

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

ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ

МАГИСТРАТУРА

6M050700-Денсаулық сақтау саласындағы Менеджмент

МАГИСТРЛІК ЖОБА

**Түркістан облысының тұрғындары арасында мүгедектіктің алдын алудың
медициналық және ұйымдастырушылық тәсілдерін жетілдіру**

Орындаушы _____ Баймбетов К.С." _____ " _____ 2019 г.
/қолы/ /Ф.А.Ә./

Ғылыми жетекші доктор PhD _____ Жанабаев Н.С.
/регалии/ /қолы//Ф.А.Ә./

" _____ " _____ 2019 г.

МАЗМҰНЫ

	НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	3
	АНЫҚТАМАЛАР.....	4
	БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	6
	КІРІСПЕ.....	8
	ЖҰМЫСТЫҢ ЖАЛПЫ СИПАТТАМАСЫ.....	13
	Зерттеудің мақсаты мен міндеттері.....	13
1	Мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шаралардың негізі ретінде гериатриялық науқастарды оңалту.....	18
2	ЖИАның салдарынан болатын мүгедектікке және оның соңғы жылдардығы өзгерістеріне шолу жасау.....	23
2.1	Жүректің ишемиялық ауруы салдарынан мүгедектерге арналған медициналық-әлеуметтік оңалту іс-шараларының тізбелерін қалыптастыру қағидаттары.....	28
3	Мүгедектіктің алдын алу бағдарламасының құрамдас бөлігі ретінде МО жүргізу үшін науқастарды бастапқы іріктеу.....	31
3.1	Негізгі созылмалы терапиялық патология кезіндегі мүгедектіктің алдын алу бағдарламаларының ерекшеліктері.....	34
	ҚОРЫТЫНДЫ.....	38
	ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР.....	40
	ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	42
	ҚОСЫМША 1.....	54
	ҚОСЫМША 2.....	59

НОРМАТИВ

Осы диссертацияда келесі
сілтемелер пайдаланылды:

Қазақстан Республикасының 23 маусым 2015 жылы № 440
«Инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулар мен улану жағдайларын
тексеру қағидалары» тұралы заңы

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың
2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік
бағдарламасы № 1113.

МС 7.32-2001- (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және
баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп.
Құрылымы және рәсімдеу ережесі.1113.

МС 15.101-98- (мемлекетаралық стандарт) Өндіріске өнімді әзірлеу
және қою жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындау тәртібі.

МС 7.1-2003. Бойынша стандарттар жүйесі ақпарат , кітапхана және
баспа ісі. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Жалпы
талаптар және құрастыру ережелері.

МС 7.9-95 (ИСО 214-76) ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша
стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.

МС 7.12-93- Ақпарат ,Кітапхана ісі және баспа ісі бойынша
стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Нарус тіліндегі сөздерді
қысқарту. Жалпы талаптар және ережелер.

МС 7.54-88 ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар
жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттарда заттар мен материалдардың
қасиеттері туралы сандық деректерді ұсыну. Жалпы талаптар.

МС 8.417-2002 Өлшем бірлігін қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесі.
Өлшем бірліктері.

АНЫҚТАМАЛАР

Осы диссертацияда тиісті анықтамалары бар мынадай терминдер қолданылады

P бірлігі - алынған нәтиже мүлдем кездейсоқ болу ықтималдығы. P шамасы 1-ден 0-ге дейін өзгеруі мүмкін (нәтиже нақты кездейсоқ емес). Альфа - қатенің берілген деңгейіне (мысалы, 0,05) аз немесе тең p шамасы алынған айырмашылықтың статистикалық маңыздылығы туралы айтады.

Сенімділік-өлшеу нәтижесі шынайы шамаға қандай шамада сәйкес келетінін көрсететін сипаттама. Зерттеудің шынайылығы осы іріктемеге қатысты алынған нәтижелер қандай шамада әділдігімен анықталады.

Дене массасының индексі (ағыл. body mass index (BMI), ДМИ) — адам массасының сәйкестік дәрежесін және оның өсу деңгейін бағалауға және сол арқылы масса жеткіліксіз, қалыпты немесе артық болып табылатынын жанама бағалауға мүмкіндік беретін шама. Дене салмағының индексі мына формула бойынша есептеледі: $I=W/L^2$, мұнда: W — дене салмағы килограммен, L — бойы метрмен, кг/м² өлшенеді.

Йод тапшылығы аурулары-халықты қажетті йод санымен қамтамасыз ету арқылы ескертілуі мүмкін йод тапшылығына байланысты кез келген патологиялық жағдайлар.

Статистикалық мәнділік-нөлдік гипотезаның әділдігі кезінде тәуелсіз және тәуелді айнымалылардың арасындағы бақыланатын немесе жоғары дәрежелі ассоциацияның ықтималдығын бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық әдістер. Статистикалық маңыздылықтың қол жеткізілген деңгейін (есептік) көбінесе 0,05 немесе 0,01-ге тең, статистикалық маңыздылықтың априорлы берілетін сыни деңгейінен ажырату қажет. Әдетте статистикалық мәнділік деңгейі p-шамасымен көрінеді.

Орташа арифметикалық-орталық үрдістің ең көп таралған шараларының бірі, олардың санына бөлінген барлық бақыланатын мәндердің сомасын білдіреді.

Таралу қатынасы - бұл тәуекел факторы жоқ тұлғалар арасында зерделенетін құбылыстың анықталған жағдайларының таралуына қауіп факторы бар тұлғалар арасында зерделенетін құбылыстың анықталған жағдайларының таралуына қатынасы.

Көлденең зерттеулер (ағылш cross-sectional study) бұл белгілі бір уақыт сәтінде бас жиынтықтағы (популяция) қандай да бір аурулардың немесе басқа құбылыстардың немесе белгілердің таралуын (преваленттілігін, prevalence) бағалауға арналған зерттеу. Аурудың болуы немесе болмауы және басқа белгілердің болуы немесе болмауы (немесе егер олар сандық болса, олардың көріну дәрежесі) популяцияның әрбір мүшесінде немесе репрезентативтік таңдауда уақыттың бір сәтінде анықталады. Математикалық таралуы бөлшек болып табылады, оның алымында белгілі бір популяциядағы зерделенетін құбылыс жағдайларының саны, ал бөлімінде белгілі бір уақыт сәтіндегі тексерілген адамдардың саны болады.

Бала туатын жастағы әйелдер-бұл 15-44 жастағы әйелдер, ол кезең бойы баланы көтеруге және тууға қабілетті.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

ЖЫБ	- Жүрек ырғағының бұзылуы
ЖПТК	- Жалпы перифериялық тамыр кедергісі
ТТЛП	- Тығыздығы төмен липопротеидтер
ЕГ	- Емдік гимнастика
ЕДШ	- Емдік дене шынықтыру
ФС	- Функционалдық сынып
СЖЖ	- Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі
ЖЖЖ	- Жүрек жиырылу жиілігі
ЭхоКГ	- Эхокардиография
ДДСҰ	- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ҒЗЖ	- Ғылыми-зерттеу жұмысы
БжҒМ	- Білім және ғылым министрлігі
ҚР	- Қазақстан Республикасы
СИ	- Сенімділік интервалы
ДБА	- Дене бетінің ауданы
ОҚО	- Оңтүстік Қазақстан облысы
ТО	- Туркестан обласы
ЖТЖ	- Жүрек-тамыр жүйесі
ЖИА	- Жүректің ишемиялық ауруы
МИ	- Миокарда инфаркт
АҚ	- Артериальді қысым
АГ	- Артериальді гипертензия
АЕМ	- Амбулаториялық-емханалық мекеме
ЕЖУЖ	- Еңбекке жарамдылығын уақытша жоғалту

КС	- Күндізгі стационар
ЕПМ	- Емдік-профилактикалық мекемесі
ЖМК	- Жедел медициналық көмек
АГМ	- Артериялық гипертензия мектебі
ӨСҰЖЖ	- Өмір сүру ұзақтығы жоғалған жылдар
МСБ	- Медициналық санитарлық бөлім
ММС	- Міндетті медициналық сақтандыру
ФМБ	- Федералдық мақсатты бағдарлама
ФМБМ	- Федералдық мемлекеттік бюджеттік мекеме
ДСҰЖАО	- Денсаулық сақтауды ұйымдастыру және
ҒЗИ	ақпараттандыру Орталық ғылыми-зерттеу институты
ЖАК	- Жоғары аттестаттау комиссиясының
ФЗОҚ	- Федералдық жазалауды орындау қызметі
ӨСОА	- Өкпенің созылмалы обструктивті аурулары
МР	- Медициналық реабилитация

ҚІРІСПЕ

Қоғамдық денсаулық елдің әлеуметтік, экономикалық және мәдени дамуының маңызды көрсеткіштерінің бірі болып табылады (Б.В. Петровский, 1973; В.С. Глушанко, 2003 и др.; Н.Н. Пилипцевич, 1998; А.В. Сидоренко с соавт., 2006). Сонымен қатар, соңғы жылдары қоғамдық денсаулықтың көптеген көрсеткіштері нашарлау үрдісіне ие. Мысалы, өлім-жітімнің, сырқаттанушылықтың және мүгедектіктің жоғары деңгейі байқалады; репродуктивті денсаулық жағдайы қалай қолайсыз деп бағаланады (Т.Т. Копать, 2001). Нәтижесінде, әлеуметтік-гигиеналық зерттеулер мәліметтеріне сәйкес, халықтың шамамен 20% - ы денсаулық сақтау мекемелерінің жіті назарында болуы тиіс (О.П. Щепин, 1999).

Қазіргі демографиялық жағдай қарт және егде жастағы адамдар үлесінің ұлғаюымен сипатталады. Болжам бойынша, таяу болашақта Еуропа халқының 30% - ы 65 жастан асады. Әсіресе, индустриялық дамыған елдерде өмір сүрудің үлкен ұзақтығы байқалады. ДДҰ мәліметтері бойынша, 65 жасқа жеткенде күтілетін өмір сүру ұзақтығы қазір 16,7 жылды құрайды, ал 80 жасқа жеткенде-8 жылдан астам.

Қазіргі кезеңде денсаулықты қорғау саясатын анықтайтын маңызды фактор халықтың ресурстық қажетсінетін нозологиялық нысандармен сырқаттанушылығының өсуі болып табылады, оларға қан айналымы жүйесінің созылмалы аурулары, ісіктер, өкпенің созылмалы обструктивті аурулары (ӨСОА), ас қорыту мүшелерінің патологиясы және бір реттік сыртқы әсер ету ауруларының үлес салмағының төмендеуі-инфекциялық және паразиттік аурулар, тыныс алу мүшелерінің жіті патологиясы жатады. (О.В. Белоконь, 2006; Т.М. Максимова, 2002). Мысалы, артериялық гипертензия егде жастағы ең көп тараған аурулардың бірі болып табылады - егер жалпы популяциядағы аурудың кездесу жиілігі 18 - 20% құраса, ал жоғары жас топтарында ол 70% - ға жетеді. Осылайша, Мемлекеттік статистикалық комитетінің зерттеу деректері бойынша алғашқы тексеру

кезінде артериялық қысымның жоғары сандары егде жастағы пациенттердің 73,6% - ында тіркеледі.

Осыған байланысты соңғы уақытта қоғамдық денсаулықты қалыптастыруда денсаулық сақтаудың маңыздылығы күшейе түсуде (А.И. Вялков с соавт., 2002; T. Vliet-Vlieland, J. Hazes, 1997 и др.). Сонымен қатар, дамудың қазіргі кезеңінде ол алдын алу қызметінің ауқымын қысқарту, Ресурстық әлеуетті пайдаланудың төмен тиімділігі, басқару жүйесінің түрлі субъектілері арасында үйлестірудің жеткіліксіздігі проблемаларымен бетпе-бет келеді. (В.С. Козак, И.С. Мыльникова, 2002; D. Wade, 1998). Саланың шектелген қаражатының үлкен қайтарылуына қол жеткізу мақсатында ұйымдастыру технологияларын елеулі жетілдіру қажеттілігі туындады-амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмекті қайта құрылымдау, ауруханалардың төсек қорын пайдалануды оңтайландыру, медицинадағы геронтологиялық бағытты дамытуды ескере отырып, медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету жүйесін реформалау.

Қартаю-жоғары ұйымдастырылған материя-ағзаның қозғалыс жақтарының бірін білдіретін жалпы биологиялық процессжәне материя-ағзаның уақыт бойынша дамуы. Қайта құрудың регрессивті процестері аясында қартаю кезінде - атрофия, тозу және т. б. дамиды. Қартаю ағзасының гомеостазын қолдауға бағытталған жаңа компенсаторлық - жұмысқа қабілетті механизмдердің қалыптасуының прогрессивті тенденциялары-витаукт механизмдері дамиды, алайда деградацияның өспелі құбылыстарын толық өтемейді (А.С. Мелентьев с соавт., 1995; В.В. Фролькис, 1988, 1989; Д.Ф. Чеботарев, 1986; J. Jogerst, 2006). Осылайша, қарт ағзаның бейімделу мүмкіндіктері төмендеді, әртүрлі аурулардың даму ықтималдығы жоғарылайды (М.А. Бутов с соавт., 2006; В.П. Войтенко, С.Г. Козловская, 1989). Осыған байланысты, қарт және ескі емделушілерде аурулардың дамуы жағдайында саногенетикалық механизмдердің рөлі, оларды ынталандыру және қолдау аса маңызды.

Жалпыалғанда мүгедектікке шығарытн және оған алып келетін салдар мен себептер өте көп. Жобада көптеген жүйелерді және олардағы мүгедектік айтылп өтіледі. Бірақ ЖҚЖ және оның ҚР жалпы мүгедектікке тигізетін салдары және әсері көп болғандықтан бұл жүйе жеке талқылануы тиіс. Сондықтан тақырыптың жалпы мүгедікке болғанына қарамастан ЖҚЖ тереңдеу зерттеу Статистикалық және әдеби мәліметтер мүгедектікке әкелетін қан айналымы жүйесі ауруларының арасында жетекші орындардың бірі жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) орын алатынын көрсетеді [Л.П. Гришина с соавт., 1995,1998,2001; Л. Е. Кузьмишин, 1997,2001, 2002; Ю. П. Лисицын, 1998; Д. И. Лавровтың, 2000; С. Н. Пузин с.авт., 2000, 2006]. ЖИА салдарынан алғашқы мүгедектік мәселесі бірқатар зерттеулерде зерттелді. ЖИА салдарынан сырқаттанушылық пен мүгедектік көрсеткіштерінің әртүрлі медициналық, демографиялық және әлеуметтік факторларға тәуелділігі анықталды [т. И. Абдуллаева, 2001; Л. П. Гришина с.авт., 2001; Л. Е. Кузьмишин, 2001,2004, 2005]. Дегенмен, ҚР-ның жекелеген өңірлерінде, оның ішінде Түркістан облысында ЖИА салдарынан мүгедектік көрсеткіштерінің динамикасы жеткіліксіз зерттелмеген.

ЖИА салдарынан мүгедектерді медициналық-әлеуметтік сараптама және оңалту кезінде жаңа нормативтік актілерді енгізуді ескере отырып, ЖИА салдарынан мүгедектер үшін оңалтудың жеке бағдарламаларын қалыптастыру кезінде оңалту-сараптамалық диагностика нәтижелерін қолданудың күрделілігіне байланысты қиындықтар болады. ЖИА салдарынан, оның ішінде коронарлық жеткіліксіздік, жүрек ырғағының бұзылуы, медициналық оңалтудың техникалық құралын-электрокардиостимуляторды пайдалану кезінде хирургиялық емді бастан өткерген науқастар мен мүгедектерді медициналық - әлеуметтік сараптау және оңалту принциптері нақтыланбаған болып қалады. Түркістан облысы мүгедектерінің осы контингентінің медициналық-әлеуметтік оңалтудың нақты түрлеріне қажеттілігі зерттелмеген. Түркістан облысындағы ЖИА салдарынан мүгедектерді медициналық-әлеуметтік оңалту кезінде күштер

мен құралдарды ұтымды пайдалану үшін оңалтудың жеке бағдарламаларын жасау кезінде ұсыныстарды ғылыми негіздеуге және нақтылауға мұқтаж.

