

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі
«ҚДСЖМ» Қазақстандық Медицина университеті

ӘОЖ: 616.831-009.11-053.2

Қолжазба құқығында

АБДИКАДЫР МАКСАТ

**Церебральды сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін
ұйымдастыруды жетілдіру**

6D110200 – «Қоғамдық денсаулық сақтау»

Философия докторы (PhD) дәрежесін
алу үшін дайындалған диссертация

Ғылыми кеңесшілері:
Медицина ғылымдарының докторы,
профессор Кульжанов М.К.,
Медицина ғылымдарының кандидаты
Айтманбетова А.А.
Шетелдік ғылыми кеңесші:
Медицина ғылымдарының докторы,
профессор Қызайбек М.

Қазақстан Республикасы
Алматы, 2022

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
АНЫҚТАМАЛАР	4
БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	5
КІРІСПЕ	6
1 Балалар церебральды сал ауруының жаһандық ауыртпалығы (ғылыми-әдеби шолу)	11
1.1 Балалар церебральды сал ауруының этиологиялық факторлары, патогенезі және даму ерекшеліктері	11
1.2 Әлемде балалар церебральды сал ауруының таралуы.....	14
1.3 Балалар церебральды сал ауруында реабилитациялық көмектің ұйымдастырылуының дүниежүзілік және отандық сипаты	17
1.4 Мүмкіндігі шектеулі балалардың өмір сапасы және оларды тәрбиелеуші отбасылардың әлеуметтік жағдайы	31
2 Зерттеу материалы және әдістері	35
2.1 Зерттеу нысаны	35
2.2 Зерттеу әдістері және бағдарламасы	36
2.3 Спастикалылықты анықтау әдістері	40
3 Балалар церебральды сал ауруының қауіп факторлары және науқастардың клинико-диагностикалық сипаты	42
3.1 Балалар церебральды сал ауруы бар науқастардың демографиялық сипаты. Патогенездегі этиологиялық факторлар	42
3.2 Денсаулық сақтау мекемелері мәліметтері бойынша балалардағы ЦСА дамуының пре-, интра-, постнатальді қауіп факторларының сипаты	52
3.3 Зерттеу топтарының клинико-диагностикалық сипаты	56
4 Церебральды сал аурумен мүгедектігі бар балаларды тәрбиелеуші отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық сипаты. Науқастардың өмір сапасы және қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру тиімділігін бағалау	68
4.1 Мүгедектігі бар бала тәрбиелеуші отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық жағдайы және әлеуметтік-медициналық қолдауға қажеттілік	68
4.2 Церебральды сал аурумен науқас балалардың өмір сапасын бағалау	90
4.3 Қалпына келтіру көмегін ұйымдастырумен қанағаттануды анықтау	95
5 Қазақстан Республикасындағы балалар церебральды сал аурушылығының ауыртпалығы және оны ұйымдастыруды жетілдіру перспективалары	103
5.1 Балалардағы мүгедектік және церебральды сал ауруын статистикалық тіркеу мәліметтері	103
5.2 Реабилитациялық көмектің ұйымдастырылу сипаты және жетілдіру перспективалары	105
ҚОРЫТЫНДЫ	119
ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР	124
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	125
ҚОСЫМШАЛАР	136

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Бұл диссертациялық жұмыста келесі стандарттарға сәйкес сілтемелер көрсетілген:

– Қазақстан Республикасының халқына медициналық оңалту көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы ҚР ДМ 2013 жылғы 27 желтоқсандағы № 759 бұйрығы.

– 2019-2020 жж. Қазақстан Республикасында церебральды сал ауруында балаларға оңалту көмегін ұйымдастыру бойынша жол картасы. ҚР ДМ 2019 жылғы 24 қазандағы № 582 бұйрығына қосымша.

– Медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидаларын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 30 қаңтардағы № 44 бұйрығы.

– Қазақстан Республикасы Президентінің «Сындарлы қоғамдық диалог – Қазақстанның тұрақтылығы мен өркендеуінің негізі» халыққа жолдауы. – Астана. – Ақорда, 2019 ж.

– Қазақстан Республикасында мүгедек адамдардың құқықтарын қамтамасыз ету және тұрмыс сапасын жақсарту жөніндегі 2025 жылға дейінгі ұлттық жоспарды бекіту туралы ҚР Үкіметінің 2019 ж. 28 мамыр № 326 қаулысы

– Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 26 желтоқсандағы № 982 қаулысы.

– «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» Қазақстан Республикасы Кодексі, 7 шілде 2020 жыл

– Балалар церебральды сал ауруы. Клиникалық хаттама. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі «5» қазан 2018 ж.

– Қазақстан Республикасында мүмкіндігі шектеулі балаларға кешенді көмек көрсетуді жетілдіру жөніндегі 2021 - 2023 жылдарға арналған жол картасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің 2020 жылғы 17 тамыздағы № 112-ө өкімі

– Медициналық оңалту көрсету қағидаларын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 7 қазандағы № ҚР ДСМ-116/2020 бұйрығы.

АНЫҚТАМАЛАР

Бұл диссертациялық жұмыста келесі терминдерге сәйкес анықтамалар қолданылған:

Балалар *церебральды салдануы (БЦС)* – кұрсақта даму кезінде, туу кезінде және туған сәтте байқалатын бас ми ауруы.

Мүгедектік – науқастану, жарақат, апатқа ұшырау, кемтар болып туу салдарынан адамның мүлдем не уақытша еңбек ету қабілетінен айырылуы.

Мүгедек – тұрмыс-тіршілігінің шектелуіне және оны әлеуметтік қорғау қажеттігіне әкеп соқтыратын, ауруларға, мертігулерге (жаралануға, жарақаттарға, контузияларға), олардың зардаптарына, кемістіктерге байланысты организм функциялары тұрақты бұзылып, денсаулығы нашарлаған адам.

Мүгедектігі бар бала – тұрмыс-тіршілігінің шектелуіне және оны әлеуметтік қорғау қажеттігіне әкеп соқтыратын, ауруларға, мертігулерге (жаралануға, жарақаттарға, контузияларға), олардың зардаптарына, кемістіктерге байланысты организм функциялары тұрақты бұзылып, денсаулығы нашарлаған он сегіз жасқа дейінгі адам.

Антенатальді кезең – зигота түзілгеннен босану үрдісі басталған мерзімге дейін созылатын кезең. Онтогенетикалық тұрғыдан бұл кезең эмбрионалды, ерте фетальді және кеш фетальді деп бөлінеді.

Интранатальді кезең – босану үрдісі басталғаннан, нәресте дүниеге келгенге дейінгі мерзім.

Неонатальді кезең – нәрестенің туған кезінде басталып, толық 28 күн болғанда аяқталатын мерзім. Ерте неонатальді кезең (туғанынан бастап 6 күн 23 сағат 59 мин. жалғасады) және кеш неонатальді кезеңдерге (7 күн – 27 күн 23 сағат 59 мин. аралығында) бөлінеді.

Гестациялық мерзім – бұл аналық жасушаның аталық жасушамен ұрықтанғаннан бастап, туғанға дейін созылатын кезең. Адамдарда бұл кезең 14 күндік ауытқумен (38-42 апта) жүретін 40 аптаны құрайды.

Қауіп факторы – сырқаттың даму мүмкіндігін арттыратын факторлардың бірі.

БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

БАҚ	– бұқаралық ақпарат құралы
БЦС	– балалар церебральды салдануы
БҰҰДБ	– Біріккен Ұлттар Ұйымының даму бағдарламасы
ДДҰ	– Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЕДТ	– емдеу дене тәрбиесі
ЕӨҚМ	– Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
ЖРА	– жедел респираторлық аурушылық
ЖРВЖ	– жедел респираторлық вирустық жұқпа
КТ	– компьютерлік томография
ҚГВ	– қарапайым герпес вирусының тасымалдаушысы
ҚПМЕС	– қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен ерте сылынуы
ҚР ДМ	– Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
ҚРТ	– қосалқы репродуктивті технологиялар
МРТ	– магнитті-резонансты томография
МҚЖБ	– ми қан айналымының жедел бұзылыстары
ОЖЖ ТДА	– орталық жүйке жүйесінің туа біткен даму ақаулары
ОЖЖ	– орталық жүйке жүйесі
ОЖЖПЗ	– орталық жүйке жүйесінің перинатальді зақымдануы
ПДТ	– психикалық даму тежелісі
ПЗ	– перинатальді зақымдалу
ПМПК	– психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссия
РБРО	– Республикалық балалар реабилитациялық орталығы
РО	– реабилитациялық орталық
ТБС	– тыныс бұзылыстарының синдромы
ҮЕМ	– үкіметтік емес мекемелер
ЦСА	– церебральды сал ауруы
ЭЭГ	– электроэнцефалография

КІРІСПЕ

Зерттеу тақырыбының өзектілігі. ҚР Президенті Қ.Тоқаев «Сындарлы қоғамдық диалог – Қазақстанның тұрақтылығы мен өркендеуінің негізі» атты халыққа жолдауында (2019ж.) «церебральды сал» диагнозымен балаларды медициналық және әлеуметтік қолдауды жақсарту міндетін қойды /primeminister.kz/. Қазақстан Үкіметі Президент тапсырмаларын орындау барысында кіші және орта жастағы балаларды реабилитациялау орталықтарын «қол жетерлік» ету жолында шаралар атқаруда. Сонымен қатар, мүмкіндігі шектеулі бала тәрбиелеуші отбасыларға аса назар аудару керектігі нақты айтылды [1].

2020 жылдың ресми деректеріне қарағанда мүгедектік бойынша 80 мың бала тіркеуде тұр. Әрі мемлекет ерекше сұраныстары бар адамдарға басқалармен тең мүмкіндіктер құруды міндет санайды. Бұл мақсаттарға өкімет тарапынан үш жыл аралығында 58 млрд теңгеден кем бөлінбеу көзделген.

Балалардың церебральды сал ауруы (БЦС) – негізінде постуральді рефлекстердің күрделі патологиясынан қозғалыстың, психиканың және сөйлеудің бұзылуынан көрінетін анте- және перинатальді кезеңнің полиэтиологиялық ауруы [2].

Балалар церебральды сал ауруы балалар мүгедектік себептері құрылымында жетекші орындардың біріне ие. Әлемде, жыл сайын 1000 нәрестенің 200-і мүгедектікпен туылуда, оның 70-де балалар церебральды сал ауруы анықталады екен. Статистикалық деректерге сүйенсек, Қазақстанда соңғы 10 жылда балалар сал ауруы 1,6 есеге артқаны белгілі. Алматы қаласының өзінде балалардың церебральды паралич ауруы (G80) нозологиясы бойынша көрсеткіштер: 14 жасқа дейін: 2015 жылғы – 1700 -ден, 2021 жылы – 2945 -ке; 15-17 жаста: 2015 жылғы – 203 -тен, 2021 жылы – 422 -ке ұлғайған;

Қазірде Қазақстанда церебральды сал ауруымен (ЦСА) 19 мың бала реабилитацияны, оған қоса 153 мың бала коррекциялық білім беруді қажет етеді /Sputnik.kz (2020ж.). Яғни, Қазақстанда барлығы 626,7 мың мүгедек болса, соның 11% – мүгедектігі бар балалар.

Қазіргі жағдайда, балалардың туа біткен физикалық ауытқуымен, ақыл-ойының ақауымен, ауыр мүгедектікпен туылу жиілігінің өсуі байқалады. ДДҰ сарапшыларының мәліметтеріне сәйкес, орташа есеппен, бүкіл әлем халқының 10%-ын мүгедектер құрайды, олардың 150 миллионы – балалар [3,4]. Қазақстан Республикасының Ұлттық генетикалық тізбесінің мәліметтері бойынша жыл сайын Қазақстанда 2000-нан 3500-ге дейін балалар туа біткен немесе тұқым қуалайтын патологиямен туылады екен. ҚР ДМ мәліметтері бойынша орталық жүйке жүйесінің перинатальді зақымдануының жиілігі осы жас категориясындағы балалардың сырқаттануында 7,5-22,4% құрайды [5]. Бұл жағдай – өспелі үрдіске ие әлеуметтік құбылыс. ОЖЖПЗ сәби шағында неврологиялық аурулардың арасында 60-80% құрайды [3]. Бастапқы кезеңде көптеген неврологиялық белгілер жиі білінер-білінбес болады және клиникалық тұрғыдан анықталмайды, алайда, кейін баланың жүйке-психикалық дамуына айтарлықтай ықпал етеді [6-10].

Балалардың мүгедектігінің құрылымында жетекші орынды, 30%-дан 70%-ға дейін, балалардың церебральды сал ауруы (БЦС) – ерте мүгедектікке алып келетін ауру алады [3]. Дүниежүзілік статистикаға сүйенсек, балалар церебральды сал (БЦС) ауруы, орта есеппен, әрбір 1000 туған сәбиге 2-ден 8 ретке дейін кездеседі екен; дамыған елдерде, сәйкесінше – 2,5-5,9 құрайды [2,11]. Бірқатар авторлар перинатальді кезеңде жүйке жүйесінің зақымдануына байланысты ауру көрсеткіштерінің акушерлік көмектің, емдеу шараларының және асқынудың алдын алудың жақсару есебінен төмендеу үрдісін көрсеткенімен, басқалары бірқатар жылдардың ішінде БЦС жиілігі тұрақты деп есептейді. Дегенмен, авторлардың басым бөлігі аурудың кездесу жиілігінің өсуін негізге алады да [11,12,13], бұл деректі шала туған балалардың және БЦС даму қаупі жоғары болып табылатын дене салмағы төмен жаңа туған балалардың арасындағы өлімнің азаюымен түсіндіреді.

Бүгінгі таңда, балалар церебральды сал (БЦС) ауруы жүктілігі қалыпты өткен аналардан да тіркелуі кездеседі. Алайда, балалар церебральды сал ауруы жеткіліксіз салмақпен шала туған сәбилерде, қолайсыз босанулар немесе жарақаттар нәтижесінде орталық жүйке жүйесінің зақымданулары орын алған балаларда жиі диагностикаланады [2, 4,14].

БЦС ерекше терапиясы жоқ, қазіргі кездегі қолданылатын емдеу әдістері әркез күтілетін нәтижеге әкелмейді. Бірқатар авторлардың ойынша, БЦС бастапқы сатысындағы науқастар үшін әсерлі әдістер жеткілікті деңгейде әзірленген жоқ деп есептейді. Көптеген елдерде жалпы қабылданған емдеу кинозетерапияға, педагогикалық түзетуге және қосалқы техникалық құралдарды қолдануға негізделген [2,15-17].

Республикада мүмкіндігі шектеулі балаларды қалпына келтірумен айналысатын мекемелердің жетіспеуі орын алады, бар орталықтардың материалдық-техникалық базасы әлсіз. Сонымен қатар мамандардың кәсіпқойлық деңгейлері жеткіліксіз, бұл факторлар қосарланған түрде балалардың денсаулығында динамикалық ілгерілеуге аурудың нәтижесіне кері әсерін тигізеді.

Жоғарыда айтылғандармен байланысты кешенділіктің, сабақтастықтың, ұзақтықтың қағидаларын қамтамасыз ететін нәтижелі реабилитациялық көмекті кешенді әрі нәтижелі ұйымдастыру қажеттігі аса өзекті мәселе болып табылады.

Мүмкіндігі шектеулі балалардың өмір сүру сапасының төмендігі, қалпына келтіру көмегі жүйесін ұйымдастырудың қиындығы БЦС балаларды қалпына келтіру проблемаларының медициналық-әлеуметтік маңыздылығын көрсетеді, көмекті ұйымдастыру тиімділігін арттыру және нәтижелілігін бағалаудың күрделі міндеттерін қояды.

Зерттеу жұмысының мақсаты – церебральды сал ауруымен ауыратын балалардың медико-әлеуметтік статусын, клинико-диагностикалық сипаты мен өмір сүру сапасын зерттей отырып, қалпына келтіру көмегін ұйымдастыруды жетілдіру мүмкіндіктерін өңдеу.

Мақсатқа жету барысында келесі **міндеттер** орындалды:

1. Балалар церебральды сал ауруының жаһандық ауыртпалығы мен қалпына келтіру көмегінің ұйымдастырылуына ғылыми-әдеби шолу жасау.
2. Науқастардың медико-демографиялық статусын, патогенездегі қауіп факторлары мен клинико-диагностикалық ерекшеліктерін анықтау.
3. Церебральды сал ауруымен балаларды тәрбиелейтін отбасылардың элеуметтік-гигиеналық сипатын зерттеу.
4. Мүгедектігі бар және сау балалардың өмір сүру сапасын салыстырмалы бағалау. Қалпына келтіру көмегін ұйымдастырумен қанағаттану деңгейін анықтау.
5. Балалар церебральды сал науқастарына түзету-қалпына келтіру көмегін жетілдіру бойынша интегративті әрекет үлгісін құру, тәжірибелік ұсыныстар жасау.

Зерттеу жұмысын жүргізу берілген өзекті мәселе бойынша зерттеу мәліметтері зерделеніп, «MaksatMed» медициналық орталығынан өткен БҚС ауруын сараптап, науқас балалардың ата-аналарынан сұрау мәліметтерін талдап, қалпына келтіру көмегінің ұйымдастырылуын сипаттау арқылы ЦСА бар балаларға реабилитациялық көмекті жетілдіру бойынша ұсыныстар өңдеуді мақсат тұтады.

Зерттеу объектісі: «MaksatMed» медициналық орталығы 2011 жылы Алматы қаласында ашылып, сол уақыттан бері (2020 ж. қоса алғанда) 70 мыңнан аса неврологиялық патологиямен пациенттерге емдеу-реабилитациялық көмек көрсеткен, оның ішінде 3000 жуық – балалар церебральды сал ауруы.

Зерттеу мәліметтері библиографиялық, ақпараттық-аналитикалық, социологиялық, құжат көздерін талдау, өмір сапасын зерттеу әдістері арқылы жиналды.

Зерттеу нысаны ретінде балалар церебральды сал ауру патологиясы бар балалар және оларды қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру үрдісі.

Ғылыми жаңалығы. Жұмыстың ғылыми жаңалығы келесі зерттеу нәтижелерімен негізделеді әрі олардың көпшілігі алғаш рет анықталған:

- зерттеу кезеңіне сәйкес церебральды сал ауруымен науқас балалардың медико-элеуметтік статусы, клинико-диагностикалық сипаты, олардың этиопатогенездік факторларға тәуелділігі анықталды;

- зерттеу нысанында қалпына келтіру көмегінің ұйымдастырылуымен қанағаттану көрсеткіштері арнайы әдістермен бағаланды;

- қазіргі қоғамдағы церебральды сал ауруымен науқас балаларды тәрбиелейтін отбасылардың элеуметтік-гигиеналық сипаты анықталды;

- мүгедектігі бар және сау балалардың өмір сүру сапасы салыстырмалы бағаланды;

- мүмкіндігі шектеулі балаларға кешенді қалпына келтіру көмегін ұйымдастырудың медициналық орталық деңгейіндегі үлгісі ұсынылып, тиімділігі анықталды.

Зерттеудің теориялық және тәжірибелік маңызы

- Қазіргі қоғамдағы церебральды сал ауруымен науқас балалардың медико-элеуметтік статусын: демографиялық сипатын, патогенездегі этиологиялық

факторларды, клинико-диагностикалық сипатын анықтау денсаулық сақтаудың құзыретті ұйымдарының практикалық жұмысында кәсіби шешімдер қабылдауда маңызды.

- Церебральды сал ауруымен мүгедектігі бар баланы тәрбиелеуші отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық сипатын, олардың медико-әлеуметтік көмекпен қамтамасыз етілуін зерттеу осы отбасыларында шешілуі тиіс мәселелері мен мұқтаждарын анықтауға мүмкіндік берді.
- Кешенді қалпына келтіру көмегін іске асыратын интегративті үлгі түрлі деңгейдегі профильді реабилитациялық орталықтар мен бөлімдердің жұмысы үшін тәжірибелік маңызды.

Қорғауға арналған негізгі ережелер

1. Балалар церебральды сал ауруының этиопатогенезі және клинико-диагностикалық сипатын анықтау аурудың туындауының пре- және перинатальді кезеңдегі қауіп факторларына тәуелділігін сипаттайды. Церебральды сал ауруымен науқас балаларды босануда әйелдер жасының жасаруға ығысуы байқалады және патологияның анықталуы жүктілік ретіне тәуелсіз екенін көрсетеді.
2. Церебральды сал ауруымен балаларды тәрбиелейтін отбасыларды әлеуметтік-гигиеналық зерттеу олардың ұзаққа созылатын қалпына келтіруді қолдау көмегіне мұқтаждығын анықтайды. Науқас баланың өмір сүру сапасының деңгейі ата-ананың, анағұрлым, тиімді әрі қолжетімді қалпына келтіру көмек кешеніне сұранысын негіздейді.
3. Балалар церебральды сал ауруымен науқастың медико-әлеуметтік статусын, клинико-диагностикалық ерекшеліктерін, көмектің ұйымдастырылуымен қанағаттану деңгейін зерттеу интегративті көмек көрсетуді қамтамасыз ететін түзету-қалпына келтіру көмегін жетілдіруді ұйымдастыру үлгісін құруға негіз болды.

Диссертация мазмұны бойынша жарияланымдар

Диссертация тақырыбы бойынша 8 баспа жұмысы жарияланды. Оның ішінде:

Scopus мәліметтер базасында импакт-факторлы «Systematic Review Pharmacy» журналында –1 мақала;

Білім және ғылым сферасында бақылау комитеті ұсынған ғылыми баспаларда – 3 мақала;

Халықаралық ғылыми-практикалық конференциялар және халықаралық жас ғалымдардың қатысумен ғылыми-практикалық конференцияларда – 4 мақала:

- VI Халықаралық «Фараби оқулары» ғылыми конференциясының материалдарында (Алматы, 2019);
- Жас ғалымдар мен оқытушылардың «Фараби оқулары: Денсаулық сақтау қызметтерін жалпы қамтудағы АМСК ролі» халықаралық ғылыми-практикалық конференциясында (Алматы, 2019);
- «Жалпыұлттық «Бөбек» қозғалысы мен Қазақстан ғалымдары Конгресінің біріккен ассоциациясының «Global science and innovations 2020: Central Asia» XI халықаралық ғылыми-практикалық конференциясында (Астана, 2020);

- «Эразмус ПЛЮС бағдарламасының Орталық Азиядағы университеттерінің жоғары білім беру әлеуетін арттыруға әсері» халықаралық білім және ғылым конференциясында/ ауызша баяндама (Алматы, 2021).

Зерттеу нәтижелерін енгізу

Зерттеу нәтижелері «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университетінің қоғамдық денсаулық сақтау және әлеуметтік ғылымдар, медициналық реабилитология кафедраларының оқу үрдісінде, сонымен қатар келесі мекемелердің практикалық жұмысында талданып ескерілді:

- «Қазақ медициналық қоғамы» қоғамдық бірлестігі;
- «Арди» оңалту орталығы, Алматы қ;
- «Шапағат әлеуметтік қызмет орталығы» ҚММ, Алматы қ;
- «Ақсай» балалар клиникалық ауруханасының құрамындағы Балалар неврологиясы орталығы;
- Қалалық №10 емханасы (Алматы қ.)

Инновациалық патенттер, авторлық куәліктер

1. Авторлық куәлік № 11561. ««MaksatMed» реабилитциалық орталығын» іске қосу жоспарына», 2020 ж.

2. Авторлық куәлік № 25473. «Церебральді сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін жетілдіру үлгісі», 2021 ж.

Диссертация құрылымы мен көлемі

Диссертациялық жұмыс 163 бетте баяндалып, кіріспеден, әдеби шолу, зерттеу материалы мен әдістерінен, өзіндік зерттеудің 5 бөлімінен, қорытынды, тұжырым мен тәжірибелік ұсыныстардан, әдебиеттер тізімі 172 ғылыми көздерден, оның ішінде 82 – шет тіліндегі әдебиеттерден тұрады. Диссертация 41 кесте, 43 сурет 4 сызба және 7 қосымшамен үйлестірілген.

1 БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САЛ АУРУЫНЫҢ ЖАҒАНДЫҚ АУЫРТПАЛЫҒЫ (ғылыми-әдеби шолу)

1.1 Балалар церебральды сал ауруының этиологиялық факторлары, патогенезі және даму ерекшеліктері

Балалар церебральды сал (БЦС) ауруы – бұл, кең түсінік, оның құрамына бас ми дамуының ерте кезеңде қалыптасуының бұзылу генезі болып табылатын неврологиялық бұзылулар тобы кіреді. Негізгі неврологиялық симптоматика жүйке жүйесі белгілерінің дер кезінде дамымауымен, кідіруімен сипатталады. Бұлшық ет гипертонусы дамиды, қол білезігінің гипертонусы манипулятивті қызметтің дамуының тежелуіне әкеледі. Спастикалық диплегиясы бар балалардың, шамамен, 1/3-нде ақыл-ой дамуының кідірісі, есту және көру қабілетінің бұзылуы байқалады. 2/3-нде – сөйлеудің бұзылуы, ¼ бөлікте – эпилептикалық талмалар байқалады [18].

БЦС кезіндегі нервтік-психикалық бұзылуларға себеп болатын этиологиялық факторларға ана мен ұрық қанының резус, АВО-үйлеспеушілігінен жаңа туған нәрестелердің гемолитикалық ауруы нәтижесінде билирубиндік энцефалопатия немесе басқа да факторлар – жаңа туған нәрестелердің конъюгациялық сарғаюы, сирек асфиксия немесе босану жарақатының салдарынан қан құйылу жатады [19].

Жалпы моторлы функциялардың классификация жүйесі (GMFCS) БЦС балалардағы моторлы функциялардың классификациясы үшін алтын стандарт. GMFCS – баланың жасына байланысты әртүрлі дескрипторлар қолданылатын реттік жіктеу. GMFCS жарамды, сенімді, тұрақты және ұзақ мерзімді жалпы қозғалыс функциясын болжайды. Гипоксияға немесе ишемияға әкелетін перинатальді респираторлық бұзылыстар мен церебральды сал арасындағы байланыс бастапқыдан-ақ клиникалық деп танылды. Гипоксияға немесе ишемияға жауап ми жарақаты жасушалық энергияның сарқылуына, экситоуыттылыққа (яғни нейротрансмиттерлердің шамадан тыс ынталандырылуы салдарынан жүйке жасушаларының зақымдануы немесе өлуі), әсіресе глутамат және тотығу стресі; тотығу стресі энергияның осы сарқылуын одан да қиындататын митохондрияльды жеткіліксіздікке әкеледі. Нәтижесінде, нейрондар мен жасушалар апоптозға немесе некрозға ұшырайды. Митохондрияльды жетіспеушіліктен туындаған АТФ әлсіреуі жасушалардың өлуіне әкелуі мүмкін жасушалық АТФ-тәуелді процестерді бұзады. АТФ-тәуелді процестер арасында Na^+/K^+ -АТФазаның бұзылуы N-methyl-D-aspartate (NMDA) рецепторынан туындаған глутаматергиялық экситоуыттылыққа ықпал ете отырып, нейрондық мембрананы потенциал өзгертеді, бұл некрозға және апоптозға әкеледі. Бұл жолды түсіну NMDA-рецепторларды блоктайтын агенттердің потенциалды нейропротекторлық әсерлерін зерттеуге әкелді, оның ішінде магний сульфаты. Интрацитоплазматикалық қайта тиеу Ca^{2+} кіруін туғызады, некроз және апоптоз күшейеді. Ca^{2+} – тәуелді оксидазаны активтендіру және антиоксиданттық белсенділікті тежеу митохондрий функциясына әсер ететін оттегінің артық белсенді түрлерін генерациялайды. Бұл оттегінің белсенді түрлері өнімдерінің жылдамдығын одан әрі арттырады

да, соңында жасушалардың өлуіне әкеледі. Бұл әсер әсіресе мидың жетілуінің басында (екінші триместр) тазалау жүйесінің шектеулі тиімділігіне байланысты байқалады. Бұл ұғым мелатонин сияқты радикалдардан бос құралдарға негізделген нейропротективтік стратегияларды әзірлеуге әкелді. Бұдан басқа, неонатальды асфиксия кезінде реанимациялық тәсілде оттегінің жоғары концентрациясын пайдалану жануарларға зерттеулер мен адамдарға жағымсыз клиникалық нәтиже көрсететін зерттеулер негізінде кері көрсетілген [20].

Ми қозғалтқышын басқару орталықтарының әртүрлі бөліктерінің зақымдануы церебральды параличтің әртүрлі түрлерін тудырады. БЦС жағдайларының 70 пайызы пренатальді жарақаттардан туындаған, ал туылу кезінде – 20 пайыз, 10 пайыз – туғаннан кейін жарақат алуы мүмкін. Баланың миының салауатты дамуына кедергі келтіретін немесе бұзатын факторлар: жүктілік кезіндегі инфекциялар. Пренатальді инфекциялар тұжырымдамадан кейінгі алғашқы бірнеше аптада ең қауіпті. Жүктілік кезінде қызылша және цитомегаловирус (ЦМВ) церебральды салдың белгілі себептері болып табылады. Бұл вирустар ананың иммундық жүйесіне шабуыл жасап қана қоймай, бала миының қабынуын тудырады, ол қалыпты дамуға кедергі келтіреді. Шикі немесе пісірілмеген ет жейтін аналар жұқтыру ықтималдығын арттыра алады. Балалардың гемолиздік сырқаттарында кездесетін ядролық сарғаю миға улы билирубиннің қауіпсіз деңгейінің жиналуымен сипатталады. Тұншығу – бұл миға түсетін оттегінің жетіспеушілігі. Бұл босану кезінде бала миының ауыр зақымдануына әкелуі мүмкін. Босану кезінде туындайтын тұншығу дәрігерлік салғырттықтан немесе елемеуден туындауы мүмкін. Плацентаның ерте қатпарлануы, босану кезінде жатырдың жарылуы немесе кіндік жарылуы қан ағуын шектеп, оттегі жетіспеушілігін тудырады. Босану кезінде бас жарақатынан миға қан құйылу, мидағы қозғалтқышты басқару орталықтарының ауыр зақымдануы, қан тамырларының үзілуі мида қан кетуге әкеледі. Туғаннан кейінгі инфекциялар (жаңа туған нәрестелер жұқтырған), мысалы, менингит мидың зақымдануын тудыруы мүмкін. Менингит мидың қозғалыс орталықтарына зақым келтіруі мүмкін күшті қабынуды тудырады [21-24].

Церебральды сал дамуының интранаталдық (10%) факторлары (жіті гипоксия дамуымен немесе ұрықтың жарақатымен босанудағы асқынулар): көп ұрықты жүктілік, уақытынан бұрын босану, клиникалық тар жамбас, ұрықтың жамбас көрінісі, босану қызметінің әлсіздігі, ұзақ сусыз аралық және босану жолдарында баланың басының ұзақ тұрып қалуы, созылмалы немесе тез босану, аспаптық босандыру және кесар тілігі, босану кезіндегі асфиксия, ұрықтың босану жарақаты. Туған балаларға тән церебральды салдың даму қауіп факторлары: плацента аномалиялары, ұрықтың құрсақішілік дамуының үлкен және кіші ақаулары, туу кезіндегі дене салмағының төмендігі, мекония аспирациясы, неонатальды құрысулар, респираторлық дистрессиндром, гипогликемия, неонатальды инфекциялар, нәрестелердің реанимация бөлімінде ұзақ уақыт болуы. Шала туған балаларға тән церебральды салдың даму қауіпінің бірі – гестациялық жасы <37 апта, емделушілердің >30% жағдайда кездеседі. Церебральды сал ауруы «кандидаттық» гендермен де байланысты.

Тромбофильді гендер, цитокин гендері, E (ApoE) аполипопротеинмен байланыстырылған гендер және функциямен байланысты басқа гендер жүрек-тамыр және иммундық жүйелерге бөлінеді. Бұл V Лейден факторы мутациясы, 5,10-метилентетрагидрофолатредуктаза (MTHFR) мутациясы т.б.

Кейбір авторлар церебральды салдың даму қауіпіне ықпал ететін ұрықтың вирустық генетикалық өзгеріске ұшырауын байқаған (цитокиндердің гендік полиморфизмі-toll-ұқсас рецептор-4 Asp299Gly, ИЛ-6G-174C, ИЛ-4 C589T) [25].

Кейбір аналықтың бұзылулары балалардағы церебральды салдың даму қауіпін арттырады. Бұл бұзылулар эпилепсияны, қалқанша безінің ауруларын, семіздікті, қан ұюының бұзылыстарын, гипертония, жүрек бұзылыстарын, қант диабетін, анемияны және кәсіби ауруларды қамтиды (мысалы, болашақ ана вибрация берілетін жұмыс жасаса). Ананың зиянды әдеттері мен (темекі шегу, алкоголь немесе есірткі пайдалану) БЦС арасында тікелей байланыс табылды. Бұл уыттар тек гипоксияны ғана емес, сондай-ақ ішкі мүшелердің туа біткен ақаулары қауіпінің факторы болуы мүмкін.

Жүкті әйелді қоршайтын орта барлық жанама түрде баланың денсаулығына әсер етуі мүмкін. Бұл факторлар әлеуметтік-экономикалық жағдайларды, медициналық көмектің сапасын және экологиялық жағдайды қамтиды. 20 жыл бұрын церебральды салдың негізгі себебі ретінде босанудың асқынуы ең танымал теория болды. Американдық педиатрия академиясының есебіне сәйкес, бүгінде, босану кезеңіне тәуелділік факторлар, небәрі, 10-20%-ды құрайды. Босану кезінде церебральды салдың негізгі себебі асфиксия, яғни баланың қанында және тіндерінде оттегіні қатты айыру болып табылады.

Босанғаннан кейін церебральды сал ауруының даму қауіп факторлары: 1. Резус үйлесімсіздігі, қан үйлесімсіздігі. 2. Вакцинацияның болмауы (вакцинация көптеген жұқпалы аурулардың, мысалы, менингококк ауруы, туберкулез, полиомиелит, қызылшаның алдын алуы мүмкін. 3. Қан аурулары (тромбофилия немесе серп тәрізді-жасушалық анемия сияқты) бірінші белгісі болуы мүмкін, жіті цереброваскулярлық зақымдануды тудыруы мүмкін. 4. Балалар жарақаттануының алдын алмау (мысалы, балалар машинасын дұрыс қолданбау немесе баланы дәретхана үстелінде жалғыз қалдыру ауыр жарақаттарға әкелуі мүмкін [26].

БЦС-да мидың зақымдануы мына көлемде ауытқиды: туғанға дейінгі нысан – 35-60%, интранатальді – 27-52%. Бірқатар авторлардың мәліметтеріне сәйкес, бақылаудың 80%-ы мидың церебральды сал ауруын тудыратын зақымдануы, ұрықтың құрсақішілік дамуы кезеңінде, ал кейіннен құрсақішілік патология әсерінен делінген. Анамнезде шала туудың 19-33,2% дейін үлкен үлес салмағы бар, ал барлық нәрестелер арасында бұл көрсеткіш 4-8% тең. В.Нагберг және соавторлар пікірінше, дені сау балалар популяциясында жетілмеген және шала туған балалар – 16:1, ал БЦС науқастар тобында – 2:1. Церебральды сал ауруы 8,7% шала туған балалар, гестациялық жастағы балаларда кездесіп, ал дене салмағы қалыпты туғандарда оның жиілігі төмендейді [27].

БЦП спастикалық формаларында 11-27% жағдайда ЭЭГ-да типтік суреті бар құрысу синдромы диагностикаланады, емделушілердің тағы 50-54%-да клиникалық көріністерсіз пароксизмальді эпилептикалық белсенділік анықталады. Эпилептикалық белсенділік қалыпты орталықаралық өзара қарым-қатынасты өзгерте отырып, аяқ-қол бұлшық еттерінің тонусын реттеу гамма-альфа механизмдерінің сегментарлық жүйелеріне сөзсіз әсер етеді. Бас миы мен контрактуралардың эпилептикалық белсенділігінің өзара қарым-қатынасы екі жақты болып табылады: контрактуралар ОЖЖ-де импульсацияны өрескел өзгертеді, ал афферентацияның бұзылуы генераторлық белсенділіктің патогенетикалық механизмдерінің бірі болып табылады. БЦС-ның аса ауыр өтетін түрлері (спастикалық тетрапарез, спастико-гиперкинетикалық және гиперкинетикалық) стриатум жүйесіндегі өткізгіштерге перивентрикулярлы ақ заттың аймағынан патологиялық өзгерістердің таралуы және АКО-дендритті тармақтану процесінің әсерімен байланысты. Шын мәнінде, базальды ядроларда анығырақ байқалады. Бұл мидың фазалық және тондық жүйелері тарапынан БЦС-ға тән бұзылулардың дамуын білдіреді. Бұл ретте дисфункция ми бөліктерін қамтиды, перивентрикулярлық аймақтың зақымдануын тудыратын факторларға гипоксия, ишемиямен дисциркуляторлық бұзылулар, метаболизм бұзылыстары (тұқым қуалайтын немесе фетоплацентарлық жеткіліксіздікпен байланысты), босанудағы мидың жарақаттық зақымдануы, жүйке жасушалары мен глиалардың даму бағдарламасының генетикалық бұзылуларынан туындайды [28-31].

Соңғы жылдардағы зерттеулер балаларда церебральды сал ауруының пайда болуы генетикалық және басқа да факторлардың тікелей рөлін (A.Fatimi, J.Cohen, E.Levy, AACPD, Las-Vegas) көрсеткен [32,33].

Барлық рецессивті параплегиялардың ең жиі бірі G11 спастикалық параплегия болып табылады. Ең үлкен қызығушылық оның фенотиптерінің бірі – мидың азайған денесімен тұқым қуалайтын спастикалық параплегия. Пубертат жасында пирамидалық симптоматиканың пайда болуы және тұрақты прогрессі тән, кейіннен когнитивтік функциялардың төмендеуі жүреді [34,35]. Бұл симптомдардың полинейропатиямен үйлесуі мүмкін.

1.2 Әлемде балалар церебральды сал ауруының таралуы

Біріккен Ұлттар Ұйымының (БҰҰ) статистикалық мәліметтері бойынша дүниежүзінде мүгедектер саны 10%-ды, яғни 500 миллион адамды құрайды. Мүгедектер арасында тірек-қозғалыс аппараты бұзылған балалар өте көп кездеседі, соның ішінде күрделі бұзылыстардың бірі – церебральды паралич бар балалар.

Жоғарыда сипатталғандай, біріншілік және жалпы балалар мүгедектігінің құрылымында алғашқы орындарды туа біткен даму аномалиясы, жүйке жүйесінің аурулары және психикалық бұзылыстар алады. Жүйке аурулары арасында балалар мүгедектігінің негізгі себебі – БЦС [36,37], оның таралуы 1000 балаға шаққанда 2-2,5 құрайды [38,39].

БЦС – бұл антенаталдық, интранаталдық немесе неонаталдық кезеңдерде орталық жүйке жүйесінің (ОЖЖ) зақымдануымен дене қалпының және

қозғалыстардың бұзылыстарымен сипатталатын топты көрсететін термин. БЦС тән қозғалыстың бұзылулары мидың дамуы, сөйлеу, пароксизмальнымды бұзылыстарымен қатар жүреді [40].

БЦС әр елдегі таралудағы айырмашылықты БЦС анықтамалары әр елде өзінше қабылданғанымен түсіндіріледі. Демек, БЦС диагнозын анықтау да әртүрлі [41].

БЦС таралуына келсек, Азия мемлекеттерінен Оңтүстік Кореяда церебральды сал ауруының таралуы 1000 балаға 2,6 құрады [42]. 2007 жылы БЦС барлық жаңа туған нәрестелердің 0,41% анықталса, 2011 жылы – 0,25% анықталған, бұл 5 жыл ішінде сырқаттанушылықтың төмендеу қарқыны [43].

АҚШ-та 1000 балаға шаққанда 3,6 жағдайды құрайды. Е.Д.Белоусованың мәліметтеріне сәйкес, Ресейде 1000 балаға 5-8 оқиғаны құрайды [44]. Қазақстан Республикасы Ұлттық Регистрінің мәліметтерінде, жиілігі бойынша, балалардағы ЦСА кең диапазонда ауытқып, 1000 туылған сәбиге 2,0-5,9 оқиғаны құрайды [16].

ҚР ДМ ведомстволық статистикалық анықтамасы (№52 үлгі) бойынша соңғы 10 жылда балалар сал ауруы 1,6 есеге артып, 100 мың халық санына шаққанда 2006 ж. – 44,6-дан 2017 ж. – 73,6-ға ұлғайған [10,45]. Жалпы мүгедектігі бар балалардың 1/3 -ін (31-33%) – неврологиялық аурулары бар балалар құраса, ал балалардағы ЦСА – жартысынан астамында кездеседі (57,5-62,1%) [46].

«БЦС науқас мүгедектердің құқығын қорғау» ұйымының психологтары мен дәрігерлерінің жүргізген сауалнамасы бойынша, сал ауруымен науқас балалары бар 700-ден астам отбасының 90%-ында әйелдерге босануды тездету үшін стимуляторлар қолданған. Бұндай препараттар шет елдерде 1950-жылдардан бастап, ал көрші Ресейде 1960-жылдардан бастап қолдана бастаған. Осы кезден бастап сал ауруымен науқас балалар саны күрт артып кеткен: 1964 жылы Ресейде сал ауруымен науқастар саны 1000 балаға шаққанда 0,64 болған.

Кесте 1. ТМД елдері арасындағы балалар мүгедектігінің көрсеткіші (0-17 жас).

Елдер	2012 ж	2013 ж	2014 ж	2015 ж	2016 ж	2017 ж
Беларусь	28 895	28 403	27 662	25 867	25 562	25 737
Молдова	14 634	14 978	15 313	15 780	15 321	14 851
Ресей Федерациясы	561 881	527 126	506 636	495 378	495 330	512 394
Украина	122 640	120 671	133 516	157 474	165 121	166 164
Армения	8 304	8 449	8 706	8 358	8 045	7 973
Әзірбайжан	51 925	48 479	55 066	56 439	57 941	61 693
Қырғызстан	18 517	20 660	20 842	20 842	22 359	23 565
Тәжікстан	16 963	19 101	15 319	18 612	24 013	29 144
Қазақстан*	47 590	46 765	44 935	45 582	49 349	52 884

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің мәліметтері бойынша (кесте 1), Қазақстанда 18 жасқа дейінгі мүгедектер барлық балалардың 1,33%-ын құраған. Бұл көрсеткіш басқа ТМД елдерімен салыстырғанда (жалпы балалар санына шаққандағы БЦС үлесі негізінде құрылған кесте) жоғары. Мысалы, Тәжікстанда - 0,80%, Түркменстанда - 0,55%, Қырғызстанда - 1,25%, Ресейде 1,88%-ды шамасында [7,11,47].

Кестеде көрсетілгендей, ТМД елдерінде де мүгедектікпен туылғандар көрсеткіші тым жоғары. Соның ішінде Қазақстан Ресей, Украина, Әзірбайжаннан кейінгі 4 орынды алады. Бұл елдегі балалар денсаулығының төмен көрсеткішін білдіреді. Статистика деректері бойынша Қазақстанда 44 574 сәби мүгедектікпен есепте тұр, бұл еліміздегі сәби тұрғындардың 1,2%-ын құрайды. Олардың ішінен 10000 шамасындағы сәбиге балалардың церебральды сал ауруы диагнозы қойылған.

Қазақстан Республикасындағы мүгедектікпен балаларға аса назар бөлініп, олардың қоғамдағы интеграциясы бойынша жасалып отырған әрекеттерге қарамастан, олар күнделікті өмірде әлі де қиындықтармен соқтығысуда. Мүгедектікпен балалардың қоғамдағы интеграциясы, жалпы алғанда, Қазақстан Республикасы әлеуметтік саясатының баса назар аударуды талап ететін сұрақтарының бірі болып қалып отыр. Жалпы білім беру жүйесіндегі балалардың интеграциясы және теңқұқылық аспектілері міндетті коррекциялық, педагогикалық және психологиялық көмек тұрғысынан нық қадамдарды талап етеді (БҰҰДБ, 2018ж.)

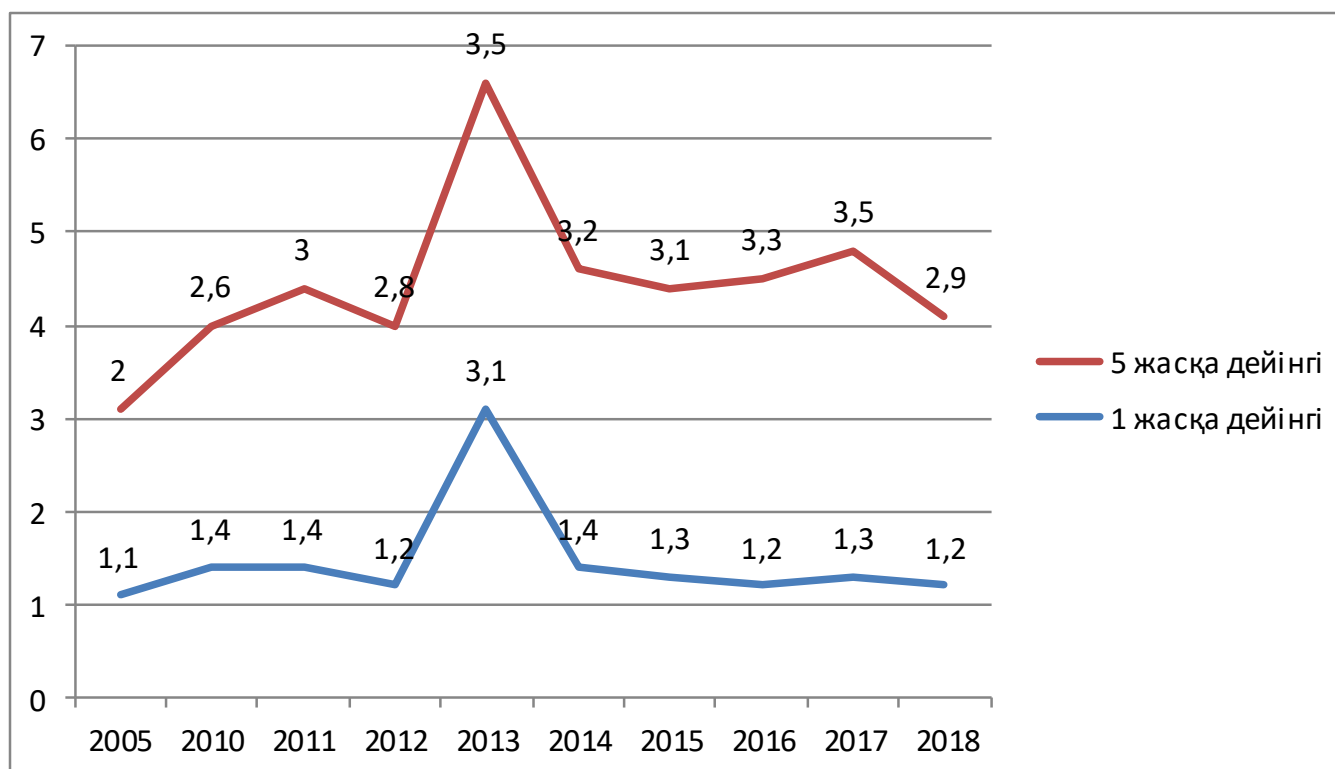
Заманауи құрал-жабдықтар мен медицина сапасының жақсаруының арқасында шала туған балалардың өлім деңгейі төмендеді. Бірақ та, сал ауруына шалдыққан балалар саны арта түсті.

2018 жылы Қазақстан Республикасы 1 жасқа дейінгі балалар арасында алғашқы аурудың белгісі 1233 құраған. Сәйкесінше, 100 000 балаға шаққанда – 21,02 жағдай болса, соның ішінде – 12,9 жүйке жүйесінің аурулары, оның 1,2-сі – балалардың церебральды сал ауруына тиесілі. 2005-2013 жылдар аралығында церебрал сал ауруымен сырқаттанғандар, орта есеппен -1,64, ал 2014-2018 жылдар аралығында -1,28 құрады. Бұл 5 жыл ішінде сырқаттанушылық пайыздық есеппен 21,95% -ға төмендегенін көрсетеді. Ал, 5 жасқа дейінгі балалар арасындағы алғашқы аурушылық -1115,8 оқиғасын құрап, 100 000 балаға шаққанда 63,5 – нерв жүйесінің ауруларына, оның ішінде 2,9 – балалардың церебральды сал ауруына тиесілі [48,49].

Балалардың сал ауруымен науқастар саны артып тұр. ДДҰ мәліметтері бойынша, әр 1000 баланың 3-4-і сал ауруымен дүниеге келеді. 2016 жылы сал ауруымен науқас балалар саны 1000 балаға шаққанда: Ресейде 6-8, Қазақстанда 5-9, Украинада 2-3, ал АҚШ-та 3-4-ке жетті. Балалар церебральды сал ауруы статистикасының әр елде әртүрлі болуы сол елдегі халықтың өмір сүру салты мен медицина сапасының дамуына тікелей байланысты [48].

Ресми мәліметтерді сараптай келе, 2005 жылдан (1,1) 2013 жылға (3,1) дейінгі уақытта балалардың церебральды сал ауруы 3 есе артқанын байқауға болады. Ал 2013-2018 жылдар аралығындағы көрсеткіш 2,9 есеге төмендеген (1,2), яғни бастапқы деңгейге дейін жуықтағанын көреміз (сурет 1). 5 жасқа

дейінгі сал ауруымен науқас балалар саны 2005-2013 жылдар аралығында 1,75 есе өскен (3,5). 2013-2017 жылдарда церебральды сал деңгейі бірқалыпты болса, 2017 жылдан бастап бұл көрсеткіш төмендеп 2,9 -ды құраған [50].



Сурет 1. 1 және 5 жасқа дейінгі балалардың БЦС біріншілік сырқаттанушылығы.

2010-2018 жылдар аралығында 1 жасқа дейінгі БЦС балалар, орта есеппен, 1000 балаға шаққанда 1,5 баланы, ал 5 жасқа дейінгі БЦС ауыратын балалар, орта есеппен, 1000 балаға шаққанда 3,1 баланы құраған [49,50]. 5 жасқа дейінгі балалардың церебральды сал ауруымен сырқаттану деңгейі жоғары.

1.3 Балалар церебральды сал ауруында реабилитациялық көмектің ұйымдастырылуының дүниежүзілік және отандық сипаты

Барлық дамыған елдерде оңалту проблемасына назар аудару медицинаны ізгілендіру үрдісінің өсуіне байланысты. Оңалтудың негізгі мақсаты – ауруға қарсы күрес емес, адам үшін күрес болып табылады. ДДҰ анықтамасына сәйкес, оңалту дегеніміз – бұл функционалды ерекшеліктерді іске асырудың жоғары деңгейіне жету үшін әлеуметтік әлсіз адамдарды оқыту немесе қайта даярлау кезінде медициналық, әлеуметтік, білім беру және кәсіби тәсілдерді кешенді және келісілген түрде қолдану. «Оңалту – бұл алдын алу, емдеу және жұмысқа қабілеттендіру ғана емес, бұл, ең алдымен, науқасқа оңалту қағидаттарында көрініс табатын жаңа тәсіл». Медициналық реабилитация, ДДҰ сараптамалық комитеті (1980 ж.) анықтаған белсенді процесс, оның мақсаты ауру немесе жарақат салдарынан бұзылған функцияларды толық қалпына

келтіру, егер бұл мүмкін болмаса, мүгедектің физикалық, психикалық және әлеуметтік әлеуетін оңтайлы іске асыру, оны қоғамда барынша интеграциялау болып табылады. Бұл терминнің медициналық ғылымда және практикада кең қолданылуына қарамастан, оңалтудың мәніне, сондай-ақ оның мақсаттары мен міндеттеріне қатысты бірыңғай көзқарас әлі де жоқ. Кейбір елдерде бұл термин денсаулықты қалпына келтіру деп түсініледі, басқаларында – бұл ұғым еңбекке қабілеттілікті қалпына келтіруге, үшіншіден, зардап шеккендерге материалдық көмек көрсетуге және т.б. қатысты. Терминологиялық шатасуға әкелетін «қалпына келтіру емі» мен «оңалту» анықтамалары арасында нақты айырмашылық жоқ. Оңалту жөніндегі мамандар кейде реабилитологияның өз міндеттері бар екенін және медицина, педагогика, психология, әлеуметтік бағыт сияқты симбиозды жүзеге асыратын дербес қызмет саласы екенін түсінбейді [50-55].

Канада өз Конституциясына мүгедектердің теңдігі туралы ережені енгізген бірінші ел: «Әрбір адам ешбір кемсітусіз, соның ішінде нәсіліне, ұлтына, дініне, жынысына, жасына, психикалық немесе физикалық мүгедектікке қарамастан заң алдында тең». Мүгедектерді оңалту процесі кәсіптік терапевттер мен медбикелермен қамтамасыз етілген. Канададағы реабилитациялық көмектің ерекшелігі – емдеудегі командалық тәсіл. Ұжымның негізгі міндеті – жарақаттың немесе аурудың патологиялық салдарларына қарамастан пациенттің оңтайлы максималды функционалдық белсенділігін қалпына келтіруге қол жеткізу болып табылады [56].

Қазіргі уақытта әлемнің көптеген елдерінде мүгедектігі бар балаларды, оның ішінде ЦСА шалдыққан балаларды оңалту тәсілдері 2001ж. ДДҰ 54-ші Ассамблеясында қабылданған «Қабілеттілік, мүгедектіктің және денсаулықтың халықаралық жіктелуінің (ДХЖ) ережелеріне» негізделген [/https://zdravmedinform.ru/icf.html](https://zdravmedinform.ru/icf.html).

ДХЖ – ЦСА балаларды оңалтудың кез-келген бағдарламасын құруға негіз болатын дербес жіктеу болып табылады. Ол ЦСА баланың қызмет ету деңгейін, оны оңалтудың мақсаттарын анықтауға, оңалту шараларын таңдауда дұрыс көзқарасты дамытуға, осы араласуды қолданудың дұрыстығын және алынған нәтижені бағалауға мүмкіндік береді. Осылайша, бүгінгі таңда ДХЖ – бұл ЦСА балаларды оңалтуды жеке деңгейде ғана емес, сонымен қатар оңалту жүйесін тұтастай ұйым, аумақ және мемлекет деңгейінде кешенді бағалау үшін қолдануға мүмкіндік беретін әмбебап құрал.

Әлемдік тәжірибеде ЦСА диагностикалауда кеңінен қолданылатын тағы бір заманауи құрал – GMFCS (Global Motor Function Classification System) – емделушінің мотор функцияларын жіктеудің халықаралық шкаласы. GMFCS – баланың жалпы қозғалыс белсенділігінің көлемін және оның қалыпты ортадағы шектелу дәрежесін анықтауға бағытталған.

Солтүстік Америкада және Батыс Еуропада GMFCS церебральды сал ауруы бар пациенттердің қозғалғыштығын және амбулаториялық болжамын бағалау үшін стандарт болып табылады.

Әртүрлі елдерде БЦС диагнозы бар балаларға оңалтуды қамтамасыз ететін ұйымдардың жұмысы мен өзара әрекеттесуінің модельдері әртүрлі, бірақ

міндеттері бірдей. Әлемнің көптеген елдерінде БЦС бар балаларды кешенді оңалту көмегін көрсететін мамандандырылған көпбейінді оңалту орталықтары, сондай-ақ тұрғылықты жері бойынша амбулаториялық-емханалық мекемелерде, күндізгі клиникаларда, оңалту консультацияларында, сондай-ақ үй деңгейінде ұйымдастырылатын оңалту бөлімшелері қарастырылған.

Мүгедектігі бар балаларға, оның ішінде ЦСА арналған желілік орталықтар кеңінен қолданылады, онда мультидисциплинарлық әдіспен баланың психофизикалық ерекшеліктеріне байланысты жеке оңалту бағдарламалары әзірленеді. Мұндай әдіс балалардың тұрақты тұратын жеріне тікелей жақын орналасқан шағын оңалту орталықтарының жүйесінде Еуропа елдерінде (Германия, Англия, Швеция, Финляндия және т.б.) қолданылады. Орталықтардың мақсаты – дамуында ауытқулары бар баланың отбасын қолдау және мультидисциплинарлық топты амбулаторлық негізде қамти отырып, ерте көмек көрсетіп, баланың адаптивті ортада қалып мамандардың бақылауында болу мүмкіндігін іске асыру.

Германияда 1969 жылдан бастап оңалту бойынша федералдық кәсіпқой қауымдастығы (Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)) – үйлестіруші орган, оның құрамына елдегі барлық оңалту қызметтерін жеткізушілер кіреді. Негізгі міндеті – салааралық көзқарас, кешенділік және сабақтастық негізінде оңалту көмегін көрсетудің бірыңғай (стандартты) ережелерін жасау. Ұйымда осы сала мамандарына арналған арнайы кәсіби ақпараттан тұратын оңалту бойынша әдістемелік материалдар әзірленеді және мамандар біліктілігін арттыруды қамтамасыз етеді.

Клиника мен оңалту арасында сабақтастық жүйесі бар орталықтарда жеке мақсаттарды, оңалту бағдарламаларын және қол жеткізілген нәтижелерді талдауды қалыптастыру, емдеу және оңалту аяқталғаннан кейін медициналық-әлеуметтік қызметтермен науқастарды үйде қолдау сияқты шаралар қамтылады. Осылайша, науқастарда ұзақ уақыт бойы оңалту жүргізіледі. Медициналық оңалтудың барлық кезеңдерін сақтандыру компаниялары (денсаулық сақтау қорлары) толығымен төлейді.

Скандинавия елдерінің, Австралияның, Ұлыбританияның және АҚШ тәжірибесінде ЦСА диагнозы қойылған балаларды ұзақ мерзімді медициналық-әлеуметтік қолдау мәселелеріне ерекше назар аударады.

Швецияда 1994 жылдан бастап балалар ортопедиясы қызметі мен балаларды оңалту орталықтарының бірлескен жобасы ретінде ЦСА ауыратын науқастарды ұзақ мерзімді бақылау бағдарламасы (CPUP) іске қосылды. Бұл бағдарлама бала кезінде ұйымдастырылған диспансерлік бақылау жүйесі арқылы қайталама асқынулардың (жамбас буынынан шығу, ауыр контрактуралар, сколиоз) алдын-алуға бағытталған.

2005 жылдан бастап CPUP Швециядағы Ұлттық сапа регистрімен мақұлданды. Бүгінгі таңда Швецияның барлық өңірлері осы бағдарламаға қатысады. Норвегияда CPUP (CPAP) 2006 жылдан бері, Данияда (Оңтүстік Дания) - 2010 жылдан бастап іске асуда. 2012 жылы Исландияның бір бөлігі CPUP қосылды.

1999 жылы Ұлыбританияда Британдық ЦСА регистрлерінің бірлескен желісі (УКСР) құрылды. Оған ЦСА бес белсенді регистрі және Ұлыбританиядағы балаларды тексерудегі мәліметтер базасы кіреді. Регистрлер Солтүстік Ирландия, Шотландия (CPRS) және Англияның бірнеше аймақтарын қамтиды. Әрбір тіркелімде Этика комитеттің мақұлдауы бар. Барлық регистрлер бірнеше ақпарат көздерін пайдаланады. Тіркелімдерді жүргізу 20 жыл ішінде эпидемиологиялық және клиникалық зерттеулерге негіз болды, сондай-ақ ЦСА балаларға қызмет көрсетуді жоспарлау және ұйымдастыру бойынша ақпарат көзіне айналды.

УКСР деректер базасы Ұлыбританиядағы церебральды сал ауруының көрсеткіштерін, себептері мен салдарын жүйелі бақылау, зерттеу үшін маңызды дамып келе жатқан ұлттық ресурс болып табылады. УКСР- бұл церебральды сал ауруы бар балалардың этиологиясын, ұзақ мерзімді нәтижелерін және БЦС бар отбасыларының медициналық-әлеуметтік қызмет көрсету қажеттіліктерін зерттеуге арналған платформа.

