

Т.Г.Тульчинский

Қуддусдаги «Хадасса» Университетининг Жамоат тиббиёти мактаби

Е.А. Варавикова

*И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академиясининг
Соғлиқни сақлашни бошқариш факультети*

Жамоат соғлиғини сақлаш

Янги фан асослари

І қисм

Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган
фан арбоби, профессор Ҳ. Ё. Каримов ва
доцент Р. И. Азимов таҳрири остида
таржима қилинди



Тошкент
II-Тошкент Давлат тиббиёт институти
2003

УДК: 614.2

Т. Г. Тульчинский, Е.А. Варавикова. Жамоат соғлиғини сақлаш: Янги фан асослари.

I қисм.

Тошкент: Тошкент Давлат иккинчи тиббиёт институти.

Ўқув қўлланмаси турли хил давлатлар соғлиқни сақлаш тизимининг классик ва замонавий моделини таҳлил қилишни таклиф қилувчи замонавий жамоат тиббиётига асосланган. Ушбу китоб янги жамоат тиббиёти концепцияси доирасида кенг маълумотларга ҳамда батафсил библиографияга ва тақдим этиладиган адабиётлар рўйхатига эга.

Ушбу китоб тиббиёт институтлари талабаларига, соғлиқни сақлашни ташкил этувчи мутахассисларга, соғлиқни сақлашни иқтисодий таъминловчиларга ва сиёсий ҳамда жамоат арбоблари учун мўлжалланган.

Таржимонлар: А. Камолов, Б. Маматқулов, А. Фақиров, **А. Шомаҳмудов**

Ношир: Тошкент Давлат иккинчи тиббиёт институти

Компютер териш муҳаррири: Ҳ. Пўлатов

Корректор: Ў. А. Ёдгоров

Муқова дизайни: В. Я. Литинецкий

© Т. Н. Tulchinsky, 1999

© 2-ТошДавТИ, 2003

ISBN 965-7031-13-3

Ушбу қўлланма матнини хоҳлаган усулда: босма, электрон ёки бошқа усуллар билан чиқаришга авторнинг ёзма розилигисиз рухсат этилмайди.

Барча саволлар тўғрисида қуйидаги манзилга мурожаат қилинсин: Т. Н. Tulchinsky MD MPH, School of Health, Hadassah-Hebrew University, Ein Karem, Jerusalem, Israel 91010.

СЎЗ БОШИ

Ҳозирги даврда дунёнинг ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларида инфекция касалликлар ўз ўрнини ноинфекцион-ноэпидемик касалликларга бўшатиб берди. Аҳолининг касалланиш, ногиронлик, ўлим сабаблари орасида юрак-қон томир касалликлари, онкологик касалликлар, анемия, ўпканинг носпецифик касалликлари етакчи ўринларни эгаллаб турибди. Дунё аҳолиси орасида наркомания, токсикомания, ОИТС каби касалликлар кенг тарқалмоқда. Экологик муаммолар бир давлат чегарасидан чиқиб дунё миқёсида ўз ечимини топиши лозим бўлган масалага айланди.

Тараққий этган мамлакатлар аҳолисининг ўртача 20 фоизини 60 ёшдан ошган кексалар ва қариялар ташкил этмоқда, ушбу демографик тенденция яқин кунларда ривожланаётган мамлакатларда ҳам ўз аксини топади. Бу каби тиббий-ижтимоий ва иқтисодий муаммолар яқин кунларда кўпгина мамлакатларда, шу жумладан бизда ҳам давлат миқёсидаги муҳим масалалардан бирига айланиши аниқ.

Болалар, ўсмирлар, аёллар, оналар, оила саломатлиги доимо соғлиқни сақлашнинг устувор масалаларидан бири бўлиб келган ва шундай бўлиб қолади. Қайд этилган социал муаммоларнинг ўзига хос томонлари аҳоли саломатлигига таъсир этиб, уларнинг орасида хавф гуруҳларининг кўпайишига олиб келмоқда. Шунинг учун ҳам ҳозирги кунда соғлиқни сақлашни шакллантириш, мутахассисларни тайёрлашда нафақат масалаларни тушуниб етадиган, балки уларни ҳал этишнинг ташкилий ечимларини таклиф этадиган, қарорлар қабул қиладиган, амалиётга тўғри татбиқ этадиган мутахассисларни тайёрлаш долзарб масала ҳисобланади. Демак, соғлиқни сақлаш тизимининг барча босқичларига, биринчи навбатда соғлиқни сақлаш амалиётига бошқарувчи кадрларни тайёрлаш, қайта тайёрлаш муҳим аҳамият касб этади.

Ўзбекистонда «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида»ги (1996), «Таълим тўғрисида»ги (1997) Қонунларда ҳамда «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг давлат дастури» (1998), «Кадрлар тайёрлаш миллий дастури»да (1997) белгилаб берилган стратегик вазифаларни ҳал этиш учун, мамлакатимизнинг соғлиқни сақлашни ташкил этиш борасидаги бой тарихий тажрибасидан ҳамда дунёнинг ривожланган мамлакатларида тиббиёт ходимларини тайёрлаш, қайта тайёрлаш, малакасини ошириш бўйича олиб борилаётган илғор тажрибалардан кенг

фойдаланиш албатта ўзининг ижобий самарасини ва мамлакатимизда соғлиқни сақлаш, кадрлар тайёрлаш тизимини жаҳон андозаларига мос ҳолда қайта қуриш ва ривожлантиришга ёрдам беради. Аммо ҳанузгача ватанимизда ушбу соҳада алоҳида қўлланма чоп этилмаган.

Бу борада тақдим этилаётган мазкур китоб таълим соҳасига хорижий мамлакатлар жамоат соғлиғини сақлаш мактабларидаги, ўқитиш дастурларидан жамоат соғлиғини сақлаш магистрларини тайёрлашда фойдаланиш имконини беради. Китобда жаҳонда тиббий-профилактик ёрдам қийматининг ўсиб бораётганлиги, аҳоли саломатлигининг тиббий-демографик жиҳатларидаги ва соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш сиёсатидаги ўзгаришларни инobatга олган ҳолда, аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлашнинг методологик жиҳатлари ўз аксини топган.

Ушбу фанни ўқитишнинг асосини жамоат соғлиғини сақлашнинг тарихи ва асосий тараққиёт тенденцияси, аҳоли саломатлигини баҳолаш методлари ва концепцияси, инсониятнинг асосий касалликлари ва улар билан курашиш методлари ташкил этади ва китобда улар чет эл соғлиқни сақлаш назарияси ва амалиётидаги мисоллар билан бойитилган.

Ҳозирги замон соғлиғини сақлашнинг муҳим қирраларига бағишланган ушбу қўлланма айрим камчиликлардан холи бўлмаслиги мумкин, аммо у келгусида республикамизнинг соғлиқни сақлаш соҳасидаги етакчи ташкилотчилари-олимлари томонидан мамлакатимизнинг ўзига хос тиббий, ижтимоий, демографик хусусиятларини, соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш сиёсатини инobatга олган ҳолда жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашнинг ташкил этилиши бўйича дастур ва қўлланмалар, дарсликлар яратилишида амалий ёрдам беради деб умид билдирамыз.

Ўқувчиларнинг ушбу ўқув қўлланма ҳақидаги фикр-мулоҳазаларини, истаklarини чин дилдан қабул қиламыз.

Профессорлар: Ф. Ф. Назиров,
Ҳ. Ё. Каримов

ҚЎЛИНГИЗДАГИ УШБУ КИТОБ ТЎҒРИСИДА

* * *

«Жамоат саломатлиги» (public health) деган атаманинг бир нечта маъноси бор. «Жамоат саломатлиги» тушунчаси тор маънода олинганида муайян бир аҳолининг саломатлигини ҳам, ушбу аҳолининг соғлиғини ҳам қилишга қаратилган, айниқса, атроф муҳит санитарияси ҳамда инфекцион касалликлар устидан назорат олиб боришга доир бўлган превентив чора-тадбирлар тизимини ҳам англатади.

