

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ
Ə.ƏLİYEV adına AZƏRBAYCAN DÖVLƏT HƏKİMLƏRİ
TƏKMİLLƏŞDİRMƏ İNSTİTUTU

Əlyazması hüququnda

NƏRİMAN SADIQ oğlu BAXŞƏLİYEV

ƏLİLLİK RİSKİNİN SOSIAL-GİGIYENİK SƏCIYYƏLƏRİNİN,
ƏLİLLƏRİN TİBBİ TƏMİNATININ VƏ REABILİTASIYASININ
REGIONAL XÜSUSIYYƏTLƏRİ VƏ OPTİMALLAŞDIRILMASI
YOLLARI
(Abşeron rayonu modelində)

3212.01 – Səhiyyə və onun təşkili

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

BAKI – 2016

Dissertasiya işi Ə.Əliyeva dına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunda yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

Tibb üzrə elmlər doktoru

R.Q. Eyvazov

Rəsmi oponentlər:

Tibb üzrə elmlər doktoru

A.Ə.Əhmədov

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru

Ş.S. Hüseynova

Aparıcı təşkilat – Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin V. Axundov adına Milli Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutu (Elmi tədqiqatların əlaqələndirilməsi və səhiyyənin təşkili şöbəsi)

Müdafiə “_____” 2016-cı il tarixində saat “____” da Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun nəzdində FD 03.041 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Unvan: AZ 1012, Bakı ş., Tbilisi prospekti, məhəllə 3165

Dissertasiya işi ilə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat “_____” “_____” 2016-cı ildə göndərilmişdir.

FD 03.041 Dissertasiya

Şurasının elmi katibi, t.ü.f.d.

F.Ə. Əliyev

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı. Əlillik problemi dünyanın bütün ölkələrində ağır tibbi - sosial problemdir [Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., 2009; Rüstəmovə N.M., 2010; Пузин Н.П., Заволовская Л.И., Тангиева Х.И., 2010; Агаева К.Ф., Мусабекова Г.Н., 2012; Almark P., Machaczek K., 2015], onun profilaktikası, reabilitasiya imkanları alimlərin diqqət mərkəzindədir [Прилипка Н.С., Бантьева М.Н., 2014; Almark P., Machaczek K., 2014; Momosaki R., Yasunaga H., Matsui H. et.al., 2015]. Əlillərin problemi tibbin digər problemlərindən daha çox dövlət, region və inzibati ərazi çərçivəsində öyrənilməyi tələb edir. Belə ki, əlilliyin meyarları, ekspertizanın təşkili qaydaları və reabilitasiya proqramları hər ölkənin iqtisadi, sosial və tibbi-səhiyyə imkanlarından asılıdır.

Əlilliyin dövlət monitorinqi əsasən ilkin əlillik hadisələri barədə məlumatları əhatə edir. Bir sıra elmi tədqiqatlarda da bu aspektin geniş təhlili verilmişdir. Belə ki, ilkin əlilliyin uşaq populyasiyasında, yetkin yaşlı şəxslər nümunəsində ümumi dinamikası bir çox alimlərin tədqiqatında öyrənilmişdir [Прилипка Н.С., Бантьева М.Н., 2014; Almark P., Machaczek K., 2014; Momosaki R., Yasunaga H., Matsui H. et.al., 2015]. Daha çox öyrənilən sahə göz xəstəlikləri ilə bağlı ilkin əlilliyin problemləridir. İlk dəfə Azərbaycan alimləri göz xəstəlikləri ilə bağlı ilkin əlillik nümunəsində əlilliyin tibbi-sosial ağırlığını əsaslandıran metodologiya hazırlamağa nail olmuşlar [Qasımov E.M., Rüstəmovə N.M., 2010].

Əlilliyin dərindən və kompleks öyrənilməsi ilə məşğul olan R.Q.Eyvazov və N.M. Rüstəmovə həm yeni metodoloji yanaşma, həm də yeni meyarlar əsaslandırmış və onların tətbiqinin vacibliyini sübut etmişlər [Eyvazov R.Q., 2010; Рустамова Н.М., 2011].

Bütün bunlara baxmayaraq əlillik probleminin diqqətdən yayınan məsələləri də çoxdur. Belə ki, əlil kontingentinin qeydiyyatı, müşahidəsi, reabilitasiyası və tibbi təminatı çox az öyrənilmiş məsələlərdəndir. Bunun əsas səbəbi odur ki, əksər tədqiqatlar Tibbi Sosial Ekspert Komissiyalarının məlumat bazasından istifadə etməklə kifayətlənmişlər. Bəllidir ki, bu məlumat bazası yalnız ekspertizaya ehtiyacı olanlar üçün məqbuldur. Əlillərin bir qisminə ömürlük əlillik təyin olunduğuna görə onlar ekspertizaya az təqdim olunurlar. Hal-hazırda əlil kontingentinin tibbi-sosial, demoqrafik və həyatının keyfiyyət səciyyələri barədə fraqmentar tədqiqatlar istisna olmaqla elmi araşdırma yoxdur. Qeyd olunanlar planlaşdırılan işin aktuallığını obyektiv dəlillərlə sübut edir.

Tədqiqatın məqsədi: Abşeron rayonu nümunəsində əlil kontingentinin sosial-gigiyenik səciyyələrini və reabilitasiyasının effektivliyini qiymətləndirməklə onların tibbi-sosial mühafizəsini gücləndirməyə imkan verən tədbirlər kompleksinin əsaslandırılması.

Tədqiqatda həll edilən məsələlər:

- Abşeron rayonu nümunəsində regional əlillik probleminin xüsusiyyətlərinin aşkar edilməsi;
- Əlillik səbəblərinin müalicə həkiminin profilindən və nozoloji formadan asılı kompleks səciyyələndirilməsi;
- Əlillərin sosial gigiyenik durumunun, funksional pozğunluqlarının və həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasının qiymətləndirilməsi;
- Əlillərin tibbi təminatının keyfiyyət səciyyələri və reabilitasiyasının optimallaşdırılması yolları.

Tədqiqatın nəticələrinin elmi yenilikləri. İlk dəfə Abşeron rayonu nümunəsində ilkin əlillik səviyyəsinin nisbi azlığı fonunda əlillik səbəblərinin nozoloji strukturunda yenitörəmələrin və sinir sistemi xəstəliklərinin prioritet rolu göstərilmiş, reabilitasiya imkanlarının məhdudluğu ilə bağlı əlillərin əhali arasında xüsusi çəkisinin çoxalması sübut edilmişdir. İlk dəfə əlillik səviyyəsinin və onun kumulyasiyasının müalicə həkiminin profilindən asılılığı aşkar edilmişdir. İlk dəfə vərəmin, kəllə-beyin travmalarının, serebrovaskulyar xəstəliklərin, polinevropatiyaların, epilepsiya və serebral iflicin, arterial hipertenziyanın, ürəyin işemiya xəstəliyinin, bronxial astma və xroniki obstruktiv bronxitlərin, travmaların nəticələrinin, mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin, anadangəlmə qüsurların, müxtəlif lokalizasiyalı yenitörəmələrin və digər xəstəliklərin əhalinin əlilləşməsində rolu və yeri müəyyən edilmişdir. İlk dəfə əlil kontingentinin geniş sosial-gigiyenik səciyyələri alınmışdır, onlarda orqanizmin funksional pozğunluqları, həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasının forma və növünə görə strukturu müəyyən olunmuşdur, əlillərin ambulator-poliklinika, sanator-kurort və stasionar bərpa müalicəsi və reabilitasiyasının resurs təminatının plan göstəriciləri əsaslandırılmışdır.