Австралияда функционалдық бұзылыстары бар мүгедектігі бар балалар үшін медициналық-әлеуметтік оңалтудың бірқатар шаралары заңмен бекітілген. Ұзақ мерзімді оңалту және түрлі көмек көрсетумен қатар, ЦСА шалдыққан балаларды тұрақты диспансерлік бақылау бағдарламасы әзірленген. 1969 жылдан бастап бейімделу жабдықтарымен жабдықталған дербес өмір сүруге арналған пәтерлер берілді. Сондай-ақ бұл елде әртүрлі зерттеу бағдарламалары бар, олардың нәтижелері клиникалық тәжірибеге және бүкіл әлем бойынша ЦСА ауыратын балаларға оңалту күтіміне үлкен әсер етеді. Австралиялық CP Register (ACPR) церебральды сал ауруы бар науқастар туралы ақпараттың құпия зерттеу деректер базасы болып табылады.

Реестрдің негізгі мақсаттары: церебральды сал ауруының жиілігі мен таралуын бақылау, БЦС-ның себептері туралы қосымша түсінік алу, профилактикалық стратегияларды бағалау, церебральды сал ауруы бар балалар мен ересектерге арналған қызметтерді жоспарлауға көмектесу. Сондай-ақ Австралияда NHMRC Церебральды сал ауруын зерттеу орталығы (CRE) орналасқан, ал 2019 жылы жасөспірімдер мен жастарға бағытталған Церебральды сал ауруын зерттеу орталығы («CP-Achieve») құрылды.

АҚШ-тағы мүмкіндігі шектеулі адамдарға оңалту көмегін ұйымдастыру жүйесі қызығушылық тудырады. Мұндай көмек арнайы жабдықталған орталықтарда да, көптеген жеке және мемлекеттік агенттіктерде де жүзеге асырылады, онда олар негізінен кәсіби дайындық сабақтарын өткізеді. Бүгінгі таңда АҚШ церебральды сал ауруы бар мүгедектерге арналған 300-ге жуық оңалту орталықтары бар және бұл елдегі ең дамыған желілердің бірі.

Мүгедектігі бар балаларға арналған медициналық оңалту көмегі федералды үкімет Medicare және Medicaid бағдарламалары арқылы қаржыландырады. Нью-Йоркте Церебральды сал ауруы қауымдастығының орталық штаб-пәтері орналасқан, бұл штаб-пәтер медициналық орталықтарды бақылап, оларды ақпаратпен қамтамасыз етеді.

Нью-Йорк штатының церебральды сал ауруымен күресу қауымдастығы (Нью-Йорк штатының CP), 1946 жылы церебральды сал ауруы бар балалардың

отбасыларымен құрылған және әртүрлі типтегі балаларды күту мен емдеуде ұлттық деңгейде танылған көшбасшыға айналған, 24 филиалдан тұратын көп салалы ұйым. Оның штат бойынша церебральды сал ауруымен ауыратын 100000 адамға және олардың отбасыларына қолдау мен қызмет көрсететін 18000-нан астам қызметкері бар. Нью-Йорк штатында АҚШ бойынша мүгедектерді оңалтуға арналған ең жақсы орталықтарының бірі орналасқан, ол CP of Nys қауымдастығына кіретін-Бруклин қалашығы (ADAPT Community Network).

Церебральды сал ауруы бар адамдарға арналған орталықтың оңалту қызметтеріне: физиотерапия, еңбек терапиясы, сөйлеу терапиясы, дамуды бағалау, сонымен қатар психиатриялық, психологиялық, психоәлеуметтік бағалау мен жеке кеңес беру кіреді.

Сондай-ақ, АҚШ-тағы 1984 жылы құрылған "MOVE" тірек-қимыл аппараты немесе психоневрологиялық патологиясы бар адамдарға арналған оңалту бағдарламасы, оның ішінде ЦСА балаларға жалпы моториканы жақсарту, ұтқырлық пен тәуелсіздікті арттыру мақсатында отыру, тұру, жүру және қозғалу дағдыларын үйрету үшін белсенді қолданылады. Бағдарламаны іске асырудың негізгі шарты - баламен және оның жеке тобымен жұмыс істеу, оған отбасы, әлеуметтік қызметкерлер, оңалту мамандары, дәрігерлер және оларды қолдайтындардың барлығы кіреді [57].

Оңтүстік Кореяда 2007 жылы БЦС барлық жаңа туған нәрестелердің 0,41% анықталса, 2011 жылы – 0,25%ға төмендеу қарқыны елдегі 2007 жылы Кореялық балаларды оңалту және дамыту медицинасының қоғамының (KSPRDM) церебральды сал ауруы бойынша Корея деректер базасының жұмыс тобын (KDCP) қалыптастыруымен де байланысты болды. KSPRDM – Оңтүстік Корея бойынша мүмкіндігі шектеулі балалармен жұмыс жасайтын кәсіби мамандардың академиялық қауымдастығы [58].

Кореяда пациенттер Ұлттық медициналық сақтандыру қызметіне (ҰМСҚ) тіркелуі керек, бұл медициналық сақтандырудың жалғыз мемлекеттік мекемесі. Кореяда оңалтуға, медициналық жеңілдіктер беріледі. Оңалту терапиясына физиотерапия, кәсіби терапия және гидротерапия кіреді; олардың барлығы БЦС бар науқастар үшін қажет. БЦС бар пациенттерде иілгіштікті бақылау үшін ботулотоксинді (Botox) инъекциялау да белгілі бір критерийлер сақталған кезде ҰМСҚ-мен жабылады.

Емделетін науқас медициналық көмек құнының белгілі бір бөлігін «қосалқы төлем» ретінде төлейді. Қосымша төлем мөлшерлемесі медициналық мекеменің деңгейіне және түріне қарай стационарлық немесе амбулаторлық қызмет көрсету құнынан бөлек белгіленеді. Әдетте қосымша төлемдер стационарлық көмектің 20% және амбулаторлық көмектің 30-50% құрайды. Яғни, медициналық шығындарды жабу мүмкіндігі бар болғанымен, церебральды сал ауруына шалдығу жағдайларын қамтымайды. Осылайша, церебральды сал ауруына шалдыққан отбасылар науқастың өмірінде жұмсалған медициналық шығындардың салдарынан қаржылық ауыртпалықпен өмір сүреді. Кейбір басқа елдерде, мысалы, Ұлыбритания мен Канадада, барлық медициналық шығындар Ұлттық денсаулық сақтау қызметі арқылы

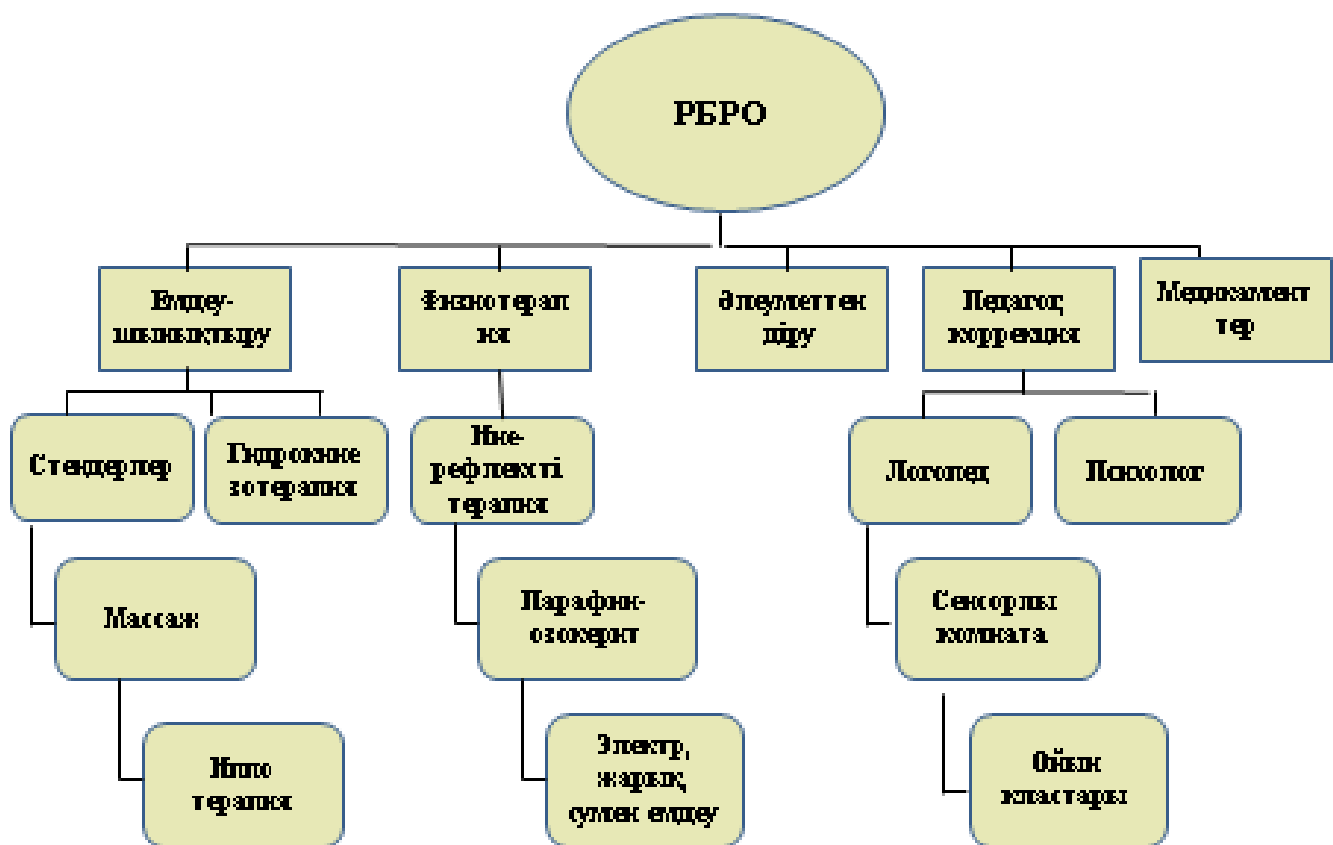
қаржыландырылады. Тіпті кейбір елдерде, мысалы, АҚШ-та жеке медициналық сақтандыру жүйесі бар болса да, мүгедектігі бар балаларды емдеуге кеткен шығындарды мемлекет өз мойнына алады.

Жапония жағдайында адамдар барлық медициналық шығындардың белгілі бір бөлігін төлейді, ал қалғанын ұлттық медициналық сақтандыру өтейді. Стационарлық емделу жағдайында негізінен мемлекет тарапынан қолдау көрсетіледі [42].

Зерттеу жұмысының барысында церебральды сал ауруында реабилитациялық көмекті ұйымдастырудың отандық тәжірибелерін талдау маңызды болды.

Республикалық балалар реабилитациялық орталығы «Балбұлақ» ҚР ДМ 1995 жылы балалар «Бөбек» қорының қолдауымен жүйке жүйесінің патологиясымен балаларға арналған Қазақ КСР бала бақшасының базасында құрылды (сызба 1). 2019 жылға дейін орталықта 18368 пациентке, оның ішінде 13615 балаға көмек көрсетілген.

Орталықтың қуаттылығы 75 төсек орны, оның ішінде 60 – балаларға және 15 – ересектерге арналған. Реабилитациялық емдеу курсы – 24 төсек күнін құрайды, жылына кестеге сәйкес 14 жатқызу мерзімі қарастырылып, реабилитация курсына 840 бала қабылдайды. Орталықта реабилитациялық көмек көрсету құрамында көрсетулер бойынша диспорт жасалады [59-61]. Әрекет етудің қарапайым сызбасына қарамастан орталық кешенді реабилитациялық көмек көрсетудің негізгі бағыттарын қамтыған: емдеу-шынықтыру, физиотерапия, әлеуметтендіру, педагогикалық коррекция және медикаменттік терапия.



Сызба 1. «Балбұлақ» РБРО құрылымдық-функционалдық үлгісі

Астана қаласындағы 300 төсек орындық «Республикалық балалар реабилитациялық орталығы» (РБРО) балалар тірек-қимыл, эндокринді және жүйке жүйесінің бұзылыстарына көмек көрсетеді (сызба 2). Кешенді реабилитациялық көмек толыққұнды көрсете алатын заманауи үлгідегі мекеме.

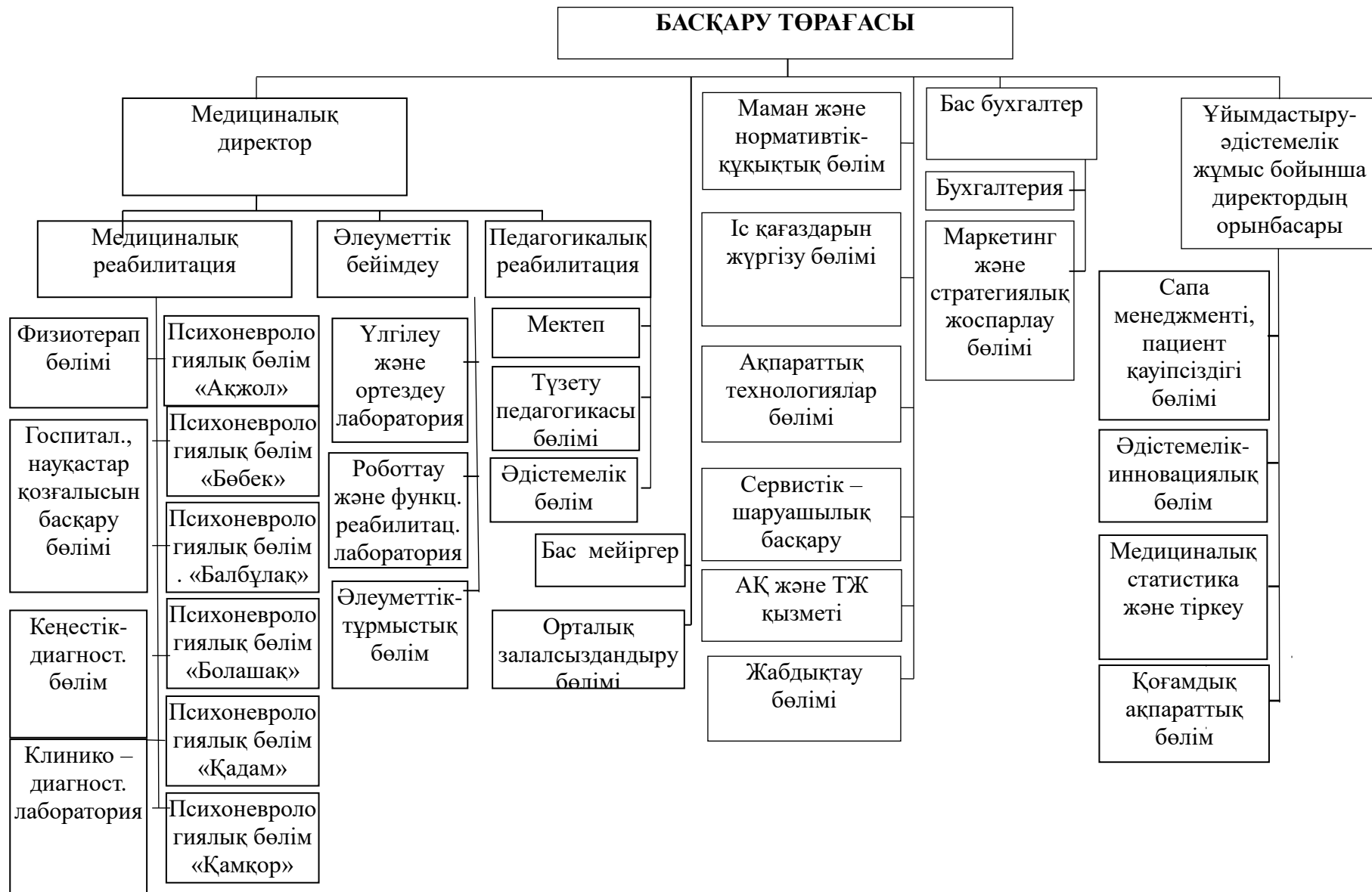
Мүмкіндігі шектеулі балаларға кешенді реабилитацияның интегративті принципі мүгедектер мен олардың отбасыларының бірқатар мәселелерін шешіп, пациенттер өмір сапасын жақсартатын жаңа технологияларға жатады. Кешенді реабилитация науқас баланың денсаулық жағдайындағы мәселелерді шешудің тиімді әдістерінің бірі болып табылады. Орталық жағдайында реабилитациялық үрдісті ұйымдастыруда дифференциялау әдісі қарастырылған.

Жалпы, реабилитациялық әсер тіннің 4 негізгі функционалды жүйелеріне бағытталады:

- қозғалыс, моторлы даму,
- сенсорлы сфера,
- когнитивті сфера және сөйлеу,
- эмоционалды-коммуникативті сфера және мінез-құлқы.

РБРО-ғы пациенттерге реабилитациялық көмекті ұйымдастырудың кешенді әдісін қолдануда осы қағидалар іске асқан. Әрі қолданатын технологиялардың тиімділігі тірек-қозғалыс аппараты жағдайының функционалдық динамикасынан бастап басқа да тіршілік сфераларында айқындала бастайды.

Мүгедектігі бар баланың медико-әлеуметтік мәселелерінің сипаты функциялардың патологиясы мен бұзылыстар жиынтығына байланысты әрі жиі таралғандары: өзіне қызмет көрсету мәселелері (барлығына жуығы тұрақты түрде өзгенің көмегін қажет етеді), қозғалыс мәселелері, қоршаған ортамен қатынас мәселелері, болашақта еңбек әрекетімен байланысты мәселелер, психологиялық мәселелер. Сондықтан қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру мақсаты, тек қозғалыс қимылдарын дұрыс қалыптастыру ғана емес, әлеуметтік ортаға адаптивті бейімдеу, педагогикалық түзетуді де көздейді.



Сызба 2. Республикалық балалар реабилитациялық орталығы (Астана қ.)

Э.С.Калижнюк емдеу мен түзету жұмыстарын балалар мен жасөспірімдердегі кортикальді процестердің қалыптасуының жас кезеңін ескере отырып құру керек деп санайды. Бұл өзіндік нейропсихикалық реакцияны қамтамасыз етеді. Оның 4 деңгейі бар: 1) соматикалық-вегетативті (0-3 жас); 2) негізінен мотор және психомотор (4-8 жас); 3) басым аффективті (7-11 жас); 4) эмоционалды-идеялық басым (12-16 жас). Сондықтан, жас балаларда нейропсихиатриялық бұзылыстарды қалпына келтіру емінің қажетті элементі вегетативті бұзылуларды (терморегуляция, ұйқы, ас қорыту және т.б.) реттеу болып табылады. Мектепке дейінгі және бастауыш мектеп жасында жалпы және сөйлеу моторикасының жетілмеген механизмдерін дамытуға және қозғалтқыштың ақаулары бар бұзылған функцияларды түзетуге бағытталған шаралар – жаттығу терапиясы, массаж, көркем гимнастика, тыныс алу жаттығулары, артикуляция. Жасөспірімдерде оңалту терапиясы эмоционалды және идеологиялық механизмдердің жетілмеген қарым-қатынасын тепе-теңдікке келтіру қажеттілігін ескере отырып жасалуы керек (өзін-өзі нашар сезіну және басқалар) эмоционалды реакцияны (еңбекке, эмоционалды түсті процестерге, үйірмелердегі сабақтарға және т.б.) қамтамасыз ету маңызды. Өзін-өзі бақылауды дамыту және нығайту, жұмысқа деген әлеуметтік көзқарасты дамыту және ұмтылыстардың іркілісін болдыртпауды қамтитын түзету және педагогикалық ықпал ету қажет [50,55].

Жаттығу терапиясының әдістерінің бірі – иппотерапия – атқа міну, бұлшықет тонусын және психоэмоционалды саланы жақсартуға көмектеседі. Жамбас сүйегінің жақсы созылуы және діріл массажы, сондай-ақ жылқының жылуы арқасында бұлшықет тонусы жақсарады. Терапиялық серуенде балаларда қорқыныш сезімі басылады, ерік-жігер жұмылдырылады, сенім пайда болады, сабақтар балаға ұнайтын ойын-сауық ретінде қабылданады. Атқа дұрыс мінгенде серпімді бұлшықеттер босаңсиды. Бұлшықет тонусы төмендеген балаларда дене тұрақтылығы және тепе-теңдік жақсарады, гиперкинетикалық формасы бар балаларда амплитудасы төмендейді [49].

Балалардың нейрореабилитациясына арналған көптеген жұмыстар психикалық сөйлеуді түзету кезінде церебральды сал ауруының этиопатогенетикалық, клиникалық көріністерін сипаттауға көп көңіл бөлінеді де, кешенді оңалту тиісті түрде ескерусіз қалады. А.В.Роговтың айтуынша, мүгедектігі бар балаларды оңалтудың белгілі әдістері кейде тірек-қимыл жүйесіне әсері бар [51,52].

Мүмкіндігі шектеулі балалармен жұмыс жасау кезінде мамандар тек локомотивті дамыту проблемаларымен ғана емес, сонымен бірге психикалық-сөйлеу дамуының бұзылуымен де кездеседі. Осыған байланысты дамуында ауытқулары бар балаларды оңалту туралы айтатын болсақ, оны медициналық тұрғыдан да, педагогикалық жағынан да бөлек қарастыруға болмайды. Сондықтан өз жұмыстарын осы проблемаға арнаған зерттеушілер кешенді медициналық-педагогикалық әсер туралы айтады. Сонымен бірге, авторлар осы санаттағы пациенттерді оңалту жүйесіндегі орталық буыны – санаторлық-курорттық емдеу деп санайды. Сарапшылардың пікірінше, психологиялық-педагогикалық оңалту шараларының маңыздылығы тек баланың биологиялық

өсу және жетілу процестерімен ғана емес, сонымен бірге жалпы психикалық іс-әрекеттің жоғары формаларының жеке тұлғаның қалыптасу процестері мен баланың ерекшеліктеріне байланысты [50].

Сондықтан баланың мүгедектігі ересек адамға қарағанда ауыр зардаптарға ие, өйткені ол баланың қалыпты психикалық дамуына әсер етеді. 100 жылдан астам уақыт бұрын, Мария Монтессори педиатр ретінде тек сау балаларға ғана емес, сонымен қатар барлық жастағы науқастарға арналған оңалту тәжірибесінде қолданылатын жалғыз халықаралық педагогикалық жүйені құрды. Осылайша, дамуында ауытқулары бар балаларға арналған Монтессори педагогикасының жүйесі пайда болды. Монтессори терапиясының мақсаты дәрігерлер мен тәрбиешілерге ата-аналарға балаларымен жүйелі түрде жасай алатындай жаттығуларды көрсету болып табылады. Бұл тамаша педагогика көптеген мәселелерді шешеді және әлемнің 147 елінде сәтті қолданылады [62].

Кейбір сарапшылардың пікірінше, ән айту – бұл басқа авторлар бұрын атап өткендей, церебральды сал ауруы бар балалардың сөйлеу қабілетін қалпына келтірудегі сөйлеу терапиясын түзету құралы. Музыка эмоционалды саланы дамытады, сонымен қатар балалардың ақыл-ой қабілетін белсендірудің құралы болып табылады, өйткені оны қабылдау зейін қоюды, байқауды, шапшаңдықты талап етеді. Музыка – бұл эмоциялар, ырғақ – бұл қозғалыстың табиғи түрде көрінетін музыканың құрамдас бөлігі. Сондықтан балалар музыка мен ритмикалық белсенділікті ұнатады және оларды психомоторлы дамуды ынталандыру үшін сәтті қолдануға болады. Е.Ю.Румянцева церебральды сал ауруы бар балаларда дауысты және жиілікті естуді тексеру әдісін ойлап тапты. Автор логопедиялық білім беру аясында түзету сыныптарының курсы жасады, бұл дисфониялық бұзылуларды түзетуге, дұрыс дыбыстық қамтамасыз етуді дамытуға, әуезді есту мен балалардың сөйлеу белсенділігін арттыруға ықпал етеді.

Церебральды сал ауруы бар науқастардың әлеуметтік бейімделуі моториканың, зияткерлік және сөйлеу функциясының қалыптасуына, сондай-ақ тұлғаның эмоционалды-ерікті саласының даму деңгейіне байланысты. Оңалту іс-әрекетінің құрамдас бөлігі ретінде отбасымен әлеуметтік жұмыс ерекше орын алады, өйткені баланың даму ортасын реттеуге және ұйымдастыруға болады. Бұл дамудың қайталама бұзылыстары үшін өтемақыны алдын ала анықтайды.

Қ.А.Семенова ақыл-ойды, сөйлеуді дамытуға, ақпарат пен идеялар қорын алуға, түрлі дағдыларды игеруге ықпал ететін дұрыс ұйымдастырылған ойындарға үлкен мән береді. Ойында әлеуметтік функциялар мен тиісті мінез-құлық нормалары игеріліп, баланың жеке басы қалыптасады. Ойын терапиясы мүгедектігі бар мектепке дейінгі және бастауыш мектеп жасындағы балалардың жеке басына, эмоционалды-ерікті және коммуникативті салаларына динамикалық әсер ету құралы ретінде бірқатар маңызды түзету мәселелерін шешеді. Ойын тұлғаның дамуына қатты әсер етеді, ойын қатысушылары арасында тығыз қарым-қатынас орнатуға көмектеседі, өзін-өзі бағалауды жоғарылатады, әлеуметтік маңызды салдарлардың қаупін жоя отырып, әртүрлі қарым-қатынас жағдайларында өзіңізге сенуге мүмкіндік береді. Ойын

терапиясы индивидуалды түрде де, топтық формада да қолданылады және түзету процесінде мотивацияның рөлі зор.

Балаларда акупунктураны кәсіби терапияның аналогы ретінде қолдануға болады. Медициналық жұмыстың негізгі міндеті – адамдарға шығармашылықтың қуанышын беру, пациентті жұмыс процесіне, ойын процесіне қызықтыру. Науқас аурудың басында демалу мен күтімді қажет етеді, яғни, пассивтілік, ауруды жеңген кезде оған көп зиян тигізеді. В.А. Епифанов бойынша, параличтік бұлшық еттер мен қатаң буындарды жаттықтыруда науқастың белгілі бір мақсатқа бағытталған белсенді әрекетінен артық нәтиже жоқ. Сондықтан қалпына келтіру қызметтері кешеніне белсенді жаттығулар, дамытатын ойындар мен кәсіптік терапия қажет. Ауру баланы сауықтырудың ойын емес формасы оның функцияларын дұрыс қалпына келтірмеуге әкелуі мүмкін [49,50]

Е.Л.Солодова бойынша терапиялық гимнастика, массаж, механотерапия, функционалды биобақылау БЦС науқастарды физикалық оңалту бағдарламасында тек мектеп жасына дейінгі балалар үшін ғана тиімділігі дәлелденген. А.В.Дерябин бойынша тренажерде сабақ өткізу, балшықпен емдеу, гидрокинезитерапия, ине-лазерлі рефлексотерапия, жаттығу терапиясы, массаж және корректор сабақтарымен бірге функционалды велосипедтер 3-5 жасқа дейінгі орташа ауырлықтағы спастикалық диплегия кезінде әсерлі.

Ауыз қуысында қолдануға арналған барлық дәрілік препараттар - баффофен, мидокаль, диазепам серпімділігі бар балалар мен жасөспірімдерде қысқа мерзімді және ішінара жақсаруға әкеледі. Алайда, барлық тиімділігімен ауызша дәрі-дәрмектердің ешқайсысы қалыпты және ауыр спастикалық құбылыстарды толығымен жоя алмайды. Осы препараттардың көпшілігінде жанама әсерлер қатарына атаксияның дамуы, әлсіздік, ұйқышылдық және есірткіге тәуелділік жатады. Сонымен қатар, бұлшық ет босаңсытқыштары белгілі седативті әсермен сипатталады, бұл баланың танымдық функцияларын бұзады [63,64] .

Церебральды сал ауруы бар балаларда дамудың кідірісін жеңу үшін, әдетте, физикалық терапияны қолдана отырып сауықтыру сабақтары өткізіледі [65]. Сауықтырудың барлық құралдары әр науқас үшін жеке таңдалады, бұл патологиялық қозғалтқыш стереотипінің негізгі сипаттамаларына байланысты [66].

Қазіргі уақытта физиотерапиялық жаттығулар неврология саласындағы оңалту терапиясында жетекші орындарда. Сонымен қатар физикалық жаттығулар өзінің әртүрлі вариацияларында пассивті, белсенді, рефлекторлы физиотерапияның, соның ішінде неврологияның негізгі құралы болып табылады. Физикалық терапияның (физиотерапия) жеке жоспарын құру кезінде аналитикалық гимнастика, функционалды терапия және эволюциялық гимнастика қолданылады. Церебральды сал ауруының клиникалық көрінісінде жетекші рөлді қозғалыс бұзылыстары алатындығына байланысты, жаттығу терапиясының негізгі мақсаты – ауру баланың моторикасын қалыпқа келтіру. Бұл мақсатқа баланың моторикасының барлық жақтарын қалыпқа келтіруге ықпал ететін кешенді эффект қолдану арқылы қол жеткізуге болады.

Жаттығу терапиясының әсер етудегі тиімді әдістерінің бірі – жаттығулардың патогенетикалық таңдауына негізделген Б.Бобат әдісі. Жасына қарамастан жаттығулар функция дамуының тоқтаған деңгейін ескере отырып қолданылады, яғни 5 айлық және 5 жасар баланың контрактуралары бар басынан бастап мойынға лабиринт рефлексін жасайды. Баладағы серпімділіктің төмендеуінен кейін оның бүкіл денесінің кеңістіктегі орны және оның жеке бөліктері туралы максималды сенсорлық ақпаратқа қол жеткізу қажеттілігіне назар аударады. Ол үшін нұсқаушы дененің буындары мен бөліктеріне қысым жасайды, сілкілейді, буындарды созады және т.б. Ең маңызды фактор – кеңістіктегі тепе-теңдігін сақтауға көмектесетін рефлексстердің қалыптасуы [67-69].

Церебральды сал ауруын емдеудің қалпына келтіру кезеңінде «Адели», «Гравистат» медициналық костюмдерін қолдана отырып, патологиялық қозғалтқыш стереотипін динамикалық проприоцептивті түзету әдісі тиімді. Бұл әдіс сақталған тоникалық рефлексстерді және патологиялық синергияны бейтараптандыруға, магистральді және төменгі аяқтардың қатерлі жағдайын түзетуге, жалпы мотор белсенділігін арттыруға және церебральды сал ауруының қалған кезеңінде 2 жастан асқан науқастарда қозғалыс физиологиялық стереотипіне көзқарасты дамытуға арналған.

Иппотерапия – бұл жылқыны қолданатын нейрофизиологияға бағытталған терапия (грекше «іппо» – жылқы және «терапия» – емдеу). Иппотерапияның пациент денесіне әсер етуінің негізгі механизмі екі күшті фактордың терапевтік және профилактикалық әсері тұжырымдамасына негізделген: психогендік және биомеханикалық. Психогендік фактор дегеніміз екі жоғары мотивацияны білдіреді. Бұл, біріншіден, пациенттің әлеуетін ашуға көмектеседі, оны емделу процесіне қорқыныш пен сенімсіздікті жеңе отырып белсенді түрде қосады. Екіншіден, эмоционалды ынталандыратын жылқының көмегімен денедегі бұзылыстармен күреседі [70].

Гидрокинэтерапия (жылы суда жаттығу). Біздің зерттеулеріміз көрсеткендей, терапиялық жүзу классикалық құралдармен салыстырғанда тиімді қалпына келтіру құралы болып табылады. Церебральды сал ауруы бар балаларда терапевтік жүзуді қолданғаннан кейін бұлшықеттің серпімділігі төмендейді, қозғалыстардың ауқымы, үйлестіру және кеңістіктік көріністер артады. Классикалық оңалту құралдарымен терапевтік жүзудің әсерін салыстырмалы зерттеу нәтижелерін талдау дененің резервтік сыйымдылығын арттыруға бағытталған балалар денесінің кардиореспираторлық жүйесіне бұрынғыдан да белсендіргіш әсерін көрсетті [71].

Церебральды сал ауруы бар науқастарды сауықтыруда интегралды тәсіл қолданылған кезде анағұрлым тиімділік байқалады [72-74].

Осылайша, шетелдік және отандық авторлар церебральды сал ауруы бар науқастарды оңалту кезінде интеграцияланған тәсілдің (физиотерапия, массаж, «Адели» және «Гравистат» медициналық костюмдерін қолдану, физиотерапиялық әдістер, бальнеотерапия, жылу және балшықпен емдеу, иппотерапия, дәрілік терапия, ортопедиялық әдіс) тиімділігі жоғары екендігі туралы пікірмен бөліскен.

Алайда, емдеу және оңалту шараларының әртүрлілігіне қарамастан, олардың әсері көптеген зерттеушілерді қанағаттандырмайды. Бұл – жаңа әдістерді іздеудің міндетті шарты. Олардың арасында онтогенетикалық гимнастикамен фиксация массажын қолдану ерекше қызығушылық тудырады. Е.Ю.Быковская (2007) церебральды сал ауруы бар балаларға онтогенетикалық гимнастикамен бірге сауықтыру массажының жаңа түрін ұсынды және сәтті қолданды [75]. Массаж терапиясы – бұл церебральды сал ауруымен моториканы, өмірлік дағдыларды қалыптастыруға және дамытуға мүмкіндік беретін негізгі құралдардың бірі. Өкінішке орай, іс жүзінде қол жеткізілген терапиялық массаждың тиімділігі мүмкін болатыннан едәуір төмен. Бұл бірнеше себептерге байланысты, көптеген жағдайларда, массаж науқастың дене құрылымын физиологиялық ерекшеліктерін ескерусіз жүзеге асырылады: массажға қарсы болған бұлшықеттер массаж жасалады; массаждың қажетті бағыты мен массаж кезіндегі дене мүшелерінің тәртібі сақталмайды. Бұл мәселені шешуге фиксациялық массаж және онтогенетикалық гимнастика көмегімен қол жеткізуге болады.

Онтогенетикалық гимнастика көмегімен массажды бекіту әдістерінің әсерінен спастикалық диплегия және спастикалық қос гемиплегиясы бар балаларда өкпенің қабілеттілік көрсеткіштері сәйкесінше 12,5 және 16,5%-ға жоғарылап, классикалық массаж және терапиялық гимнастика әдістерін қолданған кезде 14,5% артқан. Онтогенетикалық гимнастикамен фиксациялық массаж әдістерін қолданған кезде, аяқтың белсенді кеңею тапшылығы білек буындарындағы қозғалыстар ауқымының ұлғаюына байланысты азайды. Осылайша, процедураларды өткізгеннен кейін, білек буындарындағы белсенді қимылдардың көлемі, орта есеппен, 8% артты [76-81].

Сонымен, дамыған шет елдерде іске асқан отандық тәжірибеде жетілдірілуі тиіс мәселелерге жатады:

- Клиника мен оңалту арасында сабақтастық жүйесі бар орталықтарда жеке мақсаттарды, оңалту бағдарламаларын және қол жеткізілген нәтижелерді талдауды қалыптастыру, емдеу және оңалту аяқталғаннан кейін медициналық-әлеуметтік қызметтермен науқастарды үйде қолдау сияқты шаралар қамтуылады. Осылайша, науқастарда ұзақ уақыт бойы оңалту жүргізіледі.

- ЦСА диагнозы қойылған балаларды ұзақ мерзімді медициналық-әлеуметтік қолдау мәселелеріне ерекше назар аударылады. Балалар ортопедиясы қызметі мен балаларды оңалту орталықтарының бірлескен жобасы ретінде ЦСА ауыратын науқастарды ұзақ мерзімді бақылау бағдарламасы іске қосылған (бала кезден ұйымдастырылған диспансерлік бақылау жүйесі арқылы қайталама асқынулардың (жамбас буынынан шығу, ауыр контрактуралар, сколиоз) алдын-алуға бағытталған.

- Әдетте, мұндай бағдарламалар Ұлттық регистрмен негізделеді. Тіпті, ЦСА регистрлерінің бірлескен желісі құрылып, оған балаларды тексерудегі мәліметтер базасы кіреді. Барлық регистрлер бірнеше ақпарат көздерін пайдаланады. Тіркегімдерді жүргізу ЦСА балаларға қызмет көрсетуді жоспарлау және ұйымдастыру бойынша ақпарат көзіне айналады.

- Деректер базасы церебральды сал ауруының көрсеткіштерін, себептері мен салдарын жүйелі бақылау, зерттеу жүргізу үшін маңызды ұлттық ресурс болып табылады. Бұл – церебральды сал ауруы бар балалардың этиологиясын, ұзақ мерзімді нәтижелерін және БЦС бар отбасыларының медициналық-әлеуметтік қызмет көрсету қажеттіліктерін зерттеуге арналған платформа.

- функционалдық бұзылыстары бар мүгедектігі бар балалар үшін медициналық-әлеуметтік оңалтудың бірқатар шаралары заңмен бекітілген. Ұзақ мерзімді оңалту және түрлі көмек көрсетуде тұрақты диспансерлік бақылау бағдарламасымен қатар бейімделу жабдықтарымен жабдықталған дербес өмір сүруге арналған пәтерлер берілген.

- Мүмкіндігі шектеулі адамдарға оңалту көмегін ұйымдастыру жүйесі арнайы жабдықталған мемлекеттік мекемелерде де, көптеген жеке орталықтарда да біркелкі маңызды іске асады; кәсіби дайындық сабақтары өткізіледі. Церебральды сал ауруы бар мүгедектерге арналған оңалту орталықтары елдегі ең дамыған желілердің бірі. Церебральды сал ауруымен күресу қауымдастығы отбасыларымен құрылып балаларды күту мен емдеуде ұлттық деңгейде танылған көшбасшыға айналған.

- Тірек-қимыл аппараты немесе психоневрологиялық патологиясы бар адамдарға арналған оңалту бағдарламаларды іске асырудың негізгі шарты - баламен және оның жеке тобымен (отбасы, әлеуметтік қызметкерлер, оңалту мамандары, дәрігерлер және оларды қолдайтындардың барлығы) жұмыс істеу.

- Емделетін науқас медициналық көмек құнының белгілі бір бөлігін «қосалқы төлем» ретінде төлейді. Қосымша төлем мөлшерлемесі медициналық мекеменің деңгейіне және түріне қарай стационарлық немесе амбулаторлық қызмет көрсету құнынан бөлек белгіленеді. Әдетте қосымша төлемдер стационарлық көмектің 20% және амбулаторлық көмектің 30-50% құрайды. Осылайша, церебральды сал ауруына шалдыққан отбасылар науқастың өмірінде жұмсалған медициналық шығындардың салдарынан қаржылық ауыртпалықпен өмір сүреді.

Осылайша, отандық және шетелдік әдеби деректерді талдау церебральды сал ауруын емдеуде кешенді түрде тиімді екенін дәлелдеген. Қорытындылай келе, церебральды сал ауруы бар науқастарды оңалту мен емдеудің заманауи құралдарының арасында тұрақты позициялар осы аурудың патогенезін зерттеуге негізделген және оның көптеген түрлеріне түзетуші әсер ететін жоғары технологиялық әдістерге ие екендігін атап өткен жөн. Олардың әрі қарай дамуына және практикада кеңінен енгізілуіне үміттенуге толық негіз бар.

1.4 Мүмкіндігі шектеулі балалардың өмір сапасы және оларды тәрбиелеуші отбасылардың әлеуметтік жағдайы

Әлемде әрбір төртінші отбасының мүгедек туысы бар. Көптеген мүгедектігі бар балалар өз отбасында тұрады. Мұндай отбасылар бойынша ақпарат жеткіліксіз жарияланады, әлеуметтік-гигиеналық жағдайлар және отбасындағы микроклимат емдеу-оңалту шараларының тиімділігі беретін әсеріне дұрыс назар аударылмайды [82,83].

Отбасында еңбекке жарамсыз бір мүшесінің болуы отбасындағы қарым-қатынасқа, экономикалық жағдайына, күнделікті өміріне және болашаққа қойылған жоспарларына әсер етеді. Бұл дағдарыстық жағдай отбасы мүшелері үшін стрестің себебі болуы мүмкін [84-89].

Бірқатар дәлелдерде мүгедектігі бар балалы отбасылар әлеуметтік-экономикалық төмен жағдайда өмір сүреді, ал дені сау балалар жағдайы жақсы отбасыда тәрбиеленуде [84, 90-94]. Мүгедектігі бар баланы тәрбиелеп отырған әрбір алтыншы отбасының орташа айлық табысы мүгедектігі бар балаға берілетін жәрдемақымен бірдей болып келеді [95].

Мүгедектігі бар балалы отбасының 2/3-ң тұрғын үй қаражатын төлеуге, коммуналдық қызметтер және қажетті азық-түлік өнімдерін сатып алуға қаржысы жетпейді [96]. Материалдық қиындықтарға байланысты, ата-аналардың уақытылы балаларды мамандандырылған емдеу-оңалту мекемелеріне алып келуге мүмкіндіктері жоқ [97].

БҚС мүгедектігі бар балаларды тәрбиелеп отырған толық отбасыларға қарағанда, толық емес отбасылар саны 1,7 есеге көп. Көп жағдайда бұл отбасылар бала туылғаннан кейін толық емес отбасыға айналған. Баланың ауытқу дәрежесі неғұрлым жоғары болған сайын отбасыда соғұрлым жиі ажырасады [98]. Тағы да бір зерттеулердің нәтижелері бойынша толық емес отбасында барлық мүгедектігі бар балалардың 15% тәрбиеленуде, оның ішінде 8,6% ажырасқан ата-аналар [99,100].

Мүгедектігі бар балалы отбасындағы даулы жағдайлардың негізгі себептері 59,6% материалдық қиындықтар, нашар тұрғын үй жағдайы – 28,7%, науқас баланы тәрбиелеудің қиындықтары 19,6% болып табылады [101]. Әкелердің 30%-ға жуығы мүгедектігі бар баланы тәрбиелеудің қиындығына шыдай алмай, отбасын тастап кетеді [102,103].

Көптеген отбасылар (48,8%) ата-аналарымен бірге тұрады, осыған байланысты бір адамға шаққандағы санитарлық нормалар дұрыс сақталмайды. Мүгедектігі бар баланың негізгі күтімі анасының мойнында болғандықтан ол өз жұмысын қалдыруға мәжбүр болады [82,104,105]. Бұдан бөлек, мүгедектігі бар балалардың аналарының жартысынан астамы арнаулы және жоғары білімді мамандар болса да, қарапайым жұмысшы ретінде жұмыс атқарады [106]. Бұл аналардың әлеуметтік қорғалу деңгейі оларға мүгедектігі бар бала үшін берілетін ақша арқылы көтерілмейді [107].

Көптеген отбасыларда тағы бір баланы өмірге алып келуге кедергі келтіретін себептер арасында, ең алдымен, келесі баланың да БҚС (13,7%) болады деген қорқыныш, ауру баланы тәрбиелеу (8,8%) үшін көп уақыт пен күштің кететіндігі, сондай-ақ нашар тұрмыстық-материалдық жағдай (5,7%) жатады. Р.М.Сисикенованың деректері бойынша, мүгедектігі бар балаларды арнайы жабдықтармен және құрылғылармен қамтамасыз ету үшін, балаларды тұрмыста оңалту және бейімдеу үшін олардың неге мұқтаж екенін көрсетілген, оның ішінде: 57% – серуендеу креслоларына, 34,8% – балалар арбасына, 87,5% – ортопедиялық аяқ киімге, 46,1% – арнайы жиһазға, ал 98,7% – мүгедектігі бар баланы оқыту және дамытуға арналған түзегіш ойындарға. Дәрі-дәрмек сатып алу тек 24% отбасына ғана қолжетімді [108].

Отбасылардың жеткіліксіз медициналық белсенділігі мүгедектігі бар баланың емін қиындатады, сондай-ақ медициналық белсенділікке әлеуметтік факторлар (ананың жасы, көпбалалы отбасы, нашар материалдық-тұрмыстық жағдай) қолайсыз әсер етеді [109].

Перьмдегі зерттеулерде, 28,3%-ға жуық отбасы медициналық қызметкерлердің ұсыныстарын «тек өздері қажет деп санаған кезде» ғана орындайды. 2,8% ата-аналар дәрігерлердің ұсыныстарына құлақ аспайды және оларды мүлде орындамайды [110].

В.С.Полунин мен И.К.Сырниковтың айтуынша, Мәскеуде тұратын ата-аналардың 30% жуығы өз баласына оңалту шараларын өткізу керек деп санамайды [95]. Атап өту қажет, ата-аналар баланы мүгедектікке алып келген аурудың пайда болуы туралы, өту ағымы және болашаққа болжамы жайлы, қалпына келтіру жұмыстарын жүргізу әдістемесі, үйде емдеу, яғни барлық медицина қызметкері ұсынатын мәліметтерге мұқтаж [110-113].

Мүгедектікпен балаларды кәсіптік және еңбек жағдайына қабілеттілігін отбасылардың жартысынан астамы шеше алмайды (42,6%). 27,4% жағдайда ата-аналар еңбек пен болашақ мамандыққа қабілетін аша алған, ал 24,2% – бұл міндет мектепке жүктелген. 23,1% отбасында мүгедектігі бар балалар білім беру мекемелеріне бармайды [106,114]. Шетелде де осы проблема бар: шамамен 70% мүмкіндігі шектеулі бала қандай да бір арнайы білім алады [115-117].

Әдеби дереккөздер мүгедектігі бар балалардың отбасыларының әлеуметтік-гигиеналық және отбасылық-тұрмыстық мәселелерін зерттеу өте өзекті мәселе деп тұжырымдайды және мемлекет тарапынан медициналық-әлеуметтік көмекті жоспарлау мен көрсету үшін ғылыми база болып табылады.

Бүгінгі күні педиатрияда өмір сапасының бірыңғай түсінігі жоқ. Бүгінге дейін Bruil J. (1998) пікірі өзектілігін жойған жоқ: өмір сапасы – бала үшін маңызы бар әртүрлі өмір салалары мен сезімдерін қабылдау, сезіну, оның әрекет мәселелерімен байланысты [118-120]. А.А.Новик анықтамасы бойынша, баланың өмір сапасы – бұл физикалық, психологиялық, әлеуметтік қызметі баланың немесе ата-анасының субъективті қабылдауына негізделген интегралдық сипаттамасы [121-123].

Соңғы жылдары зерттеушілер денсаулықпен қатар, өмір сүру сапасына және оны созылмалы аурулары бар балаларды бағалау мәселесіне көп көңіл бөле бастады [124-126]. Балалардағы өмір сапасын зерделеудің ең күрделі кезеңдерінің ішінде әмбебап болуы тиіс сауалнаманы таңдау мәселесі болып табылады, яғни ол өмір сапасының барлық аспектілерін зерттеу, жақсы психометриялық қасиеттері бар және түсіну үшін қарапайым болуы тиіс. Сонымен қатар, зерттеушілердің бір бөлігі баланың ғана емес, оның ата-анасының да пікірін ескеру қажет деп санайды [127-129].

Өмір сапасын бағалау үшін сауалнамаларды таңдаудың мүмкіндіктері бар (PedQL – Pediatric Quality of Life Questionnaire, CHQ – Child Health Questionnaire, TAPQOL – TNO-AZL Preschool Children Quality of Life Questionnaire, QUALIN, FSIIR-functional Status II-R) [130,131]. Әр сауалнаманың жас ерекшеліктері бар,

сондықтан үлкен жастағы азаматтарға әзірленген сауалнамаларды педиатрияда пайдалану ұсынылмайды [132,133].

Авторлардың көпшілігі балалардың өз өмір сапасын бағалауға қатысатын ең минималды жасы – 5 жастан деп санайды, 5 жастан кіші балаларда өмір сапасын олардың ата-аналары немесе басқа сенімді адамдары бағалайды. Бір жағынан бұл өмір сүру сапасы түсінігімен үйлеспейді. Өйткені ол адамның субъективті көзқарасы және ата-ана жауап беру барысында оның өмір сүру сапасы емес, денсаулық жағдайы туралы түсінікті көп айтады. Алайда жасы кіші немесе ауыр мүгедектігі бар балалардың, тек ата-анасы немесе қараушылары ғана маңызды ақпарат бере алады. Балалар өз назарын ұзақ уақыт бойы аударма алмайтынын ескеріп, сауалнаманы барынша қысқа етіп, әмбебаптығы мен сенімділігін жоғалтпау маңызды [134-136].

Шетелдік авторлардың мәліметтері бойынша, церебральды сал ауруы науқас адамның кез келген кезеңінде, бала кезінен қартайған уақытына дейін өмір сүру сапасы әсер етеді. Сондықтан церебральды параличпен ауыратын науқасқа әр уақытта оңалту көмектері көрсетілуі тиіс. Қазіргі уақытта церебральды салмен ауыратын адамдардың 90%-ның орташа өмір сүру ұзақтығы жалпы популяциядан айырмашылығы жоқ [137,138].

Қалыпты дамитын балалармен салыстырғанда, БЦП бар балалардың өмір сапасы төмен көрсеткіштерді көрсетеді [125,139,140].

Waters E.N. сұхбат алу әдісін пайдалана отырып, БЦС балаларда өмір сапасының төмендеуі мына параметрлер бойынша: физикалық денсаулығы, ауырсыну және дискомфорт, күнделікті өмір салты, эмоциялық абыройының мәртебесі мен сезімі, қоғаммен өзара іс-қимылы, отбасының денсаулығы, қаржылық тұрақтылық, әлеуметтік әл-ауқат анықталды [141,142]. Осыған ұқсас деректерді Liptak G.S. жалпы денсаулығына, физикалық қабілетіне және ата-анамен қарым-қатынас өмір сүру сапасының төмендеуіне әсер ететінін айтты [143]. Wake M. «Child Health Questionnaire» (CHQ) нәтижелері бойынша өмір сүру нәтижесі тек денсаулық шкаласы бойынша төмендегенін атап өтті [144].

Зерттеушілер арасында балалардағы ЦСА кезінде қандай параметрлер өмір сапасына көбірек теріс әсер тигізетіні туралы бірыңғай пікір жоқ. Кей авторлар өмір сапасының эмоционалдық жағы басымырақ зардап шегеді деп санайды [145-147]. Өз кезегінде, Vargus-Adams J. физикалық қызмет параметрлерінің деңгейі психоәлеуметтікпен салыстырғанда көбірек зардап шегетінін анықтаған [148-154].

Сондықтан дені сау және науқас баланың түрлі функционалдық аспектілерде өмір сапасын салыстырмалы зерттеуді мүгедектігі бар балаларға медико-әлеуметтік қолдау шараларын әзірлеуде құнды ақпарат болып табылады.

2. ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

2.1 Зерттеу нысаны

Берілген диссертациялық жұмыс кешенді медико-статистикалық және әлеуметтік-гигиеналық зерттеу жұмысы болып табылады. Зерттеудің мақсат, міндетінің орындалуы төрт сатыдан тұратын зерттеу бағдарламасы арқылы іске асты. Зерттеу нысандарын таңдау қойылған міндеттерге және жұмыс сатыларына сәйкес анықталған.

Зерттеу 2011 жылы Алматы қаласында ашылып, сол уақыттан бері 70 мыңнан аса жүйке жүйесінің түрлі дәрежеде зақымдалуы, соның ішінде 3000 жуық баланың церебральды сал ауруымен науқастарға емдеу-реабилитациялық көмек көрсету тәжірибесі бар «MaksatMed» медициналық орталығында жүргізілген. Зерттеу жұмысының барысында 2018-2020 жж. арасында медициналық орталық көмегіне жүгінген церебральды сал ауруымен 418 баланың реабилитациялық картасы сараланып, оның ішінде 381 баланың медициналық құжаттары жете талданды. Сонымен қатар, реабилитациялық көмек көрсету жүйесінің кешенді әдістеріне сұранысты салыстырмалы бағалау үшін С.Ж.Асфендияров атындағы Республикалық клиникалық «Ақсай» балалар ауруханасының 50 сәйкес пациенті зерттеуге алынды.

Балаларды ЦСА түрлері бойынша бөліп қарастыру К.А.Семенова [155] ұсынған жіктеу бойынша орындалды (кесте 2). Топтастыруда арнайы бағалау шкалалары қолданылып: спастикалық – Ашворт шкаласымен, қимыл-қозғалысы – үлкен моторлы функциялардың жіктелу жүйесінің көмегімен (Gross Motor Function Classification System (GMFCS) анықталған [156,157].

Кесте 2. 2018-2020 жж. «MaksatMed» медициналық орталығынан өткен науқас балалардың ЦСА түрлері бойынша таралуы

БЦС түрлері	2018 ж.		2019 ж.		2020 ж.		Жалпы саны		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Екі жақты гемиплегия	16	13,3	13	10,1	11	8,4	40	10,5	
Спастикалық диплегия	45	37,2	49	38,0	47	35,9	141	37,0	
Гиперкинетикалық	29	23,9	35	27,1	27	20,6	91	23,9	
Аралас	16	13,3	21	16,3	29	22,1	66	17,3	
Атониялық-астатикалық	15	12,3	11	8,5	17	13,0	43	11,3	
Барлығы	121	100,0	129	100,0	131	100,0	381	100,0	
Ескерту: n – зерттелген балалар саны									

2-кесте мәліметтеріне сәйкес, орталықта, ЦСА барлық түрлерінің арасында спастикалық диплегия басым болған ($r=0,081$, $p<0,01$), әрі қарай, үлес салмағы айтарлық гиперкинетикалық ($r=0,098$, $p<0,001$) және ЦСА аралас түрі ($r=0,05$, $p<0,05$). Барлық түрлерінің арасында сирек кездескені – екі жақты гемиплегия және атониялық-астатикалық түрі. БЦС ауруының спастикалық түрлері жалпының 47,5%, ал гиперкинетикалық түрінің үлесі – 23,9%, атониялық-

астатикалық түріне – 11,3% құраған. Спастикалық түрлерінің әдеби мәліметтер көрсеткіштерінен [158] төмендігі гемипаретикалық түрімен науқастар карталарының жарамсыздығынан зерттеуге қатыспауы себебінен болып отыр.

Осы қарастырылған 381 науқас зерттеу мерзіміне сәйкес медициналық орталық жағдайында реабилитациялық көмек кешенін толығымен алғандар. Сондықтан осы жиынтық бойынша алынған зерттеу мәліметтері статистикалық дұрыс деп болжауға мүмкіндік береді.

Жасы бойынша 0-17 жастағы балалар зерттеліп, жынысы бойынша ұл балалар (63,1%) қыз балаларға қарағанда (36,9%) жиі тіркелген.

Реабилитациялық көмек алуға жүгінгендер, негізінен, жергілікті қала тұрғындары (79,7%), аудандық аймақтардан қаралған тұрғындар 20,3% құраған. Ауыл тұрғындары үшін осы деңгейде жүйке жүйесі аурушылдығын диагностикалаудың төмен деңгейін қоспағанда, қала немесе облыс орталықтарындағы медициналық-реабилитациялық мекемелерде көрсетілетін көмекке қол жеткізу әрқаз қиын екендігі әдеби деректерде де көрсетілген [159].

Медициналық орталықта науқастардың анамнестикалық мәліметтері, пациент пен ата-анасының шағымдары мұқият қаралып, инвазивті емес тексеру әдістерінің нәтижелері талданып, клинико-неврологиялық, логопедиялық, психологиялық ерекшеліктері бағаланған.

Сонымен қатар жұмыста Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау, Білім және ғылым, Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрліктерінің және Алматы қаласының Денсаулық басқармасының балалардағы ЦСА бойынша ресми мәліметтері статистикалық өңделіп талданды.

2.2 Зерттеу әдістері және бағдарламасы

Зерттеу бағдарламасы бірнеше сатыда орындалған (кесте 3):

Бірінші сатыда Қазақстандағы балалар саны бойынша статистикалық мәліметтер аймақтар бойынша ресми статистикалық жинақтардан, ал Алматы қаласы бойынша мәліметтер Алматы қаласы Денсаулық сақтау басқармасының ресми мәліметтері негізінде алынды.

Сонымен қатар осы сатыда зерттеу тақырыбы бойынша аурушылдықтың жаһандық ауыртпалығы, этиологиялық факторлары мен даму ерекшеліктері, таралу эпидемиологиясы және заманауи реабилитациялық көмектің ұйымдастырылуына шолу жасалды.

Екінші сатыда БҚС ауруымен науқастардың медико-әлеуметтік статусы толығымен зерттеліп, демографиялық сипатымен қатар зерттеу топтарының клинико-диагностикалық ерекшеліктері талданған.

Патогенездегі этиологиялық факторлар анықталып, балалардағы ЦСА дамуының тәуелділігіне болжам жасалған.

Осы сатыда, БҚС ауруына реабилитациялық көмек жүйесін ұйымдастырудағы негізгі мақсаты – баланың машықтары мен дағдыларын, коммуникативтілігін мүмкіндігінше дамытуға әсерлі түзету-қалпына келтіру кешенін жетілдіру болып табылатын медициналық орталықтағы ЦСА науқас балаларға қалпына келтіру көмегін ұйымдастырумен қанағаттану нәтижелері түрлі жиынтықтар тарапынан салыстырмалы бағаланған.

Үшінші сатыда арнайы құрастырылған «БЦС ауруының салдарынан мүгедектікпен балаларды тәрбиелеуші отбасының әлеуметтік-гигиеналық сипатын зерттеу» сауалнамалары негізінде ЦСА ауыратын балалары бар жанұялардың әлеуметтік-гигиеналық ерекшеліктерін көлденең зерттеу жүргізілді. Берілген сауалнама социологиялық ғылым тұрғысынан сауалнамаларға қойылатын талаптарды ескере отырып құрастырылған.

Сауалнаманы құрастыруда негіз ретінде И.Г.Артемова және Ю.Н.Ермолаева [160,161] құрастырып, өңдеген сауалнамалар алынған. Сауалнама сұрақтары, негізінен, әлеуметтік-гигиеналық сипаттармен байланысты: жанұяның өмір салтының түрлі аспектілерін, ананың отбасылық жағдайын, отбасы толықтығын, ата-анасының білімі және әлеуметтік жағдайын, тұрмыстық жағдайын, ай сайынғы жан басына кіріс көлемі жөніндегі мәліметтерді, отбасындағы микроклимат, мүмкіндігі шектеулі баланы тәрбиелеудегі қиындықтары, мұқтаждары мен шағымдары және т.б. қамтитын сұрақтардан тұрды. Әйелдің репродуктивті әрекетіне, алдағы уақытта қайталап балалы болуды қалау/қаламау себептеріне де назар аударылды.

Сауалнамалық сұрау «MaksatMed» орталығына көмек сұрап келген 17 жасқа дейінгі балалар церебральды сал ауруымен ауыратын балалары бар 185 респондент-отбасымен конфиденциалдық сақтала отырып жеке жүргізілді. Барлық сауалнама мәліметтері кодпен белгіленіп, жалпы сауалнаманы толтыруға 40-45 минут бөлініп, ата-аналардың жауабындағы түсініксіз тұстары мен кемшіліктер сауалнамалау барысында талданып түзетіліп отырды.

Сонымен қатар, осы сатыда 17 жасқа дейінгі мүгедектігі бар және сау балалардың өмір сүру сапасы (ӨС) Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL™4.0 (J.W. Varni et al., 2001) әдісі арқылы зерттелді

Өмір сапасын бағалауды 150 мүгедектігі бар балаға жүргізіп, олардың арасында: 2-4 жас – 24,6%, 5-9 жас – 30,7%, 10-14 жас – 29,6%, 15-17 жас – 14,9% құраған.

Салыстыру тобын сол жастағы жергілікті емханаға тіркесті 153 сау бала құраған.

Берілген сауалнама қарапайым, сенімді әрі сезімтал әдіс ретінде түрлі жастағы сау және науқас балалардың өмір сапасын зерттеуде қолданбалы. Сауалнаманы қолдану шарттарымен толығырақ www.pedsq.org сайтында танысуға болады. Сауалнаманың жетістіктері:

- психометриялық қасиеттері айқын;
- толтырудағы, статистикалық өңдеу және нәтижелерін талдаудағы қолайлылық пен қарапайымдылық;
- жас диапазонының кеңдігі;
- ата-аналарға арналған параллельді үлгінің болуы.