Бир мунча кенг маънодаги «жамоат саломатлиги» тушунчаси жуда кенг доирадаги ташкилий иш-ҳаракатларни камраб оладики, булар барча превентив ва клиник тиббий хизматлар фаолиятини назорат қилиб боришдан ташқари миллий соғлиқни сақлаш тизими фаолиятининг талайгина бошқа жиҳатларини, жумладан, инсонларнинг саломатлигига тўғридан-тўғри ёки билвосита таъсир ўтказувчи кўпгина омилларни: атрофдаги муҳитни муҳофаза қилиш масалалари, соғлом турмуш тарзини қарор топдириш, соғлиқни сақлаш тизими ходимлари ва муасасасаларини тайёрлаш, соғлиқни сақлаш лойиҳаларини ташкил этиш ва уларга иқтисодий жиҳатдан мадад беришни таъминлаш, саломатликка оид хизматларни тақсимлашда ижтимоий адолат тамойилларини таъминлаш учун зарур турли стратегияларни ўз ичига олади*.

Қўлингиздаги бу китоб «жамоат соғлиғини сақлаш» атамасининг замонавий ва бир мунча кенг маъносини кўзда тутди ва унда аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш муаммосига асосий эътибор берилди. Касалхона ёрдами ташкил этиш масалалари фақат шунинг учун тилга олинадики, соғлиқни сақлаш тизими ресурсларининг улкан улушини ушбу тизимнинг шу сектори ютиб туради, китобда асосий урғу эса, ҳозирги дунёда саломатлик бузилишларининг асосий турларини — сурункали касалликлар, травматизм ва зўравонликдан ўлиш ҳолларини ўлчаш ва олдини олишга бағишланади, айни вақтда ўткир инфекцион касалликларнинг аҳамияти камситилмайди. Китобнинг бутун бир боби оила саломатлиги муаммосига, жумладан наинки она ва бола соғлиғини муҳофаза қилишга доир анъанавий масалаларга, балки оиланинг кекса аъзолари соғлиғи масалаларига ҳам бағишланади. Алоҳида бўлимда руҳий саломатлик ва ақлий қолоқлик масалалари кўздан кечириб чиқилади. Атроф муҳитнинг саломатликка таъсири муаммоларига (соф тиббий нашрларда аксари назардан четда қолдириладиган жиҳатларга) тегишлича ўрин ва эътибор берилган.

Китобнинг асосий афзаллиги шуки, унда соғлиқни сақлашнинг кўпгина жиҳатлари – тиббий хизматлар нархининг тез ўсиб бораётганига сабаб бўлаётган ҳаракатлантирувчи кучлар ва буларни тўхтатиб туриш усуллари иқтисодий нуқтаи назардан таҳлил қилиб чиқилган. Бу муаммоларни англаб, тагига етиб олиш соғлиқни сақлаш тизимларини бошқариш масалалари билан чамбарчас боғланган ва замонавий жамиятда режалаштириш ва бошқаришнинг умумий назарияларига асосланади.

Китоб Германия (ижтимоий суғурталаш ватани), Буюк Британия (ва унинг Миллий соғлиқни сақлаш хизмати), Канада (бу мамлакатда соғлиқни сақлаш сиёсатини аниқлашда унинг вилоятлари етакчи ролни ўйнайди), Скандинавия мамлакатлари, собиқ СССР ва АҚШ мисолларида соғлиқни сақлашнинг асосий классик моделларининг батафсил таҳлилинини ўқувчиларга тақдим этади. Жаҳондаги барча мамлакатлар миллий соғлиқни сақлаш тизимларини ислоҳ қилишга у ёки бу даражада жалб этилган, ҳаммага манзур келадиган стратегия маҳаллий (жамоа) профилактика хизматларини мустаҳкамлаш ва шу билан бирга ҳар бир конкрет инсонга кўрсатиладиган тиббий хизматга (даволашга ҳам, профилактикага ҳам) эътиборни кучайтиришдир. Ислохотнинг муваффақияти жамиятнинг ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан равнақ топишига қўшиладиган каттагина улуш бўлиб ҳисобланади.

Россия ва бошқа собиқ совет республикаларида соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишга эҳтиёж жуда кескин бўлиб турибди. Ўлим ҳолларига оид 90- йиллар статистикаси аҳолининг саломатлиги кескин ёмонлашгани ва инсонлар, айниқса эркаклар умрининг қисқариб қолганидан дарак беради. Ҳозирги шароитларда соғлиқни сақлаш тизимининг асосий вазифаларидан бири саломатликни мустаҳкамлаш ва касалликларнинг олдини олиш дастурларини маҳаллалар (жамоалар) доирасида жорий этишдир. Бу фаолиятни кундалик амалиётга қай тариқа жорий қилиш кераклигини даволовчи ходимларга ҳам ўргатиш керак. Жамоат соғлиғини сақлашнинг бўлғуси раҳбарлари ва менежерларини ўқитиш тизими кенгайтирилиши ва мустаҳкамланиши лозим. Соғлиқни сақлаш тизими молиялаштиришнинг собиқ иттифоқда расм бўлган бюджет усули имкони борича тезроқ суғуртага ўтиши керак. Аҳолининг айрим гуруҳларига тиббий ёрдамнинг уччала даражасини бирлаштирувчи капитация тамойили бўйича ҳақ тўланадиган америка «Соғлиқни сақлаш ташкилотлари» модели бўйича махсус поликлиникалар, касалхоналар ва саломатлик марказлари томонидан, бирламчи бўғинни мустаҳкамлашга ҳамда юксак техникали ва қиммат турадиган ёрдам турларидан ўринсиз фойдаланишни қисқартиришга кўпроқ эътибор бериб хизмат кўрсатилиши мумкин.

Тиббиёт ўқув юртларининг талабалари ва тиббий ходимлар жамоат соғлиғини сақлашни аксари тор маънода тушунишга мойил бўлишади. Бу ҳолда асосий эътиборни конкрет беморга берадиган клиник тиббиёт ундан жуда йироқ бўлиб қолади. Шу нуқтаи назардан олинадиган бўлса, бутун соғлиқни сақлаш тизими бир томонлама гавдаланиб, унда жамоа профилактикаси сингари жуда муҳим қисми ва ҳатто клиник хизматларни бошқариш иши мутлақо кўзга ташланмай қолади.

Миллий соғлиқни сақлаш тизимининг вазифаси конкрет беморга клиник ёрдам беришни ҳам, умуман уюшган профилактика тизими ва аҳолини даволаш ишларини ҳам бирга олиб боришдир. Соғлиқни сақлаш ислоҳоти, жумладан, соғлиқни сақлаш ишининг мана шу иккала томони ўртасида оқилона мувозанат бўлишини таъминлашга қаратилган. Бу китоб соғлиқни сақлаш тизимининг турли даражаларидаги барча муаммолар силсиласини гавдалантиради. Шу йўл билан у ўқувчига унинг соғлиқни сақлаш тизимидаги ўз ролини тўлароқ тасаввур қилишига имкон беради ва аксари тор соҳа мутахассислари учун хос бўлган касбий калтабинликни баргараф этади. Ҳар бир мутахассис умуман соғлиқни сақлаш тизимининг вазифалари ва тузилишини, шунингдек ушбу тизимдаги ўз ўрни ва масъулиятини тушунадиган бўлса, анча самарали ишлай олади. Афсуски, тиббиёт ўқув юртлари талабалари томонидан ўқиш жараёнида ўзлаштириб олинган росмана кенг ёндошув ва истиқболлар ҳам хусусий фаолият билан шуғулланувчи врачнинг кундалик ишида татбиқ этилмай қолади ва йўқолиб кетади. Соғлиқни сақлаш тизимининг уюшган тузилмаларида ишлаш эса, саломатлик ва соғлиқни сақлаш муаммоларига бир мунча кенг нуқтаи назар билан қарашга ёрдам беради, шунинг учун АҚШ соғлиқни сақлаш тизимида якка тартибдаги амалиётдан саломатликни муҳофаза қилиш тузилмалари ва хизматларини ташкил этишга ўтиш тенденциялари ишончлироқ бўлиб кўринади.

