дәрілердің тіркеу тізімінің күтілетін қашықтықпен салыстырылуы бойынша жиі келесі аймақтарда кездеседі – Алматы (мөлшерлі қалдық -4,5-ке тең, $p < 0,001$), Тараз (мөлшерлі қалдық 2,2-ге тең, $p < 0,05$).

Сауалдамаға қатысушы медициналық қызметкерлер қызметтерінің 98,3% мемлекеттік бюджеттен төленеді. 0,6% жекеменшілік қызметімен (шаруашылық-келісім) қаржыланады, 1,1% - басқалар, жиі бұл халықаралық және демеуші ұйымдар. Алматы, Астана, Орал, Өскемен, Шымкент сияқты аймақтар 100% мемлекеттік бюджеттен қаржыланылады.

χ^2 шартының көрсетуінде, медициналық мекемелерде қолдану үшін рұқсат етілген тізімнен шығарылған препараттардың бары, аймақтар бойынша нақтылы айырмашылығы

бар ($\chi^2 = 65,530$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерлі қалдық әдісі көрсетті, қолдану үшін тізменен шығарылған препараттардың күтілетін қашықтықпен салыстырылғаны бойынша нақтылық келесі аймақтарда көбірек – Астана (мөлшерлі қалдық 2,8-ге тең, $p < 0,01$), Қарағанды (мөлшерлі қалдық 2,1-ге тең, $p < 0,05$), Семей (мөлшерлі қалдық 2,4-ке тең, $p < 0,05$) және күтілетін қашықтықпен салыстырғанда келесі аймақтарда сирек - Алматы (мөлшерлі қалдық -2,4-ке тең, $p < 0,05$), Шымкент (мөлшерлі қалдық -3,6-ға тең, $p < 0,001$).

Сауалдама нәтижесі бойынша, 24,9% емделінбейтін науқастар фондтың болмауынан ем қабылдамайды. Фондтың болмауынан ем қабылдамаған, емделінбейтін науқастардың аймақтар бойынша таралуы 18 суретте көрсетілді.



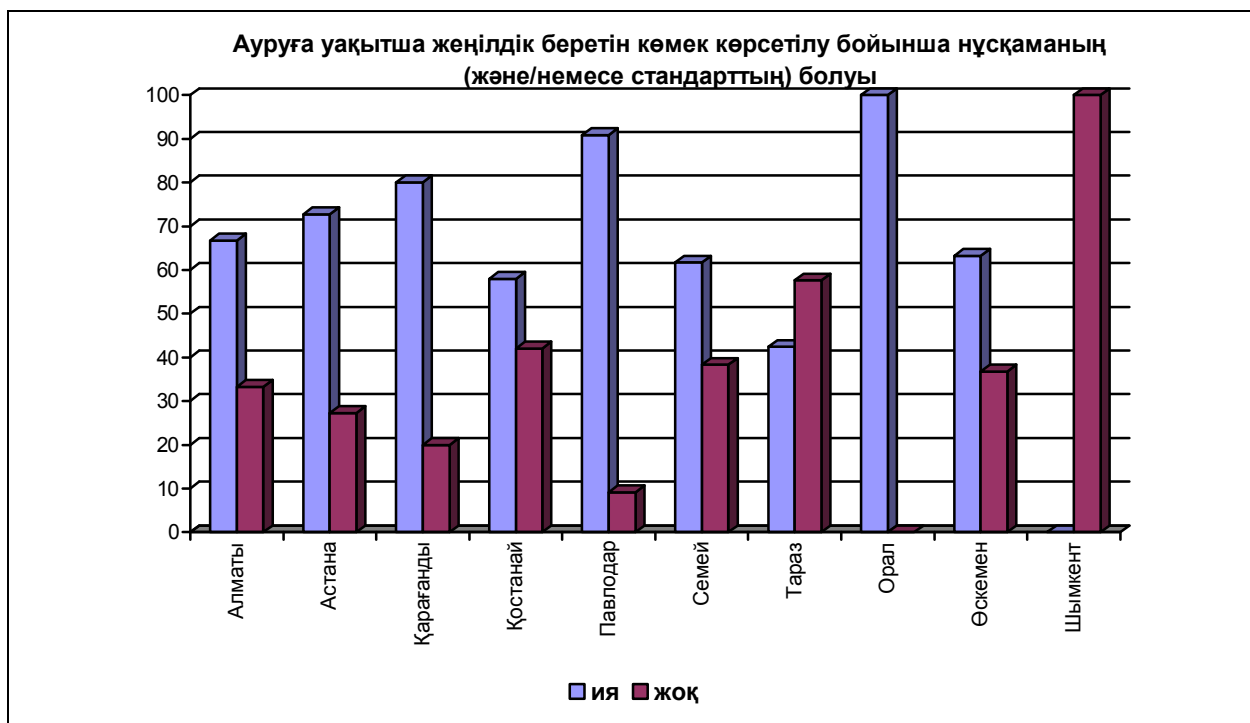
Сурет 18.

χ^2 шартының көрсетуінде, фондтың болмауынан ем қабылдамаған науқастардың бары аймақтар бойынша нақтылы айырмашылықтар бар ($\chi^2 = 50,038$, еркін дәрежелі сан 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерлі қалдық әдісі көрсетті, фондтардың болмауынан ем қабылдамаған науқастардың күтілетін қашықтықпен салыстырмасы бойынша нақтылық Таразда жиі (мөлшерлі қалдық саны 3,4-ке тең, $p < 0,001$) және күтілетін қашықтықпен салыстырғанда Алматыда сирек (мөлшерлі қалдық -2,3-ке тең, $p < 0,05$), Шымкентте (мөлшерлі қалдық -2,9-ға тең, $p < 0,01$).

«Жантәсілім науқастарына көмек көрсету үшін Сіздерде нұсқама немесе/және стандарттар бар ма» деген сұраққа, 60,5% сауалдама жүргізілген медициналық қызметкерлер жағымды жауап берді. Бірақ, айта кететін жай, ел үшін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу бойынша біріңғайланған нұсқама және стандарттар жоқ, сондықтан әрбір мекеме жергілікті деңгейде өздерінің стандарттарын өндейді және бекітеді. Аймақтар бойынша көрсеткіштер 19 суретте көрсетілген.

χ^2 шарты көрсетті жантәсілім науқастарына көмек көрсету үшін нұсқама және/немесе стандарттардың бары, аймақтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық бар ($\chi^2 = 84,331$; еркіндік дәреже саны = 9, $p < 0,001$). Мөлшерлі қалдық әдісі көрсетті, жоғарыда көрсетілген нұсқамалардың күтілетін қашықтықпен салыстырмасы бойынша Павлодарда

жиі (мөлшерлі қалдық = 2,2; $p < 0,05$) және жоғарыда көрсетілген күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Шымкентте сирек (мөлшерлі қалдық = -4,5; $p < 0,001$).



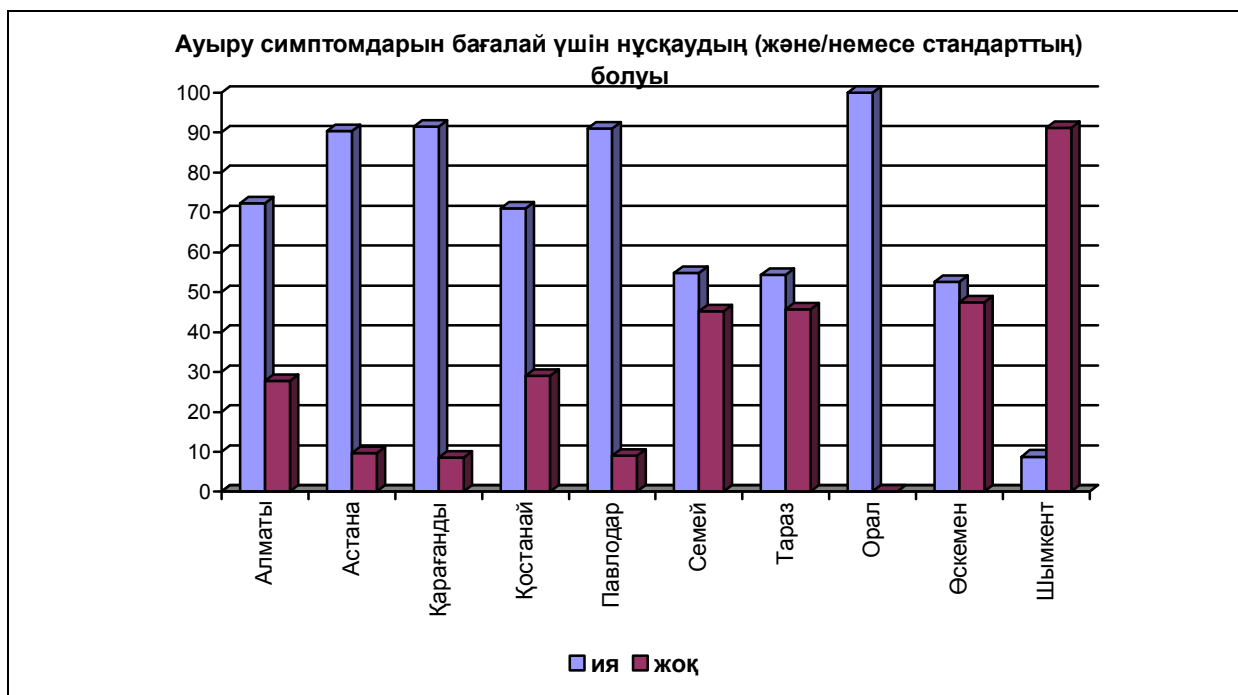
Сурет 19.

66,9% сауалдама жүргізілген медициналық қызметкерлер ауыру симптомдарын бағалау үшін нұсқаманың барын көрсетті. Соның ішінде олардың тек 13,4% ғана жантаушылық науқастардағы ауыру синдромын нұсқама бойынша бағалайды, 93,8% жағдайларда симптомдар бойынша жүргізеді. Өзінің сезгіштігіне 22,1% медициналық қызметкерлер сенеді. Тағы да айта кететін қажеттілік біріңғайланған нұсқама жоқ. Аурулардың симптомдарын бағалау үшін нұсқаманың аймақтар бойынша болуы 20 суретте көрсетілген.

χ^2 шарты көрсетті, аурудың симптомдарын бағалау үшін нұсқаманың және/немесе стандарттының бары аймақтар арасындағы статистикалық маңызды айырмашылығы бойынша ($\chi^2 = 90,505$; еркіндік дәреже саны = 9, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсеткендей, жоғарыда аталған нұсқама болуының күтілетін қашықтықпен салыстыруы бойынша Шымкентте (мөлшерленген қалдық = -4,1; $p < 0,001$).

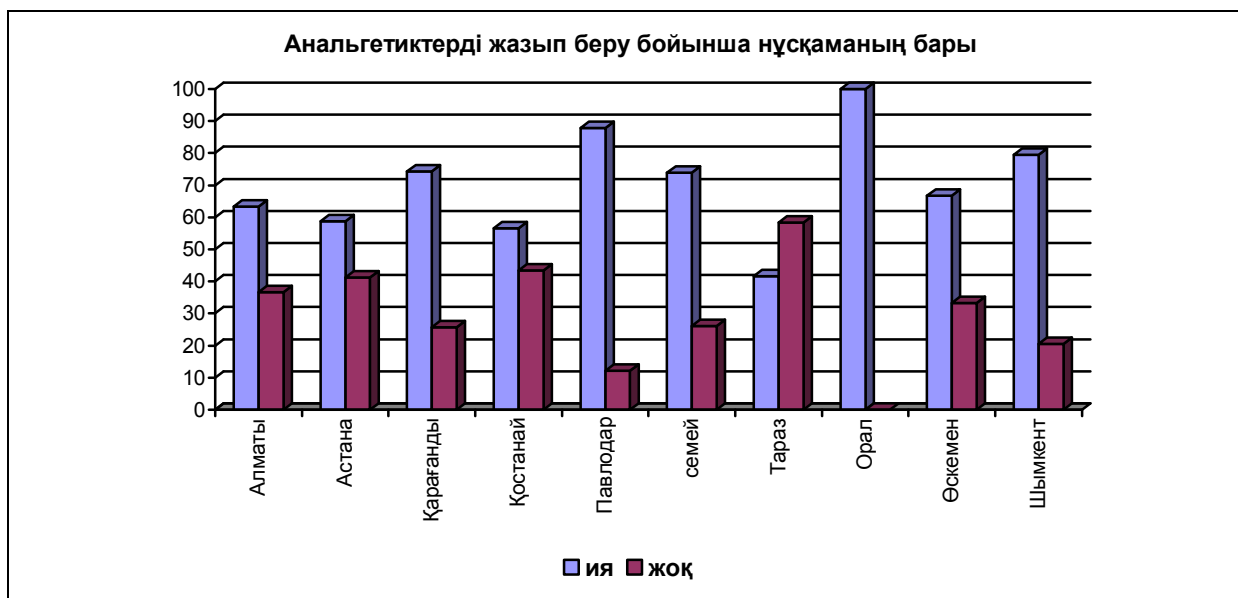
χ^2 шарты қолданылмайды, себебі күтілетін жиілікпен ұяшық саны 5-тен кем 50,0%-ды құрайды, ең кіші күтілетін жиілік 0,62-ге. Мөлшерленген қалдық әдісі аймақтар арасында маңызды айырмашылық айқындамады.

χ^2 шарты Ауыру синдромы - Өзіндік сезгіштік бойынша аймақтар арасында статистикалық маңызды айырмашылықтардың барын көрсетті ($\chi^2 = 55,126$; еркіндік дәреже саны = 9, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, ауыру синдромы - өзіндік сезгіштіктің күтілетін арақашықтықпен салыстырмасы бойынша Алматыда сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық = -2,8; $p < 0,01$), Астанада (мөлшерленген қалдық = -2,4; $p < 0,05$) және жиі Шымкентте (мөлшерленген қалдық = 4,9; $p < 0,001$).



Сурет 20.

67,0% медициналық қызметкерлер, анальгетиктердің жазып берілуі бойынша нұсқаманың барын көрсетті. Осындай нұсқамалар шынында да бар – науқастарға анальгетиктерді жазып беру бойынша жалпы ереже. Бірақ, емделінбейтін науқастарға анальгетиктерді жазып беру бойынша біріңғайландырылған нұсқама әлі жоқ. Анальгетиктерді жазып беруі туралы нұсқаманың аймақтар бойынша бары 21 суретте берілген.

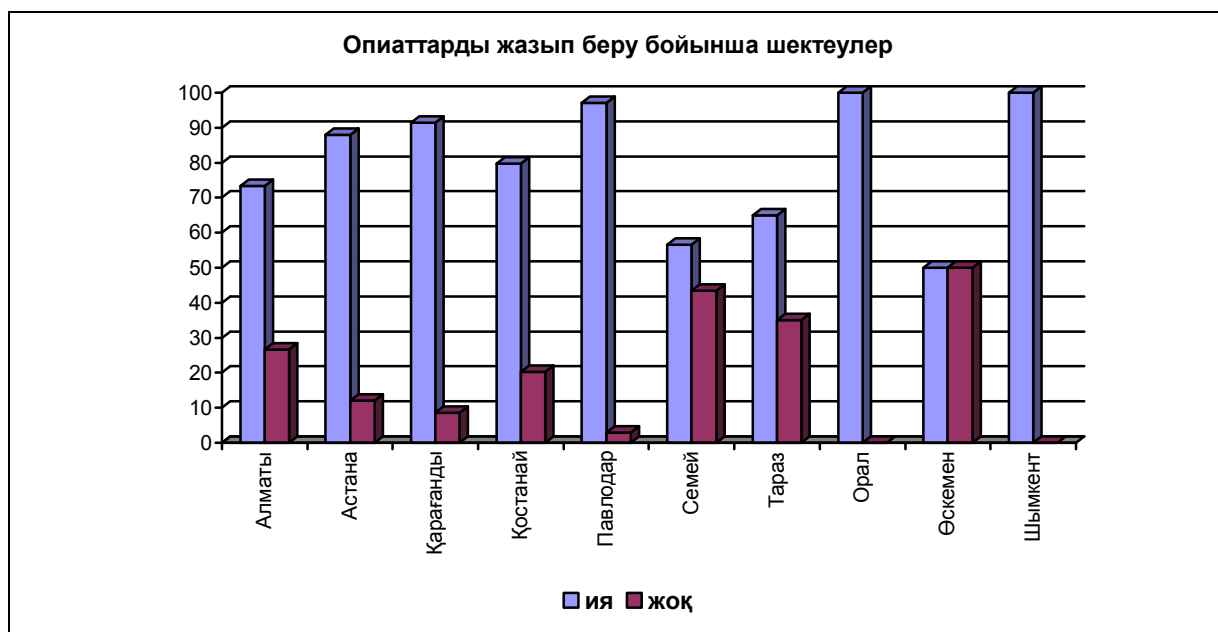


Сурет 21.

χ^2 шарты анальгетиктерді жазып беру бойынша нұсқаманың болуы бойынша аймақтардағы нақтылы айырмашылықтардың барын көрсетті ($\chi^2 = 30,702$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсеткендей, респонденттер арасында «жоқ» деген жауапты таңдағандар, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша

нақтылы Павлодарда сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық – 2,1-ге тең, $p<0,05$) және жиі Таразда (мөлшерленген қалдық 2,6 тең, $p<0,05$).

82,6% сауалдама жүргізген медициналық қызметкерлер көрсеткендей, опиумды жазып беру бойынша шектеулер бар. Аталған шындық айқын, себебі аймақтар бойынша наукастарға опиаттарды жазып беру бойынша қатаң (тіпті қатыгез) көрсеткіштер бар. 22 суретте опиаттарды жазып беру бойынша шектеулердің барын көрсеткен тұлғалардың пайызы көрсетілген.



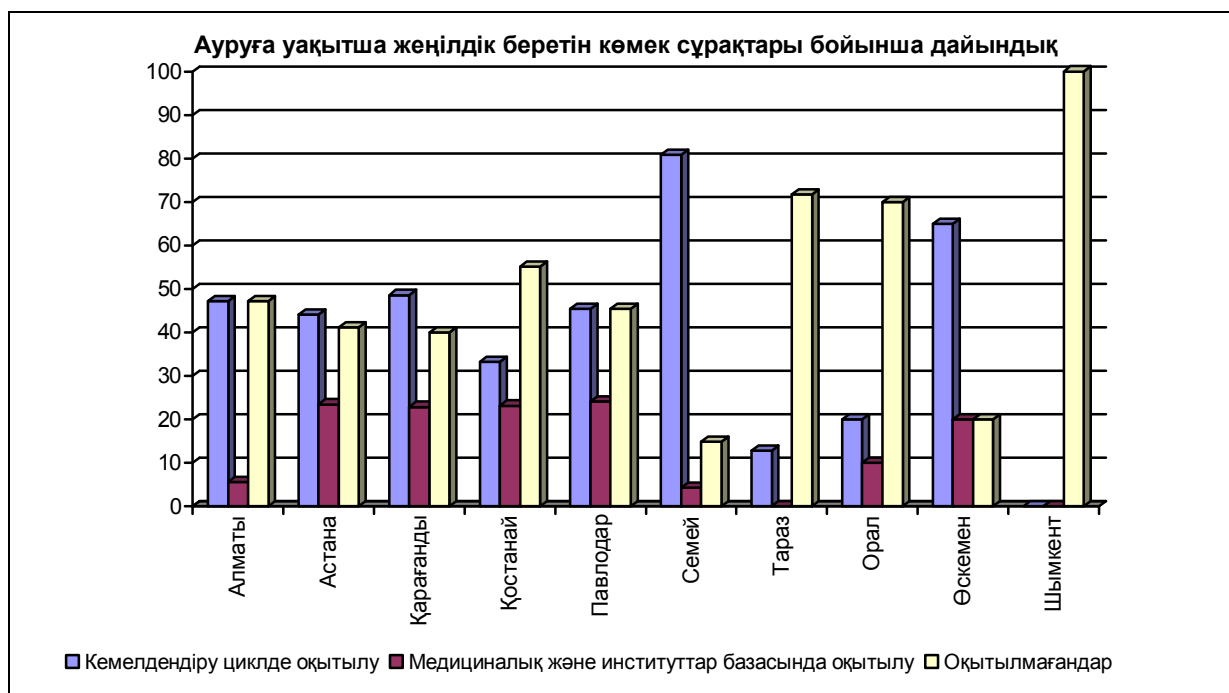
Сурет 22.

χ^2 шартын қолдануға келмейді, себебі 25 ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем және ең кіші күтілетін жиілік 0,70-ке тең. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, респонденттер арасында «жоқ» деген жауапты таңдағандар, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Павлодарда сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық -2,0 тең, $p<0,05$) және Шымкентте (мөлшерленген қалдық -2,4 тең, $p<0,05$), күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша жиі Таразда (мөлшерленген қалдық 2,6 тең, $p<0,05$).

Наукастарға ауыру сезімін төмендету мақсатымен морфиннің мөлшері туралы сұрақты медициналық қызметкерлер жағынан көңілсіз қалды, бұл сұраққа жауап бергендердің бары 18 адам. Мүмкін бұл сұрақ толығымен түсініксіз болған шығар, себебі қазіргі күні өте сирек, тіпті еш қашанда тәжірибеде морфинді қолданбайды, опиаттардың басқа түрлерін қолданады. Екінші себеп, сауалдама жүргізілген мекемелер тізімінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсететін таза мекемелер және жалпы емдеу тармақ ұйымдары да болды.

Штаттарды оқыту туралы сұрақтардың нәтижесі айтарлықтай қызықты болып келді. 49,9% респонденттердің жауап беруінде, олардың штаттары оқытылады немесе ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек сұрақтары бойынша қосымша оқуға тырысады деп жауап берсе, 51,1% теріс жауап берді. Сол жауап берушілердің 40,6% кемелдендіру циклдарында оқытылатынын көрсетті (негізгі циклдер халықаралық ұйымдармен жүргізіледі), 13,7% медициналық академия мен институттар базасында оқуды өткенін айтты. Бұл елдегі

ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі бойынша кемелдендірілген оқыту бағдарламасының айтарлықтай жетіспеушілігін дәлелдейді. 23 суретте ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу аймағындағы медициналық мамандарды оқыту бойынша сауалдама нәтижелері көрсетілген.