Мүгедектіктің алдын алу жөніндегі іс-шаралар және оңалту іс-шаралары зақымданумен қатар жүретін, қорғау-компенсаторлық сипатқа ие және саногенетикалық деп аталған процестерге бағытталған (Э.А.Вальчук, 2002; Г.И. Кассирский, Р.И. Воробьев, 1988; Л.Г. Камсюк с соавт., 1988).

Мүгедектіктің алдын алуды ұйымдастыру оңалту іс-шараларын ерте бастау, олардың үздіксіздігі, кезеңділік, кешенділік, науқасқа жеке көзқарас қағидаттарына негізделген. Бұл қағидаттарды практикалық іске асыру пациентке амбулаториялық-емханалық, стационарлық және санаториялық кезеңдерде ұсынылатын профилактикалық және оңалту іс-шараларының сабақтастығы, оларды бірыңғай үш кезеңді технологияларға интеграциялау жағдайында мүмкін болады. Сонымен қатар, қалыптасқан тәжірибе мен қызметті ұйымдастыру тәсілдері мұндай кооперацияға қол жеткізуге мүмкіндік бермейді. Бұл медициналық бағдарламалардың сапасы мен тиімділігін төмендетеді, саланың алдында тұрған өзекті міндеттерді шешуде қызметті толық көлемде іске қосуға мүмкіндік бермейді.

Егде жастағы терапиялық бейіннің созылмалы патологиясы кезінде мүгедектіктің кезең-кезеңімен алдын алуды ұйымдастыру жалпы денсаулық сақтауға және оның жекелеген қызметтеріне қойылатын қазіргі заманғы талаптар арнасында - ресурстарды пайдалану тиімділігін арттыру, ұйымдастыру технологияларын оңтайландыру, басқаруды жетілдіру бар.

Қоғамдық денсаулық жағдайындағы үрдістер, денсаулық сақтауды ұйымдастыру, егде жастағы терапевтік бейіндегі созылмалы патологиясы бар науқастарда мүгедектіктің алдын алудың ұйымдастырушылық және клиникалық аспектілерін ғылыми зерттеу деңгейі келесі негізгі бағыттар бойынша диссертациялық зерттеу жүргізуге себепші болды:

1. Терапиялық бейіндегі созылмалы патологиясы бар егде жастағы науқастарда мүгедектіктің алдын алуды ұйымдастырудың жүйелі тәсілінің әдіснамасы тұрғысынан зерттеу, оның ішінде емхана-стационар - санаторий

кезеңдеріндегі медициналық іс-шаралардың кезеңділігі мен үздіксіздігі жағдайын зерттеу.

2. Егде жастағы науқастарда мүгедектіктің алдын алудың ұйымдастырушылық кезеңдерінің ерекшеліктерін, жалпы және ажырататын ерекшеліктерін, олардың мақсатын, міндеттерін, оналту диагностикасының ерекшеліктерін зерделеу, терапиялық бейіндегі созылмалы патологиясы бар қарт пациенттерді жүргізудің тиісті стандарттарын әзірлеу және енгізу арқылы профилактикалық және оналту бағдарламаларын құру және тиімділігін бағалау жолымен анықтау.

3. Емхана - стационар-санаторий кезеңдерінде сапаны басқару жүйесін әзірлеу және енгізу арқылы аумақтық деңгейде қарт науқастарда мүгедектіктің кезеңдік алдын алуды басқаруды зерделеу.

4. "Емхана", "стационар", "санаторий" және "басқару" кіші жүйелерін, біртұтас проблемалық жағдайларды, технологиялық тәсілдерді, басқару сызбаларын қамтитын егде және қарт жастағы терапевтік бейіндегі қарт науқастарда мүгедектіктің кезеңдік алдын алудың жүйелі тәсілінің әдіснамасы негізінде ғылыми негіздеу және әзірлеу.

5. Мүгедектіктің үш кезеңді алдын алу жүйесін енгізудің әлеуметтік-гигиеналық және клиникалық (ӨСОА, СЖЖ, артериялық гипертензиясы бар пациенттер мысалында) тиімділігін зерттеу.

ЖҰМЫСТЫҢ ЖАЛПЫ СИПАТТАМАСЫ

ҚР мен ТМД елдеріндегі қоғамдық денсаулықтың қазіргі жай-күйі көптеген өңірлерде теріс табиғи өсумен, өлім-жітімнің жоғары болуымен, жіті салмақтың үлес салмағының төмендеуімен және созылмалы инфекциялық емес аурулар санының ұлғаюымен, жоғары деңгейлер мен мүгедектіктің жоғары деңгейімен сипатталады. Созылмалы инфекциялық емес аурулардан зардап шегетін адамдардың үлесі жас ерекшеліктерімен салыстырғанда едәуір өседі. Бір мезгілде қоғамда қарт және егде жастағы адамдардың саны едәуір болады. Қалыптасқан жағдайда саногенді бағыты бар денсаулық сақтау қызметтерінің маңыздылығы артады (Ольбинская Л.И., 1998, 2005; Оганов Р.Г. с соавт., 2001, 2006 и др.). Сонымен қатар, мүгедектіктің алдын алуды және егде жастағы науқастардың МР саласында шешілмеген көптеген проблемалар бар; оңалту қызметі аурудың және мүгедектіктің құрылымына негізгі үлес қосатын терапевтік бейіндегі созылмалы аурулардың көпшілігінде стационар - емхана кезеңдерінде іс - шаралардың бірыңғай жүйесі ретінде жұмыс істемейді; гериатриялық практикада мүгедектіктің алдын алуды ұйымдастыру мәселелері әдебиетте көмектің негізгі кезеңдерінде фрагментті түрде көрсетілген. (Д.М. Аронов, 1999, 2006; Р. Lee, 2003 и др.). Жалпы, созылмалы терапевтік аурулары бар егде жастағы науқастарда мүгедектіктің алдын алу мәселесі медициналық іс-шаралардың жүйелілігі, тұтастығы және өзара байланысы тұрғысынан ғылыми зерттеуді, қарт науқастардың КЖ көтерілуін талап етеді (С.В. Барановский, 2000; С.А. Леонов с соавт., 2000).

Зерттеудің мақсаты мен міндеттері

Зерттеудің мақсаты-созылмалы терапиялық аурулармен ауыратын егде жастағы науқастарда мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін ғылыми негіздеу.

Зерттеу міндеттері:

1. Егде жастағы терапевтік бейіндегі науқастарда мүгедектіктің алдын алуды ғылыми зерттеу әдістемесін әзірлеу, сынақтан өткізу және енгізу.
2. Қарт науқастарда созылмалы терапевтік аурулар кезінде мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін құру қажеттілігін негіздеу.
3. Гериатриялық практикадағы емхана-стационар-санаторий кезеңдерінде іріктеу, оңалту диагностикасының, жеке бағдарламалар жасаудың, динамикалық бақылаудың стандарттарын әзірлеу.
4. Терапиялық патология кезінде егде жастағы мүгедектіктің алдын алу сапасы мен тиімділігін бағалау әдістері мен әдістемесін әзірлеу.
5. Егде жастағы науқастармен жұмыс істейтін медициналық алдын алу және оңалту қызметтерінің қызметіндегі менеджмент және маркетинг принциптерін негіздеу.
6. Терапевтік бейіндегі қарт науқастар мүгедектігінің кезеңдік алдын алу жүйесінің моделін әзірлеу, оның медициналық, әлеуметтік және экономикалық тиімділігіне бағалау жүргізу.

Жұмыстың ғылыми жаңалығы

Жүйелі көзқарас тұрғысынан алғаш рет емхана-стационар-санаторий кезеңдерінде егде жастағы терапевтік бейіндегі созылмалы патология кезінде мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шараларды бірыңғай технология ретінде зерделеу жүргізілді.

Гериатриялық практикада оңалту диагностикасының стандарттарын ғылыми негіздеу, жеке алдын алу бағдарламаларын жасау, терапиялық бейіндегі әлеуметтік маңызы бар созылмалы патология кезінде мүгедектіктің алдын алу сапасын бағалау жүргізілді.

Егде жастағы терапевтік науқастарда мүгедектіктің кезеңдік алдын алуды жүргізудің басқарушылық тәсілдері, атап айтқанда - емханадағы, санаторийдегі және стационардағы тиісті бөлімшелерді табельдік жарактандыру; оңалту бөлімшелерінің қызметіндегі дәрі-дәрмектердің Формулярлық тізбесі; медициналық бригаданың жұмыс қағидаттары әзірленді және ұсынылды.

Алғаш рет жалпы оқу желісінің МР бөлімшелері қызметінің маркетингтік қағидаттарын зерттеу жүргізілді.

Диссертацияда емхана-стационар-санаторий кезеңдерінде егде жастағы науқастарда мүгедектіктің алдын алу сапасын басқару принциптері негізделген, әртүрлі деңгейдегі сарапшылардың іс-шаралар сапасын бағалау алгоритмі ұсынылған.

Егде жастағы науқастарда терапиялық бейіндегі созылмалы патология кезінде мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шаралар жүйесі ғылыми негізделген, ол емхана-стационар-шипажай жағдайында жүргізілетін алдын алу және оңалту әдістерін бірыңғай үш кезеңді технологияларға біріктіреді.

"Дәлелдемелерге негізделген медицина" тұрғысынан ӨСОА және созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен қатар жүретін аурулар кезінде мүгедектіктің алдын алу бойынша үш кезеңді бағдарламалардың артықшылығы негізделген.

Жұмыстың практикалық маңыздылығы

Зерттеу нәтижелері мүгедектіктің алдын алу кезеңдерінің нақты интеграциясына қол жеткізуге, профилактикалық және оңалту процесінің сабақтастығын, үздіксіздігін және кезеңділігін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Мүгедектіктің алдын алу стандарттарын енгізу:

- оңалту диагностикасын жүргізу кезінде диагностикалық іс-шаралардың қайталануын болдырмау;
- кезеңдерде МР әдістерінің потенциалын және егде жастағы науқастарда олардың саногенді әсерін күшейтуді ескере отырып, жеке бағдарламалар құру;
- емхана - стационар-санаторий кезеңдерінде мүгедектіктің алдын алу сапасының деңгейін арттыру.

Басқару мен маркетинг принциптерін енгізу:

- проблемалық жағдайды талдау сапасын арттыру, әртүрлі деңгейдегі басқару қызметкерлерінің ақауларын анықтау;

- мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шаралардың үнемділігін арттыру кезеңдерінде;

- мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шараларға мұқтаж ересек жастағы адамдарды медициналық қамтамасыз етудің сапасы мен тиімділігін арттыру.

Өңірлердің деңгейлерінде терапиялық науқастарда мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін енгізу бюджет қаражаты мен денсаулық сақтауға арналған шығыстарды ұтымды және тиімді пайдалануға ықпал ететін болады.

Зерттеу нәтижелерін енгізу медициналық, әлеуметтік және экономикалық әсерлерді қамтамасыз етеді.

ӨСОА және СЖЖ, артериялық гипертензиясы бар егде емделушілердің мысалында зерттелген медициналық әсері физикалық жұмысқа қабілеттілігін, КЖ сипаттайтын көрсеткіштерді жақсартудан, төмендетілген функцияларды қалпына келтіруден тұрады. Бұл ретте үлкен нәтижеге бір кезеңді бағдарламалармен салыстырғанда үш кезеңді бағдарламаларда қол жеткізіледі.

Әлеуметтік әсер терапевтік бейіндегі созылмалы аурулар ағымының көрсеткіштерін жақсарту болып табылады: асқынулар санының азаюы, ауруханаға жатқызылған аурулар, ішкі аурулар (жұмыс істейтін зейнеткерлерде), медициналық көмекке жүгінулер саны.

Экономикалық әсер мүгедектіктің алдын алуды ұйымдастырудағы сабақтастық пен кезеңділікті жақсарту есебінен емдеу-диагностикалық процесті ретке келтірумен байланысты.

Қорғауға шығарылатын диссертацияның негізгі ережелері

1. Терапевтік бейіндегі созылмалы патологиясы бар егде жастағы науқастарда мүгедектіктің алдын алуды ұйымдастыруды ғылыми зерттеудің әзірленген әдістемесі, ол қазіргі уақытта қалыптасқан терапевтік бейіндегі созылмалы патологиясы бар науқастарда мүгедектіктің алдын алуды ұйымдастыру формаларының қызметіне жан-жақты клиникалық-ұйымдастырушылық талдау жүргізуге мүмкіндік берді, бұл олардың

кезеңділік және сабақтастық қағидаттарына сәйкессіздігін, эмердженттілік, аддитивтілік және терапевтік науқастар мүгедектігінің кезеңдік алдын алу жүйесінің синергиялығының төмен деңгейін анықтауға мүмкіндік берді.

2. Созылмалы терапиялық патологиясы бар егде жастағы емделушілерде мүгедектіктің кезең - кезеңімен алдын алу технологиялары, олар мүгедектіктің алдын алу кезеңдерін олардың мақсаты, міндеттері, әдістері мен тағайындалу параметрлеріне қатысты олардың ерекшеліктерінің принциптері бойынша біріктіреді, бұл ретте созылмалы патология кезінде туындаған жай - күйлерге қарағанда; емханалық кезең негізгі болып табылады, онда базистік іс-шаралар жүргізіледі, санаториялық кезеңде-шоғырландырушы, стационарлық-қолдаушы.

3. Кезеңдерде мүгедектіктің алдын алу технологиясының стандарттарын енгізуге, дәрі-дәрмектердің Формулярлық тізбесі, сапаны бағалау жүйесі негізінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жоспарлауға, басқарудың маркетингтік қағидаттарын іске асыруға негізделген ересек жастағы терапевтік науқастар мүгедектігінің кезеңдік профилактикасын басқарудың жетілдірілген тәсілдері.

4. "Емхана", "стационар", "санаторий", "басқару" кіші жүйелерін қамтитын, бірыңғай проблемалық жағдаймен, технологиялық тәсілдермен, басқару схемаларымен біріктірілген, жиынтығында жоғары саногенді әлеуеті бар үш кезеңді технологияларды іске асыруға қол жеткізуге мүмкіндік беретін аумақтық деңгейде егде жастағы терапиялық науқастарда мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесі.

1 Мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шаралардың негізі ретінде гериатриялық науқастарды оңалту

Саногенездің негізгі тетіктеріне зақымдауға ағзаның бейімделу реакцияларының түрі ретінде компенсацияны жатқызады, ол зақымдаушы агенттің іс-әрекетінен тікелей зардап шекпеген органдар мен жүйелердің алмастыру гипеҚРункциясы арқылы немесе сапалы жаңа функциямен зақымдалған құрылымдардың функциясын өзіне алады; реституция және оның регенерация түрі-патологиялық процесс нәтижесінде жоғалған ағзаның құрылымдарын қалпына келтіру; иммунитет (В. С. Полунин, 1991; Т. Н. Қазақстан Республикасы, 1999; Ренкер К., 1978; А. Klark с.авт. Және т. б.).

Осылайша, мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шаралардың ағзасына әсер етудің моҚРофункционалды негізі саногенез болып табылады. Бұл аурудың этиопатогенезіне бағытталған емдеуден олардың негізгі ерекшеліктерінің бірі болып табылады (В. Б. Смычек, 2002, 2003). Бұдан басқа, емдеу көбінесе пациенттің ағзасына, микро және макроорганизмнің өзара іс-қимылына, патологиялық процестер тізбегінің үзілуіне бағытталған. Алдын алу кезінде тәсіл кең. Ол саногенез туралы ілімнен шығады. Алдын алу бағдарламаларын іске асыру процесінде сол немесе өзге де ақауларды өтейтін функционалды жүйені қалыптастыру үшін мынадай қағидаттарды орындау қажет: ақаудың дабылы, қосалқы компенсаторлық механизмдерді жұмылдыру, афферентацияны санкциялайтын кері афферентация, компенсацияланған функцияның салыстырмалы тұрақсыздығын қалыптастыру (В. В. Марков, 2002; С. Medich с соавт., 1997). Бұл қағидаттардың барлығы тек емделушінің белсенді позициясы кезінде жүзеге асырылады, ол өтемақыларды дұрыс арнаға жіберу үшін өтемақы жасау процесіне өзі қатысуы тиіс, әйтпесе компенсаторлық процестер патологиялық сипатта болуы мүмкін (А. В. Чоговадзе, соавт.), 1997). Бұл ретте мүгедектіктің алдын алудың емдеуден тағы бір ерекшелігі, алдын алу - белсенді процесс, науқастың қатысуынсыз мүмкін емес, ал емдеу дәрі-

дәрмектік әдістерді белсенді қолданудан тұрады. Осы себеппен дәрігер мен науқастың (Столярова Л. Г., Ткачева Г. Р., 1978; E. Bandurska-Stankiewicz соавт., 1998; s.Singh бірге. Және т. б.).