Янги жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси жамоат соғлиғини сақлашни ўқитишга жуда муҳим улушдир. Бу концепция жамоат соғлиғини сақлашнинг классик бўлимлари — санитария, гигиена, эпидемиология ва ўтган юз йилликда ривожланиб борган бошқа фанларни ўзгарттиради ва буларни ХХI асрдаги ёндошувларга асосланиб туриб, янгича тушуниладиган умумий тиббий ёрдам, соғлиқни сақлаш тизимлари иқтисодиёти ва бошқаруви тарзида гавдалантиради. Янги жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси талабаларни бошқариладиган тиббий ёрдам оламида, унинг кўпдан-кўп тармоқларида ишлашга ва соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинини ривожлантириш хусусида Олмаотада қабул қилинган стратегиядан келиб чиқиб, саломатликни мустақкамлаш ниятларини маҳаллаларнинг масъулияти доирасига киритиш йўлида ҳаракат қилишга ақлий жиҳатдан тайёрлаш учун имкон беради.

Амалиёт билан шуғулланувчи ҳар бир тиббий ходимдан жамоат соғлиғини сақлаш ходими вазифларини бажариб боришини кута олмаймиз. Жамоат соғлиғини сақлаш ва соғлиқни сақлашни идора этиш соҳасида мутахассислар тайёрлаш учун махсус ўқув юртлари бор. Буни ҳам қўяверинг, маъмурларнинг ҳаммаси ҳам врачлардан бўлиши шарт эмас. Талайгина функция ва вазифалар аслида тиббий маълумотга эга бўлмаган, лекин соғлиқни сақлаш тизимларининг хусусиятлари ва муаммоларини билишга имкон берувчи тегишли ўқишни албатта битириб чиққан соғлиқни сақлаш хизматлари менежменти томонидан самарали равишда ва бекаму-кўст бажарилиши мумкин.

Ҳар бир жамият учун саломатлик — бир карра намоён бўладиган характеристика эмас, балки у ҳар бир жамият аъзосига ва жамиятнинг асоси бўлмиш ҳар бир оилага ўзининг эсон-омонлигини сездириб туриши тўғрисида гапирилмаса ҳам, иқтисодий самарадорликнинг доимий асосидир. Шу муносабат билан соғлиқни сақлаш ишларига сарф этиладиган ресурсларни унумсиз харажатлар ёки нобудгарчиликлар деб қарамасдан, балки келгусида даромадларни қўлга киритмоқ учун зарур инвестициялар деб ҳисобламоқ керак.

Тиббиёт ўқув юртларининг талабалари ва соғлиқни сақлаш ходимлари ушбу китобнинг аниқ ва раво тилда ёзилган мазмунини ўзлаштириб олсалар, бу нарса мамлакатдаги ҳозирги соғлиқни сақлашнинг имкониятлари ва муаммоларини яхшироқ тушуниб олишга ҳамда мавжуд ресурслардан инсонларнинг саломатлигини яхшилаш учун тўлароқ фойдаланишга имкон беради.

Профессор Милтон И. Ромер

Фахрий профессор Милтон И. Ромер 1962 йилдан бери Лос-Анжелесдаги Калифорния университети Жамоат соғлиғини сақлаш мактабининг профессоридир. Бундан аввал у Корнел университетига ва Йел университетининг Тиббиёт мактабида дарс бериб келган. Жамоат соғлиғини сақлашни ривожлантириш лойиҳаларида жаҳоннинг 54 мамлакатига ҳукуматлар ва халқаро ташкилотларнинг маслаҳатчиси сифатида иштирок этган. У 32 та монография, жумладан турли мамлакатлар соғлиқни сақлаш тизимларининг қиёсий таҳлилига оид классик дарслик, шунингдек тиббиёт ва соғлиқни сақлаш ишларининг иқтисодий жиҳатларига доир 400 дан зиёд мақолаларнинг муаллифидир.

КИРИШ

Бу китобни ёзиш фикри Жаҳон тикланиш ва тараққиёт банки Миссиясининг иш жараёнида пайдо бўлди. 1992 йилдан 1995 йилгача Россиядаги соғлиқни сақлашнинг аҳоли ва аҳоли саломатлигини ҳамда турли мамлакатлардаги ислохотларни биргаликда ўрганиш натижасида биз жамоат соғлиғини сақлаш юзасидан талабалар ва врачларнинг фикрлаш тарзини ўзгартиришга имкон яратадиган, халқаро тусдаги янги соғлиқни сақлаш тизимига ўтишга ёрдам берадиган дарслик зарур экан, деган фикрга келдик.

Бу ишга тегишли шарт-шароитлар Россия, АҚШ, Яқин Шарқ, Осиё, Африка, Марказий Америка ва Лотин Америкасидан келган талабаларга замонавий соғлиқни сақлашни ташкил этиш асосларидан талайгина йиллар мобайнида дарс бериш давомида юзага келиб борди. Унинг амалий асослари муаллифларнинг турли мамлакатлар – Россия, Канада, Америка Қўшма Штатлари ва Исроил, Колумбия ва Озарбайжон соғлиқни сақлаш тизимидаги кўп йиллик фаолияти жараёнида яратилган эди.

Тақдим этилаётган ўқув қўлланмаси муаллифлар томонидан инглиз тилида яратилди ва уни олдинига ижтимоий ислохотлар ўтказилаётган ва аҳолининг саломатлиги кескин ёмонлашган даврда Янги жамоат соғлиғини сақлаш ғоялари айниқса долзарб бўлиб турган Россияда таржима қилиш ва чоп этиш мўлжалланган эди. Бироқ, китобни инглиззабон мутахассислар ва жамоат соғлиғини сақлаш мактаблари талабаларига тақдим этиш жараёнида уни АҚШ да чоп этишга қизиқиш билдирилди. Китобнинг иккала варианты 1999 йилда босилиб чиқди ва биз популяцион ҳамда индивидуал саломатликни мустаҳкамлаш мақсадида саломатликни муҳофазалаш хизматларининг фаолияти орқали ислохотлар ўтказилаётган ҳамма соғлиқни сақлаш тизимларида уларни қўлга олишади, деб умид қиламиз.

Талабалар бизга кўп марта мурожаат этиб, жамоат соғлиғини сақлашнинг айрим жиҳатларини батафсил ўрганишга киришмасимиздан олдин қўлимизга шу соҳага тааллуқли обзор ахборотни беринг, деб илтимос қилишди. Ижтимоий ва биологик фанлар вакиллари бўла туриб, тиббиёт соҳасига кириб келишган кишиларда ана шундай бошланғич курсга бўлган эҳтиёж айниқса кўпроқ сезилди. Биз, халқаро соҳада ишлаганимиз

туфайли, бу китобнинг турли мамлакатлардан келган талабалар ва мутахассисларга шу фанга янгича ёндошмоқ учун ёрдам беришини тушундик. Ушбу нашр соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, врачлар, тиббий ҳамширалар, маъмурлар, сиёсатчиларга, шунингдек жамоат соғлиғини сақлаш ва тиббий хизмат кўрсатиш соҳасидаги янги ёндашувларни белгилашга таъсир ўтказа оладиган ҳамма кишиларга мўлжалланган.