Сауалнама 23 (21) сұрақтан тұрады әрі олар шкалаларға біріктірілген: «физикалық функциясы» (8 сұрақ), «эмоционалды функциясы» (5 сұрақ), «әлеуметтік функциясы» (5 сұрақ), рольдік функциясы – мектептегі/балабақшадағы өмір (3/5 сұрақ), сонымен қатар жалпы балл (сауалнаманың барлық шкалалары бойынша жинақ балл) және психосоциалды денсаулық (эмоционалды, әлеуметтік және рольдік функциялар) бағаланған Сауалнама

жастары бойынша блоктарға бөлінген: 10-14, 15-17 жас (балалар мен ата-аналарға арналған үлгілер) және 2-4, 5-9 жас (ата-аналармен ғана толтырылған). Жалпы балл сомасы шкалалау жүргізілгеннен кейін 100 балдық шкаламен есептеледі (0=100, 1=75, 2=50, 3=25 и 4=0): нәтиже шамасы неғұрлым жоғары болса, соғұрлым өмір сапасы жақсы деп саналады.

Зерттеудің негізгі шарты – балалар мен ата-аналардың (асыраушылардың) сауалнаманы бір-бірлерінен тәуелсіз толтыруы болып табылады. Сауалнамалау екі зерттеу тобында да әрбір респондентпен (нұсқау көмегімен) жеке толтырылған.

Сауалнаманы толтыру уақыты шектелмеген және 25 минуттан артық емес уақытта толтырылған. Сенімділікті талдау α – Кронбах коэффициентінің көмегімен анықталған әрі мағынасы $\geq 0,7$ болса, қанағаттанарлық деп есептеледі.

Төртінші сатыда БҚС ауруымен науқастарға реабилитациялық көмекті ұйымдастыру жүйесі бағаланып, зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып реабилитациялық көмек көрсету жүйесін жетілдірудегі интегративті түзету-қалпына келтіру көмек кешенінің үлгісі ұсынылды.

Зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу. Мәліметтерді талдау және сипаттау аналитикалық статистиканың стандарттық әдістері көмегімен жүргізілді. Қарқынды және үлес көрсеткіштері есептеліп, 95% сенім шекаралары анықталды.

Корреляциялық тәуелділік Спирмен корреляциясы теңдеуінің (сапалық белгілер) және Пирсон теңдеуінің (сандық белгілер) көмегімен, олардың статистикалық дұрыстығын бағалай отырып анықталды. Айырмашылықтардың айқындығы Стьюдент t-критерийінің көмегімен, $p < 0,05$ мүмкіндікте айырмашылық айқындығы анықталды.

Қатыстық шама келесі формула көмегімен есептелген:

$$\bar{P} = \frac{m}{n} * 100\%$$

мұндағы m – зерттелетін белгінің жиілігі, n – бақылау саны.

Сонымен қатар көрсеткіштің орта қатесі ($m_{\bar{P}}$) келесі формуламен есептелді:

$$m_{\bar{P}} = \sqrt{\frac{\bar{P} * (100 - \bar{P})}{n}}, (\%)$$

Салыстырмалы топтарда немесе олардың бірінде мәліметтердің таралу типі қалыптыдан айырмашылығы болған жағдайда іріктеулерді салыстыру үшін непараметрлік критерийлер қолданылды. Әрбір айнымалы үшін нөлдік гипотеза болып салыстырмалы топтар арасында айырмашылық жоқ болуы саналады. Егер (p) мәнінің деңгейі гипотезаны тексеруде критикалық (0,05) төмен болса, нөлдік гипотеза ауытқиды. Мәліметтердің таралуы қалыпты таралу бағынбайтын екі тәуелсіз топтардың орта шамаларын салыстыру үшін

Манна-Уитни критерийі, ал екі байланысқан топтар үшін – Уилкоксон критерийі қолданылды. Медиана және интерквартильді ауытқу есептелді [162,163].

Кесте 3. Зерттеу бағдарламасы

Зерттеу сатылары	Зерттеу әдістері	Зерттеу мәліметтері	Зерттеу көлемі
1. БЦС аурушылдығының ресми деректеріне, жаһандық ауыртпалығы, этиологиялық факторлары, таралу эпидемиологиясы мен реабилитациялық көмектің ұйымдастырылу сипатына шолу	тарихи, библиографиялық, ақпараттық-аналитикалық	шетелдік және отандық әдебиет көздері, ресми статистикалық мәліметтер, нормативтік-құқықтық актілер	172 әдеби көз, ресми статистикалық және заңдылық құжаттар
Пациенттердің медико-әлеуметтік статусын: демографиялық сипатын, клинико-диагностикалық ерекшеліктерін, патогенездегі этиологиялық факторларды анықтау. Қалпына келтіру көмегін ұйымдастырумен қанағаттану нәтижелерін салыстырмалы бағалау.	медициналық құжат көшірмелерін талдау, анамнестикалық, статистикалық Манна-Уитни, Уилкоксон әдістері, халықаралық шкалалар, социологиялық	2018-2020 жж. есеп беру мәліметтері, пациенттердің реабилитациялық карталары, ауру тарихы, зерттеу нәтижелері, сауалнама	БЦС науқастарының медициналық карталары -381 (салыстырмалы талдау үшін «Ақсай» балалар ауруханасының 50 пациентінің деректері), ауру тарихы, реабилитациялық карталар, сауалнама
3. БЦС балаларды тәрбиелейтін отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық сипатын зерттеу. Мүгедектігі бар және сау балалардың өмір сүру сапасын салыстырмалы бағалау	Сауалнамалық сұрау, статистикалық, өмір сапасын зерттеу (Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQLTM4)	«ЦСА балаларды тәрбиелеуші отбасыларын әлеуметтік-гигиеналық зерттеу» сауалнамасы, мүгедектігі бар және сау балалардың өмір сүру сапасы зерттеу сауалнамасы	ЦСА балаларды тәрбиелеуші 185 отбасы, өмір сапасын зерттеуде: негізгі топ – 150 орталықтан өткен БЦС науқастары, бақылау тобы –153 ҚЕ №10 тіркелген сау балалар
4. БЦС науқастарына реабилитациялық көмекті ұйымдастыру жүйесі бағаланып, зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, реабилитациялық көмекті жетілдіру жолдарын (үлгісі) ұсыну.	ақпараттық-аналитикалық, тарихи, статистикалық, үлгілеу	ҚР балалардың ЦСА көмек көрсету жүйесі бойынша және зерттеу мәліметтері	зерттеу нәтижелерін талдау қорытынды жасау және тәжірибелік ұсыныстар өңдеу

Нәтижелерді статистикалық өңдеу SPSS Windows арналған 20.0 версиясымен (Statistical Package for the Social Sciences) бағдарламалардың статистикалық пакеті көмегімен жүргізілді.

Зерттеу барысында медициналық құжаттардың көшірмелері, информациялық-библиографиялық тарихи, сараптамалық бағалау әдісі, аналитикалық-графикалық, аналитикалық-статистикалық, социологиялық әдістер қолданылды.

2.3 Спастикалылықты анықтау әдістері

Спастикалылықты анықтау және бағалаудың анағұрлым тараған әдістеріне жататындар: Ашворт шкаласы, гониометрия, санды пассивті алшақтату, аддукторлар тонусы шкаласы, электромиография және биомеханикалық әдістер [150].

Зерттеу барысында қолданған шкалалар түрлері:

1) Ашворт спастикалылықтың модифицирленген шкаласы (Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity);

2) жүрісті үлкен моторлы функциялардың жіктелу жүйесінің көмегімен Gross Motor Function Classification System – GMFCS талдау;

3) гониометрия әдісі және сантиметрлік лентамен сызықтық шамаларды өлшеу;

4) пациенттің физикалық және психоэмоционалді жағдайын 100 пайыздық шкаламен бағалау.

Ашворт спастикалы шкаласы – дүниежүзілік тәжірибеде жалпы қабылданған бұлшықет тонусының жоғарылау дәрежесін анықтау әдісі [156] (кесте 4).

Кесте 4. Ашворт спастикалылықтың модификацияланған шкаласы

Дәрежесі	Бұлшық ет тонусының өзгеруі
0	бұлшық ет тонусының жоғарылауы жоқ
1	бұлшық ет тонусының аздап жоғарылаған, зақымдалған аяқ-қолды бүгіп немесе жазғанда қозғалыс амплитудасының соңында минималды кернеу
2	заттарды ұстағанда бұлшық ет тонусының жеңіл жоғарылауы және минималды кедергімен қатар жүреді (қозғалыс көлемінің жартысынан азында)
3	қозғалыс көлемінің жартысынан астамында бұлшық ет тонусы айқын жоғарылаған, пассивті қозғалыс қиындамаған.
4	бұлшық ет тонусының айтарлық жоғарылауы – пассивті қозғалыс айтарлық қиындаған
5	аяқ-қолды бүгіп немесе жазғанда тырысу қалпы

GMFCS көмегімен жүрісті талдау БЦС балаларда моторлық бұзылыстардың деңгейін объективті бағалауда олардың функционалдық

мүмкіндіктеріне, қосалқы құрылымдар қажеттілігіне (жүргізу құралы, сүйеніш рамалар, балдақ, таяқшалар, коляска) және жүріп қозғалу мүмкіндіктері мен аз да болса бала қозғалысының сапасына негізделеді [165]. Бұл жіктелу МакМастер Канада университетінің (McMaster University) қызметкерлерімен құрастырылып, халықаралық стандартқа айналған. GMFCS жіктелуі бойынша БЦС пациенттері қозғалыс мүмкіндіктеріне қарай бес деңгейге бөлінеді:

1) шектеусіз жүре алатын, алайда күрделі моторлық міндеттерді орындай алмайды; 2) азырақ шектеулермен өз бетінше жүре алатын, қарапайым моторлық міндеттерді орындай алады; 3) қосалқы сүйеніш көмегімен қанағаттанарлық түрде қозғалады, өз бетінше бірнеше қадам жасай алады; 4) қосалқы сүйеніш көмегімен қиындықпен қозғалады, бірақ тұрақты қараушының қолдауы қажет емес; 5) өз бетінше қозғалуда, тіпті сүйеніш көмегімен, мүмкіндіктері шектеулі, тұла бойы мен басын ұстауды әлсіз бақылай алады.

Пациенттің физикалық және психо-эмоционалды жағдайы 10 түрлі функцияларды, оның ішінде 7 – қозғалыс, ал 3 – психо-эмоционалды сфераны бағалауға мүмкіндік беретін 100 пайыздық шкаламен анықталған. Орындай алмау, толымсыз (күмәнді), толық орындау 0,5 және 10% сәйкес келеді (кесте 5).

Кесте 5. БЦС науқастарының функционалды белсенділігін бағалау шкаласы

Функциялар	Орындамау (%)	Толымсыз орындау (%)	Толық орындау (%)
1. Басты ұстау	0	5	10
2. Ішінен арқасына аударылу	0	5	10
3. Ойыншықты қолға алу	0	5	10
4. Ішпен жылжу	0	5	10
5. Отыру	0	5	10
6. Вертикализация	0	5	10
7. Қозғалу	0	5	10
8. Ойыншықты көзбен аңду	0	5	10
9. Айтылғанды ұғу	0	5	10
10. Сөйлеу	0	5	10

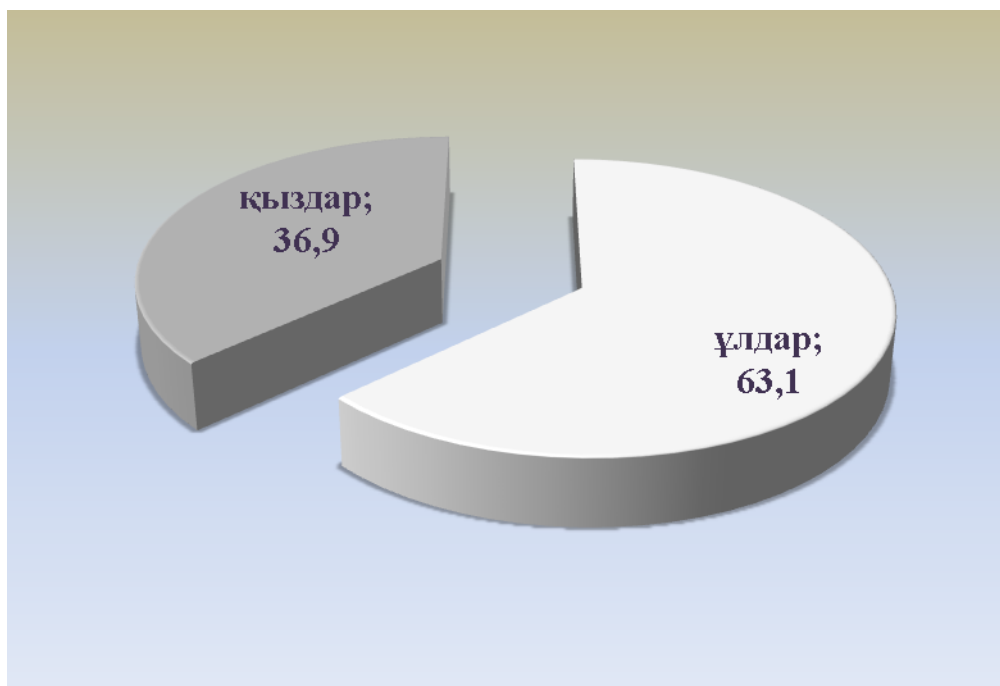
Қозғалыс сфераларын бағалау үшін гониометрия әдісі қолданылған. Бұл әдістің көмегімен буындардағы қозғалыс көлемі өлшеніп, тырысудың айқындылық дәрежесі бағаланған. Өлшеу гониометр (бұрыш өлшегіш) көмегімен жүргізіледі.

3 БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САЛ АУРУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ СИПАТЫ

3.1 Балалар церебральды сал ауруымен науқастардың демографиялық сипаты. Патогенездегі этиологиялық факторлар.

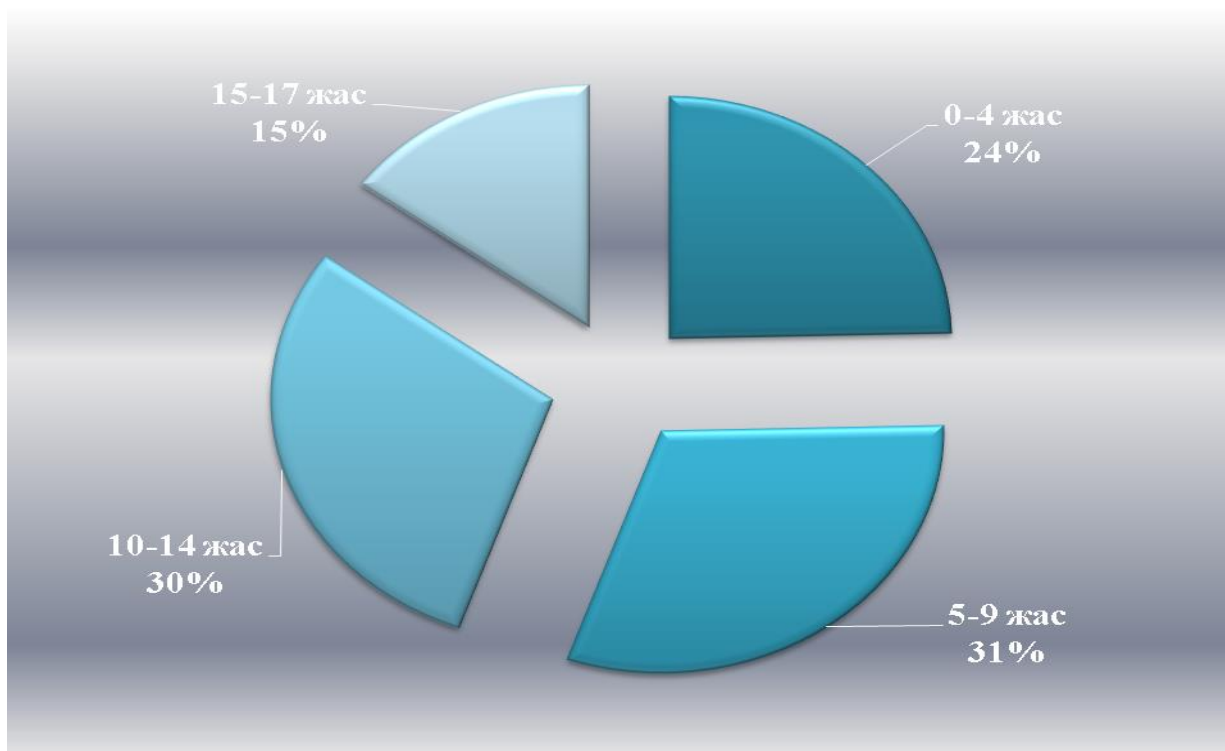
2018-2020 жж. аралығында зерттеу жүргізілген медициналық орталықта, БЦС ауруымен 381 баланың медициналық-анамнестикалық құжат мәліметтері алынды. Респонденттердің сандық және сапалық құрамының қарқынды көрсеткіштері анықталып, сонымен қатар медициналық орталықтың есеп беру мәліметтері жете зерделеніп, медициналық құжаттардың көшірмелері талданған.

Жыныстық құрамы бойынша зерттеуге алынған 381 науқастың 63,1% – ұл балалар (240 адам), 36,9% – қыз балалар (141 адам) болып таралған (сурет 2). Басқаша айтқанда, гендерлік арақатынас 1,71:1 құрап, дүниежүзілік көрсеткіштерге (1,9:1) жақындай түскен.



Сурет 2. ЦСА бар науқас балалардың жыныстық құрамы

Зерттеуге алынған БЦС ауруы бар науқастардың жас құрамы бойынша (сурет 3), 0-4 жаста – 94 адам (24,6%), 5-9 жаста – 117 адам (30,7%), 10-14 жаста – 113 адам (29,6%), 15-17 жаста – 57 адам (14,9%).

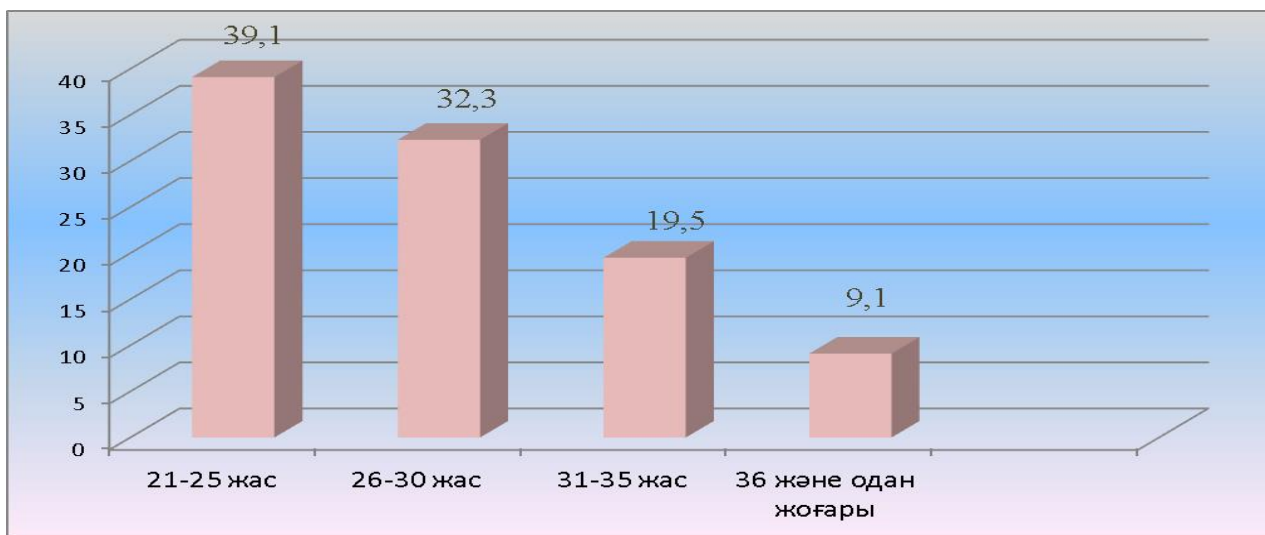


Сурет 3. ЦСА бар науқас балалардың жас топтары бойынша құрамы, %

Реабилитациялық көмек алуға жүгінгендер, негізінен, жергілікті қала тұрғындары (79,7%), аудандық аймақтардан қаралған тұрғындар – 20,3% құраған. Бұл жағдай, жанама түрде, ауыл тұрғындарының арнайы мамандандырылған медициналық-реабилитациялық мекемелерде қалпына келтіру көмегін алу мүмкіндігінің шектеулі екенін көрсетеді.

Зерттеуге алынған мүгедектікпен балаларды босанған әйелдердің басым бөлігі – 21-25 жастағылар (39,1%). Келесі 26-30 жас тобындағылар – 30%, 31-35 жастағы тым жас емес тұлғалар – 20% құраған. Зерттелген балалардың 36 және одан жоғары жастағы аналар саны жалпы әйелдердің 10% құраған.

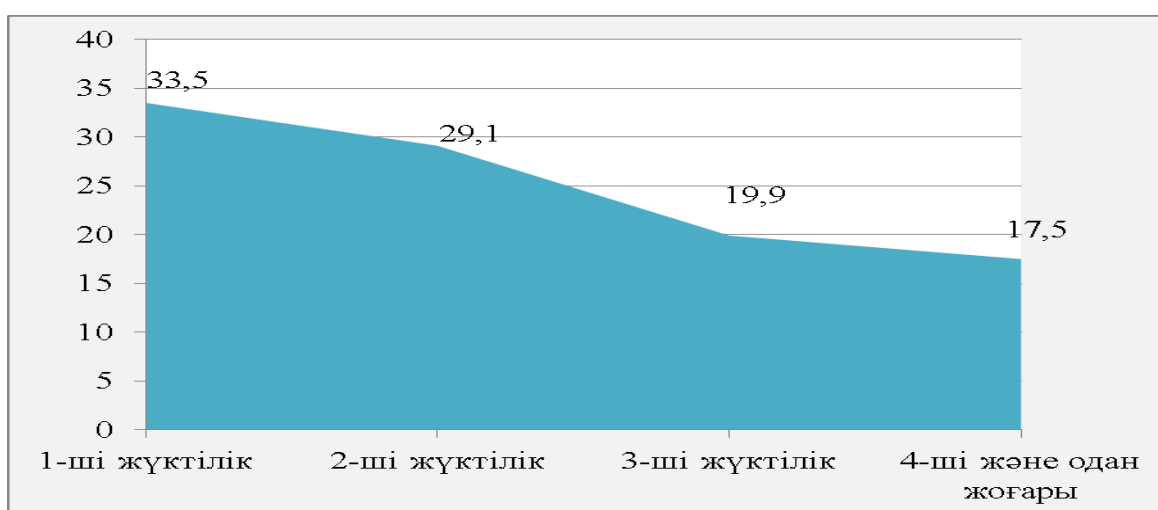
4-сурет мәліметтеріне қарай отырып, ЦСА бар науқас балаларды босану жасы жасаруға (солға қарай) ығысқанын байқаймыз. Әйелдердің жасқа қарай таралуында ең жоғары үлес салмағын құраған, ең жас топ – 21-25 жастағы әйелдер. Керісінше, небәрі 10% – ересек жас тобындағы әйелдерге тиесілі (36 жас және одан жоғары). Бәлкім, бұл көрсеткіштерді қазіргі қоғамдағы өмір сүру қарқынымен, әлеуметтік-экономикалық тұрақсыздық салдарынан психоэмоционалды кернеулік және жаһандық экологиялық мәселелердің де әсерімен байланыстырған жөн.



Сурет 4. Бала босанғандағы әйелдің жасы, %

ЦСА бала босанғандағы әйелдегі жүктілікті талдауда (сурет 5), 33,5% – бірінші жүктілік екені анықталған әрі бұл топтың үлес салмағы басқа реттегі жүктіліктерден басым. Басқа жүктілік реті бойынша әйелдер 17,5-29,1% аралығында – екінші, үшінші, төртінші және одан жоғары реттегі босану топтарына біріктірілген.

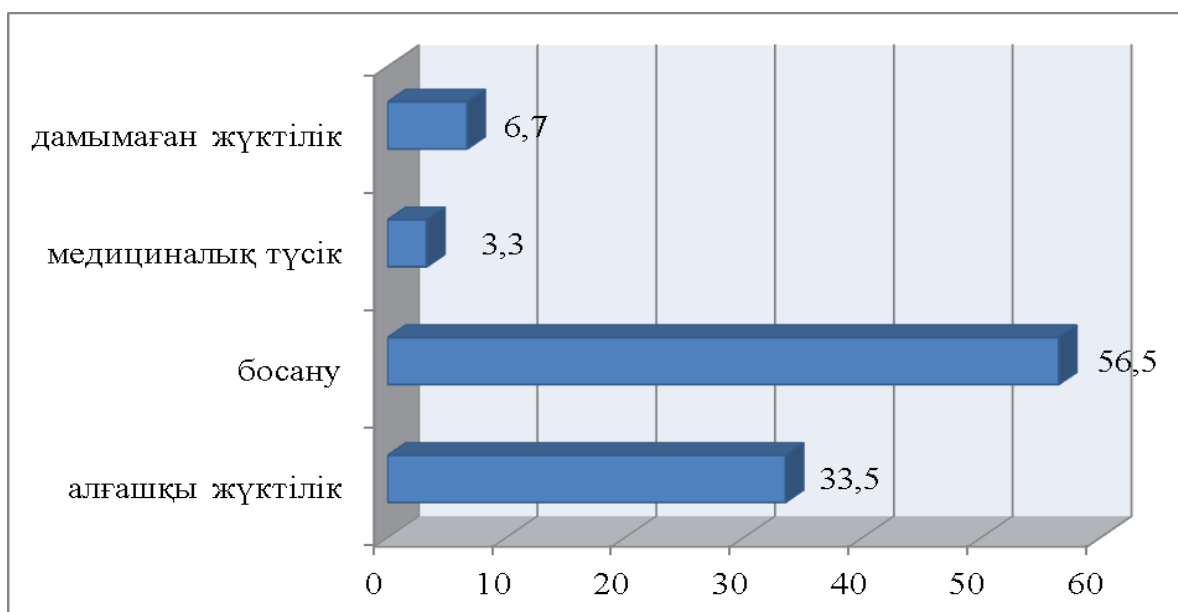
Бірінші және екінші жүктіліктің қосымша үлес салмағы жалпы 2/3-н құрап, алаңдату тудырып отыр. Сонымен қатар бірнеше қалыпты жүктіліктерден соң үшінші, төртінші және одан жоғары босану жағдайында мүгедектікпен бала босану қаупі жоқ емес, яғни, белгілі жүктілік ретімен байланыстыру мүмкін емес. Басқаша айтқанда, жүктілік реті артқан сайын науқас баланың туылу жиілігі төмендегенімен, оқиғаның, барлық жүктілік реті бойынша топтар арасында белгілі үлес салмағында таралу қарқыны бар екенін ескерген жөн.



Сурет 5. ЦСА мүгедектігі бар бала босанғандағы әйелдегі жүктілік реті, %

Медициналық құжаттар мен анамнестикалық талдау мәліметтерінен әйелдердегі алдыңғы жүктіліктің нәтижелерін көру мүмкіндігі туды (сурет 6). Жоғарыда келтірілген көрсеткіштерге сәйкес (кесте 4), респонденттердің 1/3-інде (33,5%) бұл – алғашқы жүктілік. Ал басым көпшілігінде (56,5%) алдыңғы жүктілік босанумен аяқталған. Ескеретін жайт, 3,3% – медициналық түсік жасалған болса, бұдан 2 есе жоғары үлес салмағында (6,7%) әйелдерде – дамымаған жүктілік тіркелген.

Яғни, небәрі 10%-ға жуық әйелдер ғана медициналық көрсетулер және себептер бойынша жүктілікке қатысты медициналық араласулар жасалуына мәжбүр болған. Басқаларында алғашқы жүктілік немесе алдыңғысы босанумен аяқталуына қарамастан берілген жүктілік бойынша ЦСА науқас бала босану аурушылықтың дамуының себеп-салдар байланысын күрделілендіре түседі.

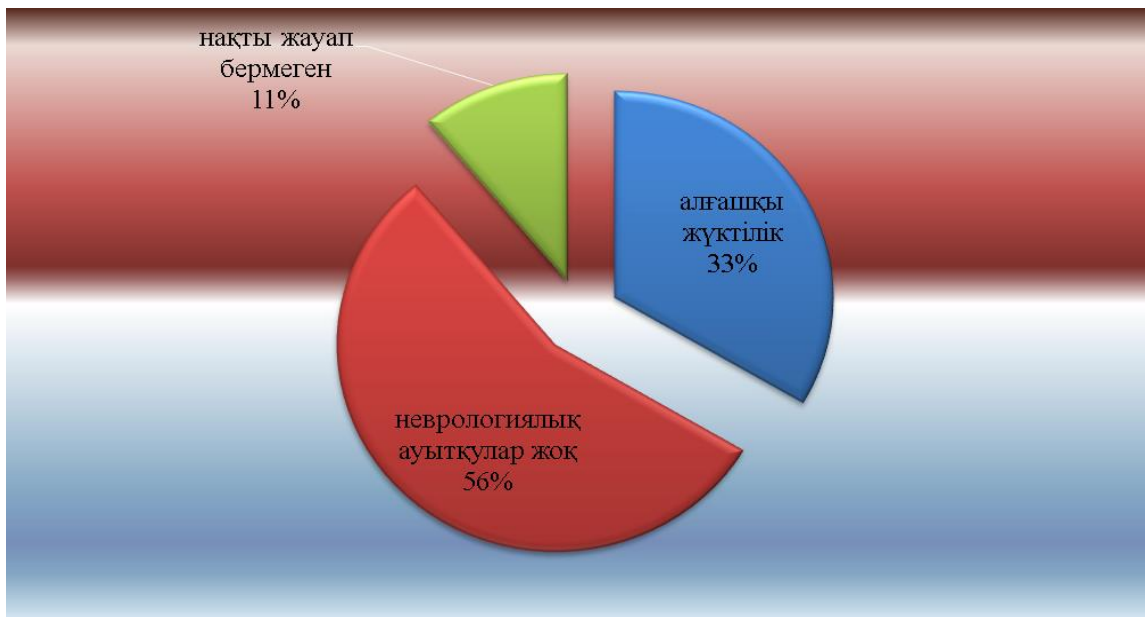


Сурет 6. Әйелдердегі алдыңғы жүктіліктің нәтижесі, %

Отбасында дүниеге келген ұрпақтың денсаулық жағдайындағы ауытқудың генетикалық байланыстылығын анықтау мақсатымен отбасы құрамындағы басқа балаларда неврологиялық ауытқу бар/жоқтығы зерттелді (сурет 7).

33,5% әйелдерден ЦСА науқас балалар алғашқы жүктіліктен туылғандығы белгілі. Басқалары отбасында неврологиялық ауытқуы бар басқа балалардың жоқтығын көрсеткен, алайда, 11%-ның жауабы нақты емес.

Сондықтан, бұл тұста да генетикалық себептерге байланысты нақты айту қиын.



Сурет 7. Отбасындағы балалардың неврологиялық аурушылдық анамнезі, %

ЦСА бала туылудың келесі себептерінің бірі әйел жүктілігі барысындағы қосалқы аурушылдықтың жиілігі анықталды (кесте 6). Әйелдердің 25,3% – бүйрек-несеп жолдарының аурулары, 21,9% – қаназдық, 11,5% – жүктілік барысында ЖРВЖ тіркелген.

Негізінен, гестоз және кеш гестоздар түріндегі жүктіліктің қолайсыз факторлары 13,5% айқындалған. Басқаша айтқанда, жалпы әйелдердің белгілі бір бөлігінде тіннің жүктілікке қарсы реакциясы болған. Әрине, бұл жағдай жүкті әйелдің және ұрықтың денсаулығында біршама теріс салдарлар туғызатыны белгілі.

6-кестеде көрсетілгендей, жүктілікпен қатарласып отырған қолайсыз факторлардың басқалары (қант диабеті, асқорыту жүйесі және бауыр аурулары, жүйке күйзелісі) айтарлық болмаса да белгілі үлес салмағын құраған. Осылайша, мәліметтерге сүйене отырып, жүктілікпен қатар сипатталған жүкті әйелдегі созылмалы аурушылдық жиілігі және қолайсыз факторлардың әсерінен 16,3% жүктілікті тоқтату қаупі орын алған.

Кесте 6. Жүктілік барысындағы аурушылдық жиілігі

Аурушылдық жиілігі	n	%	r
ЖРВЖ	59	11,5	0,61**
Қант диабеті	13	2,7	-
Бүйрек-несеп жолы аурулары	127	25,3	0,99***
Гестоз, кеш гестоз	68	13,5	0,79***
Асқорыту жүйесі, бауыр аурулары	19	3,7	-
Қаназдық	111	21,9	0,95***
Жүйке күйзелісі	25	5,1	0,11***
Жүктілікті тоқтату қаупі	85	16,3	0,82***
Барлығы	507	100	
М	1,3		

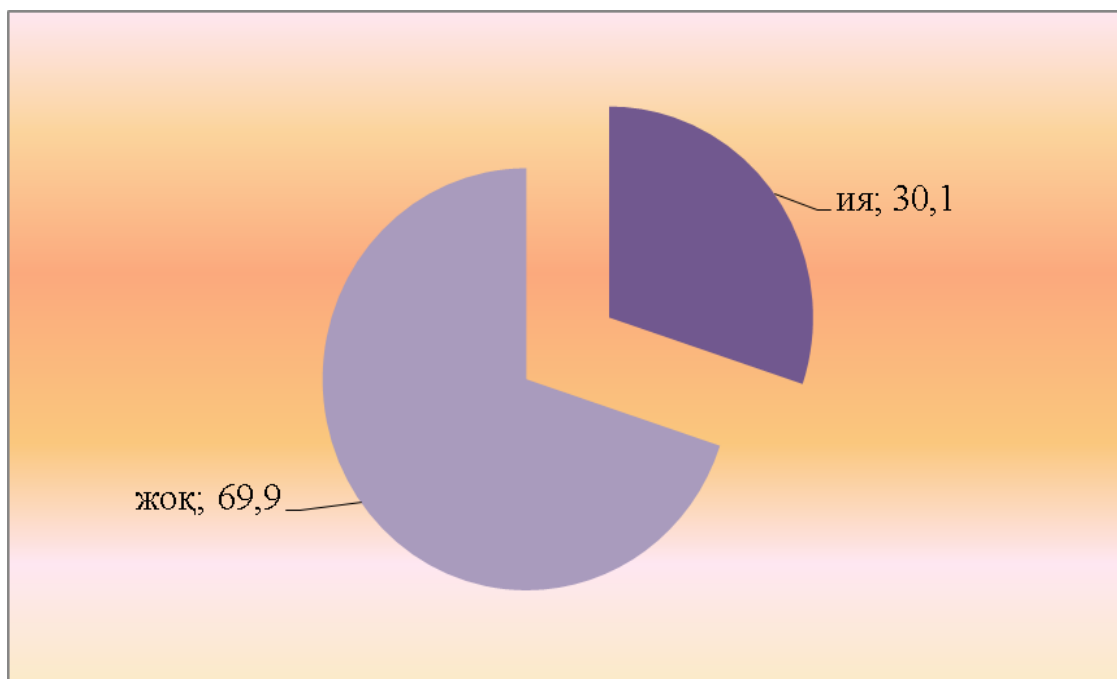
Ескерту – М – әрбір балаға шаққанда жүктіліктің қолайсыз факторларының орта саны, n – жағдайдың абсолюттік саны; r – жүктіліктің қолайсыз факторлары түрлерімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген:
* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Анамнезбен танысу барысында интранатальді кезеңнің ағынына назар аудардық. Себебі, осы кезеңде ұрыққа қосымша зиянды факторлар әсер ету қаупі бар. Жалпы, жүктіліктің қалыпты мерзімінде (ұзақтығында) өзгерістер болған/болмағанына көз жеткіздік. Яғни жүктілік мерзімінің өзгерістері мен босану уақыты жылжуының БЦС аурушылдығы арасында байланыс көруге тырыстық.

Зерттеу мәліметтері бойынша (сурет 8), 30,1% ЦСА балаларға жүктілік мерзімінің бұзылуы орын алған ($r=0,65$, $p<0,001$). Күтілетін босану уақытының ауытқуы, яғни босанудың ерте не кеш орын алуы бала денсаулығындағы қайтымсыз өзгерістердің себептері қатарында бола алады.

Әрине, біздің мәліметтеріміз шетелдік мамандардың зерттеу көрсеткіштерінен қалыс. Олардың тұжырымдауынша, ЦСА балалардың 40% – мерзімінен ерте босағандар [166]. Біздің зерттеу нәтижелеріміз (30,1% жүктілік мерзімінің бұзылуы орын алған), салыстырмалы түрде, отандық зерттеулердегі (2007 ж.) 21,6% ЦСА балалар мерзімінен, яғни 32 аптадан ертерек туылған деген көрсеткіштермен [167] шамалас (сурет 8) әрі автор пренатальді факторлар ролін жоғары 84,6% бағалайды.

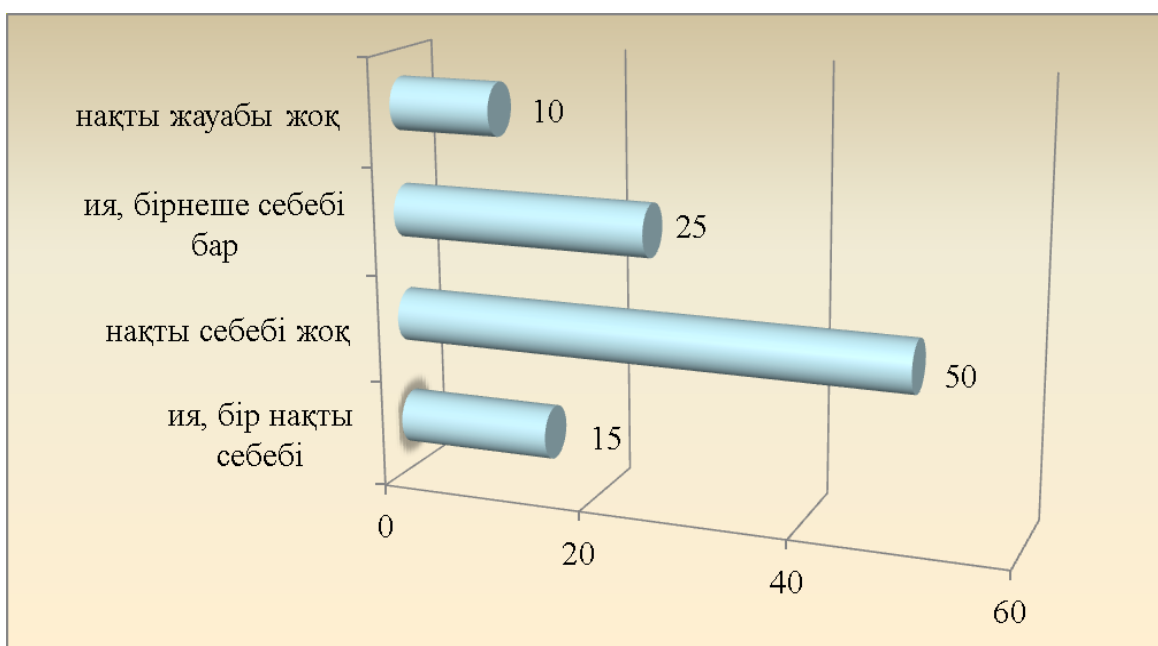
Сонымен науқас баланы босанған жүкті әйелдерде 30,1% – жүктіліктің толық циклы аяқталмай, мерзімінен ерте босану тіркелген.



Сурет 8. Жүктілік мерзімінің бұзылуы, %

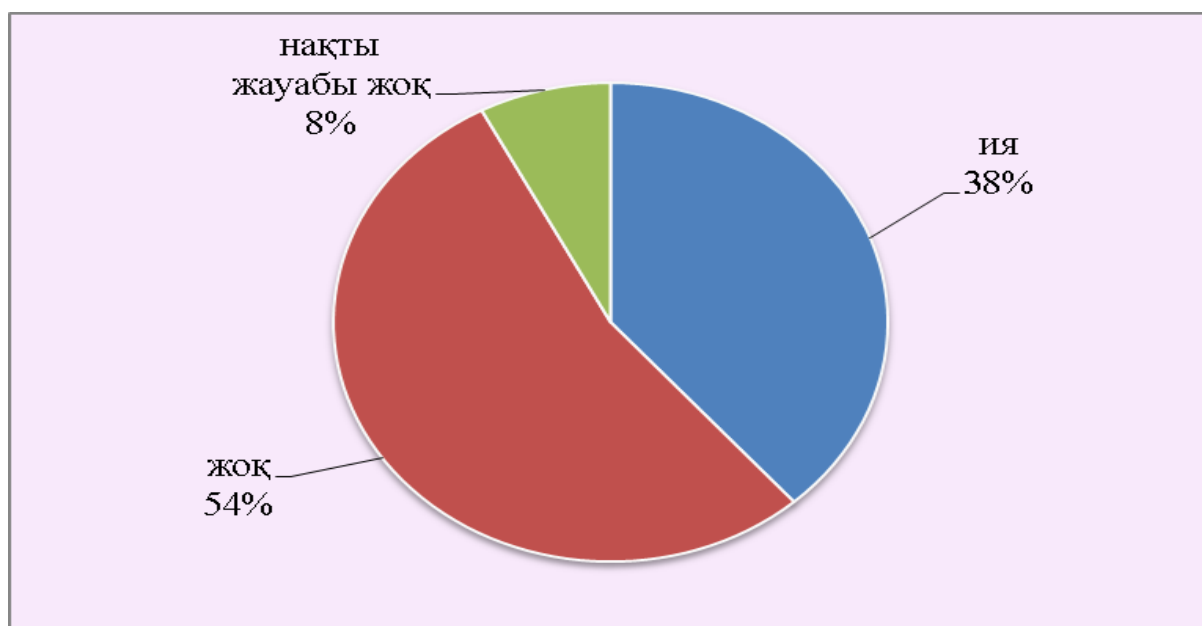
Анемнез мәліметтері бойынша ата-ананың тең жартысы (50%) баланың ЦСА-ның нақты бір ресми себебі жоқ деп санайды (сурет 9). Әрине, бала денсаулығындағы шектеулерді нақты бір себептермен байланыстыру баланың қамқоршыларының (ата-ана, басқа) сауаттылық және білім деңгейіне айтарлық тәуелді екенін естен шығармаған жөн.

Бүтіннің ширегі (25%) – бала денсаулығындағы ақаудың бірнеше ресми себептерінің барымен келіседі. Ал нақты бір ресми себебімен байланыстыратындар – 15%. Басқа 10% – нақты бір жауап түрін көрсетпеген.



Сурет 9. Баладағы ЦСА ресми себебінің болуы, %

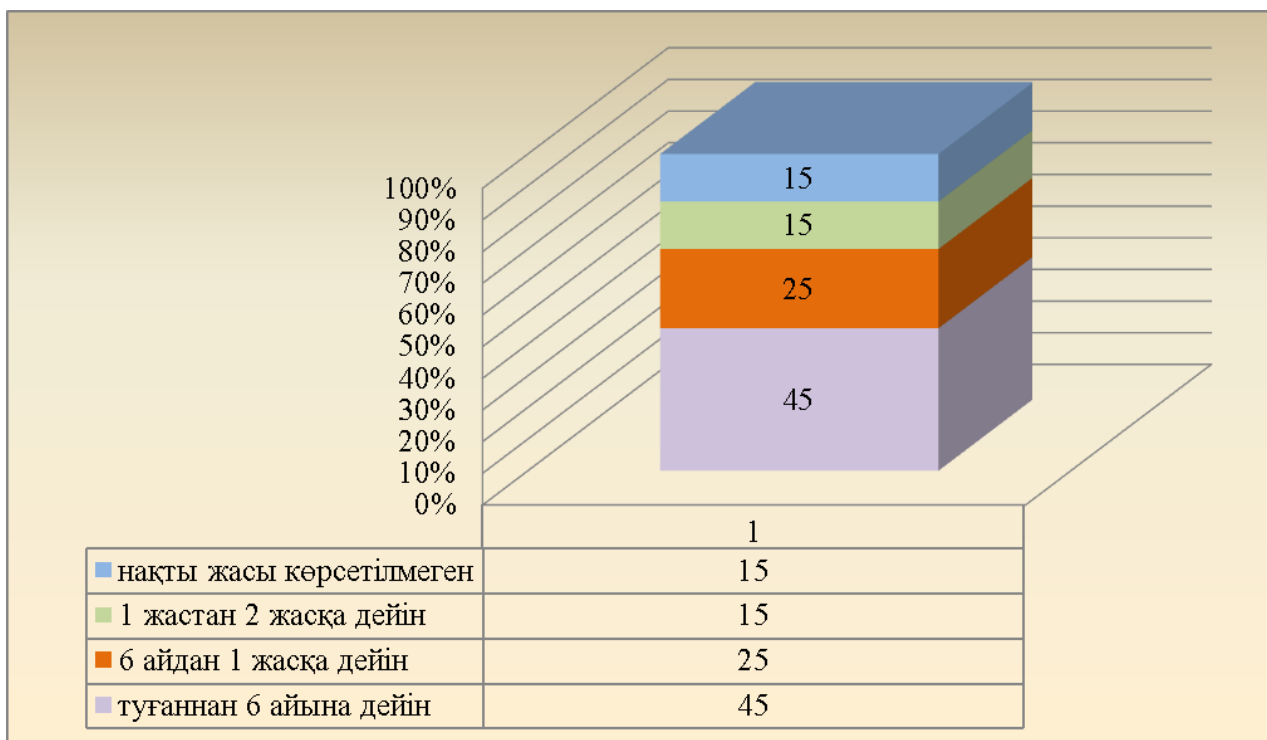
Арудың ресми себебімен науқас балалардың қамқоршыларының басым бөлігі (53,8%) келіспейтіндіктерін білдірсе, 38,5% келісетіндіктерін көрсеткен (сурет 10). Патологияның ресми себебіне қатысты 7,7% полюсті жауап қалдырмаған.



Сурет 10. Ресми себеппен келісу жиілігі, %

Баланың ЦСА-мен ауыратындығына күмәндану мерзімі туғаннан бастап 24 айға дейінгі аралықта созылған (сурет 11). Баланың 6 айына дейінгі аралықта осы диагнозға күмәнданғандар зерттелгендердің жартысына жуығын құраған (45%).

6 айдан жоғары 1 жасқа дейінгілер, небәрі – 25%. 1 жастан 2 жасқа дейінгі аралықта күмәнданғандар үлесі – 15% құраса, 15% – ЦСА күмәнданғандағы баланың нақты жасын көрсете алмаған. Мәліметтерге сүйенсек, басым бөлігінде, ЦСА белгілері баланың 6 айына дейін айқындалған. Бұл факт аурушылдықты неғұрлым ерте диагностикалаудың медициналық-реабилитациялық көмек көрсетуді ерте бастап, денсаулықтағы шектеулерді түзету-қалпына келтіру тиімділігін соғұрлым арттыратынын көрсетеді.



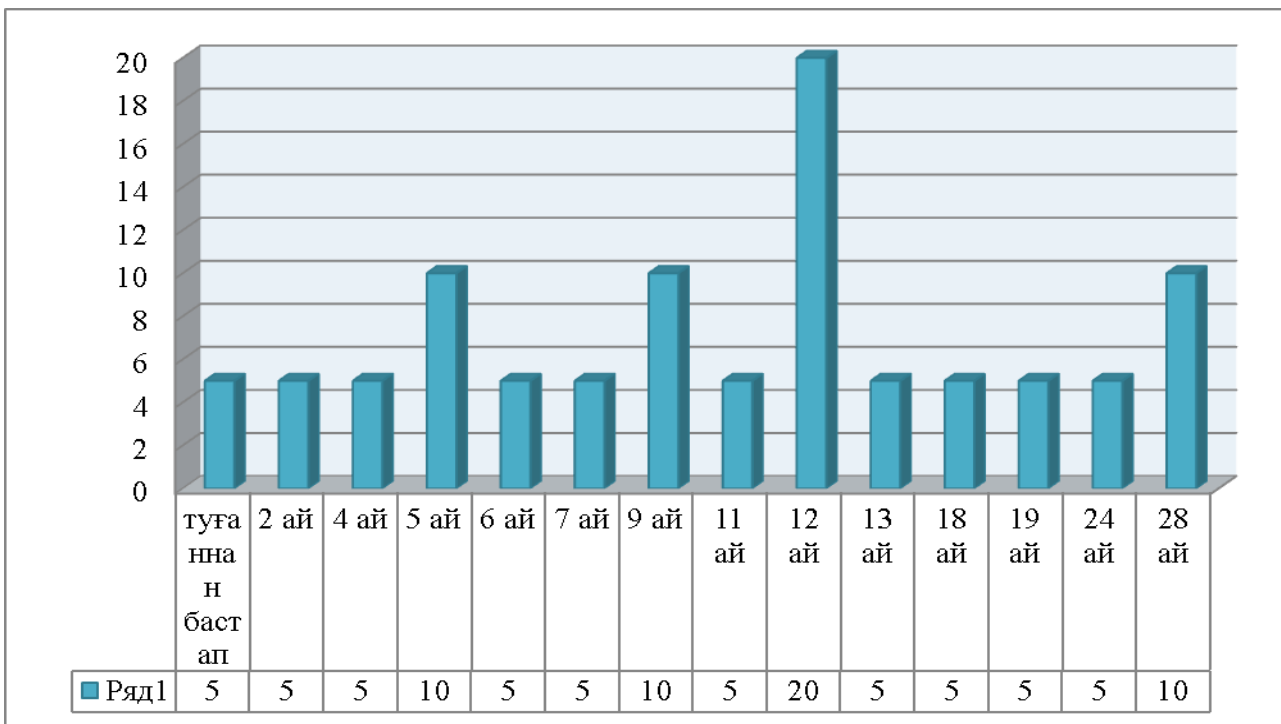
Сурет 11. ЦСА күмәнданған кездегі баланың жасы, %

Назар аударатын жайт, балада ЦСА диагностикалауға 40% жағдайда бала қамқоршысының шағымдары себепші болған. Жоспарлы байқауда анықталғандар – 20%. Басқа 40%-ның бұл мәселеге қатысты нақты жауабы жоқ.

Ауқымды үлес салмағында (40%) бала қамқоршысы тарапынан ізденістің арқасында бала денсаулығындағы ауытқулар мен шектеулердің айқындалуы, әрине, балалар денсаулығын қорғау жүйесі қызметіне сын. Дегенмен, нәрестелердің туылғаннан әрбір даму кезеңдерінде психикалық және физикалық дамуға сәйкес бақылап-қарау жүргізілгені сөзсіз.

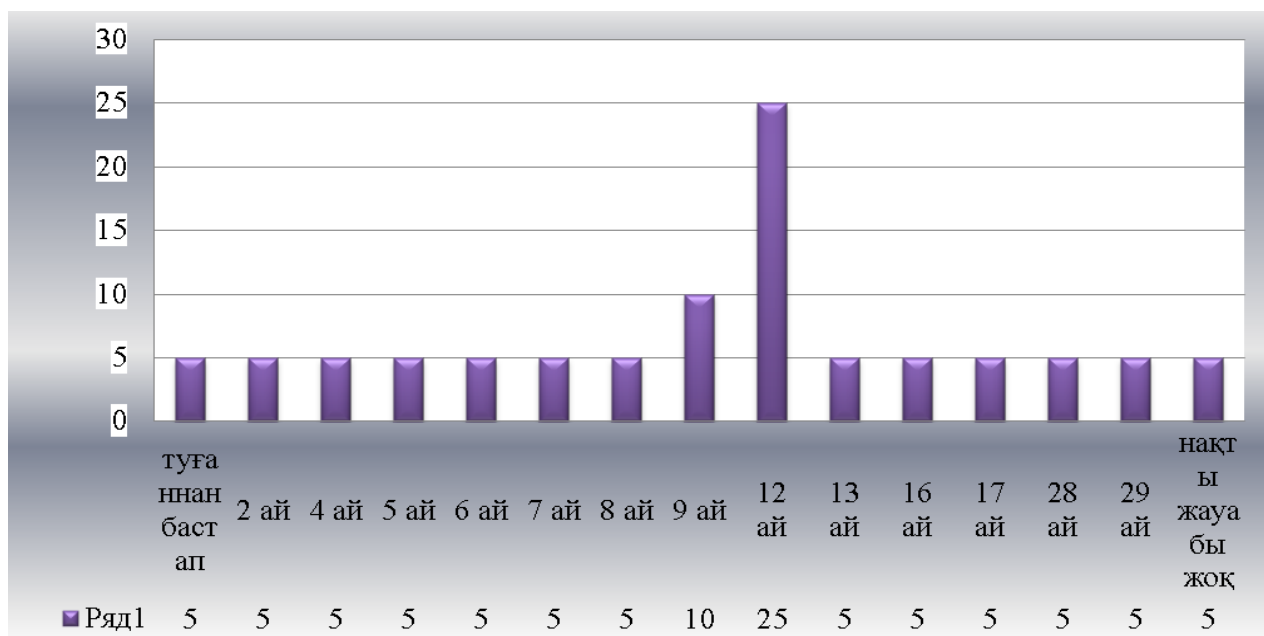
Науқас баладағы аурушылдық түрін анықтаудың жасқа байланысты нақты мерзімі туғаннан бастап 28 айға дейінгі аралықта созылған (сурет 12). Соның ішінде: 5 айлықта – 10%, 9 айлықта – 10%, 12 айлықта – 20%, 28 айлықта – 10% қорытынды диагнозы қойылған. Басқа жас шамалары бойынша оқиғаның кездесу жиілігі 5%-дан.

Мұнда да балалардың жасы бойынша топтарға таралуының жиынтық көрсеткіштерін ескеретін болсақ, 70% жағдайда баланың 1 жасына дейін анықталып үлгерген.



Сурет 12. ЦСА нақты диагностикалаудағы баланың жасы, %

Баланы берілген аурушылдықтан емдете бастау мерзімі балалардың жасы бойынша топтарда, айтарлық, біркелкі таралған (сурет 13). Тек, 9 айлықта (10%) және 1 жаста (25%) емдете бастаудың қарқыны жоғары болған. Басқа емделе бастау мерзімі бойынша барлық топтардағы балалар үлесі – 5%-дан. 5% респонденттер нақты емдете бастау мерзімдерін белгілеуде қалыс қалып отыр.

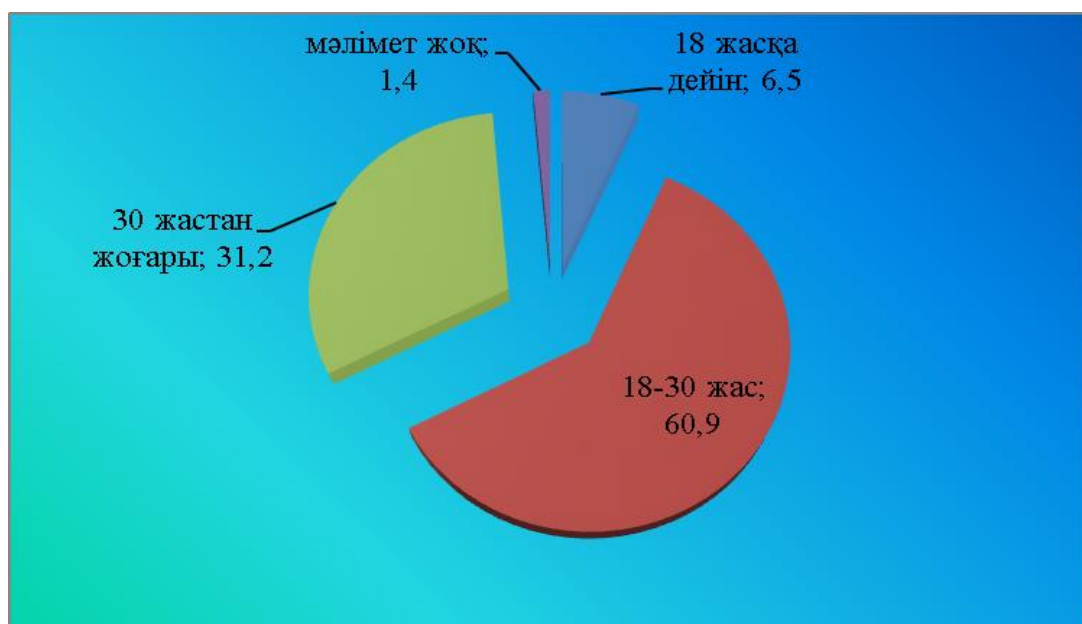


Сурет 13. Баланы емдете бастау мерзімі, %

Сонымен, зерттеуге алынған БҚС науқастарының медициналық құжаттама мәліметтері бойынша талданған медициналық-әлеуметтік тұрғыда сандық және сапалық құрамы контингенттің демографиялық статусы мен анамнездегі БҚС патогенезіндегі әсерлі қауіп факторлары мен аурушылдыққа күмәндану, анықтау мерзімдеріне қатысты мәліметтерді айқындауға мүмкіндік берді.

3.2 Денсаулық сақтау мекемелері мәліметтері бойынша балалардағы балалардағы ЦСА дамуының пре-, интра-, постнатальді қауіп факторларының сипаты

Алматы қаласы бойынша Денсаулық сақтау басқармасының нұсқауымен медициналық мекемелердегі (қалалық емханалар мен босану мекемелерінде) ЦСА науқас баланың біріншілік құжаттама мәліметтерінен әйелдің жүктілік ағыны мен босану ерекшеліктері талданған (сурет 14-18): әйелдің жасы, босану және жүктілік паритеті, ата-анасында кәсіби зияндылықтардың болуы, жүктілік триместрлерінде дәрілік препараттарды қолдану, жүктіліктің ауыр өтуі, жүктілік пен босану асқынулары.

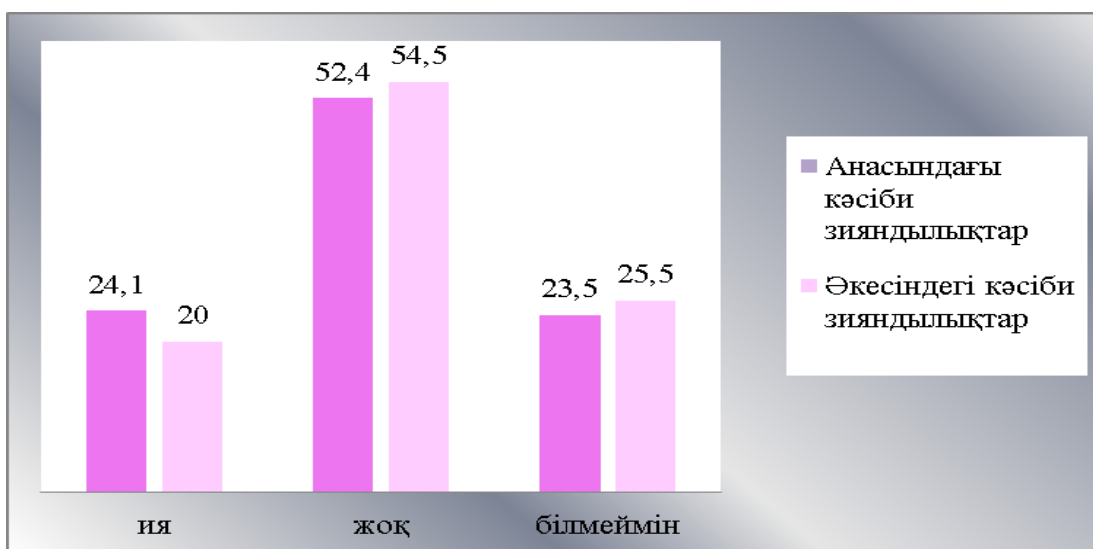


Сурет 14. ЦСА баланы босанғандағы әйелдің жасы

ЦСА баланы босанған әйелдер арасында анағұрлым босануға қолайлы жас екендігіне қарамастан 18-30 жастағылар жиі кездескен (60,7%) [168]. 18 жасқа дейінгілер арасында бұл көрсеткіш 6,9% құраған, 30 жастан жоғарыларда – 31%.

