

ОЦЕНКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО И ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УРАЛЬСКА

УДК 616-036.865-053.2-053.8(574.11)

В статье представлена динамика первичной инвалидности среди детского и взрослого населения города Уральска за 2011-2015 гг. По структуре первичной инвалидности среди взрослого населения ведущее место занимают злокачественные новообразования, среди детского населения первое ранговое место принадлежит классу «врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии». Целью исследования является изучение показателей инвалидности среди взрослого и детского населения города Уральска.

Ключевые слова: первичная инвалидность, здоровье, группа инвалидности, г.Уральск.

Введение:

Наряду с демографическими показателями и заболеваемостью населения, инвалидность является одной из главных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны. Среди медико-социальных и экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение, особое место принадлежит изучению вопросов инвалидности и организации помощи лицам с ограниченными физическими и психическими возможностями.

По данным всемирного доклада об инвалидности ВОЗ около 15% населения (более миллиарда человек) в мире имеет какие-либо формы инвалидности. Из них 2-4% людей испытывают значительные трудности в функционировании.

Распространенность инвалидности в мире превышает предыдущие оценки ВОЗ, сделанные в 1970-х годах, и составлявших примерно 10%. Глобальная оценка инвалидности растет в связи со старением населения и быстрым распространением хронических болезней, а также из-за улучшения методологий, используемых для измерения показателей инвалидности [1].

В Республике Казахстан общее количество насчитывает порядка 626 тысяч инвалидов, что составляет 3,5% численности населения [2]. Масштабы данной проблемы обуславливают ее актуальность. В связи с выведением значительной части граждан из сферы общественного производства и существенными затратами государства на организацию социальной защиты инвалидов, оказание им медицинской помощи, содержание соответствующих социальных учреждений, проведение мероприятий, направленных на реабилитацию инвалидов, проблема инвалидизации населения имеет огромные социально-медицинские и экономические последствия [3].

Конвенция ООН о правах инвалидов, принятая 13 декабря 2006 года резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи и закрепляющая основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью, является первым всеобъемлющим договором в области прав человека XXI столетия. Конвенция знаменует собой изменения в том, что касается отношения и подходов к инвалидам. По состоянию на конец 2012 года Конвенцию подписали 155 государств, из них 126 государств ее ратифицировали. 21 мая 2015 года вступил в силу Закон Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 288-V ЗРК «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».

Проводимые исследования в области инвалидности являются актуальными в области рационального планирования организационных мероприятий по профилактике и целенаправленному формированию комплексной системы медико-социальной помощи инвалидам и их семьям, а также расчета потребности данной категории населения в реабилитационной помощи.

Запланированные мероприятия должны быть направлены на профилактику факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как табакокурение, нездоровое питание, физическая инертность и употребление алкоголя. Профилактика инсульта является одним из приоритетных неинфекционных заболеваний в действиях ВОЗ и ООН. Эти инициативы обеспечивает платформу для основных возможностей для предотвращения инсульта, улучшить исходы инсульта, и уменьшить осложнения, такие как снижение когнитивных функций и деменции, наряду с другими неинфекционными заболеваниями [4]. Также необходимо проведение мониторинга и оценка степени негативного влияния антропогенно измененной среды на состояние здоровья населения с целью стабилизации и улучшения медико-экологической ситуации [5-6].

Материалы и методы исследования.

Для настоящего исследования в работе были использованы статистические данные о первичной инвалидности детского и взрослого населения города Уральска по классам МКБ-10 (на 100 тыс. населения) за 2011-2015 годы. Статистические данные о первичной инвалидности были получены из официального источника – Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции по Западно-Казахстанской области. В работе использована Форма №7 «Результаты первичных освидетельствований детей в возрасте до 16 лет, проживающих в городской местности», «Распределение впервые признанных инвалидов по классам болезней, возрасту, полу и группам инвалидности», демографические показатели населения города Уральска.

Исследование одобрено Локальной этической комиссией (протокол №11 от 30.11.2015г.).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Statistica10 (StatSoftInc., США).

Результаты:

В результате проведенного анализа динамики инвалидности среди детей за исследуемый период отмечается увеличение показателя с 2011 года на

29,1, максимальный показатель в 2012 году составил – 273,7. Затем отмечается постепенное его снижение

и в 2015 году показатель составил 217,9 (рисунок 1).