«Янги» деган таъриф «эски» соғлиқни сақлашнинг бизга яхши маълум бўлган ва ишончли элементларини инкор этмайди, мутлақо. Аксинча, Янги жамоат соғлиғини сақлаш «эскиси»нинг давоми бўлиб, шу «эскиси» яратган негизларга таянади. Тиббий фанлар ривожланиши билан, асосан, XX асрнинг ўрталаридан бошлаб, профилактик ва клиник тиббиёт алоҳида йўналишлар тариқасида тараққий этиб борди ва баъзида зиддиятларга ҳам дуч келди. Бундан ташқари, улар турли манбалардан маблағлар билан таъминланиб, турли маъмурий тузилмалар ихтиёрида бўлиб келди. Янги жамоат соғлиғини сақлаш тиббий хизмат кўрсатиш ва ундан фойдаланишда, касалликларнинг олдини олиш ва саломатликни мустаҳкамлашга доир чора-тадбирларни амалга оширишда неча юз йиллар давомида тўпланиб борган бой тажрибанинг маҳсули, илмий ютуқларнинг синтезидир. У ривожланишда давом этиб бораётган биотиббий ва ижтимоий фанлар, технологиялар, соғлиқни сақлаш соҳасини бошқариш назарияси ва амалиётининг бир-бирига пайваста бўлиб қўшилган мажмуасидир.

Янги жамоат соғлиғини сақлашга саломатликни муҳофаза қилиш, касалликларнинг олдини олиш, беморларни реабилитация қилиш соҳасида хоҳ индивид даражасида бўлсин, хоҳ умуман жамият даражасида бўлсин, ўзининг фойдали эканлигини исбот этган барча маълум фаолият турлари киради. Янги соғлиқни сақлашни ташкил этувчи кўпгина элементлар: профилактик тиббиёт, атроф муҳит гигиенаси ва тиббиёт экологияси, социология ва психологиялар ҳам якка тартибдаги хизматларни такомиллаштириш билан бир қаторда жамоа соғлиғини сақлашни ривожлантириш ва қўллаб-қувватлашга қаратилган*. Шу билан бирга ривожланган мамлакатларга ҳам, суст ривожланган мамлакатларга ҳам бирдек мос келувчи ягона стандартлар яратиладики, буларни жорий этиш муаммоларнинг ўзига хос томонларига ва минтақа ёки мамлакатнинг иқтисодий имкониятларигагина боғлиқ бўлади, лекин умумий, муштарак ёндашувлар моҳият эътибори билан бир хил бўлади.

* *"Community Health" атамаси бу китобда "жамоа саломатлиги" деб таржима қилинди. "Коммунал саломатлик" ва "Коллектив саломат-*

лиги” деган вариантлар инглизча атама маъносини тўла акс эттирмайди. “Коммуна” сўзи сиёсий маънога эга бўлиши мумкин, “коллектив” ёки “аҳоли гуруҳлари” сўзлари ҳам атаманинг маъносини тўла бермайди. “Жамоа саломатлиги” деган атама, бундай қараганда, эскича бўлиб кўринишига қарамай, маданият, дин, яшаш ҳудуди, манзилнинг экологик ва ижтимоий-иқтисодий хусусиятлари ва, энг муҳими, ўз-ўзини бошқариш органлари муштарак бўлган инсонлар жамоаси саломатлигининг аҳволини белгилашдаги маънони тўғри ифодалашга имкон беради, деб ҳисоблаймиз.

Янги жамоат соғлиғини сақлаш анъанавий йўналишлар: санитария-эпидемиологик назорат олиб бориш, оналик ва болаликни муҳофаза қилишни эпидемиология, клиник хизматлар, соғлиқни сақлаш тизимлари менежменти ва саломатликни мустақкамлаш ишлари билан боғлайди. У индивид ва умуман жамиятнинг соғлиғи бевосита ҳам, билвосита ҳам, ижтимоий ва иқтисодий омилларга боғлиқлигини ҳисобга олади. Ана шуни англаш касалликлар ва асоратларнинг олдини олишга доир самарали дастурлар яратиш гаровидир. Янги жамоат соғлиғини сақлаш ўз тараққиётида шу тараққиётнинг биринчи шартларини белгилаш чоғида ресурсларни тўғри тақсимлаш ва иқтисодиётни ташкил этишда аниқ мавжуд бўлган муаммоларни ҳисобга олади.

Соғлиқни сақлашга ажратиладиган ресурслар энг бой мамлакатларда ҳам чекланган бўлади, шу муносабат билан аҳолига ва хусусий шахсларга тақдим этиладиган дастурлар ва хизматларни мувозанатлаштириш учун хизматларнинг бир турини аксари иқтисодий зарурият тазйиқи остида бошқаси билан алмаштиришга ҳам тўғри келади.

Бундан ташқари, Янги жамоат соғлиғини сақлаш бевосита кўрсатиладиган тиббий ёрдам кўмаги билан ҳам, соғлом яшаш муҳитини яратиш ва жамоа соғлиғи хизматларини барпо этиш йўли билан ҳам, жамият ва индивид ўз саломатлиги тўғрисида қайғуришга, соғлиғини мустақкамлаш ва сақлаб боришга ҳақли ва мажбур, деб таъкидлайди. «Янги жамоат соғлиғини сақлаш - бу концепциядан кўра кўпроқ фалсафадир, у, масалан, индивид саломатлигини популяция саломатлигига қўшимча қилиб қўшиш йўли билан жамият соғлиғи деган эски тушунчани кенгайтиришга интилади, ҳаммага баравар тиббий ёрдамни таъминлаш, соғлом атроф муҳитни яратиш, сиёсий бошқарувни ростлаш, шунингдек ижтимоий ва иқтисодий ривожланиш сингари соғлиқни сақлашнинг ҳозирги мақсадларини бир-бири билан пайваста қилиб боғлашга ҳаракат қилади. У саломатлик муҳофазаси масалаларининг ижтимоий сиёсатда

ҳимояланишини таъминлаш учун саломатликни жамиятни ривожлантириш концепциясига қўшишга интилади. Бундан ташқари, Янги жамоат соғлиғини сақлаш жуда динамик бўлиб, режалаштириб қўйилган иш-ҳаракатлар орқали амалга оширилади. У замонамиздаги долзарб муаммоларнинг ечимларини топиш, шунингдек жорий этилганида муаммони батамом уддалаш мумкин бўладиган стратегияларни аниқлаш тўғрисида қайғуради»*.

**Nicayiyana D. Goldstein G.,*

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг саломатликни муҳофаза қилишдаги янги стратегиялар юзасидан 1995 йилнинг ноябр ойида ўтказилган кенгаши Янги жамоат соғлиғини сақлаш анъанавий жамият соғлиғини сақлашнинг ўрнини боса олмайдиган, балки кўпроқ унинг давоми бўлиб ҳисобланадиган, янада ривожланган хилидир, деган хулосага келди. «Соғлиқ муҳофазасини ривожлантиришнинг саломатликни мустаҳкамлаш, касалликларнинг олдини олиш, ижтимоий адолатни қўллаб-қувватлашга қаратилган сиёсатини равнақ топтириш, умумий маънода олинганида барқарор ривожланишга эришиш йўлида жамият томонидан қилинадиган саъйи-ҳаракатлар — мана шуларнинг ҳаммаси Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг мазмунини акс эттиради, яна шунингдек у кенг доирадаги вазифаларга қўшимча равишда анъанавий санитария ва гигиеник қаров ҳамда назорат вазифаларини ҳам адо этишда давом этиб бориши керак».**

Анъанавий жамият соғлиғини сақлаш популяциялар ва жамоалар саломатлигини назарда тутаяди, ҳолбуки Янги жамоат соғлиғини сақлаш шу билан бир қаторда индивидларнинг соғлиғига ва саломатликни муҳофаза қилиш тизимидаги ҳар бир конкрет ходимнинг фаолиятига аҳамият беради ва айни вақтда уларга бевосита ва билвосита методлар билан таъсир ўтказиб боради.