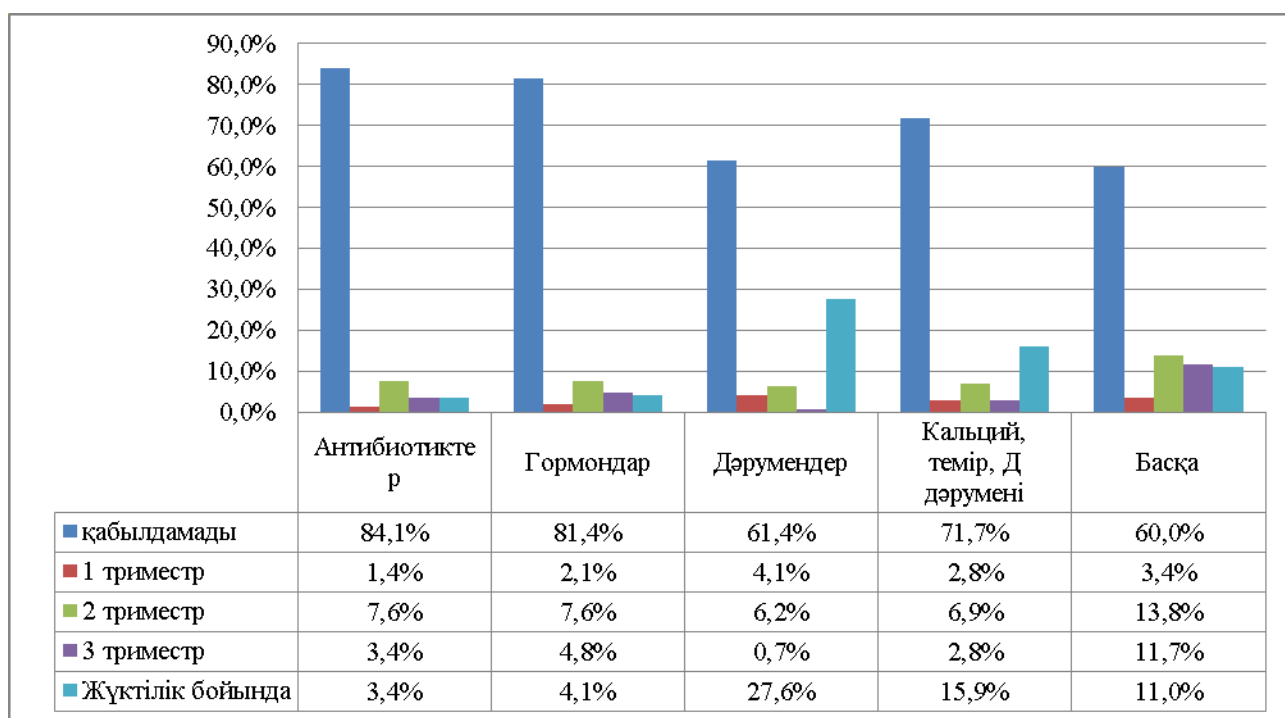
Кәсіби зияндылықтар 20% ерлерде анықталған. Олардың арасында бояушылар, жүргізуші, зауыт жұмысшылары бар. 54,5% анамнезінде кәсіби зияндылықтар тіркелмеген.

Кәсіби зияндылықтар әйелдердің 24,1% тіркелген. Олар – тұрмыстық химиямен тығыз жанасатын жұмысшылар. 52,4% – кәсіби зияндылықтар тіркелмеген (сурет 15).



Сурет 15. ЦСА балалардың ата-анасындағы кәсіби зияндылықтар

Антибактериальды препараттарды қабылдау жүктілік триместрлеріне бөлінген (сурет 16). Осы топ препараттарын қабылдау, әсіресе, екінші триместрде жоғары жиілікпен байқалған (7,6%). Гормональды препараттар арасында прогестерон препараттары болған. Прогестерон 55,2% әйелде айқындалған жүктілікті тоқтату қаупі туғанда тағайындалған. Гормональды препарат қабылдамағандар – 81,4%, ал жүктілік кезінде қабылдағандар – 4,1% құраған.



Сурет 16. Жүктілік кезіндегі дәрілік препараттарды қабылдау жиілігі

Медициналық құжаттама негізінде, жүктілік кезінде ең жиі кездесетін экстрагенитальді аурушылдық болып табылған – анемия (60,7%) (сурет 17), асқынулар – жүктілікті тоқтату (55,2%) және ауыр преэклампсия (46,2%) – 22,8% жағдайда морфологиялық дәлелденген фето-плацентарлы жеткіліксіздікке әкелетіні әдеби мәліметтермен де негізделген [169]. Құрсақтағы жұқпалар мен жатыр плацентарлы қан ағысындағы бұзылыстарға әкелетін қабыну ауруларының арасында жиі кездескені: ЖРВЖ, ЖРА (42,1%), құрсақтағы жұқпалар (ҚГВ тасымалдаушысы, ЦМВ, токсоплазма, уреоплазма және хламидиоза) (38,3%), сирек созылмалы тонзиллиттің қабынуы (7,6%).



Сурет 17. Әйелдердегі акушерлік-гинекологиялық және экстрагенитальді аурушылдық

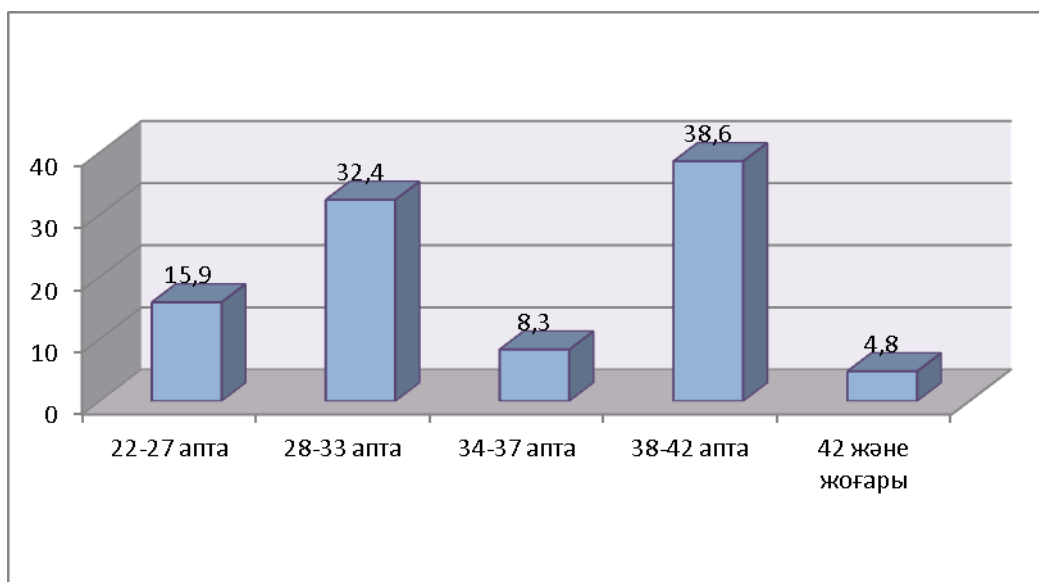
18-сурет мәліметтеріне сәйкес, 51% жағдайда мерзімінен бұрын ерте босану орын алса, 35,2% – босану кезіндегі асфиксия, ал созылмалы гипоксия 25,5% нәрестелерде байқалған. Нәрестелердің асфиксиясына кіндіктің оралып қалуымен қатар (6,9%), босану жолдарының әлсіздігі (8,3%), қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы (7,6%), ұзаққа созылған сусыз кезең (13,1%), созылмалы босанулар (5,5%) әкелуі мүмкін. Ана мен ұрықтың жарақаттануына әкелетін жеделдетілген босанулар мен нәрестелердің асфиксиясы 7,6% жағдайда кездескен.



Сурет 18. Әйелдердегі босанудағы асқынулар

51% жағдайда – мерзімінен ерте босанулар, 57% жағдайда нәрестелерде реанимациялық іс-шараларды қажет еткен, 35,2% босануларда асфиксия байқалған, ал 25,5% нәрестелерде – созылмалы гипоксия. Оперативті босанулар (кесарево тілігі) 33,1% жағдайда орын алған.

Неонатальді кезеңде БЦС дамуының жиі кездесетін факторлары болып шала туылу (54,0%), оның ішінде гестационды жасы 28-33 аптаны (32,4%) және 22-27 аптаны (15,9%) құраған (сурет 19).



Сурет 19. ЦСА балалардың гестационды мерзіміне қарай таралуы

Пренатальді, интранатальді, постнатальді кезеңдердегі қауіп факторларының қатарында: науқас балалардың 18-30 жас аралығындағы әйелдерден (60,7%), біріншілік емес жүктіліктен (73,1%) туылуы, жүктілік анемиямен (60,7%), ЖРВЖ және ЖРА (42,1%), ҚГВ, ЦМВ, токсоплазмоз, уреоплазмоз және хламидиоз сияқты жұқпа тасымалдаумен (38,3%) қатар жүруі, жүктілікті тоқтату қаупі (55,2%), ауыр преэклампсиямен (46,2%) асқынуы бар.

ЦСА науқас балалардың арасында шала туылғандары – 54%. Оның ішінде 28-33 апталық гестация мерзімімен – 32,4%, 22-27 апталық гестация мерзімімен – 15,9%, 37-42 апталық гестация мерзімімен 38,6% туылған. Қалыпты салмақ санатында 46,2% бала туылса, төмен дене салмағымен – 35,2%, аса төмен дене салмағымен – 5,5% туылған. Асфиксияның жеңіл түрімен 47,6% бала туылған, ал орта ауырлықтағы түрімен – 16,6%, ауыр түрімен – 9,7%.

БЦС дамуының постнатальді факторларының бірі – гипербилирубинемия (33,8%). Ядролық сарғаю – ОНЖ қайтымсыз зақымдалуы. Мұндай сарғаю – 9,7% жағдай. Гемолитикалық ауру – 9,7%, неонатальді ұстамалар – 28,3%.

Нейросонографияның мәліметтері бойынша БЦС науқастарда III дәрежедегі перивентрикулярлы қан құйылулар диагностикаланған (51,0 %) және IV дәрежедегі – 38,6 %.

II дәрежедегі қарыншаішілік қан құйылулар 47,6% анықталған. III дәрежеде – 35,2%, IV дәрежеде – 16,6%.

БЦС түрлері арасында спастикалық диплегия басым (33,8%), аралас түрі – 23,4%.

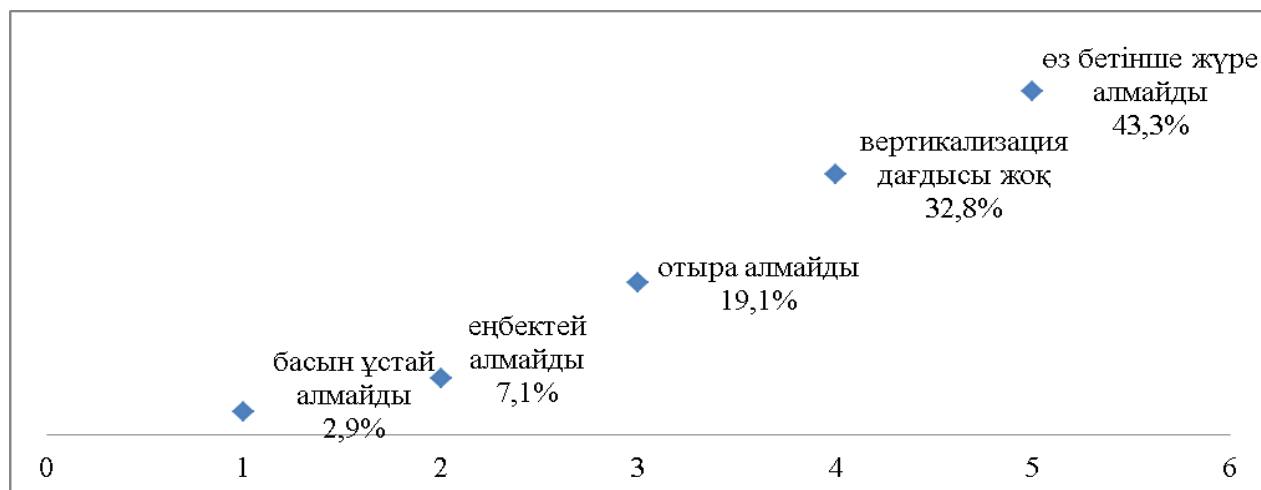
Медициналық құжаттар куәландырып отырғандай, 81,4% – сөйлеу дамуы жас деңгейінен төмен. 57,2% – интеллектуалды даму тежелістері тіркелген.

Жүргізілген зерттеулер санына қарамастан, БЦС молекулярлық этиологиясы нақты белгісіз. БЦС дамуының пре-, интра-, босанғаннан кейінгі кезеңінің бірқатар факторлары бар. Атап айтқанда: гестационды жасы, туылғандағы салмағы, ана денсаулығының жалпы статусы, тромбофилия және көпұрықты жүктілік. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамыту 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы, ҚР Президентінің халыққа жолдауындағы (2019 ж.) мемлекеттік концепцияларының басым бағыттарының бірі «церебральды сал» диагнозымен балаларды мүгедектендіруші синдромды емдеу және профилактика денсаулық сақтау жүйесіне айтарлық әлеуметтік-экономикалық жауапкершілік болып табылады.

3.3 Зерттеу топтарының клинико-диагностикалық сипаты

Сонымен, бақылауға алынған балалардың денсаулық жағдайларының ауырлығы негізгі психо-сөйлеу-моторлы даму тежелістерімен байланысты. Жалпы бақылауға алынған балалардың (381) арасында (сурет 20): 2,9% – бастарын ұстай алмайды (11 бала); 7,1% – еңбектей алмайды (27 бала); 19,1% – өз бетінше отыра алмайды (73 бала); 32,8% – өз бетінше тұра алмайды (125 бала); 43,3% – өз бетінше қозғала алмайды (165 бала). 77,9% балада түрлі сөйлеу бұзылыстары айқындалған.

Науқастардағы сөйлеу функциясының бұзылыстары, көп жағдайда, «дизартрия» диагнозымен шектеледі. Бұл жағдайға себеп, бәлкім, анартрия, сөйлеудің жалпы дамымауы немесе алалия, дислалия сияқты сөйлеудің бұзылыстарын айқындайтын көпсалалы дамыған логопедтік көмектің жетіспеуімен байланысты болуы мүмкін. Медициналық орталықта сөйлеу бұзылыстары бар балаларға сәйкес түзету сабақтары жүргізілді.



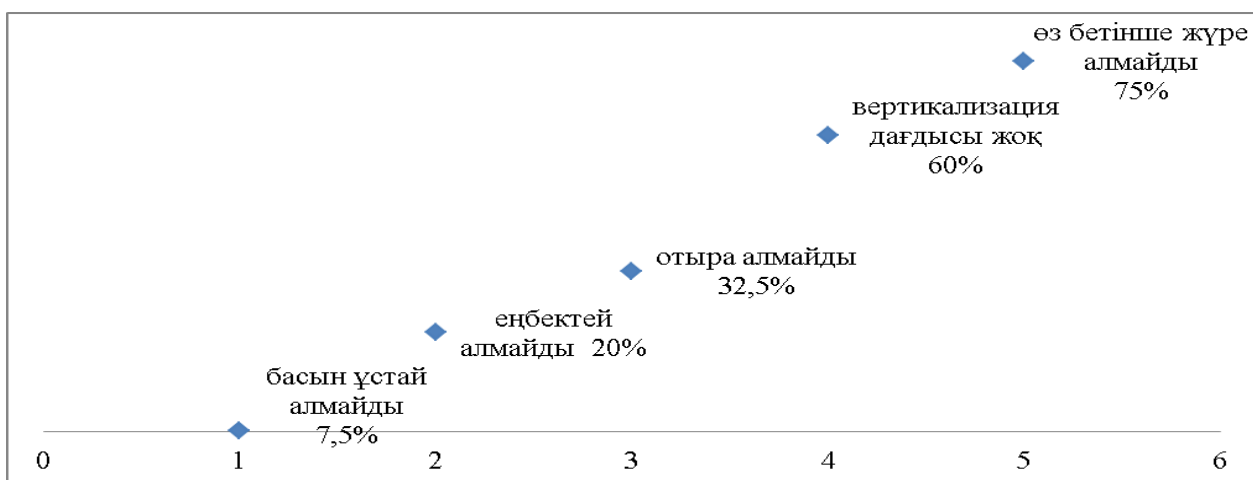
Сурет 20. ЦСА бар науқас балалардың статолкомоторлық функцияларындағы ауырлық дәрежелері

Зерттеу барысында әрбір бақылауға алынған топтарының клиникалық сипаттамаларына талдау жүргізілді.

Екіжақты гемиплегия. БЦС ауруының осы түрімен ауырған балалар саны – 40 әрі жалпы бақыланған пациенттердің 10,5% құраған.

Бұл саны жағынан ең аз, алайда, ауырлығы бойынша айтарлық топ. Барлық балаларда аяқтары мен қолдарында қозғалыс бұзылыстары айқындалған. Қатаю типімен бұлшықет гипертонусы байқалады. Барлық буындарда қозғалыс қымтаулы. Ерікті қозғалыс шектелген.

Науқастарда келесі дағды түрлері болмаған (сурет 21): 7,5% – басын ұстай алмайды (3 бала); 20% – еңбектей алмайды (8 бала); 32,5% – отыра алмайды (13 бала); 60% – вертикализация дағдысы жоқ (24 бала); 75% (30 бала) – өз бетінше жүре алмайды.



Сурет 21. Екіжақты гемиплегия түрімен науқас балалардың статико-локомоторлы функцияларындағы тежелістер

Бірқатар зерттеулерде екіжақты гемиплегиямен балалардың, дерлік, өз бетінше тұрып және жүре алмайтыны сипатталған. Осы топтың 80,5% балаларда сөйлеу бұзылыстары тіркелген. 12,4% науқастың психикалық дамуы қалыпты, 85,7% – түрлі психикалық даму тежелістері, ал 23% – ақыл-ойы қалыс қалған.

Кесте 7. Екіжақты гемиплегиямен науқас балаларды босану кезіндегі асқынулар

Асқынулар	Екіжақты гемиплегия (n=40)		
	n	%	r
Кесар тілігі	3	8,5	
Сусыз кезең	3	8,5	
Жатырдан қан кету	3	8,5	
Жедел босану	5	14,3	
Босану әрекетінің әлсіздігі	19	54,4	0,76***
Ұрықты басып шығару	1	2,9	
Акушерлік қысқыш	1	2,9	
Вакуум экстракция	0	0,0	
Барлығы	35	100	

Ескерту: n – жағдайдың абсолюттік саны; r – басқа асқыну түрлерімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті, жұлдызшалармен статистикалық айырмашылықтардың айқындығы көрсетілген: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Сонымен қатар 7-кестеде көрсетілген интранатальді кезеңде туындайтын асқынулар кезінде қолданылған акушерлік құралдар қарастырылған.

Екіжақты гемиплегиямен науқас болып туылған балаларды босану кезіндегі асқынулары арасында босану әрекетінің әлсіздігі (54,4%) айтарлық үлеске ие. Әрі басқа асқыну жағдайларынан айырмашылық айқындығы $r = 0,76$ ($p < 0,001$) расталған.

БЦС түрлерінің арасында екіжақты гемиплегия түрінің босану санына тәуелділігін талдайтын болсақ (кесте 8), аурушылықтың осы түрінің кездесу жиілігі босану ретінің артуына кері пропорционал. Науқас балалардың жартысынан астамы (57,5%) 1-ші босану барысында тіркелсе, 2-ші босануда – 30%, 3-ші босануда – 7,5%, ал 4-ші және жоғары ретті босануда – 5%-ға төмендеген.

Науқас балалардың туылуының босану санына қарай салыстырмалы түрде айырмашылығының айқындығы корреляция коэффициентімен 1-босануда $r=0,90$ ($p<0,001$), 2-ші босануда $r=0,62$ ($p<0,001$) расталған.

Кесте 8. БЦС екіжақты гемиплегия түрінің босану санына тәуелділігі

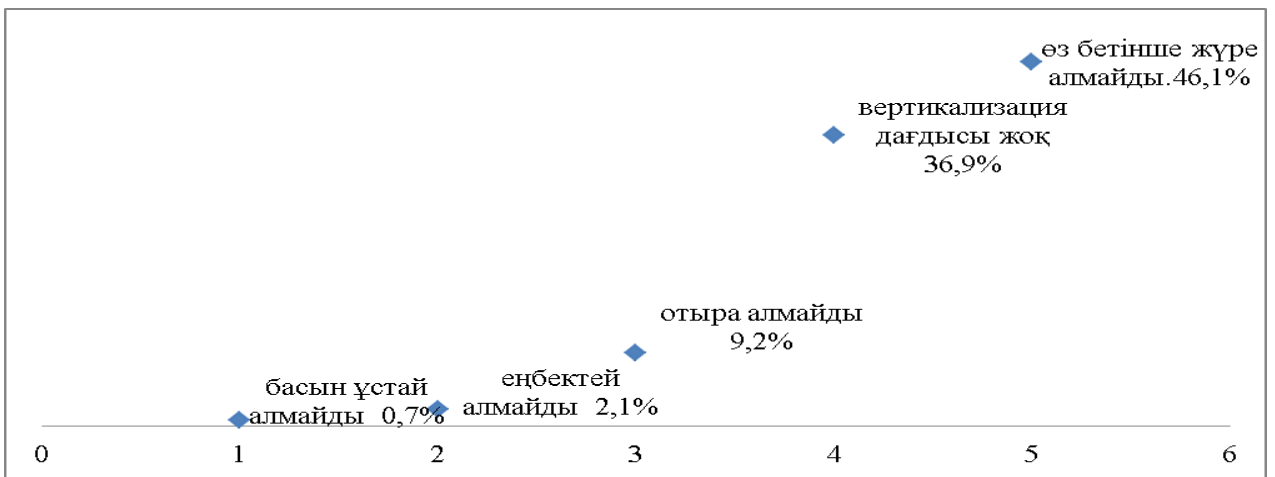
БЦС түрі	Босанулар саны												Барлығы	
	I			II			III			IV және одан жоғары				
	n	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%
Екіжақты гемиплегия	23	57,5	0,90 ***	12	30,0	0,62 ***	3	7,5		2	5,0			100

Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа босану ретімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$

Сонымен, 75% екіжақты гемиплегиямен балалар жүре алмайды, отыру дағдысы 32,5%, вертикализация – 60% болмаған. Тек 5,9% балаларда психо-сөйлеу патологиясы болмағанымен, айқын қозғалыс бұзылыстары бар.

Спастикалық диплегия. БЦС ауруының осы түрімен 141 бала (37%) байқауға алынған. Бұл осы ғылыми жұмыста түрлі зерттеу әдістерімен зерттеліп, мәліметтері талданған науқас балалардың ең үлкен үлесін құрайды.

Осы топ балаларының қозғалыс бұзылыстары жеңілден ауырға дейін түрлі дәрежеде болған. Қозғалыс дағдыларының болмауы төмендегідей (сурет 22): басын ұстай алмайды (1 бала) – 0,7%; еңбектей алмайды (3 бала) – 2,1%; отыра алмайды (13 бала) – 9,2%; вертикализация дағдысы жоқ (52 адам) – 36,9%; өз бетінше жүре алмайды (65 бала) – 46,1%; психо-сөйлеу дамуының артта қалуы (120 бала) – 85,1%.



Сурет 22. Спастикалық диплегия түрімен науқас балалардың статолокомоторлы функцияларындағы тежелістер

Бұл топ балаларының ауырлық дәрежесі екіжақты гемиплегиямен ауыратын балаларға қарағанда аса айқын емес. Дей-тұрғанмен, жүре алмайтын балалардың құрылымында спастикалық диплегиямен ауыратындар жалпының жартысына жуығын құрайды. Мұны осы формасымен ауыратындардың санының жоғары болуымен әрі науқас жағдайының ауырлығымен түсіндіруге болады. Себебі, осы топтағы балалардың жартысына жуығында адамға тән қозғалудың негізгі дағдылары болмаған. Барлық балаларда спастикалық типті бұлшықет тонусының жоғарылауы тіркелген. Балалардағы жүрудің бұзылуы «спастикалық-паретикалық» типті, аяқ басының алдыңғы бөлігіне – «шұлыққа» сүйенеді, циркумдукциямен, яғни «өрілген бұрым» түрінде айқасады, айқын аддукторлы синдроммен, хамстринг-синдроммен, аяқтардың ішкі ротациясы.

Қозғалыс фронтальды, сагиттальды және горизонтальды жазықтарға қатысты дененің теңселуімен орындалады. Сан орталарын ажыратқанда ауырады, жамбас-сан, тізе, балтыр-аяқбасы буындары аса қозғалмайды. Барлық науқастарда вальгусты, варусты, жазық-вальгусты, эквиноварусты түрде аяқбасын патологиялық басу тән. Қолдың зақымдану дәрежелері де әртүрлі – айқын парездерден жеңіл моторлық қимыл шектеулері мен қолбасы саусақтарының нәзік дифференцияланған қозғалыстарына дейінгі бұзылыстар.

Осы топтың 70,4% пациенттерінде түрлі дәрежедегі сөйлеу бұзылыстары тіркелген.

Спастикалық диплегиямен қалыпты психикалық даму – 38,3% науқастарда тіркелген, ал ақыл-ой дамуындағы қалыс – 1,7% құраған.

9-кесте мәліметтеріне қарағанда, БЦС спастикалық диплегия түрімен ауыратын науқас балаларды босану кезеңінде ұрық маңындағы судың ағып кетуі (10,1%), жедел босанулар (16,5%), босану әрекетінің әлсіздігі (56%) түріндегі асқынулар жағдайларының айырмашылығы басқаларына қарағанда айқын. Басқа асқыну түрлеріне қарағанда сусыз кезеңнің статистикалық айырмашылығының айқындығы корреляция коэффициентінің $r = 0,71$ ($p < 0,05$), жедел босанулар $r = 0,22$ ($p < 0,001$), босану әрекетінің әлсіздігі $r = 1,017$ ($p < 0,001$) шамаларымен расталған.

Кесте 9. Спастикалық диплегиямен науқас балаларды босану кезіндегі асқынулар

Асқынулар	Спастикалық диплегия (n=142)		
	n	%	r
Кесар тілігі	6	7,7	
Сусыз кезең	8	10,1	0,22*
Жатырдан қан кету	3	3,7	
Жедел босану	13	16,5	0,71***
Босану әрекетінің әлсіздігі	44	56,0	1,17***
Ұрықты басып шығару	3	3,5	
Акушерлік қысқыштар	2	2,5	
Вакуум экстракция	0	0,0	
Барлығы	79	100	

Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа асқыну түрлерімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген:
* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Төмендегі 10-кестеде көрсетілген босану реттілігі бойынша БЦС спастикалық диплегия түрімен науқас балалардың туылуы салыстырмалы түрде біркелкі таралған. Басқаша айтқанда осы түрімен науқас баланың туылу мүмкіндігі барлық босану реті бойынша шамалас. 1-ші босануда – 21,5%, 2-ші босануда – 28,5%, 3-ші босануда – 21,4%, 4 және одан жоғары ретті босануда – 28,6% тіркелген.

Кесте 10. БЦС спастикалық диплегия түрінің босану санына тәуелділігі

БЦС түрі	Босанулар саны												Барлығы	
	I			II			III			IV және одан жоғары				
	n	%	R	n	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%
Спастикалық диплегия	31	21,5	-	40	28,5	-	30	21,4	-	41	28,6	-	142	100

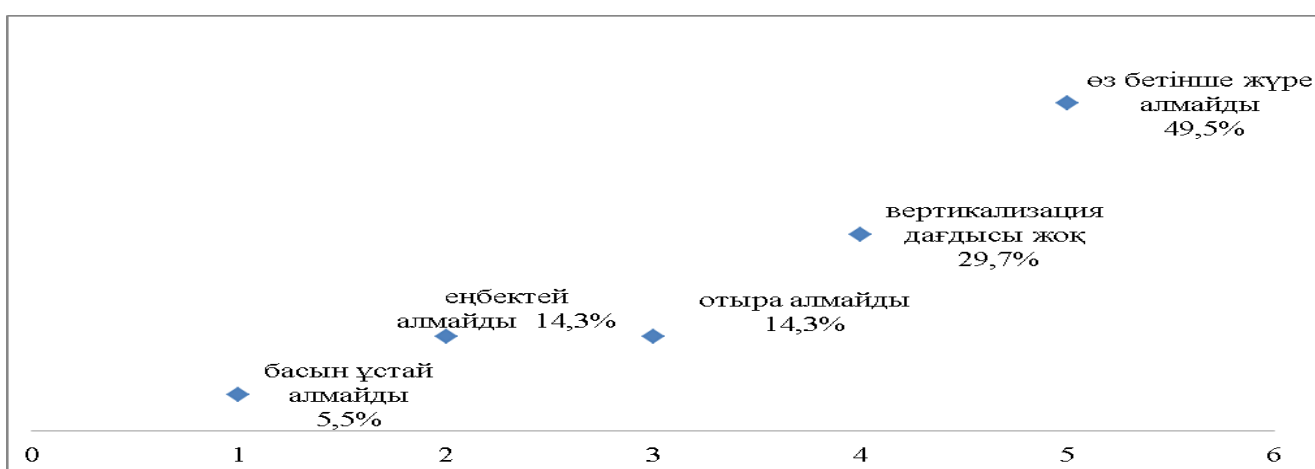
Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа босану ретімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Сонымен, спастикалық диплегиямен балалар тобында 9% – отыру дағдысы, 36,7% – вертикализация дағдысы, 46,3% – өздігінен жүру дағдысы, 84,7% – психо-сөйлеу бұзылыстарының түрлі дәрежелері тіркелген.

Гиперкинетикалық түрі. Гиперкинетикалық түрімен 91 бала бақыланып, жалпы науқастар санының 23,9% құраған.

Қолбасындағы атетоидтан, мимикалық торсиондыға дейін балалардағы гиперкинездер әртүрлі байқалады. Сонымен қатар олардың айқындылығы да әртүрлі дәрежеде. Науқастардағы ерікті моторика күшпен орындалады, тепе-теңдікті бұзылған, қозғалыс дағдыларының орындалуы тежелген. Бақыланған науқастарда айтарлық дәрежеде қолдың ұсақ моторикасы бұзылған. Бұлшық ет тонусы дистониялық. Жалпы жүре алмайтын балалардың құрылымында БЦС гиперкинетикалық түрі 2-ші орын алып, 30,2% құраған.

Осы топтағы балалардың стато-локомоторлы функцияларының қалпы мынадай болды (сурет 23): басын ұстай алмайтындар – 5 бала (5,5%); еңбектеу дағдылары жоқ – 13 бала (14,3%); отыру дағдысы жоқ – 33 бала (36,2%); өз бетінше тұра алмайды – 27 бала (29,7%); өз бетінше жүру дағдысы 45 адамда болмаған (49,5%).



Сурет 23. Гиперкинетикалық түрімен науқас балалардың стато-локомоторлы функцияларындағы тежелістер

Сөйлеу бұзылыстары осы топтың бәрінде дерлік байқалған, яғни, гиперкинетикалық түрімен 95,7% балада сөйлеудің даму тежелістері тіркелген.

Алайда, сөйлеу бұзылыстары айқын болса да, психикалық дамудың бұзылыстары төмен дәрежеде болған. Психикалық даму тежелістерінің негізгі себебі, науқастың қоршаған ортамен байланыс жасауына кедергі – гиперкинездер болып табылады. 27,1% пациенттерде айтарлық дәрежедегі, ал 53,5% дәрегі емес психикалық даму тежелістері тіркелген.

Гиперкинетикалық түрімен науқас балаларды босану кезіндегі асқынулар арасында айрықша ерекшеленгені (кесте 11) – босану әрекетінің әлсіздігі (42,3%) ($r=0,61$, $p<0,001$). Әрі қарай асқынулар БЦС осы түрінде жедел босанулармен (18,6%), кесар тілігімен (13,5%), сусыз кезеңмен (11,8%) маңызды болды.

Кесте 11. Гиперкинетикалық түрімен науқас балаларды босану кезіндегі асқынулар

Асқынулар	Гиперкинетикалық түрі (n=91)		
	n	%	r
Кесар тілігі	8	13,5	0,14**
Сусыз кезең	7	11,8	0,10*
Жатырдан қан кету	3	5,1	
Жедел босану	11	18,6	0,24***
Босану әрекетінің әлсіздігі	25	42,3	0,61***
Ұрықты басып шығару	4	6,7	
Акушерлік қысқыштар	1	1,7	
Вакуум экстракция	0	0	
Барлығы	59	100	

Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа асқыну түрлерімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген:
* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Басқа БЦС түрлеріндегідей (кесте 12), мұнда да, босану реті артқан сайын науқас балалардың туылу жиілігі төмендеген. 1-ші босануда 91 гиперкинетикалық түрімен науқас балалардың 42,9%, яғни жартысына жуығы туылған ($r=0,71$, $p < 0,001$).

2-ші босануда да науқас балалардың туылу мүмкіндігі жоққа шығарылмайды (28,5%). Айта кететін жайт, 3,4- босану жағдайларына туылған науқас балалардың саны біркелкі таралған, әрбір топта, сәйкесінше 14,3%-дан. Басқа босану ретімен салыстырғандағы бұл топтардағы корреляция коэффициенті $p < 0,001$ мүмкіндікте, бірдей $r=0,52$ құраған.

Кесте 12. БЦС гиперкинетикалық түрінің босану санына тәуелділігі

БЦС түрі	Босанулар саны												Барлығы	
	I			II			III			IV және одан жоғары				
	n	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%
Гиперкинетикалық	39	42,9	0,71***	26	28,5	0,15**	13	14,3	0,52***	13	14,3	0,52***	91	100

Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа босану ретімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

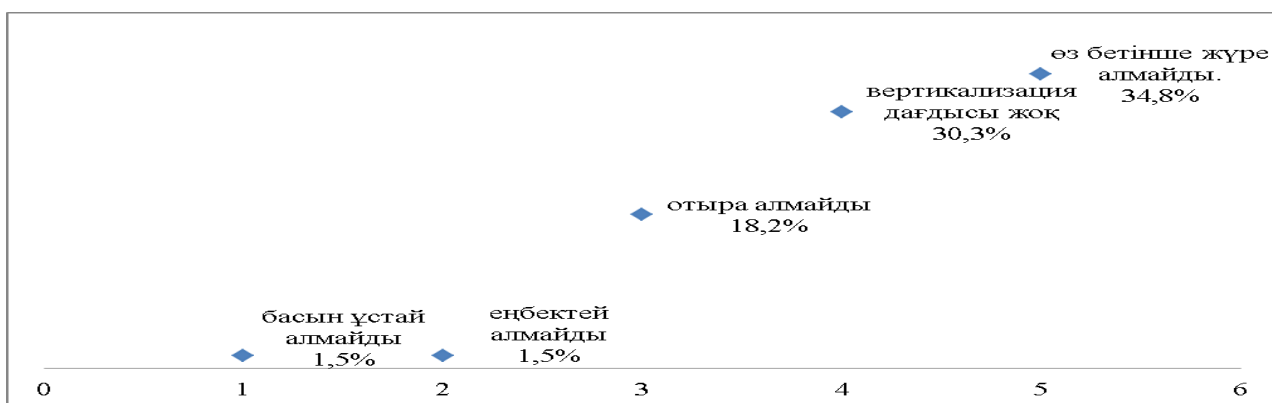
Сонымен, гиперкинезбен науқас балалардың 36,2% – отыру дағдысы, 29,7% – өз бетінше вертикализация, өз бетінше жүру дағдысы 49,5% науқаста болмаған. Сонымен қатар 95,7% балаларда түрлі сөйлеу бұзылыстары айқындалған. Алайда, ескеретіні, келтірілген қозғалыс және сөйлеу

бұзылыстарына қарамастан, науқастардың осы түрі оқыту және әлеуметтік адаптацияға қатысты бейімді деуге болады.

БЦС аралас түрі. Бұл топты 66 бала (17,3%) құраған; олардың 7 – атониялық-гиперкинетикалық түрімен, 59 – спастикалық-гиперкинетикалық түрімен науқастанған. Бұл топтың толығымен БЦС гиперкинетикалық түрімен байланыстырмайтын себебі, зерттеушілердің тұжырымына сәйкес, айқын тырысу және дистониялық шабуылдарға тәуелді аралас топ ретінде бөліп қарастыру мақұлданған. Жалпы жүре алмайтын балалар құрылымында БЦС аралас түрі 12,5% құрайды.

Балаларда түрлі гиперкинездер анықталған. Бұл топтағы да моторлық даму дағдыларының көрінісі сипатталған (сурет 24):

- 1 бала басын ұстай алмаған – 1,5%;
- 1 науқас еңбектей алмайды – 1,5%;
- 12 бала өз бетінше отыра алмайды (18,2%);
- 20 бала өз бетінше тұра алмайды (30,3%);
- 23 балада өз бетінше қозғалу дағдылары болмаған (34,8%).



Сурет 24. БЦС аралас түрімен науқас балалардың статическо-локомоторлы функцияларындағы тежелістер

БЦС аралас түріндегі балалардың 93,9% түрлі дәрежедегі сөйлеу бұзылыстары болған. Сонымен қатар, психологтың қорытындылары бойынша, берілген топ балаларының 21,3% психикалық дамуы қалыпты; 43,7% науқастарда психикалық даму тежелістерінің жеңілінен бастап түрлі дәрежесі тіркелген.

БЦС аралас түрімен науқас балаларды босану (кесте 13), бірінші кезекте – босану әрекетінің әлсіздігімен (38,5%), жедел босанулармен (33,3%) және кесар тілігімен (12,8%) асқынған. Келтірілген көрсеткіштердің басқа асқыну түрлерімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті, сәйкесінше, $r=0,23$ ($p<0,001$), $r=0,58$ ($p<0,001$) және $r=0,22$ ($p<0,01$) құраған.

Кесте 13. БЦС аралас түрімен балаларды босану кезіндегі асқынулар

Асқынулар	Аралас түрі (n=65)		
	n	%	r
Кесар тілігі	5	12,8	0,22**
Сусыз кезең	3	7,7	
Жатырдан қан кету	-	-	
Жедел босану	13	33,3	0,58***
Босану әрекетінің әлсіздігі	15	38,5	0,23***
Ұрықты басып шығару	3	7,7	
Акушерлік қысқыштар	-	-	
Вакуум экстракция	-	-	
Барлығы	39	100	

Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа асқыну түрлерімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

БЦС аралас түрінің босану саны тәуелділігіне қатысты, 14-кестеден көріп тұрғанымыздай, 1-босанудан БЦС аралас түрімен ауырған балалардың басым бөлігі туылған (42,9%), әрі басқа босану ретінен статистикалық айырмашылығы $r=0,59$, $p < 0,001$ құраған. 2,3-босану ретінде де аралас түрімен науқас балалардың туылуы белгілі үлес салмағын құрап, босану реті артқан сайын көрсеткіштердің төмендеу ретімен таралып отырған.

4-ші және одан жоғары ретті босануларда аурушылдықтың аралас түрімен туылған балалар 11,1% құрағаны анықталды ($r=0,23$, $p < 0,001$).

Кесте 14. БЦС гиперкинетикалық түрінің босану санына тәуелділігі

БЦС түрі	Босанулар саны												Барлығы	
	I			II			III			IV және одан жоғары				
	n	%	r	N	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%
Аралас түрі	27	42,9	0,59***	17	26,9	0,45**	12	19,2		9	11,1	0,23***	65	100

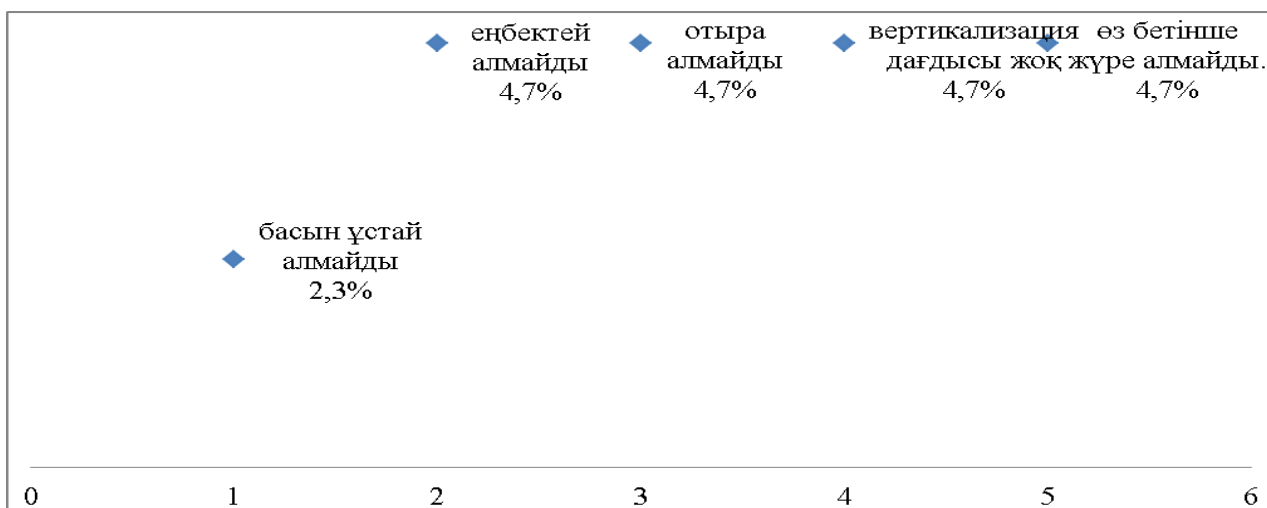
Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа босану ретімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Осылайшы, берілген топ өз бетінше отыра алмайтын балалар – 18,2%, өз бетінше тұра алмайтын – 30,3%, өз бетінше қозғалу дағдылары болмаған – 34,8% балалармен сипатталады. Сөйлеу бұзылыстары барлығында дерлік байқалған. Әрине, топтың негізгі сипаттары, көбіне-көп, БЦС гиперкинетикалық түрімен науқастардың нәтижелері ұқсас.

БЦС атониялық-астатикалық түрі. Бұл топта құраған 43 балада (11,3%) айқын, диффузды бұлшық ет гипотониясы, қозғалыс координациясы және тепе-теңдік бұзылыстары, сонымен қатар дамудың психикалық-сөйлеу тежелістері анықталған. Аяқ бұлшық еттеріне қарағанда қол бұлшық еттерінің тонусы әлсіз. БЦС ең ауыр түрі болуына қарамастан, осы зерттеуге алынған науқастардағы қозғалыс бұзылыстары дәрекі болмаған. Жүре алмайтын науқастар құрылымындағы бұл топтың үлесі 1,3% құраған.

Атониялық-астатикалық түрімен науқастардың стато-локомоторлық функцияларының бұзылыстары (сурет 25): 1 бала басын ұстай алмайды – 2,3%; 2 бала еңбектей алмайды – 4,7%; 2 бала өз бетінше отыра алмайды – 4,7%; 2 бала өз бетінше тұра алмайды – 4,7%; 2 бала қозғала алмайды әрі 4,7% құраған.

Сөйлеу дамуының дәрекі және орта дәрежедегі бұзылыстары 70,3% жағдайда анықталған.



Сурет 25. БЦС атониялық-астатикалық түрімен науқас балалардың стато-локомоторлы функцияларындағы тежелістер

Топтағы 14,4% балаларда қалыпты психикалық даму анықталған. Ал 72,7% пациенттерде психикалық даму тежелістерінің орташа және ауыр түрлері тіркелген.

БЦС атониялық-астатикалық түрімен науқас балалардың босану кезіндегі асқынулар арасында да (кесте 15) босану әрекетінің әлсіздігі (40,7%) ($r=0,46$, $p<0,001$) маңыздылық танытқан. Жедел босанулар – 25,9% үлес салмағын құрап, $r=0,29$ ($p<0,001$) мәнге ие болған.

Кесте 15. БЦС атониялық-астатикалық түрімен науқас балаларды босану кезіндегі асқынулар

Асқынулар	Атониялық-астатикалық (n=43)		
	n	%	r
Кесар тілігі	3	11,1	
Сусыз кезең	2	7,4	
Жатырдан қан кету	1	3,7	
Жедел босану	7	25,9	0,29**
Босану әрекетінің әлсіздігі	11	40,7	0,46***
Ұрықты басып шығару	3	11,1	
Акушерлік қысқыштар	-	-	
Вакуум экстракция	-	-	
Барлығы	27	100	

Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа асқыну түрлерімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген:
* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

БЦС атониялық-астатикалық түрі босану санының тәуелділігіне қарастырғанда (кесте 16), ескеретін жайт, 1-ші немесе 2-ші босанулар емес, 3-ші босануда науқас балалардың туылу жиілігін көрсетеді (53,5%), мұндағы басқа босану ретімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті $r=0,73$ ($p<0,001$) құраған.

Кесте 16. БЦС атониялық-астатикалық түрінің босану санына тәуелділігі

БЦС түрі	Босанулар саны												Барлығы	
	I			II			III			IV және одан жоғары				
	n	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%	r	n	%
Атониялық-астатикалық	10	23,3	0,10	5	11,6	0,20	23	53,5	0,73***	5	11,6		43	100

Ескерту: n – оқиғаның абсолюттік саны; r – басқа босану ретімен салыстырғандағы корреляция коэффициенті; статистикалық айырмашылығының айқындығы жұлдызшалармен белгіленген: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Сонымен, БЦС атониялық-астатикалық түрінің салыстырмалы түрде статомоторлық дамудағы оңтайлы көріністерге қарамастан, 70,3% түрлі сөйлеу бұзылыстары 72,7% жағдайда психикалық даму тежелістерінің түрлі дәрежесі тіркелген.

4 ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САЛ АУРУМЕН МҮГЕДЕКТИГІ БАР БАЛАЛАРДЫ ТӘРБИЕЛЕУШІ ОТБАСЫЛАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТЫ. НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫ ЖӘНЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ КӨМЕГІН ҰЙЫМДАСТЫРУ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

4.1 Мүгедектігі бар бала тәрбиелеуші отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық жағдайы және әлеуметтік-медициналық қолдауға қажеттілік

Әлеуметтік ортадағы ең маңыздысы – басқа адамдармен арақатынасты дұрыс қалыптастыруға үйретуде отбасының ролі ерекше. Жанұя – туылғаннан бастап, қоғамға интеграцияланудың барлық бейімделу кезеңдерін қоса, тіпті, жеке-дара индивид болып қалыптасқаннан кейін де тұлғамен бірге болатын адам өміріндегі ең тұрақты әлеуметтік институт. Отбасында мүмкіндігі шектеулі баланың туылуы және оны тәрбиелеу ата-анаға, әсіресе анаға ауыр психоәлеуметтік күйзеліс. Науқас баланы қарау, бағу, тәрбиелеу бойынша ең жауапты міндет анаға жүктеледі. Алайда, қазіргі кезде әкенің немесе басқа отбасы мүшелерінің науқас балаға қараудағы роліне аса назар бөлінуде. Осы жауапкершілікті кеңейтуде мемлекет, қоғам және әлеуметтік-медициналық ұйымдар жұмыла атсалысуы тиіс [170,171].

Қазақстандық зерттеушілердің жұмысында мүмкіндігі шектеулі бала тәрбиелеуші отбасыларында салауатты психологиялық орта құру сұрағы жете қарастырылмаған. Тұлғаның психикалық денсаулығы қоршаған орта, қоғам және бағып-қағу, тәрбие барысындағы отбасы мүшелерінің қатысуымен түзілетінін ескерсек, осы тақырыптағы зерттеу өзектілігінің маңызы арта түседі. Себебі, қоршаған орта дамудың әлеуметтік-мәдени тұғырын қалыптастырады [9,172].

Сарапшылардың пікірінше, балалар церебральды сал патологиясы кейінгі кезде жиі кездеседі. Қазақстанда 626,7 мың мүгедек тіркелсе, олардың 11% – мүгедектігі бар балалар.

Мүгедектікпен баланың туылуы және оны тәрбиелеу ата-анасы мен отбасы үшін күрделі психоәлеуметтік күйзеліс. Әсіресе, анасына ауру балаға қарау және тәрбиелеудегі негізгі міндеттер мен жауапкершілік жүктеледі [170].

Мүгедектігі бар балалардың мүмкіндігі шектеулі болғандықтан көп уақытты үй жағдайында өткізеді.

Әлеуметтік ортадағы ең негізгі – басқа адамдармен өзара арақатынасты құрудағы жанұяның ролі аса маңызды. Қазақстандық зерттеушілердің заманауи жұмыстарында мүмкіндігі шектеулі балаларға қолайлы психологиялық орта құру сұрақтарына деген қызығушылық біраздан байқалмайды. Алайда, «психикалық денсаулықтың» белгілі бір әлеуметтік-мәдени ортаны қалыптастыратын қоршаған ортаның, қоғамның және тікелей өзіне жақын тұлғалардың (ата-ана, жақындары және т.б.) қатысуымен жүретінін ескеру қажет [172].

Сондықтан балалар церебральды сал ауруы бар мүгедектікпен балаларды тәрбиелеуші отбасыларға сипаттама жасап, қажет-мұқтаждарын анықтау мақсатында Алматы қаласындағы «MaksatMed» медициналық орталығында

медико-әлеуметтік зерттеу жүргізілді. Зерттеу жұмысының мақсаты – балалар церебральды сал ауруымен ауыратын балалы отбасыларға әлеуметтік-психологиялық сипаттама беріп, мүгедектігі бар балалары барларға медико-әлеуметтік көмекті жетілдіру тұстарын айқындау. Құрылғаннан бері орталықта 70 мыңға тарта науқас көмек алған, соның ішінде 2650-і – балалар церебральды сал ауруымен көмекке жүгінген.

Жалпы, реабилитациялық көмек көрсету орталығында 2018 жылдан 2020 жыл аралығында ем қабылдаған 418 бала церебральды сал ауруының түрлі формаларымен ауыру жағдайы тіркелген. 17 жасқа дейінгі балалар церебральды сал ауруымен ауыратын балалары бар 185 отбасынан «Церебральды сал ауруымен ауыратын балаларды тәрбиелейтін отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық сипатын зерттеу» сауалнамасы құрастырылып талданған. Науқас балалар мен олардың отбасыларының құрылымдық құрамының сандық және сапалық қарқынды көрсеткіштері өңделген. Сонымен қатар, есеп беру мәліметтері мен медициналық құжаттардың көшірмелері талданған.

Отбасының құрылымы бойынша мүгедектікпен балаларды тәрбиелеуші отбасылар келесі түрлерге бөлінген (кесте 17): толық отбасы, толық емес отбасы, көпбалалы отбасы және асыраушы отбасы. Балалар церебральды сал ауруымен бала тәрбиелеуші құрамы бойынша толық отбасылар 63,1% құрады. Олардың ішінде 29,3% көпбалалы болып табылады да, балалар саны 3-тен 7 балаға дейін ауытқиды.

Кесте 17. Отбасының сипаты

Көрсеткіштер		Абс.	%
Толық отбасы	көпбалалы	3-4 бала	23,5
		5 бала	5,2
		6-7 бала	0,6
	асырап алушы		0,7
Барлығы			63,1
Толық емес отбасы			36,9
Барлығы			100

Яғни, зерттеу жұмысында мүмкіндігі шектеулі балалары бар отбасылардың сипаты айқындалды: толық емес отбасы (36,9%), жабық, тұйықтылықпен сипатталады, жиі дисгармониялық болып табылады; көпбалалы отбасында (29,3%) асқан өмірге талпыныс байқалады, өмір сүру деңгейі төмен және жеткіліксіз материалдық қамтылған; асырап алушы отбасы (0,7%), жетістікке жетуге бағытталған; толық отбасылар (63,1%), гармониялылық және келісіммен сипатталады.

88,2% респонденттер баланың дүниеге келгенін отбасында қалап күткен болса, 11,8% – қаламаған жүктілік екенін көрсеткен (кесте 18).

Жанұяда басқа созылмалы ауруы бар бала бар/жоқтығын, 91,2% – «жоқ», 8,8% – «иә» деу арқылы отбасында басқа балалардың денсаулығы жөнінде хабар береді. 82,4% – отбасындағы балалар арасында анықталған мүгедектіктің жоқ екендігін алға тартса, 1,9% – мүгедектіктің бар екенін растайды. Алайда, 15,7% респондент нақты жауабын көрсетпеген.

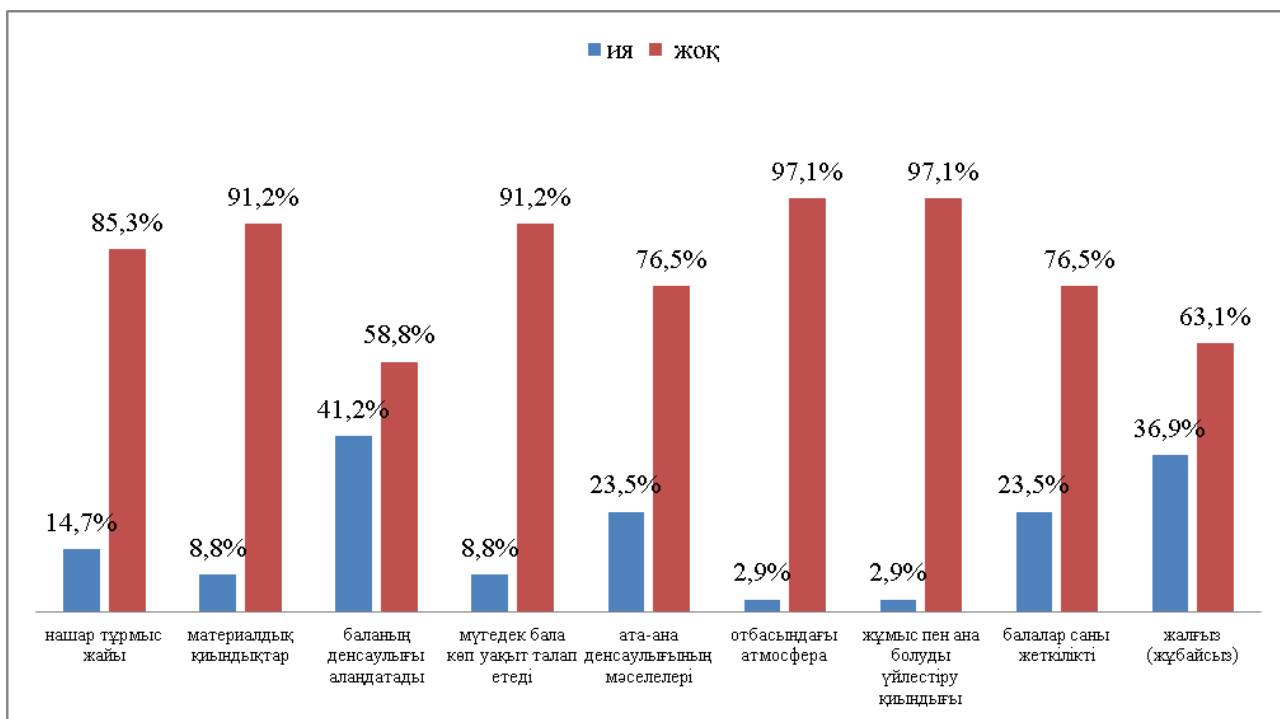
Алдағы уақытта отбасында бала дүниеге әкелу жоспарын білуге қатысты сұраққа, 29,4% – «иә»деу арқылы отбасындағы балалар санын арттырып, ұрпақ көбейту жоспарларымен бөліссе, 70,6% – мұндай жоспарлары жоқ екендігін көрсеткен.

Кесте 18. Бала денсаулығына қатысты мәліметтер

Көрсеткіштер		%
Отбасы қалап күткен бала ма?	иә	88,2
	жоқ	11,8
Барлығы		100
Отбасында басқа созылмалы аурумен ауыратын балалар бар ма?	иә	8,8
	жоқ	91,2
Барлығы		100
Отбасында анықталған мүгедектікпен балалар бар ма?	ия	1,9
	жоқ	82,4
	нақты жауабы	15,7
	жоқ	
Барлығы		100
Жақын арада отбасында бала дүниеге келгенін қалайсыздар ма?	иә	29,4
	жоқ	70,6
Барлығы		100

Отбасында басқа баланы дүниеге әкелуге кедергілердің қатарындағы негізгі себепке (сурет 26) – баланың денсаулығына алаңдаушылық жатады (41,2%). Ата-ананың денсаулығына қатысты мәселелер де маңыздылық танытып, зерттелгендердің ширегіне жуығының (23,5%) жауаптарында белгіленген. Дәл осындай үлес салмағында (23,5%) респонденттер отбасында бала тууды жоспарламау себебі ретінде отбасындағы балалар саны жеткілікті деп көрсеткен.

Ал жоғарыда отбасы құрамын сипаттауда 36,9% – толық емес отбасы деп көрсетілгендей, мұнда да осы үлес салмағын құраған респонденттер бала туудағы кедергі жұбайсыз екендіктерін келтірген.

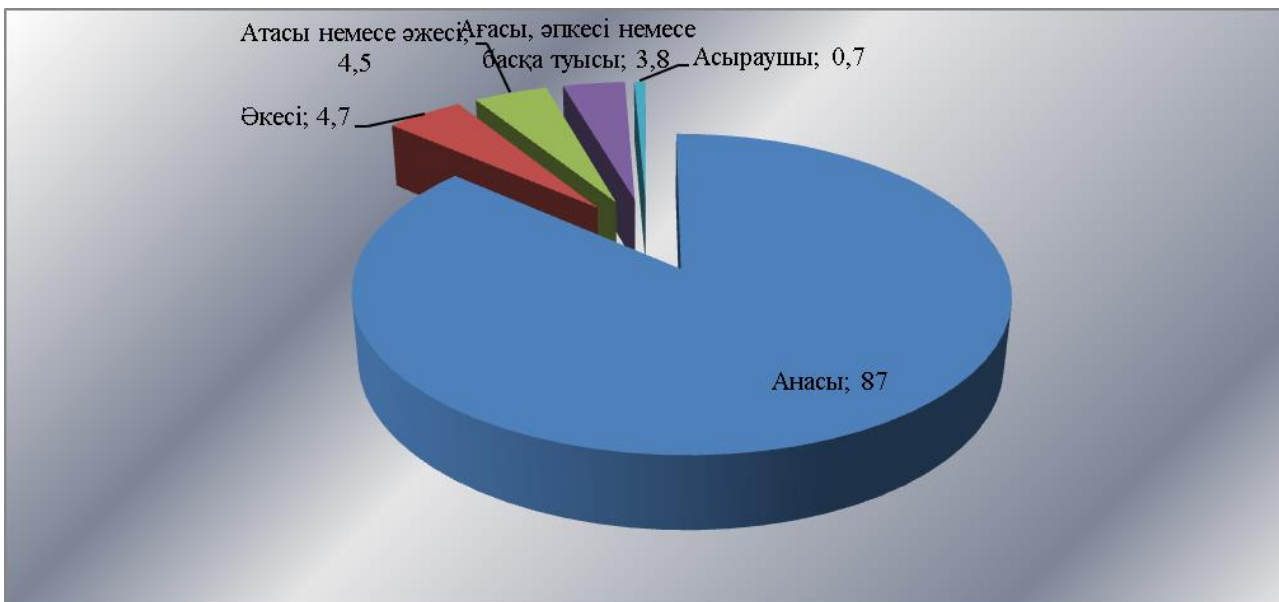


Сурет 26. Отбасында бала жоспарлауға кедергі себептер, %

Зерттеу бойынша 87% жағдайда мүгедектігі бар балаларға негізгі қарау және қарым-қатынас жасау міндеті «ана және бала» диадасы түрінде сипатталады (сурет 27). 4,7% церебральды сал ауруымен ауыратын балалар әкелерінің қарауында. Ал 4,5% ата-әжелері науқас балаларға қарауды өз жауапкершіліктеріне алған. Негізінен қараушы тұлға болып басқа туыстары (әпке, ағасы және т.б.) 3,8% жағдайда атсалысқан. Берілген зерттеуде мүмкіндіктері шектеулі балалардың асыраушылары 0,7% құраған.

Мүмкіндіктері шектеулі 1 жасқа дейінгі балаларға қатысты зерттеу мәліметтері басқа, олар уақытты қаншылықты анасымен өткізсе, соншалықты әкесі, аға-әпкелерімен өткізетіндігі белгілі болған. Яғни, бұл жағдай, науқас балалардың әкесімен өткізетін уақыттарын арттырады. Дамудағы бұзылыстарды түсіну және түзетудегі, тәрбиелеудегі әке ролінің маңызына назар аудартады [3].