Алайда қарт және егде жастағы емделушілермен жұмыс істеу кезінде серіктестік қарым-қатынас құрған кезде жас ерекшелігіне бейімделудің даралығын ескеру керек (А. В. Сидоренко с соавт., 2006). Г. Л. Воронков с.авт. (1985) әртүрлі, кейде әртүрлі бағыттағы, жас ерекшеліктеріне бейімделудің нұсқалары бар екенін көрсетті.

Саногенетикалық реакциялардың қалыптасуында орнын басатын құрылымдардың ұлғайған массасын қалыптастыру және ұстап тұру үшін қажет биологиялық субстраттар (нуклеин қышқылдары, белоктар, АТФ және т.б.) синтезінде компенсациялық функционалдық жүйенің қажеттілігін қанағаттандыру белгілі бір маңызға ие. Бұл үшін ағза пластикалық материалдың жеткілікті санымен қамтамасыз етілуі тиіс, сондай-ақ тиісті психологиялық қондырғы жасау жағдайында науқастың өзінің жұмысына қол жеткізу үшін алмастырушы құрылымдарды тиісті дамыту үшін бағытталған физикалық жаттықтыру орынды (Н.И. Стрелкова, С.Г. Масловская, 1991). Жаңадан құрылған функционалдық жүйенің қызметі рефлекторлық әсер ету әдістерімен де қолдау көрсетуі мүмкін (Н.Г. Уэстрайх, 1997). Осыдан саногенетикалық әсердің ерекшелігі кинезотерапия, психотерапия, диетотерапия, физиоёмдеу, рефлексотерапия, мінез - құлық терапиясы және т.б. әдістердің кең спектрін қалыптастырады., 1984; Л. П. Храпылина с.авт., 1988; Т. Deitz с.авт., 1999; М. Hernandez с.авт. Және т. б.). Емдеуден айырмашылығы, алдын алу негізінде сүтқоректілік емес әсер ету әдістері жатыр (Э. А. Вальчук, 2003; Э. И. Зборовский бірге авторлас, 1999; А. Т. Стасевич с.авт., 1996; И. К. Шхвацабая с.авт., 1978; h. Voller с соавт. Және т. б.).

Саногенетикалық реакциялардың орнығуы және тиімді болуы үшін қоршаған науқас адамның ортасына өзгерістер енгізу қажет (М. И. Черкис, 1988; D.Rintala соавт., 1984; E. Shanavan, M. Smith, 1999). Бұл өндірістік

жағдайлардың патогенді және антисаногенді әсерін төмендету, жұмыс орнының орнын толтырушы ақауын, тиісті тұрмыстық жағдайларды жасау үшін қажет (А.Н. Белова, 1987, 1995, 1996; Т. Kruse с соавт. 1999). Бұл ретте мұндай іс - шаралар кешені психотравляциялаушы, керісінше-пациент үшін оның әлеуметтік қажеттіліктерін ескеретін ыңғайлы болмауы тиіс. Компенсаторлық үдерістердің клиникалық-патофизиологиялық мәселелері әлеуметтік факторлармен тығыз байланысқан (М. Brown соавт., 1984; Т. Doering, 1999; M. de Kleijn-de Vrankrijker с.авт., 1989; s.Schmidt бірге. Және т. б.).

Алдын алу мен МР тағы бір ерекшелігі-пациент био-психо-әлеуметтік бірлік ретінде қарастырылады (М. М. Кабанов, 1985). Мұндай тәсіл саногенезге әртүрлі жоспарлы әсер етуге ықпал ететін қолданылатын әдістердің көптігіне себепші болады және мультидисциплинарлық (u.Tegtbur с соавт., 1999).

Осыған байланысты, егде жастағы және кәрі емделушілерде жастағыларға қарағанда аса күрделі міндет - дегенеративті үдерістердің дамуы және ағзаның компенсаторлық мүмкіндіктерінің төмендеуі аясында саногенетикалық үдерістерді белсендіру.

Саногенез туралы оқу-жаттығудың жалпы ережелерін толық теориялық негіздеу кезінде қолданбалы сұрақтар, мысалы, қарт және егде жастағы созылмалы терапевтік патология кезіндегі саногенетикалық реакциялардың ерекшеліктері іс жүзінде әзірленбеген және күрделі ғылыми негіздеуді қажет етеді.

Зерттеу жүргізудің тәртібі мен бағдарламасы.

Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін іске асыру үшін модельдеу әдісі қолданылды. Модельдің негізінде зерттеу нәтижесінде әзірленген емхана - стационар - санаторий кезеңдерінде терапевтік бейіндегі негізгі мүгедектікті патология кезінде жеке бағдарламаларды жасау стандарттары алынған. Базалық ЕПМ моделі негізінде мүгедектіктің алдын алудың

ұсынылған схемаларының медициналық, әлеуметтік және экономикалық тиімділігін зерттеу бойынша зерттеулер жүргізілді.

Тұтастай алғанда, мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін енгізу тиімділігінің проблемасын, ұсынылған технологиялық және басқару схемаларын қолдануды қоса алғанда, біз клиникалық, медициналық-ұйымдастырушылық және экономикалық аспектілерде қарастырамыз.

Біріншісі мүгедектіктің кезеңдік алдын алу физикалық жұмыс қабілеттілігінің көрсеткіштеріне және ағзаның басқа да физиологиялық параметрлеріне, сондай-ақ науқастың ҚЖ әсер етуінен тұрады.

Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін енгізудің медициналық-ұйымдастырушылық аспектілері біз әзірлеген мүгедектіктің алдын алу тиімділігінің критерийлері негізінде зерделенді. Оңалту процесін ұйымдастырудың ұсынылған нысанын іске асырудың практикалық әсері емханалық кезеңнің тиімділігімен салыстыру жолымен негізделген.

Оңалту іс-шараларын жүргізудің ұсынылған схемасының экономикалық тиімділігін анықтау үшін біз жүйені енгізу нәтижесінде алдын ала алынған экономикалық залалдың есебін жүргіздік. Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу бейініндегі қарт науқастарда мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін іске асырудың медициналық-әлеуметтік және экономикалық әсерлерін зерттеудің принципті схемасы; зерттеуді жүргізуге және оларды енгізуге арналған шығындарды анықтау; ұсынылатын әдістемелердің экономикалық тиімділігінің түпкілікті (нәтижелік) көрсеткіштерін бағалау. ІЖ-мен байланысты көрсеткіштер жұмыс істейтін зейнеткерлерге қатысты есептелгенін атап өткен жөн.

Д көрсеткішін есептеу үшін жұмысқа шықпаудың орташа уақытының (күндердегі) және бір жұмыс күні ішінде ел бойынша Орта жұмыс істейтіндердің таза құнының орташа мөлшерінің көбейтіндісі орындалды. Осы және басқа да көрсеткіштерді есептеу кезінде біз экономикалық тиімділікті бағалаудың негізгі принципі зерттеу объектісінің бірлігіне арналған есеп болып табылатынын негізге алдық.

МР жүргізілетін ауруға байланысты еңбекке жарамсыздық күндерінің орташа санын және ішкі жәрдемақы бойынша күндізгі жәрдемақының орташа мөлшерін немесе мүгедектігі бойынша жылдық зейнетақыны көбейту жолымен алынды.

Л көрсеткіші стационардағы емдеуге (негізгі аурудың асқынуы/декомпенсациясы бойынша) және жағдайының нашарлауына байланысты емханаға бару шығындарын қосу арқылы есептелген. Бұл ретте бір науқасты амбулаториялық емдеуге жұмсалатын шығындар 1 жыл ішінде емханаға барудың орташа санынан, бір келудің орташа құнынан, аурудың бір жағдайын дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің орташа құнынан жазылады. Стационарлық емдеуге арналған шығындар науқастың стационарда болуының орташа ұзақтығын және бір төсек-күннің орташа құнын көбейту жолымен есептелген.

Алдын ала экономикалық шығынмен қатар біз зерттеу нәтижелерін енгізудің экономикалық тиімділігін анықтадық. Терапевтік науқастардың кезеңдік МР жүйесін әзірлеу және енгізу шығындарының тиімділік коэффициенті есептелген. Ол үшін зерттелді:

Бұл ретте үш кезеңді МР жүргізілген науқастар саны 309 адамды құрады. Шығын тиімділігі коэффициентінің нормативтік деңгейі 0,15 тең. 1 жыл бойы жылдық үнемдеу 15 у төмен болмауы тиіс.е. 100 у.е. шығындар. Мұндай жағдайда жаңашылдық тиімді деп қарастырылады. Үш кезеңді МР енгізу тиімділігінің басқа да нәтижелі көрсеткіші - жылдық экономикалық тиімділік анықталды. Бұл үшін амбулаториялық-емханалық жағдайларда дәрі-дәрмектік және дәрі-дәрмектік емес терапия алған науқастар тобындағы біржолғы және ағымдағы шығындар мен шығындарды дәстүрлі дәрі-дәрмекпен емдеу аясында мүгедектіктің үш кезеңді алдын алу жүргізілген пациенттер тобымен салыстыру жүргізілді. Қажетті есептеулерді жүргізу үшін пайдаланылды;

2 ЖИАның салдарынан болатын мүгедектікке және оның соңғы жылдардығы өзгерістеріне шолу жасау

Мүгедектердің саны мен таралу көрсеткіштері (мүгедектік) денсаулық жағдайын, өмір сүру жағдайы мен деңгейін, еңбек жағдайын көрсетеді. халықтың тұрмыс және өмір сүру ортасы. Қазіргі заманғы мемлекеттік әлеуметтік саясат аясында мүгедектік Денсаулық сақтау және халықты әлеуметтік қорғау органдарының өзекті және күрделі проблемаларының бірі болып табылады (Л. П. Гришина, 1987-1995; СП. Пузин, 1995-2001; Л. Е. Кузьмишин 1996-2001 және т. б.).

Мүгедектік демографиялық көрсеткіштермен, аурушандық пен өлім көрсеткіштерімен қатар қоғамдық денсаулықтың негізгі сипаттамаларының бірі болып табылады (С. Н. Құрамы Л. П. Гришина. 2003).

Мүгедектігі аурушандыққа байланысты (корреляция коэффициенті 0.38-ден 0.72-ге дейін). (әртүрлі көрсеткіштермен корреляция 0.26-дан 0,37-ге дейін). (өлім-жітім коэффициенті 0,6-ға тең, зейнеткерлік жастағы адамдардың саны 0,39). Денсаулық сақтау жүйесіндегі емдеу-профилактикалық көмектің деңгейі мен сапасы-корреляция коэффициенті 0.45 дейін (Л. П. Гришина. Н.Д. Талалаева, Э. К. Амирова2001).

Үшінші мыңжылдықтың басында оның әлеуметтік және биологиялық мәртебесіне қарамастан адам өмірі мен әрбір адамның жеке басының бірегейлігін түсіну одан әрі нығаюда. Бұл одан да маңызды, бұл. өткен жүзжылдықта қол жеткізілген ғылыми-техникалық прогреске қарамастан, адамның сапалық және сандық индикаторларының (а. И. Осадчихи с соавт.- Алматы: "Мектеп" Баспасы, 1998. Лузин және со-авт.. 2002).

Өмір сүрудің орташа ұзақтығын арттыру және күрделі патологиялық жағдайларда өмір сүру мүмкіндігін арттыру, әлеуметтік игіліктерге қолжетімділікті кеңейту халықтың жалпы массасындағы қарт және созылмалы науқастардың үлесін арттыруға себепші болды. Осының салдарынан қазіргі уақытта ЮНЕСКО-ның деректері бойынша. ХЕҰ.

ЮНИСЕФ Біздің ғаламшар тұрғындарының орта есеппен алғанда 10%-ы қандай да бір патологиямен немесе қоршаған инфрақұрылымның жетілмеуімен байланысты өмір сүру шектеулеріне ие, ал төрттен бір отбасының құрамында мүгедек. Ресей Федерациясында Халықты әлеуметтік қорғау органдарында есепте 10 млн. астам мүгедек тұр. Жыл сайын 1 млн. астам адам алғаш рет мүгедек деп танылады. Мәселен, алғаш рет мүгедек деп танылған жалпы саны 2000 жылы 1 млн. 109.1 мың адамды құрады, 2001 жылы 1 млн. 199,7 мың адамға дейін, яғни 8% - ға өсті (Ресей Мемстаткомы). 2002).

Біздің мемлекеттің қоғамы, басқа елдердің қоғамдары сияқты, дені сау адамның әлеуетін барынша пайдалану заңдылықтарына сәйкес, оның мүмкіндіктері шыңында дамып келеді, ол 23-30-45-50 жас аралығында көрінеді; іс жүзінде барлық тұрмыстық, өндірістік. Көлік және ақпараттық инфрақұрылым мүгедектер үшін қол жетімсіз болып табылады (А. И. Осадчих. Мағлұмат Пузин және соавт., 2002).

Осыған байланысты мүгедектікті Қоғамдық мойындау қажеттігі айқын. адам өмірінің түрлі көріністерінің бірі ретінде. Халықаралық оңалту Ассамблеясында 1999 жылғы 9 қыркүйекте қабылданған" үшінші мыңжылдық Хартиясында". "біз әлемді құруға тырысамыз. мүмкіндігі шектеулі адамдар үшін тең мүмкіндіктер қоғам өмірінің барлық салаларында халықтың осы санатының толық қатысу мүмкіндігін қамтамасыз ететін ағартушылық саясат пен өркениетті заңнаманың табиғи салдары болады".

Осы өтініш контекстінде "Қазақстан республикасында мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы" заңын іске асыру бойынша жұмыс жүзеге асырылуда. Медициналық-әлеуметтік сараптама және мүгедектерді оңалту, оңалту индустриясының мемлекеттік қызметін қайта ұйымдастыру жүргізілуде, мүгедектердің құқықтарын қорғау мен қамтамасыз етуге бағытталған бірқатар заңнамалық және нормативтік актілер дайындалды және қабылданды (Л. И. Осадчих). Мағлұмат Пузин және соавт.. 2003).

XX ғасырдың соңғы онжылдығы Халықты әлеуметтік қорғау органдарында есепте тұрған мүгедектердің жалпы контингентінің өсуімен сипатталды. 1997-1999 жылдары әлеуметтік қорғау органдарында тіркелген барлық жастағы мүгедектер саны 13.2% - ға өсті. Ересек тұрғындар арасында (16-дан жоғары) өсім 13,8%, балалар арасында (0-ден 15-ке дейін) -5.1% құрады. Осылайша, мүгедектер контингенті көрсеткіштерінің динамика үрдістерін талдау әлеуметтік қорғау органдарында есепте тұрған мүгедектердің жалпы санының өсуі кезінде мүгедектер санының ұлғаюының айқын үрдісі байқалатынын куәландырады. оның ішінде мүгедек балалар мен бала кезінен мүгедектер. Бұл себептерге байланысты. әлеуметтік сипаттағы себептерге байланысты (материалдық жағдайдың нашарлауы, жұмыссыздық және т. б.).

А. И. Осадчихтардың деректері бойынша ересек тұрғындардың алғашқы мүгедектік деңгейі. С. Н. Пузина с.авт.(2002) 1997 жылдан бастап 1999 жылға дейінгі кезеңде көрсеткіштердің абсолюттік және салыстырмалы мәнде де төмендеуімен сипатталды. 1999 жылдан бастап ҚР-да халықты, оның ішінде ҚЖА салдарынан мүгедектіктің айтарлықтай өсуі байқалады. бұл күрделі әлеуметтік-экономикалық, демографиялық және экологиялық жағдайға байланысты. Еңбекке қабілетті жастағы адамдар арасында мүгедектіктің өсуі ерекше алаңдаушылық туғызады. Қала халқының алғашқы мүгедектік деңгейі әр жылдары ауылдағыдан 15-20% - ға жоғары. Еңбекке қабілетті жаста алғашқы мүгедектік өсудің біршама үрдісі бар, ал соңғы жылдары ЖИА салдарынан мүгедектер санын қоспағанда, зейнеткерлік жастағы адамдар арасында алғаш рет мүгедек деп танылған көрсеткіш төмендеді.