Жамоат соғлиғини сақлашнинг айрим таркибий қисмлари ўзининг ривожланиш тарихида кўпдан-кўп ғалабаларни қозониш билан бирга талайгина мағлубиятларга ҳам учради, лекин бу ҳодисаларнинг униси ҳам, буниси ҳам замонавий цивилизациянинг ажралмас қисмидир. Яхши режалаштирилиб жорий этилган нарса киритилган янгиликларга дуч келадиган хавф-хатарни чиндан ҳам камайтира олади, биз бунга қаттиқ ишонамиз (фан, сиёсий фалсафа ва амалиётдаги билимимизга таянган ҳолда).

Жамият соғлиғини сақлашни ташкил этувчи таркибий қисмлар доирасининг ғоят катталиги унинг энг жозибадор томонларидан биридир. Наинки конкрет бир инсоннинг ҳаётига, балки жамоалар ва халқлар

ҳаётининг сифатига ҳам таъсир ўтказа олиш имконияти саломатликни муҳофаза қилиш тизимидаги профессионал ходимларни, ўз умрини жамият саломатлигини яхшилашга бағишлаган барча кишиларни қизиқтиради. Аҳолининг иштироки ўсиб бораётгани ва биотиббий ҳамда ижтимоий фанларнинг ютуқлари жорий этилаётгани муносабати билан бу – жуда хайрли ва тез ўзгариб турадиган фаолият доирасидир.

Шу билан бир вақтда жамоат соғлигини сақлаш – уддаласа бўладиган санъатдир. Биз барча қашшоқлик ва адолатсизлик муаммоларини ҳал қила олмаймиз, лекин қадам-бақадам юриб ва бу қадамларни вақт узра яхши режалаштириб, қай тариқа умрни узайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мумкинлигини биламиз ва ажойиб натижаларни қўлга киритамиз.

Е. А. Варавикова

Т. Г. Тульчинский

**Китобни нашр этишдаги ёрдами учун
муаллифлар ҳомийга –
Ж. Сорос Жамғармаси («Очиқ Жамият» институти)га
алоҳида миннатдорчилик ва ташаккур изҳор қилишади**



Бизнинг биринчи «Очиқ Жамият» жамғармамиз 1979 йили Нью-Йоркда ва 1984 йили Венгрияда ташкил этилган эди. Ҳозир бутун жаҳондаги тармоғимизда йиллик бюджети 300 миллион доллардан зиёд бўлган 30 дан ортиқ жамғармалар ишлаб турибди. Бу жамғармаларнинг фаолияти очик жамиятлар институтларини ташкил этиш ва қўллаб-қувватлаб туришга қаратилган.

Очиқ жамият – бу ҳаққониятга ҳеч ким танҳо ҳукмронлик қилолмаслигини, ҳамма одамлар ҳар хил нуқтаи назарда бўлиш ва ҳар хил манфаатларни кўзлаш ҳуқуқига эга эканлигини ва барча инсонларнинг ҳақ-ҳуқуқларини ҳимоя қиладиган ва уларга аҳлигу-тотувлик билан бирга яшаш учун имкон берадиган ташкилотларга (институтларга) эҳтиёж

борлигини эътироф этишга асосланган жамиятдир. Кенг маънода очик жамият дейилганида фуқаролар ва давлат юқори даражадаги ижтимоий маъсулиятни сезадиган, қонун ҳукмронлик қиладиган, давлат ҳокимияти демократик тарзда шаклландиган ва фаолият кўрсатиб борадиган, фуқаролик жамияти институтлари ривожланган, озчиликнинг ҳақ-ҳуқуқлари ҳурмат қилинадиган жамият тушунилади.

«Очиқ Жамият» институти гуманитар, иқтисодий ва бошқа фанларга доир таржималар ва нашрларни қўллаб-қувватлайди, ушбу китобнинг чоп этилиши саломатлик соҳасида мавжуд ва келажақда туғилажак фикр ҳамда қарашларни олдинга суриш ва уларни муҳокама қилишга доир саъйи-ҳаракатларимизнинг бир қисмидир».

*George Soros
Chairman,
Open Society Institute*

**Китобни нашр этишдаги ёрдами учун
муаллифлар ҳомийга –
The American Joint Distribution Committee (ЖОЙНТ)га
алоҳида миннатдорчилик ва ташаккур изҳор қилишади**



Jonatan W. Kolker
President

«The American Joint Distribution Committee» – (у бутун жаҳонда ва Россияда ЖОЙНТ – JOINT номи билан машҳур) – жамоат соғлиғини сақлашга доир ушбу дарсликнинг рус тилидаги нашрини қўллаб-қувватлаш борасида ўзининг шерикчилик қилишини фахр ва мамнуният билан қабул қилди.

ЖОЙНТ СССР да ўз ишини 1923 йилда бошлаб, то 1938 йилгача озиқ-овқат, тиббий ёрдамни тақсимлаш ишларини олиб борди ва қишлоқ хўжалик фаолиятини қўллаб-қувватлаб келди (AGROJOINT). 1988 бошлаб биз яна гуманитар фаолиятга жалб этилдик ва бу китоб бошқа саъйи-ҳаракатлар билан бирга тиббий профессионализмни ошириш ва бутун аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашга ёрдам беради, деб сидқидилдан умид қиламиз.

Dr. M. Cherkasky
Board of Directors

Доктор Мартин Черкаски хотирасига

Доктор Мартин Черкаски 1997 йилнинг сентябрида узоқ давом этган касалликдан кейин 86 ёшида вафот этди. У Нью-Йорк шаҳридаги машҳур Ментефьоре касалхонасининг директори бўлиб турганида биринчи марта амбулатория ёрдами ва уйда ёрдам бериш хизматини ташкил этди, жамоат касалхоналари билан хусусий касалхоналар ўртасида алоқалар ўрнатишга кўмаклашди ва АҚШ даги тиббий ёрдамга доир кўпгина бошқа лойиҳаларни ишлаб чиқди. Ушбу дарсликни ёзишда доктор Мартин Черкаски томонидан берилган ёрдам ҳал қилувчи ёрдам бўлди ва биз ундан астойдил миннатдормиз.

Биз талайгина ажойиб кишиларга самимий миннатдорчилигимизни изҳор қилишимиз керак, зеро уларнинг ёрдами ва қўллаб-қувватлаши ушбу китобни яратишга имкон берди. Бу китоб муаллифларнинг кўп йиллик иши, ўқитувчилар ва талабалар, экспертлар, турли мамлакатлардаги жамоат соғлиғини сақлаш соҳасидаги илмий ва амалий ходимлар билан муҳокамалар қилиш, маслаҳатлашиш натижасида пайдо бўлди.

Китоб қўлёзмасининг бир неча вариантларини ўқиб чиқиш юзасидан машаққатли меҳнатни ўз зиммасига олган муҳтарам ҳамкасбларимиз жуда қимматли мулоҳазаларни билдиришди. Жоан Тульчинский ва Виктория Георгиевна Семенова ўзларининг доимий кўмаклари ва мулоҳазалари билан китобнинг мазмунига бебаҳо улуш қўшишди; Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти Бош директорининг соғлиқни сақлаш сиёсати бўйича собиқ маслаҳатчиси доктор Д. Коэн; Сеченов номидаги Москва Тиббий академиясининг проректори ва собиқ СССР соғлиқни сақлаш вазири профессор И. Н. Денисов; Лос-Анжелесдаги Жамоат соғлиқни сақлаш мактабининг профессори Милтон Ромер; Исроил Қуролли Кучларининг собиқ бош эпидемиологи Диана Дьян-Коган қўлёзмани кўриб чиқиб, ниҳоятда қимматли мулоҳазаларини билдирдилар, бизни маънавий жиҳатдан жуда қўллаб-қувватлаб, дўстларча ҳамнафас бўлдилар.