Сурет 23.

χ^2 шарты көрсеткендей, штат оқытылмайды деп жауап берген респонденттер арасында аймақтар бойынша нақтылы айырмашылықтар бар ($\chi^2 = 76,931$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерлі қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша берілген респонденттер Семейде нақтылы сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық -3,4 тең, $p < 0,001$) және жиі Шымкентте (мөлшерленген қалдық 4,1 тең, $p < 0,001$).

χ^2 шарты қолдануға келмейді, себебі 35 ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша медициналық академиялар мен институттар базасында дайындық өткен респонденттердің Қостанайда шамадан тыс болуы (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p < 0,05$), жетіспеушілік - Таразда (мөлшерленген қалдық -2,3 тең, $p < 0,05$).

χ^2 шарты көрсеткендей, оқытылуды кемелдендіру циклдерінде өткенбіз деп жауап берген респонденттер ішінде аймақтар бойынша нақтылы айырмашылықтар бар ($\chi^2 = 77,565$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, осындай респонденттердің күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Семейде шамадан тыс болуы (мөлшерленген қалдық 4,3 тең, $p < 0,001$) және Таразда жетіспейді (мөлшерленген қалдық -2,7 тең, $p < 0,05$) және Шымкентте (мөлшерленген қалдық -3,7 тең, $p < 0,001$).

76,2% сауалдама жүргізілген медициналық қызметкерлер оқытылу циклдерінен материалдардың барын көрсетті.

χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 44,4% ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем, ең кіші күтілетін жиілік 0,71-ге тең. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша қайта дайында циклдердің материалдармен иемденетін респонденттер Қостанайда жиі кездеседі (мөлшерленген қалдық -2,0 тең, $p < 0,05$).

Тек 21,6% медициналық қызметкерлері клиника штатында жантаісілім науқастардың эмоциональды көріністерімен айналысатын қызметкерлердің барын айтты және одан да аз – 8,5% – жанұя қажеттілігімен айналысады. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуінде эмоциональдық жағдай және емделінбейтін науқастары бар жанұя мүшелерінің қажеттілігінде сапалы медико-психологиялық көмектің көрсетілуі үшін кейде үлкен маңыздылығы бар.

24 суретте аймақтар бойынша жүргізілген сауалдама нәтижелері берілген.



Сурет 24.

χ^2 шарты көрсетті, науқастардың және оның жанұясының эмоциональды мәселелерімен айналысатын штаттардың аймақтар бойынша нақтылы айырмашылықтары бар ($\chi^2 = 32,276$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсеткендей, жантаісілім науқастарының эмоциональды көріністерімен айналысатын штаттардың бары күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Семейде нақтылы жиі (мөлшерленген қалдық 3,2 тең, $p < 0,001$), сирек – Таразда (мөлшерленген қалдық -2,4 тең, $p < 0,05$).

χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 45% ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем, ең кіші күтілетін жиілігі 0,85-ке тең. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша науқастардың жанұясы қажеттілігімен айналысатын штаттар жиі Қостанайда кездеседі (мөлшерленген қалдық 6,7 тең, $p < 0,001$).

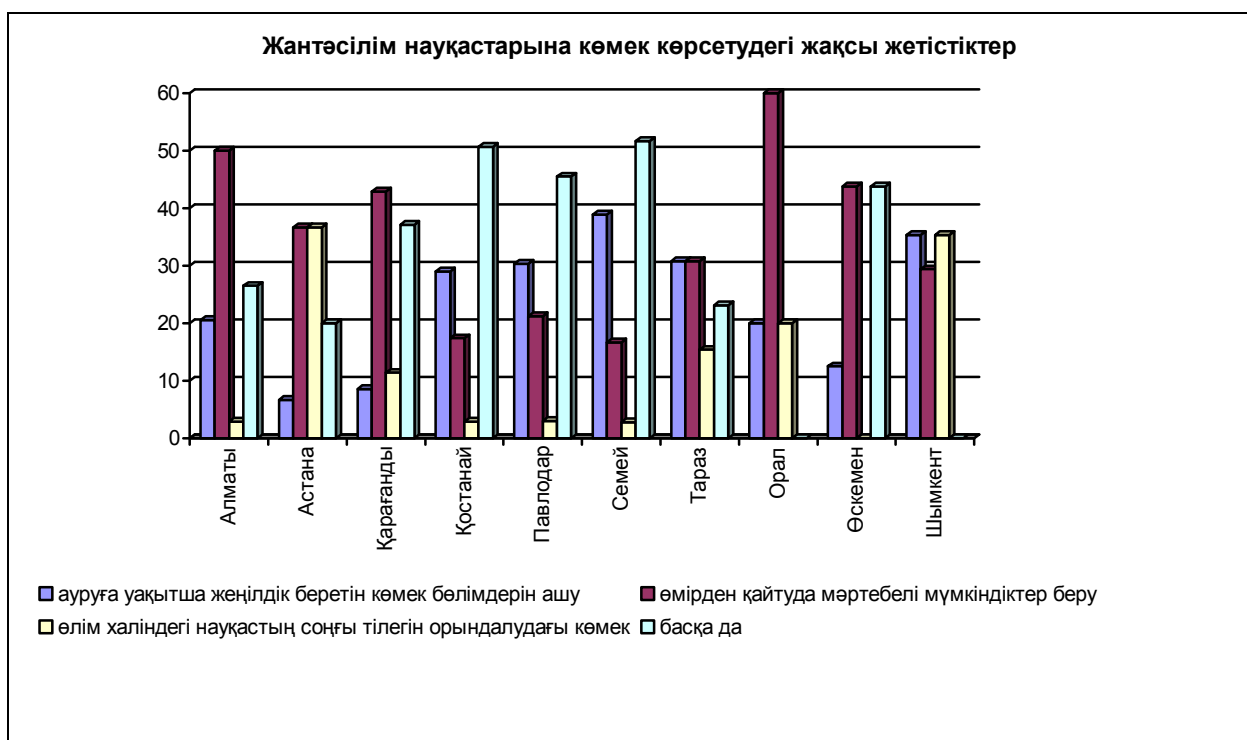
13,7% медициналық қызметкерлер клиника штатында әлеуметтік қызметкерлердің бары туралы айтты және 13,1% науқастарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуінде діни қызметкерінің көмегін атады. 25 суретте жауаптардың аймақтар бойынша таралуы көрсетілген.



Сурет 25.

χ^2 шарты қолданбайды, себебі 35% ұяшықта күтілетін жиілік 5-тен кем. Мөлшерленген қалдық әдісі аймақтар бойынша маңызды статистикалық айырмашылықтарды айқындамады.

χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 40% ұяшықта күтілетін жиілік 5-тен кем. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, діни қызметкерлер Таразда сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық - 2,2, $p < 0,05$).



Сурет 26.

Жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде ең жоғары жетістіктерге қол жеткізілу туралы сұрақтарға респонденттер былай жауап берді: 24,8% – мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бөлімдерінің ашылуы, 30,7% - өмірден мәртебелі кетуіне мүмкіндіктердің берілуі, 11,8% – соңғы тілегінің орындалуына көмектесу, 27,2% – басқа да. «Басқа да» деп жауап берген категория ішіне келесілер кіреді - әртүрлі медициналық көмектердің және барлық аталған көмектердің жиынтығы көрсетіледі. 26 суретте жауаптардың аймақтар бойынша таралуы көрсетілген.

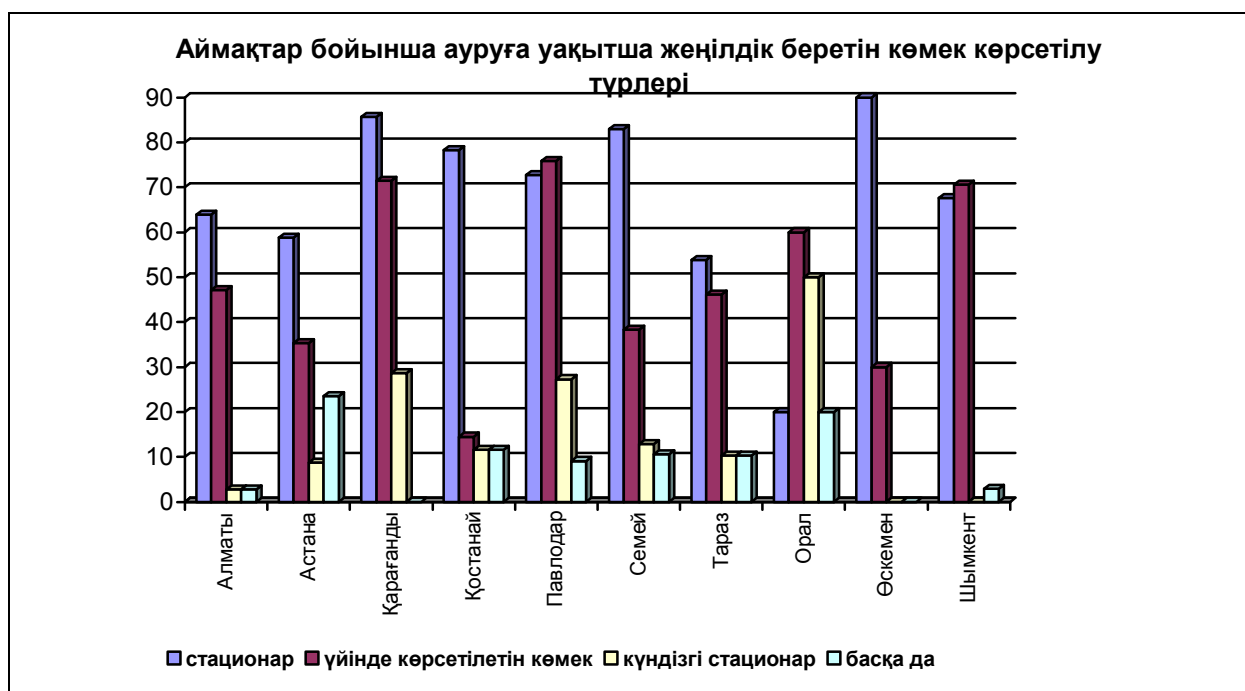
χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 35% ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, жантәсілім науқастарға көмектің көрсетілуінде ең жақсы жетістіктерге қол жеткізуде күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Алматыда «өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктерді беру» деген жауапты жиі таңдады (мөлшерленген қалдық 2,0 тең, $p<0,05$), Астанда жантәсілім науқастарына көмектің көрсетілуінде жақсы жетістіктерге қол жеткізуде күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша сирек келесі жауапты таңдады «мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілетін бөлімдерді ашу» (мөлшерленген қалдық -2,0 тең, $p<0,05$), Қостанайда күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша нақтылы сирек «өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктерді беру» деген жауапты таңдады (мөлшерленген қалдық -2,0 тең, $p<0,05$) және «өлім халіндегі науқастардың соңғы тілегінің орындалуына көмектесу» (мөлшерленген қалдық -2,1 тең, $p<0,05$), күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша нақтылы жиілікте «басқа да» және «ешнәрсе» деген жауаптарды таңдағандардың нақтылы жиілігі (мөлшерленген қалдық -2,6 тең, $p<0,05$), Шымкентте нақтылы сиректік күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша «басқа да» және «ешнәрсе» деген жауапты таңдаған респонденттердің кездесуі (мөлшерленген қалдық -3,3 тең, $p<0,001$).

Медициналық қызметкерлердің пікірі бойынша жантәсілім науқастарға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің ең көп мәселелеріне жататындар: 66,6% – ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек бөлімдерін ашу мүмкіндіктерінің болмауы; 15,6% - өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктер берілудің болмауы; 11% - өлім халіндегі науқастың соңғы тілегін орындауға көмектесу мүмкіндіктерінің болмауы; 6,9% – басқа да. «Басқа да» деген категория жауаптарына қаржыланудың, төсек орынның және барлық аталған мәселелердің жиынтықты жетіспеушіліктері жатады.

χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 52,5% ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем, ең кіші күтілетін жиілік 0,69-ға тең. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, респонденттер ішінде күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша жантәсілім науқастарына көмек көрсетудің ең көп мәселелері ретінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу бөлімдердің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы Семейде жиі кездеседі (мөлшерленген қалдық 2,2 тең, $p<0,05$), сирек - Таразда (мөлшерленген қалдық -2,6 тең, $p<0,05$). Респонденттер ішінде, жантәсілім науқастарға көмек көрсетілудің ең көп мәселелері ретінде күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша науқастың өмірден мәртебелі кетуіне мүмкіндіктердің берілуінің болмауы Қостанайда жиі кездеседі (мөлшерленген қалдық 3,1 тең, $p<0,001$) және сирек Семейде (мөлшерленген қалдық -2,7 тең, $p<0,05$). Респонденттер ішінде, жантәсілім науқастарға көмек көрсетілудің ең көп мәселелері ретінде өлім халіндегі науқастардың соңғы тілегін орындалуға көмектесу жауабын таңдағандар болды, ол күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша нақты жиілік Семейде кездеседі (мөлшерленген қалдық -2,2 тең, $p<0,05$).

Сауалдама жүргізілген медициналық қызметкерлер ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің келесі түрлерін көрсетті – стационарлық көмек – 71,1%; үйінде көрсетілетін көмек – 45,1%; күндізгі стационар – 12,9% және басқа да көмек түрлері – 9%.

27 суретте ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің түрлері аймақтар бойынша берілген.



Сурет 27.

χ^2 шарты жантаісілім науқастарға көрсетілетін көмек түрлерінің аймақтар бойынша нақтылы айырмашылықтар барын көрсетті. Респонденттер ішінде стационарда көрсетілетін көмек түрлерін белгілегендер ($\chi^2 = 34,101$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдістері көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің стационарлық түрін таңдамаған респонденттердің нақты жиілігі Таразда (мөлшерленген қалдық 2,0 тең, $p < 0,05$). χ^2 шарты көрсетті, Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек үйіне көрсетілетін көмектен тұрады деп санайтын, аймақтар бойынша респонденттер арасындағы нақтылы айырмашылықтардың барын ($\chi^2 = 62,374$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша осындай респонденттер жиі келесі аймақтарда кездеседі - Қарағандыда (мөлшерленген қалдық 2,3 тең, $p < 0,05$), Павлодарда (мөлшерленген қалдық 2,6 тең, $p < 0,05$), Шымкентте (мөлшерленген қалдық 2,2 тең, $p < 0,05$), нақтылық сирек Қостанайда кездеседі (мөлшерленген қалдық -3,8 тең, $p < 0,001$). Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек күндізгі стационардағы көмек түрі деп санайтын респонденттер үшін, χ^2 шарты қолданылмайды, себебі 35% ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем, сонымен қатар ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу түрін таңдаған науқастар үшін де (себебі 45% ұяшықтың күтілетін жиілігі 5-тен кем, ең кіші күтілетін жиілік 0,9-ға тең). Мөлшерленген қалдық әдісі аймақтар бойынша статистикалық маңызды айырмашылықтарды айқындамады.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек түрлерінің ең артық көрінетіні, негізінен стационарды таңдау болды - 60,1%, үйге көрсетілетін көмек – 24,5%. Одан басқа да келесі көмек түрлері бөлініп алынды аралас көмек түрлері, мамандандырылған хоспис пен клиникалардың ашылуы және барлық аталғандардың жиынтығы. 28 суретте аймақтар бойынша алынған жауаптар берілген.

χ^2 шарты көрсетті, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің артық көрінетін түрлерінің аймақтар бойынша нақтылы айырмашылықтары барын ($\chi^2 = 83,055$, еркіндік

дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, стационарда көрсетілетін көмекті артық көретін респонденттер ішінде нақтылық Астанада сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық -2,0 тең, $p < 0,05$), респонденттер ішінде үйге көрсетілетін көмек түрін маңызды санайтындар Қостанайда нақтылы аз кездеседі (мөлшерленген қалдық -2,4 тең, $p < 0,05$), нақтылы жиі Шымкентте (мөлшерленген қалдық 3,0 тең, $p < 0,01$), басқа түрлерді таңдаған респонденттер (аралас) көрсетілетін көмек күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Астанада нақтылы жиі (мөлшерленген қалдық 4,8, $p < 0,001$) және Қарағандыда сирек (мөлшерленген қалдық -2,3, $p < 0,05$).



Сурет 28.

Сонымен, зерттеулер жүргізілген қалалар ұйымының медициналық өкілдерінің пікірі бойынша, қазіргі күндері мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көбінесе үлкен жастағы науқастарға (60 жастан жоғары) көрсетіледі. Осындай науқастардың ішінде онкологиялық және терапиялық (гериатриялық) патологиялар басым болып келеді.

Сонымен қатар, туберкулез, ИЖПС, бүйрек жетіспеушілігі сияқты аурулар және балалар мен еңбекке қабілетті халықтың гематологиялық және онкологиялық патологияларымен зардап шегетін жандық сатысындағы науқастар жалпы қырынды медициналық мекемелер иығына түседі, ол бір қатар себептермен медико-психологиялық көмектің көрсетілуін шамалы асқындырады.

Осындай себептердің ішінде қаржы мен дәрілік заттардың және емделінбейтін науқастарға күтім бойынша қажетті заттардың жетіспеушілігі, жергілікті деңгейде жеке алынған мекемелердің барына қарамастан ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуіне біріңғай жақындау мен хаттамалардың болмауы, науқастардың өзіне және оның туыстарына психологиялық және әлеуметтік қолдауларды ұсынатын штаттар мен уақыттың жетіспеушілігі жатады. Жиі осындай науқастардың туыстарына, ешқандай ауыр сезіммен салыстыруға келмейтін баласынан айрылған ата-аналар жатады.

Халық сияқты медициналық қызметкерлерде халыққа көмектесуде мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу бойынша бар қызметтерді дамыту және жаңадан ашуды қажеттілігін айтады. Қазіргі күнгі хоспистер мемлекетпен (осы зерттеулер нәтижесі бойынша – 98,3%) және халықаралық қоғамдық ұйымдармен қаржыланады.

Респонденттер пікірі бойынша, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу жүйесі мемлекетпен реттелетін орталықтандырылуы тиіс және халыққа көмектесуде осы көмек түрінің сапасын жақсарту үшін, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуге бірінғайлы жақындау мен хаттамаларының сәйкес болуы керек. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу түрлерінде артық көрінгені стационарлық көмек пен үйіне көрсетілетін көмек түрі жатады.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек сұрақтары бойынша маңызды сұрақтардың бірі болып медициналық және басқа да кадрларды дайындау мен қайта дайындау сұрағы болып қала бермек. Қазіргі күні әлі күнге дейін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің және науқас пен оның жанұясына көрсетілетін көмек сапасының жақсартылуын ұйымдастыру мен басқаруда, жеке өзіндік кемелдендірілген курс (специализация) жоқ.

Басқа сөзбен айтқанда, жүргізілген зерттеулер нәтижелері бойынша, медициналық қызметкерлердің пікірі бойынша Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуінде қызметті ұйымдастыру қажеттілігі жоғары. Жоғарыдағы қызметті ұйымдастыруда және басқаруда, сонымен қатар емделінбейтін науқастар мен оның жанұясына көрсетілетін медико-психологиялық және әлеуметтік қызметтерде өте көптеген мәселелер бар.

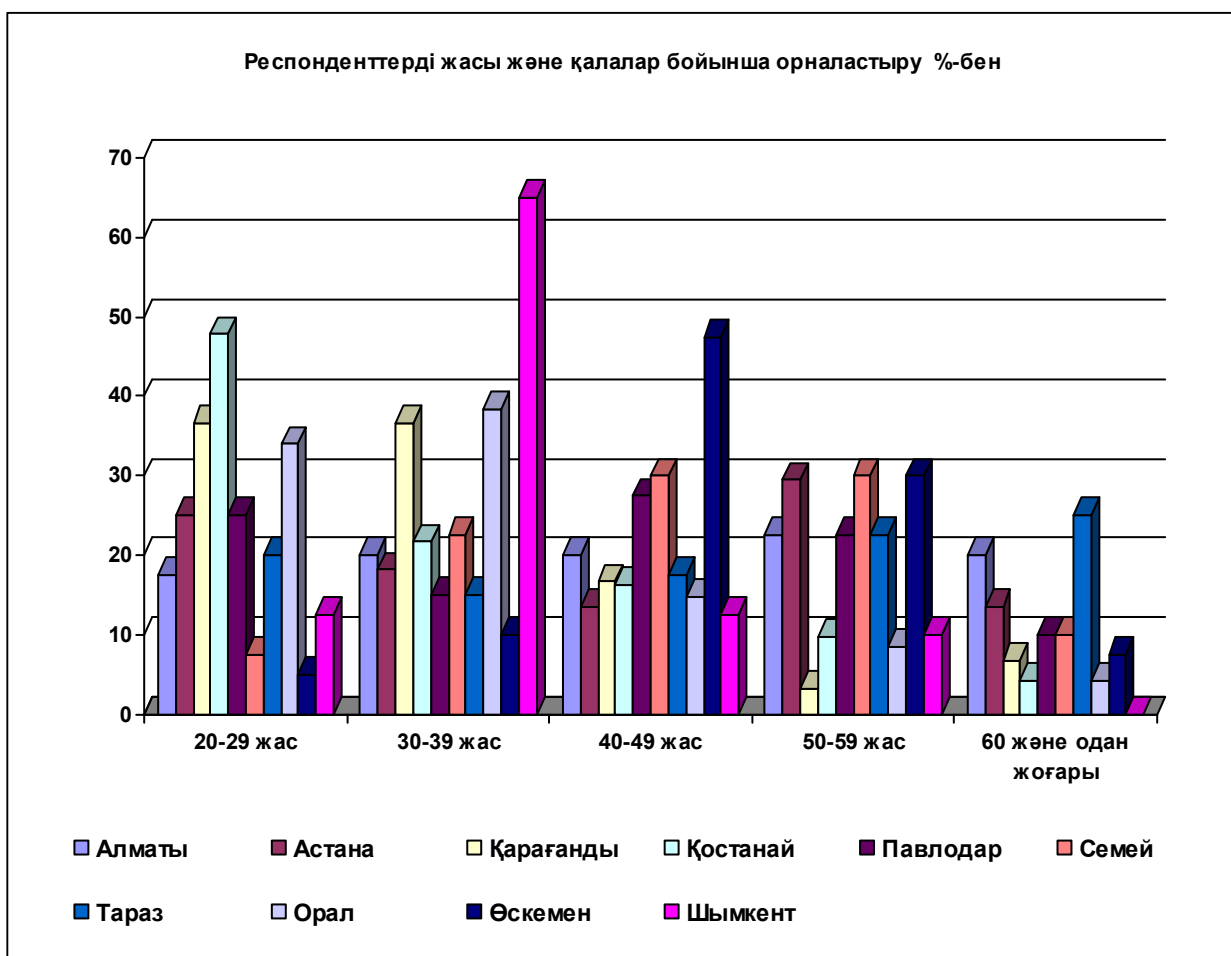
Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі бойынша мамандандырылған мекемелерді ашу үшін, аталған мәселелерді шешуде бірінғайландырылған өндеулермен жақындау, ұйымдастырушы және экономикалық механизмдер мен стандарттардың қажеттілігі көрінеді.

Елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің қарқынды дамуы үшін, халыққа ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің ұсынылуында ұсыныстар мен үйлестірілуді өндеулер бойынша Жұмыс тобын құрай қажет. Бұндай топ саясаттар, білімдер, қызметтің дамуындағы сұрақтар бойынша комитеттің енгізуі мүмкін еді.

Сонымен қатар, елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің дамуында бірінғайландырылған бағдарламаны өндіру мен енгізу қажет.

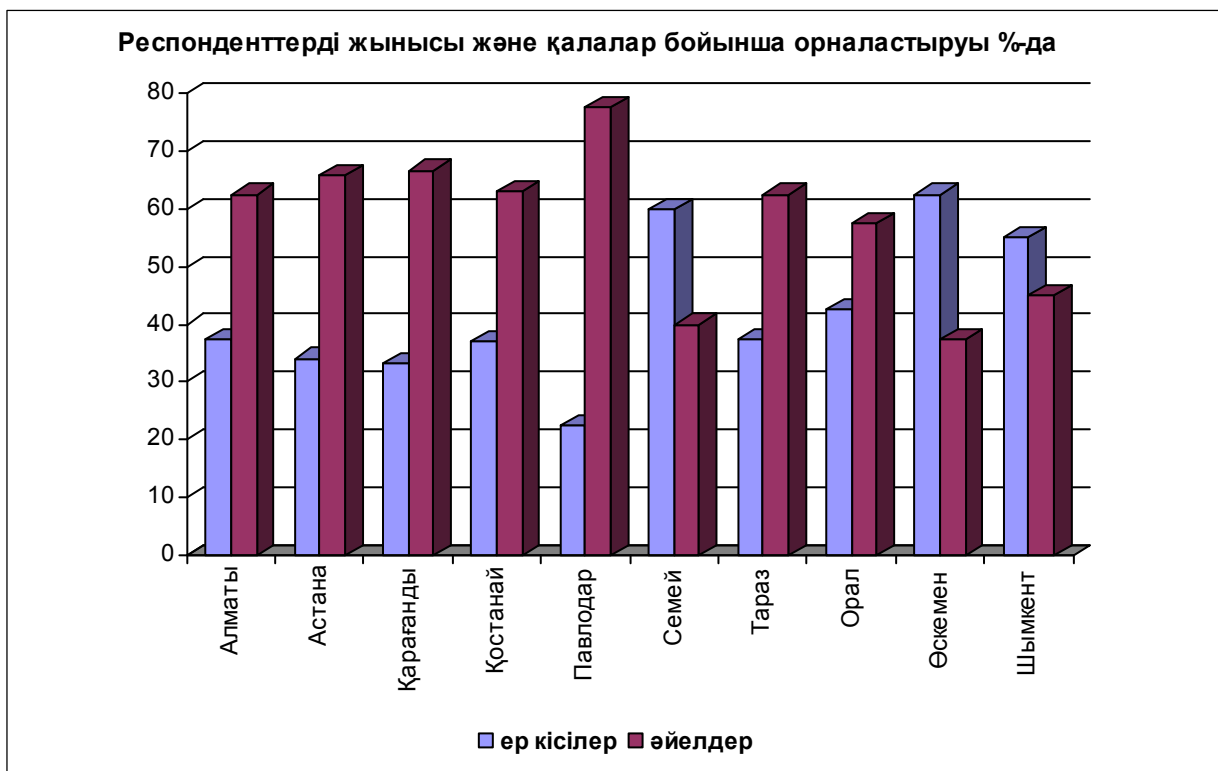
Халыққа жүргізілген сауалдама нәтижелері

Қазақстан Республикасының 10 қаласы бойынша 453 сауалдама жүргізген респонденттерден (Алматы, Астана, Қарағанды, Қостанай, Павлодар, Семей, Тараз, Орал, Өскемен және Шымкент) 35,8% 20-29 жас аралығында болды, 25,6% – 30-39 жаста, 21% – 40-49 жаста, 18,1% - 50-59 жаста және 9,5% 60 жаста және одан үлкендер болды. 29 суретте зерттеулер жүргізілген қалалардағы халықтың жастарына қарай орналасуы берілген. Графиктен көрініп отырғандай сауалдама жүргізілген 20-29 жас арасындағы респонденттер саны Қостанайда көбірек, 30-39 жас аралығы – Шымкентте, 40-49 жас аралығы Өскеменде, 50-59 жастағылар – Астанада, Семейде, Өскеменде және 60 жас пен одан жоғары – Таразда кездеседі.



Сурет 29.

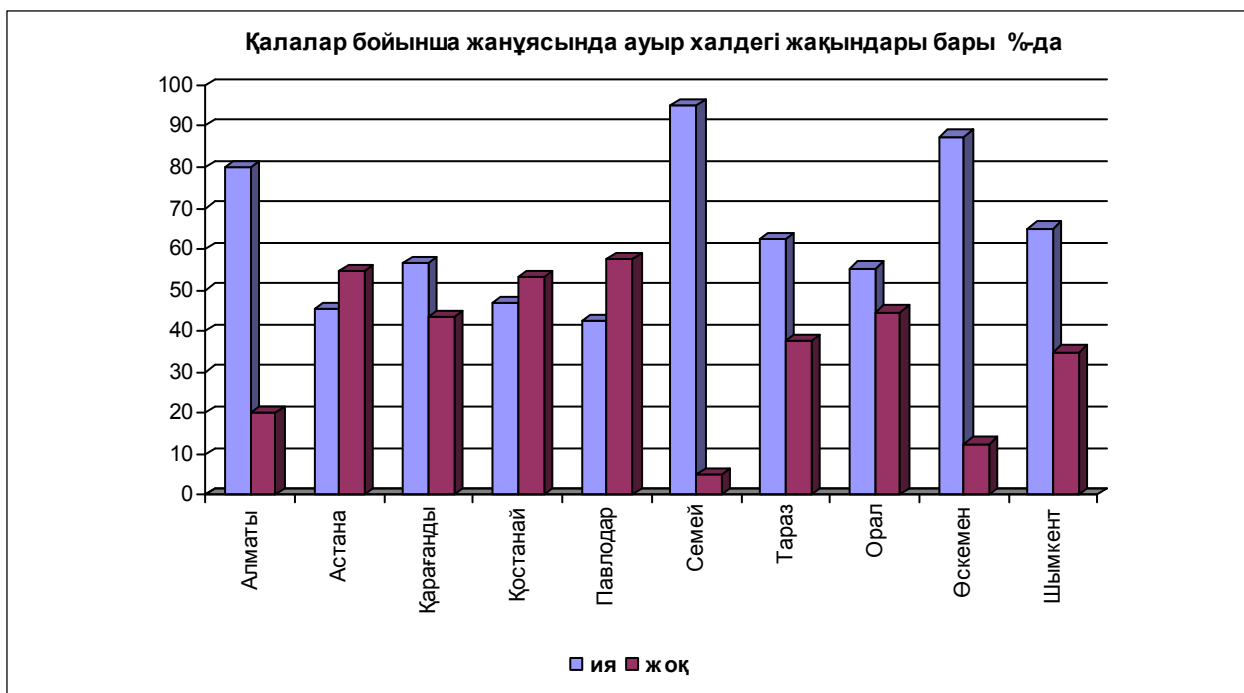
Сауалдама жүргізілген респонденттердің жартысы (41,7%) ер кісілер, ал жартысы (58,3%) - әйелдер болды. 30 суретте қалаларда жынысы бойынша орналасуы көрсетілген. χ^2 шарты аймақтар бойынша жыныстардың орналасуында нақтылы айырмашылық барын көрсетті ($\chi^2 = 24,958$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,01$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, Қостанайда күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша ер кісілерге көбірек сауалдама жүргізілген (мөлшерленген қалдық 2,0 тең, $p < 0,05$). Павлодарда ер кісілерге 3 есе кем сауалдама жүргізілген.



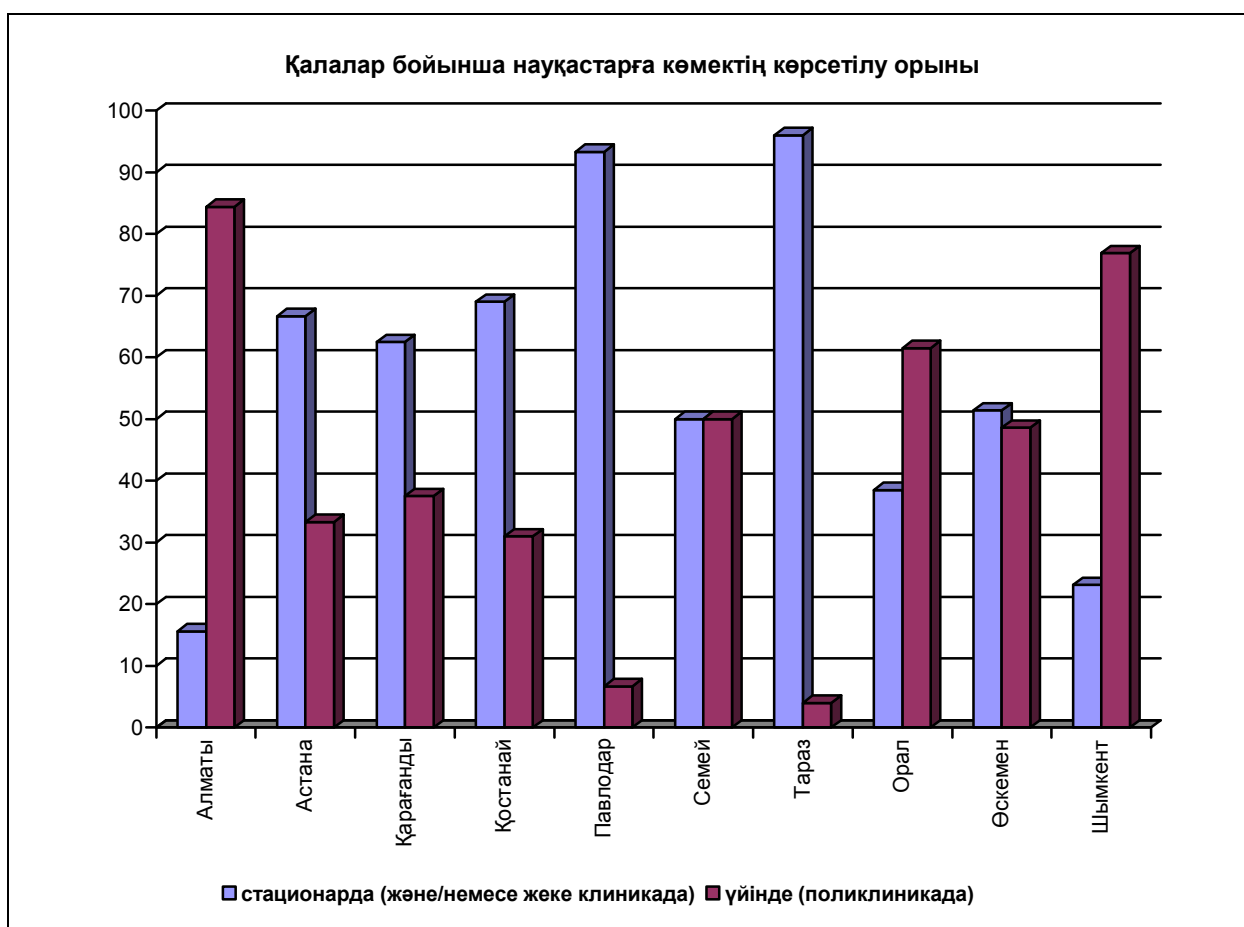
Сурет 30.

Халыққа сауалдаманы жүргізуде респонденттердің ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуі туралы білімін, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу мәселелерімен олар кездесті ме, ауыр халдегі туыстарына көмек көрсетуде бірінші кезекте қандай қызмет түрлері қажет екендігін айқындау мақсатымен жүргізді. Осы байланыста сауалдама нәтижесінде 61,6% сауалдама жүргізгендердің ішінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетудің мәселелерімен кездескен, себебі жанұяларында ауыр халдегі жақындары болған. 31 суретте зерттеулер жүргізілген қалалар бойынша жанұясында ауыр халдегі туыстары болған тұлғалар пайызы берілген.

χ^2 шарты аймақтар бойынша «Сіздің жанұяңызда ауыр халдегі туыстарыңыз болды ма» деген сұрақтың орындалуының нақтылы айырмашылығын көрсеткен ($\chi^2 = 56,836$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстырмасы бойынша Семейде ауыр халдегі туыстары болған нақтылы көп (мөлшерленген қалдық 2,7 тең, $p < 0,05$), Өскеменде (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p < 0,05$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Қостанайда ауыр халдегі туыстары болған нақтылы кем (мөлшерленген қалдық 2,3 тең, $p < 0,05$). Графикте көрсетілгендей ауыр халдегі туыстары болғаны туралы сұраққа сенімді жауап берген респонденттер саны Семейде және Өскеменде және ең азы Қостанайда көрсетілген.



Сурет 31.



Сурет 32.

Көмек көрсетілді ме деген сұраққа 60,3% респонденттер сенімді және 39,7% - теріс жауап берді. Статистикалық өңдеу нәтижелерінде және мәліметтер сараптамасынан 60,3% сенімді жауап берген респонденттер көмектің 53,8% жағдайлары стационарда (және/немесе жеке клиникада) көрсетілгенін айтты және 46,2% жағдайлары поликлиникада (үйінде) көрсетілген. 32 суретте қалалар бойынша сауалдама жауаптарының мәліметтер нәтижесі көрсетілген.

χ^2 шарты аймақтар бойынша көмектің көрсетілу орынына байланысты респонденттердің орналасуының нақтылы айырмашылықтарын көрсетті ($\chi^2 = 64,364$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша стационарда (және/немесе жеке клиникада) келесі аймақтарда көрсетілетін көмек көп - Павлодарда (мөлшерленген қалдық 2,1 тең, $p < 0,05$), Таразда (мөлшерленген қалдық 2,9 тең, $p < 0,01$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша үйінде және поликлиникада көрсетілетін көмектің келесі аймақтарда нақтылы көп болды – Алматыда (мөлшерленген қалдық 3,2 тең, $p < 0,001$), Шымкентте (мөлшерленген қалдық 2,3 тең, $p < 0,05$).

«Психологиялық көмек көрсетілді ме» деген сұраққа 38,4% респонденттер сенімді жауап берді, соған сәйкес теріс жауап бергенде – 61,6% болды. Ең аз психологиялық қолдаулардың дәрежесі Алматыда (9,4%) және Таразда (12%) болды. Ең көп дәрежесі Шымкентте (92,3%) және Оралда (69,2%) болды.

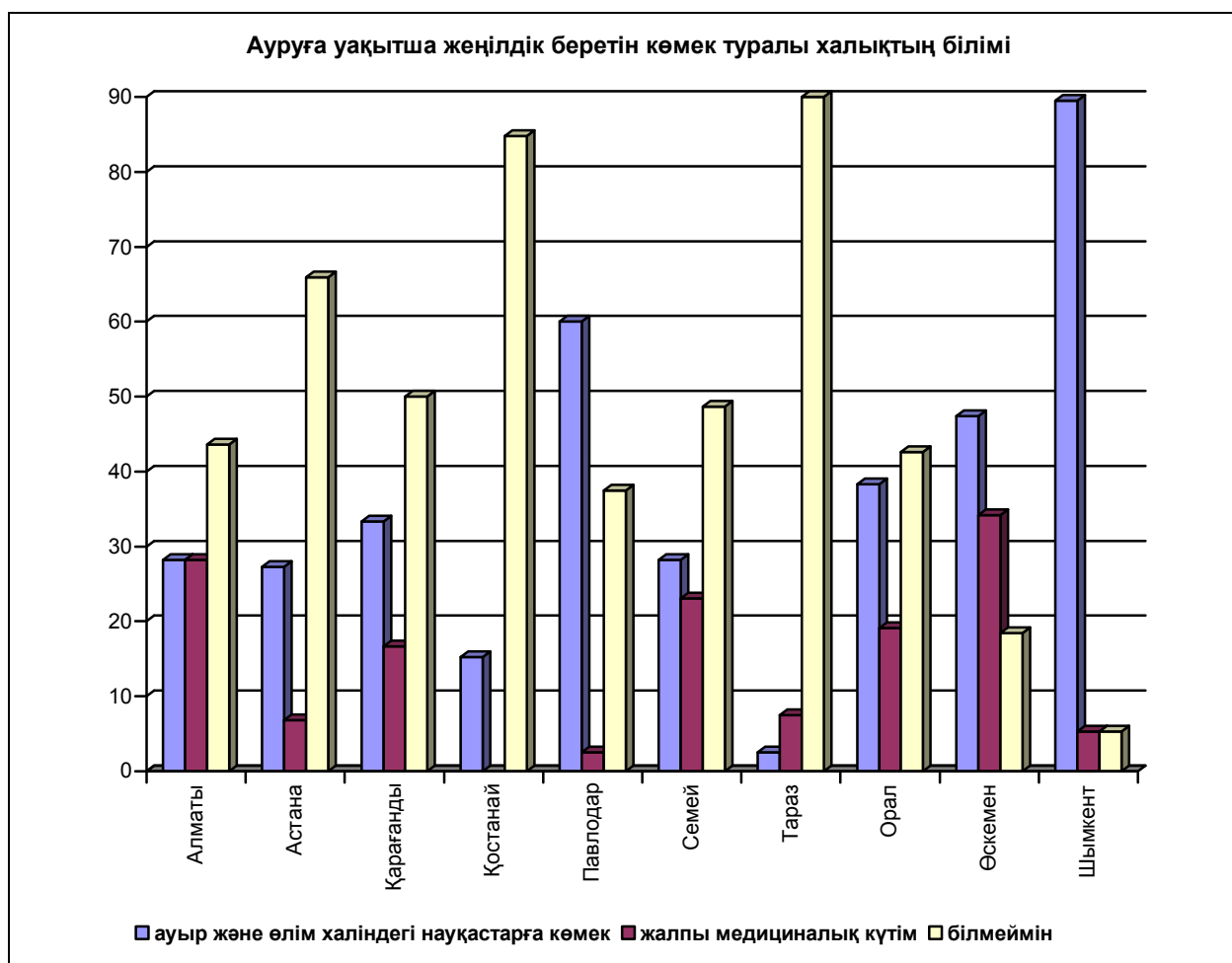
χ^2 шарты аймақтар бойынша респонденттерге психологиялық қолдаулардың көрсетулерінің нақтылы айырмашылығы барын көрсетті ($\chi^2 = 72,420$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша психологиялық қолдаулардың нақтылығы келесі аймақтарда жиі – Оралда (мөлшерленген қалдық 2,5 тең, $p < 0,05$), Шымкентте (мөлшерленген қалдық 4,4 тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша психологиялық қолдаулардың нақтылығы келесі аймақтарда кем - Алматыда (мөлшерленген қалдық -2,7 тең, $p < 0,01$), Таразда (мөлшерленген қалдық -2,1 тең, $p < 0,05$).

Психологиялық көмек көрсетілгендердің айтуы бойынша 37,6% медициналық қызметкерлермен көрсетілген. Тек 13,8% психологтар мен әлеуметтік қызметкерлермен көрсетілген, негізі бұл жағдайларда толығымен олар көмек көрсетуі және көмектесуі керек. 38,5% жанұя мүшелеріне, сонымен қатар жанұя мүшелерінің өздеріне психологиялық қолдаулар және 10,1% діни ұйымдардың қолдаулары қажет. Алматы мен Тараз қалаларында психологиялық көмек тек медициналық қызметкерлермен көрсетілген, Павлодар, Шымкент және Қостанайда негізінен жанұя мүшелерімен, Оралда психологиялық қолдау медициналық және әлеуметтік қызметкерлермен бірдей көрсетілген.

Бұл жағдайда χ^2 шарты қолданылмайды, себебі ұяшық саны күтілетін саннан 5-тен кем 85% қалдырды, ең кіші күтілетін жиілік 0,30. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Шымкентте дәрігерлер мен медбикелер қолдауларды аз көрсетеді (мөлшерленген қалдық -2,7 тең, $p < 0,01$).

«Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек дегеніміз не» деген сұраққа 98,7% сауалдама жүргізген халық былай жауап берді: 34,2% бұл ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көрсетілетін көмек, 12,5% бұл жалпы медициналық күтім, ал 53,2% ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің не екенін тура білмейтіндігін айтты. Сонымен, сауалдама жүргізген респонденттердің жартысы ауруға уақытша жеңілдік беретін

көмектің не екенін толық білмейді. 33 суретте қалалар бойынша респонденттердің жауаптарының түрлері көрсетілген.

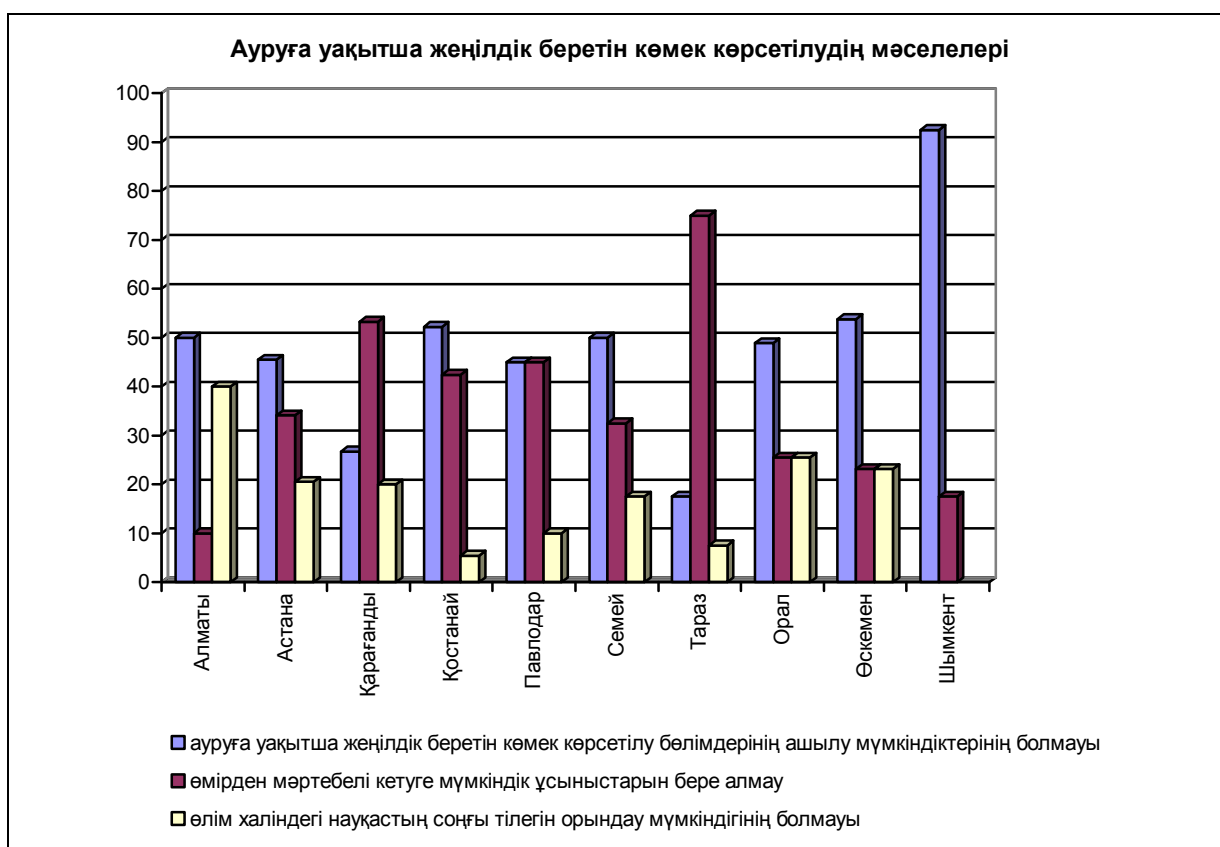


Сурет 33.

Бұл жағдайда χ^2 шарты қолданылмайды, себебі ұяшық саны күтілетін саннан 5-ке кем 42,5%-ды құрайды, ең кіші күтілетін жиілік 0,33. Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті «ауыр науқастар мен өлім халіндегі науқастарға көмектесу» деп түсіндіретін күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша келесі аймақтарда нақтылық көп – Павлодар (мөлшерленген қалдық 2,8 тең, $p < 0,01$), Шымкент (мөлшерленген қалдық 5,6 тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек «ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көмек» деп түсіндірілуі күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Қостанайда нақты кем (мөлшерленген қалдық -3,1 тең, $p < 0,001$), Тараз (мөлшерленген қалдық -3,4 тең, $p < 0,001$). Сонымен қатар, мөлшерленген қалдық көрсетті, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті «жалпы медициналық көмек» деп түсіндіретін күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша келесі аймақтарда нақты көп – Алматы (мөлшерленген қалдық 2,7 тең, $p < 0,01$), Өскеменде (мөлшерленген қалдық 3,7 тең, $p < 0,05$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсеткендей, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек «жалпы медициналық күтім» деп түсіндіретін күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша келесі аймақтарда Қостанайда нақтылық кем (мөлшерленген қалдық -3,4 тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсеткендей, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің не екендігін білмейтін респонденттердің күтілетін қашықтықпен салыстыруы бойынша келесі аймақтарда Қостанайда нақтылық көп (мөлшерленген қалдық 4,2 тең, $p < 0,001$), Тараз (мөлшерленген

қалдық 3,3 тең, $p < 0,001$). Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің не екендігін білмейтін респонденттердің күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша келесі аймақтарда нақтылы кем Өскемен (мөлшерленген қалдық -3,0 тең, $p < 0,001$), Шымкент (мөлшерленген қалдық -4,2 тең, $p < 0,001$).

Респонденттер көрсеткендей ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілудің ең көп мәселелері, «ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы» - 48,2%, «өмірден мәртебелі кету мүмкіндіктерін ұсына алмау» - 36,1%, және «өлім халіндегі науқастың соңғы тілегін орындау мүмкіндігінің болмауы» - 15,7%. 34 суретте сауалдама жүргізілген қалалар бойынша респонденттер жауабының нәтижесі көрсетілген.

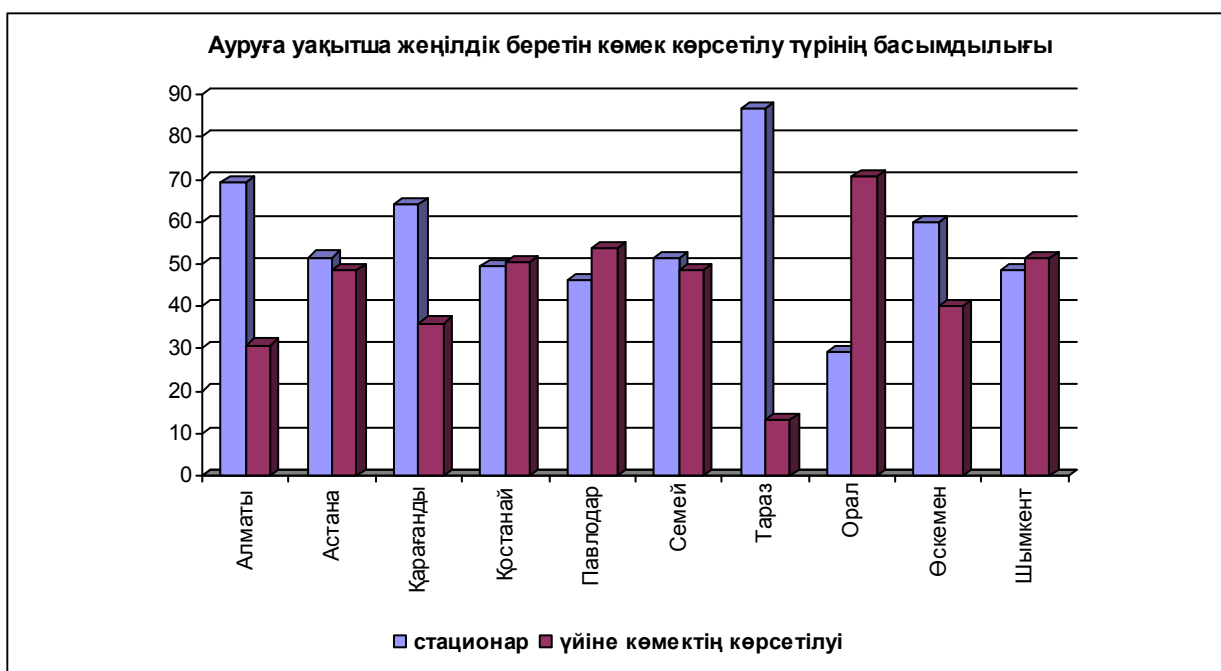


Сурет 34.

χ^2 шарты ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуіндегі ең көп мәселелердің аймақтар бойынша орналасуының нақтылы статистикалық айырмашылығы ($\chi^2 = 92,586$, еркіндік дәреже саны 18-ге тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауының нақтылы жиілігі Шымкентте кездеседі (мөлшерленген қалдық 3,1 тең, $p < 0,001$), және Таразда нақтылы сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық -2,8 тең, $p < 0,01$). Одан басқа мөлшерленген қалдықты әдіс көрсеткендей, науқастың өмірден мәртебелі кетуіне мүмкіндіктердің болмауы күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша Таразда жиі кездеседі (мөлшерленген қалдық 4,1 тең, $p < 0,001$), және Алматыда нақты сирек (мөлшерленген қалдық -2,7 тең, $p < 0,01$), Шымкентте (мөлшерленген қалдық -2,0 тең, $p < 0,05$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсеткендей, өлім халіндегі науқастың соңғы тілегін орындау мүмкіндіктерінің болмауы күтілетін қашықтықпен салыстыру бойынша

Алматыда нақтылы жиі кездеседі (мөлшерленген қалдық 3,9 тең, $p < 0,001$), және Қостанайда нақтылы сирек кездеседі (мөлшерленген қалдық -2,5 тең, $p < 0,05$), Шымкентте (мөлшерленген қалдық -2,5 тең, $p < 0,05$).

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек түрлерінен респонденттер стационарды таңдады – 53,9% жағдайларында және үйіне көмектің көрсетілуі – 46,1% жағдайларда. Орал мен Шымкент қалаларында қатынас үйіне көрсетілу түрінің пайдасына ауысады – 70,7% және 51,3% сәйкес, Тараз қаласында – керісінше, 86,7% халық ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуінде стационар түрін қалайды (35 сурет).



Сурет 35.

χ^2 шарты ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу түрін қалайтын респонденттер көз қарасын орналастыруда нақты статистикалық айырмашылықтар барын көрсетті ($\chi^2 = 30,526$, еркіндік дәреже саны 9-ға тең, $p < 0,001$). Мөлшерленген қалдық әдісі көрсетті, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу түрінде –стационарды артық көретін нақтылық Таразда көбірек (мөлшерленген қалдық 2,4 тең, $p < 0,05$).

Халыққа ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің қажеттілігін респонденттердің өздері 97,8% жағдайларда көрсеті.

Сонымен, Қазақстан Республикасының 10 аймақтарында (қалаларында) халыққа жүргізілген сауалдама көрсеткендей, сауалдама жүргізген респонденттердің жартысы олардың туыстарына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу мәселелерімен қақтығысқанын көрсетті.

Бұл кезде әр қашанда медициналық көмек көрсетіледі, ал ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің ажыратылмайтын құрамы болып келетін психологиялық қолдау сауалдама жүргізген респонденттердің тек үш бөлігіне ғана көрсетілген. Жиі науқастар мен олардың туыстары өз мәселелерімен бірге-бір қалады.

Сауалдама жүргізілгендердің 50% ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің не екендігін білмейді, тек респонденттердің үш бөлігі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек – бұл ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көмек деп түсінеді.

Осымен қатар, барлық сауалдама жүргізілгендер жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде ең маңызды екі мәселені бөлді – бұл «өмірден мәртебелі кету мүмкіндіктерінің болмауы» және «ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсететін бөлімдердің ашылу қажетті мүмкіндіктерінің болмауы».

Сонымен қатар, барлық сауалдама жүргізгендер халыққа ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсететін қызметті құрау мен дамыту қажеттілігінің жүз пайызды екендігін көрсетті. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу түрлерінен негізгілері бөлінді – стационар мен үйіне көрсетілетін көмек.

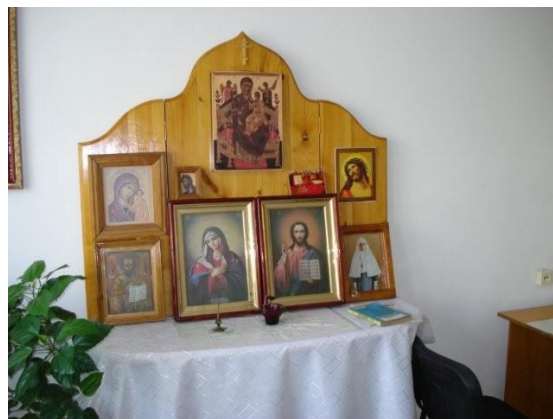
Сол сияқты сауалдама жүргізілген респонденттер халыққа мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу қызметін жаңадан ашу және бар қызметтерді дамыту қажеттілігін көрсетті. Бүгінгі күнгі хоспистер мемлекетпен (80%) және халықаралық қоғамдық ұйымдармен қаржыланады. Респонденттердің пікірі бойынша, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу жүйесі орталандырылуы, мемлекетпен реттелуі тиіс.

Сонымен қатар көрсететін жай, хоспистер мен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек мекемелерінің басқа да типтері бар және олардың жоқ жерлерінде аймақтар (қалалар) бойынша жүргізілген әлеуметтік сауалдама нәтижелерінен алынған нақтылы айырмашылықтар айқындалмаған, ол ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің әлі бастапқы деңгейде екендігін дәлелдейді. Қызметтің болуына қарамастан, бүгінгі күні олар халықты толығымен немесе жартылай қамтып, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі бойынша қызмет көрсете алмайды.

Діни ұйымдар өкілдеріне жүргізілген сауалдама нәтижелері

Қазақстанның 10 қалаларында діни қызметкерлеріне сауалдама жүргізген, сауалдамаға 47 әртүрлі діни конфессиясының діни қызметкерлері қатысты.

Өлгеннен кейін не болады деген сұраққа, 74% респонденттердің жауабы: адамның жаны денені тастайды 11% - жаны басқа дүниеге өтеді. 15% басқа өзгерістер болады деді. Өлімнің алдында, барысында және кейін не істеу маңызды дегенге 76% респонденттер, рәсімді, дәстүрді сақтау қажеттігін, дұға оқуды керек дейді. 2% - жауап берген жоқ. 61% респонденттер сана сезімін сақтау маңызды деп санайды, 20% оның маңыздылығы жоқ дейді. 19% - жауап берген жоқ немесе басқа ша деп ойлайды.



Жантәсілім науқастарды қалай жақсы жүргізуге болады деген сұраққа 63% респонденттер күтім мен дұға оқудың қажеттігін айтады, білмейтіндер, жауап бермегендер немесе басқаша ойлайтындар - 37%.

2 қойылым. Православ дініне сенушілердің бөлмесі, ОАУЖБК Алматы қ.

93% респонденттер туысы өлімге дайындалғанда жанұясына көмектеседі, рухани, діни қолдаумен, 7%жауап берген жоқ. Өлімнен кейін 96% жанұясына психологиялық, діни қолдаулар жасайды, 4%жауап берген жоқ. 70% діни-негізделген үйлердің немесе әлеуметтік көмек үйлерінің республикада жоқ дейді, 13% жауап берген жоқ, 17% хоспис барын және үйде күтім жүргізіледі дейді.



94% респонденттер жас діни қызметкерлерінің қолдау жоспары науқастарды сүйюге, қайырымдылыққа, қолдауға, кешірімді болуға, рәсімдерді жүргізуге үйретеді.

3 қойылым. Мұсылмандар үшін бөлме, ОАУЖБК Алматы қ.

74% респонденттер жас діни қызметкерлерін жанұясын қолдау жоспарында сүйюге, қайырымдылыққа, қолдауға, кешіруге үйретеді, 20% жауап берген жоқ, 6% бұндай әдістеме жоқ деді.

Медициналық қызметкерлерге не істеу керек деген сұраққа діни қызметкерлері былай жауап берді: бірге жұмыс істеу 13%, маманды болу, ауыруды жеңілдету, қайырымдылықты болу және төзімді, науқастарды алдамау - 57%, жауап бермегендер - 6%, дұға, уағыз, рәсімдерді оқуды үйрену керектігін - 20%. 4% бәріде жоғарыда анықталған дейді.

65% респонденттер науқастың үйінде жақындарының ортасында, тыныштықта, күтімділікпен өлгені дұрыс дейді. 7% медициналық мекемелерде өлгені жақсы дейді, 4% айырмашылығы жоқ дейді, 13% - жағдайға байланысты дейді; 4% науқастан сұраған дұрыс деп ойлайды; 7% респонденттер бұл сұраққа жауап берген жоқ.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу сұрақтары бойынша діни қажеттілікті қалай жақсы қарсы алуға болады деген сұраққа 37% респонденттер сұраққа жауап берген жоқ, 24% күшті біріктіру қажет деп санайды; 11% дінге мемлекет деңгейінде шақыру қажет дейді; 28% дін маңызды емес, маңызды қарым-қатынас, сыйластық, тұрақтылық, түсінушілік және махаббат деп санайды.

Елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу жүйесін құрау бойынша сіз не істейтін едіңіз деген сұраққа, 70% діни қызметкерлерді тарту арқылы хосписті ұйымдастыру керек дейді; 7% үйге күтімді ұйымдастыру керек дейді, 20% сұраққа жауап берген жоқ, 3% мәселелер бойынша зерттеулер жүргізу керек деп санайды.

Сонымен, жүргізілген сауалдама мәліметтерінде көптеген діни қызметкерлері жантәсілім науқастарына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуіне қатысады – бұл күтім, туыстарына психологиялық көмек, науқастардың өзінің арғы дүниеге кетуіне дайындау. Көптеген респонденттер елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу жүйесін ұйымдастыруда діни қызметкерлерді тарту қажеттігін айтады, сонымен қатар көбі хоспистерді құрау қажеттігін көреді.

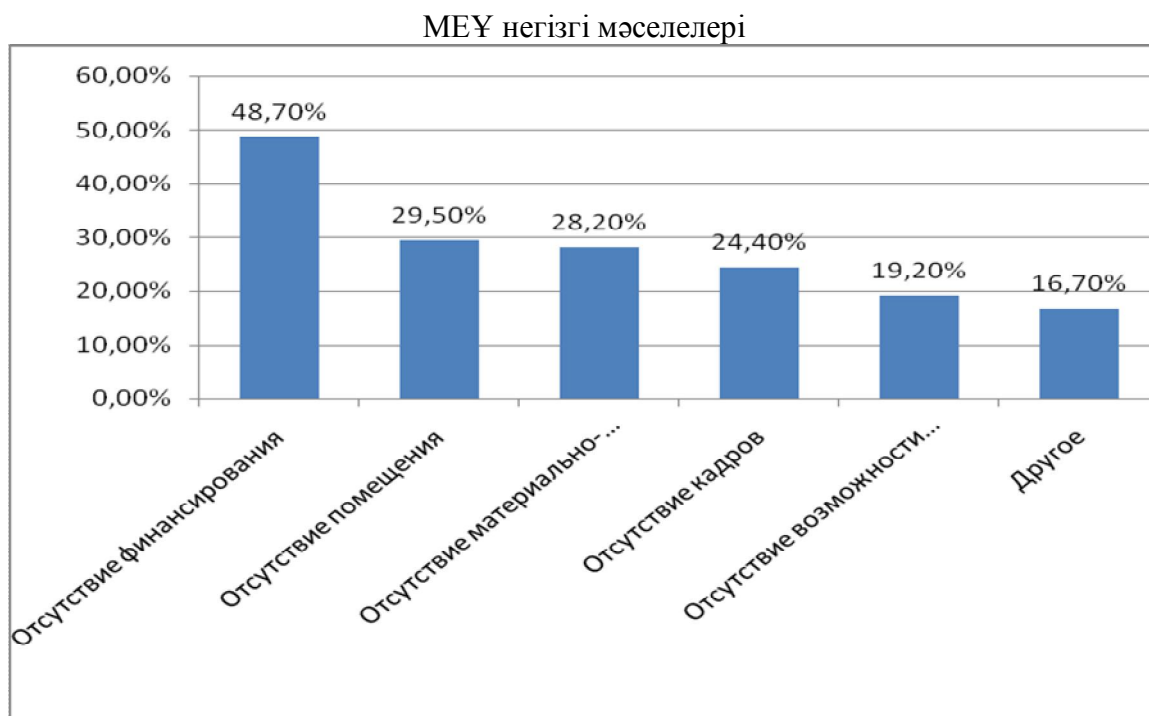


4 қойылым. Алматы қ. ОАУЖБК кіре берістегі Тереза анасының мүсіні

ӨЕҰ өкілдеріне жүргізілген сауалдама нәтижелері

Қазақстан Республикасының 10 қаласының ӨЕҰ өкілдеріне сауалдама жүргізген. Барлық қалада ӨЕҰ негізгі мәселелеріне қаржыландырудың болмауы немесе үнемі қаржыландырылмайтындығы барын айтты, оны 48,7% респонденттер көрсетті (сурет 36).