Tədqiqatın nəticələrinin praktik əhəmiyyəti. Tədqiqatın nəticələri regional tibbi reabilitasiya mərkəzlərinin yaradılmasının zəruriliyini əsaslandırır. Tibbi sosial ekspertiza işinin optimallaşdırılması üçün orqanizmin funksional durumunun və həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması meyarlarının tədqiqinin zəruriliyi göstərilir. Ambulator, stasionar və sanator reabilitasiya tədbirlərinin planlaşdırılmasının normativ bazasını təmin edir.

Dissertasiya işinin müdafiyyə təqdim olunan əsas müddəaları:

- Abşeron rayonunda əlilliyin əhali arasında yayılmasının nozoloji səbəblərinin əhəmiyyətli dərəcədə fərqli olması əlillərin tibbi təminatında regional modelin prioritetini sübut edir;
- Əhalinin əlilləşmə ehtimalı xəstəliklərin nozoloji formalarından, əhalinin yaş və cins tərkibindən asılı dəyişdiyinə görə həkim mütəxəssislərin əlilliyin ekspertizasında, əlillərin tibbi təminatında rolu fərqlənir;
- Əlilliyin tibbi sosial ekspertizasının optimallaşması üçün zəruri şərtlərdən biri müalicə həkimləri tərəfindən xəstəliyin diaqnostikası ilə yanaşı orqanizmin funksional pozğunluqlarının və həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması meyarlarının qiymtləndirilməsi zəruridir;
- Xəstələrin müayinəsində, müalicəsində və hospitallaşmasında, tibbi sosial ekspertizasında, orqanizmin funksional durumunun və həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasında tibbi təminatın qeyri-adekvatlığı reabilitasiya prosesini ləngidən ən mühüm amildir;
- Əlillərin ambulator, stasionar və sanator reabilitasiyasının təmini üçün əsaslandırılmış plan göstəriciləri (gəlişlər, çarpayılı fondu) müvafiq resursların planlaşdırılması məqsədi ilə istifadə oluna bilər.

Tədqiqatın nəticələrinin tətbiqi. Tədqiqatın nəticəsi kimi təsbit olunmuş tibbi sosial ekspertiza sistemində orqanizmin funksional durumunun və həyat fəaliyyətinin məhdudluğunun meyarları Abşeron və digər rayonların səhiyyə sistemində tətbiq olunur. Əlillərin reabilitasiyasını istiqamətləndirmək üçün səhiyyə və sosial müdafiə sistemlərinin birgə fəaliyyət proqramı tətbiq edilmişdir.

Dissertasiya işinin aprobasiyası. Tədqiqatın əsas müddəa və nəticələri konfranslarda məruzə edilmişdir. İşin ilkin müzakirəsi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kafedralarası seminarında (Sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili, Gigiyena, Əczaçılıq) keçirilmişdir (02.11.2016, prot. №9). Rəsmi aprobasiya Şurasının 08 noyabr 2016-cı il tarixli seminarında keçirilmişdir (Prot. №6).

Dissertasiya işinin nəticələrinin nəşri. Dissertasiya işinin mövzusu üzrə 5 jurnal məqaləsi, o cümlədən biri xarici ölkədə, nəşr edilmişdir. Məqalələrin nəşr olunduğu jurnallar Ali Attestasiya Komissiyasının tövsiyə etdiyi nəşrlərə aiddir. Dissertasiya işinin konfransda məruzə edilmiş fraqmenti də nəşr olunmuşdur.

Dissertasiya işinin strukturu və həcmi. Dissertasiya girişdən, ədəbiyyat icmalından (I fəsil), material və metodların şərhindən (II fəsil), şəxsi

məlumatların nəticələrinin təhlilindən (III – VI fəsillər), nəticələr, praktik tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından təşkil olunmuşdur. Dissertasiya işi kompyuterdə yığılmış, ümumi həcmi 161 səhifədən, o cümlədən 23 cədvəldən, 10 qrafikdən ibarətdir. Dissertasiyada istinad edilmiş 229 ədəbiyyatın siyahısı verilmişdir.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI

Tədqiqatın məqsədini və həlli planlaşdırılan məsələlərini nəzərə alaraq aşağıdakı materiallardan istifadə olunmuşdur:

- Azərbaycan Respublikası Dövlət Statistika Komitəsinin rəsmi saytında ölkədə və onun regionlarında (Abşeron, Binəqədi rayonları) qeydə alınmış ilkin əlillik hadisələri haqqında məlumatlar;
- 2011, 2012, 2013-cü illərdə Abşeron rayonu mərkəzi poliklinikasının həkim-məsləhət komissiyasının təsdiq etdiyi 088-saylı qeydiyyat sənədləri (1710 ilkin əlilliyə təqdimat);
- 2012-ci ildə tibbi sosial ekspert komissiyasında şəhadətləndirilən 558 cərrah, 148 endokrin, 204 oftalmoloji, 361 kardioloji, 624 nevroloji, 204 onkoloji, 342 psixiatrik, 394 terapevtik, 120 ftiziatrik profilli xəstələrin ilkin qeydiyyat sənədləri.

Abşeron rayonunda əlilliyin xüsusiyyətlərini qiymətləndirmək üçün ilkin əlillik meyarlarının səciyyələri ölkə üzrə və Binəqədi rayonu üzrə (Abşeron rayonu ilə inteqrasiya olunmuş) müqayisə edilmişdir.

Müqayisə üçün istifadə olunmuş meyarlar:

- 2011, 2012, 2013-cü illərdə 10 min kişi və 10 min qadın əhalisinə düşən ilkin əlillik hadisələri, göstəricisinin orta xətası;
- ilkin əlillik hadisələrinin cinsə, yaşa (0-13, 14-17, 18-29, 30 və daha yuxarı yaşlar; 18 yaşa qədər; 18 və yuxarı yaşlarda) görə bölgüsü, ekstensiv göstəricilərinin orta xətası;
- 18 yaşa qədər, 18 və yuxarı yaşlarda əlillik hadisələrinin əlilliyin əsas səbəbi olan xəstəliyə görə bölgüsü və göstəricinin orta xətası;
- əhali arasında pensiya alanların və əlillərin xüsusi çəkili (orta xətası), pensiyaçıların arasında əlilliklə bağlı pensiya alanların xüsusi çəkili (orta xətası).

Əlilliyin tibbi sosial səciyyəsinə qiymətləndirmək üçün aşağıdakı məlumatlar toplanmışdır:

- əlilliyin ilkin təsbiti zamanı və təkrar şəhadətləndirmə dövründə yaşı;
- əlilin təhsil səviyyəsi;
- əlilin daimi yaşayış yeri;

- əlilin iş yeri, vəzifəsi;
- əlilin məişət şəraiti;
- ilkin tibbi, həkim və ixtisaslaşmış yardımın yaşayış yeri çərçivəsində əl çatanlığı;
- əlilin vərdisləri;
- əlilin bədən kütləsi, boyu;
- sistolik və diastolik qan təzyiqi;
- əlilliyin ağırlıq dərəcəsi (qrupu).