Түркістан облысы мен ҚР жүректің ишемиялық ауруы салдарынан бастапқы мүгедектік көрсеткіштерінің сипаттамасы

Түркістан көлемдегі өнеркәсіптік қала. Түркістан облысының орталығы. Түркістан облысының аумағы 29.8 мың км² құрайды. Қала Экономикалық даму шарттары бойынша әртүрлі. Түркістан облысының

халық саны Мемстатком мәліметтері бойынша 2017 жылдың 1 наурызына 1196200 адамды құрады және қаңтар-ақпан айларында 2,9 мың адамға азайды. Демографиялық жағдай туудан өлім-жітімнің тұрақты артуына және көші-қонның теріс сальдосына байланысты халықтың кетуінің жалғасып келе жатқан процесімен сипатталады. 2018 жылғы 1 желтоқсанға халық саны 1200400 адамды құрады және жыл басынан 14,1 мың адамға азайды. 2018 жылдың 1 қаңтарында ол 1214500 адамды құрады. Оның ішінде қала халқы 749,7 мың адамды, ауыл халқы - 464,8 мың адамды құрады. Халықтың жас топтары бойынша бөлінуі келесідей: 18 жасқа дейінгі балалар - 198,6 мың адам, еңбекке жарамды жастағы (18-54/59 жас)- 719,9 мың адам, еңбекке жарамсыз жастағы (55/60 жас)-296 мың адам. 2017 жылдың 1 қаңтарында халық саны 1235600 адамды құрады. Оның ішінде қала халқы 756,8 мың адамды, ал ауыл халқы 478,8 мың адамды құрады. Зейнеткерлік жастағы тұлғалар 393,9 мың адамды құрады. Негізгі жас топтары бойынша халықты бөлу былай көрінеді: балалар халқы (18 жасқа дейін) - 20,9%; еңбекке қабілетті жастағы (18-54/59 жас) - (58,6%), ал еңбекке қабілетті жастан асқан адамдар (20,5%).

18 жасқа дейінгі халық балалар санатына жатады, 18 және одан жоғары - ересек жастағы халыққа жатады. Ол, өз кезегінде, шартты түрде еңбекке қабілетті жастағы (ерлер - 18-59 жас, әйелдер - 18-54 жас) және еңбекке қабілетті немесе зейнеткерлік жастан асқан (ерлер-60 жас және одан жоғары, әйелдер-55 жас және одан жоғары) Халыққа бөлінеді.

Бұл зерттеу кешенді көп статистикалық болып табылады. Әлеуметтік-гигиеналық, клиникалық-сараптамалық және сараптамалық-оңалту зерттеуімен айналысады. Әрбір аспект тиісті міндеттер мен өзінің ұйымдастырушылық ерекшеліктері болды.

Түркістан облысында жүректің ишемиялық ауруы салдарынан мүгедектер контингентін медициналық - әлеуметтік оңалту іс-шараларына қажеттілік топтар бойынша мүгедектік құрылымын талдау ҚР-да және Түркістан облысында алғаш рет мүгедек деп танылған мүгедектер арасында

зерттелген уақыт кезеңінде екінші топтағы мүгедектер басым екенін көрсетті - 2010 жылы тиісінше 77% және 64,32%; бұл ретте 2017 жылға қарай екінші топтағы мүгедектердің үлесі 65,66% және 50,8% - ға дейін, негізінен үшінші топтағы мүгедектердің үлесін ұлғайту есебінен азайды. Бұл үрдістер ҚР-да, Түркістан облысында, бірақ 2013-2015 ж. ж. қала және ауыл тұрғындарының динамикасында сақталады. ауылдық елді мекендерде екінші топтағы мүгедектік көрсеткіштерінің өсуі байқалады.

Жалпы ҚР-ның қалалық және ауылдық елді мекендерінде 2017-2018 ж.ж. бірінші топтағы мүгедектердің үлесі 11,22% - ға дейін артты; 10,51% және 14,60%, 2019 жылға қарай тиісінше 10,58%; 9,98% және 13,15% - ға дейін азайды. Құлдырау 2018 жылға дейін жалғасты, бірінші топтағы мүгедектердің үлесі 10,42%; 9,61%; 13,49% мәндерге жетті, одан кейін бұл көрсеткіштің 7,86%; 7,26% және 9,51% дейін төмендеуі 2018 жылы жалғасты. Зерттелген жылдар ішінде ауыл халқының ішінен бірінші топтағы мүгедектердің үлесі ҚР барлық халқы мен қала халқының тиісті көрсеткіштерінен көп болды.

Түркістан облысында, жалпы, оның қалалық және ауылдық елді мекендерінде, барлық зерттелген жылдар ішінде бірінші топтағы мүгедектер үлесінің мәні толқын тәрізді өзгерді, көрсеткіштердің азаюына немесе ұлғаюына айқын тенденциялар байқалмады, бірақ сол сияқты, ҚР сияқты, ауыл халқының көрсеткіштері Түркістан облысының қалалық тұрғындары да осындай көрсеткіштен асып түсті.

ҚР-да зерттелген уақыт кезеңінде үшінші топтағы мүгедектердің үлесі артты. Жалпы алғанда ҚР және оның халқы үшінші топтағы мүгедектердің үлесі 2013-2015 жылдан 2017 жылға дейін ұдайы өсті. Егер 1998 жылы мәндер 12,96% сәйкес келсе: 12,20%. 2018 жылға қарай тиісінше 26,48% және 26,68% жетті. ҚР ауылдық елді мекенінде 1998 жылдан 2016 жылға дейін үшінші топтағы мүгедектердің үлесі жалпы ҚР бойынша тиісті көрсеткіштерден асып түсті, тек 2019 жылы ғана бұл көрсеткіш жоғарыда аталғандардан кем болды - 25,92%.

2.1 Жүректің ишемиялық ауруы салдарынан мүгедектерге арналған медициналық-әлеуметтік оңалту іс-шараларының тізбелерін қалыптастыру қағидаттары

Көрсетілгендей, мүгедектіктің ең жиі себебі жүректің ишемиялық ауруы миокард инфарктісі - инфарктіден кейінгі кардиосклероздың асқынған инфарктісі түріндегі жүректің ишемиялық ауруы, екінші орынды стенокардия түріндегі жүректің ишемиялық ауруы, үшінші орынды жүрек ырғағының бұзылуымен жүректің атеросклеротикалық ауруы түріндегі жүректің ишемиялық ауруы, төртінші орынды - жүрек функциясының бұзылуымен жүректің ишемиялық ауруы.

Әйелдер арасында ерлермен салыстырғанда, мүгедектіктің жиі себептері стенокардия және жүрек ырғағының бұзылуы, инфарктіден кейінгі кардиосклероз болды, бұл коронарлық арнаның атеросклеротикалық зақымдануының патогенетикалық ерекшеліктеріне және әйел жынысындағы жүректің ишемиялық ауруының дамуына байланысты.

Осы контингентте бастапқы мүгедектер (мүгедектердің орташа жылдық "ағыны") 33,33% құрады. Мүгедектердің келуі еркектерде, ең бастысы инфарктіден кейінгі кардиосклерозға - 79,6%, әйелдерде стенокардияға-65,3% байланысты болды. Келтірілген деректер халықтың зерттелетін патологиясы бар мүгедектердің жинақталу қарқынының едәуір қарқыны туралы куәландырады. Зерттелген контингент мүгедектерінің орташа жасы $47.33 \pm 1,14$ жасты құрады, ерлер мен әйелдердің жасы - тиісінше $45.33 \pm 1,04$ жас $55,16 \pm 1,52$ жас ($p < 0,05$).

ЖИА салдарынан мүгедек ерлердің саны еңбекке қабілетті жастағы мүгедек әйелдердің санынан төрт есе артық, зейнеткерлік жастағы бұл арақатынас әр түрлі боып келеді. Түркістан облысында ЖИА салдарынан мүгедектер контингентіндегі мүгедектіктің жас-жыныстық құрылымының ерекшеліктері (% , $m \pm t$).

Жас (45 жасқа дейін) мүгедектер жалпы алғанда 9,79% құрайды. 60 және одан жоғары жастағы мүгедектер 31,91% құрайды. Осылайша, осы

контингентте еңбекке қабілетті ересек жастағы мүгедектер басым-58,31%. Бұл ретте ерлер арасында осы жас тобындағы мүгедектер 50,73% - ды, ал әйелдерде 7,58% - ды ғана құрайды.

Зерттеу мәліметтері бойынша, ЖИА салдарынан мүгедектердің 44,57% - ы халықты әлеуметтік қорғау мекемесінде есепте тұрғаны және мүгедектігі бойынша зейнетақы алғандығы анықталды, мүгедектердің көпшілігі-55,43% қарттық бойынша зейнетақы алды, мүгедек мәртебесі осы мүгедектерге осы санаттағы халық үшін заңнамалық актілерде көзделген жеңілдіктерді пайдалануға мүмкіндік берді.

Медициналық-сараптамалық құжаттамаға жүргізілген талдау нәтижесінде қан айналымы жүйесі қызметінің бұзылу ерекшеліктері және ЖИА салдарынан мүгедектердің іріктелген контингентінің тіршілік ету санаттарының шектеулері анықталды.

Мәліметтердің ішінде жалпы контингентте қан айналым функциясының айқын бұзылуының салдарынан мүгедектер ең көп үлесті құрайды-56,12%. Сонымен қатар, мұндай заңдылық әсіресе қан айналымы функциясының айқын бұзылулары 61,80% - да анықталған ерлер - мүгедектерге тән, ал әйелдерде қан айналымы функциясының орташа бұзылулары салдарынан мүгедектер ең көп үлесті құрайды-46,31% жағдай. Әйелдерде ерлерге қарағанда жиі қалыпты және едәуір айқын бұзылулар, сирек - қан айналымы функциясының айқын бұзылулары анықталды.

Қан айналымы қызметінің бұзылу дәрежесінің сипаттамасы мүгедектердің тіршілік ету санатының шектелуін алдын ала анықтайтын

Тексеру және қан айналымы қызметінің бұзылуын анықтау нәтижесінде ЖИА салдарынан мүгедектердің өзіне-өзі қызмет көрсету, өз бетімен жүріп-тұру, оқыту және еңбек ету қабілетінің шектелуі анықталды . Тексерілген контингенттің мүгедектерінде тіршілік әрекетінің басқа санаттары шектелмеген.

Барлық жағдайларда ЖИА салдарынан мүгедектердің еңбек қызметіне қабілеттілігінің шектелуі анықталғаны жөн, ол оқшауланған түрде немесе тіршілік әрекетінің басқа санаттарының шектеулерімен үйлескен.

ЖИА-ның бірқатар науқастарында еңбек қызметіне қабілеттілікті шектеуден басқа, мынадай жағдайлар жиілігінің кему тәртібімен анықталды: 1-ші және 2-ші дәрежелі өз бетінше қозғалу (75%), 1-ші және 2-ші дәрежелі өзіне-өзі қызмет көрсету (43,93%) және 1-ші және 2-ші дәрежелі оқу қабілеті 30,77%; бірде-бір жағдайда аталған тіршілік әрекетінің шектелу дәрежесі еңбек қызметіне қабілеттіліктің шектелу дәрежесінен аспады.

Медициналық-сараптама құжаттамасының талдауының нәтижесінде белгілі бір мүгедектік тобының болуы туралы сараптамалық шешімдер куәландыру процесінде қан айналымы қызметінің бұзылу сипаттамасына және тіршілік-тынысының шектелуіне толық сәйкес қабылданғандығы анықталды. Сонымен қатар, қан айналымы қызметінің елеусіз немесе орташа бұзылғанын және тіршілік-тынысының шектелуінің бірінші дәрежесін анықтайтын барлық жағдайларда мүгедектіктің үшінші тобын белгілеу туралы шешім қабылданды (зерттеу № 535 бұйрық күшіне енгенге дейін жүргізілді.); қанайналым функциясының айқын бұзылуларын диагностикалау және екінші немесе үшінші даланы анықтау жағдайларында

3 Мүгедектіктің алдын алу бағдарламасының құрамдас бөлігі ретінде МО жүргізу үшін науқастарды бастапқы іріктеу

Тексерудің аспаптық әдістері негізінен емханалық кезеңде ұсынылды. Ең жиі электрокардиографиялық зерттеулер (92,4+1,6%), физикалық жұмысқа қабілеттілікті анықтауға арналған велоэргометрикалық тест (16,5+2,2%) (басқа жас топтарына қарағанда - 36,6+2,4% - жас шектеулеріне байланысты), эхокардиография (37,2+2,8%), рентгенография (68,6+2,3%), ультрасонографиялық зерттеулер (82,2+2,4%), электроэнцефалограмма (57,3+3,3%) тағайындалды. Аспаптық тексеру нәтижелері санаторийлік-курорттық картаға енгізілді, сондықтан санаторийлік кезеңде науқас жағдайы нашарлаған кезде (24,5+2,7%), $p < 0,05$. Аспаптық тексеру кезінде алынған пациенттің жағдайы туралы деректер оңалтудың стационарлық кезеңіне да берілді. Бұл түсу кезінде тексерулердің қайталануын болдырмауға және оларды шығару кезінде (95,2+1,4% жағдай), $p < 0,05$ дұрыс орындауға мүмкіндік береді. Терапиялық бейіндегі патология кезіндегі диагностиканың аспаптық әдістерінің тағайындалуы туралы деректер келтірілген.

Аспаптық тексеру әдістерін сабақтастыра қолдану физикалық оңалту іс-шараларының ұтымды тағайындалуына алып келеді, олар оны жүргізу кезінде орталық орын алады, жүйенің тұрақтылығын, оның орталықтандырылуын арттырады.

Кезеңдерде іс-шаралар құрылымын зерттеу емханадағы, стационардағы және санаторийдегі әдістердің спектрі одинак екенін анықтады. Психотерапия (67,8+3,4%), белсенді кинезотерапия (96,4+2,8%), аппаратты физиотерапия (78,3+5,3%), массаж (34,7+2,7%), рефлексотерапиялық әсер ету әдістері (23,8+2,1%) ұсынылды. Мүгедектіктің сабақтастық алдын алуды ұйымдастыру жоспарында кезеңдерде бір әдіс міндеттерге қол жеткізуге, осы кезең үшін ерекшелікті мүгедектіктің алдын алу кезеңіне түскен кезде терапевтік бейіндегі созылмалы патологиясы бар пациенттерді зерттеудің аспаптық әдістерімен қамту қарқындылығы ықпал етуі маңызды. Мысалы,

психотерапиялық іс-шаралардың құрылымын зерттеу емханалық кезеңде олардың білім беру сипатында (56,6%) екенін көрсетті және Науқастан оңалтуды жүргізуге (95,2%) қондырғы құруға бағытталғанын көрсетті. Стационар жағдайында психотерапиялық араласу психопатологиялық синдромдарды тоқтатуға (48,3%), санаторийде - аурудың ішкі көрінісін түзетуге және қолданбалы міндеттерді шешуге (мысалы, қозғалыс белсенділігінің стереотипін құру және т.б.) - 79,4% бағытталған. Психотерапиямен қатар в белсенді кинезотерапия маңызды. Әр кезеңдерде ол түрлі әдістемелер арқылы ерекше міндеттерді шешеді. Емханалық деңгейде топтарда сабақтар өтеді (56,2%), тренажерлерді тарту арқылы (45,3%) және олар науқаста бар жұмыс істеу және физикалық жұмыс істеу деңгейі кезінде барынша мүмкін болатын деңгейге жетуге бағытталған. Науқас асқыну немесе декомпенсация туындаған жағдайда жіберілетін МР стационарлық бөлімшесінде ЛГ жеке әдіспен (78,5%), сирек - тренажерларда (23,4%), топтарда (34,3%) сабақтар қолданылады, бұл емханалық кезеңнен анық ерекшеленеді, $p < 0,05$. Стационарлық кинезотерапия емханада қол жеткізілген физикалық жұмыс қабілеттілігінің деңгейін қолдауға бағытталған. Шипажайда емдік жүру (57,4%), терренкур (54,8%), емдік жүзу (35,7%) және табиғи факторлармен ұштасқан басқа да әдістер қолданылады. МР әдістерінің міндеттерін нақты түсіну әрбір кезеңдерде олардың арасындағы сабақтастықты қамтамасыз етудің маңызды факторы болып табылады.