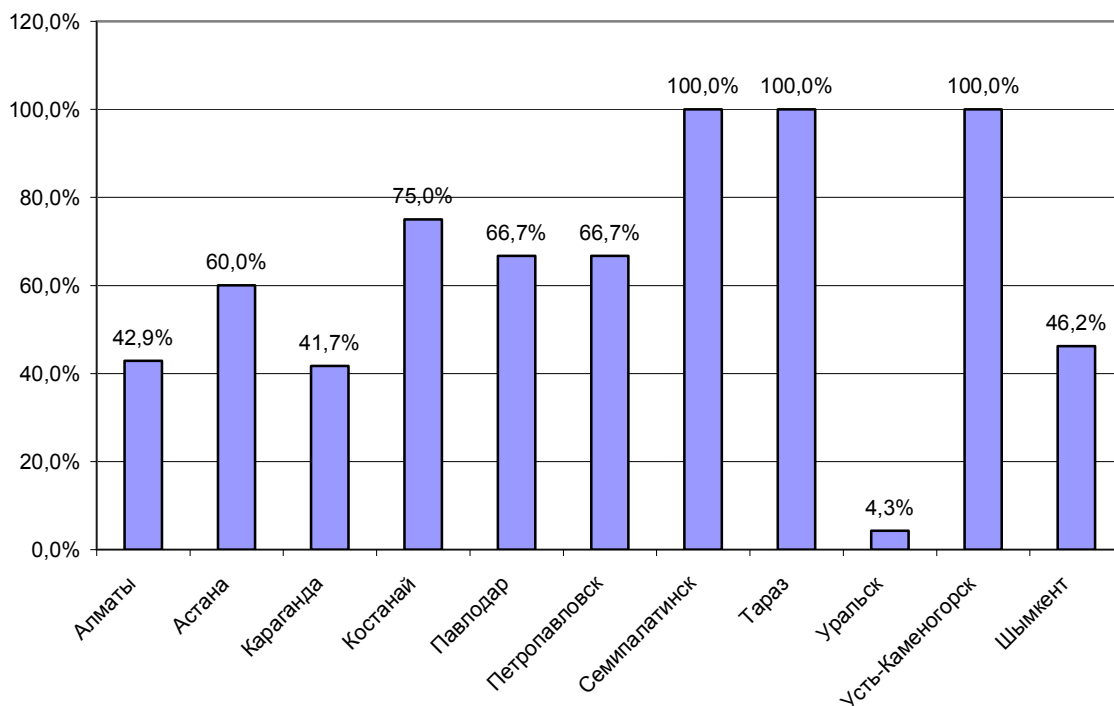
Қазақстанның үш қаласында Семейде, Таразда, Өскеменде қаржыландырудың жоқ екендігін көрсетті, қаржылану мәселелерінің аздығы Оралда айқындалды – 4,3% (сурет 37).



Сурет 36

Отсутствие финансирования – қаржыландырудың болмауы
Отсутствие помещение – ғимараттың болмауы
Отсутствие материально... – материалды-техникалық болмауы
Отсутствие кадров – кадрлардың болмауы
Отсутствие возможности – мүмкіндіктердің болмауы
Другое - басқа

Қаржыландырудың болмауы



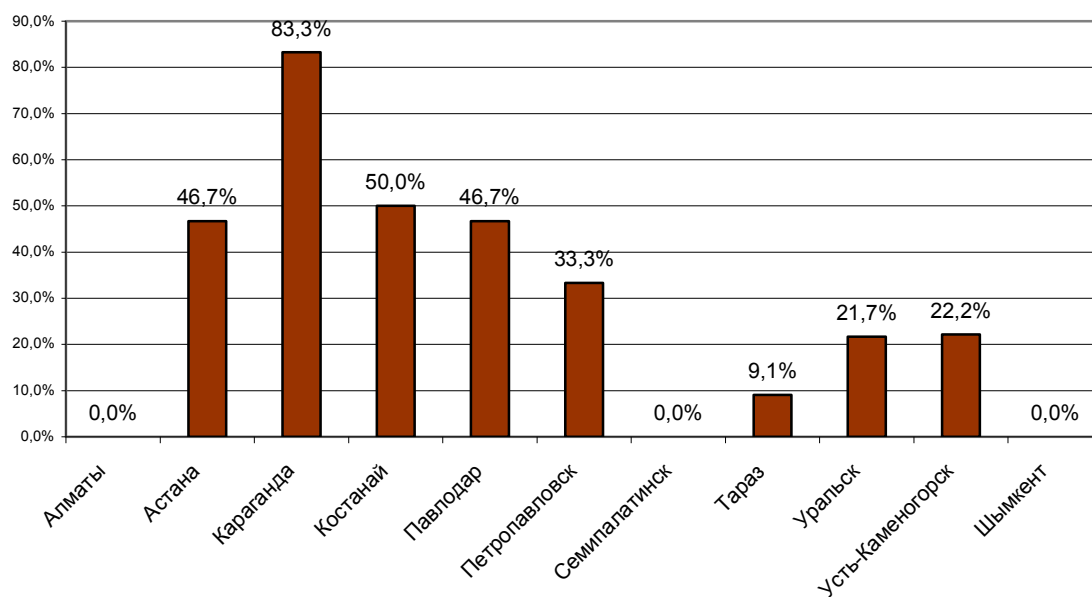
Сурет 37

Ғимараттың жоқтығына республика бойынша 29,5% респонденттер көрсетті. Алматы, Семей, Шымкент бойынша бұл сұраққа жауап алынбады. ӨЕҰ үшін ғимарат мәселелері Таразда кем – 9,1% (сурет 38).

Материальды-техникалық базаның болмауы барлық ӨЕҰ айқындалды, көп дәрежеде Алматыда – 57,1%, Қызылжарда – 53,3%, Таразда – 72,7%, ең кем дәрежеде Оралда – 4,3%, Павлодарда – 13,3%, Өскеменде – 22,2%, Қарағандыда – 25,0% (сурет 39).

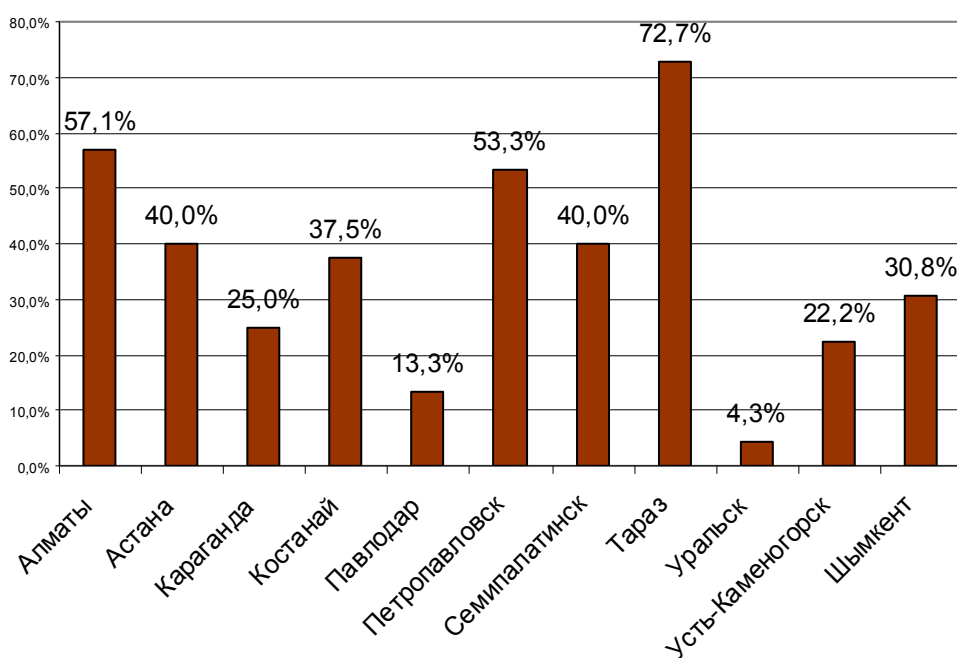
Кадрлардың болмауы да маңызды мәселелерге жатады: Астана қ. – 60,0%, Қызылжарда – 40,0%, Таразда – 45,5% (сурет 40).

Ғимараттардың болмауы



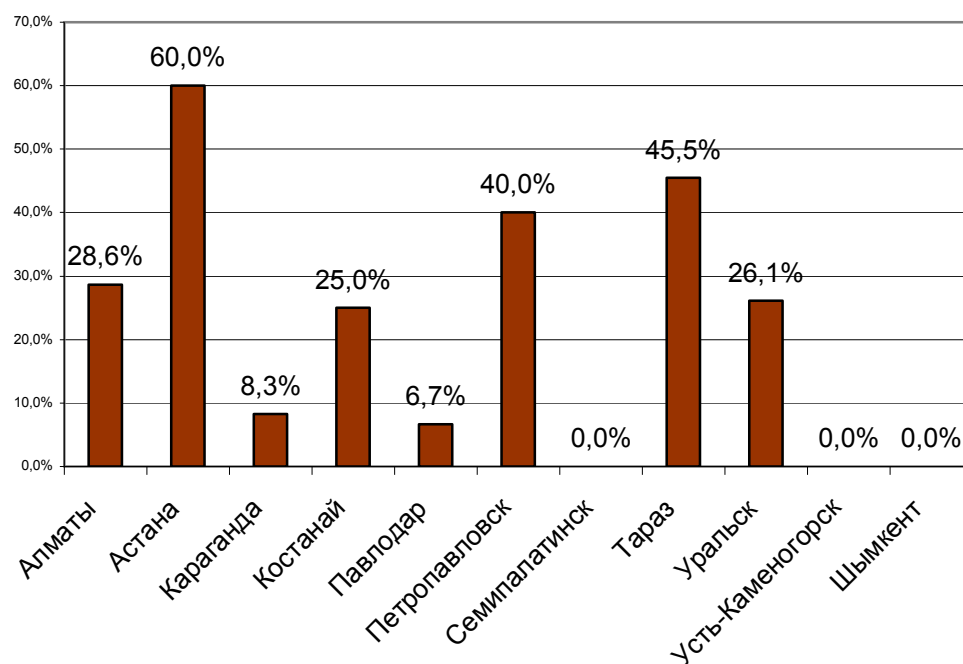
Сурет 38.

Материальды-техникалық базаның болмауы



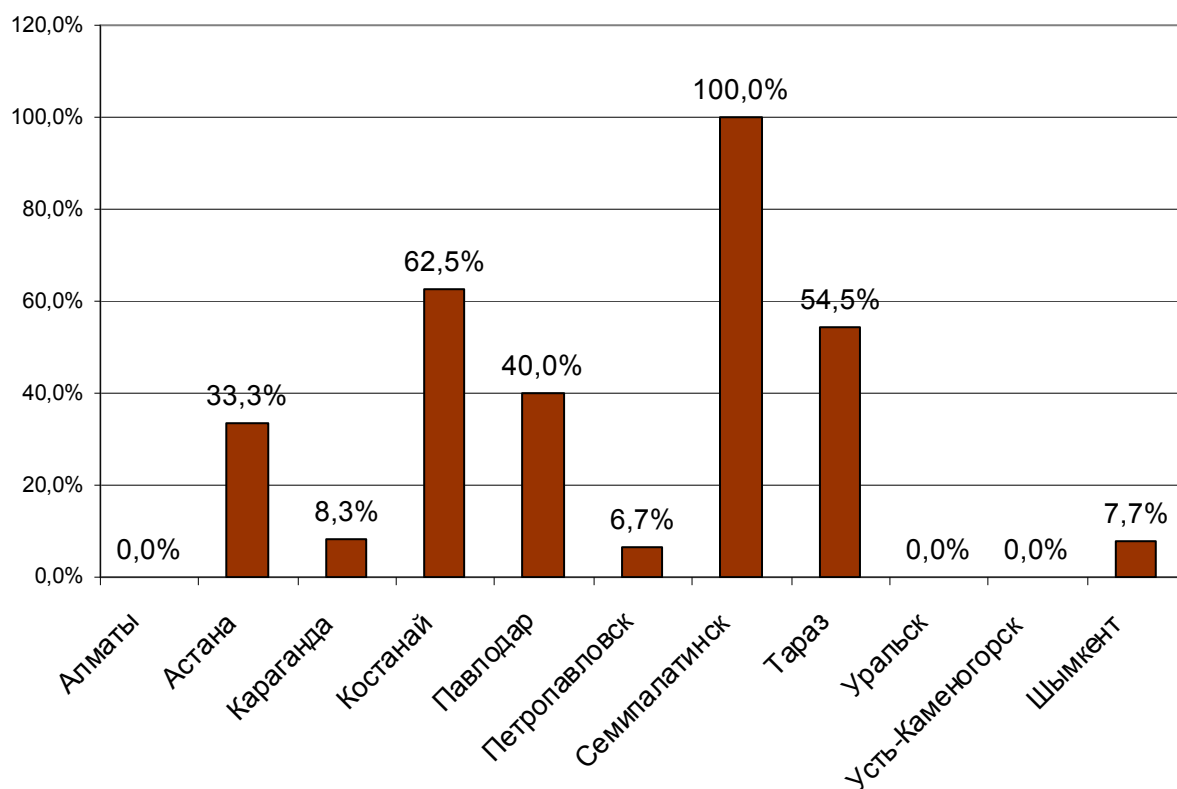
Сурет 39.

Кадрлардың болмауы



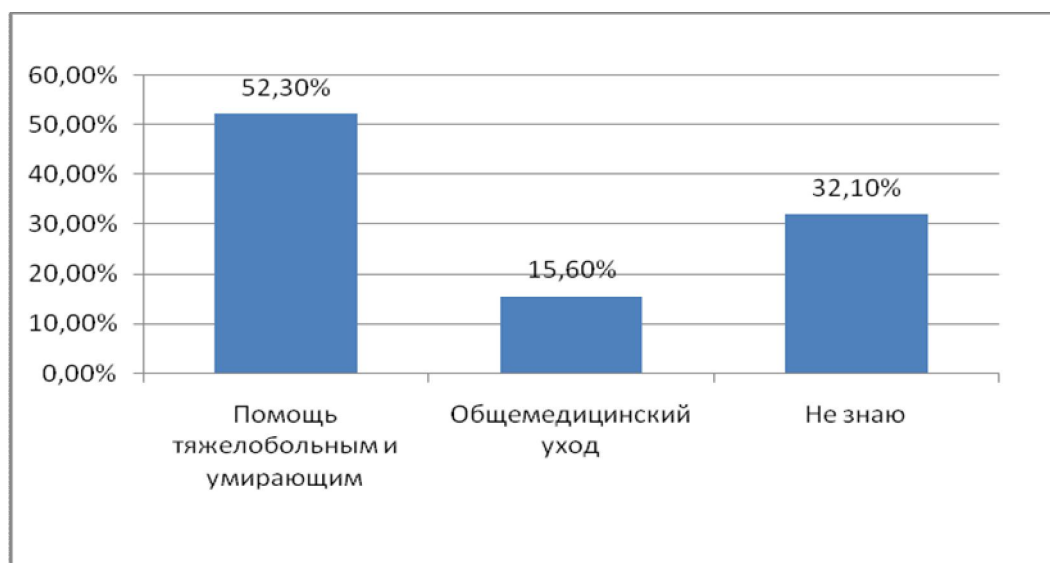
Сурет 40.

Біліктілікті жоғарлату мүмкіндіктерінің болмауы. Біліктілікті жоғарлату мүмкіндіктерінің болмауына бүкіл қала бойынша 19,2% респонденттер көрсетті, Қазақстанның үш қаласынан: Орал, Өскемен, Алматыдан – бұл сұраққа жауап алынбады (сурет 41).



Сурет 41.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің маңызын түсіну. 52,3% респонденттер ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуін – бұл ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көмек дейді, 32,1% - ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек туралы білмейді (сурет 42).



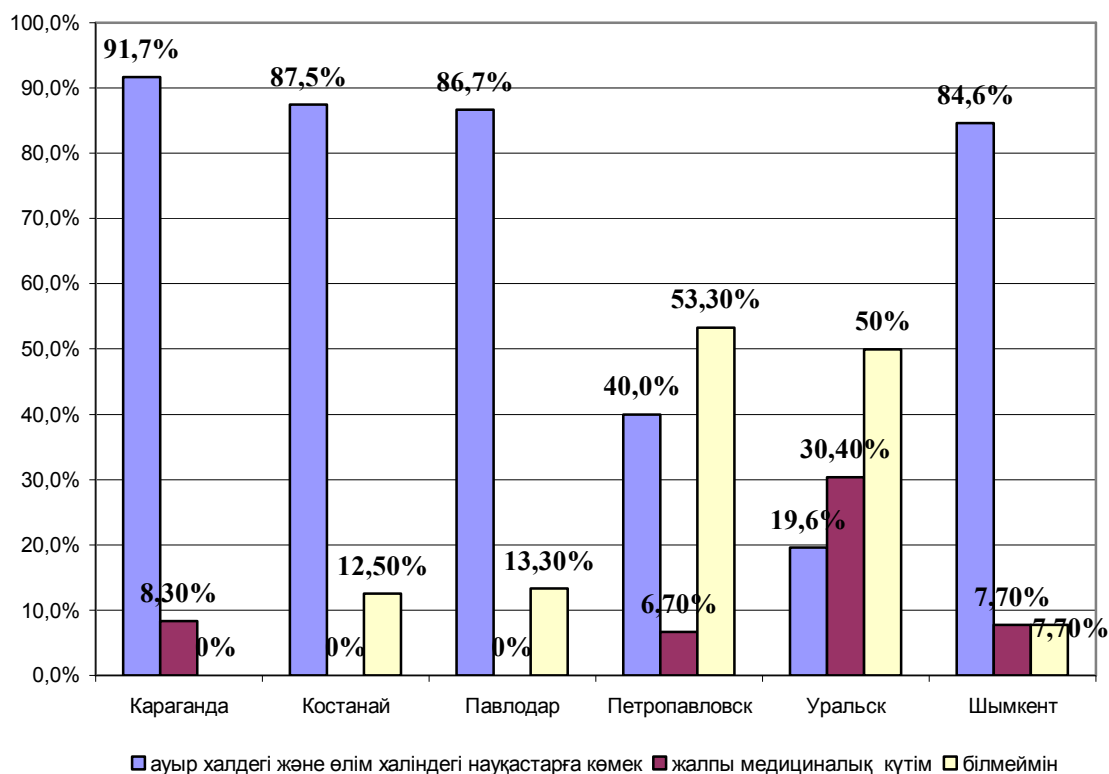
Сурет 42

Помощь тяжелобольным и умирающим – ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көмек

Общемедицинский уход – жалпы медициналық күтім

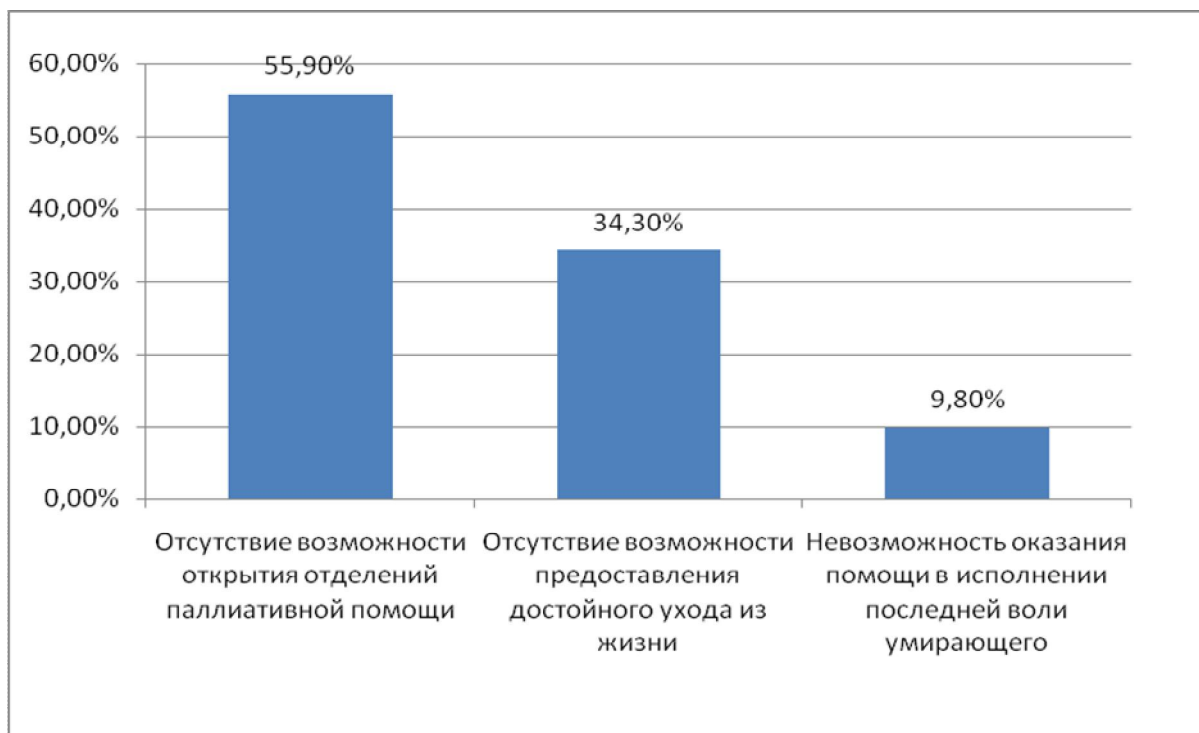
Не знаю – білмеймін

Қалалар бойынша жақсы ақпаратталғандар: Қарағанды – 91,7%, Қостанай – 87,5%, Павлодар – 86,7%, Шымкент – 84,6% (сурет 43).



Сурет 43.

Ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көмек көрсету мәселелері. 55,9% респонденттер ең бір мәселелеріне ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу бөлімін ашу мүмкіндіктерінің болмауы деп санайды, 34,3% - науқастардың өмірден мәртебелі кетуіне мүмкіндіктердің болмауы, 9,8% - өлім халіндегі науқастардың соңғы тілегін орындауға көмек көрсету мүмкіндіктерінің болмауы (сурет 44).