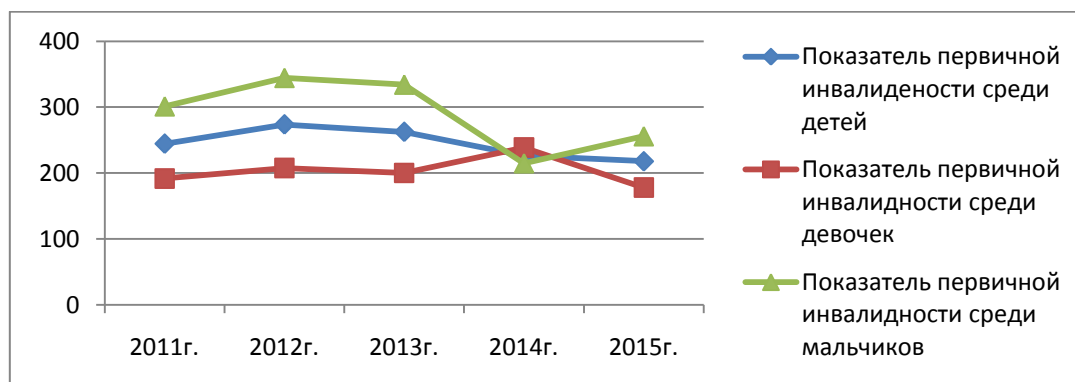


Рисунок 1 - Показатели первичной инвалидности среди детского населения г.Уральска за 2011-2015 годы

По данным работы динамика показателей первичной инвалидности среди взрослого населения в течение 2011-2013 годов были несколько стабильными, в

2014 году показатель был максимальным (326,1 на 100 000 населения), затем снизился до 255,1 в 2015 году (рисунок 2).

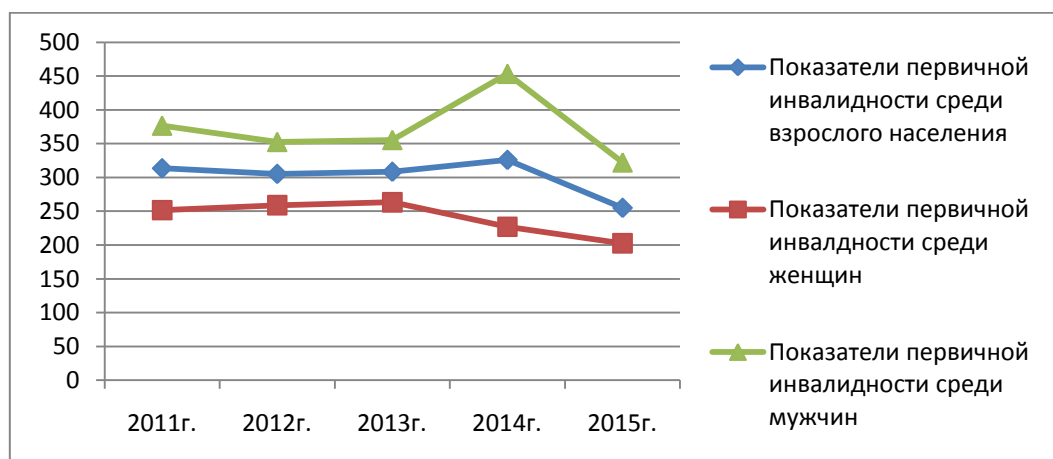


Рисунок 2 - Показатели первичной инвалидности среди взрослого населения г.Уральска за 2011-2015 годы

Таблица 1 - Показатели инвалидности среди детского населения г.Уральска (на 100 000 населения) за 2011-2015гг.