Əlillərin yaşa görə qruplaşdırılması: <20, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 54-59, 60-64, 65+ .

Əlillərin təhsil səviyyəsinə görə bölgüsü: ali, bitməmiş ali və orta ixtisas; tam orta və natamam orta təhsil;

Yaşayış yerinə görə bölgü: şəhər, qəsəbə (Ceyranbatan, Saray, Mehdiabad, Qobu, Hökməli) və kənd;

Əmək fəaliyyətinə görə bölgü: hal hazırda işləyir, əvvəllər işləyib, indi işə işləmir, heç vaxt işləməmişdir;

Məişət şəraitinin qrupları: qənaətbəxş və qeyri qənaətbəxş (özü qiymətləndirmə ilə);

Tibbi yardımın əlçatanlığı: yaşayış yerində poliklinika və xəstəxana var; yaşayış yerində ambulatoriya və ya həkim məntəqəsi var; yaşayış yerində tibbi məntəqə var;

Əlilin əsas zərərli vərdislərinə spirtli içkilərin qəbulu və siqaretin çəkilməsi aid edilmişdir;

Pasientin bədən kütləsi (kq) onun boyunun (m²) metrle ifadəsinin kvadratına nisbəti əsasında fərdin bədən kütləsi indeksi hesablanmışdır;

Arterial təzyiqin səviyyəsinə görə qruplaşdırma <140; ≥140 mm cive sütunu.

Əlilin sağlamlıq durumunu qiymətləndirmək üçün istifadə olunmuşdur:

- əsas və yanaşı gedən xəstəliklərin diaqnozları
- orqanizmin funksiyasının pozulması
- həyat və fəaliyyətinin məhdudlaşması.

Əlilin orqanizminin funksional pozğunluqları və həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması müvafiq Beynəlxalq sənədə (sağlamlığın və həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması, funksionallığın beynəlxalq təsnifatı) müvafiq aparılmışdır. Bu təsnifatın müvafiq istifadə olunan terminləri və onların mənası: orqanizmin funksiyası – psixi funksiya da daxil olmaqla orqaniz-

min sistemlərinin fizioloji funksiyaları; orqanizmin strukturu – orqan, ətraflar və digər komponentlər daxil olmaqla orqanizmin anatomik hissələri; pozğunluq orqanizmin strukturu və funksiyasında yaranan problemlər, kənara çıxmalar və itkilər; aktivlik – fərdin tapşırığı və hərəkəti yerinə yetirməsi; iştirak – fərdin həyati situasiyalara cəlb edilməsi; aktivliyin məhdudluğu – aktivliyin həyata keçirilməsində fərdin hiss etdiyi məhdudluqlar; iştirak etmə imkanının məhdudluğu – fərdin həyati situasiyaya cəlb olunduğu hallarda hiss etdiyi məhdudluqlar; ətraf mühitin faktorları fərdin yaşadığı və vaxtını keçirdiyi mühitdə fiziki və sosial durum, münasibətlər və qaydalar.

Fərdin aktivliyini iştirak etmə potensialının əsas domenləri: təhsil alma və biliklərin tətbiqi; ümumi tapşırıqlar və tələblər; ünsiyyət; mobillik; özünəxidmət; məişət həyatı; fərdlərarası qarşılıqlı təsir və ünsiyyət; həyatın əsas sahələri; ictimai və mülki həyat.

Hər domen üçün aşağıdakı variantda qiymətləndirmə aparılmışdır: problem yoxdur; yüngül problemlər var; mülayim problemlər var; ağır problemlər var; problemlər mütləqdir.

Orqanizmin funksiyalarının pozulmasının ayırd edilmiş variantları: əqli funksiya; sensor funksiya və ağrı; nitq və səs funksiyası; ürək-damar, qan, immun və tənəffüs funksiyaları; həzm və endokrin funksiyası, metabolizm; urogenital və reproduktiv funksiyalar; sinir, əzələ, dayaq və hərəkət funksiyası; dəri və onunla bağlı strukturların funksiyaları.

Orqanizmin funksional durumu adekvat göstərilmiş 486 pasiyentdə rast gəlinən funksional pozğunluqlar müəyyən edilmişdir:

- əqli-funksiyanın pozulması – 38;
- sensor funksiyanın pozulması – 32;
- görmə funksiyasının pozulması – 100;
- səs və nitq funksiyasının pozulması – 16;
- ürək-damar funksiyasının pozulması – 135;
- qan və immun funksiyasının pozulması – 6;
- həzm funksiyasının pozulması – 34;
- endokrin funksiyasının pozulması – 38;
- urogenital funksiyasının pozulması – 46;
- hərəkət funksiyasının pozulması – 41.

Həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasının 5 variantı (məhdudluq yox; yüngül məhdudluq; orta məhdudluq; intensiv məhdudluq, tam məhdudluq) üzrə aktivliyin və iştirakın meyarlarına görə nəticələri:

- təlim və biliklərin istifadəsi – 250, 52, 112, 101 və 85 pasiyent;

- gündəlik rejimin yerinə yetirilməsi – 90, 45, 175, 186 və 104 pasiyent;
- ünsiyyət zamanı məlumatın qavranması – 238, 141, 82, 75 və 64 pasiyent;
- mobillik – 190, 184, 94, 78 və 54 pasiyent;
- özünəxidmət – 190, 164, 104, 78 və 64 pasiyent;
- məişət həyatı – 119, 141, 132, 114 və 94 pasiyent;
- şəxslərarası ünsiyyət – 29, 156, 142, 122 və 101 pasiyent;
- həyatın əsas sahələri (iqtisadiyyat və məşğulluq) - 244, 102, 94, 82 və 78 pasiyent.

Əlillərin əsas və yanaşı xəstəliklərinin diaqnozunu, funksional pozğunluqlarını və həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasını nəzərə alaraq tibbi-sosial ekspert komissiyalarının reabilitoloqlarının iştirakı ilə pasiyentlərin ambulator-poliklinika, stasionar və sanator kurort şəraitində reabilitasiyasına tələbatı qiymətləndirmişdir.

Tədqiqatın bütün etaplarında təsviri statistika, dürüstlüyün qiymətləndirilməsi, əlaqənin müəyyən edilməsi və proqnozların əsaslandırılması metodları tətbiq edilmişdir.

ABŞERON RAYONUNDA İLKİN ƏLİLLİYİN YAYILMA XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Abşeron rayonu əhalisinin sayına (195,1 min əhali– 2012-ci ildə) və ərazisinə görə Azərbaycanın iri rayonlarından olub, onlardan paytaxta inteqrasiyasının güclü və yaxın olması ilə fərqlənir. Burada Xırdalan şəhəri (93,6 min əhali), Ceyranbatan (7,7min əhali), Saray (18,9 min əhali), Mehdiabad (11,6 min əhali), Qobu (9,5 min əhali), Hökməli (8,9 min əhali) kimi iri qəsəbələr vardır. Əhalisinin 50,3%-i kişi, 49,7% -i isə qadındır (Azərbaycanda bu göstəricilər 49,6 və 50,4%-dir), 82,8%-i şəhər əhalisi, 17,2%-i kənd əhalisi sayılır (ölkə üzrə bu göstərici 52,9 və 47,1%-dir).