Отбасында әке шешеге қарағанда балаларымен ойын ұйымдастыруда белсенділік танытады. Ал анасы болса көбіне күтіп-қарау міндетін атқарады. Әкенің көмегі, әсіресе, науқас ер балаларды тәрбиелеп дамытуда айтарлық. Отбасында әкеге гипержанашырлық тән емес. Қолайлы ойыншықтар құрастырып, пайдалы шынықтырушы ойындар ойлап табады. Сондықтан науқас балаларды тәрбиелеуші отбасылармен психокоррекциялық жұмыс бойынша ұсыныстар әркез түрлі аспектілер бойынша жетілдіріліп отыру қажет.



Сурет 27. Науқас балаға қараушы тұлға

Берілген зерттеу отбасылық қоршаған ортаның баланы дұрыс дамытудың факторы ретіндегі маңызын ашады. Жанұя ашық жүйе ретінде қарама-қарсы өзара әрекеттестіктерден тұрады. Соның ішінде отбасы мүшелерінің, әсіресе мүмкіндігі шектеулі баланың өмір салты мен қажеттіліктері сыртқы ортаға тәуелді қалыптасады. Сонымен қатар баланың физикалық және психикалық денсаулығы әлеуметтік бейімделумен және толыққұнды тұлға болып қалыптасуымен оң корреляциялы.

Науқас балалы отбасының қоршаған ортадағы түрлі жүйелермен интеграциясы жан-жақты кедергілерге ұшырайды. Мұнда «отбасы жүйесінің өткірлік» деңгейі маңызды. Бұл тұста мүгедектік мәселесін өз деңгейінде шешетін мемлекет ролі айқын әрі сол шешімге, көп жағдайда, науқас баланың жақындарымен қарым-қатынасы, отбасындағы үйлесімді өзара әрекеттестік, моральді-психологиялық климата тәуелді [5].

Біздің зерттеуіміздің нәтижелері көрсеткендей, арнайы оқу бағдарламаларын игере алмайтын балалар, негізінен, әл-ауқаты төмен немесе толық емес отбасында тәрбиеленген. Баланы ойыншықтармен, ойындармен, әріптердің көмегімен дамытуды ынталандырып оқытудың сәттілігін болжауда баланың үйдегі қоршаған ортасы көрсеткішінің тиімділігін бағалау жүргізілді. Мұндай бағыттағы сабақтармен жаттықтыру жасайтын отбасылар үлесі 32,3% құрайды.

Сонымен, отбасылық мәселелер мен бала тәрбиесіндегі негізгі салмақ ана мен әкеге түсетіндіктен, осы тұлғалардың білім деңгейі, әлеуметтік статусы, денсаулық жағдайы мен өмір салтындағы ұстанымдарын зерттеу маңызды болды. 19-кестеден көріп тұрғанымыздай, әйелдердің арасында жалпы орта білімділер – 20,6%, орта арнайы білімі барлар – 38,2%, ал жоғары білімді аналар – 41,2% құраған. Есесіне, жоғары білімді әкелер басым – 52,9%. Әкелер арасында орта жалпы білімділері мен орта арнайы білімділері теңдей үлес салмағында 23,5% -ды құраған.

Әлеуметтік жағдайына келетін болсақ, 16,5% әйел – қызметкер болып табылады, ал мұндай әлеуметтік статустағы әкелер саны – 23,5%. Қарапайым жұмысшылар да әкелер арасында (47,1%) аналарға қарағанда 2 еседен артық (18,7%) ($p=0.042$).

Сондай-ақ үй шаруасындағы жұмыс жасамайтын әйелдер саны (64,7%) жұмыс жасамайтын ерлер санынан (5,9%) әлдеқайда басым түскен ($p=0.011$)

Кесте 19. Ата-ананың білім деңгейі және әлеуметтік статусы

Көрсеткіштер		%	p	
Ананың білім деңгейі	жалпы орта	20,6	0,011	
	арнайы орта	38,2		
	жоғары	41,2		
Әкенің білім деңгейі	жалпы орта	23,5		
	арнайы орта	23,5		
	жоғары	52,9		
Ананың әлеуметтік жағдайы	қызметкер	16,5		
	жұмысшы	18,7		
	үй шаруасында	64,7		
Әкенің әлеуметтік жағдайы	қызметкер	23,5		0,042
	жұмысшы	47,1		
	өзіндік кәсіп	23,5		
	жұмыс жасамайды	5,9		
<p><i>Әкелер арасында жұмысшылар аналар арасындағы мұндай көрсеткіштен басым (статистикалық айырмашылық критерийі, $p=0.042$)</i></p> <p><i>Үй шаруасындағы аналар үлесі жұмыс жасамайтын әкелердің үлесінен анағұрлым жоғары (статистикалық айырмашылық критерийі, $p=0.011$)</i></p>				

Отбасындағы ата-ананың бойында зиянды әдеттердің көрініс табуы балалар денсаулығы үшін әсерлі көлеңке құбылыс болғанымен, өмір салтының атрибуты болып қалыптасқанын мойындау қажет (кесте 20).

Отбасында темекі шегетін әкелер үлесі (52,9%), аналарға қарағанда 9 есе жоғары екен (5,9%) ($p=0.018$). Ата-ананың екеуі де темекі шегетін жағдай 2,9% шамасында тіркелген, аса айтарлық болмаса да көрсеткіштің зияндылығына қарай маңызын арта түсіреді.

Алкоголь тұтынуға қатысты көрсеткіштер де осы көріністі қайталайды: әкелер тұтынуының көрсеткіші – 29,0%, аналар, бұл ретте қалыс болғанымен, темекіге қарағанда алкогольді жиі тұтынатындары белгілі болды (7,3%) ($p=0.024$).

Ата-ананың денсаулық статусына келетін болсақ, дені сау, яғни денсаулығын жақсы екендіктерін көрсеткендер әкелер арасында да (85,3%), аналар арасында да (79,4%) бірдей жоғары. Алайда денсаулықты бағалаудың келтірілген тұғырлары бойынша «сирек созылмалы аурушылдықтың асқынуы» ана-респонденттерінде (5,9%) әкелерге қарағанда (0,2%) анағұрлым жиі

тіркелген. Басқа тұғырлар бойынша отбасындағы әке мен ананың денсаулық көрсеткіштері кестеден өз үлес көрсеткіштерін тапқан.

Кесте 20. Ата-ананың денсаулық жағдайы және зиянды әдеттерінің болуы

Көрсеткіштер		%	p
Темекі	әкесі шегеді	52,9	0,018
	анасы шегеді	5,9	
	ата-ананың екеуі де шегеді	2,9	
	шекпейді	38,2	
Алкоголь тұтыну	әкесі тұтынады	29,0	0,042
	анасы тұтынады	7,3	
	тұтынбайды	63,7	
Ананың денсаулық жағдайы	дені сау	79,4	0.014
	сирек жедел аурушылдық	11,8	
	сирек созылмалы аурушылдықтың асқынуы	5,9	
	созылмалы аурушылдықтың жиі асқынуы	2,9	
Әкенің денсаулық жағдайы	дені сау	85,3	
	сирек жедел аурушылдық	11,8	
	сирек созылмалы аурушылдықтың асқынуы	0,2	
	созылмалы аурушылдықтың жиі асқынуы	2,9	
<p><i>Әкелерде аналарға қарағанда темекі шегу әрі алкоголь тұтыну қарқыны жоғары (статистикалық айырмашылық критерийі, сәйкесінше, $p=0.018$, $p=0.024$)</i></p> <p><i>Аналарда сирек созылмалы аурушылдықтың асқынуы әкелерге қарағанда анағұрлым жиі кездеседі (статистикалық айырмашылық критерийі, $p=0.014$)</i></p>			

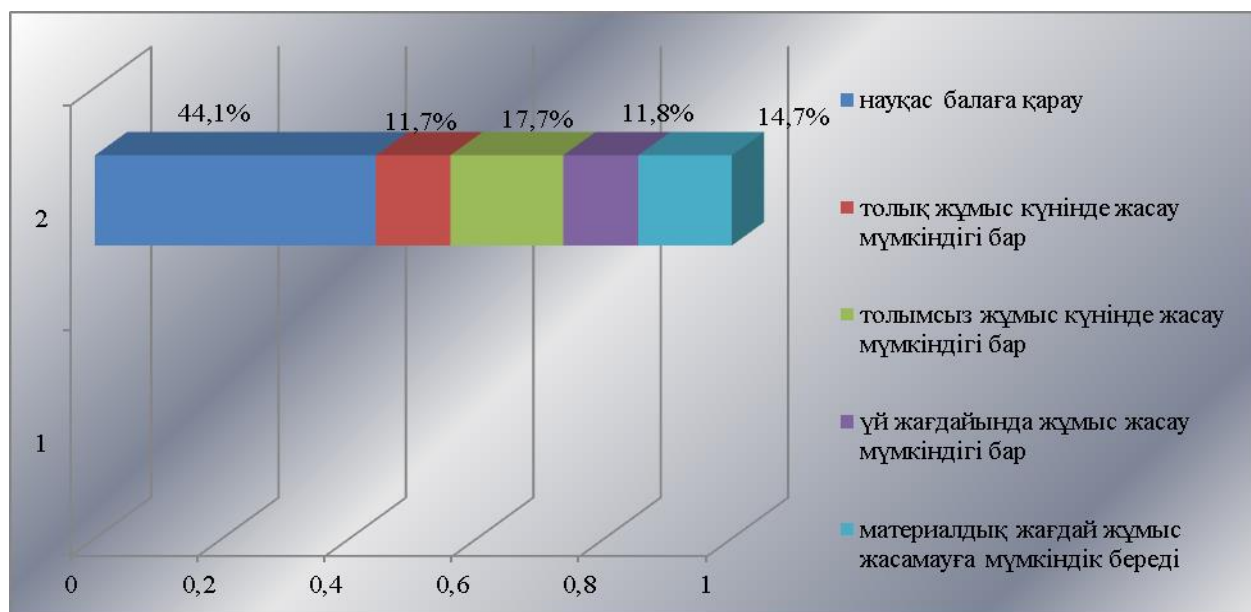
Сонымен қатар баланың физикалық және психикалық денсаулығына қамқор болу сапасы да бағаланды: тазалық, қауіпсіздік, жақындарына бауыр басу, ата-ананың махаббаты, қоғамға бейімделу, мектепке дайындық сапасы, физикалық жазалаудың болу/болмауы. Ананың субъективті әл-ауқатты болуы, жанұядағы психологиялық климат, отбасындағы тұлғааралық қарым-қатынас, жанұяның ұйымдастырушылық құрылымы, ата-ана қамқорлығының сапасы, тұрмыстық жағдайы сияқты факторлар тіркелді. Бұл факторлар, міндетті түрде, баланың психикалық денсаулығының жоғарғы деңгейімен және күйзелістің төменгі деңгейімен корреляцияланған.

Баланы қарауға және мүгедектікке бөлінетін жәрдемақыға өмір сүріп жатқан обасылар бары анықталды (17,1%). Жұмысқа тұрарда отбасында мүгедектікпен баланың бар екендігі жанашырлық танытып, жұмысқа алудың кепілі емес екенін 44,3% респонденттер алға тартқан. Оның үстіне, жұмысқа тұрарда, осындай отбасыларды қолдай отырып, қысқартылған жұмыс күнінде толыққұнды еңбекақыны төлеуге мүмкіндік беретін моральдық және материалдық аспектілер ескерілмейді.

Социологиялық сұрауда көптеген отбасылар (47,4%), негізінен, толық емес отбасылар 31,5% жағдайда жұмыспен қамтылмаған. Яғни, тек анасы немесе әкесінің қарауындағы отбасыларда жұмыс жасамайтындары айтарлық. Мұның жалпыға мәлім және гуманды себебі – бала қараусыз қалмауы тиіс.

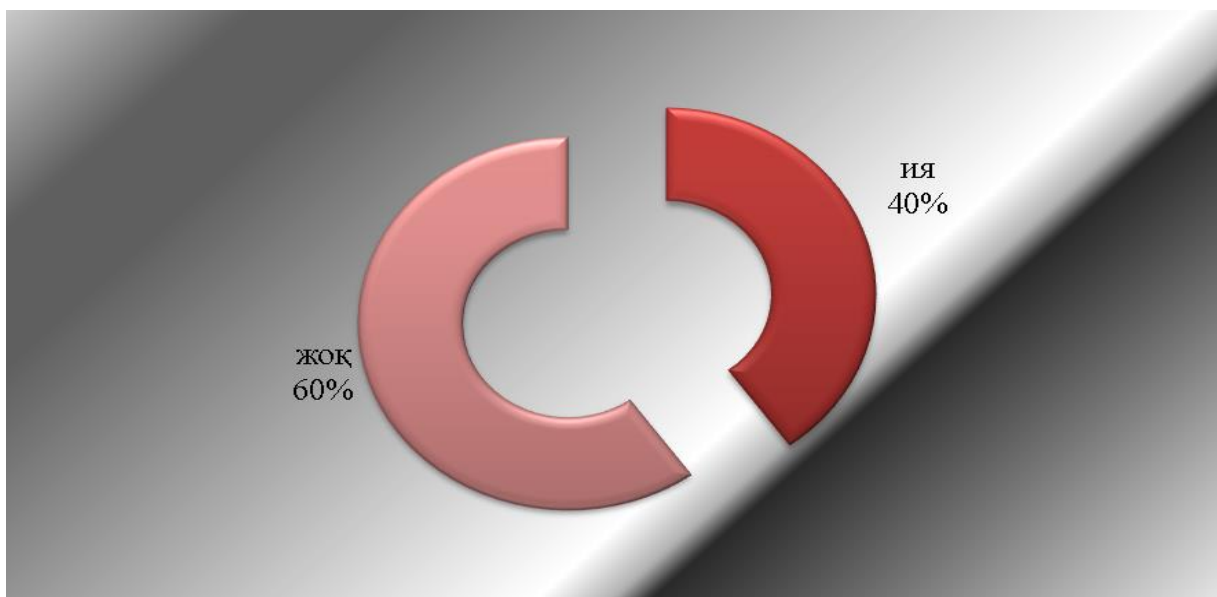
Осы себепті алға тартқандар жұмыс жасамайтын респонденттердің жартысына жуығын (44,1%) құрайды (сурет 28). Алайда, респонденттер арасында жұмыс жасауға ұмтылыс қарқыны да байқалады: толық жұмыс күнінде жасау мүмкіндігі бар – 11,7%, толық емес жұмыс күнінде жасау мүмкіндігі бар – 17,7% тіркелсе, үй жағдайында жұмыс жасауға 11,8% респондент тілек білдірген.

Дей-тұрғанмен, жұмыс жасамайтындардың 14,7% жұмыс жасамаудың негізгі себебін материалдық жағдайдың қамтылғандығымен байланыстырған.



Сурет 28. Жұмыс жасамау/жасамау мүмкіндіктері, %

Социологиялық сұрау барысында, отбасын сипаттаушы отбасы өкілдері арасында жұмысқа тұрғызуды нақты қажет ететіндіктерін 40% көрсеткен (сурет 29). Есесіне, жұмыспен қамтылу көрсеткіші де айтарлық – 60%. Алайда, зерттеу барысында, жалпы жұмыспен қамтылу көрсеткішін ғана тіркеу мақсаты тұрды. Яғни, жұмыс құрамы, қарастырылатын жеңілдіктері, материалдық ынталандыру факторларын тіркеу мақсаттан тыс болды.



Сурет 29. Жұмысқа тұрғызуды қажет етесіз бе?

Отбасының тұрмыс-тіршілігі, өмір сүруге керекті материалдық құндылықтар, көлікпен тасымалдау мүмкіндігі тәрізді күнделікті өмір жағдайында айтарлық маңызды қажеттіліктермен респонденттердің қанағаттану дәрежесін зерттеу мүмкіндігі іске асты (кесте 21,22).

21-кестеден көріп тұрғанымыздай, отбасының басым бөлігінде (61,8%) өз тұрғын-жайы бар әрі осындай әлеуметтік санаттағы отбасылар үшін бұл көрсеткіш оңтайлы екенін айта ескерген жөн. Дейтұрғанмен, «жалдамалы тұрғын-жайда тұрамыз» деп белгілеген респонденттер саны да айтарлық үлес салмағын құраған (26,5%). Яғни, мүгедектігі бар бала асыраушы отбасының 1/3-не жуығы бала денсаулығына қатысты мәселелермен қатар тұратын мекенді жалға алу шығындарына да алаңдаулы.

Өз жеке мекен-жайы барлардың (61,8%) 31,0% жекеменшік үйлерде тұрады екен. Басқа 69,0% – меншікті немесе жалдамалы пәтерлерде. Зерттеуге қатысқан респонденттер арасында жатақхананы мекен ететіндерін белгілегендер болған жоқ.

Тұрмыс жағдайын жақсы деп бағалағандардың үлесі өз тұрғын-жайлары бар деген респонденттер үлесімен (61,8%) сәйкес келеді де, бұл жағдай, өз меншікті тұрғын-жайлары бойынша отбасылар барынша тұрмыс жағдайларын жақсартуға тырысқандықтарын көрсетеді. Сонымен қатар, коммуналдық қолайлылықтармен 70,6% толық қанағаттанады. Алайда, 8,8% тұрмыс жағдайының коммуналды қолайлы емес екенін көрсеткен. Бәлкім, мұнда жалдамалы пәтерлердің құнына байланысты таңдау мүмкіндігі шектелетінін атап кеткен дұрыс болар.

Үйдегі бөлмелер саны да тұрмыс жағдайы деңгейлерінің көрсеткіштері болып табылады. Негізінен, зерттелген отбасыларындағы тұрғын-жайы бойынша 2 бөлмесі барлар басым болған (41,2%). Меншікті жеке үйлері барларға қатысты болар 4-бөлмелі мекен-жайды – 2,9%, 5-бөлмелі – 11,8% респонденттерге тиесілі.

Сонымен қатар 9,8% – меншігінде егістік алаңы бар екенін көрсеткен. Меншікті үй-жайлары бар отбасылар үшін бұл мүмкін жағдай. 2,9% – отбасы иелігіндегі саяжайды белгілеген.

Тұрғын мекен-жай орналасқан территориясының маңында зиянды заттар мен шу көздері жоқтығына 60,8% сенімді. 17,6% болса ондай зияндылықтардың барын теріске шығармайды.

Кесте 21. Отбасының тұрмыс жағдайы

Көрсеткіштер		%
Отбасының тұрғын-жайы бар ма?	Иә	61,8
	жоқ, ата-анамызбен бірге тұрамыз	11,8
	жалдап тұрамыз	26,5
Мекен-жайыңыз:	жатақханада	0,0
	жекеменшік үйде	31,0
	Пәтерде	69,0
Тұрмыс жағдайын қалай бағалайсыз?	жақсы	61,8
	қанағаттанарлық	29,4
	қанағаттанарлықсыз	8,8
Коммуналдық қолайлылықтар	толығымен қолайлы (ы/с, с/с, орталық жылуландыру, электр жүйесі, газ, ванна, душ және т.б.)	70,6
	толымсыз қолайлы	20,6
	қолайсыз	8,8
Қанша бөлмелі? (қосалқы алаңды қоспағанда)	1	11,8
	2	41,2
	3 және жоғары	47,1
Отбасының шаруашылық жайы бар ма?	егістік	9,8
	саяжай	2,9
	жоқ	87,3
Мекен-жай маңында зиянды заттар мен шу көздері бар ма?	жоқ	60,8
	білмеймін	21,6
	иә	17,6
Меншікті көлік (автомобиль) бар ма?	Иә	51,7
	Жоқ	48,3

Әсіресе, бала тасымалдауға қажет отбасылық меншікті көлік 51,7%-да бар екені оңтайлы жағдай. Көлік қатынасына байланысты әлеуметтік қорғау арқылы ұйымдастырылатын балаларды арнайы тасымалдау түрлі мәселелерге байланысты толыққұнды қанағаттандырмайтындықтан отбасында жекеменшіктегі көліктің болмауы науқас баланы тасымалдау сұрағын күрделілендіре түседі.

Отбасының қаржылай кірістерінің көлеміне келетін болсақ (кесте 22), жан басына, небәрі, 10000 тг. дейін кіріс кіретін отбасылардың үлес салмағының

жалпының 1/3-і (32,4%) екен. Кіріс мөлшерлері шамасы артқан сайын сәйкес отбасылардың саны кеми береді. Мысалы, бір отбасы мүшесіне 10000-20000 тг. қаражат табатын отбасылар – 41,2%, 31000 тг. жоғары қаржы кірісімен – 17,6%-ға дейін азайған.

Кесте 22. Отбасының қаржылай кірістері

Көрсеткіштер		%
Отбасындағы жан басына шаққандағы қаржылай кіріс көлемі	10000 тг. дейін	32,4
	10000 - 20000 т..	41,2
	21000 - 30000 тг.	8,8
	31000 тг. жоғары	17,6
Соңғы жылдағы отбасының материалдық жағдайын қалай бағалайсыз?	барлық қажеттілікке жетеді	20,6
	басты қажеттіліктерге ғана жетеді	35,3
	тамақ, дәрі-дәрмек, коммуналдық төлемдер	11,8
	баланың тамағы мен дәрі-дәрмегінен артылмайды	14,7
	тек тамаққа жетеді	17,6
Науқас бала туылғаннан кейінгі материалдық жағдай	нашарлады	26,5
	өзгеріссіз	58,8
	жақсарды	14,7
Науқас балаға отбасылық бюджеттік шығын: дәрі-дәрмек, массаж, реабилитациялық, санаторлық көмек және т.б.	жартысынан астамы	11,8
	1/2	11,8
	1/3	41,2
	1/4	17,6
	1/5	14,7
	1/5 төмен	2,9

«Соңғы жылдағы отбасының материалдық жағдайын қалай бағалайсыз?» деген сұрағына жауаптар арасында оңтайлы әрі шамасы жағынан ерекшеленгені, ең жоғарғы үлес салмағын құрап 35,3% көрсеткішіне тең болған – «қаражат басты қажеттіліктерге жетеді, бірақ қымбат зат алу үшін ұзақ жинау керек (жиһаз, тұрмыс техникасы)» жауабы.

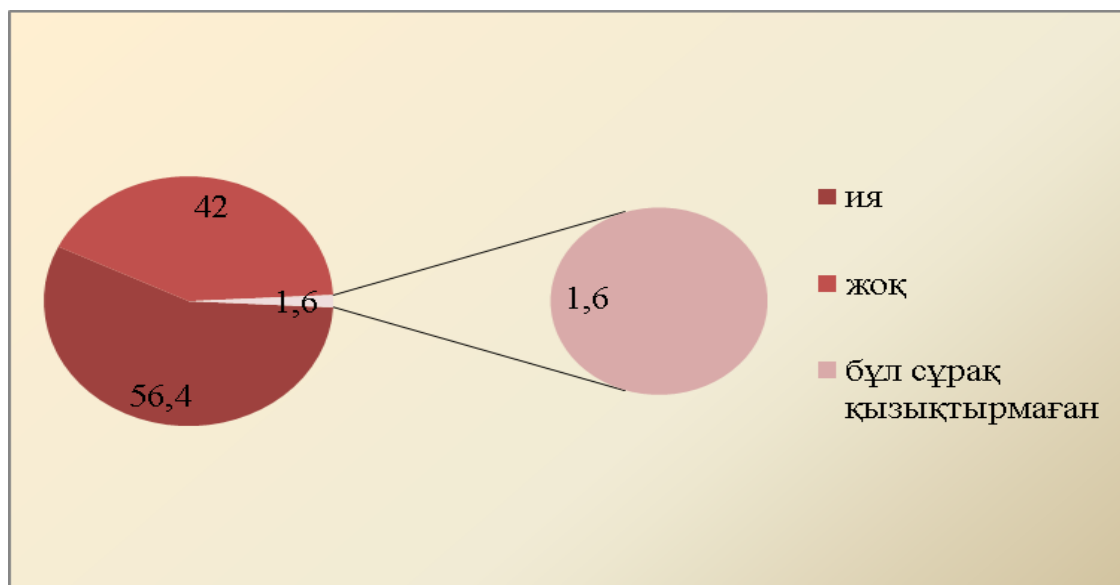
Әрине, бала туылғаннан кейінгі материалдық жағдайда болған өзгерістерді сипаттасақ, материалдық жағдайдың нашарлауын сезінген отбасылар үлесі (26,5%) жағдайдың «өзгеріссіз» екенін баяндаған жалпының басым бөлігінен (58,8%) айтарлық төмен.

Респонденттердің негізгі бөлігі науқас балаға бюджеттің 1/3 бөлігі (41,2%) шығындалады (дәрі-дәрмек, массаж, санаторлық емделу және т.б.) деп көрсеткен. Әрине, бұл көрсеткіш шамасы отбасындағы жан басына келетін кіріс көлеміне, яғни материалдық деңгейге тікелей байланысты.

56,4% респонденттер мүгедектікпен баланы тәрбиелеуші отбасы тұрғынжай немесе жер учаскесін бір рет алу құқығы бар екендігінен хабардар (сурет

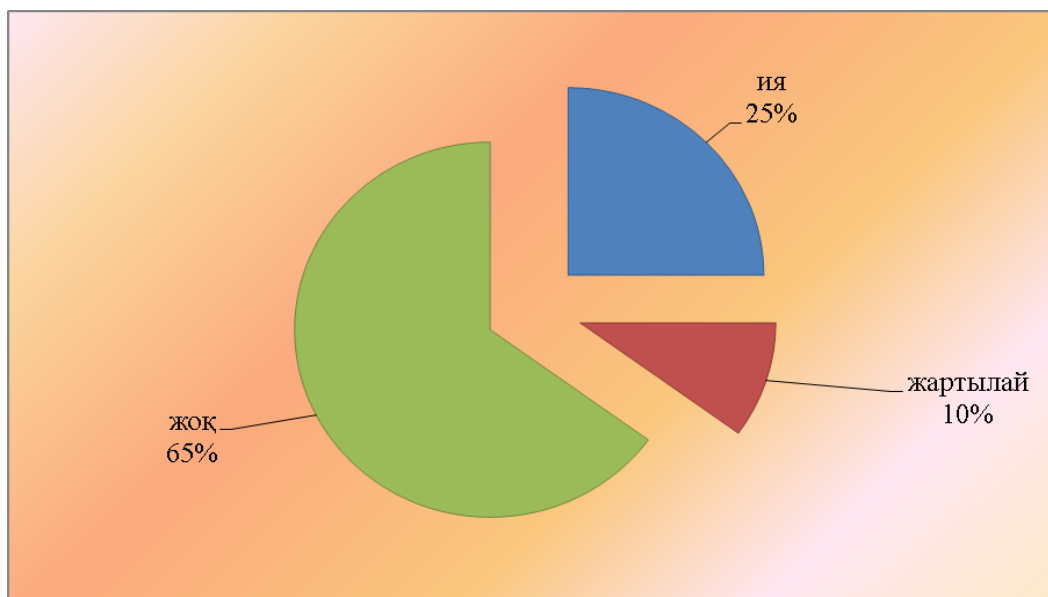
30). Алайда, респонденттердің басым бөлігі (59,7%) кезектегі әділеттілік пен жылдамдықты жақсартуды талап ететінін куәландырады. Небәрі, сұрауға қатысқан отбасылардың 38,5%, жеңілдіктер негізінде баспаналы болғандарын көрсеткен. Сонымен қатар респонденттер арасында, тіпті, бұл сұрақ толғандырмағандары да болғанын (1,6%) айта кеткен жөн.

Отбасына қатысты тіршілік мәселелермен бұл сұрақ бойынша толық ақпарат білмейтіндері де айтарлық (42%). Яғни, науқас баланы асыраушы отбасылар тұрмыс жағдайларын жақсартуда түсінікті ақпараттандыруға мұқтаж.



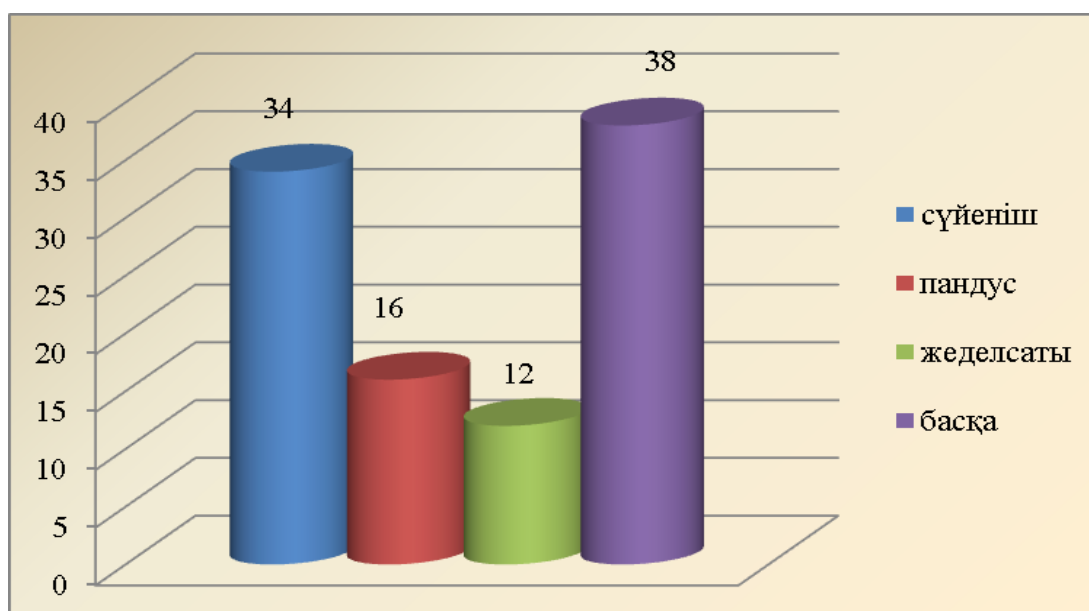
Сурет 30. Мүгедектігі бар баланың ата-анасы тұрғын жайға (жер учаскесіне) құқығы бар екенін білесіз бе? (%)

Тұрмыс жағдайындағы мәселелер қатарында мүгедектерге арналған арнайы жабдықталған құрылымдардың болу/болмауы (үй маңындағы территорияда, үйдің кіреберісінде) да маңызды болатын (сурет 31). Бұл сұраққа, небәрі 35% респондент үйдің кіреберісін толық және жартылай мүгедектерге ыңғайластырылып жасалғанын әрі талаптарға сай екенін атап өткен.



Сурет 31. Үйдің кіреберісінің мүгедектерге арналып жабдықталуы, %

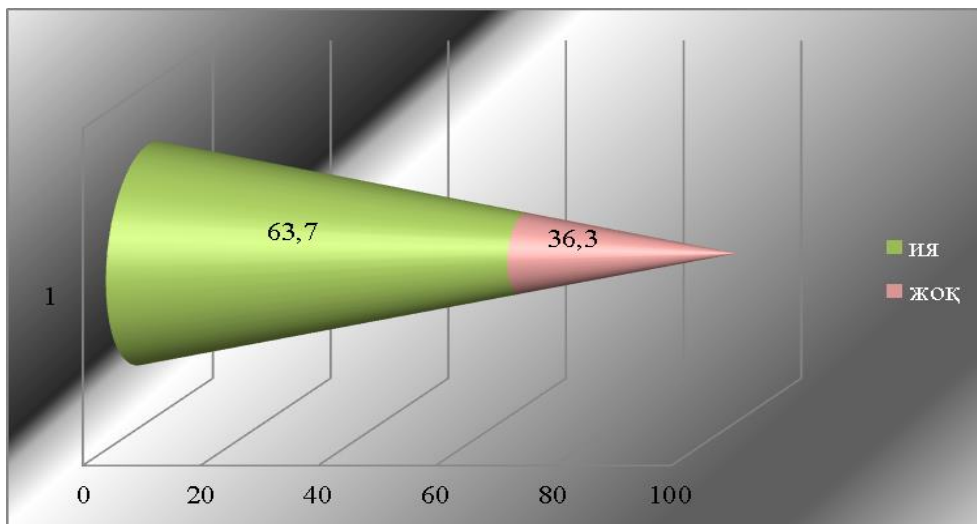
32-сурет мәліметтеріне сәйкес, кіреберіске қажет жабдықтар қатарында респонденттердің 34% – сүйеніш қажет деп санаса, пандус – 16%, жеделсаты – 12% қажеттілік тудырып отыр. Үй маңындағы территорияны қажетті жабдықтаудың басқа себептерін таңдаған 38% респондент кіреберісті ыңғайластыруда камералар мен арба сақтау орындарының болуы және олардың қауіпсіздігін маңызды деп санайды.



Сурет 32. Респондент пікірінше кіреберіске қажет жабдықтар, %

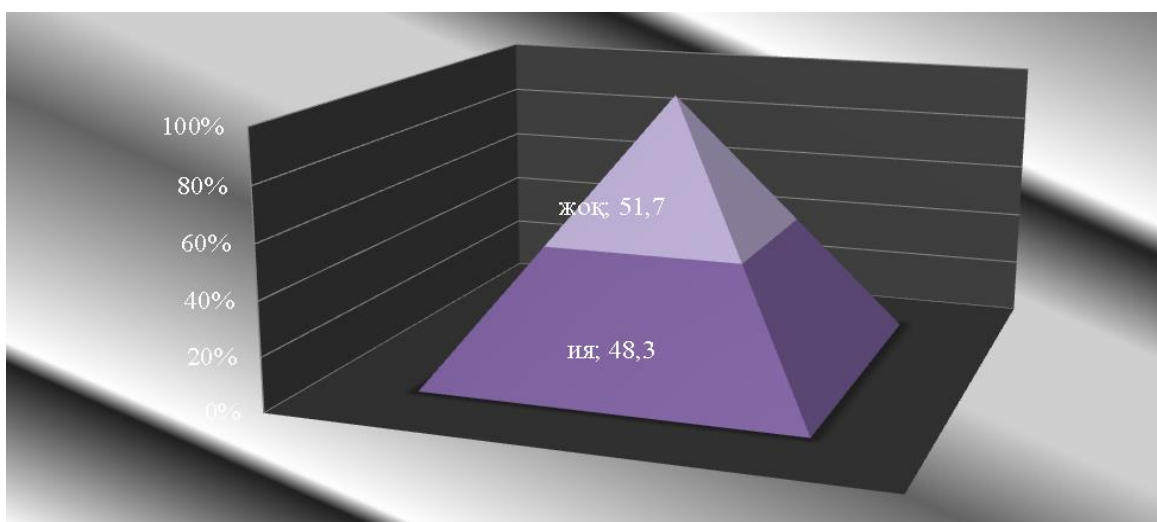
Келтірілген аспектілерді зерттеу барысында, отбасында мәселе тудыратын ситуациялар орын алғанда мамандар кеңесін қажет ететіндіктері анықталды

(сурет 33). Қарапайым түрде жоғарыда талданған тұрғын жай немесе жер учаскесі, жұмысқа тұру, үй-жайдың мүгедектерге арналып жабдықталуына қатысты сұрақтар да ізденбеген жағдайда жауапсыз қалады. Ақысыз юристік көмекті қажет ететіндер 63,7% респондент құрады. Дей-тұрғанмен, көмектің ақысыздығы ұзақ кезек күттіретіні айқын. Сондықтан, бұл факт мүгедектігі бар бала тәрбиелеуші респонденттер үшін аса қолайсыз.



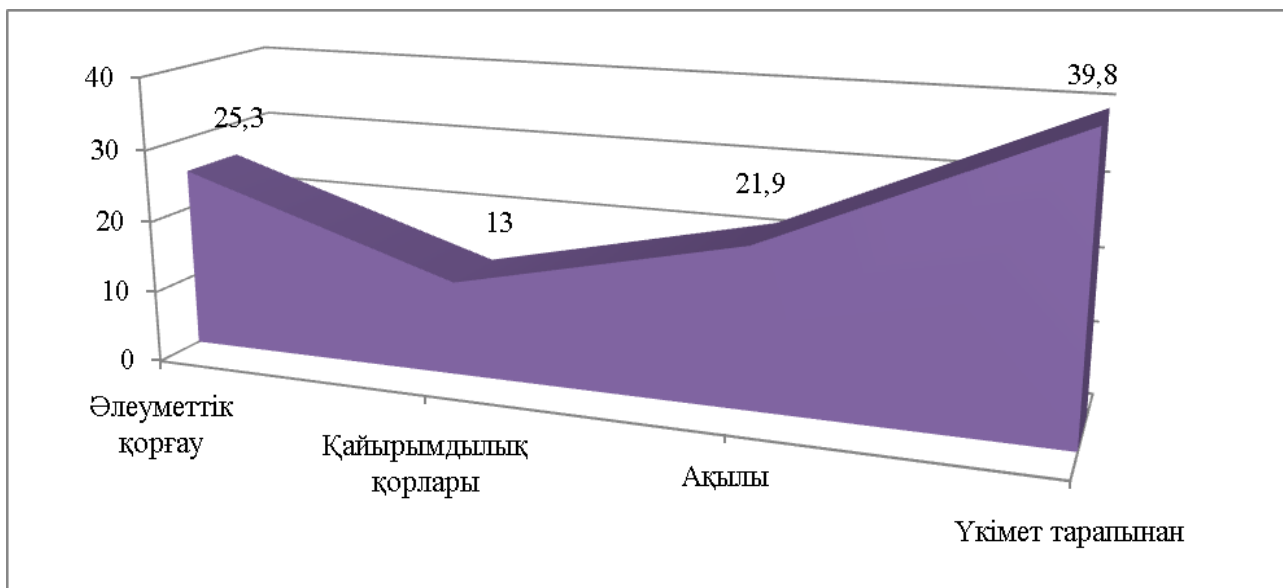
Сурет 33. Отбасы мәселелерін шешуде заңгер көмегіне жүгіну, %

Ретті түрде санаторлық емделулер мен физиопроцедураларды тек 48,3% церебральды сал ауруымен ауыратын балалар алатыны анықталды (сурет 34). Ата-аналары мен асыраушыларында жоспарланған реабилитациялық іс-шараларды өту міндеті және дер кезінде іске асыру мүмкіндігі әркез сәйкес келе бермейді. Себебі, уақыттың жоқтығы, материалдық таршылық, тасымалдау қиындықтары, сонымен қатар тағайындалатын процедуралардың тиімсіздігі және т.б. кедергі болады.



Сурет 34. Санаторлық-курорттық емделу мүмкіндігінің жиілігі (%)

Әлеуметтік қорғау және қайырымдылық қорларының ұйымдары тарапынан әлеуметтік көмек алатындарын 38,3% отбасы атап өткен (сурет 35). Сонымен қатар респонденттер жергілікті үкімет пен мемлекет ұйымдарының көмегімен мүмкіндігі шектеулі балаларға арнайы мекемелерде көрсетілетін көмек үшін ризалықтарын білдірген (39,8%).



Сурет 35. Санаторлық-курорттық ем қабылдауды қолдау тараптары, %

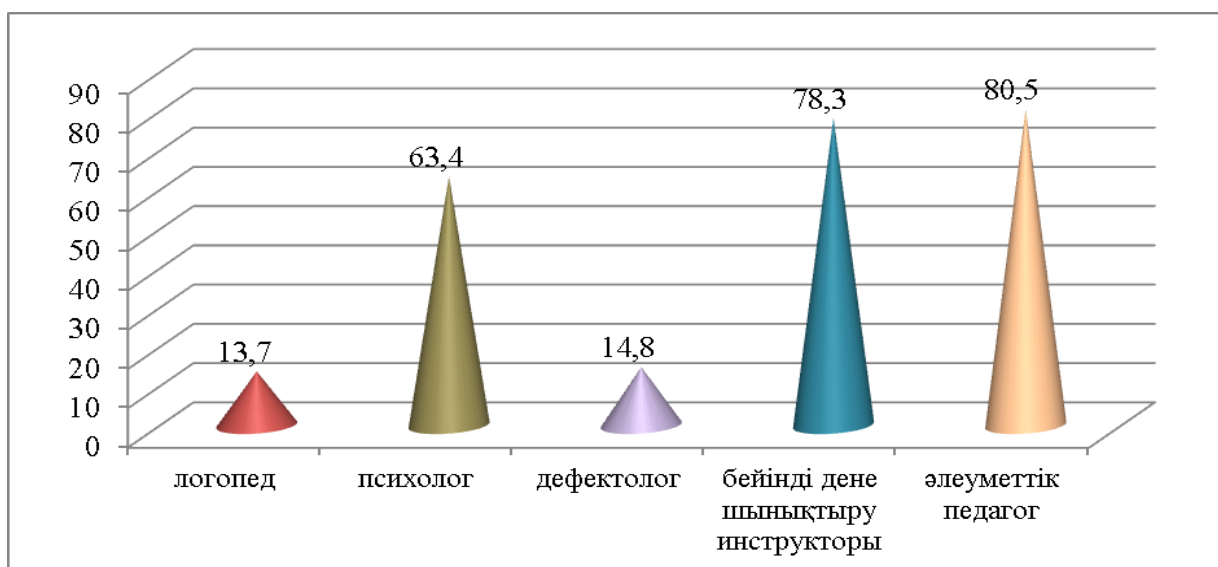
Зерттеуге қатысқан ата-аналардың балалары түрлі мамандардың көмегіне түрлі дәрежеде мұқтаж (сурет 36). Логопед (13,7%), дефектолог (14,8%) мамандарына деген сұраныс қарқынды болмағанымен, басқа арнайы мамандарға қажеттілік біршама жоғары.

Ата-аналар балаларының моральдық-психологиялық және әлеуметтік жағынан дұрыс бағытта тұлғалық дамуы үшін психологтың көмегін қажет етеді (63,4%).

Организмге физикалық жүктемені дұрыс беру де қозғалыс моторикасының дағдыларын қалыптастыруда маңызды. Ретті және бірыңғай уақытпен берілетін емдік шынықтыру машықтары бұлшық ет-жүйке ұлпаларының тонусын арттырып, қозғалыс рефлекстерін түзеді. Осы тұста, бейінді дене шынықтыру инструкторының көмегіне мұқтаждық респонденттер тарапынан айтарлық жоғары көрсеткішке ие болған (78,3%).

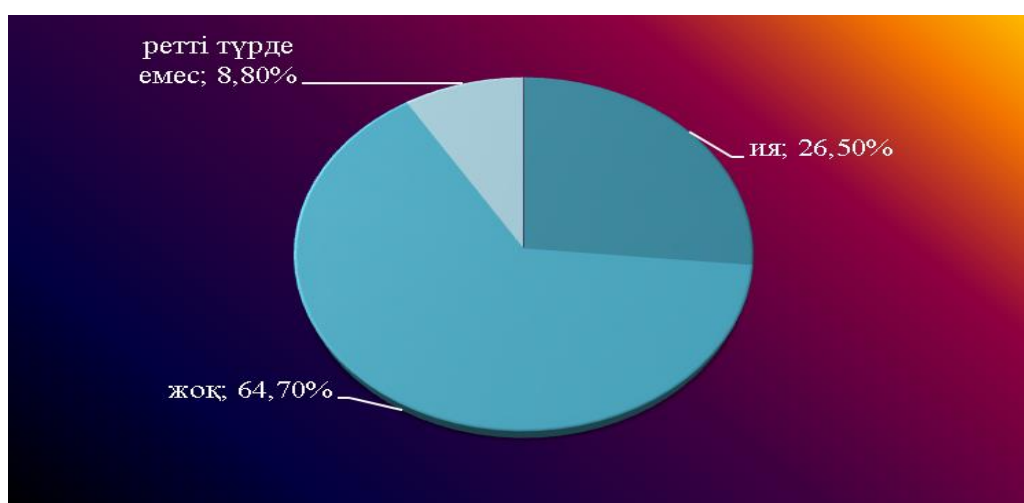
Әлеуметтік педагог көмегіне сұраныс 80,5% құрап отыр. Зерттеу кезеңінде сұралғандардың жартысына жуығы (47,3%) әлеуметтік педагогикалық көмек түріне сұраныс жоғары.

Әлеуметтік көмектен бас тарту немесе ретсіз алу себептерінің қатарында респонденттер мамандармен сабаққа берілетін уақыттың қысқалығын (38,1%), мамандардың кәсіпқой еместігін (41,3%), рәсімдеудің созылмалылығын (20,6%) келтіреді.



Сурет 36. Мамандар көмегіне сұраныс, %

Негізгі мақсаты туа біткен және перинатальді патологиямен созылмалы аурушылдықтың алдын алу, ерте диагностикалап, баланың қалыпты дамуына кедергі мәселелермен күресті арнайы ұйымдастырылатын катамнез кабинетіне зерттелген отбасылардың 26,5% қаралып, ал басым бөлігі (64,7%) назардан тыс қалған (сурет 37).



Сурет 37. Катамнез кабинетіне қаралу, %

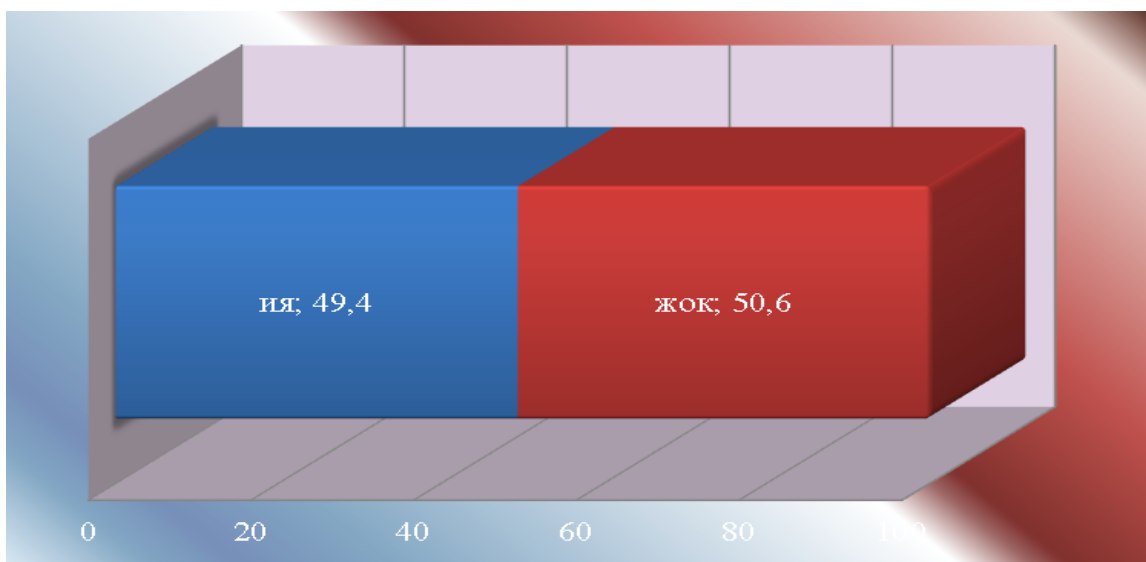
38-суреттен көріп тұрғанымыздай, әлеуметтік қолдау шараларымен қамтылуға қатысты респонденттердің жауаптары біркелкі таралмаған. Жартысына жуығы тұрғын-үй коммуналдық қызметті төлеуге қаржылай көмек немесе жеңілдіктерін пайдаланады (48%). Санаторлық-курорттық емделуге жолдама алғандығы жөнінде 48,3% көрсеткен, 93,7% – ай сайынғы балалар жәрдемақысымен қамтылған. Мүгедектігі бар балалар отбасына берілетін жәрдемақы алатындықтарын 85,7% белгілеген, сәйкесінше, 75% – мүгедектер күніне берілетін бір реттік жәрдемақы үлестірілген. 38% респонденттердің

мүгедектікке қатысты әлеуметтік, медициналық, материалдық-экономикалық сұрақтар жөнінде ақысыз кеңес алу мүмкіндігі болған. Дей-тұрғанмен, 11,3% әлеуметтік қолдаумен жеткілікті қамтылмағандықтарын алға тартқан.



Сурет 38. Әлеуметтік қолдау шараларымен қамтылу көрсеткіші, %

Инватакси 49,4% респонденттермен қолданылады (сурет 39). Басқаша айтқанда, небәрі, респонденттердің жартысына жуығы ғана берілген әлеуметтік көмекті тұтыну мүмкіндігіне ие.



Сурет 39. Инватакси пайдалану мүмкіндігі, %

Отбасының өз автомашинасының болуы (сурет 40), әлеуметтік таксидің әркез кептелістерде тұрып қалуы, тұрғылықты мекен-жайы бойынша инватакси

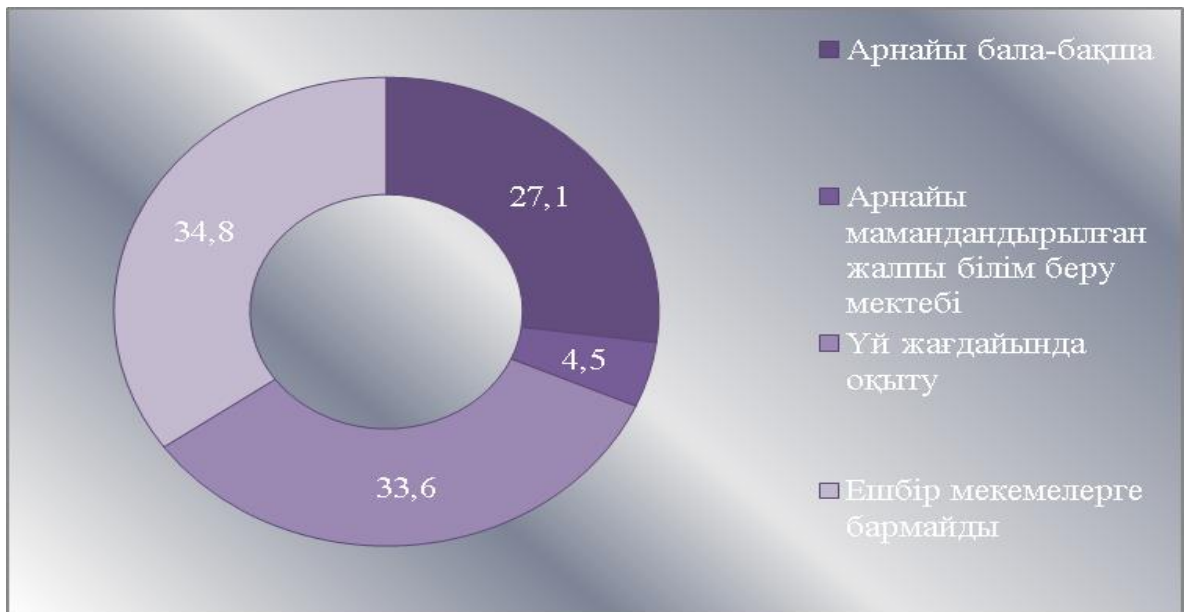
қызметінің болмауы, аталған әлеуметтік қызмет түрі туралы жеткілікті ақпараттандырылмау мүгедектігі бар балалардың арнайы бөлінген таксиді қолданбауының негізгі себептері болып табылады.



Сурет 40. Инватаксиді пайдаланбау себептері, %

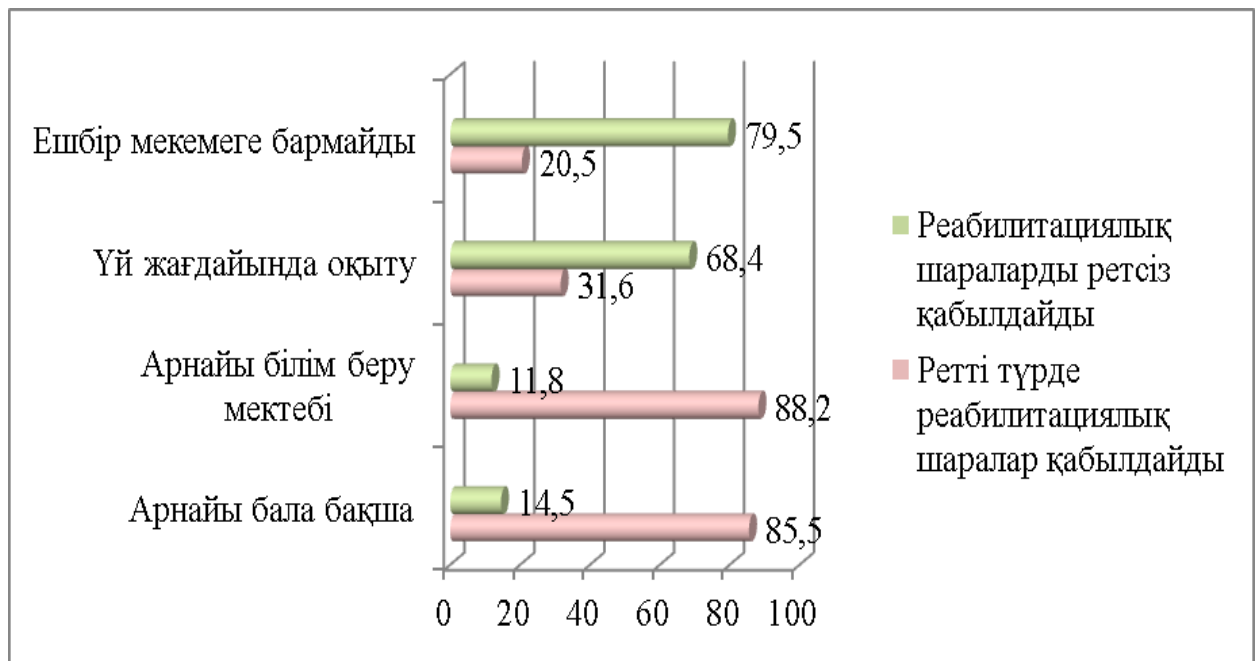
Отбасында церебральды сал ауруымен туылған балаға байланысты күйзеліс және онымен күресу маңызды әрі жете зерттелмеген мәселе. Сыртқы ортадағы кез келген өзгеріс организмде де өзгерістер тудырып, ауруға төзімділігін төмендетеді (Селье, 1983). Егер айналадағы болып жатқан оқиға неғұрлым күйзеліс тудырушы болса, индивидуумның оған бейімделу уақыты соғұрлым азаяды. Бұл науқас баланы бағушы отбасында, бала тәрбиесіне қатысушы тұлғаларда отбасылық күйзелістің белгілі сатыларында бейімделу үдерістері түрлі қарқынмен қалыптасатынына әкеледі.

Осы зерттеу барысында мүгедектігі бар балалардың білім мекемелеріне бару мүмкіндігі анықталды (сурет 41). 27,1% ата-аналар балаларының арнайы бала-бақшаларға баратынын куәландырады. Арнайы мамандандырылған жалпы білім беру мекемелеріне 4,5% бала барады. Балалардың көпшілігі (33,6%) үй жағдайында оқытылады. Басқа балалар арнайы білім беру мекемелеріне бармайды (34,8%).



Сурет 41. Арнайы дайындық мекемелерінде сабақ алу жиілігі, %

Әрі қарай, арнайы мектепке дейінгі, білім беру мекемелеріне бару мүмкіндігінің реабилитациялық іс-шараларын өту реттілігімен байланыстыру мақсатқа орай болды. Нәтижелерге қарағанда берілген фактілер тікелей корреляциялық байланыста (сурет 42).



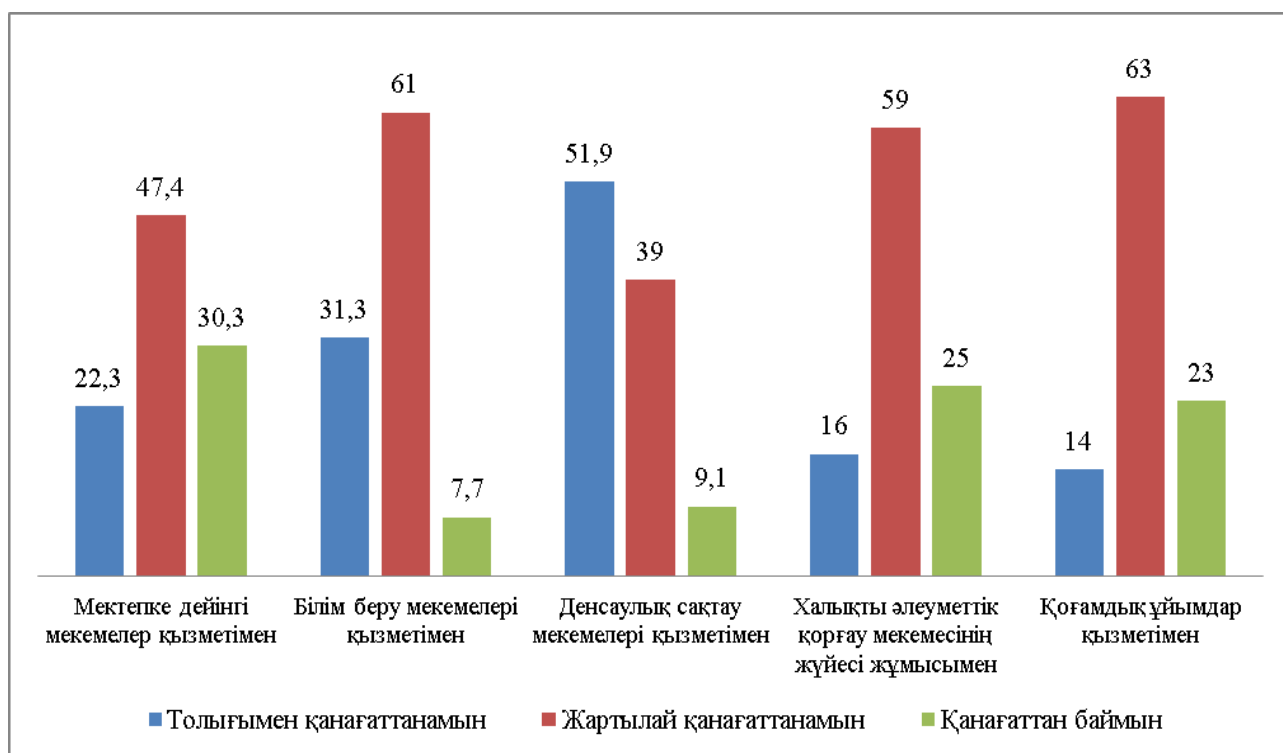
Сурет 42. Арнайы білім беру мекемелеріне бару мүмкіндігі мен реабилитациялық іс-шараларын өту реттілігі, %

Сонымен қатар, мектепке дейінгі білім беру мекемелері және денсаулық сақтау мекемелерінің жұмысын респонденттер арқылы бағалап жүргізу маңызды болды (сурет 43). Респонденттер болып табылатын ата-аналардың жартысына жуығы (47,4%) мектепке дейінгі мекемелердің 1/3-не жуығы білім беру мекемелерінің қызметімен жартылай қанағаттанады.

Керісінше, 51,9% жағдайда респонденттер денсаулық сақтау мекемелерінің қызметімен толық қанағаттану көрсеткішіне ие болса, 39% жартылай қанағаттанады екен.

Респонденттер арасында халықты әлеуметтік қорғау мекемесінің жүйесі жұмысымен жартылай қанағаттанатындар – 59%, ал қоғамдық ұйымдардың қызметін осы дәрежеде бағалағандар бүтіннің 2/3-ге жуығын құраған.

Басқаша айтқанда, денсаулығы шектеулі балаларға әлеуметтік қызмет көрсету мекемелерінің жұмысымен қанағаттану көрсеткіштерінің арасында «толық қанағаттану» көрсеткіші тұғырларды бағалауда сирек тіркелген. Ал келтірілген қызмет көрсету түрлерімен «қанағаттанбау» көрсеткіштерінің диапазоны 7,7%-дан 30,3%-ға дейінгі аралықта ауытқыған.



Сурет 43. Мүгедектігі бар балаларға әлеуметтік қызмет көрсету мекемелерінің жұмысымен қанағаттану көрсеткіштері, %

Бала денсаулығына байланысты денсаулық сақтау мекемелерінің жұмысымен қанағаттану көрсеткіштері айқындалған соң көмектің ұйымдастырылуы және сапасымен қанағаттану параметрлерін анықтау маңызды болды (кесте 23). Отбасындағы жауапты мүшелердің баланың аурушылдығы жөнінде негізгі мәселелермен (арудың туу себептері, клиникалық көріністері, емі, болжамы және т.б.) хабардар екендігіне қатысты сұраққа жалпы респонденттердің негізгі бөлігі (67,6%) ақпараттандырылған

екендігін куәландырған. Отбасылар арасында бұл мәселелер жөнінде нақты ақпараттандырылмағандар да (11,8%) анықталған.