Нью-Йорк штати Олбани Университетига қарашли Жамоат соғлиғини сақлаш мактабининг декани профессор Дэвид Карпентер ва Нью-Йорк штати Жамоат соғлиғини сақлаш департаментининг ходими доктор Харвей Бернارد, худди Гарвард университетининг Соғлиқни сақлаш мактабидаги “Такеми” лойиҳасининг директори профессор Майкл Райш сингари, китоб устидаги ишнинг бошидан охиригача бебаҳо ёрдам кўрсатиб, маънавий ва молиявий жиҳатдан мадад бериб келдилар.

Ушбу дарсликни тайёрлаш ва рус тилида чоп этишда очик қўллик билан ёрдам кўрсатганлари учун биз доктор Сржан Матич ва Ноа Симмонсга (Сорос жамғармаси) ҳамда доктор Стив Швегер ва Мартин Черкаскага (ЖОЙНТ) алоҳида миннатдорчилик билдирмоқчимиз. “Саломатлик ва маърифат ассоциацияси”нинг раиси Ричард Ластернинг ёрдам ва маслаҳатлари китобни тайёрлаш ва бу ишларни бошқаришдек узоқ давом этган жараёнда жуда қимматли бўлди.

Исроил Соғлиқни сақлаш вазирлигидаги ҳамкасбларимизга ушбу китобни яхшилаган қимматли танқидий мулоҳазалари, қўшимчалари, изоҳлари ва таклифлари учун сидқидилдан миннатдорчилик изҳор этамиз,

Сеченов номидаги Москва Тиббий академиясида соғлиқни сақлашни бошқариш факультетини ташкил этиш юзасидан профессорлар И. Н.

Денисов, В. З. Кучеренко ва Л. Е. Сирцоваларнинг фаоллик билан олиб борган фаолияти муаллифларни Россиядаги факультет ва Янги жамоат соғлиғини сақлаш мактабларининг тингловчилари учун ушбу ўқув қўлланмасини яратишга илҳомлантирди.

Қуддусдаги “Хадасса” Жамоат соғлиғини сақлаш мактабининг ходимлари ва талабаларига ўзимизнинг алоҳида миннатдорчилигимизни изҳор қилишни истаймиз, китоб 1993 – 1995 йиллардаги ёзги семинарларда соғлиқни сақлаш курсини ажнабий талабалар учун ўқиш пайтида ҳали кўёзмалик ҳолидаёқ дарслик сифатида маъқулланган эди. Биз докторлар Ж. Афрамсон, Э. Берри, М. Дэвис, Г. Гинсберг, Ч. Гринблат, Х. Палти, Э. Периш, Х. Придан, Е. Ньюмарк, Э. Рихтерлардан бағоят миннатдоримиз. Материалнинг баён этилиши нуқтаи назаридан талабаларнинг билдирган мулоҳазаларини биз кўлёзмани маромига келтириш вақтида ҳисобга олдик. Докторлар Э. Ойемакингде, Чанг Хи, Э. Вильмур ва Д. Эшколларнинг кўшган ҳиссаларини айтиб ўтишни истар эдик.

Нью-Йорк штати Олбани Университетига қарашли Жамоат соғлиқни сақлаш мактабининг ходимлари — Сьюзан Стенфаст, Хотхе ди Фердинандо, Гутри Бинкхед, Дэвид Момролар айрим бобларни ўрганиб чиқиб, муҳим мулоҳаза ва таклифларни билдирдилар. Лос-Анжелосдаги Калифорния университетига қарашли Жамоат соғлиғини сақлаш мактаби (UCLA) ҳамкасбларимиз маслаҳатлари, зарур бўлган материаллар билан бизга ёрдам беришди, шунингдек ўзларининг мутахассисликларига тегишли айрим бобларни таҳрир қилиб чиқишди. Докторлар Рут ва Милтон Ромер ҳамда Листер Бреслауларга алоҳида ташаккурлар бўлсин. Бизга қимматли мулоҳаза ва таклифларини берган яна бошқа бир гуруҳ - бу Р. Андерсон, Ж. Фройнес, Л. Гельберг, Д. Камински, Д. Лук, Шарлотта ва Альфред Нойман, С. Швейцер, В. Вишерлардан иборат.

“Медсоцэкономинформ” илмий-ишлаб чиқариш бирлашмасининг ходимлари — профессор С. П. Ермаков, профессор Ю. М. Комаров, т. ф. н. А. И. Савиних, т. ф. н. В. В. Антонюк, Г. Н. Евдокушкиналар ўтказган мунозараларининг натижалари, берган қимматли мулоҳаза ва маслаҳатлари китобга жуда ҳам зарур бўлган қўшимча ва аниқликларни киритишга имкон берди.

Қариндошларимиз, дўстларимиз, талабаларимиз ва ҳамкасбларимизнинг ниҳоятда қимматли ёрдамлари ва муҳим мулоҳазаларисиз биз бу ишни охирига етказа олмаган бўлур эдик. Биз ёрдамлари ва китобнинг халқаро томонларига кўшган ҳиссалари учун улардан миннатдоримиз. Умумий, муштарак мақсадимиз — жамоат соғлиғини сақлаш соҳасидаги билим ва малакаларни кенгайтирмоқдан иборат.

Охирги, узил-кесил масъулият, албатта, бизнинг зиммамизда.

Е. А. Варавикова

Т.Г. Тульчинский

**“Янги жамоат соғлиғини сақлаш” мавзусига доир
асосий даврий манбалар рўйхати**

American Journal of Epidemiology: Johns Hopkins University School of Public Hygiene and Public Health, 111Marker Place, Suite 840, Baltimore MD, USA21202-6709.

American Journal of Public Health: American Public Health Association, 1015 15th St, NW, Washington DC 20005, website www.apha.org

American Journal of Clinical Nutrition: 9650 Rockville Pike, L-2310, Betehsda Maryland, USA 20814-3998

British Medical Journal: British Medical Association, Tavistock Square, London WCI H9JR.

Bulletin of the World Health Organization: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland

Canada Disease Weekly Report: Laboratory Disease Control, Tunney’s Pasture, Ottawa, Ontario, Canada K1A0L2.

Canadian Journal of Public Health: Canadian Public Health Association, 400©1565 Carling Avenue, Ottawa, Ontario, Canada K1Z8R1.

European Journal of Epidemiology: Editorial office, Center of Public Health Research, PO Box 9104, S©65009, Karlsbad, Sweden. Health Affairs: Suit 600, 7500 Old Georgetown Road, Bethesda Maryland, USA 20814©6113. Internet address azuerche@projhope.org

Health Promotion International: Oxford University Press, Walton St., Oxford, United Kingdom OX2 6PD.

Hospital and Health Service Administration: Foundation of the American College of Healthcare Executives, One North Franklin St., Suit 1700, Chicago, Illinois, USA 60606©3491.

International Journal of Epidemiology: Oxford University Press, Walton ST., Oxford, United Kingdom OX2 6PD.

Journal of Epidemiology and Community Health. British Medical Journal Publishing House, BMA House, Tavistock Square, London WCI H9JR, United Kingdom.