Дети - инвалидность	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.
всего	244,56	273,69	262,47	226,46	217,91
Туберкулез	0	1,73	0	0	0
Новообразования	1,77	10,39	3,34	4,53	4,42
Болезни крови, кроветворных органов	3,54	6,93	3,34	1,51	1,47
Болезни эндокринной системы	15,95	17,32	13,37	15,1	4,42
Психические расстройства	21,27	25,98	20,06	24,16	22,09
Болезни нервной системы	63,8	58,89	43,47	36,23	41,23
Болезни глаза	5,32	1,73	0	0	4,42
Болезни уха и сосцевидного отростка	3,54	8,66	15,05	18,12	14,72
Болезни системы кровообращения	1,77	1,73	0	0	2,94
Болезни органов дыхания	0	6,93	8,36	1,51	8,83
Болезни органов пищеварения	1,77	1,73	3,34	1,51	0
Болезни костно-мышечной системы	10,63	8,66	10,03	12,08	5,89
Болезни мочеполовой системы	3,54	3,46	1,67	4,53	0
Врожденные аномалии	102,79	105,66	122,04	99,64	92,76
Отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде	0	1,73	0	0	0
Травмы, отравления	7,09	3,54	8,36	1,51	5,89
Прочие болезни	1,77	8,86	10,03	6,04	8,83

В структуре патологии детской инвалидности за исследуемый период первое ранговое место принадлежит классу «врожденные пороки развития,

деформации и хромосомные аномалии», который в большинстве случаев сформирован врожденными пороками развития системы кровообращения. Выход

распространенности сердечно-сосудистой патологии на первое ранговое место свидетельствует о том, что врожденные пороки развития в области становятся серьезной проблемой. Второе ранговое место в структуре детской инвалидности заняли болезни нервной системы, где наибольший процент

составляют дети с детским церебральным параличом. Третье ранговое место в структуре причин детской инвалидности принадлежит психическим расстройствам и расстройствам поведения (таблица 1).

Таблица 2 - Показатели инвалидности среди взрослого населения г.Уральска (на 100 000 населения) за 2011-2015гг.

Наименование классов болезней	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.
Всего:	313.7	305.4	308.5	326.1	255.1
Туберкулёз	25.4	23.4	20.6	21.0	15.4
Злокачественные новообразования	87.8	86.4	98.5	104.7	86.5
Эндокринные болезни	3.7	5.7	6.1	6.7	4.0
Психические расстройства	12.0	14.8	11.7	11.0	13.2
Болезни нервной системы	6.5	5.7	12.7	8.6	8.8
Болезни глаза	17.1	13.4	15.5	15.7	15.0
Болезни уха и сосцевидного отростка	0.9	2.9	0.9	1.9	1.3
Болезни системы кровообращения	67.5	80.6	74.6	71.9	49.9
Болезни органов дыхания	4.2	2.9	1.4	2.9	3.1
Болезни органов пищеварения	6.0	8.6	7.5	6.7	7.5
Болезни костно-мышечной системы	21.3	21.5	14.5	18.1	13.7
Болезни мочеполовой системы	4.6	6.2	6.6	5.7	7.1
Травмы	44.4	24.3	31.4	39.5	24.3
Прочие болезни	12.5	9.1	6.6	11.9	5.3

По структуре первичной инвалидности среди взрослого населения ведущее место занимают злокачественные новообразования, наиболее часто встречаемыми локализациями которого, являются рак органов дыхания, молочной железы, пищевода и желудка. Затем идут болезни системы кровообращения, далее травмы, туберкулез, болезни костно-мышечной системы (таблица 2). Среди мужчин на первом месте по причинам инвалидизации

– болезни системы кровообращения, на втором – злокачественные новообразования, на третьем – травмы. Среди женщин первое место занимает – злокачественные новообразования, затем идут – болезни системы кровообращения, далее – болезни костно-мышечной системы. В отличие от мужчин, у женщин травмы занимают четвертую позицию. Реже всего среди классов болезней встречаются болезни уха и сосцевидного отростка.