İlk dəfə əlil hesab edilənlərin cinsə və yaşa görə bölgüsü və onun dinamikası Abşeron rayonunda həm ölkənin, həm də qonşu Binəqədi rayonunun müvafiq səviyyəsindən fərqlənir. Ən mühüm fərqli cəhətlərə aiddir:

- qadınların əlillər arasında xüsusi çəkisinin nisbətən çox olması (46,5±2,3% 2011-ci ildə) və müşahidə müddətində nisbətən stabil qalması (2012-cü ildə 45,8±1,9%);
- əlillər arasında 0-13 yaşlı uşaqların xüsusi çəkisinin xaoslu dəyişməsi (17,3 ±1,7% 2011, 22,6±1,8% 2012 və 16,0±1,4% 2013-cü illərdə);

- əlillər arasında 14-17 yaşlı yeniyetmələrin xüsusi çəkisinin nisbətən az olması ($3,2\pm 0,8\%$ 2011, $1,9\pm 0,5\%$ 2013-cü illərdə);
- əlillər arasında 18-29 yaşlı gənclərin xüsusi çəkisinin azalmağa meyilli olması (2011-2013-cü illərdə: $8,8\pm 1,3$; $4,5\pm 0,9$ və $4,0\pm 0,7\%$);
- əlillər arasında 30 və yuxarı yaşlı şəxslərin xüsusi çəkisinin ölkə səviyyəsi ilə müqayisədə çox olması.

2011-ci ildə Azərbaycanda həm 18 yaşa qədər, həm də 18 və yuxarı yaşlı əlillər arasında kişilərin payı nisbətən statistik dürüst çoxdur (müvafiq olaraq: $61,2\pm 0,5$ və $58,4\pm 0,3\%$). Müqayisə olunan yaş qruplarında kişi və qadınların xüsusi çəkiliəri bir-birindən statistik dürüst fərqlənir: uşaq əlillər arasında qadınların xüsusi çəkisi ($38,8\pm 0,5\%$) -dən ($41,6\pm 0,3\%$) azdır. 2012-ci ildə də ölkə üzrə belə səciyyə müşa hidə olunur. Amma 2013-cü ildə həm uşaq əlillərin ($55,4\pm 0,5\%$ kişi, $44,6\pm 0,5$ qadın), həm də yetkin yaşda əlillərin ($58,3\pm 0,3$ kişi, $41,7\pm 0,3\%$ qadın) gender tərkibi fərqli istiqamətlərdə dəyişir. Belə ki, uşaq əlillərinin arasında qadınların payı çoxalır, amma yetkin yaşlı əlillərin tərkibi stabil qalır, nəticədə yetkin yaşlılar arasında kişilərin xüsusi çəkisi ($58,3\pm 0,3\%$) uşaqlarla müqayisədə ($55,4\pm 0,5\%$) statistik dürüst fərqlənir.

2011-ci ildə 18 yaşa qədər əlillərin cinsə görə bölgüsü Azərbaycan Respublikası üzrə, Binəqədi və Abşeron rayonları üzrə bir birindən fərqlənmir, amma yetkin yaşlı əlillərin cinsə görə bölgüsü Abşeron rayonunda fərqli səciyyəyə malikdir: Abşeronda əlillər arasında qadınların xüsusi çəkisi ($47,6\pm 2,6\%$) statistik dürüst çoxdur ($41,6\pm 0,3\%$ ölkə üzrə, $41,0\pm 2,4\%$ Binəqədi rayonu üzrə). Beləliklə, 2011-ci ilin məlumat bazasına görə Abşeron rayonunda yetkin yaşlı əlillərin cinsə görə bölgəsində fərq mövcuddur.

2013-cü ildə 2011-ci illə müqayisədə yetkin yaşlı əlillərin cinsə görə bölgüsündə həm ölkədə, həm də Abşeron və Binəqədi rayonlarında əhəmiyyətli dəyişiklik olmasa da, uşaq əlillərin cins tərkibində qadınların xüsusi çəkisinin dürüst artması ölkə üzrə müşahidə olunur. Abşeron rayonunda uşaq əlillər arasında qadınların xüsusi çəkisi ($32,3\pm 4,2\%$) Binəqədi rayonunda olduğu kimi ($29,2\pm 4,6\%$) ümumrespublika üzrə müvafiq göstəricidən ($44,6\pm 0,5\%$) statistik dürüst azdır ($P<0,05$). 18 və yuxarı yaşlı əlillər arasında qadınların xüsusi çəkisi Abşeron rayonunda ($48,8\pm 2,1\%$) ümumrespublika səviyyəsi ilə müqayisədə ($41,7\pm 0,3\%$) statistik dürüst ($P<0,05$) çoxdur.

Əhalisinin cins tərkibi, demoqrafik durumu fərqli olan Abşeron rayonu üzrə ölkə ilə müqayisədə aşağıdakı fərqli cəhətlər mövcuddur:

- Son üç il ərzində (2011-2013) Abşeron rayonunda həm kişi (25,9±1,62; 30,4±1,75 və 37,7±1,94^{0/000}), həm də qadın populyasiyasında (22,8±1,53; 25,6±1,53 və 32,1±1,79^{0/000}) ilkin əlilləşmə səviyyəsi aşağıdır;
- 2011-2013-cü illərdə ilk dəfə əlil olmuş şəxslərin yaşa görə bölgüsündə 30 və yuxarı yaşlı şəxslərin payı statistik yüksəkdir;
- 18 yaşa qədər əhalinin ilkin əlilləşməsinin səbəbləri arasında ruhi və davranış pozğunluqlarının, qulaq və məməvəri çıxıntının xəstəliklərinin və anadangəlmə qüsurların payı çox, sinir sistemi xəstəliklərinin payı isə azdır;
- 18 yaşa qədər əhalinin ilkin əlilləşməsinin səbəbləri arasında yenitörəmələrin, sinir sistemi xəstəliklərinin xüsusi çəkisi çox, qan dövrəni xəstəliklərinin xüsusi çəkisi isə azdır.

ABŞERON RAYONUNDA ƏHALİNİN ƏLİLLƏŞMƏ RİSKİ VƏ ƏLİLLİK SƏBƏBLƏRİNİN STRUKTURU

Kişi populyasiyasında qadın populyasiyası ilə müqayisədə əlilləşmə həm ilkin (389,7±19,9 və 288,2±15,6^{0/000}; P<0,01), həm təkrari (1376,4±37,2 və 1083,4±33,2^{0/000}; P<0,01), həm də ümumi (1766,1±42,1 və 1321,6±37,12^{0/000}; P<0,01) əlillik səviyyəsinə görə fərqlənir, kişilər ümumən 1,3 dəfə çox əlilləşmə riski ilə seçilir.

Təkrari və ilkin əlillik səviyyələrinin nisbəti (əlilliyin reabilitasiyasının məhdudluğu və kumulyasiya ehtimalının göstəricisi) kişi və qadın populyasiyalarında (3,5 və 4,6) bir-birindən fərqlənir.