Journal of the American Medical Association: 515 North State St., Chicago, Illinois, USA 60610. World wide web address [http:// www.ama@assn.org](http://www.ama@assn.org)

Journal of Public Health Policy: c / o Dr Millton Terris [ed], 208 Meadowood Drive, South Burlington, Vermont USA 05403.

Lancet: 42 Bedford Square, London WC1B 3SL, United Kingdom or 655 Avenue of the Americas, New York, NY USA 10010.

Medical Care: Lippincott©Raven Publishers, 12107 Insurance Way, Hagerstown, MD USA 21740. Email address Koran@en.com

Medical Letter: 100 Main St., New Rochelle, NY, USA 10801.

Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR): Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control & Prevention, Public Health Service, US Department of Health and Human Service, Atlanta, Georgia USA 30333. Internet address <http://www.cdc.gov/> (then select mmwr).

New England Journal of Medicine: 10 Shattuck St. Boston Massachusetts, USA 02115. Internet address letters@edit.nejm.org

Pediatrics: American Academy of Pediatrics, 141 Northwest Point Boulevard, Elk Grove Village, Illinois, USA 60009©0927.

Preventive Medicine: Academic Press Incorporated, 6277 Sea Harbor Drive, Orlando Florida, USA 32887©4900. Internet address <http://www.apnet.com>

Public Health: c/o Department of Public Health Medicine and Epidemiology, University of Nottingham Medical School, Queen's Medical Center, Nottingham, United Kingdom NG7 2UN

Public Health Nursing: Blackwell Science Incorporated, 238 Main St, Cambridge Massachusetts USA 02142.

Public Health Reports: United States Public Health Service, Room 1875, John F Kennedy Federal Building, Boston Massachusetts, USA 02203. E©mail address phr@phsbos.ssw.dhhs.gov

Quality in Health Care: British Medical Association House, Tavistock Square, London, United Kingdom WC1 H9JR.

Science: American Association For The Advancement of Science, 1200 New York Avenue, NW, Washington DC USA 20005. World wide web address <http://www.aaas.org>

Technical Report Series: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Vaccine: Elsevier Sciences Ltd., The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford, United Kingdom OX51GB. Email address freeseemples@elsevier.co.uk

World Health Forum: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Weekly Epidemiological Record(WER): World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. World wide web address http://www.who.ch/wer_home.htm. For personal weekly notification and short summaries majordomo@who.ch then subscribe wer@reh

World Health Statistics Quarterly: World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИГА БИР ОЗ ТЎХТАБ ЎТСАК

Бобнинг мундарижаси

Ўқув мақсадлари: *Кириш* Ибтидоий жамият * Қадимги дунё * Илк ўрта асрлар (V – X асрлар) * Ривожланган ўрта асрлар (XI – XV асрлар) * Кейинги ўрта асрлар ва Уйғониш даври (XVасрдан – XVIII аср ўрталаригача) * Маърифат, илму-фан ва революциялар даври (1750 – 1830) * XVIII аср ислохотлари * Санитария маорифи (1830 – 1875) * Касалхоналар ислохоти * Бактериология революция * Микробиология, иммунология ва инфекция касалликлар устидан назорат * Она ва бола саломатлиги* Саломатлик муаммоси халқаро доирада * Эпидемиологияга ўтиш * Овқатланиш ва соғлиқни сақлаш * Ҳарбий тиббиёт * XX асрда соғлиқни сақлаш эволюцияси * Соғлиқни сақлаш тизимларининг барпо этилиши ва уларни бошқариш * Хулоса * Рефератлар мавзулари* Тавсия этиладиган адабиёт * Библиография

Ўқув мақсадлари

Бу бобни ўрганиб чиқар экан, талаба:

- соғлиқни сақлашнинг ривожланишидаги асосий тенденциялар ва концепциялар ҳамда уларнинг индивид ва жамият саломатлигига таъсири билан;
- соғлиқни сақлаш муаммоларини ҳал қилишдаги тарихий изчилик билан;
- ўтмиш ва ҳозирги замондаги соғлиқни сақлаш муаммоларининг типик мисоллари билан танишади.

Кириш

Инсоният жамияти ривожланишнинг ҳар бир босқичида соғлиқни сақлаш олдига замон тақозоси билан юзага келган ўз вазифаларини кўндаланг қилиб қўйди. Соғлиқни сақлашнинг институт сифатида ривожланиши, бир томондан, клиник тиббиётнинг ютуқларига, иккинчи томондан, жамият тараққиётининг даражасига, жумладан иқтисодий,

ижтимоий, сиёсий ва ҳатто диний-фалсафий жиҳатларга боғлиқ бўлди. Жамият соғлиғини сақлаш тарихи (ҳар қандай тарих каби) жамиятнинг ҳозирги замондаги муаммоларини бир мунча чуқур англаш манбаи бўлиб ҳисобланади ва уларни ҳал қилишни рағбатлантиради. Талаба тарихий обзорни ўқиб чиқиб, турли тарихий даврларда одамзот касалликларга қарши қай тариқа курашганини билиб олади. Касалликлар ва ўлимнинг ҳақ эканлиги буларга илож қилишни ҳамма замонларда ҳам долзарб қилиб қўйди ва кишиларда дунёқарашни (жумладан диний ва ижтимоий ғояларни) шакллантирди, шу нарса саломатликнинг муҳофазасига олдини олиш ва даволаш нуқтаи назаридан ёндашув усулларини ишлаб чиқишга имкон берди.

Фаолиятнинг илмий ва амалий соҳаси сифатидаги соғлиқни сақлашнинг тарихи – бу, аслида, касалликларга қарши курашиш ва уларнинг ҳароб этувчи оқибатларини камайтириш йўлидаги уринишлар тарихидир. Аксари урушлар ва очарчилик билан боғлиқ бўлган эпидемик ва эндемик инфекцион касалликлар амалий профилактика йўллариини излаб топиш ишларини бутун одамзот тарихи давомида рағбатлантириб келди. Бунга кўпинча ўша касалликларнинг этиологиясини илму-фан тушунтириб бермасидан олдин эришилди ҳам, технология эса, терапия воситаларини ишлаб чиқди. Касалликларнинг тарқалиши тўғрисидаги тушунчалар эволюцияси касалликларнинг турини у ёки бу шаклда аниқлаш, уларнинг қанчалик тарқалганини ўлчаб билиш ва олдини олиш усулларини топиш йўлидаги уринишларга боғлиқ бўлди. Авваллари пешонага ёзилган қисмат ёки гуноҳлар учун берилган жазо, деб талқин қилиб келинган дарду-касалликлар аста-секин бартараф этса бўладиган тусга кириб қолди.

Ҳозирги жамият олдида саломатликни муҳофаза қилиш соҳасида бир неча муҳим вазифалар бирданига кўндаланг бўлиб туриб қолдики, булар мамлакатлар ва минтақалар ўртасидаги иқтисодий, ижтимоий-маданий, экологик ва ҳоказо тафовутларга боғлиқдир. Бир томондан, ривожланиб бораётган мамлакатлар вабо, безгак, сил ва бошқа инфекцион касалликлар худди авваллардагидек шиддатга кириб турибди (булар бир мунча фаровон давлатларда ҳам баъзан кўпайиб туради), иккинчи томондан, уларга сурункали касалликлар, техноген ўлим сабаблари (травматизм) қўшилиб қолди. Шу билан бир вақтда янги муаммолар: СПИД ва қўзғатувчилари ҳозирги дорилар таъсирига берилмайдиган, шу сабабдан бемалол тарқала оладиган бошқа вирусли ҳамда бактериал касалликлар пайдо бўлиб турибди. Соғлиқни сақлаш ана шундай мураккаб шароитларда янги патоген омилларга қарши курашиш воситаларини излаб топиш йўлида, ўзгариб турувчи экологик ва ижтимоий-иқтисодий шароитларни ҳисобга олган ҳолда, ўз эволюциясини давом эттириб бормоқда.