Мүгедектіктің алдын алу кезеңдері арасындағы өзара іс-қимыл проблемасын шешу көбінесе келесі кезеңдерде алдын алу іс-шараларын өткізу жөніндегі ұсынымдарға байланысты. Профилактикалық және оңалту бағдарламаларындағы нақты сабақтастық эмердженттілікті төмендетуге, қолданылатын әдістердің синергиялығын және бір бағыттылығын арттыруға қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Шығару эпикриздерінде қамтылған әдістерді қолдану бойынша ұсыныстарды зерделеу кезінде мыналар анықталды. Бағдарлама аяқталғаннан кейін стационарлық кезеңде және пациентті емханалық ұсыныстарға

ауыстырғаннан кейін оны сабақтастық жүргізу бойынша 81,1+3,2% жағдай берілді. Бұл ретте дәрі - дәрмектік әдіс 18,4+1,4% жағдайда, физиотерапия-19,2+1,6% қолдануға ұсынылды, ал кинезотерапиялық бағдарламаларды тағайындау бойынша ұйғарымдар 18,1+1,1% жағдайда берілді. Алынған деректер мүгедектіктің алдын алу бағдарламаларын іске асыру кезінде стационар мен емхана арасындағы сабақтастықтың жеткіліксіздігі туралы қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

Кезеңдер арасындағы құжат айналымын зерделеу кезінде оңалту іс-шараларынан кейін санаториялық жағдайларда және емханада терапевтік бейіндегі созылмалы патология кезінде дәрі-дәрмектік және дәрі-дәрмектік емес әдістерді сабақтастық тағайындау жөніндегі ұйғарымдар жоқ екендігі анықталды. Бұл осы кезеңдердің арасында сабақтастықтың жоқтығын көрсетеді және мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін қалыптастыруға кедергі жасайды.

Біз пациентті санаторийден шығару және емханаға немесе стационарға ауыстыру кезінде МР әдістерін пайдалану бойынша ұсыныстарға талдау жүргіздік. Екен, бұл ауыстыру кезінде науқастың созылмалы патологиясы бар бірі санаторий стационарға 2,0+0,1% жағдайда тиісті ұсыныстар берілді, ал емханаға - 5,1+0,7%. Бұл поликлиникалық және стационар арасындағы өзара әрекеттесуден кем, $p < 0,05$.

Осылайша, мүгедектіктің алдын алу кезеңдерінің арасындағы сабақтастық бойынша нәтижелерді зерттеу негізінде ең көп Байланыс дәрежесі емханалық және стационарлық кезеңдер, емханалық және санаториялық, стационарлық және санаториялық кезеңдер арасында байқалады. Санаториялық және стационарлық кезеңдер арасындағы өзара іс-қимыл осы уақытқа дейін жеткіліксіз ұйымдастырылған болып табылады.

3.1 Негізгі созылмалы терапиялық патология кезіндегі мүгедектіктің алдын алу бағдарламаларының ерекшеліктері

Тұтас жүйелердің жұмыс істеуі олардың элементтері арасындағы байланыстарды орнату және іске асыру арқылы қамтамасыз етіледі.

Жүйелік тәсіл әдіснамасы тұрғысынан, байланыс-бұл заттың, энергияның, ақпараттың орын ауыстыруы және/немесе түрленуі, сондай-ақ жүйе элементтері арасында өзара тәуелділіктің болуы. Қарастырылып отырған жүйеде элементтердің арасындағы байланыс біртұтас объект ретінде жүйенің жұмыс істеуін қамтамасыз ететін кіші жүйелер арасындағы бірыңғай және үздіксіз технологиялық, ақпараттық, басқарушылық және өзге де ағындар болып табылады.

Байланыс жүйенің ішінде болып жатқан өзара іс-қимылды көрсетеді. Зерделенуге жататын оңалту көмегін ұйымдастыру кезеңдері арасындағы өзара іс-қимылдың негізгі түрлеріне біз: пациент мүгедектіктің алдын алуды жүргізу үшін бір кезеңнен екінші кезеңге жіберілетін медициналық өзара іс-қимыл; ақпараттық (кіші жүйелер арасында ақпарат алмасу); материалдық ресурстарды бір кезеңнен екінші кезеңге (мысалы, қаржы қаражаты, аппаратура, автокөлік және т.б.) беру жүргізілетін материалдық; аралас (әртүрлі типтегі өзара іс-қимыл).

Жеке кезеңдер арасындағы келесі байланыстар зерттелді, олар біз мынадай түрде жіктеледі: бағыт бойынша (тура, кері), иерархия бойынша (тік, көлденең), қарастырылатын жүйеге қатысты (ішкі, сыртқы), өзара (бір жақты, екі жақты).

Жүйелік тәсілде маңызды түсінік орта болып табылады. Сыртқы және ішкі ортаны бөледі. Мүгедектіктің алдын алу кезеңдері арасындағы байланысты жіктеу байланыс сипаты бағыт бойынша байланыс сипаттамасы тікелей басқару органынан (мысалы, Денсаулық сақтау министрлігі, облыстық атқару комитетінің Денсаулық сақтау басқармасы) Орындаушыға (ЕАҰ) ақпараттың келіп түсуін сипаттайды)

Кері басқару объектісінің басқару әсеріне реакциясын көрсетеді. Осылайша, жүйесі, мүгедектіктің алдын алу кеңейту көрсеткіштерін іріктеу төмендеуіне әкелуі мүмкін көрсеткішінің бастапқы мүгедектік, бұл болады, мысалы, кері байланыс

Иерархия бойынша горизонталь Г жүйесінің әртүрлі иерархиялық деңгейлерінде орналасқан объектілер арасындағы тік байланыстар- Бір иерархиялық деңгейде орналасқан объектілердің өзара қарым-қатынасын сипаттайды, мысалы, бірыңғай технологиялық конвейер бойынша мүгедектіктің алдын алуды жүзеге асыратын емхана мен аурухананың өзара қарым-қатынасы ішкі жүйеге қатысты жүйенің әлеуметтік қамтамасыз ету органдарымен, ақталатын пациенттер жұмыс істейтін мекемелермен және кәсіпорындармен (мысалы, оларды тиімді жұмысқа орналастыру кезінде) өзара іс-қимылдарын бір сатылы деңгейде сипаттайды.- Бір бағыттағы байланыс, мысалы, науқастың суын стационардан санаторийге ауыстыру мекемелердің өзара өзара әрекеттесуі жағдайында екі жақты орын алады сыртқы орта - бұл жүйеге әсер ететін, бірақ оның бақылауындағы емес объектілердің, процестердің, құбылыстардың, заттардың, параметрлердің жиынтығы (Е. Н.). Бұл-мақаланың бастамасы.

Сыртқы ортаға медициналық көмектің басқа түрлерін көрсету жүйесі (терапиялық, хирургиялық және т.б.), құрамына МР бөлімшелері кіретін ЕАҰ басқару жүйесі, сондай-ақ медициналық көмектің басқа түрлерін басқару жүйесі жатады. Сыртқы ортаға біз мүгедектіктің алдын алу бойынша іс-шараларға, медициналық - кәсіптік, әлеуметтік, педагогикалық және оңалтудың басқа да түрлері жүйелеріне, мүгедектіктің алдын алу, жалпы оңалту және Мо мәселелері бойынша Мемлекеттік заңнамаға, қоғамдық бірлестіктерге, Денсаулық сақтау министрлігінің мүгедектіктің алдын алу мәселелері бойынша нормативтік базасына, сондай-ақ эпидемиологиялық жағдайға-мүгедектікке алғашқы шығу, ішкі аурулар және т. б. бағытталатын пациенттерді жатқыздық. Сыртқы ортаның бұл факторлары мүгедектіктің алдын алу жүйесінің қызметіне тікелей әсер етеді. Жанама әсер ету

факторлары маңызды рөл атқарады. Олар, мысалы, халыққа өз денсаулығына, салауатты өмір салтына, мүгедектер мен созылмалы ауру адамдарға қатысты (Мәдениет, мораль, дәстүр мәселелері). Экономикалық факторлар белгілі бір мәнге ие, себебі қызметкерге белгілі бір экономикалық талаптар қойылған кезде ол өз денсаулығын нығайтуға ұмтылады, мүгедектіктің алдын алуды жүзеге асыруға уәждеме артады. Саяси факторлар да маңызды. Мысалы, ТМД елдерінің көпшілігінде қоғамның мүгедектерге енжар қарым-қатынасынан бастап, оларға зейнетақының орнына заңнамалық түрде оңалту ұсынылады, бұл оңалту қызметін дамытуға түрткі болды. Ішкі орта-бұл бақылаудағы жүйедегі және оның қызметін анықтайтын объектілердің, процестердің, құбылыстардың, заттардың, параметрлердің жиынтығы.

Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесінің ішкі ортасы жалпы реабилитология және жекелеген әдістер бойынша дәрігерлердің арнайы даярланған персоналының, жекелеген әдістер бойынша орта медицина қызметкерлерінің болуымен қалыптасады; арнайы ұйымдастыру құрылымдары - тұтас ЕПМ (мысалы, санаторийлер) немесе ЕПМ құрылымдық бөлімшелері (ауруханалардың, емханалардың, санаторийлердің ЕЖ және ЖЖЖ бөлімшелері); мүгедектіктің алдын алу үшін ерекше ақпараттық құрылымдар (май, есептердің арнайы нысандары және т. б.); басқарудың ерекше құрылымдары; оңалту қызметі үшін

Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесінің ішкі ортасы ЕПМ-нің және ЕПМ-нің құрылымдық бөлімшелерінің құрылымымен, профилактикалық және оңалту технологияларын, коммуникацияларды қолданатын басқару құрылымымен және "стационар", "емхана", "санаторий" кіші жүйелері, технологиялық кіші жүйелерді басқарудың автоматтандырылған жүйесі арасында міндеттерді бөлумен анықталады.

Жүйенің ортасына қатысты функциясы оның әсерін қабылдаудан тұратын элементтер бөлінеді. Бұл элементтер жүйеге кіру деп аталады.

Жүйенің кіруіне түсетін ақпарат, науқастар ағыны, материалдық салымдар, басқару шешімдері кіру әсері ретінде қарастырылады. Шығыс әсерлерін іске асыратын жүйе элементтері жүйеден шығу деп аталады.

Сәрсенбі күні мүгедектіктің алдын алу жүйесінен келіп түсетін науқастардың ағымдары, есептік деректер, жедел ақпарат, эпидемиологиялық көрсеткіштердің динамикасы шығу әсерлері болып табылады. Жүйенің маңызды сипаттамалары оның құрылымы мен функциясы болып табылады. Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесінің құрылымы деп біз оның кіші жүйелерінің тұрақты құрамын және олардың арасындағы тұрақты байланыстарды түсінеміз. Құрылым салыстырмалы тұрақтылықпен және уақыт тұрақтылығымен сипатталады. Осы себепті кезеңдік МР жүйесінің құрылымы ұғымына біз оның элементтерінің барлық өзара әрекеттесуін емес, тек уақыт тұрақтыларын ғана қосамыз.

Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесінің функциясы деп біз созылмалы терапиялық патология салдарынан бұзылған пациенттің қабілетін қалпына келтіруді саногенетикалық механизмдерді белсендіру есебінен көбінесе сүтқоректі емес әдістердің кең спектрімен түсінеміз. Функция- жүйе құраушы рөл атқарады, бұл функция арқылы элементтерді жүйеге қосу.

Терапиялық бейіндегі науқастар мүгедектігінің кезеңдік алдын алу іс-шараларын іс жүзінде іске асыру үшін жүйе ретінде эмердженттік, аддитивтілік, синергиялық, мультипликативтілік, тұрақтылық, бейімділік, орталықтандырылған, үйлесімділік және өзара медициналық көмекті ұйымдастыру кезеңдерінің оқшаулануын төмендетуге қол жеткізу қажет.

Осы ұстанымдарға қол жеткізу, сондай-ақ жаңалықтардың медициналық-әлеуметтік және экономикалық тиімділігін бағалау үшін біз жүргізілген зерттеулердің нәтижелеріне негізделген терапевтік бейіндегі науқастар мүгедектігінің кезеңдік алдын алу жүйесінің жалпылама моделін ұсынамыз (6.1 сурет). Мүгедектіктің алдын алу жөніндегі бағдарламаларға іріктеу принциптері бойынша емханалық кезеңде жүргізілетін пациенттердің ағымдары жүйеге кіру болып табылады:

ҚОРЫТЫНДЫЛАР

1. Қарт науқастарда созылмалы терапевтік аурулар кезінде мүгедектіктің кезеңдік алдын алудың бірыңғай интеграцияланған жүйесін құру мынадай проблемаларды жоюға мүмкіндік береді: кезеңді емдеу ұғымдарын және оңалту-алдын алу бағдарламаларын ауыстыру, жүргізу кезінде кезеңділік пен сабақтастықты іске асырудың ұйымдастырушылық тетіктерінің болмауы, мүгедектіктің алдын алу әдістерін және егде жастағы емделушілерде жекелеген клиникалық әдістемелерді пайдалану кезінде физиологиялық және психологиялық ерекшеліктерді есепке алудың болмауы.

2. Ерекше оңалту диагнозын қою көмекті ұйымдастыру кезеңдерінде ерекшеленеді: емханалық кезеңде науқастың функционалдық класы, оның оңалту әлеуеті және болжамы анықталады; стационарлық жағдайларда диагностикалық іс-шаралар емдеуге жатқызу кезеңінде оңтайлы тактиканы қалыптастыру мақсатында жағдайды нақтылауға бағытталған; санаторийде көбінесе физикалық факторлардың төзімділігін зерттеу жүргізіледі.

3. Мүгедектіктің алдын алу жөніндегі бағдарламалардың сандық және сапалық мазмұны кезеңділік тұжырымдамасына бағынады: емханада ұзақ мерзімді динамикалық бақылау барысында мүгедектіктің алдын алу жөніндегі базистік іс-шаралар (базистік кезең) жүргізіледі; стационарда іс-шаралар бұрын қол жеткізілген дене жұмысқа қабілеттілігінің және КЖ деңгейін қолдауға және қалпына келтіруге бағытталған (қолдаушы кезең); санаторийде ремиссияны шоғырландыру және ағзаның спецификалық емес резистенттілігін нығайту (шоғырландырушы кезең) жүзеге асырылады.

4. Терапевтік бейіндегі қарт науқастарда мүгедектіктің алдын алу бойынша бағдарламаның негізі кинезотерапия болып табылады: емхана кезеңі үшін - ЛГ топтық әдіспен, тренажерларда жаттығу, мөлшерленген жүру; санатория кезеңі - мөлшерленген жүру, терренкур, ЕГ топтық әдіспен, жүзу; стационар кезеңі - топтық және жеке әдіспен ЕГ-ның ең жақсы әдістері.

Стационарлық кезеңде кинезоте-рапиямен бірдей мәнде дәрі-дәрмектік әдістер бар.

5. Емханада егде жастағы науқастарда мүгедектіктің алдын алу тиімділігінің критерийлері жұмыс істейтін зейнеткерлер үшін ВНН жағдайлары мен күндерін, емдеуге жатқызылған аурушандықты, жүгінуді, асқыну санын төмендету болып табылады; стационарда - субъективті, физикалық және зертханалық-аспаптық деректердің динамикасы, тіршілік әрекетінің шектелу дәрежесінің өзгеруі, мүгедектіктің алдын алу немесе оның дәрежесінің төмендеуі; санаторийде-тіршілік әрекетінің шектелу дәрежесінің өзгеруі, субъективті және объективті физиологиялық деректердің динамикасы.