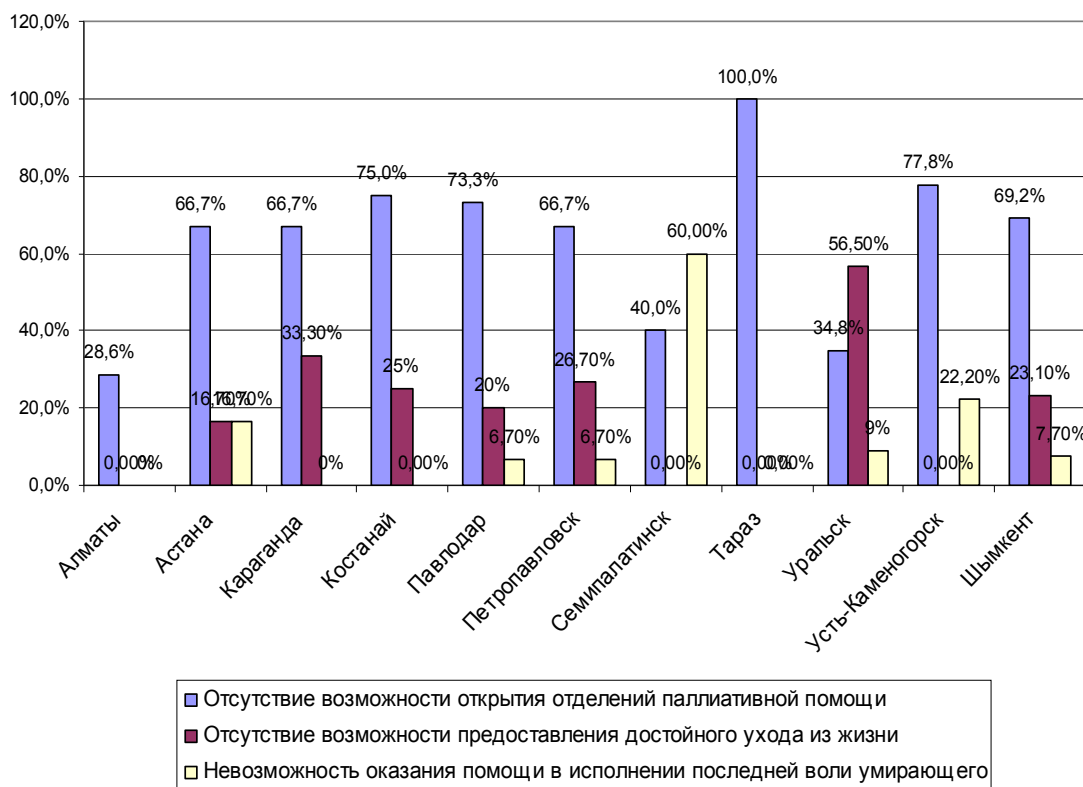
Сурет 44.

Отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи – Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы

Отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни - өмірден мәртебелі кету мүмкіндіктерінің болмауы

Невозможность оказания помощи в исполнении последней воли умирающего - өлім халіндегі науқастың соңғы тілегін орындауға көмек көрсету мүмкіндіктерінің болмауы

Көптеген қаладағы респонденттердің ең бір мәселелеріне ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы деп санайды: 100% респонденттер Таразда, 66,7% респонденттер Астанада, Қарағандыда, Қызылжарда, 73,3%, 75% - сәйкес Павлодарда, Қостанайда, 77,8%, 69,2% - сәйкес Өскеменде, Шымкентте, 40%, 34,8% - сәйкес Семейде, Оралда. Алматы қаласы бойынша тек 28,6% респонденттер ең бір мәселелеріне ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерін ашу мүмкіндіктерінің болмауы деп санайды (сурет 45).



Сурет 45.

Отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи – Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы

Отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни - өмірден мәртебелі кету мүмкіндіктерінің болмауы

Невозможность оказания помощи в исполнении последней воли умирающего - өлім халіндегі науқастың соңғы тілегін орындауға көмек көрсету мүмкіндіктерінің болмауы

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу моделін құрау туралы сұрақ бойынша 53,8% респонденттер стационарлардың ашылуы қажет дейді, 54,5% көмектің үйге көрсетілгенін артық көреді, 15,4% - күндізгі стационар түрінде (сурет 46). Қалалар бойынша жағдай шамамен ұқсас: көбісі көмектің стационарда және үйде көрсетілгенін дұрыс дейді (сурет 47).

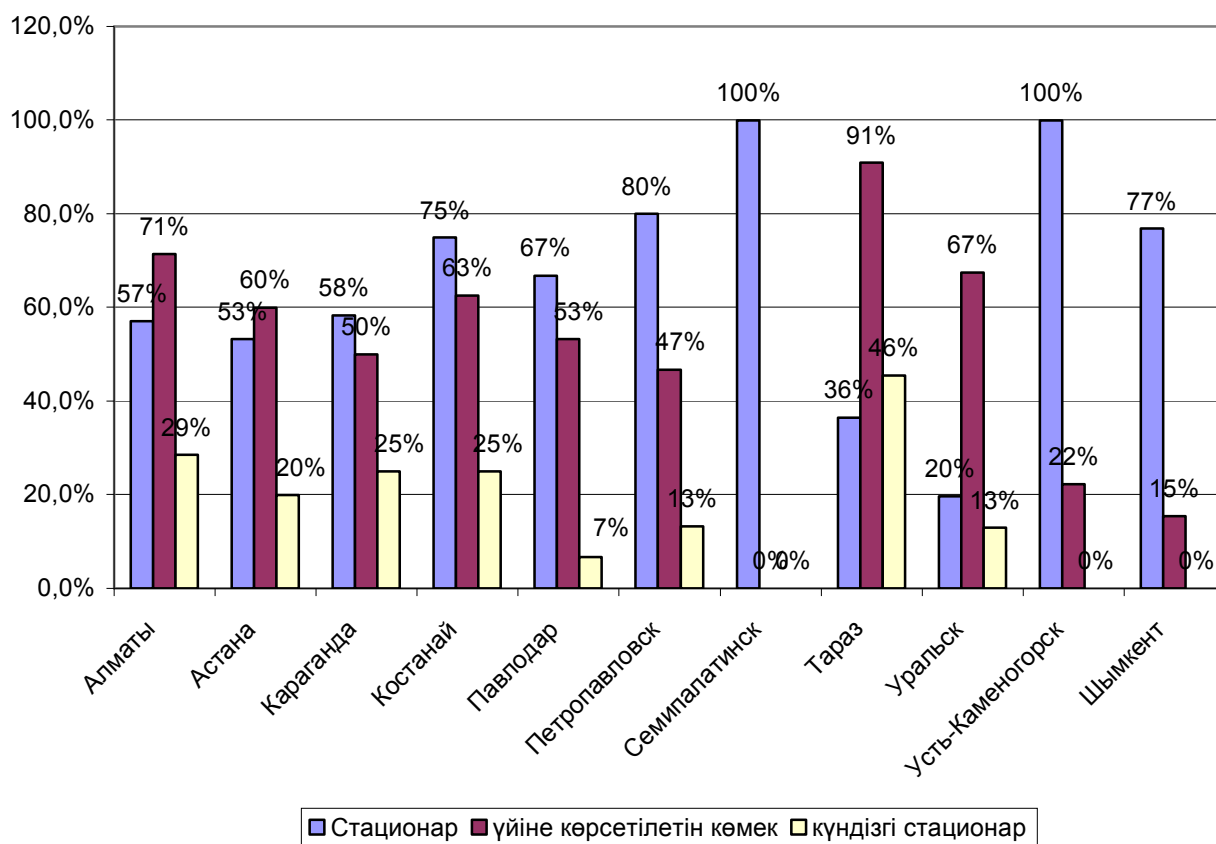
Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті құрауда респонденттердің енгізулері



Сурет 46.

Помощь на дому- үйіне көрсетілетін көмек

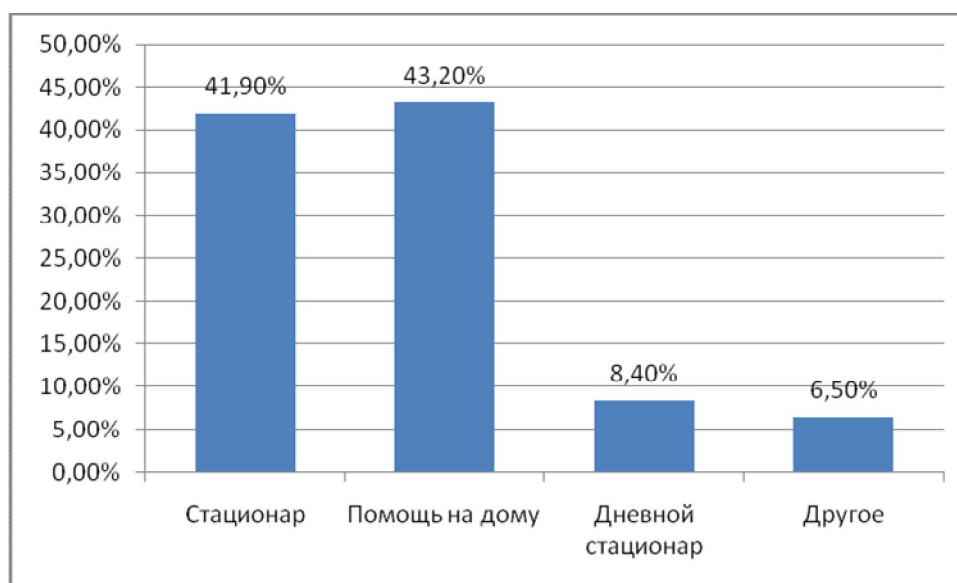
Дневной стационар- күндізгі стационар
Другое- басқа



Сурет 47.

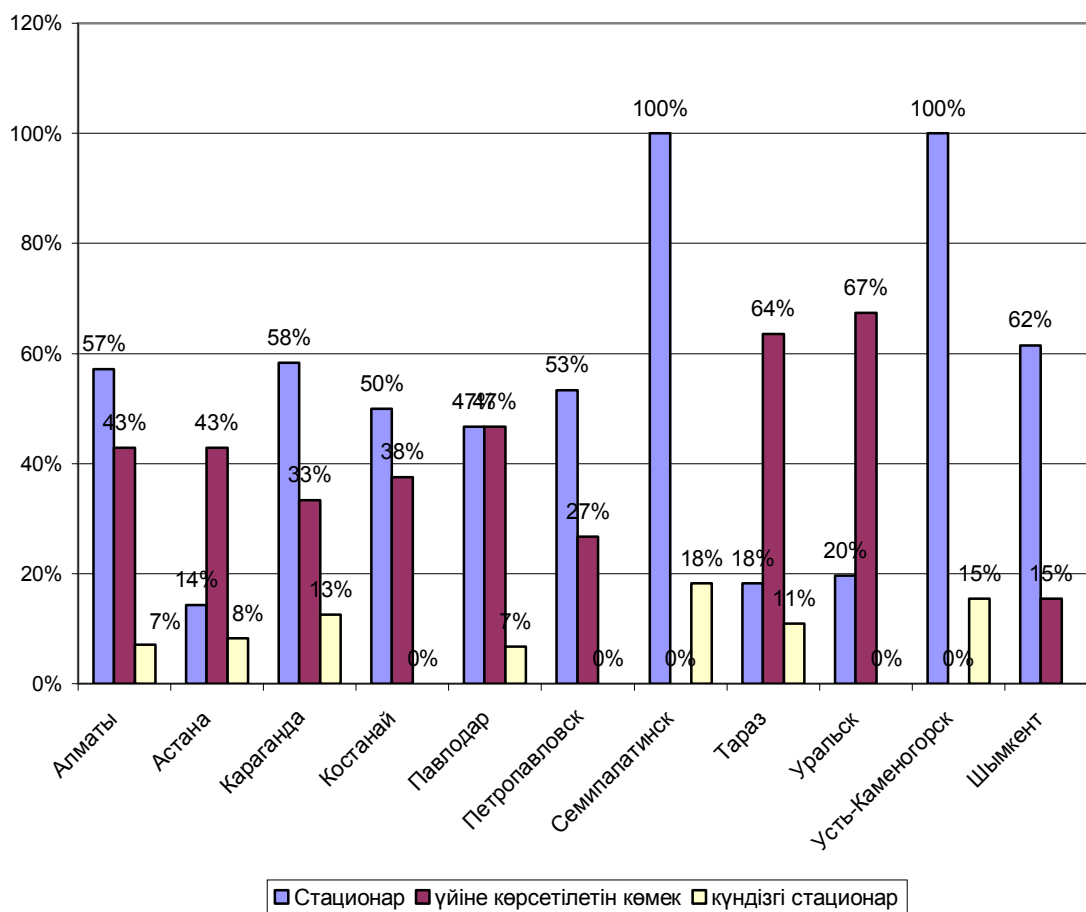
Аталғандардың ең жақсы стационар деп санайтындар 41,9%, 43,2% - үйге көрсетілетін көмек, тек 8,4% күндізгі стационарды артық санайды, 6,5% - басқана.

Аталғандардың ең жақсысы



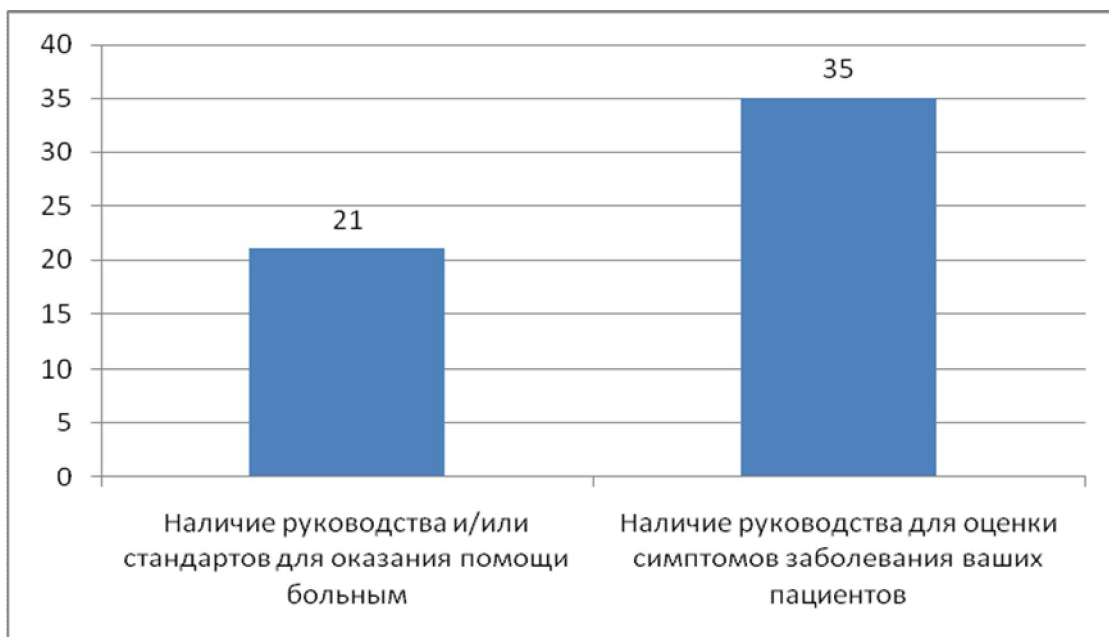
Сурет 48.

Қалалар бойынша жағдайларда солай қалыптасады: қаладағы көптеген респонденттер ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуінің ең жақсы түрі стационар мен үйге көрсетілетін көмекті ұйымдастыру дейді (сурет 49).



Сурет 49.

Науқастарға көмек көрсету үшін нұсқама немесе стандарттардың барына 21% респонденттер, 35% науқастардағы ауру симптомдарын бағалау үшін нұсқаманың болуы (сурет 50). Бірақ айта кететін жай, науқастарға көмек көрсету үшін, соның ішінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуіне арналған нұсқама жоқ. Алдын айтылып кеткендей, аталған стандарттар мен нұсқамалар жергілікті жерде өңделген және бекітілген.

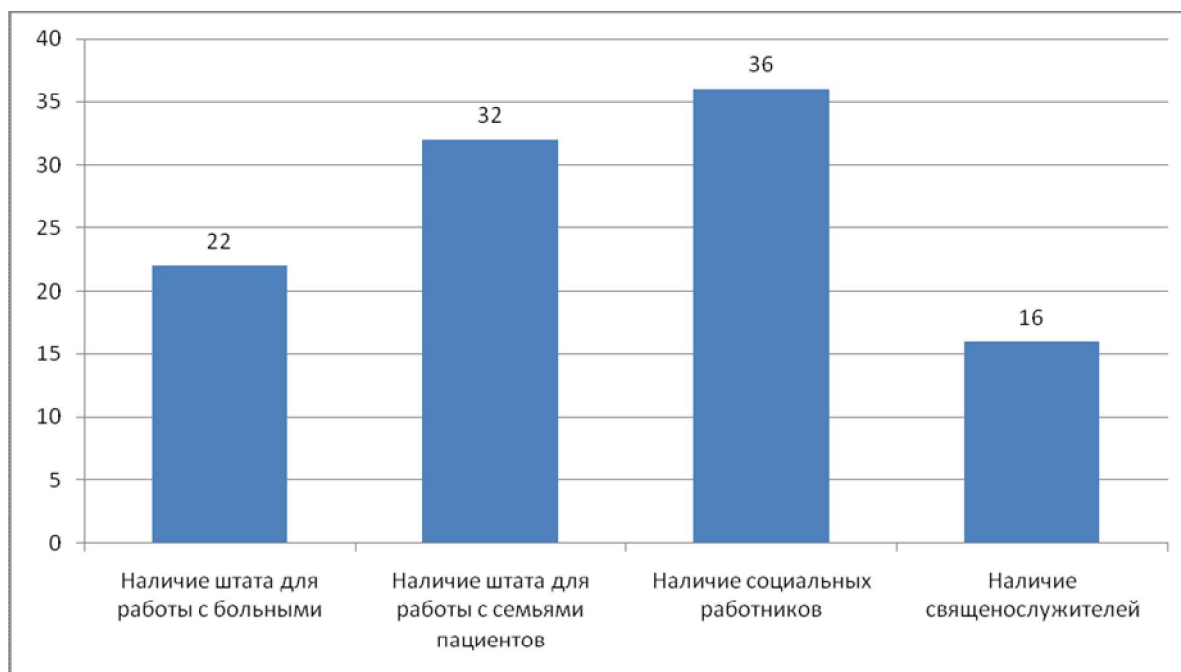


Сурет 50.

Наличие руководства и/или – науқастарға көмек көрсетілу үшін нұсқама және/немесе стандарттардың бары

Наличие руководства для оценки- сіздің науқастарыңыздың ауыру симптомдарын бағалау үшін нұсқаманың бары

32% респонденттер науқастардың жанұясымен жұмыс істеу үшін штаттары бар, 36% штаттарында әлеуметтік қызметкерлері бар, 22% тікелей науқастармен жұмыс істейтін штаттары бар, 16% респонденттердің дінге қызмет етушілері бар (сурет 51).



Сурет 51.

Науқастармен жұмыс істеу үшін штаттың болуы

Науқастың жанұясымен жұмыс істеу үшін штаттың бары

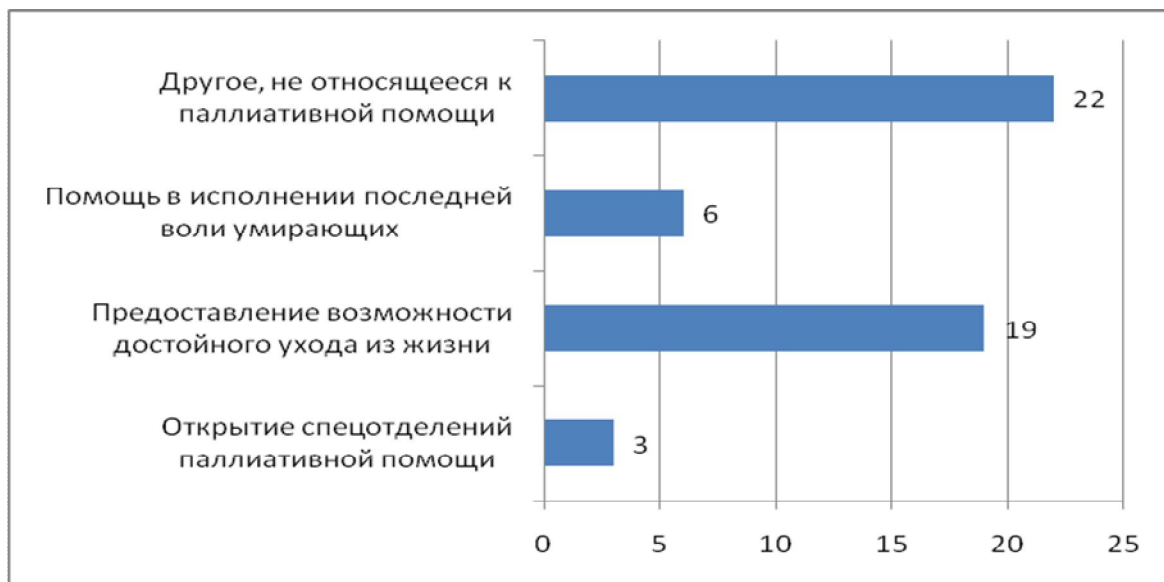
Әлеуметтік қызметкерлердің бары

Діни қызметкерлердің бары

Ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көрсетілетін көмектің жақсы жетістіктері туралы сұрақтарға 50% жағдайларда жауап берілген жоқ. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу жүйесіне қатысы жоқ, 22% респонденттердің жетістіктері бар,

19% өмірден мәртебелі кетуге ұсынылатын мүмкіндіктер бергені ең бір жетістіктері, 6% - өлім халіндегі науқастың соңғы тілегін орындалуға көмектесу, 3% - ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерін ашу мүмкіндіктері (сурет 52).

Ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көрсетілетін көмектің қол жеткізген жетістіктері



Сурет 52

Басқа, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке қатысы жоқ
 Өлім халіндегі науқастардың соңғы тілегін орындауға көмектесу
 Өмірден мәртебелі кету мүмкіндіктерін ұсыну
 Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің арнайы бөлімін ашу

Сонымен, мемлекеттік емес сектордың да бір қатар мәселелері бар, оларды екі үлкен топқа бөлуге болады: қаржыландыру мен жабдықтандыру мәселелері және тікелей ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуімен байланысты мәселелер.