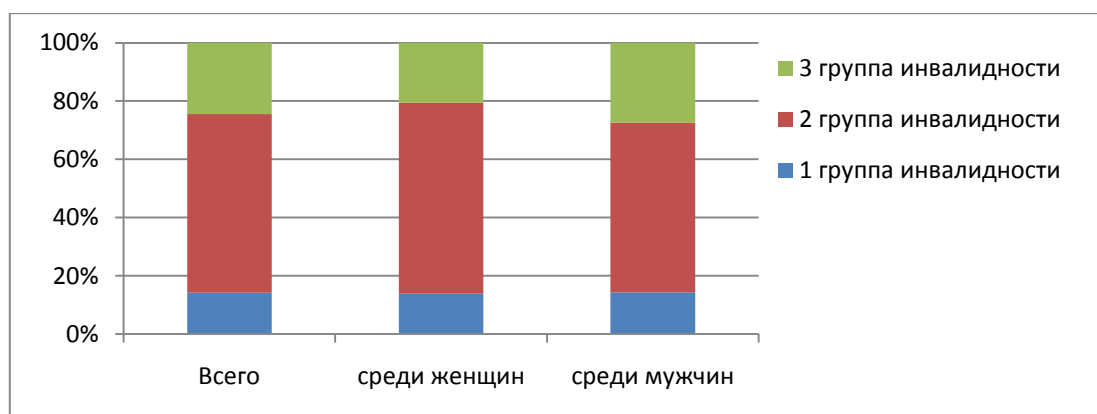


Рисунок 3 - Распределение первичной инвалидности по группам среди взрослого населения г.Уральска

Если рассматривать структуру инвалидности среди взрослых по группам, то по распределению основную долю составляют больные со 2 группой инвалидности (62%), с 3 группой инвалидности 24%, с первой – 14%. Среди женщин распределение следующее: с первой группой – 14%, со второй – 65,5%, с третьей – 20,5%. Среди мужчин: с первой группой инвалидности – 14,4%, со второй- 58,2%, с третьей – 27,4% (рисунок 3). Таким образом, большую часть составляют люди со 2 группой инвалидности, т.е. со значительными нарушениями здоровья и практически полностью нетрудоспособные, для нормальной жизнедеятельности которых необходимы специальные средства.

Обсуждение.

Бесспорно, на здоровье человека оказывают влияние множество факторов, которыми являются окружающая среда, образ жизни человека, социально-экономические условия, генетические факторы, сложные взаимодействия которых определяют состояние здоровья и продолжительность жизни населения. Одним из важнейших факторов среды обитания человека, от которого зависит здоровье человека, является уровень загрязнения окружающей среды. Динамика основных экологических показателей показывает увеличение негативного воздействия на окружающую среду. В Западном регионе Республики Казахстан проводится интенсивное освоение газо-нефтеместорождения [7].

Безусловно, что добыча и использование ресурсов вызывают многочисленные экологические проблемы, связанные с загрязнением окружающей среды нефтепродуктами, тяжелыми металлами, соединениями углерода, серы, оксидов азота и других веществ [8]. Неблагоприятная экологическая обстановка способствует развитию онкологической патологии в регионе. В работах многих исследователей доказано, что загрязнение атмосферного воздуха является установленным фактором риска для развития и обострения многих форм респираторных заболеваний, с дальнейшим развитием рака дыхательных путей [9-10]. В работах описывается влияние на возникновение рака загрязняющих веществ, связанных с движением транспорта, таких как ультратонкие частицы или дизельное топливо, сильно сконцентрированных вдоль оживленных дорог, превышающие высокие фоновые концентрации [11-12]. Помимо загрязнения воздуха от транспортных средств, бытовых пожаров, сжигания биомассы, которые имеют сходство в характеристиках состава, токсичности и воздействии, большее влияние на развитие рака дыхательных путей оказывают стационарные промышленные источники загрязнения атмосферного воздуха [13]. Cosselman KE с соавторами указывает, что воздействие окружающей среды является недооцененным фактором риска на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Сердце и сосудистая система очень уязвимы для целого ряда факторов окружающей среды - загрязнение атмосферного воздуха и металлов мышьяка, кадмия, свинца, которые широко распространены и наиболее широко изучены [14].

По литературным данным сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности и заболеваемости, способствуя около 30% от всех причин смертности и 10% от общего объема с поправкой на инвалидность лет жизни во всем мире. Несмотря на успехи в медицинской терапии и хирургических вмешательствах, проведении мероприятий, направленных на снижение факторов риска, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезни системы кровообращения остаются важной стратегией в снижении глобального бремени болезней. При этом управление факторами риска и физические упражнения являются ключевыми компонентами сердечной реабилитации пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями [15]. В течение следующих десятилетий ожидается, что глобальное бремя сердечно-сосудистой смертности в основном будет встречаться среди развивающихся стран. Текущая статистика случаев преждевременной смерти вследствие сердечно-сосудистых заболеваний около 4% в странах с высоким уровнем дохода и 80% от общей смертности от болезней системы кровообращения происходит в развивающихся странах [16]. По данным исследований известно, что пожилой возраст, высокое кровяное давление, сахарный диабет, высокий уровень холестерина, табакокурение и фибрилляция предсердий являются основными факторами риска развития инсульта [17]. Некоторыми учеными указывается на необходимость более углубленного изучения депрессии как возможного фактора риска в возникновении ишемической болезни сердца [18].