Əlillərin 20,8%-i nevroloji, 18,6%-i cərrahi, 13,1% ümumi terapiya, 12,0%-i kardioloji, 11,4%-i psixiatrik, 6,8%-i onkoloji, 6,8%-i oftalmoloji, 4,9%-i endokrinoloji və 4,0%-i ftiziatriya profilləri üzrədir. Həkim ixtisaslarının profillərinə görə təkrari və ilkin əlillik hadisələrinin nisbəti (reabilitasiya imkanı) 1,5-14,7 intervalında dəyişir. Qadın əhalisi arasında əlilliyin kumulyasiyası bütün profillər üzrə yüksəkdir. Əlilliyin kumulyasiyası kişi populyasiyasında psixiatriya profilli (8), qadın populyasiyasında cərrahiyyə (14,7), nevrologiya (7,8), kardiologiya (7,1) və oftalmologiya (6,3) profilli xəstəliklərlə bağlı yüksəkdir (reabilitasiya şansı zəifdir).

Əlillik səbəblərinin Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının (XBT) siniflərinə görə bəlgüsündə ilkin və təkrari əlilliyin, həmçinin qadınların və kişilərin əlilləşməsində fərq mövcuddur. Kişilərin ilkin və təkrari əlilləşməsinin səbəbləri arasında birinci yeri qan dövrəni sistemi xəstəlikləri (müvafiq olaraq 30,4±2,4 və 29,8±1,2%) tutur. Qadınların ilkin

əlilləşməsinin səbəbləri arasında birinci yerdə yenitörəmələr ($29,5 \pm 2,8\%$), təkrari əlilləşmənin səbəbləri arasında isə qan dövranı sistemi xəstəlikləri yerləşir ($17,4 \pm 1,2\%$). Kişilərin ilkin əlilləşməsində sinir xəstəliklərinin ($15,0 \pm 1,8\%$), təkrari əlilləşməsində ruhi pozğunluqların ($14,8\%$), qadınlarda ilkin əlilləşməsində qan dövranı sistemi xəstəliklərinin ($20,4\%$), təkrari əlilləşməsində isə sinir sistemi xəstəliklərinin ($15,0 \pm 1,1\%$) reytingi 2-dir. Əlilləşmə səbəblərinin reytingində 3-cü yer (ilkin əlillik kişilərdə və qadınlarda endokrin sistemi xəstəlikləri, təkrari əlillik – kişilərdə həzm orqanları xəstəlikləri, qadınlarda şümk-əzələ sistemi xəstəlikləri) gender səvciyyəsindən və əlilliyin ilkin və təkrari olmasından asılı fərqli xəstəliklər siniflərinə düşür.

Vərəmlə bağlı ilkin əlillik kişilərdə $22,4 \pm 4,8\%$, qadınlarda $9,3 \pm 3,0\%$, təkrari əlillik kişilərdə $75,5 \pm 8,8\%$, qadınlarda $15,5 \pm 4,0\%$ təşkil edir. Əlillərin orta yaşı $42,10-45,4$ arasında dəyişir, qadın və kişilər üçün, həmçinin ilkin və təkrari əlilliklərdə statistik dürüst fərqlənir. Əlillik hadisələrinin 25% -ə qədəri 40 yaşdan əvvəl qeydə alınır.

Neuroloji profilli ilkin əlillik kişi və qadın populyasiyalarında müvafiq olaraq $389,7 \pm 19,9$ və $238,2 \pm 15,6\%$, təkrari əlillik isə $1376,4 \pm 37,2$ və $1766,1 \pm 42,1\%$ təşkil edir. Əlilləşmə riski cinsdən (kişilərdə risk yüksəkdir), yaşdan ($241 \pm 57,6\%$ 18-19 yaşlarda, $1159 \pm 146\%$ 55-59 yaşlarda) asılıdır. Əlilləşmə səbəblərinin reytingi kişi populyasiyasında (1-kəllə-beyin travmalarının nəticələri, 2-serebrovaskulyar xəstəliklər, 3-polinevropatiya, sinirlərin, sinir köklərinin və kələflərinin zədələnmələri, 4-epilepsiya, 5-ensefalopatiyalar) qadın populyasiyasında (1-polinevropatiya, sinirlərin, sinir köklərinin və kələflərinin zədələnmələri, 2-serebrovaskulyar xəstəliklər, 3-kəllə-beyin travmalarının nəticələri, 4-epilepsiya, 5-ensefalopatiyalar və sair) fərqlənir. Əlillərin orta yaşı kişi və qadınlar üçün epilepsiyada $27,5 \pm 2,39$ və $26,0 \pm 1,84$, serebral paralidə $26,6 \pm 2,60$ və $28,0 \pm 2,18$, yenitörəmələrdə $42,8 \pm 3,48$ və $43,5 \pm 2,35$, kəllə-beyin travmalarının nəticələrində $43,0 \pm 1,07$ və $44,5 \pm 1,18$, serebrovaskulyar xəstəliklərdə $54,7 \pm 0,73$ və $52,9 \pm 0,48$ təşkil edərək bir-birindən fərqlənir.

Əhalinin 100 min nəfərinə $220,4 \pm 15,0$ kişi populyasiyasında, $183,5 \pm 13,7$ qadın populyasiyasında ümumi terapiya profilli əlil düşür. Bütün əlillərin $13,1 \pm 0,6\%$ -i bu profilə aiddir. Əlilliyin nozoloji səbəblərinin reytingi kişi populyasiyasında (1-bronxial astma, 2-mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi, 3-arterial hipetenziya, 4-böyrəklərin xəstəlikləri) qadın populyasiyasında (1-bronxial astma, 2-böyrəklərin xəstəlikləri, 3-

arterial hipertenziya, mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi) fərqlənir.

Əhalinin 100 min nəfərinə 279,5±16,9 kişi populyasiyasında, 292,8±18,2 qadın populyasiyasında cərrahi profilli əlil düşür. Bütün əlillərin 18,6±0,7%-i cərrahi profillidir. Əlilliyin nozoloji səbəblərinin reytinqi kişi populyasiyasında (1-travmalarının nəticələri, 2-mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi, 3-obliterasiyaedici endarterit) qadın populyasiyasında (1-travmaların nəticələri, 2-venaların xəstəlikləri, 3-artrozlar) fərqlənir.

Əhalinin 100 min nəfərinə 229,6±15,3 kişi populyasiyasında, 120,6±11,2 qadın populyasiyasında psixiatriya profilli əlillik düşür. Əlilliyin nozoloji səbəblərinin reytinqi kişi və qadın populyasiyalarında eynidir (1-şizofreniya və şizotipik pozğunluqlar, 2-orqanik psixi pozğunluqlar, 3-əqli zəiflik, 4-şəxsiyyət pozğunluqları)

Əhalinin 100 min nəfərinə 126,5±11,4 kişi populyasiyasında, 82,4±9,2 qadın populyasiyasında oftalmoloji profilli əlil düşür. Bütün əlillərin 6,8%-i göz xəstəlikləri ilə bağlıdır. Əlilliyin səbəblərinin reytinqi kişi və qadın populyasiyalarında (1-refraksiya və akkomodasiya pozğunluqları, 2-büllurun xəstəlikləri, 3-görmə sinirinin atrofiyası, 4-tapeto-retinal distrofiya və sair) oxşardır.