Айта кететін жай, барлық мемлекеттік емес ұйымдар науқастарға көмек көрсету, сонымен қатар ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуімен мәселелері бойынша жұмыс істемейді. 32,1% ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі туралы ұғымды білмейді.

Сол сияқты сауалдама жүргізілгендер ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетірудің құрауы мен қызметін дамытудың қажеттілігін көрсетті. Ұсынылатын көмектің көрсетілу түрлерінен негізінен стационар мен үйге көрсетілетін көмек көрсетілді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Қазақстан үшін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек күтімі – АИВ (ВЖА) адамдарына көрсетілетін көмектің жаңа бағыты. Сонымен қатар онкологияда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің дамуы туралы үлкен тәжірибе жиналған, хосписті құраған және жұмыс істейтін мамандар бар. Осы дағдыны және білімді ВЖА-ға ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсету құрылымын жетілдіру үшін қолдану қажет. Қазақстан Республикасында АИВ/ИЖПС аймағында әлі күнге дейін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі үшін мемлекеттік стандарттар құралмаған. Бірақ, елдегі эпидемиологиялық жағдай осы көмек түрін дамытудың, нормативті-құқықтық базаны өндеудің, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек моделдерін парапар ендірудің, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу дағдыларына мамандарды және еріктілерді дайындау жүйесін құраудың, ақпаратізім мен қоғамдық және мемлекеттік ұйымдардың қызмет қарым-қатынасын жетілдірудің өзектілігіне көңіл бөлуді қажет етуді дәлелдейді. Тек әртүрлі аймақтардағы мамандардың күшін және мүмкіндіктерін біріктіру арқылы, АИВ және ИЖПС- науқас адамдарына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің жанжақтылығы мен сапасын дамыту мүмкін.

Арнайы статистикалық мәліметтер бойынша (РО ИЖПС, 2008) өспенді нәтижесімен 2008 жылдың 1 тамызында Республикада 10820 АИВ-инфицирленгендер тіркелді, көрсеткіш 100 мың халыққа – 61,0 (01.01.2008ж. АИВ-инфекциясынан өлгендерді есептемегенде). Ең көп АИВ-инфицирленгендердің таралуы Алматыда (161,7), Павлодарда (149,8), Қарағанды аймағында (118,9) тіркелген. АИВ-инфицирленген көрсеткіштерінің елде 14 жасқа дейінгі балаларда таралуы – 6,2 құрайды. АИВ-инфекциясы көрсеткішінің балалар арасында таралуы Оңтүстік Қазақстанның арқасында ұлғайды, онда ол – 24,3 құрады. 14 жасқа дейінгі балалардың арасында жоғары таралуы Қарағанды аймағында да байқалды – 9,3 құрады, ол 100 мың балаларға шаққанда.

ҚР АИВ-инфицирленгендердің ішінде 20-29 жас арасында басым – 47,2%, 30-39 жастағыларға – 30,5% келеді. 01.08.2008ж ер кісілердің жағдайы бойынша меншікті салмағы – 73,7-ды құрайды, әйелдер – 26,3%, ер кісілер мен әйелдердің қатынасы 2,8:1.

ИЖПС-ның жиынтық диагнозы 742 науқасқа қойылған, сонымен бірге – 14 жасқа дейінгі балаларда – 44 балаларға. ИЖПС науқастарының басым бөлігі (61,9%) Қарағанды аймағында, Павлодар аймағында 11,1% және ОҚО – 10,9% диагноздалған.

Алдыңғы басқа да Одақтар сияқты, эпидемия негізінен героиннің Ауғаннан келіп түсуімен және наркотиктерді егу арқылы қолданатындардың жоғарлауымен қолдауда. Қазақстанда наркотиктерді егу арқылы қолданушылардың (НЕҚ) тіркелу саны ертеде 1990 жылы 5 есе жоғарлады. (Godinho, Renton et al. 2005) Алдын ала есептеуде, UNAIDS жүргізген 1998-2002 жылдары көрсеткендей Қазақстанда НЕҚ саны 250 000 жетуі мүмкін. (Godinho, Novotny et al. 2004) Шамамен 25 000 АИВ жүретін адамдардың, 80% нашақорлар болды. (Godinho, Renton et al. 2005) Сонымен қатар коммерциялық жыныстық қатынастың өсуі байқалды, шамамен 2002 жылы коммерциялық жыныстық қатынас қызметкерлері (КЖҚК) 25 000- 50 000 болды. (Godinho, Novotny et al. 2004)

АИВ/ИЖПС эпидемиясы Қазақстанда негізінен халықтың осалдарының арасында (НЕҚ және КЖҚК) кеңінен жинақталған, бірақ сонымен қатар басқа да осал топтар арасында таралуда жасөспірімдер, көшпенділер мен көлік жүргізуші – алыс сапар жүрушілер. Қазақстанда АИВ негізгі берілу жолдарына қазіргі күндері наркотиктерді егу арқылы

қолдану мен жыныстық жолмен берілу жатады. НЕҚ арасында АИВ одан әрі қарай тез таралуы үшін үлкен потенциал бар, әсіресе 2003 және 2004 жылдары шолу байқауының келісімімен 8%-дан 28%-ға дейін КЖҚҚ наркотиктерді қолданады. (WHO 2005b)

Еліміз әлі де болса АИВ эпидемиясының бастапқы сатысында, бірақ осы жағдайларға қайғылы әсер етуі мүмкін бір қатар факторлар бар: наркотиктерді егу арқылы қолданудың кеңінен таралуы, көшпенділер, коммерциялық жыныстық қатынастың таралуы, жоғары тәуекелді мінез-құлық, осалды топтардың маргинализациясы, АИВ/ИПЖС туралы халықтың хабардар болуының төмендігі және тиімді шараларды қолдануда өкіметтің және азаматтық қоғамның шектеулі мүмкіндіктері. Осыған қарамастан Қазақстан АИВ бақылау бойынша курс пен стратегия қабылдады, жеңіл осалданатын топтарды қамту, оған әлі де болса шамалы болып келетін НЕҚ, КЖҚҚ немесе бас бостандығынан айрылғандар жатады, ал ретровирустарға қарсы препараттарымен емделуге әлі де болса қол жеткізу жеңіл емес. Егер АИВ бақылаудың ұрыныстары күшейтілмесе, АИВ эпидемиясы кеңейеді және келісімнің «оптимистік» сценариендегі 2015 жылғы елдің ВВӨ 2,2% төмендеуі және ВВӨ 5% өсу жылдамдығының баяулауы болады. (Godinho, Renton et al. 2005).

2006 жылы Қазақстанда жүргізілген Эпидемиологиялық бақылау шолуының (ЭБШ) мәліметтері бойынша, наркотиктерді егу арқылы қолданылатындардың ішінде АИВ таралуы 3,4% құрады, ол 2005 жылдың деңгейімен сәйкес келді. Мінез-құлықты зерттеу мәліметтері бойынша, наркотиктерді қолданушылардың 47% АИВ берілу жолдары мен алдын алу шараларын біледі, бірақ бұл топтың 14% ғана қауіпсіз егуі мен жыныстық қатынасты тәжірибеде қолданады. Бұл С гепатиті (64,5%) мен мерездің (11,1%) жоғары таралуымен дәлелденеді.

Соңғы 20 жылда жаңа ИЖПС, аурудың тез фатальды нәтижесіне әкелетін аурудан, емге бағынатын созылмалы ауруға айналды. Бұл жоғары белсенді ретровирустарға қарсы терапияны (ЖБРҚЕ) енгізу мүмкіндіктерінің арқасында қол жеткізілді. Бірақ, қазіргі күннің өзінде де, ЖБРҚЕ заманында, көптеген жастар арасындағы ересектер популяциясының ауыруы мен өлімінде ең маңызды себептеріне АИВ/ИЖПС болып қалуда, сондықтан ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке жоғары көңіл мен өмірді аяқтау сұрақтары осы шектелім науқастарын клиникалық күтім мен емдеудегі түйінді қырындар болып келеді. ЖБРҚЕ өндеуіне және АИВ-инфекциясының өршу барысымен күресудің барлық үлкен мүмкіндіктерінің пайда болуына қарамастан, науқастарды емдеу жиынтығында ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті кіргізуді сақтау қажет.

Өршітін созылмалы аурулармен ауыратын науқастар санының жоғарлауымен, халықтың тез қартаюымен байланысты, сонымен қатар АИВ/ИЖПС пайда болуымен, 2002 жылы ӘДҰ ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке жаңа анықтама береді. Егер ертеде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті қатерлі ісік ауруларымен ауыратын науқастарға көрсетілетін көмектің қажетін құраса, қазір ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек науқастың өміріне қауіп төндіретін кез келген емделінбейтін созылмалы ауруларға да таралады. Бүгін Әлемдік Денсаулық сақтау Ұйымы бекітеді: ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек – бұл емделінбейтін аурулар туғызатын науқас пен оның жанұясы қақтығысатын мәселелерде өмірдің сапасын жақсартуға бағытталған жақындау. Бұл мақсатқа зардапты шеттету мен жеңілдету жолымен қол жеткізеді, өз уақытында ауыру сезімінен құтылу және басқа мәселелерді айқындау арқылы: физикалық, психоәлеуметтік және рухани.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті көрсету кезінде науқастың, олардың туыстарының және науқастарға күтім жүргізетін тұлғалардың өмір сапасын жақсартуға мән береді.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек күтімінің бағдарлама принциптері:

- мақсаты – ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті қажет етушілердің өмір сапасын жақсарту
- негізінде науқастардың қажеттілігі жатады, сонымен қатар олардың жанұясы мен күтімді жүргізетін тұлғалар
- ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің күтімі – өмірге қауіп төндіретін созылмалы аурулар кезінде көмектің ажыратылмайтын құрам бөлігі
- ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек күтімі кез келген жағдайларда ұйымдастырылуы мүмкін, арнамалы қызметпен шектелмеген
- негізгі басымдылықты үйінде көрсетілетін көмекке жасау керек, әсіресе қордың шектеулі жағдайларында.

ӘДҰ ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті АИВ-оң сапалы көрсетілетін көмектің маңызды бөлігі деп суреттейді. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек АИВ науқастарының ауыру сезімін төмендету арқылы, мазасыздануды бақылау және рухани қолайлықты қамтамас ету арқылы өмір сапасын жоғарлатады, ол АИВ және ИЖПС науқастарына жиынтық көмектесуде қажетті және ажыратылмайтын құрамы болып келеді және ВЖА күткенде және көмектескенде барлық бағдарламаларға енгізілуі тиіс.

АИВ/ИЖПС кезіндегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек

- Аурудың ерте сатысында аурумен күресуге және өмірін ұзартуға күресуге бағытталған, басқа да емдеу әдістерімен бірге біріктіріліп қолданылуы керек;
- Аурудың өзін емдеудің орынын баспайды, тек оны толықтырады, зардаптан құтылуда және қолдауды қамтамас етуде;
- Емделінбейтін аурудың диагнозы қойылған кезден бастап, ауыр қайғы кезеңіне дейін көмекке қол жеткізулері тиіс;
- Науқастың өмір сапасын жоғарлатуға бағытталған;
- Науқасқа және оның жанұясының қажеттілігіне қаратылған;
- Науқаспен бірігіп көмектің мақсатын анықтайды;
- Жиынтық көмек – медициналық, психологиялық, әлеуметтік, рухани;
- Көпқырынды жақындауға негізделген.

Алдын ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек аурудың емімен окшауланған болатын және оның қолданылуы толығымен жойылған кезде ғана қолданылатын. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек өлім халіндегілерге көрсетілетін және ауыру белсенді емге бағынбаған кездегі науқастарға ұсынылатын. Бүгінгі күні бұндай жақындаулар АИВ/ИЖПС адамдарының қажеттілігіне нашар жауап береді. ЖБРҚЕ мүмкіндіктерінің арқасында, аурудың барысы, сонымен қатар жантәсілім сатысы өзгерді. Күйзелістер жағдайдың бұрынғыдай деңгейіне дейін жақсаруымен алмасады. Сондықтан, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке, аурудың өршу мінезін және оның барлық барысында науқастың қажеттілігін шынайы ескеретін жаңадан жақындаулар қажет. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек пен аурудың емделуі бірін-бірі тиімді толықтыруы керек.

Торонтода өткен (2006ж. 13-18 тамызда), ИЖПС бойынша XIV Халықаралық конференцияда, халықаралық эксперттердің пікірі бойынша, АИВ/ИЖПС кезіндегі ең парапар болатын, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің кестесі ұсынылды.

Әсіресе диагнозды қойған кезде науқас көмек пен қолдауды қажет етеді. Науқас жағынан өзінің жағдайын бақылай алу сезіміне ие болу маңызды роль ойнайды және аурудың одан әрі қарай барысына әсер ете алады. Алынған диагнозға бейімделгеннен кейін, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекке қажеттілік айтарлықтай төмендейді (және бұл көрсетілген жоғары сапалы көмектің көрсеткіші). Уақыт өте келе маңызды рольді ем ойнайды, бірақ, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекте маңызды. АИВ-пен өмір бойы препараттардың жанама әсерлерін, әлсіздікті, нейропатияны, депрессияны және басқа да қалыпты өмірге кедергі жасайтын асқынуларды шеттету қажеттілігі туындайды.

Ерте диагностикасыз, ауыру сезімін бағалау мен одан құтылусыз және басқа да мәселелерсіз тиімді көмек көрсету мүмкін емес. Оппортунистикалық инфекциялар айқындалуы тиіс және ерте сатыда емделуі керек, ал ауыру сезімі жақсы бағалануы және шеттетілуі тиіс. Бұл кезде ескеретін жай ауыру сезімі тек физикалық емес, сонымен қатар эмоциональды, әлеуметтік және рухани болуы мүмкін.

Сонымен, ЖБРҚЕ ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуі оданда маңызды қажеттілігін артырады, керісінше емес. АИВ кезінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қажеттілігі әр кезеңде әртүрлі, ол күйзеліс кезеңдерінде жоғарлайды. Аурудың өршуіне қарай емделу қысқарады, ал ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу ролі керісінше жоғарлайды. АИВ-инфекциясының барысының ерекшелігі, аурудың барысындағы болжаманың қиындығында. Аурудың өршу шамасына қарай, жантәсілім сатысына өту кезеңінде, бәрінен де күтім мен науқастың өмір сапасының жақсылығы маңызды, сонымен қатар оны күтетін жақындары мен туыстарын қолдау маңызды. Науқастың өлімінен кейін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек оның туыстары мен жақындарына таралады, оларға қайғыру кезеңінде қолдаумен қамтамас етеді. Аурудың соңғы кезеңінде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек күтіміне жүгіну кешірімсіз қате болар еді. Науқастың жағдайы қай кезде нашарлайтынын болжама жасау мүмкін емес, науқастқа және оның жанұясына жақсы күтім мен қолдауды қамтамас етуде аурудың барлық кезеңінде науқастың айналасында қамқорлықты күшейту маңызды. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілу өлім халіндегі және өмір сүретіндердің өмір сапасын жоғарлатады.

Адам өзіне АИВ-инфекция диагнозын қойғанын естігенде, қандай шок сезінетінін өзіңіз көз алдыңызға елестетіңіз. Осы минутта оған біздің көмегіміз бен қолдауымыз, нақтылы ақпарат өте қажет. Адамның ол үшін жаңа өмірге бейімделу кезеңі қалай жүретіні, кімнен және қандай көмек алуына байланысты, көп нәрсе тәуелді болады – оның өзінің өмірі, қоршағандармен қарым-қатынасы және сонымен қатар, денсаулық сақтау жүйесіне, бақталас медициналық мекемелерге, дәрігерлерге қатынасы.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсетілуі, күтім мен емдеу түрлерінің бара-бары емес, ол қосымша болып келеді. Терапиялық және ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жақындаулары «немесе-немесе» принципі бойынша жүзеге аспайды, ол «және-және» принципі бойынша бірін-бірі толықтыру арқылы жүреді. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының мақсаты аурудың симптомдарын шеттету немесе жұмсарту жолымен АИВ-инфекция науқастарының физикалық зардап шегуін, сонымен қатар жүргізілетін еммен байланысты клиникалық айқын жанама ықпалдарды (ЖБРҚЕ) жеңілдетеді.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының философиясы емдеу моделінен бастама алады, онда дәрігер доминант болып келетін және көптеген жаңа медициналық жақындауларды сипаттайтын, әсіресе ауыру бойынша потенциалды тиімді емдеу әдістері бар таныс иерархиялық моделден түбегейлі айырмашылығы бар.

Науқастың және оның жанұясының аты үшін, мақсатқа зейін қою осындай істің орынын қамтамас етеді, осындай шешімдер қабылдаған кездерде, науқас пен оның жанұясының маңызды сақтануын бұзбайды. Терапиялық немесе ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек араласуларының мүмкіндіктері немесе екеуінің біреуінде, бірақ бір жақты емес, диагностикалық немесе терапиялық алгоритмдермен, ол тезірек конструктивті болып келеді, өзіне тән науқас пен оның жанұясының басымдылығы мен құндылығымен. Бұл жұмыстың белгілі бөлігі уақытты талап етеді, ол ашық болуы мүмкін еді, ЖБРҚЕ қабылдайтын науқастардың амбулаторияға келуінің доминанты болатыны, тест нәтижелері мен науқастың емдеу тәртібін сақтауының тар фокусына қарағанда. Бұл біріккен жақындау онсызда жұмысы көп бірінші медико-әлеуметтік көмек мамандар үшін өзіндік белгілі мәселелер туғызады, өздерінің тәжірибесінде ИЖПС-мен ауыратын науқастардың ұзақ өмір сүруінің жоғарлау мүмкіндіктерімен айтарлықтай уақытша қысымды сезінеді. Осыған қарамастан, науқастар мен оның жанұя мүшелеріне тиімді және сапалы көмек көрсету үшін, осындай біріккен жиынтық бағдарлама рамкасында іргелі жұмыс істеу маңызды.

Емдеу мақсатындағы акценттің тұжырымдамасын анықтайтын «озықты жоспарлау», ол емнің алдындағы медициналық, сол сияқты психологиялық элементтерден тұрады. АИВ/ИЖПС науқастары көбінесе жастар, өміріне қауіп төндіретін аурудың алдында бетпе-бет тұратын, олардың кішкентай балалары болуы мүмкін, ИЖПС-мен зардап шегетін адамдар сезінетін өзінің жетістіксіз жағдайынан және әлеуметтік осалдығынан зардап шегуі мүмкін. Осы психоәлеуметтік сұрақтардың күрделі айқындылығына қарамастан, олар осы сұрақтарды оларға көмек көрсететін тұлғалармен талқыламаған шығар. «Озықты талқылау» тәжірибеде емнің алдындағы, мамандар көрсететіндей, осы сұрақты белсенді көтеретіндер және осы талқылаулардың жолындағы кедергілермен шын күресетіндер, өлім мен өмір сұрақтарымен байланысты, жедел шешімдерді қабылдауды қажет ететін жедел күйзеліс жағдайларында пайда болатын көптеген мәселелерді ескертуге көмектеседі. Емнен бас тарту көріністері немесе алдын ала күтетін және озықты жоспарлау құндылығын науқасқа тықпалау науқас пен оның жанұя мүшелеріне шешім қабылдауға мүмкіндік беретін әдіс, ол шынымен де олардың негізгі көз жеткізуіне, құндылығына және мүдделігіне жауап береді. Осындай шешімді қабылдауда ең тиімді әдіс дисциплинар арасындағы бригадалар контекстінде жатыр (дәрігер, медбике, әлеуметтік қызметкер, діни қызметкер, сонымен қатар жағдайға байланысты басқа да мамандар), олар науқас пен оның жанұя мүшелеріне барлық көп деңгейлі ақпараттарды тез ұғуға көмектесуі мүмкін. Философия мен хоспистік күтім тәжірибесі өлім халіндегі науқастарды күнделікті күтуде дисциплинар арасындағы бригадалармен кездейсоқ айқын біріктіріп отырған жоқ және бұл кесте АИВ/ИЖПС науқастарын жиынтық емдеу үшін өте маңызды.

Тапжылмай көрсететін маңызды мән құнарлығындағы терапия мақсатында емдеу туралы ақпаратталған шешімді қабылдау кезінде, мойындау қажет, болжамалау және күтілетін АИВ-инфекция нәтижелері анғұрлым айқын және біркелкі, ЖБРҚЕ заманына дейінгі болғанға қарағанда. Парадокс қорытындысы мынандай, қазір талдам болғандықтан, шешім қабылдау үрдісі осы талдау түрлерін қарауды талап етеді, себебі бұрынғыға қарағанда АИВ-инфекциясының болжамы мен «табиғи барысы» шамалы айқын көрінеді. Соған қарамастан CD4+ жасуша саны және вирусты күш түсу сараптамасы емге берілетін жауаптың және толығымен болжамға берілетін тамаша белгілері, тиімді ретровирустарға қарсы ем (немесе бара-бар ретінде – жүзеге асыратын емдеу түрлерінің болмауы кезіндегі бұл мүмкіндіктердің болмауы) ИЖПС-мен зардап шегетін адамдар үшін болжамды толық өзгертуі мүмкін.

Бір жағынан науқас туралы мәліметтерге және анамнезенде арнайы емдерге негізденіп, тура болжамалауларға үйрену керек, ал басқа жағынан – жүргізілген терапиялық шаралар нәтижелерінің ең жақсы бағасы ақталмауы мүмкін және толық жеңілуі мүмкін. Бұл шындық интеграциясы ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек пен емдік жақындауды бұрынғыға қарағанда оданда қажеттірек етеді.