6. Мүгедектіктің кезеңдік алдын алу жүйесін басқарудың әдістемелік негізі: кезеңдерде мақсаттар мен міндеттерді қоюды саралау, бригадалық әдіс бойынша персоналдың қызметін ұйымдастыру, бөлінген іс-шараларды бірыңғай үш кезеңді технологияларға біріктіру, персоналдың еңбегін ынталандыру, талдау, есепке алу және бақылау жүргізу, оңалту диагностикасын жүргізу және жеке бағдарламаларды орындау үшін жабдықтармен жабдықтау табелін әзірлеу, мүгедектіктің алдын алуды жүзеге асыратын қызметтер үшін дәрі-дәрмектердің формулярлық тізбесін әзірлеу, уақытша жоспарлау (жылдық және күнделікті)

7. Гериатриялық практикада мүгедектіктің алдын алудың оңтайлы үлгісі үш кезеңді медициналық технологияларды (емханалық, стационарлық, санаториялық) пайдалана отырып модель болып табылады. Кезеңдердің ең тиімді дәйектілігі мыналар болып табылады: емхана-санаторий-емхана-стационар-емхана. Мүгедектіктің кезең-кезеңмен алдын алудың мұндай моделі кезінде физикалық жұмыс қабілеттілігі мен ҚЖ көрсеткіштерінің өсуі, сондай-ақ медициналық-әлеуметтік көрсеткіштердің жақсаруы қамтамасыз етіледі.

ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР

1. Бірінші және екінші оналту функционалдық сыныбы бар қарт науқастарды жүргізу үшін бір ғана емес, үш кезеңді мүгедектік профилактикасының жеке бағдарламаларын құрау қажет.

2. Егде жастағы науқастарда мүгедектіктің алдын алу жөніндегі бағдарламаға кинезотерапиялық іс - шаралар кіреді: емханалық кезеңде топтық әдіспен емдік гимнастиканы, тренажерларда жаттығуларды, дозаланған жүруді пайдалану; санаториялық кезеңде-белсендіретін іс-шаралардың кең спектрі, оның ішінде дозаланған жүру, терренкур, топтық әдіспен емдік гимнастика, жүзу; стационарлық кезеңде топтық және жеке әдіспен емдік гимнастиканы қолдана отырып, щадящую тактиканы пайдалану.

3. Егде жастағы науқастардың мүгедектігінің алдын алуға сараптамалық бағалауды сарапшы анамнез жинау мен сараптамалық-оналту диагностикасын, клиникалық-функционалдық диагноз қою сауаттылығын, медициналық бригада қызметінің сипатын, профилактикалық және оналту іс-шараларын жүргізуді, мүгедектіктің алдын алудың қол жеткізілген нәтижесін және пациенттің қанағаттанушылық дәрежесін бағалауды жүйелі түрде зерделеу арқылы жүргізген жөн.

4. Емханалық кезеңде мүгедектіктің алдын алу жөніндегі іс-шаралардың тиімділігін созылмалы аурулар ағымының медициналық - әлеуметтік көрсеткіштерінің серпіні негізінде (асқыну саны, ішектің жағдайы мен күндері-жұмыс істейтін зейнеткерлер үшін, емдеуге жатқызылған аурулар, 1 жыл бойы мүгедектіктің алдын алу жөніндегі іс-шаралар курсына дейін және одан кейін бір өтінішке бару және т.б. саны) айқындаған жөн, емханада мүгедектіктің алдын алу жөніндегі іс-шаралар курсы аяқтау өлшемі оның оңтайлы ұзақтығын аяқтау болып табылады.

5. Стационардағы терапевтік бейіндегі қарт науқастарда мүгедектіктің алдын алу жөніндегі іс-шаралардың тиімділігін мынадай өлшемдер бойынша айқындаған жөн: пациенттің субъективті сезімінің

(шағымдардың) динамикасы; объективті және зертханалық-аспаптық деректердің динамикасы; тіршілік әрекетінің шектелу дәрежесінің өзгеруі, мысалы, қозғалу қабілетінің, еңбекке қабілеттілігінің жақсаруы; мүгедектіктің алдын алу; іс-шаралар басталғанға дейін болатындықтан мүгедектікті, бірақ аз топты анықтау (мысалы, екінші топқа шығу қаупі кезінде үшінші топты анықтау).

6. Мүгедектіктің алдын алудың санаториялық кезеңінің тиімділігін бағалау үшін үш әдісті қолданған жөн - қарт науқастың субъективті сезім динамикасын анықтау, бастапқы жағдайдың объективті параметрлерімен салыстыру, қол жеткізілген нәтижені болжалғандармен салыстыру.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Толығырақ Оқу Н. Пациенттің қанағаттанушылығы медициналық көмек сапасының көрсеткіші ретінде // әлеуметтік гигиена және медицина тарихы мәселелері.-1989.-№5.-С. 31-33.
2. Авксентьева М. В., Бальчевский в. В., Воробьев П. А. Денсаулық сақтаудағы стандарттау негіздері: Оқу құралы (под ред. А. И. Вялкова, П. А. Воробьева).-М.: Ньюдиамед, 2002.-216 Б.
3. Алферова Т. С., Потехина м. а. А. Реабилитология негіздері - Тольятти, 1995.- 148 б.
4. Амиянц А. Ю., Громова Г. В. Жүректің ишемиялық ауруын хирургиялық емдеудің шалғайдағы нәтижелеріне төменгі таулы курортта кезең-кезеңмен оңалтудың әсері // терапевтік Мұрағат 1997 -№1-Б.58-59.
5. "Баян Сұлу" Ақ М., Физикалық белсенділік және жүрек 3-ші басылым., Қайта өңдеу және қосымша.-К.: Денсаулық, 1989.-216 Б.
6. Аронов Д. М. Жүректің ишемиялық ауруымен ауыратын науқастарды оңалту // клиникалық медицина.-1989.-№3.-С. 133-140.
7. Афонина Е. В. Емхана жағдайында қалпына келтіру емі (кешенді әлеуметтік-гигиеналық зерттеу): Автореф. дисс. . канд. бал. 13.00.33 / Медициналық және медициналық-техникалық ақпарат желісі.-Мәскеу, 1982 18 С.
8. Балавин В. в. Климаттық курорттарда созылмалы бронхитпен ауыратын науқастарды емдеуді оңтайландыру / Вопр. курорт., физиотер. және лечебн. физ культ-1992.- №5 -6.- с. 26-30.
9. Ю. Балун О. А. Инсульттан кейінгі науқастардың деректер банкі: реабилитациялық процестің тиімділігіне әсер ететін факторлар // Невропатология және психиатрия журналы 1994- №3 - С. 60-65.
10. Мағлұмат М., Мирзоян С. А. Гипертониялық аурумен ауыратын науқастарға арналған білім беру бағдарламалары және оларды санаториялық-курорттық жағдайда жүзеге асыру // Вопр. курорт., физиотер. және лечебн. физ культ-1997.-№1.-с. 40-42.

11. Белинский А. В. Шекаралық психикалық бұзылулары бар әскери қызметшілерді медициналық оңалтудың заманауи тәсілдері // Әскери-медициналық журнал.-№8.-2000.-С. 25-34.
12. Белов В. П. Оңалту: мазмұны мен алғы шарттары // Методологиялық және ұйымдастырушылық мәселелерін белгілейді мүгедектерді оңалту: ғылыми еңбектер жинағы; под ред. В. П. Белова / ЦИЭТИН - Москва, 1973 - С. 5-23.
13. Белова А.Н. Еврологиялық науқастарды амбулаториялық оңалтуды ұйымдастыру // неврологиялық журнал 1996 - №3 - с. 26-32.
14. " Белова А.Н . Неврологиялық науқастарға амбулаториялық оңалту көмегі жүйесінің тиімділігі: Автореф. дисс. . д-ра мед. 14.00.13 / Нижегородск мемлекеттік мед. академиясы Н.Новгород, 1995 - 39 б.
15. Мағлұмат Радау Ю. В. Қалпына келтіру емінің амбулаториялық орталығы жағдайында неврологиялық бейіндегі науқастардың клиникалық-оңалту топтары // Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау саласы — 1993- №4-Б.9-12.
16. Белоконов О. В. Ресейдегі Қарт адамдардың медициналық-әлеуметтік әлауқатын бағалау // геронтология жетістіктері. 2006. - № 19. - С 129-146.
17. Бутов М. А., Маслова О. А., Кузнецов П. С. Әр жастағы асқазанның жара ауруымен ауыратын науқастарда вегетативтік теңгерімсіздік және оны түзету жолдары // геронтологияның жетістіктері. 2006. - № 18. - С. 15-20.
18. Бобырев Ю. А., Турова Е. А., Дидковская А. Г. Инсулинге тәуелді қант диабетімен ауыратын науқастарды госпитальдық кезеңде медициналық оңалту // Әскери-медициналық журнал.-№1.-2000.-С. 31-34.
19. Богша С. м. Өкпенің обструктивтік патологиясы бар науқастарды курорттық оңалтудың негізгі принциптері / курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру мәселелері 1989.-№1-Б.6-11.
20. Тыныс алу мүшелерінің аурулары. Клиника және емдеу. Таңдамалы дәрістер / ред. А. Н. Ескерту.: Изд-во "Лань".- 1999-256 б.

21. Борисов А. В. Қан айналымы жеткіліксіздігі бар наукастарды емдеудегі стационар мен амбулаториялық-емханалық мекемелердің сабақтастығы // терапиялық Мұрағат.-1993.-№1.-С. 52-54.
22. Борисов В. А. Компьютерлік технология негізінде санаторийдегі наукастарды оңалту процесін басқаруды рационализациялау // курортология, физиотерапия және емдік дене мәдениеті мәселелері 1999.-№2-Б.35-39.
23. - Алматы: Баспагерлер Мен Кітап Таратушылар Ассоциациясы, 2015. Шет елдерде наукастар мен мүгедектердің еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруді ұйымдастыру // курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру мәселелері 1989.- № 1-С.68-71.
24. Боровик Э. Г. Қалпына келтіру емін ұйымдастырудың қазіргі мәселелері // Советское здравоохранение 1987 - №1 - с. 17-18.
25. Борщевский В. В, Калечиц О. М. Қазіргі жағдайдағы Беларусь халқына пульмонологиялық көмек көрсету жағдайы // Пульмонология-1996.-№2.-С. 7-10.
26. Вальчук Э. А. Жергілікті санаторийлер және олардың ауыл халқын медициналық-әлеуметтік оңалту жүйесіндегі орны / / курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру мәселелері 1992.-№№5-6. - С. 69-71.
27. Вальчук Э. А. Медициналық оңалту жүйесін ғылыми негіздеу және әзірлеу(Беларусь Республикасының ауылдық аудандары мысалында): Дисс. . д-ра мед. ғылым: 14.00.33.-М., 1993.-43 Б.
28. Валчук Э. А. Медициналық оңалтуды ұйымдастыру негіздері / / Белоруссия Денсаулық сақтау 1989 - №2 - Б.46 - 50.
29. Вальчук Э. А. Патогенез, саногенез және реабилитация / Медико-социальная экспертиза и реабилитация (ғылыми мақалалар жинағы), ВД. 4; ред.м. ғ. д. В. Б. Смычка. Минск, 2002. - С. 174 -180.
30. Медициналық оңалту туралы түсінік // Денсаулық сақтау Беларусь.- 1995 №7 - С.38-40.

31. Вальчук Э. А. Беларусь Республикасының Денсаулық сақтау мекемелеріндегі медициналық оңалту жағдайы / / Беларусь Денсаулықсақтау.- 1995 - №8.- С. 34-36.
32. Вальчук Э. А. Стационардағы медициналық оңалтуды ұйымдастыру кезеңі, мәселелері және болашағы / / Беларусь Денсаулық сақтау.- 1992- № 11.-С. 42-44.
33. - Вальчук Э.А., Ильницкий А.Н, 2015. Амбулаториялық-емханалық жағдайларда науқастарды медициналық оңалтудың тиімділігін арттыру жолдары: әдіс, ұсынымдар: Беларусь Республикасының ДСМ Минск, 2000. - 24 б.
34. - Вальчук Э.А., Ильницкий А.Н 2015. Беларусь Республикасындағы медициналық оңалтудың қазіргі жағдайы / / әлеуметтік гигиена, Денсаулық сақтау және медицина тарихы мәселелері 2000 - №1-Б. 48-52.
35. Васильчиков В. М.Халықтың бейімделмеген топтарын медициналық-әлеуметтік оңалтудың кейбір мәселелері туралы / / Медико-әлеуметтік сараптама және оңалту 1999 - № 1-Б. 42-43.
36. Ветитнев А. М. Маркетинг санаторно-курортных услуг, М.: "Медицина", 2001 - 224 с.
37. Власов в. В. - Медицина тапшылығын ресурстар М: "Триумф", 2000 - 447 с.
38. Бронх демікпесімен ауыратын науқастардың сараланған емінің тиімділігі мен диагностикасының сапасын арттырудағы емхана-стационардың бірыңғай жүйесінің мүмкіндіктері / Р. А. Александрова, С. С. Жихарев, В. Н. Минеев және т.б. // терапевтік Мұрағат.-1990.-№3.-С. 69-72
39. Медициналық-әлеуметтік сараптама және оңалту бойынша анықтамалық (ред. М. В. Коробова, В. Г. Помникова).- СПб.: Гиппократ, 2003 800 с.
40. Волков В.С., Анталози З. Оңалту науқастардың миокард М.: Медицина, 1982 - 232 с.
41. В. И. Воробьев Сауықтыру және емдік тамақтануды ұйымдастыру.: Медицина, 2002.- 448 б.

42. Медициналық қызмет көрсету сапасын қамтамасыз ету. Концепция және әдіснама.-Копенгаген: ДДҰ, 1985 179 с.
43. Денсаулық сақтаудың басқару және экономикасы: жоғары оқу орындарына арналған оқу құралы.-М.: ГЭОТАР Медицина, 2002.- 328 б.
44. Габуева Л.А. Денсаулық сақтау мекемелерінің кәсіпкерлік қызметі - М.: Грантъ, 2002 994 Б.
45. Габуева Л.А.ЕПМ экономикасы: экономикалық тиімділік және биз-нес-жоспарлау.-М.: Грантъ, 2001 184 с.
46. Галкин Р. А., Тявкин В. П. Хирургиялық науқастарды емдеу сапасын сараптау // Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау 1993 - №3.- С. 13 -15.
47. Гиткина Л.С. Бас сүйек-ми жарақатының салдарынан мүгедектерді әлеуметтік-медициналық оңалтудың негізгі кезеңдері мен бағыттары / / Мүгедектерді оңалтудың ғылыми-әдістемелік аспектілері: Тез докл-Минск, 1993.-С. 30-32.
48. Гиткина Л. С., Смычек В. Б., Рябцева Т. Д. Клиникалық-оңалту топтары медициналық оңалтудың тиімділігін бағалауға дифференциалды тәсілдің негізі ретінде / / денсаулық сақтауды ұйымдастыру және ақпараттандыру мәселелері, 1999 №1С. 25-30.
49. Гиткина Л. С., Смычек В. Б., Рябцева Т. Д. Медициналық-кәсіптік кезеңде бас сүйек-ми жарақатымен ауыратын науқастарды оңалту / / денсаулық сақтауды ұйымдастыру және ақпараттандыру мәселелері 1997 - №4 - б.18 - 20.
50. Глоссарий. Медициналық көмектің сапасы / / Экономикалық және технологиялық ынтымақтастық жөніндегі ресей-американ үкіметаралық комиссиясы.
51. Глушанко В. С. қолданылатын медициналық технологияларды интегралдық бағалау әдістемесі // қазіргі медицинадағы жаңа технологиялар: Сб. ғылыми жұмыс / Беларусь Республикасының МЗ (редколл. "Баян Сұлу" Ақ Және т. б.).- Мн.: БелЦМТ, 1999.-С. 3-7.