Əhalinin 100 min nəfərinə 69,4±8,4 kişi populyasiyasında, 140,2±12,0 qadın populyasiyasında onkoloji profilli əlillik düşür. Əlillərin 6,8%-i yenitörəmələrlə bağlı əlillərdir. Əlillik səbəblərinin reytinqi kişi populyasiyasında (1-leykozlar, 2-mədə xərçəngi, 3-ağ ciyərlərin xərçəngi, 4-beyin şişləri), qadın populyasiyasından (1-süd vəzi şişləri, uşaqlıq, uşaqlıq boynu və yumurtalıqların şişləri, 3-leykozlar, 4-qalxanvari vəzin şişləri) fərqlənir.

ƏLİL KONTİNGENTİNİN SOSIAL GİGİYENİK DURUMU, TİBBİ TƏMİNATININ KEYFİYYƏT SƏCİYYƏLƏRİ, TİBBİ SOSIAL EKSPERTİZASININ ADEKVATLIĞI VƏ REABİLİTASIYASININ TƏŞKİLİ

Tibbi-sosial ekspert komissiyalarına təqdim edilmiş pasiyentlərin sənədlərində 12-90% hallarda funksional durum barədə məlumat əks olunmamışdır.

Orqanizmin funksional durumu adekvat olunma hallarının xüsusi çəkisi 2-70% arasında dəyişərək müfəfiq olaraq təşkil etmişdir: ürəyin işemiyə xəstəliyində - 65±4,75%, arterial hipertenziyada - 66±4,74%, göz xəstəliklərində - 70±4,58%, böyrək 46±4,98%, ruhi pozğunluqlarda 54±

4,98%, bronxial astmada $41 \pm 4,85\%$, şəkərli diabetdə $38 \pm 4,85\%$, serebrovaskulyar xəstəliklərdə $22 \pm 3,47\%$, mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyində $34 \pm 4,73\%$, polinevropatiya, sinir, sinir kökləri və kələfləri zədələnmələrində $14 \pm 3,47\%$, onkoloji xəstəliklərdə $4 \pm 1,96\%$ və vərəmdə $2 \pm 1,4\%$.

Qeydiyyatda olan əlil kontingentinin böyük qismi kişilərdir ($57,5 \pm 0,9\%$), əlillərin yaş bölgüsündə gender fərqi mövcuddur, 30-44 yaşlı əlillərin qadınlar arasında, 50-64 yaş intervalında kişi əlillərinin xüsusi çəkisi çoxdur.

Əlillər arasında 40-59 yaşlı əlillərin xüsusi çəkisi yüksəkdir və yaşın 5 illiki intervallarına görə (40-44, 45-49, 50-54, 55-59) bölgüsü üzrə əlillərdə xüsusi çəkiliəri praktik stabildir ($14,4 \pm 0,64$; $15,2 \pm 0,65$; $16,0 \pm 0,62$ və $14,8 \pm 0,65\%$).

Əlillərin əksəriyyətinin tam orta təhsili yoxdur ($42,1 \pm 0,9\%$), təhsil səviyyəsinin yüksəlməsi ilə mütənasib əlillərin xüsusi çəkisi azdır (orta təhsillilər - $31,4 \pm 0,85\%$, orta ixtisas təhsillilər - $18,2 \pm 0,7\%$ və ali təhsillilər - $9,3 \pm 0,53\%$); əlillərin böyük qismi ($45,8 \pm 0,91\%$) rayonun səhiyyə resurslarının cəmləndiyi Xırdalan şəhərində, $30,8\%$ -i həkim yardımını əl çatan olan qəsəbələrdə, $19,8\%$ -i isə həkimə qədər yardım imkanı olan kəndlərdə yaşayır.

Əlillərin $34,2 \pm 0,86\%$ işlə təmin olunmuş, $50,9 \pm 0,91\%$ -nin məişət şəraiti qənaətbəxş sayılır, $88,3 \pm 0,59\%$ -i yaşayış yerində həkim yardımını, $45,8 \pm 0,91\%$ -i ixtisaslaşmış tibbi yardım ala bilər.

Əlillərin böyük qisminin həyat tərzi optimal sayılır ($40,7 \pm 0,9\%$ siqaret çəkir, $32,9 \pm 0,86\%$ spirtli içki içir, $26,1 \pm 0,80\%$ izafi bədən kütləsi var və $26,8 \pm 0,81\%$ piylənmə əlamətləri var).

Əlillərin əksəriyyəti II qrup ($75,3 \pm 0,79\%$) az qismi I qrup ($9,8 \pm 0,5\%$) əlillərdir.

Əlillərin tibbi-sosial ekspertizası zamanı orqanizmin pozulmuş funksiyaları, həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasının səciyyələri mövcud beynəlxalq tələblərə (JSBN 924455542x) tam uyğun aparılmır. Əlilliyin səbəbindən asılı orqanizmin funksional durumu qiymətləndirilməmiş əlillərin xüsusi çəkiliəri $10 \pm 3,0\%$ ilə $50 \pm 5,0\%$ arasında dəyişir, yalnız $2 \pm 1,40-65 \pm 4,76\%$ hallarda funksional durum adekvat qiymətləndirilir.

Tibbi-sosial ekspertiza aparanda təstiq olunmuş funksional pozğunluqların böyük qismi ürək-damar sisteminin ($27,8 \pm 2,0\%$) funksional pozğunluğudur, $20,6 \pm 1,8\%$ görmə funksiyasının, $9,5 \pm 1,3\%$ urogenital funksiya-

sının, $8,4 \pm 1,3\%$ hərəkət funksiyasının, $7,8 \pm 1,2\%$ əqli və endokrin funksiyalarının pozğunluğunun payına düşür.

Xəstələr tibbi sosial ekspertizaya təqdim edilməmişdən öncə yalnız $18 \pm 3,84\%$ - $54 \pm 4,98\%$ xəstəliyin nozoloji formasından asılı hallarda klinik protokolların şərtlərinə müvafiq tam müayinə edilir, adekvat müalicə və vaxtında hospitalaşdırma hallarının xüsusi çəkilişi nozoloji formadan asılı müvafiq olaraq $36 \pm 4,8 - 84 \pm 3,67\%$ və $10 \pm 3,0 - 68 \pm 4,66\%$ hallarda təmin edilir.

Tibbi sosial ekspertizası zamanı ekspert qiymətləndirmə göstərir ki, ən çox rast gəlinən həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasının aşağıdakı növləridir: təlim və biliklərin istifadəsi ($58,3 \pm 2,0\%$), gündəlik rejimin yerinə yetirilməsi ($85 \pm 1,5\%$), cinsiyyət zamanı məlumatın qavranmaması ($60,3 \pm 2,0\%$), mobillik ($68,3 \pm 1,9\%$), özünəxidmət ($68,3 \pm 1,9\%$), məişət həyatı ($80,2 \pm 1,6\%$), şəxsiyyət arası ünsiyyət ($86,8 \pm 1,4\%$) və həyatın əsas sahələri ($59,3 \pm 2,0\%$).

Əlillərin həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması $23,8 \pm 1,7\%$ hallarda bir, $30,7 \pm 1,9\%$ -də iki, $25,5 \pm 1,8\%$ -də üç və $20,0 \pm 1,6\%$ -də üçdən çox növ məhdudlaşma əlamətləri ilə təzahür olunur. I qrup əlillərdə həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması əksər hallarda orta və daha ağır dərəcəli məhdudlaşma ilə assosiasira olunur.