По данным исследования Naagsta с соавторами в 2013 году 973 миллиона человек получили травмы,

которые гарантировали некоторый тип медицинской помощи и 4,8 миллиона человек скончались от полученных травм. Основными причинами смерти от травм были дорожные травмы (29,1%), самоповреждения (17,6%), падения (11,6%) и межличностные насилия (8,5%). Во всем мире, начиная с 1990 года, есть тенденция к снижению показателей травматизма. Тем не менее, результаты варьируют в зависимости от причины, возраста, пола, географии [19].

Результаты нашего исследования по структуре первичной инвалидности среди детского населения согласуются с работой Шарбаро В.Е., изучавшего инвалидность детского населения города Смоленска. По данным исследования, первое место по причине инвалидизации занимают врожденные аномалии и пороки развития, затем идут болезни нервной системы [20]. Анализ литературных данных исследований по изучению вопросов первичной инвалидности среди детей, проведенных в России, первое место в их структуре занимают психические расстройства, затем идут болезни нервной системы и врожденные аномалии. Проблемными вопросами встают психическое здоровье детей [21-22].

Многими авторами уделяется внимание экономической составляющей в вопросах инвалидности. Во многих работах указывается приоритетным проведение профилактических мероприятий по предупреждению болезней, чем дальнейшие затраты на лечение и реабилитацию пациентов [23]. Неинфекционные заболевания имеют большое экономическое влияние на уровне макроэкономики, главными из которых являются ишемическая болезнь сердца, инсульт, сахарный диабет 2 типа, рак легких, толстой кишки, шейки матки и молочной железы), хроническая обструктивная болезнь легких и хроническая болезнь почек [24]. Инсульт является ведущей причиной смерти и долгосрочной инвалидности. Из-за увеличения доли пожилого населения и увеличение распространенности основных факторов риска, таких как гипертония и ожирение, прогнозируется постоянное увеличение инсульта. Многие исследования показали высокие прямые затраты, связанные с инсультом, в том числе расходы на стационарное пребывание, поликлиники, реабилитация, лекарства, и дома престарелых, косвенные расходы которых варьировали от 3% до 71% от общей стоимости этих мероприятий [25]. По данным работы Ма VY с соавторами черепно-мозговые травмы несут огромные затраты, в основном из-за юного возраста участников и тяжелой инвалидизации, к которой приводят травмы [26].

В Казахстане общее количество насчитывает порядка 626 тысяч инвалидов, что составляет 3,5% численности населения и на данный момент малоизученным остается вопрос экономических потерь от инвалидизации. В связи с этим необходимо дальнейшее проведения исследовательских работ в этом направлении с целью оценки сложившейся ситуации.

Выводы:

Таким образом, анализ первичной инвалидности среди детей показал основную причину инвалидизации - врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии, основная доля которой приходится на врожденные пороки развития системы кровообращения. Далее следуют болезни нервной системы. Третье ранговое место в структуре

причин детской инвалидности принадлежит психическим расстройствам и расстройствам поведения. Это свидетельствует о том, что первостепенной задачей превентивной и клинической медицины является проведение профилактических мероприятий, направленных на укрепление и охрану здоровья женщин и детей, а также оказание своевременной и качественной медицинской помощи детям.

Анализ первичной инвалидности среди взрослого населения показал основную причину инвалидизации - злокачественные новообразования, основная доля которой приходится на рак органов дыхания, молочной железы, пищевода и желудка.