Емхана жұмысының қанағаттандырмайтын тұстарына бүтіннің 1/3-нен астамы (35,8%) дәрігер қабылдауындағы кезекті алға тартады. Уақыт бойынша қабылдаудың ұстанымдарын сақтамауға 11,9% респонденттер сын тағады. Арнайы мамандандырылған көмек алу мүмкіндігі жоқтығы 17,8% отбасындағыларды толғандырса, төмен сападағы медициналық көмек көрсетілетінін 15,9% басып айтқан.

Сонымен қатар бұл сұрақтың шегінде басқа да медициналық көмек көрсететін мамандар мен персоналдың үйлесімсіз дәрекі қызметі тәрізді олқылықтар реті анықталған.

«Дәрігерлердің жұмысына қанағаттанасыз ба?» деген сұраққа зерттеуге қатысқандардың 3/4-нен астамы (76,5%) оңтайлы «иә» деп жауап берген.

Өз тілектері бойынша маман-дәрігерді таңдау мүмкіндігінің жоқтығын 26,5% нұсқаса, 32,4% нақты жауабын көрсетпеу арқылы таңдау құқығының кепілді емес екенін меңзеген тәрізді.

Психолог маманға қаралу міндеттілігімен 63,4% респондент келіседі.

Сұралған отбасы мүшелерінің бүтіні дерлігіне жуығы (88,2%) балалар емханасы дәрігеріне ретті түрде қаралып тұратындығын көрсетіп, медициналық белсенділік танытқан.

Негізінен респонденттер жергілікті жердегі учаскелік емдеу-профилактикалық мекемелерде тіркеліп, АМСК мекемелерінің жолдамасымен, дәрігерлік нұсқаумен медициналық көмек алады. Дегенмен ақылы негіздегі медициналық мекемелердің қызметіне де жүгінетіндер саны аз емес (17,6%).

Дәрігер нұсқауларын, практикалық түрде барлық отбасылар толық көлемде орындайды (94,1%). Олай болса, медициналық белсенді топтың қалпына келтіру көмегін көрсетуді, небәрі, 53,7% бағалауы аталған көмек түрінің ұйымдастырылуында олқылықтар бар екенін көрсетеді.

Қорытындылай келе, мүгедектігі бар балаларды тәрбиелеп отырған отбасылардың әлеуметтік портретін жасауда жанұяның өмір сүруімен байланысты негізгі факторларына талдау жүргізілген. Зерттелген отбасылар арасында бір ғана баласы мүгедектікпен туылған отбасылар бар. Сондықтан, ол отбасыларда бала туу және оның денсаулығы жөнінде қатты алаңдаушылық бар.

Церебральды сал ауруымен ауыратын балаларды тәрбиелеуші отбасының әлеуметтік сипатын жасауда балалардың айтарлық бөлігі толық емес отбасында (36,9%) тәрбиеленіп жатқаны белгілі болды. Отбасы өміріне әсер ететін факторлар арасында қанағаттанарлықсыз тұрмыс жағдайындағы науқас үшін қолайсыздықтар айқындалған.

Отбасы өмірінде негізгі рольді жанұя мен әлеуметтік қолдау ұйымдарының арасындағы байланыстырушы звено-әлеуметтік қызметкерлерге тиесілі болғандықтан, жанұяға қажетті медико-әлеуметтік көмекке сұранысты анықтап жеткізу олардың миссиясы болып табылады.

Кесте 23. Медициналық көмектің ұйымдастырылуымен қанағаттану

Көрсеткіштер		%
Баланың аурушылдығы жөнінде (аурудың туу себептері, клиникалық көріністері, емі, болжамы және т.б.) хабардарсыз ба?	иә	67,6
	жоқ	11,8
	жартылай	20,6
Емхана жұмысының қандай тұстары қанағаттандырмайды?	дәрігер қабылдауындағы кезек	35,8
	қабылдау уақытын сақтамауы	11,9
	арнайы мамандандырылған көмек алу мүмкіндігі жоқ	17,8
	дәрігер назарының жеткіліксіздігі	3,9
	медициналық персоналдың ұқыпсыздығы	4,9
	персоналдың дәрежі және үйлесімсіз әрекеті	0,0
	төмен сападағы медициналық көмек көрсету	15,9
	басқа	9,6
Дәрігерлердің жұмысына қанағаттанасыз ба?	иә	76,5
	жоқ	11,8
	нақты жауабы жоқ	11,8
Маман дәрігерді таңдау мүмкіндігі бар ма?	иә	41,2
	жоқ	26,5
	нақты жауабы жоқ	32,4
Психолог маманға қаралу міндетті ме?	иә	63,4
	жоқ	13,1
	нақты жауабы жоқ	23,5
Балалар емханасының дәрігеріне уақытылы қаралып тұрасыз ба?	иә	88,2
	жоқ	2,9
	әркез емес	8,8
Қандай медициналық мекемелерде қараласыздар?	учаскелік ЕПМ	76,5
	ақылы медициналық мекеме	17,6
	басқа	5,9
Дәрігер нұсқауларын толық көлемде орындайсыз ба?	иә	94,1
	жартылай	5,9
Қалпына келтіру көмегі көрсетіле ме?	иә	53,7
	жоқ	22,8
	нақты жауабы жоқ	13,5

Науқас баланы тәрбиелеудегі ата-анамен қатар сол отбасының басқа да мүшелерінің қатысуы денсаулығында кінәраты бар балаларды әлеуметтендіру

бұзылыстарына қатынасымен сипатталады. Балалардың көпшілігі әлеуметтік қолдауды қажет ететін отбасыларында тұрады. Зерттеу нәтижелерінде қалыптасқан отбасылардың әлеуметтік статусы церебральды сал ауруымен баланы тәрбиелеп отырған отбасыларының мұқтаждары мен әлеуметтік өміріндегі шешілмеген мәселелерді анықтап талдауға мүмкіндік берді.

4.2 Церебральды сал аурумен науқас балалардың өмір сапасын бағалау

Респонденттердің өмір сапасы олардың жасына тәуелді дені сау балалардың осындай көрсеткіштеріне сәйкес талданды. Бақылау тобына сәйкес жастағы балалар таңдалып, өмір сапасына қатысты көрсеткіштері негізгі топпен қатар тіркелді. 24-кестеде 2-4 жас тобындағы балалардың өмір сапасын (ӨС) бағалау нәтижелері келтірілген.

24-кестеден көріп тұрғанымыздай, науқас балалардың өмір сапасының физикалық функция (ФФ) параметрлері, басқаларына қарағанда, анағұрлым төмен. Есесіне, эмоционалды функция (ЭФ) – айтарлық жоғары. Бақылау тобы балаларының ӨС параметрлерінің кез-келгені мүгедектікпен балалардың көрсеткіштерінен басым жоғары: 3 еседен жоғары – физикалық функция, 2 еседен жоғары – әлеуметтік функция (ЭФ) параметрлерін атап көрсетуге болады.

Альфа Кронбах коэффициенті бір нысанды сипаттайтын белгілердің ішкі үйлесімділігін білдіретінін ескерсек, зерттелген топтардағы α -коэффициенттің 0,8 жоғары екендігі зерттеу сенімділігін арттырады.

Кесте 24. 2-4 жастағы ЦСА ауыратын балалар мен дені сау балалардың өмір сапасының көрсеткіштері (ата-аналардың жауабын зерттеу)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Негізгі топ			Бақылау тобы			Манна-Уитни критер.	z	p
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃			
Физикалық функция	27	17	57,3	93,2	81	98	71,500	-7,503	0,000
Эмоционалды функция	60,3	43,2	74	82	73,1	100	334,000	-2,987	0,000
Әлеуметтік функция	43	31,2	73	98	84,3	98,9	107,500	-6,269	0,000
Психоәлеуметтік денсаулық	54,3	37,5	69,8	90,1	82	99	193,500	-4,685	0,000
ӨС жалпы балы	46	31,5	58	88	82,6	97	105,000	-7,167	0,000
Кронбах коэффициенті	0,891			0,989					

Келесі жас тобындағы (5-9 жас) ЦСА науқас балалардың өз жауаптарын зерттеу жоспарланғанымен (кесте 25), жауаптардағы дәлсіздіктер сау балалардан құралған бақылау тобының жауаптарымен салыстыруға қолдануға кері әсер етті.

Кесте 25. 5-9 жастағы ЦСА ауыратын балалар мен дені сау балалардың өмір сапасының көрсеткіштері (ата-аналардың жауабын зерттеу)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Негізгі топ			Бақылау тобы			Манна-Уитни критер.	z	p
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃			
Физикалық функция	20	13	27	85	73	88	41,000	-9,105	0,000
Эмоционалды функция	54	48	61,5	81	72	91	348,000	-4,709	0,000
Әлеуметтік функция	28	21	44,5	93	82	100	112,500	-4,081	0,000
Рольдік функция	50	41	59,5	73	52	87	271,000	-4,585	0,000
Психоәлеуметтік денсаулық	52	47	57	84	75	96	214,000	-5,969	0,000
ӨС жалпы балы	40	31	44,5	83	70	9	79,500	5,990	0,000
Кронбах коэффициенті	0,873			0,914					

Сондықтан осы жас тобы үшін де ата-аналар мәліметтерін ескеру ұйғарылды. 5-9 жастағы балалардың да ӨС параметрлерінің ішінде ФФ және ӨФ деңгейі шамалас әрі төмен (25-кесте). Басқа көрсеткіштері айтарлық ілгері деуге болады. Әрине, осы жастағы сау балаларға қарағанда ӨС параметрлерінің шамалары, әсіресе, физикалық және әлеуметтік функциялары тұрғысында салыстырмалы төмен.

Салыстырмалы топтар ата-аналары мәліметтерінің статистикалық айырмашылығы айқын. Балаларының рольдік функциясын қанағаттанарлықсыз бағалайтын ата-аналар мәліметтерін сау балалар тобында байқауға болады.

10-14 жастағы балалардың жауаптары екі топта да ӨС барлық параметрлері бойынша алшақ. Бұл жас тобында да ЦСА науқас балалардың физикалық функция жасау мүмкіндігі басқа параметрлерге қарағанда қалыс болғанымен, осы негізгі топтың ӨС параметрлері арасындағы алшақтық азайған (кесте 26).

Кесте 26. 10-14 жастағы ЦСА ауыратын балалар мен дені сау балалардың өмір сапасының көрсеткіштері (балалардың жауабын зерттеу)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Негізгі топ			Бақылау тобы			Манна-Уитни критер.	z	p
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃			
Физикалық функция	31,5	16,5	49	92	78	95,5	91,000	-7,234	0,000
Эмоционалды функция	53	48	69	87	72	100	251,500	-4,983	0,000
Әлеуметтік функция	50	35,3	61	90	83	100	140,000	-6,656	0,000
Рольдік функция	48	33	60,5	86	62	91,5	228,500	-5,111	0,000
Психоәлеуметтік денсаулық	52	43	65	87	72	98	161,500	-6,798	0,000
ӨС жалпы балы	45,5	34	54,5	88	74	97	128,000	-6,591	0,000
Кронбах коэффициенті	0,914			0,984					

Ата-аналарының да көрсетуі бойынша екі топтың да балаларының ӨС параметрлерінде статистикалық айырмашылық айқын. Ата-аналарының жауаптарында БЦС науқас балалардың физикалық мүмкіндіктерімен қатар әлеуметтік функция және рольдік функциялары да шектеулі (кесте 27).

Кесте 27. 10-14 жастағы ЦСА ауыратын балалар мен дені сау балалардың өмір сапасының көрсеткіштері (ата-аналардың жауабын зерттеу)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Негізгі топ			Бақылау тобы			Манна-Уитни критер.	z	p
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃			
Физикалық функция	22	16	39	92	78	97,5	81,000	-7,885	0,000
Эмоционалды функция	53	42	65,5	91	72	100	257,000	-5,774	0,000
Әлеуметтік функция	39	31,5	53	90	78	98	69,500	-6,993	0,000
Рольдік функция	42	27	51,5	85	64,5	96	162,000	-3,986	0,000
Психоәлеуметтік денсаулық	49	40	61	84	75	95	101,500	-7,184	0,000
ӨС жалпы балы	38	21,5	50,5	88	72	97	71,000	-6,895	0,000
Кронбах коэффициенті	0,895			0,896					

28-кестеден көріп тұрғанымыздай, науқас балалардың пікірлері кейбір тұстарында оптимистік көзқарас танытқанымен, жалпы алғанда, ата-аналарының пікірлерімен сәйкес келеді.

Ал 10-14 жастағы бақылау тобындағы балалар мен олардың ата-аналарының өмір сапасын бағалау деңгейлерінде статистикалық айырмашылық жоқ.

Кесте 28. 10-14 жастағы ЦСА ауыратын балалардың өмір сапасының көрсеткіштерін салыстыру (балалар мен ата-аналар жауабы бойынша)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Балалар жауаптары			Ата-аналар жауаптары			Уилкоксон критерийі	
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃	z	p
Физикалық функция	31,5	16,5	49	22	16	39	-1,512	0,167
Эмоционалды функция	53	48	69	53	42	65,5	-2,286	0,011
Әлеуметтік функция	50	35,3	61	39	31,5	53	-0,084	0,089
Рольдік функция	48	33	60,5	42	27	51,5	-0,169	0,497
Психоәлеуметтік денсаулық	52	43	65	49	40	61	-1,611	0,078
ӨС жалпы балы	45,5	34	54,5	38	21,5	50,5	-1,686	0,072
Кронбах коэффициенті	0,914			0,895				

Келесі жас тобында (15-17 жас), назар аудартатыны, ЦСА ауруымен науқас балалар өмір сапасы көрсеткіштерін саналы түрде, сәйкесінше, төмен бағалаған. Сау балалар тобында параметрлер шамасы әлдеқайда жоғары (кесте 29).

Бұл жас тобының өмір сапасында да, ата-аналар пікірін зерттеу нәтижелерінде физикалық бұзылыстардың үлесі айтарлық. Жалпы, барлық ӨС параметрлері БЦС науқастарында сау балалардың көрсеткіштерінен алшақ әрі төмен (кесте 30).

Кесте 29. 15-17 жастағы ЦСА ауыратын балалар мен дені сау балалардың өмір сапасының көрсеткіштері (балалардың жауабын зерттеу)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Негізгі топ			Бақылау тобы			Манна-Уитни критер.	z	p
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃			
Физикалық функция	19	16	37	97	90,5	100	21,000	-5,927	0,000
Эмоционалды функция	57	43	64	96	73,5	100	103,000	-6,197	0,000
Әлеуметтік функция	50	40,5	74	98	91	100	149,000	-5,385	0,000
Рольдік функция	55	38	63,5	92	71	96	131,500	-4,905	0,000
Психоәлеуметтік денсаулық	50	44,3	61,5	95	74	99	81,000	-5,889	0,000
ӨС жалпы балы	43,8	37,8	62,3	95	80	97,5	51,000	-6,775	0,000
Кронбах коэффициенті	0,912			0,982					

Кесте 30. 15-17 жастағы ЦСА ауыратын балалар мен дені сау балалардың өмір сапасының көрсеткіштері (ата-аналардың жауабын зерттеу)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Негізгі топ			Бақылау тобы			Манна-Уитни критер.	z	p
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃			
Физикалық функция	17	13,5	27	95	85	97	32,500	-7,996	0,000
Эмоционалды функция	53	37,5	67	95	74	100	180,000	-6,724	0,000
Әлеуметтік функция	41	23,5	59	98	93	100	140,500	-6,791	0,000
Рольдік функция	62	43,4	71,5	92	65,5	97	156,000	-5,237	0,000
Психоәлеуметтік денсаулық	47	37,5	59	94	75	100	112,000	-7,356	0,000
ӨС жалпы балы	38,3	27,1	53	93	80	98	56,000	-7,926	0,000
Кронбах – коэффициенті	0,931			0,969					

БЦС ауруы балалардың өмір сапасындағы негізгі бұзылыстар, ең алдымен, физикалық функцияларда айқын. Әсіресе, осы параметрдің осалдығына ата-аналар басым нұсқайды. Әлеуметтік функция деңгейі де жеткіліксіз екені байқалады. Бұл, ең алдымен, жасөспірімдердің әлеуметтік бейімделуіндегі бұзылыстарды көрсетеді (кесте 31).

Сонымен, біздің зерттеуіміздің нәтижелері мүгедектігі бар балалардың барлық жас топтарында ӨС параметрлері сау құрдастарының көрсеткіштерінен айтарлық қалыс екендіктерін көрсетті. Физикалық және әлеуметтік функция жасау жас топтарының басым көпшілігінде салыстырмалы төмен деңгейде болды. Рольдік функцияда науқас балалар тобында әркез ілгерілеу таныта алмады. Бұл нәтижелер БЦС аурушылдығының ерекшеліктерімен байланысты.

Балалар мен олардың ата-аналарының жауаптарын салыстырғанда, ата-аналар барлық жас топтарында қатаң бағалаған. Мұны ата-аналар мен науқас балалар жауаптарының жалпы жинақ балл деңгейлерінен де көруге болады. Керісінше, мүгедектігі бар балалар өмір сапасын бағалауда оптимальді жауаптар ұстанған.

Кесте 31. 15-17 жастағы ЦСА ауыратын балалардың өмір сапасы көрсеткіштерін салыстыру (балалар мен ата-аналар жауабы бойынша)

Өмір сапасы көрсеткіштері	Балалар жауаптары			Ата-аналар жауаптары			Уилкоксон критерийі	
	Me	Q ₁	Q ₃	Me	Q ₁	Q ₃	z	p
Физикалық функция	19	16	37	17	13,5	27	-0,592	0,387
Эмоционалды функция	57	43	64	53	37,5	67	-0,148	0,984
Әлеуметтік функция	50	40,5	74	41	23,5	59	-1,864	0,058
Рольдік функция	55	38	63,5	62	43,4	71,5	-0,904	0,092
Психоәлеуметтік денсаулық	50	44,3	61,5	47	37,5	59	-0,128	0,245
ӨС жалпы балы	43,8	37,8	62,3	38,3	27,1	53	-0,431	0,975
Кронбах коэффициенті	0,912			0,931				

Соңғы ересек екі жас топ бойынша балалардың саналы жауаптарын ескере, науқас балалар мен ата-аналарын зерттеу нәтижелерінде алшақтық байқалмайды. Сондықтан салыстырмалы топтардың ӨС параметрлерін тіркейтін көрсеткіштер деңгейінде статистикалық айырмашылық айқын емес.

4.3 Қалпына келтіру көмегін ұйымдастырумен қанағаттануды анықтау

Ғылыми-әдеби шолу және ресми статистикалық мәліметтерден, оған қоса осы зерттеу нәтижелерінен байқағанымыздай, церебральды сал ауруы түрлерінің арасында тырысу сипаттағы қос салдану (спастикалық диплегия) өте үлкен бөлімін құрайды. Негізгі сипаттамалары: аяқтың ішке иілуі, ішке айналуы, аяқтың қайшыласуы, тізе буының қисаюы, қайшы қадам, аяқтың эвверсиясымен қоса қосымша кедергілік белгілері бар. Аяқ – адам денесіндегі ауырлықты көтеру мен жүру қызметін атқаратын бөлім. Аяқтың тырысуы жүру қызметіне тікелей әсер етіп, науқас баланың басқа да мүшелерінің қызмет атқаруына кедергі болатыны белгілі. Балалардың орталық жүйке жүйесі әлі толық дамымаған, ми жасушаларының икемділік мүмкіндігі зор, мидағы

эртүрлі функциялар толық қалыптасып үлгермеген, оны бүтіндеу мүмкіндігі күшті болғандықтан баланың ерте кезден қалпына келтіріп, емдеу арқылы қатарға қосылуына әрекет ету маңызды. Бұлшық еттердің тырысуын төмендетіп, тырысуын бәсеңдету және күшті қимылдарды орындау мүмкіндігін арттыру – тырысу сипаттағы қос салдану болып табылатын спастикалық диплегия ауруына шалдыққан балаларды емдеуде ерекше маңызға ие және дәрігерлердің тез арада шешуге тиісті мәселелерінің бірі.

Сондықтан, БЦС науқастарына реабилитациялық көмекті ұйымдастыру сапасын аталған медициналық орталықта (50 пациент) және С.Ж.Асфендияров атындағы Республикалық клиникалық «Ақсай» балалар ауруханасында (50 пациент) қалпына келтіру көмегін алған спастикалық диплегиямен ауыратын науқастар арасынан «кездейсоқ сандар кестесі» арқылы түзілген тәуелсіз жиынтықтар негізінде салыстырмалы зерттеу жүргізілді.

Манна-Уитни критерийі тәуелсіз жиынтықтар үшін *t*-критерийінің параметрлік емес альтернативасы болып табылады. Мұнда шамалар реттік шкаламен өлшенеді (рангленеді).

Біздің зерттеуіміздің барысында екі тәуелсіз жиынтықтарды құрайтын пациенттердің қалпына келтіру көмегінің ұйымдастырылу тиімділігіне қатысты көрсеткіштері Манна-Уитни U критерийінің көмегімен салыстырмалы талданды.

32-кестеден көріп тұрғанымыздай, пациенттердің жеке тұлғалық сипаттары және қимыл-қозғалысында кешенді үйлестірілмеген реабилитациялық көмек алғанға дейінгі және кейінгі көрсеткіштерінен қорытылған ранглер арасында алшақтық байқалмайды.

Манна-Уитни U критерийін қолдана отырып, қалпына келтіру көмегін кешенді/кешенді емес ұйымдастыру түрлеріне тәуелсіз құрылған (байланыспаған) жиынтықтардың нәтижелері салыстырмалы емес, (Asymp. Sig. (2-tailed) $\alpha > 0.05$). Яғни, балалардың жеке-тұлғалық белсенділігі (кесте 33) және қимыл-қозғалыс динамикасы көрсеткіштерінде (кесте 34) айтарлық айырмашылық жоқ екенін көрсетеді.

Кесте 32. Қалпына келтіру (кешенді үйлестірілмеген) көмегін қабылдау нәтижелері (Манна-Уитни әдісімен өңдеу ранглері)

Asymp. Sig. (2-tailed)	Жиынтықтар	№	Mean Rank	Sum of Ranks
Жалпы өмір сапасы _дейінгі	м/м респонд	17	18,21	309,50
	салыст респонд	18	17,81	320,50
	Total	35		
Жалпы өмір сапасы _кейінгі	м/м респонд	17	17,71	301,00
	салыст респонд	18	18,28	329,00
	Total	35		
Өзіне қызмет көрсету _дейінгі	м/м респонд	18	21,47	386,50
	салыст респонд	21	18,74	393,50
	Total	39		
Өзіне қызмет көрсету _кейінгі	м/м респонд	18	20,31	365,50
	салыст респонд	21	19,74	414,50
	Total	39		
Сөйлеуге ынталану _дейінгі	м/м респонд	18	20,97	377,50
	салыст респонд	18	16,03	288,50
	Total	36		
Сөйлеуге ынталану _кейінгі	м/м респонд	18	19,83	357,00
	салыст респонд	18	17,17	309,00
	Total	36		
Көңіл-күйі _дейінгі	м/м респонд	16	18,09	289,50
	салыст респонд	18	16,97	305,50
	Total	34		
Көңіл-күйі _кейінгі	м/м респонд	16	17,97	287,50
	салыст респонд	18	17,08	307,50
	Total	34		
Тұлғааралық қатынасы _дейінгі	м/м респонд	14	15,25	213,50
	салыст респонд	15	14,77	221,50
	Total	29		
Тұлғааралық қатынасы _кейінгі	м/м респонд	14	13,86	194,00
	салыст респонд	15	16,07	241,00
	Total	29		
Белсенділігі _дейінгі	м/м респонд	16	19,28	308,50
	салыст респонд	18	15,92	286,50
	Total	34		
Белсенділігі _кейінгі	м/м респонд	16	18,41	294,50
	салыст респонд	18	16,69	300,50
	Total	34		
Тепе-теңдікті сақтау _дейінгі	м/м респонд	18	19,81	279,50
	салыст респонд	20	18,81	380,50
	Total	38		
Тепе-теңдікті сақтау _кейінгі	м/м респонд	18	20,17	263,00
	салыст респонд	20	18,90	378,00
	Total	38		
Қозғалыс координациясы _дейінгі	м/м респонд	17	17,76	302,00
	салыст респонд	17	17,24	293,00
	Total	34		
Қозғалыс координациясы _кейінгі	м/м респонд	17	17,26	293,50
	салыст респонд	17	17,74	301,50
	Total	34		
Қолдың күші _дейінгі	м/м респонд	17	17,24	293,00
	салыст респонд	21	21,33	448,00
	Total	38		
Қолдың күші _кейінгі	м/м респонд	17	17,82	303,00
	салыст респонд	21	20,86	438,00
	Total	38		
Қолдың ұсақ моторикасы _дейінгі	м/м респонд	16	19,00	304,00
	салыст респонд	21	19,00	399,00
	Total	37		
Қолдың ұсақ моторикасы _кейінгі	м/м респонд	16	18,53	296,50
	салыст респонд	21	19,36	406,50
	Total	37		
Бұлшық ет тонусы _кейінгі	м/м респонд	16	21,19	339,00
	салыст респонд	20	16,35	327,00
	Total	36		
Бұлшық ет тонусы _дейінгі	м/м респонд	16	19,78	316,50
	салыст респонд	20	17,48	349,50
	Total	36		
Буындар қозғалысы _дейінгі	м/м респонд	15	16,00	250,00
	салыст респонд	17	15,82	280,82
	Total	32		
Буындар қозғалысы _кейінгі	м/м респонд	15	16,70	250,50
	салыст респонд	17	16,32	277,50
	Total	32		

Байланыспаған жиынтықтарды кешенді/кешенді емес реабилитациялық көмек алған пациенттер аралас құрайтындықтан көмек алғанға дейінгі және көмек алғаннан кейінгі рангілер көрсеткіштері арасында көрсетілген көмек тиімділігін сипаттайтын айқын айырмашылық жоқ. Яғни кешенді етіп ұйымдастырылмай, жекелеген оңалту көмегінен пациенттердің жеке тұлғалық белсенділік динамикасы бойынша оңтайлы өзгерістердің болмауы байқалады.

Кесте 33. Қалпына келтіру көмегін (кешенді үйлестірілмеген) ұйымдастырумен қанағаттану: жеке тұлғалық белсенділік динамикасы

Көрсеткіш	Жеке тұлғалық белсенділігі					
	Жалпы өмір сапасы		Өзіне қызмет көрсету		Сөйлеуге ынталану	
	дейінгі	кейінгі	дейінгі	кейінгі	дейінгі	кейінгі
Манна-Уитни U	149,500	148,000	162,500	183,500	117,500	138,000
Z	-,118	-,166	-,805	-,157	-1,466	-,774
Asymp. Sig. (2-tailed)	,906	,868	,421	,876	,143	,439
Көрсеткіш	Көңіл-күйі		Белсенділігі		Тұлғааралық қатынасы	
	дейінгі	кейінгі	дейінгі	кейінгі	дейінгі	кейінгі
	Манна-Уитни U	134,500	136,500	115,500	129,500	101,500	89,000
Z	-,331	-,261	-,989	-,506	-,156	-,705
Asymp. Sig. (2-tailed)	,741	,794	,323	,613	,876	,481

Сол сияқты қимыл-қозғалыс динамикасын сипаттауда көмек алғанға дейінгі және көмек алғаннан кейінгі рангілер көрсеткіштері арасында аса айырмашылық жоқ.

Кесте 34. Қалпына келтіру көмегін (кешенді үйлестірілмеген) ұйымдастырумен қанағаттану: қимыл-қозғалыс динамикасы

Көрсеткіш	Қимыл-қозғалыс динамикасы					
	Тепе-теңдікті сақтау		Қозғалыс координациясы		Қолдың күші	
	дейінгі	Кейінгі	дейінгі	кейінгі	дейінгі	кейінгі
Манна-Уитни U	156,000	168,000	140,000	140,500	140,000	150,000
Z	-,711	-,354	-,160	-,139	-1,147	-,842
Asymp. Sig. (2-tailed)	,477	,724	,873	,889	,251	,400

Көрсеткіш	Қолдың ұсақ моторикасы		Бұлшық ет тонусы		Буындар қозғалысы	
	дейінгі	Кейінгі	дейінгі	кейінгі	дейінгі	кейінгі
Манна-Уитни U	168,000	160,500	117,000	139,500	126,500	124,500
Z	,000	-,232	-1,395	-,662	-,038	-,114
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	,817	,163	,508	,969	,909

Сонымен, кешенді емес, қалпына келтіру көмегінің жекелеген түрлерін ғана қабылдаған балалар топтарынан құралған тәуелсіз жиынтықтардың көмекке дейінгі/кейінгі көрсеткіштерінде айтарлық айырмашылық жоқ. Басқаша айтқанда, салыстырмалы түрде қалпына келтіру көмегінің ұйымдастырылу сапасы мен тиімділігін бағалауда екі жиынтық пациенттері бірдей көмек көрсетуді кешенді ұйымдастырудың жетілдірілуіне нұсқайды.

Байланысқан жиынтықтар үшін қолданылатын *Уилкоксон критерийі* – екі байланысқан жиынтықты үздіксіз немесе реттік шкаламен өлшенетін қандай да бір сандық белгінің деңгейі бойынша салыстыру үшін қолданатын параметрлік емес статистикалық критерий.

Біздің зерттеуімізде медициналық орталықтан өткен пациенттердің қалпына келтіру көмегінің кешенін жүргізгенге дейін және кейінгі пациенттердің көмекті ұйымдастыру тиімділігімен қанағаттану көрсеткіштері салыстырылды. Яғни, берілген зерттеуде, ЦСА науқас балаларға реабилитациялық көмек кешенін алғанға дейінгі және алғаннан кейінгі көрсетілген көмекпен қанағаттану байланысқан жиынтықтарға арналған Уилкоксон әдісімен өңделген әрі кешенді қалпына келтіру көмегін қабылдағанға дейінгі және кейінгі ранглерінің мәндерінде айырмашылық айқын.

35-кестеде пациенттер көрсеткіштерін Уилкоксон әдісімен өңдеудегі ранглерінің мәндері келтірілген.

Кесте 35. Кешенді қалпына келтіру көмегін қабылдау нәтижелері
(Уилкоксон критерийі көмегімен өңдеу ранглері)

Asymp. Sig. (2-tailed)	Ranks	№	Mean Rank	Sum of Ranks
_ дейінгі Жалпы өмір сапасы _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	33 ^b	17,00	91,00
	Ties	10 ^c		
	Total	43		
_ дейінгі Өзіне қызмет көрсету кейінгі	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	25 ^e	13,00	55,00
	Ties	20 ^f		
	Total	45		
_ дейінгі Сөйлеуге ынталану _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	25 ^h	13,00	55,00
	Ties	20 ⁱ		
	Total	45		
_ дейінгі Көңіл-күйі _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^j	,00	,00
	Positive Ranks	23 ^k	12,00	45,00
	Ties	17 ^l		
	Total	40		
_ дейінгі Белсенділігі _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^m	,00	,00
	Positive Ranks	23 ⁿ	12,00	45,00
	Ties	17 ^o		
	Total	40		
_ дейінгі Тұлғааралық қатынасы _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^p	,00	,00
	Positive Ranks	18 ^q	9,50	28,00
	Ties	17 ^r		
	Total	35		
_ дейінгі Тепе-теңдікті сақтау _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^s	,00	,00
	Positive Ranks	30 ^t	15,50	78,00
	Ties	15 ^u		
	Total	45		
_ дейінгі Қозғалыс координа циясы кейінгі	Negative Ranks	0 ^v	,00	,00
	Positive Ranks	33 ^w	17,00	91,00
	Ties	10 ^x		
	Total	43		
_ дейінгі Қолдың күші _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^y	,00	,00
	Positive Ranks	33 ^z	17,00	91,00
	Ties	10 ^{aa}		
	Total	43		
_ дейінгі Қолдың ұсақ моторикасы _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^{bb}	,00	,00
	Positive Ranks	30 ^{cc}	15,50	78,00
	Ties	10 ^{dd}		
	Total	40		
_ дейінгі Бұлшық ет тонусы _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^{ee}	,00	,00
	Positive Ranks	28 ^{ff}	14,50	66,00
	Ties	12 ^{gg}		
	Total	40		
_ дейінгі Буындар қозғалысы _ кейінгі	Negative Ranks	0 ^{hh}	,00	,00
	Positive Ranks	21 ⁱⁱ	11,00	36,00
	Ties	17 ^{jj}		
	Total	38		

Төмендегі 36-кестеде кешенді қалпына келтіру көмегімен қанағаттанудағы пациенттердің жеке тұлғалық белсенділік динамикасының көрсеткіштері келтірілген. Жеке тұлғалық белсенділікті сипаттайтын бірқатар көрсеткіштер бойынша (жалпы өмір сапасы, өзіне қызмет көрсету, сөйлеуге ынталану) Asymp. Sig. (2-tailed) $\alpha \leq 0,05$ құрап, нөлдік гипотеза теріске шығарылып, қалпына келтіру көмек кешенін алғанға дейінгі және кейінгі көрсеткіштердің айырмашылығы расталған.

Кесте 36. Кешенді қалпына келтіру көмегін ұйымдастырумен қанағаттану: жеке тұлғалық белсенділік динамикасы

Көрсеткіштер	Жалпы өмір сапасы _ дейінгі _ кейінгі	Өзіне қызмет көрсету _ дейінгі _ кейінгі	Сөйлеуге ынталану _ дейінгі _ кейінгі	Көңіл-күйі _ дейінгі _ кейінгі	Белсенділігі _ дейінгі _ кейінгі	Тұлғааралық қатынасы _ дейінгі _ кейінгі
Z	-3,246	-2,829	-2,871	-2,716	-2,699	2,530
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,005	,004	,007	,007	,011

Қимыл-қозғалыс динамикасына келсек, барлық көрсеткіштерде ілгерілеу байқалады (37-кесте). Кешенді көмек ұйымдастырылғанға дейінгі және кейінгі пациенттердің көмектің ұйымдастырылуымен қанағаттану көрсеткіштерінде айырмашылық айқын. Әсіресе, қозғалыс координациясы және қолдың күші көрсеткіштері бойынша оңтайлы өзгерістер тіркелген.

Кесте 37. Кешенді қалпына келтіру көмегін ұйымдастырумен қанағаттану: қимыл-қозғалыс динамикасы

Көрсеткіштер	Тепе-теңдікті сақтау _ дейінгі _ кейінгі	Қозғалыс координациясы _ дейінгі _ кейінгі	Қолдың күші _ дейінгі _ кейінгі	Қолдың ұсақ моторикасы _ дейінгі _ кейінгі	Бұлшық ет тонусы _ дейінгі _ кейінгі	Буындар қозғалысы _ дейінгі _ кейінгі
Z	-3,130	-3,211	-3,219	-3,097	-2,969	2,636
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,001	,001	,002	,003	,003

Сонымен, берілген бөлімде реабилитациялық көмекті ұйымдастыру тиімділігін бағалау мақсатымен кешенді/кешенді емес реабилитациялық көмек қабылдаған балалардан құралған жиынтықтардың нәтижелері арнайы әдістер көмегімен салыстырылды. Жекелеген түрде үйлестірілмей қалпына келтіру көмегі көрсетілген салыстырылмалы жиынтықтарда, Манна-Уитни U критерийі бойынша, ЦСА науқас балалардың жеке тұлғалық сипаттары және қимыл-қозғалыс көрсеткіштерінде, тәуелсіз жиынтықтар бойынша айырмашылық болған жоқ. Яғни, Манна-Уитни U критерийі арқылы екі байланыспаған

жиынтықтар нәтижелерін салыстыру қорытындылары бойынша, Asymp. Sig. (2-tailed) $\alpha > 0.05$ жоғары екенін көреміз.

Ал қалпына келтіру көмегін кешенді түрде қабылдаған байланысқан топтардағы пациенттердің (көмек алғанға дейінгі және кейінгі) көмекті ұйымдастыру нәтижелілігімен қанағаттану көрсеткіштері (Уилкоксон әдісімен) оңтайлы екенін көреміз. Жеке тұлғалық белсенділікті сипаттайтын тұлғааралық қатынастан басқа барлық параметрлер бойынша Asymp. Sig. (2-tailed) $\alpha \leq 0,05$ екендігін растап, нөлдік гипотезаны теріске шығарады. Яғни, қалпына келтіру көмегін кешенді түрде үйлестіріп, ұйымдастыру көмек кешенін алғанға дейінгі және кейінгі пациенттер топтарының көрсеткіштеріндегі айырмашылықты растайды.

5 ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛЬДЫ САЛ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ АУЫРТПАЛЫҒЫ ЖӘНЕ ОНЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ

5.1 Балалардағы мүгедектік және церебральды сал ауруын статистикалық тіркеу мәліметтері

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау, Білім және ғылым министрлігі, Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің және Алматы қаласы бойынша Денсаулық сақтау басқармасының балалардағы мүгедектік және ЦСА бойынша ресми мәліметтері статистикалық өңделіп талданды. Bala.stat.gov.kz мәліметтерінде (жалпы білім беретін мектеп-интернаттар, арнайы емдеу-тәрбиелеу және басқа мекемелер бойынша) мүгедектігі бар балалардың саны 2010 жылы 49 349-дан 2020 жылға қарай 2 есеге жуық артып, 94 660 құраған (кесте 38). Соңғы онжылдық статистикалық тіркеудегі көрсеткіштердің шамасы динамикалық қарқынды, әдеттегідей, жыныстық құрамы бойынша ұлдар арасында басым таралған.

Алғашқы мүгедектіктің келтірілген жылдар бойынша өсу қарқыны байқалады және жыныстық құрамы бойынша тіркелу айырмашылығы шамамен 1000-2000 жағдайды құрайды.

Кесте 38. 0 жастан 17 жасты қоса алғанда мүгедектігі бар балалар саны

Көрсеткіштер	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Тіркелген мүгедек балалардың жалпы саны, жылдың соңына	49 349	62 196	65 844	69 111	72 574	75 712	79 662	83 041	86 956	91 573	94 660
оның ішінде:											
ұлдар	...	...	...	...	...	42 719	45 077	47 224	49 695	52 572	54 760
қыздар	...	...	...	...	...	32 993	34 525	35 817	37 261	39 001	39 900
Жыл ішінде алғаш рет мүгедектігі бар деп танылғандардың жалпы саны	9 325	9 499	10 084	10 485	10 599	10 834	11 424	11 608	11 815	12 916	11 552
оның ішінде:											
ұлдар	...	...	5 551	5 841	5 912	6 089	6 376	6 623	6 736	7 434	6 781
қыздар	...	...	4 533	4 644	4 687	4 745	5 048	4 985	5 079	5 482	4 771

Алматы қаласы бойынша церебральды сал ауруымен балаларды статистикалық тіркеу мәліметтеріне келетін болсақ (кесте 39), Д-тіркеуде тұратын балалар саны 2010 жылғы 1059-дан 2015 жылы 556-ға дейін төмендеп, 2016 жылдан бастап 2021 жыл аралығында қарқынды тұрақты артқан. Ал

жасөспірімдер арасында 2015 жылға дейін Д-тіркеуге алынғандар саны төмендеп барып, 2016 жылдан бастап жоғарылаған.

Кесте 39. Алматы қаласы бойынша 0-17 жас аралығында ЦСА Д-тіркеуде тұратын балалар мен жасөспірімдердің саны

Жыл	Жасы	Барлығы	Ұлдар	Қыздар
2010	Барлығы балалар	1059	623	436
	Барлығы жасөспірімдер	133	87	46
2011	Барлығы балалар	1019	592	427
	Барлығы жасөспірімдер	128	74	54
2012	Барлығы балалар	931	562	369
	Барлығы жасөспірімдер	120	68	52
2013	Барлығы балалар	873	522	351
	Барлығы жасөспірімдер	85	41	44
2014	Барлығы балалар	1151	671	480
	Барлығы жасөспірімдер	82	42	40
2015	Барлығы балалар	556	323	233
	0-3 жас	122	78	44
	4-7 жас	181	97	84
	8-11 жас	159	93	66
	12-14 жас	94	55	39
	Барлығы жасөспірімдер (15-17 жас)	16	7	9
2016	Барлығы балалар	1104	655	449
	0-3 жас	254	163	91
	4-7 жас	378	226	152
	8-11 жас	349	210	139
	12-14 жас	123	56	67
	Барлығы жасөспірімдер (15-17 жас)	88	39	49
2017	Барлығы балалар	1220	741	479
	0-3 жас	88	151	98
	4-7 жас	411	257	154
	8-11 жас	384	230	154
	12-14 жас	176	103	73
	Барлығы жасөспірімдер (15-17 жас)	95	51	44
2018	Барлығы балалар	1568	941	623
	Барлығы жасөспірімдер (15-17 жас)	113	61	48
2019	Барлығы балалар	1568	962	606
	Барлығы жасөспірімдер (15-17 жас)	116	71	45
2020	Барлығы балалар	1652	990	662
	Барлығы жасөспірімдер (15-17 жас)	197	110	87
2021	Барлығы балалар	1677	1014	663
	Барлығы жасөспірімдер (15-17 жас)	239	144	95

Алматы қаласы деңгейінде Мединформ және Алматы қаласы бойынша Денсаулық сақтау басқармасының мәліметтеріне сүйенсек, Алматы қаласы бойынша БЦС аурушылдығы деңгейінің жоғарылау қарқыны байқалады: 2006 жылы 57,4-тен 2016 жылы 150,0-ге дейін. Яғни, БЦС аурушылдығы

онжылдықта 2,6 есеге артқан. Алматы қаласы бойынша БЦС аурушылдығы Қазақстан Республикасы бойынша аналогиялық көрсеткішінен, зерттеу мерзіміне сәйкес, 1,5 есеге басым болған: 2017 ж. -1315, 2018 ж. - 1681, 2019 ж. - 1681, 2020 ж. -1849.

Алматы қаласы халқы арасында аурушылдықтың артуы алты жыл бойында, 2006 жылдан 2011 жылға дейін байқалып, көрсеткіштің өсу темпі 100 000 халық санына +66,7 құраған. Осы тұста, ҚР бойынша берілген көрсеткіш алғашқы төрт жыл бойынша ғана жоғарылау тенденциясына ие болған: 2006 жылғы - 44,9-дан 2009 жылы - 88,1 құрап, әрі қарай аурушылдық деңгейі төмендеген: ҚР 100 000 халық санына 71 (-17,1), ал 2010-2013 жж. ҚР халық арасында БЦС көрсеткіштері тұрақтанып, 2009 жылғы максимум деңгейден артпаған. Алайда, 2014-2016 жж. ҚР бойынша БЦС аурушылдығының 4,9-ға артуы байқалған. Кейінгі онжылдық та өсу тенденциясымен сипатталады.

Дүниежүзілік мәліметтерге сүйенсек, аурушылдық көрсеткіші – 1000 балаға шаққанда 2,01-2,06, әрі бұл көрсеткіш көптеген мемлекеттер үшін біркелкі. Ер және әйел жыныстық құрамы – 1,9:1 қатынасындай, практикалық түрде қарағанда біздің талдауларымыздың мәліметтеріне ұқсас.

Тіркелген мүгедектікпен балалардың саны 2011 жылы – 61196, 2015 жылы – 75712-ден 2019 жылы – 91573-ке артқан. Ал дамуында шектеу бар барлық балаларды ескеретін болсақ, 2011 жылы – 151 216, 2015 жылы –141 821-ге тұрақталып барып, 2019 жылы – 161 156 көрсеткішін құраған.

ҚР халық арасында БЦС аурушылдығы бойынша Мединформ, ҚР ДМ және ЕӘҚМ статистикалық мәліметтері бірдей. Дегенмен, аурушылдықтың жас-жыныстық құрамы, түрлері және ағыны жөніндегі мәліметтер сирек.

5.2 Реабилитациялық көмектің ұйымдастырылу сипаты және жетілдіру перспективалары

Бүгінге дейін Қазақстандағы БЦС ауыратын балаларға жәрдемақының көлемі өмір сүру минимумы мөлшеріне тең болғаны (22 433 тг.) белгілі. Дәрі-дәрмектің құны жыл басынан едәуір жоғарылады. Қазақстан «Мүгедектердің құқылары жөніндегі конвенцияны» ратификациялауына байланысты республикалық бюджетке түзетулер енгізілуде.

Көптеген жағдайда клиникалық симптомокешендер БЦС ауруының нақты түрін диагностикалауға мүмкіндік береді. Бізде, негізінен, БЦС ауруының К.А. Семенова бойынша жіктелуі қолданылады. Бұл жіктелуде БЦС ауруы келесі түрлерге бөлінеді: спастикалық тетраплегия, спастикалық диплегия, гемиплегиялық түрі, дискинезиялық түрі, атаксикалық түрі және аралас түрі. Алайда, кейбір түрлері араласып көрінеді, әсіресе, спастикалық және дискинетикалық, бірақ спастикалық диплегия фонында гемиплегия да кезесуі мүмкін.

Берілген жұмыстың өзектілігі қазіргі кезде церебральды сал ауруы бар балалар санының артуымен байланысты. Заманауи медицина ЦСА балаларды реабилитациялаудың тәсілдері мен әдістерінің айтарлық кең спектрін қолдануда. Алайда, осы патологиямен науқас балалары бар барлық ата-ана

реабилитацияның заманауи ұйымдастырылу мүмкіндіктерін біле бермейді. Әрбір нақты жағдайда кешенді қалпына келтіру көмегін индивидуалді түрде таңдау қажет әрі ата-ана өз баласына анағұрлым тиімді жолдарын таңдай алады [16,17].

ҚР ДМ Денсаулық сақтауды дамытудың республикалық орталығы мен медициналық көмек сапасы бойынша біріккен комиссия мақұлдаған 05.10.2017 ж. № 29 хаттамада Қазақстанда БЦС ауруының ХАЖ-10 кодтарына сәйкес таралған түрлеріне: спастикалық церебральды сал – квадриплегия; спастикалық церебральды сал – диплегия; спастикалық церебральды сал – гемиплегия; дискинетикалық церебральды сал; атаксикалық церебральды сал; церебральды салдың басқа түрі; белгісіз церебральды сал жатады. Әрі спастикалық түрі бақылаудың зерттеу серияларының көпшілігінде 80%-ға жуық кездеседі.

Берілген зерттеу жұмысының БЦС ауруын реабилитациялаудың тиімді әдістерін арнайы мекемелерде (арнайы оқу мекемелерінің педагогтары, медициналық қызметкерлері, профильді медициналық мекемелердің (бөлімдердің) медициналық қызметкерлері, сонымен қатар осы диагнозы бар бала тәрбиелеуші отбасылары үшін қолдануда тәжірибелік маңызы айтарлық.

Бұл категориядағы пациенттерге емдеу-реабилитациялық көмек, негізінен, емхана және стационар жағдайында көрсетіледі. Мемлекетімізде алғашқы реабилитациялық мекемелер ширек ғасыр бұрын пайда болған екен. Типтік емес бейімделген ғимараттарда орналасып, сәйкес құрылғыларсыз, арнайы дайындалған мамандарсыз әрекет еткен. Соңғы жылдары түрлі ведомстваларға қатысты реабилитацияның жаңа орталықтары көптеп ашылған. 2007 жылдан бастап мамандықтар тізіміне дәрігер-реабилитолог енгізілді. Осы тұста, реабилитология қызметін ұйымдастыруда әлі де шешілмеген мәселелер бары жасырын емес. Мысалы, «қалпына келтіру емі» мен «реабилитация» терминологиялық шатасу мен мағынасының бұрыс тұжырымдалуын келтірген жөн. Қалпына келтіру емі – бұзылған функцияларды қалпына келтіруге бағытталса, ал кешенді реабилитация – күнделікті әрекеттегі тұлғаны және оның толыққұнды өмірін қалпына келтіру. Дейтұрғанмен, келтірілген терминдер бір-бірімен ұштасып жатыр, мағынасы мен мазмұны жағынан да бір-біріне өтпелі. Қазақстандағы реабилитациялық қызмет жағдайын анағұрлым бағалау үшін республикалық бірқатар реабилитациялық орталықтардың әрекеті қарастырылды (кесте 40).

40-кестеде келтірілген түрлі ведомство мекемелері балалар реабилитациясымен айналысады.

Кесте 40. Реабилитациялық мекемелер сипаты

Орталық атауы	Аймақ	Мамандандырылуы	Төсек саны	Ведомствосы
1	2	3	4	5
РБРО	Астана		300	ҚРДМ
«Балбұлақ» РБРО	Алматы	Психоневрологиялық	75	ҚРДМ
БРО	Алматы	Соматикалық Неврологиялық	$\frac{120}{20}$	ДД
«Болашақ» РО	Көкшетау	Психо-неврологиялық	100	ДД
«Үміт» РО	Қарағанды	Психо-неврологиялық	150	ДД
«Мать и дитя» РО	Тараз	гинекология балаларға соматикалық	$\frac{70}{80}$	ДД
Областық ауруханадағы РБ	Қызылорда	Неврологиялық	10	ДД
күндізгі стационарлы РБ	Петро-павловск	Неврологиялық	8	ДД
күндізгі стационарлы РБ (емханада)	Петро-павловск	Соматикалық	20	ДД
ОАА-ғы РБ	Орал	Соматикалық	10	ДД
күндізгі стационарлы РБ (емханада)	Атырау	Соматикалық	10	ДД
Педагогикалық түзету ҰҒО	Алматы	Психо-неврологиялық, ПМПК		БҒМ
РО	Атырау	Неврологиялық	72	БД
РО	Өскемен	Психо-неврологиялық	120	ЕӘҚД
«Ақбөбек» РО	Ақтөбе	Соматикалық, соның ішінде неврологиялық төсектер -25	95	меншік
«Шипагер» РО	Ақтау	Психо-неврологиялық	30	меншік
«Токтамыс» БРО	Семей	Неврологиялық		меншік
«РО» күндізгі стационар ЖШС	Астана	Соматикалық, соның ішінде неврологиялық төсектер	90	меншік
«Дом здоровья» ЖШС	Астана	Соматикалық		меншік
«Кеңес» орталығы	Алматы	Психо-неврологиялық	80	меншік
«Самал» орталығы	Павлодар	Психо-неврологиялық	50	ҚБ
«Мүгедектікпен балалардың ата-анасын қолдау»	Талдықорған	Невролого-педагогикалық кеңестер		ҚБ
Ескерту: РБ – реабилитациялық бөлім; ДД – денсаулық департаменті; БД – білім департаменті; ЕӘҚД – еңбек және әлеуметтік қорғау департаменті; ҚБ – қоғамдық бірлестік				

Келтірілген мекемелердің 50% – денсаулық сақтау жүйесіне қарасты, 27,3% – мемлекеттік тапсырыспен жұмыс жасайтын жекеменшік орталықтар, басқалары (22,7%) – білім ведомствосына қарасты мекемелер мен қоғамдық бірлестіктер.

Денсаулық сақтау ведомствосына қарасты мекемелердің 54,5% жеке заңды тұлға ретінде реабилитациялық орталық статусына ие, ал басқалары республика қалаларындағы стационар, емханалардың құрамындағы реабилитациялық бөлімдер, оның 1/3-не ғана неврологиялық патологиямен науқастар госпитализацияланып, басқа 2/3-нде – түрлі соматикалық аурушылдық бойынша көмек көрсетіледі. Реабилитациялық орталық статусындағы мекемелердің $\frac{3}{4}$ -і психо-неврологиялық профильді, ал $\frac{1}{4}$ -і – жалпысоматикалық орталықтар (құрамында неврологиялық төсек қарастырылған).

Сонымен, денсаулық сақтау жүйесінде нейрореабилитациямен көрсетілген орталықтар мен бөлімдердің 45,5% мекемелер айналысады әрі олардың барлығына толыққұнды «реабилитациялық орталық» статусы тән емес (кесте 41).

Кесте 41. Реабилитациялық мекемелер статусы

Мекеме типі	Саны	Статусы	Саны
денсаулық сақтау ведомствосы	11 (50%)	реабилитациялық орталық	6 (54,5%)
		реабилитациялық бөлім	5 (45,5%)
мемлекеттік тапсырыспен жұмыс жасайтын жекеменшік орталықтар	6 (27,3%)	орталық/ реабилитациялық орталық	6 (100%)
басқа мекемелер: білім ведомствосы және қоғамдық бірлестіктер	5 (22,7%)	орталық/ реабилитациялық орталық	6 (100%)
Барлығы	100%		

Республикалық деңгейдегі негізгі реабилитациялық орталықтарда көмек көрсетуді ұйымдастру үлгілерін талдай отырып осы көмек түрін тұтынушыға максималды жақындату, көлемі мен ұйымдастыру сапасын жетілдіру қажеттігі негізделеді.

Республикада бар балалар нейрореабилитациясымен айналысатын орталықтардың барлығы дерлік әрекет ету сызбасы бойынша реабилитациялық көмек көрсетудің негізгі бағыттарын: емдеу-шынықтыру, физиотерапия, әлеуметтендіру, педагогикалық коррекция және медикаменттік терапияны қамтыған.

Алайда, мекемелер статусы бойынша мемлекетке қарасты немесе мемлекет реттеуіндегі мамандандырылған орталықтар мен бөлімдер саны шектеулі болғандықтан (мысалы, «Балбұлақ» РБРО -75, елордадағы «Республикалық балалар реабилитациялық орталығы» 300 төсек орындық)

ЦСА балаларға көмек көрсетуді ұйымастыруды саны мен көлемі жағынан кеңейту денсаулық сақтаудағы приоритетті бағыттардың бірі.

Кешенді реабилитациялық көмекті толыққұнды көрсете алатын заманауи үлгідегі мекемелердің саны мен құзыретін арттыру мүмкіндігі шектеулі балаларға реабилитацияның интегративті принципі бойынша мүгедектер мен олардың отбасыларының бірқатар мәселелерін шешіп, пациенттердің өмір сапасын жақсартуды ілгерілетудің технологиясын кеңейтеді. Кешенді реабилитация науқас баланың денсаулық жағдайындағы мәселелерді шешудің тиімді әдістерінің бірі болып табылады.

Қазақстан Республикасындағы мүгедектікпен балаларға аса назар бөлініп, әлеуметтік-медициналық реабилитацияға, олардың қоғамдағы интеграциясы бойынша жасалып отырған әрекеттерге қарамастан, күнделікті өмірде, денсаулығы шектеулі балалар санаты түрлі қиындықтармен соқтығысуда. Мүгедектікпен балалардың қоғамдағы интеграциясы, жалпы алғанда, Қазақстан Республикасы әлеуметтік саясатының әлі де баса назар аударуды талап ететін сұрақтарының бірі болып қалып отыр. Жалпы білім беру жүйесіндегі балалардың интеграциясы және теңқұқылық аспектілері міндетті коррекциялық, педагогикалық және психологиялық көмек тұрғысынан нық қадамдардың орындалуын қажет етеді.

Себебі, қазірдің өзінде, Қазақстанда церебральды сал ауруымен **19 мың бала реабилитацияны, оған қоса 153 мың бала коррекциялық білім беруді қажет етеді екен.** Яғни, Қазақстанда барлығы 626,7 мың мүгедек болса, соның 11% – мүгедектікпен балалар. Осы тұста, реалды жағдайдағы көмектің ұйымдастырылылып көрсетілуі және пациенттер тарапына сұраныс арасында диссонанс бар екені айқын.

Осы орайда, перспективалық тұрғыдан, Samruk-Kazyna қорының қолдауымен "Қамқорлық" жобасы іске асып, оның аясында Қазақстанда ерекше сұраныстар талап ететін балаларға сегіз реабилитациялық орталықтар мен инклюзияны қолдайтын сегіз кабинет ашу көзделген. Жыл сайын, жоспар бойынша реабилитациялық орталықтармен төрт мыңға жуық бала, ал инклюзия кабинеттері – 120 бала қамти алады. Қазіргі кезде ғимараттар дайындалып, балалармен жұмыс жасайтын мамандар оқытылуда.

Бұл жоба – деркездік шара әрі жоба барысында үш жақты қызметтестік іске асады. Жергілікті атқарушы ұйымдар материалдық-техникалық базаны нығайтып, сонымен қатар осы жоба аясында 170 маман оқытылып дайындалып, тағы 50 реабилитолог біліктілігін арттырады.

Әлеуметтік-медициналық реабилитациялық көмек көрсетуде өз үлесін қосып жүрген, осы тұрғыдағы көмекті ұйымдастыру жүйесіне құрылымдық негізделген «**MaksatMeD**» медициналық орталығы 2010 жылы 1 мамырда Алматы қаласында құрылды. Құрылған күннен бастап осы уақыт аралығында орталыққа 98 мыңнан астам адам ем алған. Олардың ішінде тек Алматы тұрғындары ғана емес, еліміздің басқа облыстарынан, ТМД елдерінен, Қытайдан арнайы келіп ем қабылдағандар қатары көп. Бүгінгі күні орталықта жалпы 200-ден аса қызметкер қызмет етеді.

Орталықтың жүйке жүйесі, жүрек-қан тамыр, тыныс алу, ас қорыту, зәр шығару, ЛОР, эндокринді жүйе ауруларымен қатар емделуі күрделі балалардың церебральды сал ауруын емдеудегі тәжірибесі айтарлықтай.

2017 жылдан «MaksatMeD» клиникасы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер ұсынады. Мемлекеттік тапсырыс бойынша қызмет көрсетілетін тұрғындар саны 15000 адам.

Қабылдау төрт қабатты ғимаратта жүргізіледі. Орталықта 3 жалпы тәжірибелік, 1 педиатриялық, 1 гинекологиялық учаскелер қызмет көрсетеді. Сонымен қатар оңалту орталығы, тәуліктік стационар (117 төсек орны), күндізгі стационар (36 төсек орны), массаж, емдеу шынықтыру, физиокабинет (электрофорез, парафинмен емдеу), инемен емдеу және фитотерапия кабинеттері қызмет етеді.

Емханада қабылдау жүргізетін мамандар: гастроэнтеролог (ересектер және балалар), терапевт, жалпы тәжірибелік дәрігер, педиатр, гинеколог, хирург (ересектер және балалар); невропатолог (ересектер және балалар), реабилитолог, кардиолог, окулист (ересектер), логопед (балалар), дефектолог, психолог, эндокринолог (ересектер), дерматовенеролог (ересектер), кардиоревматолог (ересектер және балалар), оториноларинголог (ересектер және балалар), инфекционист, уролог және басқа мамандар.

Балаларды қосымша тексеруге арналған орталықта электрокардиограф, электроэнцефалограф, электромиограф, стабиллограф, УД аппарат, эндоскопиялық, стоматологиялық кабинет жұмыс жасайды.

Толық диагностикадан өткен науқасқа кешенді медициналық қалпына келтіру, психологиялық-логопедтік-педагогикалық түзету жүргізіліп, әлеуметтік бейімдеуге атсалысады. Реабилитациялық команданың құрамына ата-аналар да кіреді. Көмек көрсетуде орталықта жалпы реабилитациялық бағдарлама құрастырып, ынтаны оятуға, пациенттерді ұжымдық үлгіде әрекет етуге, когнитивті және қозғалыс белсенділігін арттыра отырып өзіндік бағалауды қалыптастыруға атсалысады.

Сонымен қатар реабилитациялық команданың жұмыс нәтижесін арттыру үшін мамандар жұмысының қатаң кестесі сақталады. Медициналық орталықтағы реабилитациялық көмек аспектілерінің өзара қатынасы және ұйымдастырылуының құрылымдық-функционалдық үлгісі 3-сызбада көрсетілген.

Сонымен, «MaksatMeD» медициналық орталығы даму ерекшеліктері мен мүмкіндігі шектеулі балаларға кешенді медициналық қалпына келтіру, психологиялық-логопедтік-педагогикалық және әлеуметтік бейімдеуді қамтамасыз ететін реабилитациялық көмек көрсетеді. Жекеменшік типті орталық болғандықтан республикалық маңыздағы, қалалық және облыстық масштабтағы мекемелермен әркез әдістемелік байланыста, біріккен кеңестер мүшелігінде.