Əlillərin ambulator-poliklinika şəraitində reabilitasiyasına tələbatı yüksəkdir və əlilliyin səbəbindən asılı dəyişir: əlillərin polinevropatiya, sinirlərin, sinir kökləri və kəməflərinin zədələnmələrində, travmaların nəticələrində 3-4 ayda, arterial hipertenziya, bronxial astma, şəkərli diabet, böyrəklərin iltihabi xəstəliklərində, mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliklərində, serebrovaskulyar xəstəliklərdə 5-6 ayda ən azı bir dəfə ambulator reabilitasiyasına cəlb edilməsi tövsiyyə olunur. Bununla bağlı gözlənilən həkimə gəlişlərin bir əlilə düşən sayı 1,3-4,3 intervalında dəyişir.

Əlillərin sanator kurort reabilitasiyasına tələbatının həcmi əlilliyin səbəbindən asılı 100 əlilə görə 58-100 kurs səviyyəsindədir və bu tələbatı təmin etmək üçün 100 əlilə görə 5,3 il ərzində daima fəaliyyət göstərən çarpayı fondu lazımdır.

Əlillərin stasionar müalicəsinə tələbatının həcmi əlilliyin səbəblərindən asılı 100 əlilə görə 146-204 stasionar müalicə kursu təşkil edir (orta hesabla bir əlilin ildə 1,67 dəfə stasionarda müalicə və müayinə olunması tövsiyyə olunur). Əlillərin stasionar yardımına mövcud tələbatını təmin etmək üçün 100 əlilə görə orta hesabla 7,2 çarpayı fondu lazımdır.

Əlillər Abşeron rayonunun səhiyyəsinin mövcud durumunda orta hesabla il ərzində 14,8 dəfə həkimə müraciət edir, 19,3 gün stasionarda müalicə olunur, 18,2 şərti vahid laborator müayinəyə cəlb edilir və 10,1 fizioterapevtik prosedura alır. Tibbi yardımın bu növlərinin həcminə görə əlillər arasında fərdi (eyni diaqnoz fonunda) və əlilliyin səbəbindən asılı fərq böyükdür. Bunun əsas səbəbi əlillərin hamısı üçün yaşadığı yerinə yaxın əlçatan tibbi yardım şəbəkəsinin olmamasıdır.

NƏTİCƏLƏR

1. Demografik durumuna görə Azərbaycanın ümumi səciyyəldən fərqlənən Abşeron rayonunda (gender bölgüsündə kişilərin, urbanizasiya prosesində şəhər əhalisinin nisbi çoxluğu, doğumun və təbii artımın nisbi azlığı) əhalinin ilkin əlilləşmə riski nisbətən azdır, əlillər arasında yaşı 30-dan çox olanların xüsusi çəkiliyi yüksəkdir, uşaq əlilliyinin səbəbləri arasında ruhi pozğunluqların və anadangəlmə qüsurların, yetkin yaşlı əhalinin əlilləşmə səbəbləri arasında yenitörəmələrin və sinir sistemi xəstəliklərinin payı böyükdür əhali arasında əlillərin nisbi sayı çoxdur.

2. Kişi populyasiyasında qadınlarla müqayisədə ilkin ($389,7 \pm 19,9$ və $238,2 \pm 15,6^{0/0000}$; $P < 0,01$), təkrari ($1376,4 \pm 37,2$ və $1083,4 \pm 33,2^{0/0000}$; $P < 0,01$) və ümumi əlilləşmə riski ($1766,1 \pm 42,1$ və $1321,6 \pm 37,1^{0/0000}$; $P < 0,01$) orta hesabla 1,3 dəfə çoxdur, təkrari və ilkin əlillik hadisələrinin nisbəti (3,5 və 4,6) fərqlidir, əlilliyin nozoloji səbələrinin reytingi dəyişkəndir.

3. Əlillərin böyük qismi nevroloji (20,8%) və cərrahi (18,6%) profilli, 13,1%-i ümumi terapiya və 12%-i kardioloji profilli, 11,4%-i psixiatriya, 6,8%-i onkologiya, 6,8%-i oftalmologiya, 4,9%-i endokrinologiya, 4,0%-i ftiziatriya profilləri üzrədir. Təkrari və ilkin əlilləşmə hadisələrinin nisbəti həkimin profilindən, əlillərin gender səciyyəindən asılı geniş intervalda (1,5-24,2) dəyişir. Göstərici kişi əlillər üçün psixiatriya (8), qadın əlillər üçün cərrahiyyə (14,7), nevrologiya (7,8), kardiologiya (7,1) və oftalmologiya (6,3) profilləri üzrə yüksəkdir.

4. Nevroloji profilli əlillik səbəbləri arasında kəllə-beyin travmalarının nəticələri, serebrovaskulyar xəstəliklər, polinevropatiyalar, cərrahi profilli əlillik səbəbləri arasında travmaların nəticələri, mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi, psixiatriya profilli əlillik səbəbləri arasında şizofreniya, orqanik psixi pozğunluqlar və əqli zəiflik, oftalmoloji profilli əlillik səbəbləri arasında refraksiya və akomodasiya pozğunluqları, büllurun xəstəlikləri və görmə sinirinin atrofiyası, onkoloji profilli əlillik səbəbləri arasında süd vəzinin xərçəngi və leykozlar prioritet yer tuturlar.

5. Əlillərin tibbi təminatı və reabilitasiyasını təşkil etmək üçün əhəmiyyətli olan sosial gigiyenik səciyyəyə onların yaşı (əksər hallarda əmək qabiliyyətli yaş dövrü) təhsili (42,1±0,9% natamam orta, 31,4±0,85% orta), yaşayış yeri (45,8% şəhər, 39,8% qəsəbə, 19,8% kənd), və həyat tərzini (40,7% siqaret çəkir, 32,9%-i spirtli içki içir, 26,1%-i izafi bədən kütləli, 26,8%-i piylənmə), pozulmuş funksiyaların əsas növləri (27,8%-i ürək-damar sistemi, 26,6%-i görmə, 9,5% urogenital, 8,4% hərəkət, 7,8% əqli), həyat fəaliyyətinin məhdudlaşması variantları (58,3% biliklərin istifadəsi, 85% gündəlik rejimin yerinə yetirilməsi, 68,3% mobillik, 86,8% ünsiyyət və s.) aiddir.

6. Əlillərin tibbi reabilitasiyası məqsədi ilə ambulator-profilaktika şəraitində bərpa müalicəsi üçün bir əlilə 2,7 həkimə gəliş, sanator-kurort reabilitasiyası üçün 100 əlilə 5,3 çarpayı, stasionarda bərpa müalicəsi üçün 7,2 çarpayı optimaldır. Əlillərin reabilitasiya resurslarına tələbatı əlilliyin nozoloji səbəblərindən asılıdır.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. Əlillərin inzibati ərazi çərçivəsində sosial-gigiyenik monitorinqinin təşkili;

2. Əlillərin reabilitasiyasının effektivlik meyarı kimi təkrari və ilkin, həmçinin ümumi və ilkin əlillik hadisələrinin nisbətinin (kumulyasiya meyarı) meyar kimi istifadəsi;

3. Əlillərin tibbi-sosial ekspert komissiyalarında şəhadətləndirilməsi prosesində orqanizmin funksiyalarının, həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasının beynəlxalq təsnifatının tətbiqi;

4. Kənd və qəsəbələrdə yaşayan əlillərin ambulator reabilitasiya tədbirlərinə cəlb etmək üçün kənd və qəsəbə arası reabilitasiya məntəqələrinin yaradılması;

5. Əlillərin ambulator profilaktika, stasionar və sanator şəraitində bərpa müalicəsini optimallaşdırmaq üçün tədqiqatda əsaslandırılmış normativ göstəricilərinin istifadəsi.