2005-2010 жылдары Қазақстан Республикасында қайта құрастыру мен денсаулықты дамыту мемлекеттік бағдарламасының «Халыққа медициналық көмек көрсету ұйымының жүйесін қайта құрастыру мен дамыту» бөлімінде: «...айықтыру мен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек (хоспистер, бике күтімдер ауруханасы және тағы басқалары) қызметтеріне мүдделік көрсеткен министрлер мен акпартізімі, сонымен қатар халықаралық және өкіметтік емес ұйымдардың қатысуымен дамытуды қайта қарастыру болады», ол мемлекеттің елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті дамытудың мүддемелік дәлелі болады.

Сонымен, Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі әртүрлі категория науқастары үшін аяқтан тұру сатысында. Және қазіргі күні аурудың жоғары көрсеткіштеріне қарамастан, ол медициналық кадрлардың және мамандандырылған төсек орынның жетіспеушілігімен сипатталады. Қазіргі нормативті-құқықтық құжаттарда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек күтімі бойынша заңдылық база жоқ.

НӘТИЖЕЛЕРІ

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің берілу жүйесі елімізде 10 жылдан бері дамуда, республикамыздың алты ірі қалаларында өзінің мекемелері бар. Әрбір осы мекемелердің өз жетістіктері мен мәселелері бар.

Республика бойынша әдебиеттік және статистикалық мәліметтер, сонымен қатар жүргізілген зерттеулер нәтижесі халыққа ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің берілуіндегі келесі мәселелерді дәлелдейді:

- Елдегі кемелдендірілген ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі көбінесе онкологиялық және гериатриялық патологиядағы емделінбейтін науқастарға көмектің көрсетілуіне бағытталған. Осымен бірге қазіргі күні ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының басқа да бағыттары бар, денсаулық сақтау мен мемлекеттің мамандары жағынан мән беруді талап ететін АИВ/ИЖПС кезіндегі ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасы, педиатриялық ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек кіреді.
- Әрбір жеке мекемелерде емделінбейтін науқастарының диагностика хаттамалары мен күту стандарттарының болуына қарамастан, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуінің әртүрлі бағыттары бойынша біріңғай жалпы жақындау жоқ, ол ұсынылатын қызметтің көрсетілуі мен бағалау сапасын қиындатады.
- Кемелдендірілген кадрлардың жетіспеушілігі, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек мекемелерінің жетіспеушілігі халықтың ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметіне қол жеткізілуі мен сапасын төмендетеді.
- Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасы бойынша кадрларды дайындау мен қайта дайындау сұрақтарына аз бөлінеді. Біліктілігін арттыру курстары негізінен жоба рамкасында өте шектеулі сандармен жүргізіледі.
- Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу түрлерінің (механизмдері) жеткілікті дамымаған. Сауалдама жүргізген респонденттер негізінен екі түрін көрсетті – қазіргі күні басымдырақ болып келетін стационарлық және үйіне көрсетілетін көмек түрін. Бүкіл әлем бойынша, ең кем дегенде тағыда күндізгі стационар мен поликлиникалық ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілуі бар. Бұл көмек түрлері АИВ/ИЖПС науқастары үшін өте парапар жағдай.
- Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметінің қаржыландыруы мен жабдықталуының жеткіліксіздігі. Хоспистердің қаржыландыруы жергілікті бюджеттен жүзеге асады.
- Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметінің белсенді жұмыс істеуіне қарамастан, осындай бағыттағы медицинаның бары туралы көпшілік аз біледі. Халық ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек туралы медицинаны тек туысымен бақытсыз жай болғанда ғана біледі, соның өзінде де хоспистердің барын, өздерін осы жанұясы үшін күрделі жағдайда қалай ұстауын, науқасты қалай күтуді, өмірден қалай мәртебелі кетумен қамтамас етуді ж.т.б. білмейді. Ал ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің жаңа концепция тұжырымдамасы тек қана науқасқа көмек көрсетуді емес сонымен қатар оның жақын туыстарына да көмек көрсетуді қарастырады.
- Барлық сауалдама жүргізілген 4 топтағы респонденттер елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасын жалпы медицинаның

ажыратылмайтын бөлігі ретінде дамытуының қажеттілігін және барлық жерде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек мекемелерін ашуды көрсетті.

ҰСЫНЫСТАР

Елімізде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек пен ауруға уақытша жеңілдік беретін көмекті дамыту қажеттілігі бойынша жүргізілген сараптама жағдайларын ескеріп, өндеу топтары республикада ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек қызметін жетілдіру бойынша бір қатар ұсыныстар береді.

Мамандандырылған ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек мекемелерін ашу үшін, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің сапасы мен қол жеткізілуін жақсарту үшін, сонымен қатар Қазақстан халқына ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу философиясын, холистикалық жақындауын дамытуда біріңғайландырылған жақындау мен стандарттарды өндеу қажет.

Елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің дамуында (стратегиясында) үйлестірілген бағдарламаны өндеу мен енгізу қажет.

Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек мамандарының біліктілігін арттыру үшін, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасы бойынша білім беру курстары мен кемелдендіру циклдерін өндеу мен енгізу қажет, әлемнің басқа елдеріндегі емделінбейтін науқастар мен оның туыстарына көмек көрсету аймағындағы алдыңғы қатарлы тәжірибелермен алмасу үшін, аталған тақырып бойынша конференцияларды ұйымдастыру мен өткізу керек.

Елде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің анағұрлым қарқынды дамуы үшін, халыққа беруде ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің ұсыныстары мен үйлестірілуін өндеу бойынша Жұмыс тобын құрастыру қажет (комитет). Бұндау топ саясат, білім, қызметтің дамуы, әртүрлі ақпаратізімін біріктіру сұрақтары бойынша комитет астын енгізе алатын еді. Аталған Жұмыс тобы (комитет) сонымен қатар, ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек медицинасының әртүрлі бағыттарымен топ астына бөліне алады, себебі әрбір ауру және науқастарды күту өзіндік ерекшеліктерге ие.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Алферова Т.С., Кисилев А.Г., Потехина О.А. Реабилитация недееспособных за рубежом. Обзор литературы // Мед. рефер. жур. Геронт. 1990. - №9. - С.11
2. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Махатаева А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006г.// Статистические материалы, Алматы, 2007, С.50.
3. Беланова В.Г., Иванюшкин А.Я. Хоспис: помощь умирающим// Христианская ассоциация медиков, www.medichrist.ru
4. Братцев И. Специалисты уверены в необходимости открытия хосписов во всех городах Казахстана с населением более 100 тысяч человек// Gazeta.kz, 11.07.2005
5. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу// Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе, С-Пб., АОЗТ фирма <КЛИНТ>, 1995, С. 49.
6. Здоровье пожилых: доклад комитета экспертов ВОЗ/ ВОЗ, Женева, 1992.- С.57
7. Кабалова Л.П. О практике предоставления социально-медицинских услуг на дому и в полустационарных учреждениях государственного и муниципального секторов социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов// Мат.конс.межд.сем. - М.: МЗМП РФ, 1995. - С.110-111
8. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным// Том 1. - Под редакцией профессора Г.А. Новикова, академика РАМН, профессора В.И. Чиссова, профессора О.П. Модникова. - М.: 2004, С. 14.
9. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 1997-2006г.// Статистические материалы, Алматы.
10. Kulzhanov M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review. *Health System in transition*, 2007; 9(7): 1-158.
11. Highlights on health in Kazakhstan. *World Health Organization*, 2006.
12. Human development report: Kazakhstan. UNPD, 2005.
13. Brocklehurst F. Geriatric Day Hospital // Age and Ageing. - 1995. - vol.24. - №2. - p.89
14. Stessman J., Ginsberg G. et al. Decreased Hospital Utilization By Older Adults Attributable to a Home Hospitalization Program //Jour.of The Amer.Geriat.Soc.- 1996.- vol.44.- №5.- p.591

15. Sundstrom G. Aging is riskier than it look //Age and Ageing.- 1995.- vol.24.- №5.- p.373
16. Tapper G.M. Strategic Positioning of Home Health Care Services in a Regional Integrated Delivery System //Home Health Care Management and Practice.- 1998.- vol.10.- №5.- p.30
17. Palliative Care. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes // World Health Organization 2007.
18. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed.// Geneva, WHO (2002a).
19. Ott MJ. Complementary and alternative therapies in cancer symptom management. Cancer Practice 2002, 10: 162-166.
20. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. под ред. Elizabeth Davies, Irene J.Higginson// BO3 2005.
21. Убедительные факты: паллиативная помощь. под ред. Elizabeth Davies, Irene J.Higginson// BO3 2005.
22. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Arlington, VA, Rand Health, 2003.
23. Sepulveda C et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. Journal of Pain and Symptom Management, 2002, 24: 91-96.
24. Gibbs JS.Heart disease. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. Palliative care for non-cancer patients. Oxford University Press, 2001.
25. Hanrahan P, Lutchins DJ, Murphy K. Palliative care for patients with dementia. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. Palliative care for non-cancer patients. Oxford University Press, 2001.
26. Rees J, O'Boyle C, MacDonagh R. Quality of life: impact of chronic illness on the partner. Journal of the Royal Society of Medicine, 2001, 94: 563-566.
27. Singer PA, Browman KW. Quality end-of-life care: a global perspective. BMC Palliative care, 2002, 1:4.

28. Palliative care in the European Union. European Parliament. Policy department Economic and Scientific Policy. IP/A/ENVI/ST/2007-22.

ҚОСЫМША

САУАЛДАМА

Халық үшін

№/п	Сұрақтар	Жауаптың түрлері
1.	Сіздің жасыңыз	1. 20-29 жас 2. 30-39 жас 3. 40-49 жас 4. 50-59 жас 5. 60 және одан жоғары
2.	Сіздің жынысыңыз	1. Еркек 2. Әйел
3.	Сіздің жанұяңызда ауыр науқасты туыстарыңыз болды ма?	1. Ия 2. Жоқ
4.	Оларға қай жерде көмек көрсетілді?	1. стационарда 2. үйде 3. поликлиникада 4. жеке клиникада 5. басқа жерде (көрсетіңіз)
5.	Сізге және сырқат туысыңызға психологиялық қолдау көрсетілді ме	3. Ия 1. Жоқ
6.	Кіммен қолдау көрсетілді	1. дәрігерлермен, медбикелермен 2. әлеуметтік қызметкерлермен 3. психологтармен 4. жанұя мүшелерімен 5. діни қызметкерлерімен 6. басқа (көрсетіңіз)
7.	Сіз ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек не екенін білесіз бе?	1. Ауыр халдегі және өлім халіндегі науқастарға көмек 2. Жалпы медициналық көмек 3. Білмеймін 4. Басқа (көрсетіңіз)
8.	Жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде Сіз ең маңызды мәселелер деп нені санайсыз?	1. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы 2. Өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктердің болмауы 3. Өлім халіндегі науқастың соңғы тілігін орындауға көмектесі мүмкіндіктерінің болмауы 4. Басқа (көрсету)
5.	Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жүйесі неден тұрады, егер оны Сіз құрасаңыз?	1. Стационардан 2. Көмектің үйге көрсетілуі 3. Күндізгі стационар 4. Басқа
6.	Сіздің ойыңызша аталғандардың қайсысы жақсы	1. Стационар 2. Көмектің үйге көрсетілуі 3. Күндізгі стационар 4. Басқа

7.	Сіздің ойыңызша ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жалпы керек пе?	1. Ия 2. Жоқ
----	---	-----------------

Қосымша 2.

САУАЛДАМА
МЕҰ үшін

№/п	Сұрақ	Жауап түрлері
8.	МЕҰ негізгі міндеті (қысқаша)	
9.	Сіздің қызмет жасау аймағыңыз	
10.	Сіздің аймағыңыздағы халық саны	_____ адам
11.	Сіздің аймағыңыздағы халықтың жынысы бойынша орналастыру	_____ % ер кісілер _____ % әйелдер
12.	Ең жиі кездесетін науқастардың ұлты	1. қазақ 2. орыс 3. неміс 4. өзбек 5. Басқа _____
13.	Ең жиі кездесетін науқастардың діни тәнділігі	1. мұсылман 2. христиан 3. иудей 4. буддист 5. Басқа _____
14.	Сіздің аймағыңыздағы халықтың өзіндік ерекшелігі бар ма (Мысалы, еңбектік көніс қондыру, қашқындар және т.б.)	
15.	Сіз неше жылдан бері жұмыс істейсіз?	_____ жыл
16.	Сіз неден бастадыңыз	
17.	Сіздің негізгі жетістіктеріңіз	
18.	Сіздің негізгі мәселелеріңіз	1. Қаржыланулардың болмауы

		2. Ғимараттың болмауы 3. Материальды-техникалық базаның болмауы 4. Кадрлардың болмауы 5. Біліктілігін арттыру мүмкіндіктерінің болмауы 6. Басқа _____
19.	Жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде Сізде нұсқама және/немесе стандарттар бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
20.	Сіздің науқастарыңыздың ауыру симптомдарын бағалау үшін нұсқама бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
21.	Аурулардың ауыру синдромын бағалауда Сіз неге негізденесіз?	1. Симптомдарға 2. Нұсқауға 3. Өзіндік сезгіштікке
22.	Анальгетиктерді жазып беруде нұсқамалар бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
23.	Опиум жазып беретін Сіздің құқығыңыз бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
24.	Жантәсілім науқастарының эмоциональды қырларымен айналысатын штат бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
25.	Науқастың жанұя қажеттілігімен айналысатын штат бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
26.	Әлеуметтік қызметкерлер бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
27.	Жантәсілім науқастарымен жұмыс істейтін діни қызметкер Сізде бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
28.	Жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде Сіздің қол жеткізген жетістіктеріңіз	1. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу арнайы бөлімінің ашылу 2. Өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктер беру 3. Өлім халіндегі науқастың соңғы тілігін орындауға көмектесу 4. Басқа _____

29.	Жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде Сіз ең маңызды мәселелер деп нені санайсыз?	30. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы 31. Өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктердің болмауы 32. Өлім халіндегі науқастың соңғы тілігін орындауға көмектесі мүмкіндіктерінің болмауы
33.	Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жүйесі неден тұрады, егер оны Сіз құрасаңыз?	1. Стационар 2. Үйге көрсетілетін көмек 3. Күндізгі стационар 4. Басқа _____

34.	Сіздің көз қарасыңыз бойынша аталғандардың қайсысы жақсы	1. Стационар 2. Үйге көрсетілетін көмек 3. Күндізгі стационар 4. Басқа
-----	--	---

Қосымша 3.

САУАЛДАМА

Стационар, амбулатория және хоспис науқастарына қызмет көрсететін ұйымдар үшін

№/п	Сұрақтар	Жауап түрлері
35.	Ауыр халдегі және емделінбейтін науқастардың негізгі диагноздары (жауаптың бірнеше варианттары болуы мүмкін)	1. Онкологиялық 2. Туберкулез 3. АИВ/ИЖПС 4. Гематологиялық 5. Басқа
36.	Жантәсілім науқастарының ең жиі кездесетін жасы (жауаптың 1 варианты)	1. 15 жасқа дейін 2. 15-20 жас 3. 20-29 жас 4. 30-39 жас 5. 40-49 жас 6. 50-59 жас 7. 60-қа дейін және одан жоғары
37.	Ауыр халдегі науқастарды жынысы бойынша орналастыру	_____ % ер кісілер _____ % әйелдер
38.	Ең жиі кездесетін науқастардың ұлты (жауаптың 1 варианты)	1. қазақ 2. орыс 3. неміс 4. өзбек 5. Басқа
39.	Ең жиі кездесетін науқастардың діни тәнділігі (жауаптың 1 варианты)	1. мұсылман 2. христиан 3. иудей 4. буддисттер 5. Басқа
40.	Медициналық қызмет көрсетуде қандай да бір шектеулер бар ма?	1. Ия 2. Жоқ (№10 сұраққа өту)
41.	(стационар үшін) төсек орын саны	_____ төсек орын
42.	% олардың бос болмауы	_____ %
43.	(поликлиника үшін) күніне қабылдайтын науқастар саны	_____ науқас
44.	Емделінбейтін диагнозды қойғаннан кейін Сіздің науқастарыңыз жиі қанша өмір сүреді (жауаптың 1 варианты)	1. 1 жылға дейін 2. 1-3 жыл 3. 3-5 жыл 4. 5 жылдан жоғары
45.	Көптеген Сіздің науқастарыңыз өз диагнозын білгісі келе ме?	1. Ия 2. Жоқ
46.	Дәрігермен сұқбатты көбінесе жанұя мүшелерінің қайсысы жүргізеді? (жауаптың 1 варианты)	1. Әкесі 2. Анасы 3. Балалары 4. Жұбайы/ жары 5. Басқа туыстары
47.	Есть ли у Вас лекарственный формуляр?	1. Ия 2. Жоқ
48.	Сіздің қызметіңіз қай табыс көзден төленеді? (жауаптың бірнеше варианттары болуы мүмкін)	1. Мем. Бюджет 2. Жеке құылым 3. Басқа
49.	Сақтандыру компаниясы нені төлейді? (жауаптың бірнеше варианттары болуы мүмкін)	1. Стационарда болуды 2. Дәрілік заттарды 3. Дәрігерлердің қызметін 4. Ештеңе
50.	Сіздің мекемелеріңізде қолдану үшін рұқсат етілген тізіммен алынып тасталған препараттар бар ма?	1. Ия 2. Жоқ

51.	Фондтың болмауынан ем қабылдамайтын науқастар бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
52.	Жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде Сізде нұсқама және/немесе стандарттар бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
53.	Сіздің науқастарыңыздың ауыру симптомдарын бағалау үшін нұсқама бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
54.	Науқастың ауыру синдромын неге негізденіп бағалайсыз? <i>(жауаптың бірнеше варианттары болуы мүмкін)</i>	1. Симптомдар 2. Нұсқама 3. Өзіндік сезіну
55.	Анальгетиктерді жазып беруде нұсқамалар бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
56.	Опиумды жазып беруде қандай да бір шектеулер бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
57.	Осы жерде жазып берген морфиннің ең үлкен мөлшері қандай	_____ (граммда)
58.	Жантәсілім науқастарын күту бойынша, сіздің штаттарыңызды кім үйретеді? <i>(жауаптың бірнеше варианттары болуы мүмкін)</i>	1. Үйретілмейді (№26сұраққа өту) 2. Мед. Академия мен институттар базасында арнайы дайындықтар 3. Кемелдендіру циклі 4. Басқа _____
59.	Осы оқыту бағдарламасының қандай да бір материалдары сіздерде бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
60.	Жантәсілім науқастарының эмоциональды қырларымен айналысатын штат бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
61.	Науқастың жанұя қажеттілігімен айналысатын штат бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
62.	Әлеуметтік қызметкерлер бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
63.	Жантәсілім науқастарымен жұмыс істейтін діни қызметкер Сізде бар ма?	1. Ия 2. Жоқ
64.	Жантәсілім науқастарына көмек көрсетуде Сіздің қол жеткізген жетістіктеріңіз <i>(бірнеше жауаптың варианттары болуы мүмкін)</i>	2. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу арнайы бөлімінің ашылу 2. Өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктер беру 3. Өлім халіндегі науқастың соңғы тілігін орындауға көмектесу 4. Басқа _____
65.	Жантәсілім науқастарына көмектің көрсетілуі кезінде ең маңызды мәселелерге Сіз нені санайсыз? <i>(жауаптың 1 варианты)</i>	66. Ауруға уақытша жеңілдік беретін көмектің көрсетілу бөлімдерінің ашылу мүмкіндіктерінің болмауы 67. Өмірден мәртебелі кетуге мүмкіндіктердің болмауы 68. Өлім халіндегі науқастың соңғы

		тілігін орындауға көмектесі мүмкіндіктерінің болмауы 69. Басқа _____
70.	Қазақстанда ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек жүйесі неден тұрады, егер оны Сіз құрасаңыз? (жауаптың бірнеше түрлері болуы мүмкін)	1. Стационар 2. Үйге көмектің көрсетілуі 3. Күндізгі стационар 4. Басқа _____
71.	Сіздің көз қарасыңыз бойынша не маңызды (жауаптың 1 варианты)	1. Стационар 2. Үйге көмектің көрсетілуі 3. Күндізгі стационар 4. Басқа _____

Қосымша 4.

САУАЛДАМА

діни адамдар үшін – діни қызметкер, имамдар

1. Өлім кезінде не болатын туралы өз көз қарасыңызды түсіндіріп бере аласыз ба?

2. Өлімнің алдында, кезінде және кейін не істеу керек немесе не істеуге болмайды?

3. Өлім кезінде жантау-сілім ауруын қалай жақсы ұстау керек? Сана сезімін сақтаған жөн бе, әлде оның қажеті керек емес пе?

4. Өлім кезіндегі жантау-сілім ауруында өзін қалай жақсы ұстау керек?

5. Жанұя мүшесінің өлімге дайындалуы кезінде, Сіз жанұясына қалай көмектесесіз?

6. Өлгеннен кейін мәйіт болғанды жоқтауда жанұясына Сіз қалай көмектесесіз?

7. Жантәсілім науқастары үшін діни-негізделген медбике күтім үйлері немесе әлеуметтік көмектер бар ма?

8. Науқастардың өмірінің соңғы кезеңінде қолдау жоспарларында жас діни қызметкер нені үйретеді?

9. Марқұмның жанұя мүшелерін қолдауда жас діни қызметкер нені үйретеді?

10. Өмірінің соңында науқастарды қолдауда, медициналық қызметкерлер не істеу керектігіне Сіз не айтасыз?

11. Сіз науқастар үшін үйде немесе медициналық ұйымда өлгені жақсы деп ойлайсыз?

12. Мұнда барлық діндегі адамдардың қажеттілігін біз қалай жақсы қарсы аламыз?

13. Сіз барлық ел үшін ауруға уақытша жеңілдік беретін көмек көрсету жүйесін құрау бойынша қандай кеңес берер едіңіз? Ол қалай көрінер еді? Біз қалай сіздердің діни қызметкерлеріңізді/имамдарыңызды тарта аламыз?