Второе ранговое место занимают болезни системы кровообращения. Третье ранговое место в структуре причин инвалидности принадлежит травмам. Изучение вопросов инвалидности объясняет необходимость межсекторального взаимодействия и разработки системы мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, а также на улучшение и охрану общественного здоровья. Также, развитие онкологической и кардиологической службы, направленных на раннюю диагностику, лечение и эффективную диспансеризацию больных, предполагает не только продление трудоспособности больных, но и существенную экономию финансовых ресурсов общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 World Health Organization. World report on disability. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/. Дата обращения 10.10.2016г.
- 2 В Казахстане растет количество инвалидов. http://www.inform.kz/ru/v-kazahstane-rastet-kolichestvo-invalidov_a2723502. Дата обращения: 10.10.2016г.
- 3 Lafortune L, Martin S, Kelly S, Kuhn I, Remes O, Cowan A, et al. Behavioural Risk Factors in Mid-Life Associated with Successful Ageing, Disability, Dementia and Frailty in Later Life: A Rapid Systematic Review // *PLoS One*. - 2016. - № 11(2). - P. 144-152.
- 4 Norrving B, Davis SM, Feigin VL, Mensah GA, Sacco RL, Varghese C. Stroke Prevention Worldwide-What Could Make It Work? // *Neuroepidemiology*. - 2015. - № 45(3). - P. 215-220.
- 5 Kelly FJ, Fussell JC. Air pollution and public health: emerging hazards and improved understanding of risk // *Environ Geochem Health*. - 2015. - №37(4). -P. 631-649.
- 6 Song Q, Christiani DC, Xiaorong Wang, Ren J. The global contribution of outdoor air pollution to the incidence, prevalence, mortality and hospital admission for chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis // *Int J Environ Res Public Health*. - 2014. - №11(11). - P. 11822-1132.
- 7 Mark J. Kaiser, Allan G. Pulsipher. A review of the oil and gas sector in Kazakhstan // *Energy Policy*. - 2007. - №35(2). - P. 1300-1314.
- 8 Carol Dahl, Karlygash Kuralbayeva. Energy and the environment in Kazakhstan // *Energy Policy*. - 2001. - № 29(6). - P. 429-40.
- 9 Johansson KA, Balmes JR, Collard HR. Air pollution exposure: a novel environmental risk factor for interstitial lung disease? // *Chest*. - 2015. - №147(4). -P. 1161-1167.
- 10 Demetriou CA, Raaschou-Nielsen O, Loft S, Møller P, Vermeulen R, Palli D, et al. Biomarkers of ambient air pollution and lung cancer: a systematic review // *Occup Environ Med*. - 2012. - № 69(9). - P. 619-627.
- 11 Künzli N, Kutlar M. Air pollution and health - counselling options for physicians // *Ther Umsch*. - 2013. - №70(12). - P. 725-732.
- 12 Anderson JO, Thundiyil JG, Stolbach A. Clearing the air: a review of the effects of particulate matter air pollution on human health // *J Med Toxicol*. - 2012. - № 8(2). - P. 166-175.
- 13 Laumbach RJ, Kipen HM. Respiratory health effects of air pollution: update on biomass smoke and traffic pollution // *J Allergy Clin Immunol*. - 2012. - №129(1). - P. 3-11.
- 14 Cosselman KE, Navas-Acien A, Kaufman JD. Environmental factors in cardiovascular disease // *Nat Rev Cardiol*. - 2015. - №12(11). - P. 627-642.
- 15 Wong WP, Feng J, Pwee KH, Lim J. A systematic review of economic valuations of cardiac rehabilitation // *BMC Health Serv Res*. - 2012. - № 12. -P. 243-248.
- 16 Oliveira GB, Avezum A, Roever L. Cardiovascular Disease Burden: Evolving Knowledge of Risk Factors in Myocardial Infarction and Stroke through Population-Based Research and Perspectives in Global Prevention // *Front Cardiovasc Med*. - 2015. - № 2. - P. 32-36.
- 17 Robert AA, Zamzami MM. Stroke in Saudi Arabia: a review of the recent literature // *Pan Afr Med J*. - 2014. - №17. - P. 14-18.
- 18 Charlson FJ, Moran AE, Freedman G, Norman RE, Stapelberg NJ, Baxter AJ, et al. The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: a comparative risk assessment // *BMC Med*. - 2013. - № 11. - P. 250-259.
- 19 Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013 // *Inj Prev*. - 2016. - № 22(1). - P. 3-18.
- 20 Шаробаро В.Е., Сорокина Л.А, Ивлева Е.П. Инвалидность как компонент оценки здоровья детского населения города Смоленска // *Вопросы современной педиатрии*. - 2006. - №5. - С. 798-805.
- 21 Гончаренко А.Г. Первичная инвалидность детей в крупном аграрно-промышленном регионе: распространенность, структура, основные тенденции динамики // *Сибирский медицинский журнал*. - 2009. - №1. - С. 71-77.
- 22 Волгина С.Я., Аминова З.М., Яфарова С.Ш. Детская инвалидность в Республике Татарстан: медико-статистический анализ // *Казанский медицинский журнал*. - 2009. - №3. - С. 305-307.