DISSERTASIYANIN MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP OLUNMUŞ MƏQALƏLƏR

1. Baxşəliyev N.S. Kişi əhalisi arasında nevroloji profilli əlilliyin səbəbləri və yaşdan asılı dinamikası // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, Bakı, №1, 2015 s. 49-54
2. Baxşəliyev N.S. Abşeron rayonunda əmək qabiliyyətli yaşlarda və rəmlə bağlı əlillik və əlillərin yaş xüsusiyyətləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2015, №1, s.105-109
3. Бахшалиев Н.С., Эйвазов Р. К., Агаева К.Ф. Уровень и структура инвалидности по профилям врачебных специальностей амбулаторно-поликлинических учреждений // Общественное здоровье и здравоохранение, Казань, 2014, №1, с. 65-68
4. Baxşəliyev N.S. Abşeron rayonunda ilk dəfə əlilləşən uşaq və yetkin yaşlı əhalinin gender xüsusiyyətləri // Ə.Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın məcmuəsi, Bakı, 2015. s.225-230
5. Baxşəliyev N.S. Abşeron rayonunda ilk əlil hesab edilənlərin yaş və cins tərkibinin fərqli xüsusiyyətləri // Sağlamlıq, Bakı, 2015, №3, s.167-172
6. Baxşəliyev N.S. Əlilliyin nozoloji səbəbləri və xəstələrin tibbi-sosial ekspertizasına təqdimatında həkim mütəxəssislərin rolu // Sağlamlıq, Bakı, 2015, №4, s.160-166

БАХШАЛИЕВ Н.М.

Региональные особенности и пути оптимизации социально-гигиенической характеристики риска инвалидности, медицинского обеспечения и реабилитации инвалидов (на модели Апшеронского района)

РЕЗЮМЕ

Целью, исследования является обоснование комплекса мер, позволяющих усилить медико-социальную защиту инвалидов, путем оценки их социально-гигиенической характеристики и эффективности реабилитации, на примере Апшеронского района.

Задачи исследования: выявить особенности региональных проблем инвалидности на примере Апшеронского района; охарактеризовать в комплексе причины инвалидности в зависимости от профиля лечащего врача и нозологической формы; оценить социально-гигиеническое состояние, функциональные нарушения и ограничения жизнедеятельности инвалидов; качественная характеристика медицинской помощи инвалидам и оптимальные пути реабилитации.

В Апшеронском районе риск первичной инвалидности сравнительно низкий, среди инвалидов высокий удельный вес лиц в возрасте старше 30 лет, среди причин детской инвалидности преобладают психические расстройства и врожденные пороки, среди причин инвалидности у взрослых доля новообразований и заболеваний нервной системы высокая, относительно число инвалидов среди населения высокое. В мужской популяции в сравнении с женской риск общей инвалидизации ($1766,1 \pm 42,1$ и $1321,6 \pm 37,1$ / $_{0000}$; $P < 0,01$) в среднем в 1,3 раза выше, соотношение случаев повторной и первичной инвалидности (3,5 и 4,6) различно, рейтинг нозологических причин инвалидности изменчив.

Большинство инвалидов неврологического (20,8%) и хирургического (18,6%) профиля, 13,1% общетерапевтического и 12% кардиологического профиля, 11,4% психического, 6,8% онкологического, 6,8% офтальмологического, 4,9% эндокринологического, 4,0% инвалидов фтизиатрического профиля. Соотношение случаев первичной и повторной инвалидности в зависимости от профиля врача, гендерной характеристики инвалидов изменяется в широком интервале (1,5-24,2). У мужчин-инвалидов высокий показатель по профилю

психиатрия (8), у женщин высокие показатели по профилям хирургия (14,7), неврология (7,8), кардиология (7,1) и офтальмология (6,3).

В организации медицинского обеспечения и реабилитации инвалидов существенное значение имеет социал-гигиеническая характеристика, к которой относятся: возраст (в большинстве случаев трудоспособный возраст), образование, место проживания), и образ жизни, основные виды нарушенной функции, варианты ограничения жизнедеятельности.

С целью оказания инвалидам медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях для восстановительного лечения на 1 инвалида 2,7 посещений к врачу. Потребность инвалидов в реабилитационных ресурсах зависит от нозологических причин инвалидности.

BAKSHALIYEV N.M.

Regional features and ways of optimizing of the social and sanitary characteristics of the disability risks, health care and rehabilitation of disabled persons (On the model of Absheron district)

SUMMARY

The purpose of the research is to study the complex of measures for strengthening of the medical and social protection of disabled persons, by assessing their social-sanitary characteristics and effectiveness of rehabilitation, on the example of Absheron district.

Research objectives: to identify the features of regional disability issues on the example of Absheron district; to characterize causes of disability in complex depending on the profile of the attending physician and nosological form; to assess the social and hygienic condition, functional violations and restrictions of life of persons with disabilities; the qualitative characteristic of health care for disabled persons and optimal ways of rehabilitation.

In Absheron district the risk of primary disability is relatively low, most of disabled adults are elder than 30 years, mental disorders and congenital malformations prevails among reasons for children disabilities, nervous system diseases and tumors prevail among the reasons of disabilities of adults, the relative number of people with disabilities among population is high. Risk of disability is relatively higher among men than women ($1766,1 \pm 42,1$ and $1321,6 \pm 37,1$ / $_{0000}$; $P < 0,01$) in average for 1,3 times, the ratio of cases of repeated and primary disability (3,5 and 4,6) is different, rating of nosological reasons of disability is changeable.

Most of disabled people are of neurological (20,8%) and surgery (18,6%) profile, 13,1% - general therapeutic, 12% cardiological, 11,4% mental, 6,8% oncological, 6,8% ophthalmological, 4,9% endocrinological, 4,0% of disabled people are phthisiological profile. The ratio of primary and repeated cases of disability vary over a wide range (1,5-24,2) depending on the profile of the doctor disabled gender characteristics. Men with disabilities have a high rate profile psychiatry (8), women have high rates at surgery (14,7), neurology (7,8), cardiology (7,1) and ophthalmology (6,3) profiles.

Social and hygienic characteristics, which includes: age (in most cases working age), education, place of residence), and way of life, the main types of impaired functions, options disabilities have a big role in organization of health care and rehabilitation services for disabled people.

In order for health care services for disabled people in outpatient conditions 2,7 visits to the doctor is needed per 1 disabled person. Needs of disabled people for rehabilitation resources depends on nosological reasons of disability.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ИМ. А. АЛИЕВА**

На правах рукописи

НАРИМАН САДЫГ оглу БАХШАЛИЕВ

**Региональные особенности и пути оптимизации социально-
гигиенической характеристики риска инвалидности,
медицинского обеспечения и реабилитации инвалидов
(на модели Апшеронского района)**

3212.01 – Здравоохранение и его организация

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора философии по медицине

БАКУ – 2016