Жоғарыда айтып өткендей, мүмкіндігі шектеулі балаларға кешенді реабилитацияның интегративті үлгі ұстанымы мүгедектікпен балалар мен олардың отбасының бірқатар мәселелерін шешетін және пациенттердің өмір

сапасын жақсартатын жаңа технология. Зерттеу орталығы жағдайында да осы үлгіні ұстанып қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру іске асады. Себебі, көмек кешенді түрде, негізгі функционалды жүйелердің (қозғалыс, моторлық даму, сенсорлық сфера, когнитивті сфера және сөйлеу, эмоционалды-коммуникативті сфера және мінез-құлқы) әрекетін қалпына келтіруге бағытталуы тиіс.

Орталық жағдайында реабилитациялық үрдісті ұйымдастыруда дифференциялау әдісі қарастырылған.

Жалпы, реабилитациялық әсер тіннің 4 негізгі функционалды жүйелеріне бағытталады:

- қозғалыс, моторлы даму,
- сенсорлы сфера,
- когнитивті сфера және сөйлеу,
- эмоционалды-коммуникативті сфера және мінез-құлқы.

Орталықтағы пациенттерге реабилитациялық көмекті ұйымдастырудың кешенді әдісін қолдануда осы қағидалар іске асқан. Әрі қолданатын технологиялардың тиімділігі тірек-қозғалыс аппараты жағдайының функционалды динамикасынан бастап басқа да тіршілік сфераларында айқындала бастайды.

Себебі, мүгедектігі бар баланың медико-әлеуметтік мәселелерінің сипаты функциялардың патологиясы мен бұзылыстар жиынтығына байланысты әрі жиі таралғандары: өзіне қызмет көрсету мәселелері (барлығына жуығы тұрақты түрде өзгенің көмегін қажет етеді), қозғалыс мәселелері, қоршаған ортамен қатынас мәселелері, болашақта еңбек әрекетімен байланысты мәселелер, психологиялық мәселелер. Сондықтан қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру мақсаты, тек қозғалыс қимылдарын дұрыс қалыптастыру ғана емес, әлеуметтік ортаға адаптивті бейімдеу, педагогикалық түзетуді де көздейді.

Зерттеудің статистикалық мәліметтерін, респонденттердің демографиялық, клинико-диагностикалық сипатын, өмір сапасын, реабилитациялық көмек көрсету жүйесін, отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық сипатын талдау ЦСА пациенттеріне қалпына келтіру көмегін жетілдіру бойынша ұсыныстар өңдеуге мүмкіндік берді.

Әрине, мүгедек тігі бар балаларға арналған медико-әлеуметтік көмектің негізгі түрлері сәйкес нормативтік актілермен, нұсқаулықтармен анықталған, іске асыру механизмдері де белгілі. Дегенмен, тақырып бойынша ғылыми-әдеби шолу, респондент-отбасылардың көмекпен қанағаттану деңгейі, тиімді әрі сапалы ұйымдастырылған көмек көлеміне мұқтаждық пациенттер денсаулығындағы шектеулермен күресіп, қалпына келтіру көмегін ұйымдастыруды жетілдіре түсуді қажет етеді.

Мұндай отбасылардың өмір сүру барысында туындаған мәселелерді шешуге атсалысатын мекемелер өкілдері мен атқарушылар болуы тиіс. Жауапты қызметкерлердің өзара сабақтастықта әрекет етуі ЦСА бала тәрбиелейтін отбасыларға медико-әлеуметтік қызмет көрсету сапасын арттырады. Әлеуметтік қызметкер мәселелерді шешудің әлсіз және күшті жақтарын анықтауда ерекше роль атқарады. Әлеуметтік мұқтаждығы қанағаттандырылған ортада ғана бала денсаулығына сәйкес көңіл бөлініп,

үздіксіз денсаулықты жақсарту үшін қалпына келтіру көмегі жоспарланып іске асырылады.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» ҚР Кодексінің 52-бабының 4-пунктіне сәйкес қалпына келтіру емі және медициналық реабилитация, соның ішінде балаларға медициналық реабилитация ережелері бекітілген. БЦС пациенттерін біріншілік бақылауды ұйымдастыру алгоритмі (Т.М. О’Shea et al., 2008) 3-сызбада келтірілген.



Сызба 3. БЦС пациенттерін біріншілік бақылау алгоритмі

ЦСА пациенттеріне оптимальді көмекті ұйымдастыру болып медициналық, педагогикалық және әлеуметтік профильдегі мамандар үйлесімінің көмек көрсетудегі интегративті тәсілі болып табылады. Олардың әрқайсысы пациенттің ғана емес, сонымен қатар баланың күнделікті реабилитациясы мен әлеуметтік адаптациясына қатысатын отбасы мүшелерінің мұқтаждарына да назар аударуы тиіс. БЦС, ең алдымен, дисфункционалды жағдай бола отырып пациент өмірінің бірінші күнінен бастап медициналық және әлеуметтік аспектілер болып табылатын: қозғалыс, дене қалпын түзеу және қозғалыс белсенділігі; коммуникация; қосалқы аурулары; күнделікті

белсенділік; балаға қарау; пациент және отбасы мүшелерінің өмір сапасын ескеретін үздіксіз қалпына келтіру көмегі арқылы қолдауды қажет етеді.

БЦС диагнозы алғашында (К.А.Семёнова жіктеуі бойынша 4 айына дейін) айқын емес, алайда, күрделі перинатальді анамнез, психомоторлы дамуындағы тежелістер педиатр мен неврологтың мақсаттық бақылау жүргізуіне негіз болып табылады.

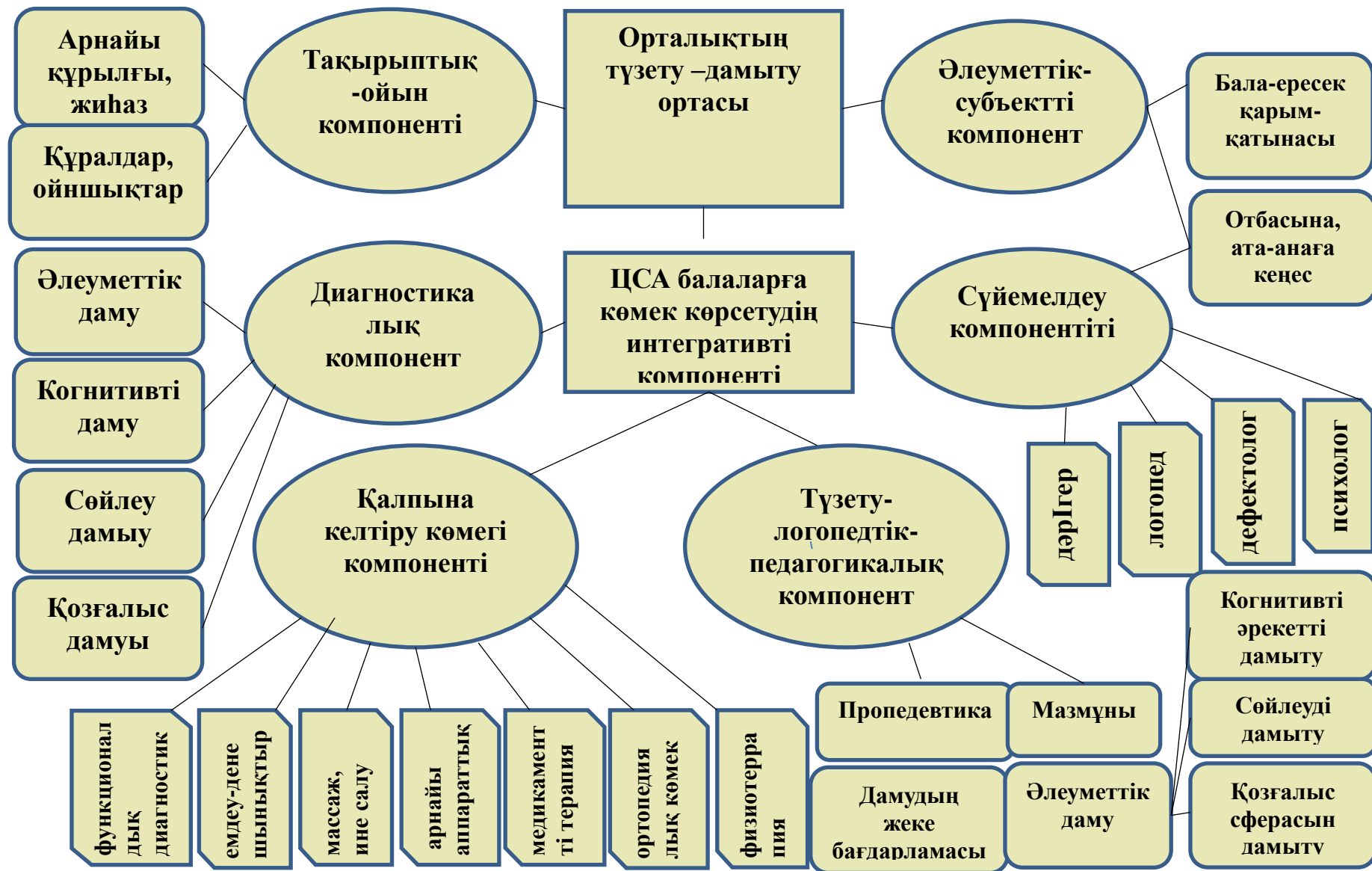
ЦСА даму қаупі бар нәрестелерге көмек көрсету босану үйінен бастап 2 сатысында – балалар ауруханасының арнайы мамандандырылған бөлімінде, 3 сатысында – балалар емханасында педиатр, невролог және дәрігер мамандармен (ортопед, офтальмолог т.б.) амбулаторлы түрде көрсетіледі. Біріншілік бақылау және әрі қарай көмек көрсету, пациент жағдайына қарай, стационар, күндізгі стационар жағдайында және амбулаторлық түрде жүргізіледі. БЦС емделуінің міндетті жалғасы болып қалпына келтіру (реабилитациялық) көмегі және санаторлық профильдегі көмекке жолдау табылады. Яғни, медициналық мекеме жағдайында ғана емдеу курсы жүргізу емес, сонымен қатар үй жағдайында физикалық жүктеменің сипаты мен деңгейіне, реабилитацияның техникалық құралдарына қатысты да нұсқауларды орындау маңызды.

ЦСА науқас балаларды үздіксіз дифференциалды кешенді қалпына келтіру көмегі арқылы қолдау – түзету-дамыту үрдісі жағдайында орталық звеноны функционалды жүйелердің (моторика, психика, сөйлеу) түрлі полиморфты бұзылыстарын компенсациялауға, тұлғаның жасқа байланысты сапалы дамуына және әлеуметтік адаптациясына, бала мен қоршаған ортаның арақатынасына қолайлы әсер ететін бала мен ересектің өзара әрекеттестік кеңістігінен тұратын жүйе.

Осы жүйе негізінде қалыптастырылған үлгі ЦСА науқас балаларды ерте жасынан түзетіп дамытудың функционалды моделін теориялық негіздеп практикалық іске асыратын негізгі идеялардан, әдіс-құралдар мен тәсілдерді біріктіретін технологиялық шешімдерден тұрады. Алдағы уақытта бұл үлгі, тек, зерттеу жүргізілген медициналық орталық тәжірибесінде ғана емес, осы патологиямен айналысатын арнайы мамандандырылған көмек көрсету нысандары үшін қолданбалы.

Түзету-дамыту мақсатындағы қалпына келтіру көмегін ұйымдастыруды жетілдірудегі анықтауыш болып табылатындар: ерте диагностикалау, реабилитациялық көмекті кешенді үйлестіру; потенциалды даму аймақтарын ескере отырып ерте жасынан жүйелі түрде дифференциалды принциппен ұйымдастыру; мамандардың интегративті әрекет етуін қолдау.

Зерттеу нысанында түзету-дамыту мақсатында кешенді қалпына келтіру көмегінің негізгі бағыттарының компоненттері 4-сызбада көрсетілген.



Сызба 4. ЦСА науқас балаларға кешенді түзету-дамыту көмек көрсету жүйесінің үлгісі

Бұл бағыттар дидактикалық түрде бұзылыстарды компенсациялаудағы мақсат-міндеттеріне қарай жүйелі түрде біріктірілген.

Дифференциалды кешенді түзету-дамыту көмекті ұйымдастыру үлгісінің құрылымдық-ұйымдастыру құрамы:

1. **Диагностикалық** бағыт келесі ұстанымдарға негізделген: баланың психофизикалық дамуын диагностикалаудағы жүйелілік; баланың дамуын кешенді зерттеу; баланың актуальді және потенциалды мүмкіндіктерін ескеру; жасқа байланысты сапалы өзгерістерін ескеру, баланы диагностикалық зерттеу нәтижелері бойынша дамуын болжау және жеке бағдарлама құрастыру.

2. **Реабилитациялық** бағыт қалпына келтіру көмек кешенін (функционалды диагностика, арнайы құрылғылармен емдеу, массаж, ине салу, ЛФК, медикаментозды емдеу, ортопедиялық көмек, физиотерапия) біріктіре отырып басқа түзету-дамыту көмек түрлерімен бірге функционалдық жүйелердің бұзылыстарын компенсациялауды қамтамасыз етеді.

3. **Коррекциялық-педагогикалық** бағыт ЦСА науқас балалармен ерте жасынан бастап қозғалыс, таным, сөйлеу сфералары мен әлеуметтік дамуындағы бұзылыстар компенсациясын қамтамасыз етеді.

4. **Сүйемелдеу** бағыты ЦСА баланың дамуындағы кемістіктерін жеңіп, әлеуметтік бейімдеуде аралық функционалды байланыс қажеттігін негіздейді (дәрігерлер, арнайы педагогтар мен отбасы).

Әрине, келтірілген бағыттардың арасында сапалы диагностикалық бағыт және деркездік әрі кешенді ұйымдастырылған реабилитациялық, яғни қалпына келтіру көмегі басқа бағыттардың кедергісіз дамуына зор мүмкіндік береді.

БҚС балаларын ерте жасынан кешенді түзету-дамыту көмегін ұйымдастырудың осы қарастырылған үлгісі денсаулық сақтау және арнайы көмек көрсету мекемелерінде түзету-реабилитация-дамыту кеңістігінің түрлі жүйесінде қолданыла алады.

Диагностикалық бағыт. ЦСА ерте диагностикасы маңызды. Дүниежүзілік ғылыми деректер тұжырымауынша неғұрлым церебралды салдану диагностикаланып оңалту үрдісін ертерек бастаса, соғұрлым науқасты оңалту потенциалы жоғарылайды. Оған дәлел баланың миының пластикалық қасиеті. Баланың өмірінің алғашқы 1000 күнінде, яғни 3 жасқа дейін қандай-да да бір дағдыларды қалыптастырып үлгерсе, осы дағдылар қалған барлық өмірінде сақталып қалады. Бұл өмірлік маңызды дағдыларға баланың өзге адамдарға тәуелсіз жүріп-тұруы, сөйлеу дағдысы, ойлау дағдысы, өзін-өзі күту дағдылары жатады. Сондықтан, бұл бала өміріндегі алғашқы 1000 күн – *«алтын уақыт»* деп саналады.

Оңалту көмегін ұйымдастыру мақсатында Денсаулық сақтау министрлігі бірлескен комиссиясы бекіткен «ҚР әлеуметтік даму және медициналық қызметтердің сапасы туралы» 15.08.2016ж. №7 хаттамаға сәйкес церебралды салдануды бағалауға арналған халықаралық шкалалар қолданылады: (Қосымша Д) үлкен моторлық қызметін өлшеу шкала GMFM (Gross Motor Function Measure), қол қызметін өлшеу шкала MACS (The Manual Ability Classification System -MACS), Ашворт шкаласы (Ashworth) модифицирленген спастиканы өлшеу шкаласы), жүйкелік-психикалық даму шкаласы (туғаннан 4 жасқа дейін),

күнделікті өмірдегі белсенділігінің Бартела индексі (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index), функциональдық тәуелсіздік шкаласы (Functional Independence Measure, FIM).

Реабилитациялық бағыт. ЦСА балаларға оңалту шараларын іске асыруда невролог, медициналық физиотерапевт-реабилитолог, емдік дене шынықтыру жаттықтырушысы, психолог, дефектолог-логопед, эрготерапевт, Монтессори педагог, ойын терапевті, музыкотерапевт, мейірбике, массажист және т.б. мамандардан құралған мультидисциплинарлы команда жүйесі қызмет атқарады. Яғни, орталықтың оңалту қызметтеріне: физиотерапия, еңбек терапиясы, сөйлеу терапиясы, дамуды бағалау, сонымен қатар психиатриялық, психологиялық, психоэлеметтік бағалау мен жеке кеңес беру кіреді. Мұнда бір маманның көмегімен тиімді оңалту мүмкін емес.

Мамандар тобының ғана интегративті түрде кешенді көмегінің ұйымдастырылуы оңалту нәтижесін анықтайды.

Мысалы, тырысу сипатындағы церебральды сал ауруына шалдыққан балаларда бұлшық еттерінің созылғыштығы баланың балтыр, санның алдыңғы, артқы және ішкі жағындағы бұлшық еті мен бел бұлшық еттеріне салмақ түсіреді де оның еркін қимылдауына кедергі болады. Сонымен қатар көптеген энергияны жоғалту арқылы науқастың бұлшық еттерінің қалыпты өсуіне кедергі болады. Бұлшық ет, жұмсақ тіндердің жиырылуы сүйектің қисаюы сәбидің жүріс-тұрыс кезеңінде қалыпсыз әрекетті құбылыстар тудырып, денедегі бұлшық еттің созылғыштығы жоғарылап науқастың аяқтарының қалпына келуі мен басқа да дамуына кедергі болады. Бұлшық еттің созылғыштығын төмендету аса маңызды рөлге ие.

Сондықтан, ерте кезеңнен бастап инені бас пен денедегі түрлі нүктелерге қою, ми қан айналымын кешенді емдеу құрылғысы, SA35KJ-3000B2 емдеу аппараты, КХ-3С төмен жиілік тырысуды емдеу құрылғысы, қозғалыс жаттығулары, массаж және педагогикалық-логопедтік түзетулермен үйлестіріп көмек көрсету науқас баланың моторика, психика, сөйлеу функцияларын қалпына келтіруде маңызды.

Оңалту негізінде заманауи тренажерлық аппараттар да жиі қолданылады. Физиотерапия әдістерінен парафинмен емдеу, бас миына, аяқ-қолға әсерлі электрлі аппараттар (ми қан айналымын кешенді емдеу құрылғысы, SA35KJ-3000B2 емдеу аппараты, КХ-3С төмен жиілік тырысуды емдеу құрылғысы) қолданылады.

Коррекциялық-педагогикалық бағыт. ЦСА науқас балаға «MaksatMeD» оңалту орталығының мамандары науқастың моторлық дағдыларын қалыптастырумен қатар психикалық және сөйлеу дамуына бағытталған үлкен іс-шаралар жүргізеді. Ол үшін диагностика жүргізгеннен кейін психолог коррекционды сабаққа қабылдап, күнделікті психикалық дамуына бағытталған, баланың ой-өрісін дамытатын сабақтар жүргізеді.

Логопед маманы логомассаж жасаумен қатар, баланың тілін ашып сөйлеу мүмкіндігін арттыру үшін артикуляциялық жаттығулар, саусақтың майда моторикасын дамытуға арналған ойын түріндегі сабақтар өткізеді (Қосымша Г).

Баланы оңалтуға сенсорлық бөлмеде жұмыс жасау арқылы әсер ететін музыкотерапевт пен ойын терапевтінің маңызы зор (Қосымша Г). Сондай ақ баланың ой-өрісінің дамуына ертегі терапиясы жатады. Науқас баламен әңгімелесу, ертегі, жыр, дастан оқу баланың сөйлеу дағдыларын қалыптастырады, дүниетанымын кеңейтеді, ақыл-ойлау, зейін, ықыласын арттыра түседі. ЦСА науқас баламен жұмыс істеудің бірден-бір мақсаты – баланы өмір сүруге бейімдеу, өзгелерге тәуелді болмауға үйрету. Оған, ең алдымен, науқас балаға өзін-өзі күту дағдыларын қалыптастыру дағдыларын үйрететін эрготерапевт маманның көмегі орасан зор. Негізгі күтілетін нәтиже – баланың өз бетінше тамақтану, киіп-шешіну, дәретке өздігінен бару әрекеттерін пысықтау. Науқас балаларды тамақтандыру ерекшеліктері бар: қатты тағамды шайнай алмауы мүмкін, сұйықтықты ішкенде қақалып-шашалып қалу қаупі жоғары, аузына қасықпен тамақ апаруы қиындықтар туғызады. Эрготерапевт маман ата-анасына балаға қалай сапалы күтім жасай білу керектігін үйретіп көрсетеді.

Сүйемелдеу бағыты. Қалпы келтіру көмегін көрсету барысына мультидисциплинарлы командамен қатар науқас баланың ата-анасын оңалту жұмылдыру мақсатқа орай. Көмекке жүгінген науқас бала тәуліктің 4-5 сағатын оңалту мекемесінде өткізгенмен, қалған 20 сағатын ата-анасының жанында өткізеді. Сол себепті ата-аналарды осы аурушылдық, оны емдеу жолдары мен оңалту шаралары жөнінде толық ақпараттандырып, оңалтуға үй жағдайында белсенді қатысуға шақыру қажет. Үй жағдайында қандай да бір жаттығуларды жасата білу дағдыларын үйрету маңызды.

Алдымен, орталыққа реабилитациялық көмекке жүгінген әрбір ата-ана психолог кеңесін алады. Ұзақ уақыт психомоторлық дамуы тежелген науқас баламен отырған ата-ана психологиялық күйзеліске ұшырайды, рухани және физикалық тозуға әкеледі. Баланы күтіп-тәрбиелеуде отбасының материалдық қамтылмаған жағдайы да өмір сүру сапасын төмендетеді. Мұндай жағдайдағы ата-анамен науқас баланы оңалту барысында дәрігер күткен нәтижеге жету мүмкіндігі шамалы. Психолог науқас балаға және ата-анасына оңалту барысында өз-өзіне сенімділік ұялатып, жігерлендіреді, ол өз кезегінде баланы оңалту нәтижесіне айқын әсер етеді.

Арнайы оңалту туралы 07.10.2021 жылғы 116-бұйрықта оңалту балаларға жылына 3-4 ретке дейін қарастырылған. Көптеген ата-ана өз құқықтарын білмейтіндіктен, заңгер, мүгедектігі бар балалардың құқығы туралы Қазақстан Республикасындағы заңдармен ақпараттандырып отырады. Сонымен қатар реабилитациялық көмек көрсететейін арнайы медициналық мекемелерге МӘМС, ТМКК бойынша порталмен көмек алу ерекшеліктерін заңгер түсіндіреді. Одан басқа стационарда күндізгі болу мекемесіндегі оңалту, білім алу мекемелері, КППК, тегін логопед-психолог сабақтары туралы мәлімет береді.

ЦСА оңалту жоспары «MaxsatMeD» оңалту орталығымен ғана шектелмейді. Бұл балалар медициналық-әлеуметтік қолдау көмегін өмір бойы қажет ететіндіктен, 2018 жылдың қаңтар айында «Қазақ медициналық қоғамы» қоғамдық бірлестігі күндізгі болу орталығы құрылған болатын. Бұл мекемеде «Қазақстан Республикасының мүмкіндігі шектеулі және психоневрологиялық

ақауы бар балаларға көмек көрсету және білім беру» 165-ші бұйрығына сәйкес оңалту көмегі жүргізіледі. «MaksatMeD» оңалту ортылығы «Қазақ медициналық қоғамымен» әдістемелік-тәжірибелік сабақтастықта жұмыс жасап, республика деңгейінде ЦСА балаларға көмек көрсететуде жетістіктермен өз үлесін қосуда.

ҚОРЫТЫНДЫ

Церебральды сал аурумен ауыратын балалар мүгедектік себептері құрылымында жетекші орындардың біріне ие. Жыл сайын 1000 жаңа туған нәрестенің 200-і мүгедектікпен туылуда, оның 70-нде балалар церебральды сал ауруы анықталады екен. Қазақстанда барлығы 626,7 мың мүгедек болса, соның 11% – мүгедектігі бар балалар.

Жыныстық құрамы бойынша зерттеу базасы – медициналық орталыққа реабилитациялық көмекке жүгінген 381 пациенттің 63,1% – ұл, 36,9% – қыз-балалар; 0-4 жаста – 94, 5-9 жаста – 117, 10-14 жаста – 113, 15-17 жаста – 57 бала.

ЦСА науқас балаларды босанған әйелдердің жасы жасаруға ығысқанын байқаймыз; негізінен, 1,2-ші жүктіліктен және 21-30 жастағы әйелдердің бірінші босануынан туылған Аурушылдық дамуының қауіп факторларынан босану әрекетінің әлсіздігі (әсіресе, спастикалық диплегия 56% және екі жақты гемиплегияда – 54,4%), жедел босанулар, сусыз кезеңнің әсері айрықша. Жүктілік барысында қаназдық (21,9%), гестоздар (13,5%) жиі кездескен. БЦС дамуының интранатальды себептерінің болуына негіз бар: түрлі асқынулардан жүктілікті тоқтату қаупі 16,3% жағдайда орын алған.

Медициналық құжат көшірмелеріндегі анамнез мәліметтері бойынша ата-аналарының тең жартысы (50%) баланың ЦСА ауыруының нақты бір ресми себебі жоқ деп санайды. Ал 53,8% – ресми себеппен келіспейді. 40% жағдайда баланың ЦСА ауыратынына ата-ананың (қамқоршысының) шағымдары себепші болған. Науқас баладағы аурушылдық түрін анықтаудың жасқа байланысты нақты мерзімі туғаннан бастап 28 айға дейінгі аралықта созылған. Балалардың жасы бойынша топтарға таралуының жиынтық көрсеткіштерін ескеретін болсақ, 70% жағдайда баланың 1 жасына дейін анықталып үлгерген.

Клинико-диагностикалық сипаттауда ЦСА науқас балаларда тіркелген белгілердің арасында, негізінен, қозғалыс, сөйлеу және психикалық ерекшеліктеріне келсек, балалардың (381) 2,9% – бастарын ұстай алмайды (11 бала); 7,1% – еңбектей алмайды (27 бала); 19,1% – өз бетінше отыра алмайды (73 бала); 32,8% – өз бетінше тұра алмайды (125 бала); 43,3% – өз бетінше қозғала алмайды (165 бала). 77,9%-да түрлі сөйлеу бұзылыстары тіркелген.

ЦСА түрлері бойынша құрамына келсек, екіжақты гемиплегия – 40 бала (10,5%), спастикалық диплегия – 141 бала (37,0%), гиперкинетикалық түрі – 91 бала (23,9%), БЦС аралас түрі – 66 бала (17,3%), БЦС атониялық-астатикалық түрі – 43 бала (11,3%).

Қалпына келтіру көмегінің ұйымдастыру тиімділігін бағалауда зерттеу нысанының және Республикалық клиникалық «Ақсай» балалар ауруханасының пациенттері арасынан «кездейсоқ сандар кестесі» арқылы түзілген екі жиынтық нәтижесіне салыстырмалы зерттеу жүргізілді.

Екі тәуелсіз жиынтықты құрайтын пациенттердің қалпына келтіру көмегінің ұйымдастырылуын бағалау Манна-Уитни U критерийінің көмегімен жүргізілді. Кешенді ұйымдастырылмаған қалпына келтіру көмегін алғанға дейінгі/кейінгі нәтижелер, пациенттердің жеке тұлғалық сипаттары және

қимыл-қозғалыс көрсеткіштерінде салыстырмалы емес ($\alpha > 0.05$). Яғни, балалардың жеке-тұлғалық белсенділігі және қимыл-қозғалыс динамикасы көрсеткіштерінде айтарлық айырмашылық жоқ екенін көрсетеді.

Ал зерттеудегі медициналық мекемеден өткен пациенттердің қалпына келтіру көмегін кешенді түрде ұйымдастырып көмек алғанға дейінгі/ кейінгі тиімділігімен қанағаттану көрсеткіштерін Уилкоксон әдісімен салыстырғанда жеке-тұлғалық және қимыл-қозғалыс белсенділікті сипаттайтын бірқатар көрсеткіштер бойынша, $\alpha \leq 0,05$, нөлдік гипотеза теріске шығарылып, айырмашылық айқындығы расталған.

Сонымен, қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру тиімділігін бағалау мақсатымен кешенді емес/кешенді ұйымдастырылған көмек түрлері бойынша нәтижелер салыстырылып, қалпына келтіру көмегін кешенді түрде қабылдаған байланысқан топтардағы пациенттердің көмекті ұйымдастыру нәтижелілігімен қанағаттану көрсеткіштері оңтайлы жоғары.

Зерттеу жұмысында денсаулығында шектеу бар балалары бар отбасылардың сипаты айқындалды: толымсыз отбасы (36,9%), жабық, тұйықтылықпен сипатталады, жиі дисгармониялық болып табылады; көпбалалы отбасында (29,3%) асқан өмірге талпыныс байқалады, өмір сүру деңгейі төмен және жеткіліксіз материалдық қамтылған; асырап алушы отбасы (0,7%), жетістікке жетуге бағытталған; толық отбасылар (63,1%), гармониялылық және келісіммен сипатталады.

Отбасында басқа баланы дүниеге әкелу кедергілердің қатарындағы негізгі себепке – баланың денсаулығына алаңдаушылық жатады (41,2%).

Зерттеу бойынша 87% жағдайда мүгедектікпен балаларға негізгі қарау және қарым-қатынас жасау міндеті «ана және бала» диадасы түрінде сипатталады.

Біздің зерттеуіміздің нәтижелері көрсеткендей, арнайы оқу бағдарламаларын игере алмайтын балалар, негізінен, әл-ауқаты төмен немесе толық емес отбасында тәрбиеленген.

Баланы қарауға және мүгедектікке бөлінетін жәрдемақыға өмір сүріп жатқан отбасылар бары анықталды (17,1%). Жұмысқа тұрарда отбасында мүгедектікпен баланың бар екендігі жанашырлық танытып, жұмысқа алудың кепілі емес екенін 44,3% респонденттер алға тартқан. Оның үстіне, жұмысқа тұрарда, осындай отбасыларды қолдай отырып, қысқартылған жұмыс күнінде толыққұнды еңбекақын төлеуге мүмкіндік беретін моральдық және материалдық аспектілер ескерілмейді.

Социологиялық сұрау барысында, отбасын сипаттаушы отбасы өкілдері арасында, жұмысқа тұрғызуды нақты қажет ететіндіктерін 40% көрсеткен.

Өз жеке мекен-жайы барлардың (61,8%) 31,0% - жеке-меншік үйлерде тұрады екен. Басқа 69,0% - меншікті немесе жалдамалы пәтерлерде.

Отбасының қаржылай кірістерінің көлеміне келетін болсақ, жан басына, небары, 10000 тг. дейін кіріс кіретін отбасылардың үлес салмағының жалпының 1/3 –і (32,4%) екен. Кіріс мөлшерлері шамасы артқан сайын сәйкес отбасылардың саны кеми береді

Тұрмыс жағдайындағы мәселелер қатарында мүгедектерге арналған арнайы жабдықталған құрылымдардың болу/болмауы (үй маңындағы

территорияда, үйдің кіреберісінде) да маңызды болатын. Бұл сұраққа, небары, 35% респондент үйдің кіреберісін толық және жартылай мүгедектерге ыңғайластырылып жасалғанын әрі талаптарға сай екенін атап өткен.

Зерттеуге қатысқан ата-аналардың балалары арнайы мамандардың көмегіне түрлі дәрежеде мұқтаж. Логопед (13,7%), дефектолог (14,8%) мамандарына деген сұраныс қарқынды болмағанымен, басқа арнайы мамандарға (психолог, бейінді дене шынықтыру инструкторы, әлеуметтік педагог). Ата-аналар балаларының моральдық-психологиялық және әлеуметтік жағынан дұрыс бағытта тұлғалық дамуы үшін психологтың көмегін қажет етеді (63,4%).

Осы зерттеу барысында мүгедектігі бар балалардың білім мекемелеріне бару мүмкіндігі анықталды. 27,1% ата-аналар балаларының арнайы бала бақшаға баратынын куәландырады. Арнайы мамандандырылған жалпы білім беру мекемелеріне 4,5% бала барады. Балалардың көпшілігі (33,6%) үй жағдайында оқытылады. Арнайы білім беру мекемелеріне бармайтындар 34,8% құраған.

Ана-аналардың жартысына жуығы (47,4%) метепке дейінгі мекемелердің, 1/3-не жуығы – білім беру мекемелерінің қызметімен жартылай қанағаттанады. Керісінше, 51,9% жағдайда, респонденттер денсаулық сақтау мекемелерінің қызметімен толық қанағаттану көрсеткішіне ие болса, 39% - жартылай қанағаттанады екен.

Басқаша айтқанда, денсаулығы шектеулі балаларға әлеуметтік қызмет көрсету мекемелерінің жұмысымен қанағаттану көрсеткіштерінің арасында «толық қанағаттану» көрсеткіші сирек тіркелген. Ал келтірілген қызмет көрсету түрлерімен «қанағаттанбау» көрсеткіштерінің диапазоны 7,7%-дан 30,3%-ға дейінгі аралықта ауытқыған.

ЦСА балаларды тәрбиелейтін отбасыларды әлеуметтік-гигиеналық зерттеу олардың ұзаққа созылатын қалпына келтіруді қолдау көмегіне мұқтаждығын анықтайды. Науқас баланың өмір сүру сапасының деңгейі ата-ананың, анағұрлым, тиімді қалпына келтіру көмегінің ұйымдастырылып көрсетілуіне сұранысын анықтайды.

Мүгедектікпен балалардың барлық жас топтарында ӨС параметрлері сау балалардан айтарлық қалыс: физикалық және әлеуметтік функциялары салыстырмалы төмен деңгейде.

ЦСА балаларға дифференциалды кешенді түзету-дамыту көмегі – қалпына келтіру көмегін орындауда орталық звеноны функциональды жүйелердің (моторика, психика, сөйлеу) түрлі полиморфты бұзылыстарын компенсациялауға, тұлғаның жасқа байланысты сапалы өзгерістеріне және әлеуметтік адаптациясына, бала мен қоршаған ортаның арақатынасына қолайлы әсер ететін бала мен ересектің өзара әрекеттестігінен тұратын жүйе.

Зерттеу нәтижесінде тәжірибелік қолданысқа ұсынылған осындай жүйелі үлгі ЦСА балаларды ерте жасынан түзетіп дамытудың функциональды моделін теориялық негіздеп практикалық іске асыратын негізгі идеялардан, әдіс-кұралдардан, тәсілдер мен технологиялық шешімдерден тұрады.. Алдағы уақытта бұл үлгі жалпы ЦСА арнайы мамандандырылған көмек көрсету практикасында қолданбалы.

ТҰЖЫРЫМ

1. Зерттеу нәтижелері бойынша, ЦСА науқас балалар, негізінен, 1,2-ші жүктіліктен және 21-30 жастағы әйелдердің бірінші босануынан туылған. Аурушылдық дамуының қауіп факторларынан босану әрекетінің әлсіздігі (әсіресе, спастикалық диплегия -56% және екі жақты гемиплегияда -54,4% айрықша), жедел босанулар, сусыз кезеңнің әсері айтарлық. Жүктілік барысында қаназдық (21,9%), гестоздар (13,5%) жиі тіркелген. Осы және басқа да ЦСА дамуының пренатальді себептерінің (бүйрек-несеп жолдарының аурулары, ЖРВЖ, қант диабеті, асқорыту жүйесі, бауыр аурулары, жүйке күйзелісі) болуынан жүктілікті тоқтату қаупі (16,3%) орын алған болса, қалыпты жүктілік мерзімінің бұзылуы (30,1% -ЦСА балаларға жүктілік мерзімінің бұзылуы орын алған, ал босану уақытының ауытқуы бала денсаулығындағы қайтымсыз өзгерістердің себептері қатарында бола алады) интранатальды себептерінің болуын растайды.
2. БЦС барлық түрлерінің арасында спастикалық диплегия басым ($r=0,081$, $p<0,01$), әрі қарай, үлес салмағы бойынша - гиперкинетикалық және БЦС аралас түрі орын алған. Клинико-диагностикалық тіркелген белгілер арасында стато-локомоторлы функцияларындағы тежелістерді сипаттауда өз бетінше отыру дағдысы -19,1%, орнынан тұру дағдысы -32,8%, өз бетінше қозғалып жүру дағдысы -43,3% пациенттерде болмаған. Екіжақты гемиплегия саны жағынан ең аз, алайда, ауырлығы жоғары топ. Барлық балаларда аяқтары мен қолдарында қозғалыс бұзылыстары айқындалған. Қатаю типімен бұлшықет гипертонусы байқалады. Барлық буындарда қозғалыс қымтаулы, ерікті қозғалыс шектелген: 60% – вертикализация дағдысы жоқ; 75% – өз бетінше жүре алмайды. Гиперкинетикалық түрінде түрлі дәрежедегі гиперкинездер байқалады. Жалпы жүре алмайтын балалардың құрылымында 2-ші орында.
3. ЦСА пациенттеріне көрсетілетін қалпына келтіру көмегінің ұйымдастыру тиімділігін бағалауда, көмекті кешенді/кешенді емес ұйымдастыру түрлеріне тәуелсіз құрылған (байланыспаған) жиынтықтардың нәтижелері салыстырмалы емес ($\alpha > 0.05$). Яғни, пациенттердің жеке-тұлғалық белсенділігі және қимыл-қозғалыс динамикасы көрсеткіштерінде көмек алғанға дейінгі/кейінгі кезеңдерде айтарлық айырмашылық жоқ екенін көрсетеді. Ал байланысқан жиынтықтар арасында кешенді түрде ұйымдастырылған көмекті алғанға дейінгі/ кейінгі жеке-тұлғалық және қимыл-қозғалыс белсенділікті сипаттайтын бірқатар көрсеткіштер бойынша айырмашылық айқын ($\alpha \leq 0,05$). Яғни, көмекті кешенді ұйымдастыру функционалды жүйелеріді (қозғалыс, сенсорлы, когнитивті және эмоциональды-коммуникативті сфералар) дерлік қамтып байланысқан топтардағы пациенттердің көмекті ұйымдастыру нәтижелігімен қанағаттану көрсеткіштерін оңтайлы жоғарылатқан.
4. ЦСА бала тәрбиелеуші толық отбасылар - 63,1%. Жалпы отбасылық статусы бойынша көп балалылар –1/4-ге жуығын, толық емес отбасылар - 1/3-нен жоғары құраған. Басқа бала дүниеге әкелуде баланың денсаулығына

алаңдаушылық танытатындар үлесі айтарлық (41,2%). 87% жағдайда мүгедектікпен баланы тәрбиелеу – «ана және бала» диадасы түрінде іске асады. Білім деңгейі бойынша жоғары білімді ата-аналар үлесі басым (1/2 жуық). Толымсыз, тек анасы немесе әкесінің қарауындағы отбасыларда бала қараусыз қалмауы себебінен жұмыс жасамайтындар үлесі айтарлық. 61,8% отбасылар - жеке, 26,5% - жалдамалы тұрғын-жайларда тұрады; ½ астамы меншікті көлікке ие. Әлеуметтік педагог (80,5%), бейінді дене шынықтыру инструктор (78,3%), психологтың (63,4%) көмегіне сұраныс жоғары. Ата-аналар метепке дейінгі мекемелердің (47,4%), білім беру мекемелерінің (1/3) қызметімен жартылай қанағаттанса, жартысына жуығы – денсаулық сақтау мекемелерінің қызметімен толық не мүлдем қанағаттанбау танытқан. Реабилитациялық іс-шараларын қабылдау реттілігінің арнайы мектепке дейінгі, білім беру мекемелеріне бару мүмкіндігіне тікелей тәуелділігі айқындалды.

5. Мүгедектігі бар балалардың барлық жас топтарында өмір сапасы параметрлері сау балалардан айтарлық қалыс: 2-4 және 5-9 жастағылар бойынша ата-аналар жауабы, басқа жас топтарында пациент және ата-аналар жауабы тіркелді. Өмір сапасының физикалық функция (ФФ) параметрлері, басқаларына қарағанда, анағұрлым төмен, ал эмоционалды функция (ЭФ) – айтарлық төмен емес. Бақылау тобы балаларының ӨС параметрлерінің кезкелгені мүгедектікпен балалардың көрсеткіштерінен басым жоғары: 3 еседен жоғары – физикалық функция, 2 еседен жоғары – әлеуметтік функция (ЭФ) параметрлерін атап көрсетуге болады. Салыстырмалы топтар ата-аналары мәліметтерінің статистикалық айырмашылығы айқын; рольдік функциясын қанағаттанарлықсыз бағалайтын ата-аналар басым. Жалпы, барлық ӨС параметрлері БҚС науқастарында сау балалардың көрсеткіштерінен алшақ әрі төмендігі, тікелей, осы санаттағы пациенттердің үздіксіз түрде ұзаққа созылатын қалпына келтіру-қолдау көмегіне мұқтаждығына нұсқайды.
6. Республикадағы балалар реабилитологиялық қызметі, ЦСА туындау және таралу сипатын ескере отырып, балалар денсаулығындағы шектеулермен күресіп қалпына келтіру көмегінің тиімді әрі кешенді ұйымдастырылуын жетілдіруді, сонымен қатар интегративті көмек көрсетуде арнайы мамандардың үйлестірілуін, материалдық-техникалық базасын нығайтуды қажет етеді. Зерттеу нәтижелерінде ұсынылған қалпына келтіру- түзету- дамыту үлгісі ЦСА науқас балаларды ерте жасынан түзетіп дамытудың функционалды моделін ғылыми- теориялық негіздей отырып денсаулық сақтау практикасы үшін қолданбалы болып табылады.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1) БЦС дамуына әсерлі пре-, интра-, постнатальді кезеңдердегі этиопатогенетикалық қауіп факторлары ана мен бала денсаулығын қорғау мекемелерінде жүктілікке дайындау, жүктілікті диспансерлік бақылау, босанғаннан кейінгі ана мен бала денсаулығын қадағалау (жасөспірім қыздар арасында санитарлық-ағарту жұмыстарын, салауатты өмір салтын насихаттау, дер кездік диспансеризация және сауықтыру) сапасын арттыруды талап етеді.

2) Денсаулық сақтауды ұйымдастыруда балалардағы неврологиялық бұзылыстарды ерте диагностикалауға, реабилитациялық көмек кешендерін дамытуға, ата-аналармен қалпына келтіру көмегін мүмкіндігін арттыруды приоритетті мәселелер қатарына қою.

3) Медициналық мекеменің реабилитациялық көмекті жетілдірудегі ұсынған қалпына келтіру-түзету-дамыту интегративті үлгісі медициналық-психологиялық-педагогикалық іс-шаралар жүйесі арқылы мүгедектікті шектеу мәселелерін азайтуға бағытталған кешенді бағдарлама бола отырып, аймақтық, қала жағдайындағы реабилитациялық орталықтар мен бөлімдерде қолданыла алады.

4) Әрбір науқас жағдайына байланысты әзірленетін жеке курс бағдарламасы бойынша сырқатнамадағы, реабилитациялық карта және қорытындыдағы пациент жағдайы мен қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру тиімділігіне қатысты жазбаларды унификациялау арқылы салыстырмалы бағалау мүмкіндігін арттыру.

5) ЦСА балалардың өмір сапасын зерттеу нәтижелері, оларды тәрбиелеуші отбасылардың қажеттіліктері біріншілік медико-санитарлық көмек мекемелері деңгейінде арнайы база құрып, кешенді түрде денсаулықтағы шектеулермен күресу бағдарламаларын ұйымдастыруды талап етеді: отбасыларда туындайтын мәселелер мен мұқтаждықты қанағаттандыруға жауапты қызметкерлердің өзара сабақтастықта әрекет етуі медико-әлеуметтік қолдау қызметінің әлсіз және күшті жақтарын анықтай отырып сапасын арттырады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы. – Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 26 желтоқсандағы № 982 қаулысы.

2 Li Huang, Che Zhang et al (2018). A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Human Umbilical Cord Blood Mesenchymal Stem Cell Infusion for Children With Cerebral Palsy. Cell Transplantation (2018) Vol. 27(2) 325-334

3 Булекбаева Ш.А. Разработка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий при различных формах детского церебрального паралича: дисс. ...д.м.н.:14.00.13. – Алматы, 2010. – 254с.

4 Қазақстан Республикасында мүгедек адамдардың құқықтарын қамтамасыз ету және тұрмыс сапасын жақсарту жөніндегі 2025 жылға дейінгі ұлттық жоспарды бекіту туралы ҚР Үкіметінің 2019 ж. 28 мамыр № 326 қаулысы

5 Г.А. Мухамбетова, Л.В. Дробышева, А.С. Балбаева, К.С. Сарбасова, А.С. Каримова, Т.К. Серова. Реабилитационный процесс при церебральных параличах в условиях РДКБ «Ақсай» /<https://kaznmu.kz/press/kk/2011/09/29/>

6 Тутаева А.А. Туа пайда болған даму ақаулары бар шала туылған балалардың неврологиялық және соматикалық ерекшеліктері: дисс. ... PhD. – Туркестан, 2018. – 97с.

7 «Мүгедектігі бар балалардың жағдайына талдау: Қазақстан Республикасында инклюзивті қоғамды дамыту», - Астана, 2014, – 108 б.

8 Тұрсынов Н.И., «Балалар нейрохирургиясы»: оқулық / Н. И. Тұрсынов – Қарағанды, 2019. –204 бет

9 Шабенец Е. А., Хатит Ф. Р., Сельмидис Л. Ф. Факторы субъективного благополучия матерей, воспитывающих детей-инвалидов с детским церебральным параличом // Психолого-педагогические особенности семьи XXI века: колл.науч. моногр. Ульяновск: Зебра. - 2016. - § 6.4. - С. 404-419.

10 Р.Б. Исаева, Р.Ж. Сейсебаева, М.Н.Жакупова, Ш.Е.Каржаубаева Факторы риска ДЦП в неонатальном периоде// Вестник КазНМУ. - Алматы: 2018. - №3. - С. 69-73.

11 Оксамитный Ю.В., Айдапкелов Н.С. Дети Казахстана /Статистический сборник. Астана, 2017, 2018 (Б.8)

12 Ткаченко Е.С., Голева О.П., Щ. И др. Детский церебральный паралич: состояние изученности проблемы // Мать и дитя в Кузбассе. №2(77) 2019 - С.4-9.

13 С. А. Немкова. Детский церебральный паралич: ранняя диагностика и восстановительное лечение //Лечащий врач. – 2016. ISSN 2687-1181 (online)

14 Володин Н.Н., Медведев М.И. и др. Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения //Педиатрия.- 2010. – Том 89 №2. -с. 101-109.

15 Батышева Т.Т., Гузева В.И. и др. Совершенствование доступности и качества медицинской помощи и реабилитации детей с детским церебральным параличом // Педиатр. -2016. - Том 7. №1. – С.65-72.

16 Галым А.Г., Достоева Б.С., Бердыкенова А.Ж., Усембаева Р.Б., Бестонова Л.Т. Анализ заболеваемости и профилактика детского церебрального паралича // Вестник КазНМУ. - Алматы: 2012. - №2. - С. 88-94.

17 Карякин Н.Н., Шейко Г.Е., Воловик М.Г., Белова А.Н. Технологии виртуальной реальности в комплексной медицинской реабилитации пациентов с детским церебральным параличом // 2020 / Bulletin of Siberian Medicine. 2020; 19 (2): 142–152.

18 Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми// Детский церебральный паралич/ учеб.пособие – Москва 2009-5-издание,698 бет. Гл.5.С.122-124.

19 Немкова С.А. және т.б. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений//учеб.пособие - Москва, Союз педиатров России, 2012 — 60 бет Гл.1 S.7-12.

20 Samson-Fang L., Bell K. L.Cerebral palsy guide//Ағыл.мед.журнал - 2017,№ 2. –S.1-4

21 Т.Т. Батышева; С.В. Трепилец; О.Л. Бадалян.Детский церебральный паралич и эпилепсия.Современные подходы к лечению//Метод.рекомендации №27 – Москва, 2016. S.5-7.

22 Смагулова А.Р., Мухамбетова Г.А., Кадыржанова Г.Б. Факторы риска развития спастической диплегии // Вестник КазНМУ. - 2015. - № 3. - С.89-91.

23 Кадыржанова Г.Б., Смагулова А.Р., Избасарова А.Ш. Этиология, начальные проявления, дискинетической формы детского церебрального паралича // Вестник КазНМУ. - 2015. - №2. - С.256-258.

24 М.Абдикадыр, М.К.Кульжанов и др. Церебральды сал ауруымен ауыратын балаларды реабилитациялау мәселесіне //«Акановские чтения». Сборник материалов международной научно-практической конференции eISSN: 2409-6334. – Алматы. –2020. – С.160

25 Н. Жакупова, Р.Б. Исаева, Д.А. Оспанова және т.б.//Vestnik Kaznmu №1-2019 / Основные причины развития детского церебрального паралича/ 2019 S. 176-185.

26 Kerr Graham /Cerebral Palsy - URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24919134> 2015.S.3-9.

27 Международная реабилитационная клиника им. Козьявкина/ Детский церебральный паралич URL:<http://www.intmedtourism.com/ru/companies/kozyavkin-international-rehabilitation-clinic> / 2013,S.2-7.

28 CDC/ Причины и факторы риска церебрального паралича - <https://www.cdc.gov/ncbddd/cp/index.html> 2019 S.3-8.

29 В. В. Осокин, Д. Х. Астрахан, Ж. Н. Головина Детский церебральный паралич //Монография Изд-во Иркут. гос. ун-та, 2010. – 307 с.S.15-25

30 Pagnozzi A.M., Dowson N., Doecke J. et al. Automated, quantitative measures of grey and white matter lesion burden correlates with motor and cognitive

function in children with unilateral cerebral palsy // *Neuroimage Clin.* – 2016. – 1. – P.751–759. doi:10.1016/j.nicl.2016.05.018 73.

31 Усембаева Р.Б., Мухамбетова Г.А., Сарбасова К.С., и др. Клинико-анамнестические и компьютерно-томографические особенности головного мозга детей с атактической формой ДЦП // *Вестник АГИУВ. Специальный выпуск.* - 2011. – С. 53-54.

32 L.Rogers,.E.Wong / Cerebral Palsy URL: <http://www.pathophys.org/cerebralpalsy/> 2007,5 бет S.3-5

33 Евтушенко С.К /Этиология и патогенез детского паралича у детей (новый взгляд на старую проблему//Лекция URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/38543> 2014 S.5-9.

34 Л.М. Щипицына, И.И. Мамайчук Детский церебральный паралич/ Христоматия . Санкт-Петербург, Издательство "Дидактика Плюс" 2001, 272б. (Б.86)

35 Сомила Томини, Микаэлла Ваноре, Сепиде Юзефзаде, Франциска Гассманн/ Анализ положения детей с инвалидностью: развитие инклюзивного общества в Республике Казахстан. Астана, 2014, 108б. (Б.22)

36 Вах М., Goldstein M., Rosenbaum P., et al. Proposed Definition and classification of cerebral palsy. // *Developmental Medicine & Child Neurology.* – 2005. – April. – Vol. 47, №8. – P.571-576.

37 Wimalasundera N., Stevenson V.L. Cerebral palsy. // *Pract Neurol.* – 2016. – Vol. 16, №3. – P. 184-194.

38 Odding E., Roebroek M.E., Stam H.J. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. // *Disability and Rehabilitation.* – 2006. – June. – Vol. 28, №4. – P.183-191.

39 Surman G., Bonellie S., Chalmers J., et al. UKCP: a collaborative network of cerebral palsy registers in the United kingdom. // *Journal of Public Health.* – 2006. – June. – Vol. 28, №2. – P.148-156.

40 Paneth N., Leviton. A., Goldstein M. et al. A report: The definition classification of cerebral palsy. // *Developmental Medicine & Child Neurology.* – 2007. – Vol. 49, – P.8-14.

41 Blair T., Watson L. Epidemiology of cerebral palsy // *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine.* – 2006. – April. – Vol. 11, №2. – P.117-125.

42 Moon SeokParkaSe JinKimbChin YoubChungaDae GyuKwonaIn HoChoicKyoung MinLee //Prevalence and lifetime healthcare cost of cerebral palsy in South Korea//*Health Policy Volume 100, Issues 2–3, May 2011, Pages 234-238*

43 Seong Woo Kim,1 Ha Ra Jeon,1 Ji Cheol Shin,2 Taemi Youk,3 and Jiyong Kim//*Incidence of Cerebral Palsy in Korea and the Effect of Socioeconomic Status: A Population-Based Nationwide Study//Yonsei Med J. 2018 Aug 1; 59(6): 781–786.*

44 Белоусова Е.Д. Эпилепсия и спастические формы детского церебрального паралича // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* – М., 2003. – № 2. – С. 32-37.

45 М.Абдикадыр, М.К.Кульжанов, А.А.Айтманбетова, А.Н.Нурбакыт. Балалар церебральды сал ауруын тәрбиелеуші отбасылардың медико-элеметтік сипаты. // *Вестник КазНМУ №1-2019 С.609-611*

46 Елисиновой Айнур Муратовна дисс.на тему: «Совершенствование медико-социальной помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов вследствие детского церебрального паралича». – 2013г С.11 <https://kaznmu.kz/rus/wp-content/uploads/2013/11/>

47 Voorman J.M., Dallmeijer A.J., Schuengel C. Activities and Participation of 9- to 13-year old children with cerebral palsy. // Clinical Rehabilitation. – 2006. – November. – Vol. 20, №11. – P.937-948.

48 Иманалиев Б.З. Качество жизни лиц, имеющих инвалидность, с учетом гендерной специфики/доклад. Астана, 2015, 124б.(Б.37)

49 Ресми статистика/ Балалар статистикасы/Қазақстандағы 5 жасқа дейінгі балалардың алғашқы сырқаттануы //stat.gov.kz

50 Пак.Л.А., Фисенко А.П., Кузенкова Л.М. Мультидисциплинарное сопровождение детей с детским церебральным параличом./Учебное пособие-2019. –393 б. (Б.35-39).

51 Батышева Т.Т. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме (обзор литературы) // Русский медицинский журнал. 2012. № 8. 70б. (Б 22-27).

52 А.В. Рогов. Комплексная коррекция ограничений жизнедеятельности ребенка 13 лет с детским церебральным параличом // Педиатрия. – 2010. – Том 89, №4. – С.146-147.

53 Батышева Т.Т., Трепилец В.М., Климов Ю.А., Квасова О.В., Глазкова С.В. Современный взгляд на проблему детского церебрального паралича /учебное пособие 2016. №2(27). 465с.(С. 5-9).

54 Добряков И.В., Щедрина Т.Г. Восстановление и лечение детей с поражениями ЦНС и опорно-двигательного аппарата. / учебное пособие 2004. 318б. (Б.140)

55 Абдикадыр М., Кульжанов М.А., Айтманбетова А.А., Нурбакыт А.Н. О необходимости совершенствования организации реабилитационной помощи детям с церебральным параличом // Вестник КазНМУ, № 4, 2018 г. Б. 260-264.

56 Прокинова А.Н.,Магомедова З.А.// Опыт Канады в разработке законодательства по реабилитации инвалидов <file:///C:/Users/Hp/Downloads/opyt-kanady-v-razrabotke-zakonodatelstva-po-reabilitatsii-invalidov.pdf>

57 Головина О.Н.маг.дисс. //Создание организационной модели долгосрочной реабилитационной помощи детям с диагнозом детский церебральный паралич//Москва, 2020 <https://www.hse.ru/edu/vkr/368408924>].

58 Shin-Young Yim, Chung-Yong Yang, Joo Hyun Park, Min Young Kim//Korean Database of Cerebral Palsy: A Report on Characteristics of Cerebral Palsy in South Korea //Ann Rehabil Med. 2017 Aug; 41(4): 638–649.

59 Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»: информация о центре /<https://balbulak.kz/>

60 О.А. Ключкова, А.Л. Куренков и др. Общее моторное развитие и формирование функции рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича на фоне ботулинотерапии и комплексной реабилитации. //(Вестник РАМН. 2013; 11: 38–48

61 Мухамбетова Г.А. Диспорт в комплексной реабилитации спастических параличей // Сб. научных трудов «Актуальные проблемы нейрореабилитации». – Алматы, 2006. – С. 162-165.

62 Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. / учебное пособие- 2013. 185б (Б.90-100).

63 Novak I., Morgan C. et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy // Curr Neurol Neurosci Rep. 2020 Feb 21;20(2):3

64 Vlasenko S V, Golubova T F. et al. A complex sanatorium-resort rehabilitation of patients with cerebral palsy with spastic diplegia // Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2018. – Vol. 118, №7. – P.40-44.

65 Martin L., Baker R., Harvey A. A systematic review of common physiotherapy interventions in school-aged children with cerebral palsy // Phys Occup Ther Pediatr. 2010. – Vol. 30, №4. – P.294-312.

66 Pin T., Dyke P., Chan M. The effectiveness of passive stretching in children with cerebral palsy // Dev Med Child Neurol. 2006. – Vol. 48. №10. – P. 855-862.

67 Zanon M.A., Pacheco R.L. et al. Neurodevelopmental Treatment (Bobath) for Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review // J Child Neurol. 2019. – Vol. 34, №11. – P. 679-686.

68 Knox V, Evans AL. Evaluation of the functional effects of a course of Bobath therapy in children with cerebral palsy: a preliminary study // Dev Med Child Neurol. 2002. – Vol. 44, №7. – P. 447-460.

69 Mayston M. Bobath and NeuroDevelopmental Therapy: what is the future? // Dev Med Child Neurol. 2016. – Vol. 58, №10. – P. 994.

70 Астахов В.А. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы. / учебное пособие 2000. № 3. 385б. (Б.44-49).

71 Roostaei M, Baharlouei H, Azadi H, Fragala-Pinkham MA. Effects of Aquatic Intervention on Gross Motor Skills in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review // Phys Occup Ther Pediatr. 2017. – Vol. 37, №5. – P. 496-515.

72 Абдикадыр М., Кульжанов М.А. и др. Балалар церебральды сал ауруымен балаларды реабилитациялауды жетілдіру // Астана медициналық журналы №2(100), 2019 г. Б. 212-217.

73 Hauer J, Houtrow AJ. Pain Assessment and Treatment in Children With Significant Impairment of the Central Nervous System // Pediatrics. 2017. – Vol. 139, №6.:e20171002.

74 Anaby D, Korner-Bitensky N. Current Rehabilitation Practices for Children with Cerebral Palsy: Focus and Gaps // Phys Occup Ther Pediatr. 2017. – Vol. 37, №1. – P. 1-15.

75 А.В.Гулин, А.А.Бруйков, А.И.Петкевич. Применение фиксационного массажа и онтогенетической гимнастики у детей с ДЦП. // Вестник ТГУ, том 15, Вып. 1, 2010. С.23-25.

76 Fehlings D, Brown L, Harvey A. et al. Pharmacological and neurosurgical interventions for managing dystonia in cerebral palsy: a systematic review // Dev Med Child Neurol. 2018. – Vol. 60(4). –P.356-366.

77 Cano Porras D, Siemonsma P. et al. Advantages of virtual reality in the rehabilitation of balance and gait: Systematic review // *Neurology*. 2018. - Vol. 90(22). – P.1017-1025.

78 Disabil Rehabil. Biofeedback interventions for individuals with cerebral palsy // *Disabil Rehabil*. 2019. - Vol. 41(20). –P. 2369-2391.

79 Абдикадыр М. Балалар церебральды сал ауруларына реабилитациялық көмекті жетілдіру // Материалы международной научной конференции VI Международные Фарабиевские чтения Алматы, Казахстан, 2–12 апреля 2019 г. С.9-10.

80 Cleary SL, Taylor NF, Dodd KJ, Shields N. Barriers to and facilitators of physical activity for children with cerebral palsy in special education // *Dev Med Child Neurol*. 2019. - Vol. 61(12). –P.1408-1415.