52. - Григорьева В.Д., Суздальницкий Д.В., Федорова Н.Е., 2015.Е. Остеоартритпен ауыратын науқастарды медициналық оңалту практикасында физикалық факторларды қолданудың жаңа тәсілдері / курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру мәселелері 2000.-№1-С.3-7.
53. Григорьева В.Н., Белова А.Н., Густов А.В. Неврология және психиатрия журналы 1997 - №12 - б.95-99.
54. Гринвальд И. М., Щепетова О. И. к методика экономической оценки инвалидности и реабилитации инвалидов / / Советское здравоохранение-1975.-№6.-С. 19-23.
55. Грознова А. В. амбулаториялық-емханалық жағдайларда оңалтуды ұйымдастыру // медициналық көмек 1996 - №4-с. 16-18.
56. Гусева Н.К. Говязо Л.В. ірі өнеркәсіптік қала жағдайында науқастар мен мүгедектерді оңалту жүйесін ұйымдастыру // Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау 1990-№1 - С.12-16.
57. Гусева Н.К., Соколов В. А., Красникова Л. И. беру Қағидалары мен еңбекке жарамсыздық парақтарын ресімдеу-НН.: НГМА, 2002 80 б.
58. Гусева Н.К., Сорокина Л.В., Соколов В.А. емдеу-алдын алу мекемесі басшысының жұмысында басқарудың ұйымдастырушылық-өкімдік әдістері: әдістемелік ұсынымдар.-НН: НГМА, 2002.- 68 б.
59. Давидовский И. В. Медициналық көмек сапасын Бағалау медициналық қызметтерді тұтынушылар // Денсаулық.-2000.-№11 .-С. 31-34.
60. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. еңбекке жарамсыз азаматтарды медициналық-әлеуметтік оңалтудың түрлері мен әдістері-М., 1991.-143 Б.
61. Демиденко Т. б. Оңалту кезінде цереброваскулярлы патология-М.: Медицина, 1989 189 б.
62. Джогертс Дж. Гериатриялық бағалау гериатрдарға ғана емес / геронтология жетістіктері. 2006. - № 19. - Б. 120-128.
63. Дубровский В. И. Емдік дене шынықтыру (кинезотерапия): Учебник для студентов вузов-М.: Білім, 1998 -608с.

64. Журавлева К. И., Матвеев С. А. ірі қаланың медициналық оңалту қызметін жетілдіру // кеңестік медицина - 1984-№7.-С. 75-79.
65. Медициналық оңалтудың принциптері мен кезеңдері // Вопр. курорт., физиотерап. және леч. физ культ 1996 - №2. — С. 40-44.
66. Медициналық реабилитацияның принциптері мен кезеңдері / / курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру мәселелері 1996.- №2-С. 40-44.
67. Ильницкий А.Н.Терапиялық бейіндегі науқастарды кезеңдік медициналық оңалтуды ұйымдастыру мәселелері // Денсаулық сақтау 2003- № 3.-С. 18-20.
68. Ильницкий А.Н. Кезеңдік медициналық оңалту жүйесін қалыптастырудағы логистикалық тәсілдер // әлеуметтік гигиена, Денсаулық сақтау және медицина тарихы мәселелері. 2003. -№ 4. - С. 51-53.
69. Ильницкий А.Н.Стационарлық және амбулаторлық-емханалық көмек терапевтикалық бейіндегі науқастарды кезеңді оңалтудың буыны ретінде / / Медико-әлеуметтік сараптама және оңалту. 2001. -№3.-С. 11-13.
70. Ильницкий А.Н.Созылмалы обструктивті бронхитпен ауыратын науқастарды кезеңдік медициналық оңалту / / курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру мәселелері 2002 - № 2-Б.10-12.
71. Кабанов м. М. Оңалту психикалық ауру - Л.: Медицина, 1985.-216 Б.
72. Каденов В. Г. Ірі қала жағдайында ам-булаторлы-поликлиникалық науқастарды қалпына келтіру қызметін ұйымдастыру // емдеу-алдын алу мекемелерінің жаңа жұмыс түрлері: тез. ғылыми-практикалық конференция-Клайпеда, 1988 - с.182-184.
73. Ильницкий А.Н.Денсаулық сақтаудағы еңбекке ақы төлеудің ынталандырушы жүйесі-М.: Грантъ, 2000 336 б.
74. Калининская А. а. Қалалық емханаларды қалпына келтіріп емдеу бөлімшелері жұмысының ұйымдастырушылық формаларын жетілдіру / / Советское здравоохранение 1987 - №12-б. 9-10.

75. Калининская А. а. Амбулаториялық-емханалық жағдайларда қалпына келтіру емдеу қызметін жетілдіру-МРЖ-1990 16 - бөлім - №3-С.15-20.
76. Медициналық-әлеуметтік реабилитацияның методологиялық және ұйымдастырушылық аспектілері // Советское здравоохранение.- 1988.- №2 С.58-62.
77. Кассирский Г. И., Воробьев Р. И. Оңалту медицинада (анықтау, міндеттер, проблемалар) // Кеңес денсаулық сақтау 1988 - №4. - С. 22-26 болды.
78. Кливник В. С. Ауылдық ауданда медициналық оңалтуды ұйымдастырудың ғылыми негіздемесі: Автореф. дисс. . канд. ғылым: 14.00.33 / Киев мед. ин-тим. А. а. Богомольца-Киев, 1987 -23 с.
79. Кливник В. С. Ауылдық денсаулық сақтау жағдайында диснсерлік топ науқастарын оңалтуды ұйымдастырудың кейбір аспектілері // Соц. гиг., организ. здравоохр. және истор. медицина 1986 - вып. 17 - с. 88-91.
80. Кливник В. С. орталық аудандық ауруханада оңалтудың экономикалық тиімділігі // әлеуметтік гигиена, денсаулық сақтауды ұйымдастыру және медицина тарихы 1985 - Шығыс. 16.- С. 85.
81. Кливник В. С. орталық аудандық ауруханада науқастарды оңалтудың тиімділігі // Советское здравоохранение 1983- № 10-С. 18 -22.
82. Кливник В. С., Череватюк В. И., Прищак А. И. орталық аудандық аурухана жағдайында медициналық оңалту - Киев: Здоровья, 1984.-38 Б.
83. Кимина М. М., Колесникова М. Б., Аласова Т. А. балалар емханасының жағдайындағы медициналық оңалту бөлімшелерінің жұмыс тәжірибесі // Педи-атрия.-1984.-№9.-С. 65-66.
84. Кляйн Т. Ф. Науқастар мен мүгедектерді медициналық оңалтудың тиімділігін бағалау // Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау - 1982-№11 Б.44 -45.
85. Клячкин Л.М. Пульмонологиялық науқастарды оңалтудың өзекті мәселелері // клиникалық медицина.-1990.-№12.-С. 105-107.

86. J1 Клячкин.1 ±Аурулармен ауыратын науқастардың аеабилитаииясының Поинпиптері // клиникалық медицина-1992.-№2.-С. 105-109.
87. J1 Клячкин.В. Пульмонологиядағы оналту // Пульмонология-1994.-№1.- С. 6-10.
88. Клячкин Л.М., Щегольков А. М. Ішкі органдар аурулары бар науқастарды медициналық оналту М.: Медицина, 2000.-328с.
89. J1 Клячкин.М., Щегольков А. М., Клячкина И. Л. Санаторная оналту талқылануда / курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру 2000.-№1.- С. 35-40.
90. Коган О. Г. Найдин В. Л. Неврология және нейрохирургиядағы медициналық реабилитация М.: Медицина, 1988-304 б.
91. Козак В. С., Мыльникова И. С. емдеу-алдын алу мекемелерінің басқармасын кешенді тексеру бойынша анықтамалық: жұмысты ұйымдастыру бойынша нормативтік құжаттар М.: Грантъ, 2002.- 272 б.
92. Кокосов А.Н., Поташов Д.А. Созылмалы бронхитпен ауыратындарды бастапқы белгілері бар мамандандырылған бөлімшеде обструкцияны қалпына келтіру емі / клиникалық медицина.-1989.-№5.-С. 45-49
93. Төменгі зәйтүннің нейротоксикалық бұзылуынан кейінгі егеуқұйрықтардың компенсаторлық-қалпына келтіру процестері мен аспаптық процестері /
94. В. В. Фанарджиан, Е. А. Оганезян, А. Б. Мелик-Мусян // Рос.Физиолог.Жұрн.оларға.И. М. Сеченов.-1998.- №84(8).-С. 719-727.
95. Беларусь Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамыту тұжырымдамасы: Беларусь Республикасы Министрлер Кеңесінің № 1452 Қаулысы.
96. С.Л.Кабака), 1-бөлім.- Мн.: БГМУ, 2001.- С. 205 207.
97. Коробов М. В., Дубинина И. А. Қазіргі кезеңдегі медициналық-әлеуметтік сараптаманың мемлекеттік қызметін ұйымдастыру мәселелері / / Медико-әлеуметтік сараптама және оналту 1999.- № 3-С.3-6.

98. Реабилитацияның медициналық-кәсіптік кезеңіне науқастар мен мүгедектерді іріктеу критерийлері: Инстр. утв. ДСМ РБ 03.01.96 / Т. Д. Рябцев, В. Б. Смычек, С. П. Кускова және т. б. - Минск, 1996 16 б.
99. Мағлұмат Мағлұмат А. JL: Медицина, 1989.- 176 б.
100. Лаврова Д. И. Қазіргі заманғы тұжырымдамасы мүгедектік // Медициналық-элеуметтік сараптама және оңалту.-1998.-№2.-С. 5-8.
101. Лапицкий А. Г., Тарасова Р. А., Грибанов А. В. Облыстық дәрігерлік-дене шынықтыру диспансерінің қалпына келтіріп емдеу бөлімшесінің жұмысын ұйымдастыру тәжірибесі / / Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау.-1984.-№11.-С. 39-40.
102. Леонов С.А., Калинин И.Н. Мүгедектерді емдеудегі жетістіктер мен проблемалар / / Денсаулық сақтау Российской Федерации 1999 - №3-б. 28 - 32.
103. Линденбратен А. Л. Медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін бағалау туралы // кеңестік Денсаулық сақтау 1990 - №3-С. 20-22.
104. Медициналық көмек сапасының көрсеткіштері туралы сұраққа Лисицын Ю. П., Отдельникова О. А. // Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау саласы-1990- № 11.- С. 3 9.
105. Лобзин Ю. В., Захаров В. И. Оңалту және диспансерлеу жұқпалы ауруларды СПб.: Гиппократ, 1994.-216 Б.
106. Логвиненко И. И., Сидорова Л. Д., Логвиненко А. С. Қырымның оңтүстік жағалауындағы Климаттық курорттарда созылмалы бронхитпен ауыратындарды оңалтудың жақын және алыс нәтижелері / / терапиялық Мұрағат 1988.- №3.- С. 33 -36.
107. - Лученок Л.И., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н, 2015. Медициналық көмектің сапасы оны жетілдірудің маңызды компоненті ретінде // денсаулық сақтауды ұйымдастыру және ақпараттандыру мәселелері-2002 - № 1-С. 80-83.
108. Максимова Т. М. Халық денсаулығының қазіргі жағдайы, тенденциялары және перспективалық бағалары.- М.: ПЕР СЭ, 2002-192 с.

109. Марков В. в. Салауатты өмір салтының негіздері және аурулардың алдын алу: Оқу құралы М.: Академия, 2000. - 320 б.
110. Матвейков Г. П. Терапевтік көмекті ұйымдастыру бойынша анықтамалық-Мн.: Беларусь, 1988 287 б .
111. Медведев Л. Ф. Медициналық-әлеуметтік сараптаманың (МӘС) және коксартрозбен ауыратын науқастарды оңалтудың негізгі принциптері / / Медико-социальная экспертиза и реабилитация: ғылыми мақалалар жинағы, 1-шығарылым; под ред. В. Б. Смычка-Минск, 1999.-С. 134-138.
112. Медициналық-әлеуметтік оңалту сақтандыру медицинасының ұстанымымен / Д. З. Борохов, П. П. Петров, М. К. Кульшанов, Г. Т. Кашафутдинова / кеңестік Денсаулық сақтау 1991.- №9. - С. 39 - 42.
113. Ми инсультімен ауыратын науқастарды медициналық оңалту: әдіс, ұсынымдар / БелГИУВ, БНИИЭТИН; Л. С. Гиткина, Т. Д. Рябова, Е. Н. Пономарева және т. б. - Минск, 1998 60 Б.
114. Ақаулардың, мүгедектіктің және еңбекке жарамсыздықтың халықаралық жіктелуі (МКДИН) / ДДСҰ. Женева, 1980.- 112 Б.
115. Халықаралық номенклатурасы бұзушылықтарды тіршілік-тынысының шектелуі және әлеуметтік жетіспеушілік-М., 1994 - 126 б.
116. Мүгедектерді оңалту үдерісін ұйымдастыру және басқарудың әдістемелік негіздері / Ю. Н. Назарбаев.- Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007.- Минск, 1991.-4.1.-С. 30-32.
117. Медициналық көмектің сапасын қамтамасыз етудің әдіснамалық негіздері мен механизмдері / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, А. Л. Линденбратен, Г. И. Галанова.- М.: Медицина, 2002 176 б.
118. Мехтыев М. м. гломерулонефритпен ауыратын науқастарды "Байрам-Али" санаторийінде емдеу тиімділігі туралы / / курортология, физиотерапия және емдік дене шынықтыру мәселелері.- 1992.- №4 С.58-69.
119. - Минаков В.Ф., Калининская А.А., Краснова М.Н., 2015. Қалалық емханаларды қалпына келтіру емдеу бөлімшелерінің / әлеуметтік гигиена

және денсаулық сақтау ұйымдарының жұмысын жетілдіру жөніндегі әдістемелік ұсынымдар. Н.А.Семашко.- М., 1987 22 б.

120. Ірі қала жағдайында ауруханадан тыс қалпына келтіру емін ұйымдастыру // кеңестік Денсаулық сақтау 1984 - С. 15-19.

121. Мыльникова И. С. күндізгі стационар меңгерушісінің анықтамалығы: жұмысты ұйымдастыру бойынша нормативтік құжаттар-М.: Грантъ, 2001 128 б.

122. Физиотерапия бөлімі меңгерушісінің анықтамалығы: жұмысты ұйымдастыру бойынша нормативтік құжаттар М.: Грантъ, 2001 -256 с.

123. Мыльникова И. С. бас дәрігердің емдеу жұмысы жөніндегі орынбасарының анықтамалығы және БЭК-М.: Грантъ, 2001.- 994 Б.

124. Накатке „Я.А., Кадыров Ф.Н. Денсаулық сақтау мекемесінің басқарудың қазіргі әдістері мен қаржылық менеджменті М.: Грантъ, 2001 -304 с.

ҚОСЫМША 1

Форма анкеты

Уважаемый участник анкетирования!

Министерством социального развития Мурманской области проводится мониторинг по изучению социально-правового положения инвалидов, проживающих в Мурманской области, в 2016 году в форме анкетирования (далее - мониторинг).

В мониторинге Вы можете участвовать только один раз в год. Мы благодарны Вам за участие в мониторинге.

I. Сведения о гражданине (выбранные позиции обвести)

1. Возраст:

- 1) от 18 до 35 лет;
- 2) от 35 до 55 лет;
- 3) от 55 лет и старше.

3. Образование:

основное общее;
среднее общее;
среднее профессиональное;
высшее - бакалавриат;
высшее - специалитет, магистратура.

5. С кем Вы проживаете?

- 1) с родственниками;
- 2) один/одна;
- 3) другое _____

7. Есть ли у Вас дома компьютер?

- 1) да;
- 2) нет.

9. Удовлетворены ли Вы качеством реализации мероприятий, разработанных исполнительными органами государственной власти (или их подведомственными учреждениями), предусмотренных ИПРА инвалида?

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) не в полной мере;

Ваши предложения по улучшению качества восстановительных мероприятий

10. Удовлетворены ли Вы качеством технических средств реабилитации, предоставляемых в соответствии с ИПРА?

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) не в полной мере;

Ваши предложения по улучшению качества _____

2. Пол:

- 1) женский
- 2) мужской

4. Укажите населенный пункт, в котором Вы проживаете:

- 1) город;
 - 2) поселок городского типа;
 - 3) сельская местность.
-

6. Группа инвалидности с указанием категории (отметить две позиции):

- 1) I группа;
 - 2) II группа;
 - 3) III группа.
- (по слуху, по зрению, по общему заболеванию, инвалид-колясочник)

8. Являетесь ли Вы пользователем сети Интернет?

- 1) да;
- 2) нет.

11. Знаете ли Вы о возможности подачи заявления на предоставление государственной услуги по обеспечению техническими средствами реабилитации (выплаты компенсации за самостоятельное приобретение технических средств реабилитации) в электронном виде через портал государственных услуг?

- 1) знаю, подавал заявление через портал «Госуслуг»;
- 2) знаю, но нет технической возможности (нет компьютера, не подключен Интернет);
- 3) не знал о такой возможности;
- 4) иное _____

12. Имеется ли у Вас потребность в получении водительских прав?