- 23 Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, Pratt M; Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases // Lancet. – 2016. - № 388(10051). – P. 1311-1324.
- 24 Chaker L, Falla A, van der Lee SJ, Muka T, Imo D, Jaspers L, et al. The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review // Eur J Epidemiol. – 2015. - № 30(5). – P. 357-395.
- 25 Joo H, George MG, Fang J, Wang G. A literature review of indirect costs associated with stroke // J Stroke Cerebrovasc Dis. – 2014. - № 23(7). – P. 1753-1763.
- 26 Ma VY, Chan L, Carruthers KJ. Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain // Arch Phys Med Rehabil. – 2014. - № 95(5). – P. 986-995.

А.А. МАМЫРБАЕВ, Г.А. УМАРОВА

ОРАЛ ҚАЛАСЫНДА БАЛАЛАР ЖӘНЕ ЕРЕСЕК ХАЛЫҚ БОЙЫНША БАСТАПҚЫ МҮГЕДЕКТІКІ БАҒАЛАУЫ

Түйін: Мақалада Орал қаласы 2011-2015 жылдары бойынша балалар және ересек халықтың арасында алғашқы мүгедектіктің көрсеткіштерінің динамикасы ұсынылған. Ересек тұрғындардың арасында құрылымы бойынша «қатерлі ісіктер» алғашқы мүгедектік бірінші орын алады, балалар арасында «туа біткен даму кемістіктері, деформациялар және хромосомдық аномалиясы» бірінші болып саналады. Зерттеудің мақсаты - балалар және ересек халықтың арасында алғашқы мүгедектіктің көрсеткіштерін анықтау.

Түйінді сөздер: алғашқы мүгедектік, денсаулық, мүгедектік тобы, Орал қаласы.

A.A. MAMYRBAYEV, G.A. UMAROVA

EVALUATION OF PRIMARY DISABILITY OF CHILDREN AND ADULTS OF THE URALSK CITY

Resume: The article presents the dynamics of primary disability among children and adults in the city of Uralsk, for the period 2011-2015. According to the structure of primary disability among the adult population the leading place is occupied by the malignant tumors, among the child population ranked first place belongs to "congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities". The aim of the research is the study of rates of disability among the adult and child population of the Uralsk city.

Keywords: primary disability, health, group of disability, Uralsk city.

Д.Ж. МАХАМБЕТОВ

Казахский НИИ глазных болезней

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ

УДК 617.7-082:614.253 (574)

В статье приведены результаты анкетирования пациентов по вопросам удовлетворенности офтальмологической помощью в Казахстане. Метод анкетирования позволяет с наименьшими затратами получить высокий уровень массовости исследования у целевой аудитории. Всего в исследовании приняло участие 165 человек. Статистический анализ проводился в программе SPSS версии 20. В результате анкетирования установлено, что вне зависимости от региона офтальмологическая помощь имеет достаточно высокую оценку удовлетворенности потребителей, отмечена большая заинтересованность в мониторинге качества и удовлетворенности населения офтальмологическими услугами. Большое значение в получении объективных данных имеет обратная связь с пациентами.

Ключевые слова: анкета, офтальмологическая помощь, оценка качества

Введение. Оценка качества медицинской помощи служит одним из критериев эффективности внедрения различных инноваций в деятельность медицинских учреждений [1,2]. По литературным данным удовлетворенность пациентов медицинской помощью определяет их потребительское поведение: высказывание положительных отзывов о больнице, предпочтение данной больницы в случае необходимости обращения за помощью, повышение частоты обращения, готовность оплачивать услуги по

большой стоимости. В то время как неудовлетворенность оказываемой медицинской помощью приводит к негативным поведенческим реакциям: отрицательные отзывы о клинике, снижение затрат на получение помощи в этом учреждении или обращение к другим поставщикам услуг [3-7].

В связи с этим целью исследования явилась анкетирование пациентов офтальмологических