81 Zuurmond M, O'Banion D. et al. Evaluating the impact of a community-based parent training programme for children with cerebral palsy in Ghana// *PLoS One*. 2018. -* Vol.13(9):e0202096

82 Давыдюк А.М. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья и реабилитации детей в дошкольных учреждениях: сб. науч. тр. /А.М.Давыдюк, А.А.Крюкова, // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – Минск, 2001. –Вып.3. –С. 93-977

83 Chen A.Y., Newacheck P.W. Insurance coverage and financial burden for families of children with special health care needs. // *Ambul. Pediatr*. -2006. Vol. 6, №4. –P.204-209.

84 Foster K., O'Brien L., McAllister M. Addressing the needs of children of parents with a mental illness: Current approaches. // *Contemporary Nurse*, -2004. - Vol. 18 (1-2). –P.67-80.

85 Pelchat D., Lefebvre H. A holistic intervention programme for families with a child with a disability. // *Journal of Advanced Nursing*, 2004. - Vol. 48, №2. – P.124-131.

86 Krstić T, Oros M. Coping with stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. // *Med Pregl*. 2012. - Vol. 65(9-10). -P.373-377.

87 Hirose T, Ueda R. Long-term follow-up study of cerebral palsy children and coping behaviour of parents. *J Adv Nurs*. 1990. - Vol. 15(7). -P762-70.

88 Huang YP, Kellett UM, Cerebral palsy: experiences of mothers after learning their child's diagnosis. // *St John W.J Adv Nurs*. 2010. - Vol. 66(6). –P.1213-21.

89 Graham D, Paget SP, Wimalasundera N. Current thinking in the health care management of children with cerebral palsy. // *Med J Aust*. 2019. Vol. 210(3). –P. 129-135.

90 Emerson E. Poverty and people with intellectual disability. // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2007. - Vol. 13, №2. –P.107-113.

91 Emerson E., Graham H., McCulloch, A.; Blacher, J.; Hatton, C.; Llewellyn, G. The social context of parenting 3-year-old children with developmental delay in the UK. // *Child: Care, Health and Development*, Vol. 35, No. 1, 01.2009, p. 63-70.

92 Emerson E., Hatton C. Socio-economic position, poverty and family research. // International Review of Research in Mental Retardation, 2009.- Vol. 37, P. 97-129

93 Sen E., Yurtsever S. Difficulties Experienced by families with disabled children. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 200712(4), 238–252.

94 Cury VC., et al. Environmental settings and families' socioeconomic status influence mobility and the use of mobility devices by children with cerebral palsy. //Arq Neuropsiquiatr. 2013. PMID: 23295366

95 М.Абдикадыр. Балалар церебралды сал ауруын реабилитациялық оңалтудағы жаңартылған тәсілдердің маңызы //Международная образовательно-научная конференция «Влияние программы Эразмус плюс на повышение потенциала высшего образования».– Алматы, 2-3 июнь 2021г

96 Raina P, O'Donnell M. et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. //Pediatrics. 2005. – Vol. 115(6):e626-36.

97 Абдикадыр М. Церебралды сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін жетілдіру мәселелері // International scientific journal «Global science and innovations 2020. Astana, Kazakhstan December 2020. –P. 10-13

98 Mei C, Reilly S, Reddihough D. et al. Activities and participation of children with cerebral palsy: parent perspectives. //Disabil Rehabil. 2015. - Vol. 37(23). – P. 2164-2173.

99 Козлов В.К. Здоровье детей и подростков на Дальнем Востоке Текст./В.К.Козлов. Новосибирск: СО РАМН, 2003. -288 с.

100 Методические подходы к определению инвалидности у детей и организация медико-социальной экспертизы детей-инвалидов Текст./Д.И.Лавров, Т.А.Сивуха и др. М.: ЦИЭТИН, 1999. -46с.

101 Job A, Naina P. et al. Validation of a drooling questionnaire in Indian children with cerebral palsy. //Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018. - Vol.112. – P.55-60.

102 Ribeiro MF, Porto CC, Vandenberghe L. Parental stress in families of children with cerebral palsy: an integrative review. //Cien Saude Colet. 2013. - Vol. 18(6). – P. 1705-1715.

103 Удалова О.В. Мониторинг и пренатальная диагностика болезни Дауна у потомства женщин старше 35 лет / О,В.Удалова, Н.С.Демикова и др. // Рос. Вестник перинатологии и педиатрии. 2004. -№5. –С.24-27.

104 Хуснутдинова З.А. Пути совершенствования медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям / З.А.Хуснутдинова // Российский педиатрический журнал. -2001. -№2. –С.60-63.

105 M.Abdikadyr, M.Kulzhanov, Z.Padaiga etc. The Social Portrait of Families Upbringing Children with Cerebral Palsy // Systematic Review Pharmacy. -Vol 11, Issue 4, 2020 : 401-404. A multifaceted review journal in the field of pharmacy

106 Позднякова М.А. О результатах регионального мониторинга детской инвалидности / М.А. Позднякова // Российский педиатрический журнал. -2002. -№2. –С.36-38.

107 Цели и задачи российского здравоохранения на 2006-2008 гг. / по материалам доклада Министра здравоохранения и социального развития

М.Ю.Зурабова на заседании Правительства РФ // Главный врач.2006. -№3. –С. 115.

108 Сисекенова Р.М. Совершенствования управления медико-социальной помощью детям-инвалидам с нарушениями психофизического развития: дис. ...к.м.н.: 14.00.33. –Алматы, 2000. -133с.

109 Камаев И.А., Гурвич Н.И. и др. Медико-социальные аспекты детской инвалидности // Здравоохранение Рос. Федерации. 1997. -№5. –С.45-48.

110 О положении детей и семей, имеющих детей, в Пермском крае. Ежегодный доклад 2015 г. / Под общей редакцией: Л.В. Волковой. -348с.

111 Coleman R.J. Reducing social inequalities in health among children and young people. //Электронный ресурс.

112 Licari L. Children/s health and environment. Devoloping action plans. Tamburlini Copenhagen: WHO, 2005. -88р.

113 Mauricio L.B. Health inequalities: a global perspective //Ciência & Saúde Coletiva. -2017. -vol.22 №7.

114 Taylor S, Girdler S. et al. Construct validity and responsiveness of the functional Tactile Object Recognition Test for children with cerebral palsy. //Aust Occup Ther J. 2018. - Vol.65(5). – P. 420-430.

115 Rupp K., Davies P.S. et al. A profile of children with disabilities receiving SSI: highlights from the National Survey of SSI Children and Families. // Social Security Bulletin. -2006. -vol.66 №2. P.21-48.

116 Rupp K., Davies P.S. An overview of the National Survey of SSI Children and Families and related products //Social Security Bulletin 66(2):7-20.

117 Yam W.K. Chan H.S. et al. Prevalence study of cerebral palsy in Hong Kong children //Hong Kong Med J. 2006 Jun;12(3):180-4.

118 Аминова З.М., Гончарова О.Л. и др. Комплексная (медико-социальная-психологическая) реабилитация семей детей-инвалидов // Дети-инвалиды: права и реальность: материалы науч.-практ.конф., Саратов, 2003. –С.97-100.

119 Яфарова С.Ш., Аминова З.М. и др. Состояние детской инвалидности в Республике Татарстан // Актуальные проблемы педиатрии: материалы XII Конгресса педиатров России, Москва, 2008. –С. 539.

120 Bruil J. Development of a quality of life instrument for children with a chronic illness // quality of life News Letter. -2002. -№5. - P.19-23.

121 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб., 2002. -320с.

122 Новик А.А., Ионова Т.И., Никитина Т.П. Концепция исследования качества жизни в педиатрии // Педиатрия. -2002. -№6. - P.83-88.

123 Maestro-Gonzalez A, Bilbao-Leon MC. et al. Quality of life as assessed by adults with cerebral palsy. //PLoS One. 2018. - Vol. 13(2):e0191960.

124 Ackman I.D., Russman B.S. et al. Comparing botulinum toxin A with casting for treatment of dynamic equinus in children with cerebral palsy //Dev Med Child Neurol, 2005. - Vol. 47. -№9. - P.620-627.

125 Noreau L, Lepage C. et al. Measuring participation in children with disabilities using the Assessment of Life Habits. //Dev Med Child Neurol. 2007. - Vol. 49(9). – P. 666-671.

- 126 Liptak G.S. Complementary and alternative therapies for cerebral palsy // *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2005. - Vol. 11. -№2. –P.:156-163.
- 127 Восстановительное лечение детей с поражениями центральной нервной системы и опрото-двигательного аппарата /под ред. И.В.Добрягковой, Т.Т.Щедриной. – СПб., 2004. -317с.
- 128 Mpundu-Kaambwa C, Chen G. et al. A review of preference-based measures for the assessment of quality of life in children and adolescents with cerebral palsy. // *Qual Life Res*. 2018. - Vol.27(7). – P.1781-1799.
- 129 Chae S, Park EY, Choi YI. The psychometric properties of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) in children with cerebral palsy. // *BMC Neurol*. 2018. – Vol.18(1):151.
- 130 Graham P., Stevenson J. Flynn D. A new measure of health-related quality of life for children: preliminary findings. // *Psychol Health*. 1997. - Vol. 12. -№5. P. 655-665.
- 131 Vogels T., Verrips G.H. et al. Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form // *Quality of Life Research*. – 1998. – Vol. 7, -№5. P. 457–465.
- 132 Matza I.S. Swensen A.R. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues // *Value Health*.- 2004. -Vol. 7, -№1. P.79-92.
- 133 Wong E.C., Man D.W. Gross motor function measure for children with cerebral palsy // *Int J Rehabil Res.*- 2005. -Vol. 28, -№4. P. 355-359.
- 134 Гордеев В.И. Качество жизни – новый инструмент оценки развития детей. – СПб.: Речь, 2001. -200с.
- 135 Raphael D., Renwick R. Quality of Life Indicators and Health: Current Status and Emerging Conceptions // *Social Indicators Research*. -1996. - Vol. 39, -№1. P.65-88.
- 136 Maher CA, Toohey M, Ferguson M. Physical activity predicts quality of life and happiness in children and adolescents with cerebral palsy. // *Disabil Rehabil*. 2016. - Vol. 38(9). - P. 865-869.
- 137 Nieuwenhuijsen C., Donkervoort M. et al. Transition Research Group South West Netherlands. Experienced problems of young adults with cerebral palsy: targets for rehabilitation care. // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. -2009. - Vol. 90, -№11. P.1891-1897.
- 138 Donkervoort M., Wiegerink D. et al. Transition to adulthood: validation of the Rotterdam Transition Profile for young adults with cerebral palsy and normal intelligence // *Dev Med Child Neurol*. – 2009. - Vol. 51, -№1. P.53-62.
- 139 Penner M., Xie W.Y. et al. Characteristics of Pain in Children and Youth With Cerebral Palsy // *Pediatrics*. -2013, 132 (2). –P. e407-e413
- 140 Maher C.A., Olds T. et al. Self-reported quality of life in adolescents with cerebral palsy // *Phys Occup Ther Pediatrics*. – 2008. - Vol. 28, №1. P.41-57.
- 141 Graham D., Paget S.P., Wimalasundera N. Current thinking in the health care management of children with cerebral palsy // *Med J Aust*. -2019. - Vol. 210, №3. P. 129-135.

- 142 Waters E., Davis E. et al. Quality of life instruments for children and adolescents with neurodisabilities: how to choose the appropriate instrument // *Dev Med Child Neurol.* – 2009. -51(8). –P. 660-669.
- 143 Liptak, G.S. Murphy N.A., Council on Children With Disabilities. Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy // *Pediatrics.* -2011. - Vol. 128, -№5. P.e1321-9.
- 144 Wake M., Salmon L., Reddihough D. Health status of Australian children with mild to severe cerebral palsy: cross-sectional survey using the Child Health Questionnaire // *Dev Med Child Neurol.* 2003/ -45(3)/ P. 194-199.
- 145 Казанаква Т.С. Особенности развития детей с ДЦП // *Вестник педагогического опыта.* -2018. -№ 41. –С. 138-143.
- 146 Реукова О.В., Зацаринская С.Н. Проблемы и психологические особенности детей с ДЦП // *Научный альманахю* -2015. -№ 11-2 (13). -С. 344-347.
- 147 Шевырева Е.Г., Запорожец А.В. Клинико-психологические особенности детей с церебральным параличом // *Современный ученый.* -2016. - №4. –С. 30-32
- 148 Paulson A., Vargus-Adams J. Overview of Four Functional Classification Systems Commonly Used in Cerebral Palsy // *Children (Basel).* -2017. -24;4(4). – P.30.
- 149 Vargus-Adams J. Outcome Assessment and Function in Cerebral Palsy // *Phys Med Rehabil Clin N Am.*- 2020. - 31(1). –P. 131-141
- 150 Wimalasundera N., Stevenson V.L. Cerebral palsy // *Pract Neurol.* -2016. - 16(3). –P. 184-94.
- 151 Gulati S1, Sondhi V Cerebral Palsy: An Overview // *Indian J Pediatr.* - 2018. - 85(11). –P. 1006-1016.
- 152 Deutz U., Heussen N. Impact of Hippotherapy on Gross Motor Function and Quality of Life in Children with Bilateral Cerebral Palsy: A Randomized Open-Label Crossover Study // *Neuropediatrics.* – 2018. -49(3). -P. 185-192.
- 153 Алиева А.А., Алиева Х.М. и др. Оценка качества жизни у детей-инвалидов с детским церебральным параличом в Республике Дагестан. // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация, № 4, 2012.* – С.54-57.
- 154 Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф. Особенности оценки нутритивного статуса у детей с детским церебральным параличом // *Рос вестн перинатол и педиатр.* – 2018. - 63:(5):-С. 212–216.
- 155 Семенова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: руководство для врачей. – Ташкент, 1979. – 487 с.
- 156 Meseguer-Henarejos AB, Sánchez-Meca J. et al. Inter- and intra-rater reliability of the Modified Ashworth Scale: a systematic review and meta-analysis. // *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018. – Vol. 54(4). – P.576-590.
- 157 GMFCS (Gross Motor Function Classification System) - Expanded and Revised. /Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston, 2007. CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University

158 Исмагилов М.Ф., Гайнетдинова Д.Д., Семенов В.В., Пахалина И.А. Клинико-томографические и иммунологическое исследование больных детским церебральным параличом // Ж-л неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – М., 2005. – Т.105, № 2. – С. 55-58.

159 Кондратьев Ю.А. Медико-социальные аспекты профилактики детской инвалидности и социальной реабилитации детей-инвалидов в Калужской области // Детская и подростковая реабилитация. – М., 2008. – № 1(10). – С. 56-58.

160 Артемова И.Г. Эпидемиологическая характеристика детской инвалидности и медико-социальные аспекты реабилитации детей с ограниченными возможностями. Автореф. дисс. ...:к.м.н. 14 00 30, 14 00 33. - Омск, 2007. – 23с.

161 Ермолаева Ю.Н. Ребенок с ограниченными возможностями в семье: медико-социальная реабилитация. Автореф. дисс. ...:д.м.н. 14.00.52. - Волгоград, 2008. – 48с.

162 L.C. Dinneen and, B.C. Blakesley. Algorithm AS 62: A Generator for the Sampling Distribution of the Mann-Whitney U Statistic // Journal of the Royal Statistical Society. 1973. -Series C . -. – P. 269-273.

163 Критерий Уилкоксона/<https://medstatistic.ru/methods/html>

164 Хатькова С.У. Применение ботулотоксина типа А (диспорт) в комплексной терапии пациентов с постинсультной спастичностью // ж-л неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.–М., 2008. – Т . 108, № 3. – С. 80-85.

165 Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter S. e.a. / Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy // Developmental Medicine and Child Neurology. – 1997. – № 39. – P. 214-223.

166 Morton R.E. Diagnosis and classification of cerebral palsy // Curr. Paediat. – 2001. – Vol. 11, №1. – С. 64-67.

167 Кураков Н. Клинико-параклиническая характеристика и вопросы профилактики различных форм детского церебрального паралича у детей Атырауской области: автореф.. ...канд.мед.наук.–Алматы, 2007. – 22 с.

168 АО КАЗМУНО Отчет проекта ДЦП 03_2018 /https://prezi.com/66_315_aqkyu/

169 Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. - М., 2004.

170 К.А. Даутова, Г.А. Диханбаева. Проблема семей имеющих детей инвалидов. Вестник КазНМУ №1. – 2018. - С.381-385.

171 Т.К. Рахыпбеков, А.М. Елисинова, Ю.М. Семенова и др. Финансовая поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов в Казахстане и за рубежом. Наука и здравоохранение №1. - 2014. - С.8-11.

172 Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб.пособие для студентов высш. учеб. заведений / Под. ред. В. И. Селиверстова. - М.: ВЛАДОС, 2003.- 408с.

ҚОСЫМША А

Сауалнама

«Церебральды сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру тиімділігі жөніндегі ата-аналардың пікірі» сауалнамасы

(Сауалнама анонимді, егер қандайда сұраққа жауап бергіңіз келмесе, келесі сұраққа өтуіңізге болады)

1. Сіздің балаңыз неше жаста? ____
2. Қазіргі диагнозы қандай? ____
3. Бала туылғалы бері қандай диагноздар қойылып еді, қандайлары алып тасталды? ____
4. Бала туылғанда Сіз неше жаста едіңіз? ____
5. Нешінші жүктілігіңіз? ____
6. Егер бірінші жүктілігіңіз болмаса, онда алдыңғылары қалай аяқталған еді?
 1. Босану ____
 2. Медициналық аборт ____
 3. Бала тастап қою ____
 4. Дамымай қалған жүктілік ____
 5. Өлі туылу ____
 6. Басқа ____
7. Егер басқа балаларыңыз болса, олар невролог тіркеуінде тұра ма?
 1. Басқа балалар жоқ ____
 2. Иә ____ қандай диагнозбен? _____
 3. Жоқ, тіркеуде тұрмайды ____
8. Жүктілік кезінде Сізге төмендегі факторлар әсер етті ме?

Сіздің ауруларыңыз:

 1. жұқпалы аурушылдық _____
 2. қант диабеті _____
 3. гипертиреоз _____
 4. бүйрек аурулары _____ қандай? _____
 5. тоқтамайтын жүктілік құсуы _____
 6. жүрек-өкпе жетіспеушілігі _____
 7. бауыр аурулары _____ қандай? _____
 8. қан аурулары _____ қандай? _____
 9. басқа аурулар (сифилис, туберкулез, токсоплазмоз, листериоз, сүйек-буын аномалии және т.б.) _____ қандай? _____
 10. Жүктілік кезіндегі дәрілік терапия _____ қандай? _____
 11. Кәсіби зияндылықтар (радиоактивті сәулелену, вибрация, химиялық) Реагенттер т.б.) _____ қандай? _____
 12. Хирургиялық емделу, наркоз _____ қандай? _____
 13. Қан топтарының, резус-факторының сәйкессіздігі _____

14. Жатырдан қан кету _____
15. Ұрық айналасындағы судың көптігі _____
16. Ұрық айналасындағы судың аздығы _____
17. Көпұрықты жүктілік _____
18. Жүктілік мерзімдерінің бұзылуы (37 аптадан аз немесе 42 аптадан жоғары) _____

9. Сіздің балаңыз церебральды сал ауруымен негізделген себебі бар ма? (медициналық қызметкерлер атап көрсеткен себеп)

1. Иә, бәрінің айтатыны бір _____ қандай? _____
2. Жоқ, ешкім атап айта алмады _____
3. Иә, себебі көп _____ қандай және кімдер атап көрсетті? _____

10. Сіз осы айтылған себептермен келісесіз бе?

1. Жоқ _____
2. Сіздің ойыңызшы, қандай себеп болуы мүмкін? _____
3. Иә, айтылған тек бір ғана себебімен келісемін _____ қандай? _____

11. Ең алғаш дәрігер жүйке жүйесінің патологиясына күмәнданғанда Сіздің балаңыз неше айлық/жаста еді? _____ жас

12. Қандай себептер негізінде күмән туды?

1. Менің шағымым _____ Қандай шағымдар? _____
2. Жоспарлы қарау барысында ауытқуларды байқаған _____ Қандай? _____
3. Басқа _____

13. Баланың неше жасында «Балалардың церебральды сал» диагнозы қойылды? _____

14. Алғашқы симптомдарынан қорытынды диагноз қойылғанға дейін қанша уақыт өтті?

15. Баланы емдетуді неше жасынан бастадыңыз? _____ жас

16. Балаңызды емдету үшін қандай емдеу және реабилитация әдістерін қолдандыңыз?

1. Емдік шынықтыру _____
2. Массаж _____
3. Жүзу _____
4. Физиотерапия (балшықпен емделу, інжу ваннасы, электрофорез және т.б.) _____
5. Физиотерапияның қолданылған әдістері? _____
6. Козьявкин әдістемесі _____
7. Качесов әдістемесі _____
8. Бобат-терапия _____
9. Войта-терапия _____
10. Кондуктивті педагогика _____
11. ДПК (Динамикалық проприоцептивті коррекция, «Адели», «Гравистат», «Гравитон» костюмдерін қолдану) _____
12. Қандай костюм қолдандыңыз? _____
13. Иппотерапия _____
14. Дельфинотерапия _____
15. Сенсорлы коррекция әдістері (сенсорлы бөлмелер, Монтесорри кластары және т.б.) _____
16. Иглотерапия _____
17. Дәрілік шөппен емдеу _____

18. Бас-ми қантамырларын жақсартатын аппарат _____
 19. Қол-аяқ қимылын қалпына келтіретін аппарат _____
 20. Парафинотерапия _____
 21. Логопед _____
 22. Басқа _____

17. Сізге қандай әдістемелер тиімсіз болып көрінді? _____

18. Сізге қандай әдістемелер тиімді болып көрінді? _____

19. Белгілі бір әдістемелердің үйлесімі тиімді болып табылса, ол қандай әдістемелердің үйлесімі? _____

Әдістеменің /немесе әдістемелер үйлесімдерінің атауын төменде көрсетіңіз

Назар аударыңыз! Мысалы: «Сөйлеу» критерийлері: 0 – еш сөйлемей, 10 – жасына сәйкес ауытқусыз сөйлеу.

«Бұлшық ет тонусы» критерийлері: 0 – белгілі бір топ бұлшық ет тонусының толығымен болмауы (гипокинезия) немесе буындардағы активті/пассивті қозғалыстарды жасауға мүмкіндік бермейтін максималды гипертонус (гиперкинезия), 10 – жасына сәйкес бұлшық ет жағдайының қалыпты болуы.

20. Әдістеме 1 (немесе әдістемелер үйлесімі) _____

Бағалау критерийлері	1. Әдістемені қолданғанға дейінгі бағалау критерийі 0-ден 10-ға дейін	2. Әдістемені қолданғаннан кейінгі бағалау критерийі 0-ден 10-ға дейін
20.1. Жалпы өмір сапасы		
20.2. Өз-өзіне қарай алу дағдылары		
20.3. Сөйлеу		
Қозғалу мүмкіндігі:		
20.4. Тепе-теңдігі		
20.5. Координация		
20.6. Қолдардың күші		
20.7. Қолдармен кішігірім моторика жасау		
20.8. Бұлшық ет тонусы		
20.9. Буындардың қозғалысы		
Психологиялық-эмоционалды жағдай:		
20.10. Көңіл-күйі		
20.11. Белсенділігі		
20.12. Тұлғааралық арақатынас		
20.13. Сіздің вариантыңыз _____		

21. Әдістеме 2 (немесе үйлесімі) _____

Бағалау критерийлері	1. Әдістемені қолданғанға дейінгі бағалау критерийі 0-ден 10-ға дейін	2. Әдістемені қолданғаннан кейінгі бағалау критерийі 0-ден 10-ға дейін
21.1. Жалпы өмір сапасы		
21.2. Өз-өзіне қарай алу дағдылары		
21.3. Сөйлеу		
Қозғалу мүмкіндігі:		
21.4. Тепе-теңдігі		
21.5. Координация		
21.6. Қолдардың күші		
21.7. Қолдармен кішігірім моторика жасау		
21.8. Бұлшық ет тонусы		
21.9. Буындардың қозғалысы		
Психологиялық-эмоционалды жағдай:		
21.10. Көңіл-күйі		
21.11. Белсенділігі		
21.12. Тұлғааралық арақатынас		
21.13. Сіздің вариантыңыз _____		

22. Сауалнаманы толтырғаннан кейін сізде қосымша пікір пайда болған болса, осы жерге қалдырсаңыз болады _____

Көңіл бөлгеніңіз үшін рақмет!

Сауалнама

«Церебральды сал ауруымен ауыратын балаларды тәрбиелейтін отбасылардың әлеуметтік-гигиеналық сипатын зерттеу» сауалнамасы

Отбасы туралы жалпы мәліметтер

1. Отбасының сипаты:

1. Толық.
2. Толық емес.
3. Көпбалалы.
4. Асырап алған.

2. Науқас балаға негізінен кім қарайды:

1. анасы
2. әкесі
3. әжесі
4. атасы
5. ағасы/әпкесі
6. басқа туыстары
7. асыраушы
8. басқа _____

3. Баланың жынысы?

1. әйел
2. ер

Әлеуметтік-тұрмыстық жағдайлары

4. Мүгедектікпен баланың ата-анасына тұрғын-жай немесе жер учаскесін бір рет тегін алу құқығы бар екенін білесіз бе?

1. Иә
2. Жоқ

5. Жұмысқа тұрғызуды қажет етесіз бе?

3. Иә
4. Жоқ

6. Үйіңіздің кіреберісі мүгедектерге арналып жабдықталған ба?

5. Иә
6. Жоқ
7. Жартылай

7. Кіреберіске қандай жабдық қажет:

8. сүйеніш
9. пандус
10. көтергіш
11. басқа _____

Отбасы мұқтажлықтары

8. Отбасыңыз тегін заңгердің көмегін қажет ете ме?
1. Иә
 2. Жоқ
9. Санаторлық-курорттық ем аласыз ба?
1. Иә
 2. Жоқ
10. Санаторлық-курорттық емделуді қай тараптан аласыз?
1. Әлеуметтік қорғау
 2. Қайырымдылық қорлары
11. Қалпына келтіру көмегін аласыз ба?
1. Иә
 2. Жоқ
12. Балаңыз қандай мамандардың көмегін қажет етеді?
1. Логопед
 2. Психолог
 3. Дефектолог
 4. Адаптивті дене шынықтыру инструкторы
 5. Әлеуметтік педагог
13. Әлеуметтік қызмет көрсету сапасымен қанағаттанасыз ба?
1. Иә
 2. Жоқ, себебі:
 - 2.1 Мамандармен сабаққа аз уақыт бөлінеді
 - 2.2 Мамандар біліксіздігі
 - 2.3 Жинайтын құжаттары көп
 - 2.4 Өз вариантыңыз _____
14. Әлеуметтік қолдау шараларымен қамтылғансыз ба?
1. Тұрғын-үй коммуналдық қызметті төлеуге ай сайынғы ақшалай көмек
 2. Санаторлық-курорттық емделуге жолдама
 3. Балалар жәрдемақысы
 4. Мемлекеттік әлеуметтік көмек
 5. Мүгедектікпен балалардың отбасына берілетін жәрдемақы
 6. Мүгедектерге күніне берілетін бір реттік жәрдемақы
 7. Консультативтік көмек көрсету
 8. Анықтамалар, парақшалар, брошюралар және т.б. түріндегі ақпараттық мәліметтер алу.
 9. Жоқ
15. Әлеуметтік таксиді пайдаланасыз ба?
1. Иә
 2. Жоқ
16. Әлеуметтік таксиді пайдаланбасаңыз, себебін көрсетіңіз:

1. Бұл қызмет туралы ақпараттың болмауы
2. Тұрғылықты жерде мұндай қызметтің болмауы
3. басқа _____

Білім беру қызметін көрсету қажеттілігі жөніндегі мәліметтер

17. Сіздің балаңыз білім беру мекемесіне бара ма? (нұсқаны көрсетіңіз)
1. арнайы бала бақша;
 2. бала бақшадағы арнайы топ;
 3. бала бақша;
 4. жалпы білім беру мектебі;
 5. арнайы жалпы білім беру мектебі;
 6. үй жағдайында оқыту;
 7. колледж (училище);
 8. жоо;
 9. бармайды.

Мекемелер мен ұйымдардың жұмысымен қанағаттануды бағалау

18. Денсаулық сақтау мекемелері
10. Толығымен
 11. Жартылай қанағаттанамын
 12. Қанағаттанбаймын
19. Халықты әлеуметтік қорғау жүйесінің мекемелері
1. Толығымен
 2. Жартылай қанағаттанамын
 3. Қанағаттанбаймын
20. Білім беру мекемелері
1. Толығымен
 2. Жартылай қанағаттанамын
 3. Қанағаттанбаймын
21. Қоғамдық мекемелер
1. Толығымен
 2. Жартылай қанағаттанамын
 3. Қанағаттанбаймын

ҚОСЫМША Б
«Қазақ медициналық қоғамы» қоғамдық бірлестігімен бірлескен
жұмыс есебінен



ҚОСЫМША В

Ғылыми жұмыс нәтижелерін енгізу актілері

Ғылыми-зерттеу жұмысының нәтижелерін енгізу АКТЫ

Ғылыми-зерттеу жұмысының нәтижелері енгізілетін мекеме:

«Қазақ медициналық қоғамы» қоғамдық бірлестігі

Енгізу үлгісі: Ақпараттық парақша

Церебралды сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін ұйымдастыруды жетілдіруді ғылыми негіздеуде «MaksatMed» медициналық мекемесінің базасында орындалған ғылыми-зерттеу нәтижесінде ұсынған қалпына келтіру көмегін ұйымдастыру үлгісі құрылымдық-ұйымдастыру құрамы жағынан негізгі бағыттарды қамтиды:

- *Диагностикалық бағыт* баланың психофизикалық дамуын жүйелі түрде диагностикалау, жасқа байланысты сапалы өзгерістерін ескеріп дамуын болжауда жеке бағдарламалар құрастыруды іске асырыды.
- *Реабилитациялық бағыт* көмек көрсетуді кешенді түрде (функциональды диагностика, арнайы құрылғылармен емдеу, массаж, ине салу, емдеу-шынықтыру, медикаментозды емдеу, ортопедиялық көмек, физиотерапия) үйлестіріп, түзету-дамытудағы басқа бағыттармен бірге функциональды жүйелердің бұзылыстарын қалпына келтіруге атсалысады.
- *Коррекциялық-педагогикалық бағыт* таным, сөйлеу сфераларын түзетумен байланысты әлеуметтік дамуына әсер етеді.
- *Сүйемелдеу бағыты* әлеуметтік бейімдеудегі аралық функциональды байланысты (дәрігерлер, арнайы педагогтар мен отбасы) қамтамасыз етеді.

Мекеменің медициналық персоналымен зерттеу жұмысының нәтижелері, тәжірибеге ұсынылған дамыту-түзету үлгісінің жұмыс бағыттары, мазмұндық ерекшеліктері талданды.

Енгізу тиімділігі: Құрастырылған тәжірибелік ұсыныстар толығымен практикалық жұмыста қолдануға бейімді. Реабилитациялық көмекті ұйымдастырудың аспектілері жан-жақты қарастырылған

Енгізу мерзімі: қараша, 2021ж.

Енгізуге жауапты:

Невропатолог Сенаидова А.С.

Директордың әлеуметтік жұмыс жөніндегі орынбасары:

Жуанбаева Н.Ж.



**Ғылыми-зерттеу жұмысының нәтижелерін енгізу
АКТі**

- Мекеме** «Шапағат» әлеуметтік қызмет орталығы» КММ
- Енгізу үлгісі:** «Церебралды сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін ұйымдастыруды жетілдіруді ғылыми негіздеу» тақырыбына «6D110200 – Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша философия докторы (PhD) ғылыми дәрежесін іздену диссертациясының ғылыми жұмыс нәтижелерінің ақпараттық парақшасы
- Енгізу тиімділігі:** Денсаулық сақтауды ұйымдастыруда неврологиялық бұзылыстары бар балаларға ерте реабилитациялық көмек көрсетуді дамытуды, ата-аналармен қалпына келтіру көмегін таңдау мүмкіндігін арттыруды приоритетті мәселелер ретінде қарастыруды ұсына отырып «MaksatMed» медициналық мекемесінің ғылыми зерттеу нәтижелеріндегі балалар церебральді сал ауруымен науқастарға қалпына келтіру-түзету-дамыту интегративті үлгісі медициналық-психологиялық-педагогикалық іс-шаралар жүйесі арқылы мүгедектікті шектеу мәселелерін азайтуға бағытталған тәжірибелік қолданбалы кешенді бағдарлама болып табылады.
- Тиімділік түрі:** емдеу-диагностикалық, экономикалық, медико-әлеуметтік
- Енгізу мерзімі:** тамыз, 2021ж.
- Енгізуге жауапты орындаушы: Генисбаева А.А. врач невропатолог *Генисбаева*
- Директор: Алимбекова Н.А.



Ғылыми-зерттеу жұмысының нәтижелерін енгізу АКТЫ

Мекеме ОО «АРДИ»

Енгізу үлгісі: ғылыми-зерттеу жұмысының нәтижелері бойынша ақпараттық парақша

Енгізу тиімділігі: «MaksatMed» медициналық орталығының ұсынған қалпына келтіру- түзету - дамыту үлгісі церебральді сал ауруымен наукас балаларды ерте жасынан түзетіп дамытудың функционалды моделі денсаулық сақтау практикасы үшін қолданбалы екенін негіздейді. Реабилитациялық көмек көрсетуді ұйымдастыру үлгісінде көмекті кешенді ұйымдастыру, интегративті сабақтастық пен дифференциалды принцип көзделген.

Қалпына келтіру көмегіне жүгінетін пациенттердің нозологиялық құрамы, патогенездегі этиологиялық факторлар, көмекті ұйымдастыру тиімділігіне қатысты зерттеулер реабилитациялық іс-шаралар жүйесін ұйымдастыруда, аурушылдықтың алдын-алуда профильді және жалпы мамандандырылған медициналық мекемелер үшін маңызды.

Тәрбиелеуші толық отбасыларды медициналық-әлеуметтік қолдаумен қанағаттану деңгейін анықтаудағы социологиялық зерттеулер кері байланыс инструменті, көмекпен қамтамасыз етілу және қамтамасыз етудегі шешілуі тиіс мәселелерге мониторинг жасауға мүмкіндік береді. Балалардан айтарлық қалыс; үздіксіз түрде ұзаққа созылатын қалпына келтіру-қолдау көмегіне мұқтаж.

Енгізу мерзімі: қыркүйек, 2021ж.

Енгізуге жауапты:

Бас дәрігер:

Сареснов Т.Т.
Котельников А.М.



ҚОСЫМША Г

«МАКСАТ МЕД» ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ

Бағыт парағы / Нейрореабилитация бөлімшесі

Науқастың Т.А.Ә	
Туған күні	
АХЖ бойынша коды	
Аллергиясы	
Емдеуші дәрігер	
Палата	

Күн тәртібі		Дәрілік препараттарды қабылдау уақыты
07:00	Ұйқыдан тұру	Постта (палатада)
07:30	Жаттығу	Таңертең 07.30 - 09.00
08:00	Таңғы ас	Түс 12.30 – 14.00
11:00	II – таңғы ас	Кешкі 18.30 – 19.30
13:00	Түскі ас	Түнгі 21.00 – 21.30
17:00	Бесіндік	Ем-шара қабылдау кабинетінде
19:00	Кешкі ас	
20:30	II – кешкі ас	
21:00	Ұйқыға жату	

Психология-педагогикалық реабилитация

Сабақ	Логопед	Лого ритмика	БКБ (Биокері байланыс) логопед	Дефектолог	Психолог	БКБ ПЭ
Сабақтың ұзақтығы	20 мин	20 мин	30 мин	20 мин	20 мин	25 мин
Маманның Т.А.Ә						
Уақыты						
Күні						

Психология-педагогикалық реабилитация

Сабақ	Игро терапевт	Вибро панель	Музыка терапевт	Сенсорлы бөлме	Мектеп
Сабақтың	20 мин		30 мин	20 мин	40 мин

ұзақтығы					
Маманның Т.А.Ә					
Уақыты					
Күні					

Қозғалыс реабилитациясы

Сабақ	Кинезо терапия (ЕДШ)	Гидро Кинезо терапия	БКБ ОД	Механо терапия	Эрго терапия	ДПК	ТСР	Монтес сори
Сабақтың ұзақтығы								
Маманның Т.А.Ә								
Уақыты								
Күні								

Қозғалыс реабилитациясы

Сабақ	Локомат	Армео	Hand tutor	Космос	Экзоскелет	Постуро графия
Сабақтың ұзақтығы						
Маманның Т.А.Ә						
Уақыты						
Күні						

Физиотерапия

Сабақ	Мойын бөлігіне эуфиллинмен электрофорез			Парафино терапия	
Сабақтың ұзақтығы					
Маманның Т.А.Ә					
Уақыты					
Күні					

Әлеуметтік реабилитация

Сабақ	Костюм дік	Қысқы бақ	Авто дром	Шаш тараз	Ағашпен жұмыс	Спорттық бөлім	Үйірме
Сабақтың ұзақтығы	20 мин	20 мин	20 мин	20 мин	20 мин	20 мин	20 мин
Маманның Т.А.Ә							
Уақыты							
Күні							

Лабораториялық тексерулер

Ем-шара	Жүргізілген күні	Уақыты	Мейірбике	Науқас танысты

Басқа да мамандар кеңесі

Кеңес	Ортезист	Психиатр	ЭЭГ	Сурдолог
Дәрігердің Т.А.Ә				
Күні				
Уақыты				
Дәрігердің Т.А.Ә				
Күні				
Уақыты				
Дәрігердің Т.А.Ә				
Күні				
Уақыты				

Тәуліктік және күндізгі сатционар деңгейіндегі медициналық реабилитацияның штаттық кестесі

1	Балалар невропатолог дәрігері / Ересектер невропатолог дәрігері	1	1
2	Дәрігер педиатр	1	1
3	Дәрігер психолог	1	0,5
4	Дәрігер психотерапевт	1	1
5	Дәрігер эксперт	1	1
6	Музыка мамандығының мұғалімі	1	1
7	Дефектолог-логопед	1	1
8	Жалпы практика дәрігері	2	1
9	Дәрігер реабилитолог	2	1
10	Емдеу дене тәрбиесі инструкторы	3	3
11	Массажист мейіргер	3	3
12	Физиотерапия мейірбикесі	1	1
13	Мейірбике	1	1
14	Ем алушылар бөлмелері санитары	4,5	4,5
15	Қызмет бөлмелерін жинап тазалаушы	3	3
16	Оператор/оператор	1,75	1

ҚОСЫМША Д

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ШКАЛАЛАР қол қызметін өлшеу шкала MACS (The Manual Ability Classification System -MACS)

1-деңгей: Объектілерді табысты және жеңіл қамтиды. Объектілермен манипуляция проблемалары негізінен жылдамдықты аздап шектеуден және салғырттықтан көрінеді. Дегенмен де, аздаған шектеулер күнделікті белсенділіктегі дербестік деңгейіне әсер етпейді.

2-деңгей: Сапаны және/немесе жылдамдықты аздап шектей отырып, көпшілік пәндерді қамтиды. Манипуляцияның белгілі бір түрлері қолжетімсіз немесе қиындықтың белгілі бір үлесін тудырады; пациент манипуляцияны орындаудың балама жолдарын пайдалана алады, бірақ қол моторикасының мүмкін болар көлемі күнделікті белсенділіктегі тәуелсіздік деңгейіне әсер етпейді.

3-деңгей: Объектіні әзер ұстайды, объектіні қармап ұстауға дайындалу үшін сырттан көмекті қажет етеді. Манипуляция баяулаған, әрекет сапасы және қайталаудың мүмкін болар саны шектеулі. Қоршаған ортаның лайықты бейімділігінсіз манипуляцияның кейбір түрлерін жүзеге асыра алмайды.

4-деңгей: Бейімделген ортада манипуляция үшін қарапайым объектілердің шектеулі көлемін қамти алады. Олар әрекеттің тек бір бөлігін ғана орындайды және үнемі көмекке мұқтаж.

5-деңгей: Объектілерді қамти алмайды және тіпті қарапайым қозғалыстың өзінде де ауыр тұрақты шектеуде болады. Сырттан жаппай көмекті қажет етеді. Аяқ-қолдар қызметінің деңгейін сипаттау өзіне-өзі қызмет ету дағдылары мүмкіндіктерін анықтау үшін қажет және халықаралық стандартқа сәйкес церебральды сал диагнозының құрылымына кіреді.

ЖҮЙКЕЛІК-ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУ ШКАЛАСЫ (туғаннан 4 жасқа дейін)

Сондай ақ балалардың жүйке – психикалық дамуын анықтау барысында жас ерекшеліктеріне қарай келесі шкалалар пайдаланылды:

Баланың нейрорпсихикалық дамуын объективтендіру үшін төрт негізгі сала бойынша психомоторлық дамуды бағалаудың стандарттық шкаласы қолданылады: қозғалыс, сезгіштік, тілдік және әлеуметтік дағдылардың дамуы. Карта 1 жасқа дейінгі және 1 жастан 4 жасқа дейінгі балалар үшін әзірленген. Шкала түрлі жас топтарындағы балалардың жүйке-психикалық дамуындағы ауытқуларды сапалық және сандық талдауға мүмкіндік береді.

Дамуды бағалау 4 ұпайлық шкаламен анықталады:

- 0 ұпай – орындамайды;
- 1 ұпай – орындауға қиналады;
- 2 ұпай – үнемі орындамайды;
- 3 ұпай – жақсы орындайды.

Жоғарыда көрсетілген бағалау шкаласына сәйкес әрбір сала жеке-жеке бағаланады. Содан соң орташа арифметикалық балл есептеледі. Барлық топтар үшін үйлесімсіз жетілудің белгілерінің көрінуінің үш деңгейі ерекшеленген:

- I. Жеңіл дәрежесі – 1,75 –2,5 ұпай
- II. Орташа дәрежесі – 1,0 – 1,75 ұпай
- III. Ауыр дәрежесі – 0 – 1,0 ұпай

Жүйкелік-психикалық дамудың шкаласы (туғаннан 4 жасқа дейін)		
Даму бағасы 4 балдық шкала бойынша анықталады: 0 балл – орындамайды; 1 балл – орындауға қиын; 2 балл – әрдайым жасамайды; 3 балл – жақсы орындайды;		
1 жас	Түскен кезінде	Шыққан кезінде
Қимыл-қозғалыс аймағы		
Қолдаумен немесе өз бетімен жүреді		
Спонтанды, тізе бүгіп отырады		
Алақанмен соғады		
Пирамиданы жинайды		
Орташа мәні		
Сезімталдық аймағы		
Таныс ересе адамның бейнесін фотодан таниды		
Сөздердің мағынасын түсінеді		
Өз сөзін тыңдайды		
Өз есіміне назар аударады, анасының шақыруына қарайды		
Орташа мәні		
Сөйлеу дамуы		
Естілген сөздерді қайталайды		
«келесі кездескенше» ыммен көрсетеді		
Ата-аналарға бағытталған «ана», «әке» сөздерін айтады		
«бер», «болмайды» сөздерінің мағынасын түсінеді		
Орташа мәні		
Әлеуметтік дағдылары		
Таныс адамды көргенде күлімсірейді		
Қолдау көрсету немесе қарсы шығуға реакция танытады		
Қою тамақты қасықпен жейді және кеседен ішеді		
Шұлығын және аяқ киімін шеше алады		
Орташа мәні		
Когнитивті дағдылары		
Сөзді басқа дыбыстардан ажыратады		
Сөйлеген адамға қарайды және оны қызығушылықпен бақылап, тыңдайды		
Естіген сөздерін қайталайды		
Жағымда және жағымсыз эмоцияларды көрсетеді		
Орташа мәні		
Жалпы рейтинг		

Жүйкелік-психикалық дамудың шкаласы (туғаннан 4 жасқа дейін)		
Даму бағасы 4 балдық шкала бойынша анықталады: 0 балл – орындамайды; 1 балл – орындауға қиын; 2 балл – әрдайым жасамайды; 3 балл – жақсы орындайды;		
2 жас	Түскен кезінде	Шыққан кезінде
Қимыл-қозғалыс аймағы		

Жүгіреді		
Бір аяғымен доп тебеді		
Допты екі қолымен сырғанатады		
Жүзіктің көлеміне сәйкес пирамиданы жинайды		
Орташа мәні		
Сезімталдық аймағы		
Тапсырған суретті таңдайды		
Нұсқау бойынша аталған қуыршақты, ойыншықты көрсетеді, алады		
Нұсқау бойынша әкесін, анасын, дене мүшелерін көрсетеді		
Екі көлемді, екі форманы, екі түсті ажыратады		
Орташа мәні		
Сөйлеу дамуы		
Екі сөзден тұратын мағыналы фразаны айтады		
Сөйлеу кезінде көпше түрді пайдаланады		
Өтініш бойынша киімді, аяқ киімді көрсетеді		
Өтініш бойынша денесінің бір бөлігін көрсетеді		
Орташа мәні		
Әлеуметтік дағдылары		
Ойындарды дыбыстайды		
Үй жинау бойынша іс-әрекеттерді ымдайды		
Өз бетімен шешінеді		
Ойындағы қалжыңдарды сезу, түсіну		
Орташа мәні		
Когнитивті дағдылары		
Әңгімелеп жатқан адамның беті мен тіліне, ерніне қарап сөйлемді түсінеді		
Әңгімелеп жатқан адамның түрін көру үшін қалпында тұрады бірақ, егер көрмесе қайта сұрайды		
Көрсетілген объектілердің атын атайды, оны суретте көрсетеді		
Саусақ бойынша санайды (бір бірлеп)		
Орташа мәні		
Жалпы рейтинг		

Жүйкелік-психикалық дамудың шкаласы (туғаннан 4 жасқа дейін)		
Даму бағасы 4 балдық шкала бойынша анықталады: 0 балл – орындамайды; 1 балл – орындауға қиын; 2 балл – әрдайым жасамайды; 3 балл – жақсы орындайды;		
3 жас	Түскен кезінде	Шыққан кезінде
Қимыл-қозғалыс аймағы		
Екі аяғымен секіреді		
Вертикальды сызық салады		
8 кубиктен башня салады		

Аяқтың ұшымен жүреді		
Орташа мәні		
Сезімталдық аймағы		
Өз киімдерін біледі және ажыратады		
Екі сызықтың ұзынын көрсете алады		
Негізгі төрт түсті ажыратады (қызыл, сары, жасыл, көк)		
Төрт аталған затты көрсетеді		
Орташа мәні		
Сөйлеу дамуы		
«кім?», «не?», «қайда?» сұрақтарын қояды		
Сөзде етістік, есімдікті пайдаланады, сандарды атайды		
«шаршау», «аштық», «суық» сөздерінің барлығын түсінеді		
Үш санды айтады		
Орташа мәні		
Әлеуметтік дағдылары		
Тарақтың, кесенің қажеттілігін біледі, қасық ұстап тамақтанады		
Тазалық дағдылары (дәретханаға барғысы келсе шалбарын шешу т.с.с.)		
Өзінің жынысын біледі		
Ойын элементтері «мен жүргізушімін» машинасын жүктейді		
Орташа мәні		
Когнитивті дағдылары		
Қалыптасқан ым-шара түрлерін пайдаланып, сұрақтарға жауап береді		
Сөз арасындағы байланысты анықтай алады, қысқа сөйлемдерді пайдаланады		
Сөздерді дұрыс пайдаланады, қоршаған ортаны сипаттайды немесе кешегі кеште болғанды айтып бере алады		
Саусақпен көрсетілген санды дұрыс айтады		
Орташа мәні		
Жалпы рейтинг		

Жүйкелік-психикалық дамудың шкаласы (туғаннан 4 жасқа дейін)		
Даму бағасы 4 балдық шкала бойынша анықталады: 0 балл – орындамайды; 1 балл – орындауға қиын; 2 балл – әрдайым жасамайды; 3 балл – жақсы орындайды;		
4 жас	Түскен кезінде	Шыққан кезінде
Қимыл-қозғалыс аймағы		
Тізерлеп отырған орнынан оңай тұрады		
Бір аяқпен 5 сек тұрады		
Адамның үш мүшесінің суретін салады		
Қайшымен қияды		
Орташа мәні		
Сезімталдық аймағы		
Үш көлемді біледі және түстерді ажыратады		
Жануарларды біледі		
«таңертең», «түс», «кеш» мерзімдерін естуі бойынша біледі		
Үлкен, кіші, бұрышты, дөңгелекті көрсете алады		

Орташа мәні		
Сөйлеу дамуы		
Фамилиясы мен атын айтады		
Қарапайым әндерді айтады		
«революция», «конференция» тәрізді күрделі сөздерді қайталайды		
Жиһаз, кітап, ыдыс тәрізді заттардың маңызы сияқты сұрақтарға жауап береді		
Орташа мәні		
Әлеуметтік дағдылары		
Қарым-қатынас түрлерін ажыратады: басқару, бағыну, тең құқылы		
Ойындарды айтады		
Кіші түймелерін түймелей алады		
Анасымен жеңіл қоштасады		
Орташа мәні		
Когнитивті дағдылары		
Әріптерді біледі, әріптерді дұрыс тандап оның суретін салады		
Вербальды бұйрықтарды түсінеді және жасына сәйкес сөздерді пайдаланады		
Өз күнін жоспарлауға мүмкіндігі бар, алдын ала көреді немесе әрекетін бір кезектілікпен орындайды		
Цифрлардың атауын біледі, қалыпты санайды		
Орташа мәні		
Жалпы рейтинг		

Орталыққа түскенге дейін		Орталықтан шыққаннан кейін	
Жалпы рейтинг		Жалпы рейтинг	
Ауырлық дәрежесі		Ауырлық дәрежесі	

Ауырлық дәрежесі	Ауыр дәрежеде	0-1,0
	Жеңіл дәрежеде	1,75-2,5
	Орташа дәрежеде	1-1,75

4 жасқа дейінгі балаларға арналған шкала 3 ұпайлық жүйемен бағаланды.

КҮНДЕЛІКТІ ӨМІРДЕГІ БЕЛСЕНДІГІНІҢ БАРТЕЛА ИНДЕКСІ (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index) (4 жастан бастап)

1 кесте. Өзін-өзі күту дағдыларын және үй шаруашылығына бейімделуді бағалау (модифицирленген Бартеда шкаласы)

Дағдылар	Сипаттау	Балл	Түскен	Шыққан
----------	----------	------	--------	--------

			кездегі	кездегі
Жуына алуы және сүлгіні қолдана алуы	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Тісін тазалай алуы	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Шашын тарай алуы	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Төсегін жинай алуы	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Киімін шешуі	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Киімін киюі	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Түймесін түймелеу	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Киімдегі сырмасын пайдалана алуы	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Аяқ киімін киюі	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Аяқ киімінің бауын байлауы	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Аяқ киімінің жапсырмасын қолдануы	Мүмкін емес	0		

	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Тамақ іше алуы:	Мүмкін емес	0		
а) қолына стакан ұстап және ішуі	Өзгенің көмегімен	5		
б) Қолына қасық ұстауы және аузына апаруы	Өзбетінше	10		
а) Дәретхананы пайдалану мүмкіндігі	Мүмкін емес	0		
б) Горшокқа сұрануы	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	15		
Ұстау дағдылары	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Шамдарды қосу және өшіру мүмкіндігі	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Кранды қосу және өшіру мүмкіндігі	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		
Жұмыс жасау дағдылары: (қайшымен, желіммен, балшықпен, инемен)	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Жұмыс орнын және ойыншықтарды ретке келтіру мүмкіндігі	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Бір қолын қолданады: оң жақ, сол жақ (көрсету керек.)	10		
	Өзбетінше	15		
Көркемдік дағдыларды меңгеру	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	15		
Жеке заттарын орналастыру	Мүмкін емес	0		
	Өзгенің көмегімен	5		
	Өзбетінше	10		

Қалыпты: 1 жастан 3 жасқа дейін – 200 ұпай; 3 жастан 4 жасқа дейін – 220 ұпай

Толық тәуелділік: 0 -60 ұпай (1 жастан 3 жасқа дейін 0-ден 50 ұпайға дейін).

Орташа тәуелділік: 61-125 ұпай (1 жастан 3 жасқа дейін: 51 - 115 ұпай).

Жеңіл дәрежедегі тәуелділік: 126-220 ұпай: (1 жастан 3 жасқа дейін: 116-200 ұпай).

Өзін-өзі күту дағдылары _____% жақсарды

ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ТӘУЕЛСІЗДІК ШКАЛАСЫ (FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE, FIM)

Функционалдық тәуелсіздік шкаласы қызметтің 6 негізгі саласын қарастырады: «өзін-өзі күту», «сфинктерді бақылау», «жылжу», «қозғалу», «коммуникация», «әлеуметтік бейімделу».

Осы салалардың әрқайсысында спецификалық қызметтің бірнеше түрлері 7 балдық шкаламен бағаланады. Бағалау пункттері барлығы 18. Қозғалыс функциялары «Өзіне-өзі қызмет көрсету», «Жамбас органдарының функциясын бақылау», «Жылжу», «Қозғалғыштық» санаттарынан 1-13 пункттар бойынша алынған жиынтық баллмен бағаланады.

ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ТӘУЕЛСІЗДІК ШКАЛАСЫ FIM

Қозғалыс қызметі

№	Өз – өзіне қызмет етуі.	Түскен кездегі	Шыққан кездегі
1	Тамақтануы (тамақты ауызға апаруы, асхана құралдарын пайдалануы, шайнауы, жұтуы).		
2	Жеке бас тазалығы (шашын тарауы, тісін тазалауы, беті – қолын жууы, қырынуы, бет әрлеуі).		
3	Жуыну бөлмесін пайдалануы (жуыну, денесін жууы, арқасын езуі).		
4	Үстінгі киімдерін киюі (соның ішінде протездер немесе ортезді киюі).		
5	Астынғы киімдерін киюі (соның ішінде протездер немесе ортезді киюі).		
6	Дәретхана (дәретхана қағазын пайдалануы).		
	Жамбас функцияларын бақылау		
1	Кіші дәрет функциясы (дәретін ұстайды, кататер көмегімен, дәретін ұстамайды).		
2	Үлкен дәретінің функциясы (дәретін ұстайды, арнайы калориметр көмегімен, дәретін ұстамайды).		
	Қозғалуы		
1	Төсектен тұруы, орындыққа отыруы және тұруы.		
2	Дәретхана табағында отыруы мен тұруы.		
3	Жуынатын бөлме мен душты пайдалануы.		
	Ұтқырлық		
1	Өзбетінше тұруы немесе мүгедектер арбасымен қозғалуы.		
2	Өзбетінше баспалдақтан көтерілуі.		
	Жалпы ұпай		

Когнитивті қызметтер

№	Жалпы	Түскен кездегі	Шыққан кездегі
1	Сыртқы ақпаратты қабылдауы (ауызша айтқаннан немесе жазбаша жазудан).		
2	Өз ойын жіне арманын жеткізуі (ауызша немесе жазбаша).		
	Әлеуметтік белсенділігі		

1	Әлеуметтік белсенділігі (қоршаған ортамен, отбасы мүшелерімен, медициналық қызметкерлермен т.б).		
2	Шешім қабылдай алуы (қиындықтарын шешу, жеке басына байланысты, әлеуметтік).		
3	Есте сақтау (айналадағыларды тануы, мәліметті тез жаттауы, оқуы).		
	Жалпы ұпай		

ҚОСЫМША Е

"Maksat Med" ЖШС медициналық қызмет түрлерімен айналысуға берілген ЛИЦЕНЗИЯ

18004894

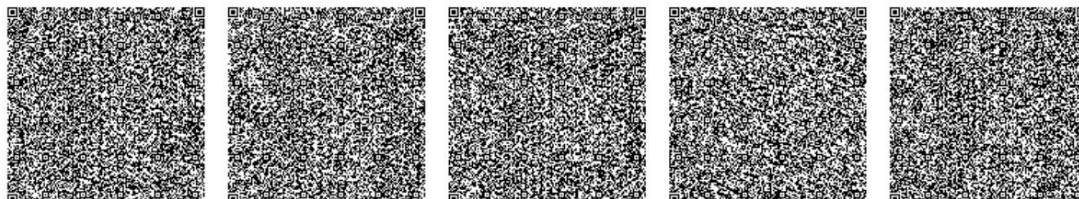


ЛИЦЕНЗИЯ

06.03.2018 года

18004894

Выдана	Товарищество с ограниченной ответственностью "Maksat Med" 050000, Республика Казахстан, г. Алматы, МИКРОРАЙОН АКБУЛАК, УЛИЦА 1, дом № 3. 050000., БИН: 090640010748 <small>(полное наименование, местонахождение, бизнес-идентификационный номер юридического лица (в том числе иностранного юридического лица), бизнес- идентификационный номер филиала или представительства иностранного юридического лица – в случае отсутствия бизнес-идентификационного номера у юридического лица/полностью фамилия, имя, отчество (в случае наличия), индивидуальный идентификационный номер физического лица)</small>
на занятие	Медицинская деятельность <small>(наименование лицензируемого вида деятельности в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)</small>
Особые условия	<small>(в соответствии со статьей 36 Закона Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях»)</small>
Примечание	Неотчуждаемая, класс 1 <small>(отчуждаемость, класс разрешения)</small>
Лицензиар	Коммунальное государственное учреждение "Управление предпринимательства и индустриально-инновационного развития города Алматы". Акимат города Алматы. <small>(полное наименование лицензиара)</small>
Руководитель (уполномоченное лицо)	КИКИМОВ МАКСАТ САКЕНОВИЧ <small>(фамилия, имя, отчество (в случае наличия))</small>
Дата первичной выдачи	<u>18.02.2011</u>
Срок действия лицензии	
Место выдачи	<u>г. Алматы</u>





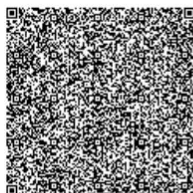
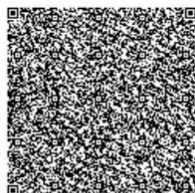
ПРИЛОЖЕНИЕ К ЛИЦЕНЗИИ

Номер лицензии 18004894

Дата выдачи лицензии 06.03.2018 год

Подвид(ы) лицензируемого вида деятельности

- Стационарная помощь и (или) стационарозамещающая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
 - Традиционная медицина
 - Рефлексотерапия
 - Мануальная терапия
 - Медицинская реабилитология, восстановительное лечение
 - Физиотерапия
 - Массаж
 - лечебная физкультура
- Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и (или) детскому населению по специальностям
 - Консультативно-диагностическая помощь
 - Медицинская реабилитология, восстановительное лечение
 - Лечебная физкультура
 - Массаж
 - Физиотерапия
 - Традиционная медицина
 - Рефлексотерапия
 - Мануальная терапия
 - Лабораторная диагностика
 - Цитологические исследования
 - Общеклинические
 - Биохимические
 - Стационарная помощь взрослому и детскому населению по специальностям
 - Медицинская реабилитология, восстановительное лечение
 - Лечебная физкультура
 - Массаж
 - Физиотерапия
 - Традиционная медицина
 - Рефлексотерапия



Осы құжат «Электронды құжат және электрондық цифрлық қолтаңба туралы» Қазақстан Республикасының 2003 жылғы 7 қаңтардағы Заңы 7 бабының 1 тармағына сәйкес қағаз тасымалдағы құжатпен мәніне біреу. Данный документ согласно пункту 1 статьи 7 ЗРК от 7 января 2003 года "Об электронном документе и электронной цифровой подписи" равнозначен документу на бумажном носителе.

ҚОСЫМША Ж

Церебральды сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін жетілдіру үлгісіне авторлық куәлік

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК
2022 жылғы «26» сәуір № 25473

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
АБЛИКАЛЫР МАКСАТ

Авторлық құқық объектісі: **ҒЫЛЫМИ ТУЫНДЫ**

Объектінің ағауы: **церебральды сал ауруымен ауыратын балаларға қалпына келтіру көмегін ұйымдастыруды жетілдіруді ғылыми негіздеу**

Объектіні жасаған күні: **01.06.2021**

Құжат тұщусықалығын <http://www.kazpatent.kz/ru> сайтының
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады <https://copyright.kazpatent.kz>
Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

ЭЦҚ қол қойылды

А.Естаев



«MaksatMed» медициналық орталығын» іске қосу жоспарына авторлық куәлік