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) уже имею.

III. Сведения о занятости и трудоустройстве

1. Отношение к занятости:

- 1) учусь;
- 2) работаю;
- 3) работаю и учусь;
- 4) не работаю, не учусь.

3. Для поиска подходящей работы Вы (любое количество ответов):

- 1) обращались в центр занятости населения;
- 2) обращались в кадровые агентства;
- 3) осуществляли поиск через родственников/знакомых;
- 4) обращались непосредственно к работодателю;
- 5) использовали, средства массовой информации (газеты, объявления на ТВ и др.);
- 6) использовали интернет (портал «Работа в России», сайт службы занятости населения)

5. Какую помощь Вы бы хотели получить от органов службы занятости в первую очередь? (любое количество ответов):

- 1) поиск подходящей работы;
- 2) временную занятость;
- 3) профессиональное обучение, дополнительное профессиональное образование;
- 4) помощь при открытии собственного дела;
- 5) получение навыков эффективного поиска работы (профориентация);
- 6) содействие в переезде (переселении) в другую местность для трудоустройства по направлению органов службы занятости;
- 7) участие в специализированных ярмарках вакансий для людей с ограниченными возможностями;
- 8) пособие по безработице.

2. Нуждаетесь ли Вы в трудоустройстве:

- 1) да;
- 2) нет.

4. Что затрудняет Ваше трудоустройство? (любое количество ответов):

- 1) наличие ограничений по состоянию здоровья /инвалидность;
- 2) семейные обстоятельства;
- 3) отсутствие / недостаток квалификации;
- 4) отсутствие вакансий;
- 5) низкая заработная плата;
- 6) потребность в специально оборудованном рабочем месте;
- 7) имеются сложности с передвижением до работы и обратно;
- 8) отношение окружающих;
- 9) необоснованно завышенные требования работодателей при приеме на работу.

6. Хотели бы Вы пройти профессиональное обучение, получить дополнительное профессиональное образование?

- 1) да;
- 2) нет.

7. С какой целью Вы хотели бы пройти профессиональное обучение, получить дополнительное профессиональное образование? (один ответ):

- 1) с целью трудоустройства;
- 2) получить профессию (специальность) впервые;
- 3) повысить квалификацию по профессии (специальности);
- 4) сменить профессию (род занятий) в связи с отсутствием работы, отвечающей имеющейся квалификации, или в связи с утратой способности к выполнению работы по имеющейся квалификации.

III. Оценка доступности объектов социальной инфраструктуры

1. Знаете ли Вы о следующих законодательных и нормативных правовых актах, направленных на создание доступной среды для инвалидов?	Знаю	Что-то слышал	Слышу сейчас впервые	Затрудняюсь ответить
Конвенция о правах инвалидов (статьи 8-30 Конвенции)				
Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда»				
Закон Мурманской области «О социальной защите и мерах социальной поддержки инвалидов в Мурманской области»				
Комплексная программа «Доступная среда» в Мурманской области на 2016 - 2020 годы				
План мероприятий («дорожная карта») по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг социальной инфраструктуры				

2. Какие объекты социальной инфраструктуры, по Вашему мнению, не оснащены специальными приспособлениями для обеспечения доступа инвалидов по Вашему месту жительства? (не более 1 ответа):

- 1) больницы, поликлиники;
- 2) аптеки, супермаркеты;
- 3) городской общественный транспорт;
- 4) тротуары и пешеходные переходы;
- 5) нотариальные конторы, налоговые инспекции, МФЦ;
- 6) другие (укажите) _____

3. Какие из перечисленных социальных и иных объектов населенного пункта оснащены специальными приспособлениями для обеспечения доступа инвалидов по Вашему месту жительства:

- 1) образовательные учреждения (школы, лицеи, училища, ВУЗы и т.п.);
- 2) пункты бытовых услуг, помещения жилищно-коммунального хозяйства;
- 3) жилые помещения (квартиры, жилые дома);
- 4) медицинские учреждения (больницы, поликлиники, аптеки);
- 5) административные здания органов местного самоуправления и государственной власти;
- 6) здания учреждений социального обслуживания и социальной поддержки населения;
- 7) магазины, торговые центры, предприятия общественного питания;
- 8) учреждения культуры (кинотеатры, театры, музеи, выставочные залы);
- 9) спортивные сооружения;
- 10) пешеходные тротуары и переходы через транспортные коммуникации;
- 11) здания вокзалов, аэропорта;
- 12) транспорт общего пользования (использование низкопольных автобусов для инвалидов-колясочников с выдвигающимися площадками или автобусов с подъемным устройством, информация на электронном табло с бегущей строкой);
- 13) телевидение (субтитры на местном канале);
- 14) парковка автотранспортных средств, принадлежащих инвалидам в общественных местах, дворовой территории (наличие специального дорожного знака и дорожной разметки).

4. Выберите наиболее актуальные способы создания доступной среды? (не более 3 ответов):

- 1) оборудование объектов социальной инфраструктуры специальными приспособлениями;
 - 2) оборудование общественного транспорта с учетом потребностей маломобильных граждан;
 - 3) повышение контроля за соблюдением законодательства;
 - 4) организация проведения независимых экспертиз доступности зданий, сооружений, транспорта;
 - 5) внедрение мирового опыта организации доступной среды для инвалидов;
 - 6) привлечение внимания средств массовой информации;
 - 7) другое (что именно?)
-
-

IV. Оценка обеспеченности доступности жилого помещения

1. Где Вы проживаете?

- 1) многоквартирный дом;
- 2) частный сектор;
- 3) общежитие;
- 4) учреждение социального обслуживания.

2. Состоите ли Вы в очереди на получение жилья?

- 1) да, менее 1 года;
- 2) да, от 1 года до 5 лет;
- 3) да, от 5 лет до 10 лет;
- 4) да, от 10 лет и более;
- 5) нет, не состою.

3. На каком этаже Вы проживаете _____?

4. Имеются ли специальные устройства (пандусы, поручни, специальные лифты и др.) для обеспечения доступности в доме (квартире, комнате), в котором Вы проживаете?

- 1) да;
- 2) нет.

V. Оценка деятельности общественных организаций инвалидов

1. Обращались (обращаетесь) ли Вы за помощью в какие-либо общественные организации?

- 1) да (укажите в какие) _____
- 2) нет.

2. Какую помощь Вы получали (получаете) от общественных организаций?

(укажите) _____

3. Являетесь ли Вы членом каких-либо общественных организаций?

- 1) да (укажите каких) _____
- 2) нет.

VI. Оценка эмоционального состояния

1. Как Вы оцениваете свое эмоциональное состояние:

- 1) отличное;
- 2) хорошее;
- 3) удовлетворительное;
- 4) плохое;

5) очень плохое.

2. Как Вы оцениваете качество своей жизни?

- 1) высокое;
- 2) среднее;
- 3) ниже среднего;
- 4) низкое;
- 5) затрудняюсь с ответом.

3. Какие действия и мероприятия, по Вашему мнению, способны привлечь внимание общества к проблемам инвалидов?

VII. Вопросы реализации положений Конвенции о правах инвалидов

1. Как Вы считаете, каково отношение населения к проблемам инвалидов?

- 1) положительное;
- 2) отрицательное.

2. Проводилась ли с Вами в учреждениях системы социальной защиты населения разъяснительная работа о реализации положений Конвенции о правах инвалидов?

- 1) да, проводилась;
- 2) нет, не проводилась.

3. В Вашем населенном пункте есть возможность вызвать социальное такси?

- 1. да;
- 2. нет.

4. Как Вы в целом оцениваете соблюдение прав инвалидов в Мурманской области? (дайте оценку по шкале от 1 до 5 по каждой строке, где «5» - соблюдаются полностью, «1» - права не соблюдаются).

№ п/п	Виды прав	Оценка
1	Базовые права (права на жизнь, личную свободу, свободу слова и т.д.)	1 2 3 4 5
2	Политические права (право выбирать и быть избранными, участвовать в политической жизни страны и т.д.)	1 2 3 4 5
3	Социально-экономические права (право на труд, на достаточный уровень жизни, социальную защиту и т.д.)	1 2 3 4 5
4	Культурные права (право на признание и поддержку особой культурной самобытности, включая жестовые языки и культуру глухих и т.д.)	1 2 3 4 5
5	Экологические права (право на благоприятную окружающую среду)	1 2 3 4 5

Ваши пожелания по совершенствованию работы органов исполнительной власти (министерств и комитетов, Фонда социального страхования, Бюро медико-социальной экспертизы и т.д.)

Благодарим за ответы!

ҚОСЫМША 2

Уважаемый гражданин!

Органы службы занятости проводят опрос в целях выявления потребности в трудоустройстве и открытии собственного дела неработающих граждан с ограниченными возможностями (инвалидов). Убедительно просим Вас принять участие в исследовании и ответить на поставленные в анкете вопросы, обведя кружком тот вариант ответа, который соответствует Вашему мнению. Опрос - анонимный. Его результаты будут использованы в обобщенном виде.

<p>1. Пол (один ответ): 1) мужской; 2) женский.</p> <p>2. Ваш возраст (один ответ):</p> <p>1) от 16 до 18 лет;</p> <p>2) от 19 до 29 лет;</p> <p>3) от 30 до 39 лет;</p> <p>4) от 40 до 50 лет;</p> <p>от 51 до 55 лет для женщин/60 лет для мужчин</p>	<p>3. Вы проживаете (один ответ):</p> <p>1) в столичном, краевом или областном центре;</p> <p>2) в городе, но не краевом или областном центре;</p> <p>3) поселке городского типа;</p> <p>4) в сельской местности.</p>
<p>4. Вы являетесь инвалидом (один ответ):</p> <p>I группы;</p> <p>II группы;</p> <p>III группы.</p> <p>6. Вы являетесь инвалидом с детства (один ответ):</p> <p>1) да;</p> <p>2) нет.</p>	<p>5. Вы являетесь инвалидом (любое количество ответов):</p> <p>1) по зрению;</p> <p>2) по слуху;</p> <p>3) с нарушением функций опорно-двигательного аппарата;</p> <p>4) передвигающимся на кресле-коляске;</p> <p>5) с ментальным расстройством;</p> <p>6) вследствие иных заболеваний.</p>
<p>7. Вам установлены учреждениями медико-социальной экспертизы трудовые рекомендации</p> <p>(любое количество ответов):</p> <p>1) сокращенный рабочий день;</p> <p>2) не на высоте;</p> <p>3) без напряжения зрения;</p> <p>4) без нервно-психологической нагрузки;</p> <p>5) без повышенной физической нагрузки;</p> <p>6) в помещении без повышенного содержания пыли и повышенной влажности воздуха;</p> <p>7) доступен труд в специально созданных условиях;</p> <p>8) иные рекомендации.</p>	<p>8. Ваше образование (один ответ):</p> <p>1. начальное общее;</p> <p>2. высшее профессиональное, незаконченное высшее профессиональное;</p> <p>3. среднее профессиональное (техникум);</p> <p>4. начальное профессиональное (ПТУ);</p> <p>5. общее среднее (10-11 классов);</p> <p>6. неполное среднее (8-9 классов);</p> <p>7. начальное общее.</p> <p>9. Учиться ли Вы в настоящее время? (один ответ):</p> <p>1) в высшем учебном заведении;</p> <p>2) в образовательном учреждении среднего профессионального образования (техникум);</p> <p>3) в образовательном учреждении начального профессионального образования (ПТУ);</p> <p>4) в учреждении дополнительного профессионального образования;</p> <p>5) не учусь.</p>
<p>10. Имеете ли Вы опыт работы по трудовой книжке? (один ответ):</p> <p>1) да; 2) нет.</p> <p>11*. Как сказалоcь выявление заболевания и установление группы инвалидности на Вашей трудовой деятельности? Пришлось ли Вам</p>	<p>12*. Если Вам приходилось менять место работы, то по какой причине? (не более трех ответов):</p> <p>1) низкая оплата труда;</p> <p>5) рабочее место не адаптировано для инвалида;</p> <p>6) отношение коллег;</p>

<p>поменять место работы? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) да, сейчас не работаю; 2) да, работаю не по профессии; 3) да, работаю в другом месте по профессии; 4) нет, инвалидность не сказалась на работе <i>{переходите к вопросу 13}.</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 7) отношение работодателя; 8) сложно добираться до работы. <p>13. Уточните, пожалуйста, работаете ли Вы в настоящее время? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) да <i>(переходите к вопросу 15);</i> 2) нет.
<p>14. Сколько времени Вы не работаете? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2) менее 3 месяцев; 3) от 3 до 6 месяцев; 4) от 6 месяцев до 1 года; 5) от 1 года до 3 лет; 6) свыше 3 лет. <p>15. Нуждаетесь ли Вы в трудоустройстве/смене работы? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) да; 2) нет <i>(переходите к вопросу 23).</i> 	<p>16*. Каковы Ваши основные мотивы поиска работы? <i>(не более двух ответов):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обеспечение своих материальных потребностей (приобретение продуктов питания, одежды); 2) обеспечение материальных потребностей других членов семьи; 3) самореализация; 4) общение. <p>17. Профессия (специальность), должность, по которой Вы хотите работать <i>(напишите)-----</i></p>
<p>18. Для поиска подходящей работы Вы <i>(любое количество ответов):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5) обращались в центр занятости населения; 6) обращались в кадровое агентство; 7) осуществляли поиск работы через родственников/знакомых; 8) обращались непосредственно к работодателю; <p>использовали интернет, средства массовой информации (газеты и др.).</p>	<p>19. Продолжительность времени поиска Вами работы <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9) менее 3 месяцев; 10) от 3 до 6 месяцев; 11) от 6 месяцев до 1 года; 12) более 1 года.
<p>20. Где бы Вы хотели работать? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) на специализированном предприятии для инвалидов; 2) в организации реального сектора экономики; 3) хочу открыть собственное дело; 4) не имеет значение. 	<p>21. На какую ежемесячную заработную плату Вы рассчитываете? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) до 10 тыс. рублей; 2) 10-19 тыс. рублей; 3) 20-29 тыс. рублей; 4) свыше 30 тыс. рублей.
<p>22. Хотели бы Вы работать? <i>(не более двух ответов):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) полный рабочий день (полную раб.неделю); 2) полный рабочий день (неполную раб.неделю); 3) неполный рабочий день (полную раб.неделю); 4) неполный рабочий день (неполную раб.неделю); 5) на дому; 6) по сменам. <p>24. Вы готовы приступить к работе <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в течение недели; 2) в течение месяца; 3) после прохождения санаторно-курортного лечения; 4) после прохождения реабилитации; 	<p>23. Что затрудняет Ваше трудоустройство? <i>(любое количество ответов):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие ограничений по инвалидности; 2) семейные обстоятельства; 3) состояние здоровья; 4) отсутствие квалификации; 5) отсутствие вакансий; 6) не устраивает заработная плата; 7) не устраивают условия труда; 8) требуется специально оборудованное рабочее место; 9) имеются сложности с передвижением до работы и обратно; 10) отношение окружающих. <p>25. Хотели бы Вы пройти профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) да; 2) нет <i>(переходите к вопросу 27).</i>

<p>5) после улучшения состояния здоровья; 6) не готов (-а).</p>	
<p>26. С какой целью Вы хотели бы пройти профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с целью трудоустройства; 2) получить новую профессию (специальность); 3) повысить квалификацию по своей профессии (специальности); 4) повысить уровень образования. <p>27. Знаете ли Вы об услугах органов службы занятости? Пользовались ли Вы ими? <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) не знаю; 2) знаю и пользовался; 3) знаю, но не пользовался. <p style="text-align: center;">Спасибо за участие!</p>	<p>28. Какую помощь Вы бы хотели получить от органов службы занятости в первую очередь? <i>(любое количество ответов):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подбор рабочего места; 2) профессиональное переобучение; 3) помощь при открытии собственного дела; 4) профессиональной ориентации; 5) пособие по безработице. <p style="text-align: center;"><u>В заключение несколько слов о Вас.</u></p> <p>29*. Ваше семейное положение <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) женат (замужем), проживаю в гражданском браке; 2) холост, не замужем; 3) вдова (вдовец). <p>30*. Вы проживаете <i>(один ответ):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отдельно, имею свою квартиру (дом); 2) живу совместно с родственниками, родителями, детьми. 3) другое