Ибтидоий жамият

Ибтидоий давр тарихи инсоният жамиятининг одам пайдо бўлган (бундан тахминан 2 млн. йилдан кўра илгарироқ) пайтдан бошлаб то дастлабки цивилизациялар шаклланган давргача (милоддан аввалги IV мингинчи йилларгача) ўтган ҳаётини ўрганеди. Тирикчиликнинг овчилик ва термачилик шаклларида чўпонлик ва деҳқончиликка ўтишда жамият эволюцияси жараёнида тубдан бурилиш рўй берди. Инсоният жамияти ўз биологик, иқтисодий ва ижтимоий тараққиётининг барча даврларида тури ва тарқалиши бўйича одамларнинг турмуш тарзига ва ташқи муҳитга боғлиқ бўлган касалликларга дуч келиб турди. Ибтидоий одам дардлардан халос бўлиш усуллари табиатдан ахтарди ва касалликларнинг асл сабаби олий кучларнинг қаҳр-ғазабида деб билиб, яна қирғинбарот бошланмаслиги учун ўша кучларнинг кўнглини олишга ҳаракат қилди. Шаманлар — дастлабки «табиблар»нинг иш-амаллари беморнинг дарду-азобларини енгиллатиш учун жодугарлик қилиб, авраш ва ўсимлик воситаларини қўллашдан иборат бўлди, улар синаб кўриш ва хатоларни тузатиш методи билан амалий тиббиётни шу тариқа олдинга томон силжитиб келди.

Замонавий тадқиқотчиларнинг фикрига қараганда, ибтидоий ҳакимларнинг ишларига бир хилда баҳо бериб бўлмайди. Бир томондан, бундай ҳакимлиكنинг мақсадга мувофиқ анъаналари ва ниҳоятда катта эмпирик тажрибаси кейинги даврлардаги анъанавий тиббиёт ва, ниҳоят, замонавий илмий тиббиётнинг манбаларидан бири бўлди. Иккинчи тарафдан, ибтидоий ҳакимлиكنинг мистик маросимларга асосланган томони тиббиётнинг янада тараққий этишига тўсқин бўлиб қолди.

Инсоннинг яшаш муҳити билан ўзаро таъсири саломатлик ва касаллик муаммоларини шакллантириб борадиган асосий негиз бўлиб келди ва шундай бўлиб қолади. Янги ҳаёт-фаолият шароитларига экологик жиҳатдан мувозанатлашиб, мосланиб олиш мавзуси соғлиқни сақлашнинг ривожланиш жараёнини яна таҳлил қилишда марказий мавзу бўлади.

Қадимги дунё

Жамият тараққий этиб борган сайин инсонларнинг турмуш шароитлари, булар билан бирга эса, овқатланиш тарзи ва касалликларнинг тарқалиш шароитлари — шаҳарлар пайдо бўлиши, хунармандчилик ва савдо-сотик ишларининг ривожланиши муносабати билан айниқса жадаллашган жараёнлар - ўзгариб борди. Аҳолининг кўпроқ шаҳарларда макон топиши, бир томондан, турмуш даражасини кўтариб, унга анча қулайликлар берди (сув таъминоти, канализация ва иситиш системалари), иккинчи томондан, аҳоли зичлигини кескин ошириб, эпидемиялар

тарқалишига йўл очди. Шу нарса омон қолиш ва муҳитни соғломлаштириш учун жамиятдан янги хатти-ҳаракатлар қилишни талаб этди.

Маълумки, маданият маркази қадимги Шарқ эди. Қадимги жамиятларнинг турмушида мистик эътиқодлар ва диний маросимлар амалий билимлар ва ҳақимлик кўникмалари билан маҳкам чирмашиб кетган эди. Мистика ва хурофот ўсимликларнинг шифобахш хоссалари, туғруққа ёрдам бериш, синиқ-чиқиқлар ва жароҳатларга даво қилиш тўғрисидаги авлоддан авлодга ўтиб боровчи билимлар, яъни қадимги маданиятларнинг ажралмас элементи билан биргаликда яшаб келди. Ёзув пайдо бўлиши билан тиббий кўникмаларни бир мунча тўлиқ ва аниқ тарзда сақлаш ва узатиш мумкин бўлиб қолди. ҳақимлик амалиёти ва ҳақимнинг юриштириш қоидалари баён этилган, бизгача етиб келган биринчи тарихий ҳужжат милоддан аввалги II минг йилликда Бобилда яратилган Хаммурапи Кодексида жой олган. Тахминан шу вақтдан бошлаб ҳақимлик мустақил ҳунар тариқасида ибодатлар ва диний маросимлар соҳасидан ажралиб чиқади (буларнинг ҳақим ғайритабiiй қобилиятларга эга деган фикрга асосланган давоми сифатида).

Кўпгина қадимги эътиқодларда тозалик, поклик илоҳiiй ибтидо тушунчаси билан боғланар, маросимлар эса, турар жой ва баданни тозалашни ўз ичига олар эди. Хитой, Миср, Ҳиндистоннинг қадимги жамоаларида, инклар маданиятида санитария тамойиллари диний маросимларнинг бир қисмини ташкил этар, шаҳар жойларида эса, ичимлик сувни етказиб бериш, канализация системалари ва ботқоқлашган ерларни қурутиш расм бўлган эди.

Қадимги Хитойда милоддан аввалги X – XI асрларда ичимлик сув учун чуқур қудуқлар қазииш ва кейин уларни ахлат ва кемирувчилардан асраш санитария чоралари бўлиб ҳисобланарди. Милоддан аввалги I асрнинг ўрталарида хитойлар энди водопровод ва канализация системасидан фойдаланадиган бўлдилар. Қадимги Хитойда икки ибтидо («инь» ва «янь» – эркак ва аёл ибтидоси) билан организм муҳитлари (қон, лимфа, сафро, сув ва бошқалар) нинг ўзаро таъсирига асосланган мураккаб диагностика ва даво системаси ишлаб чиқилдики, у нечача асрлардан кейин бизнинг замондаги муқобил тиббиётда ҳам қўлланиладиган бўлди. Хитой тиббиёти методлари гиёҳлар билан доволаш, мувозанатлашган ҳолда овқатланиш, массаж ва акупунктурани ўз ичига олади.

Қадимги ҳинд шаҳарлари озодаликни сақлаб бориш чораларини ҳисобга олиб қурилар эди: кўчаларга тош ётқизиш, оқава сувлар учун ариқлар қазииш ва бошқалар шулар жумласидандир. Қадимги ҳинд тиббиёт мактаби қадимги ҳинд афсоналари билан боғланган эди. У милоддан аввалги VIII асрда, тарихда маълум бўлган дастлабки тиббий мактаблар

пайдо бўлган замонларда вужудга келди. Тиббиёт, жумладан жарроҳлик бўйича бизгача етиб келган қўлёзмаларнинг дастлабкилари ана шу даврга мансубдир. Аюверда мактабининг равнақи эрамининг VIII асрига қадар, ҳинд ҳақимларининг билим ва тажрибалари Осиёнинг бошқа мамлакатларига ҳам тарқала бошлаган замонларгача давом этиб келди.

Қадимги Мисрда ривожланган қишлоқ хўжалиги ва ирригация паразитар касалликларнинг кенг тарқалишига олиб келди. Шу муносабат билан шахсий гигиенанинг муҳимлигини ҳисобга олиб, шаҳарларда дренаж системаларини қура бошладилар. Қадимги Миср ҳақимлари қадимги дунёда дастлабкилардан биринчи бўлиб даволашнинг жарроҳлик методларини қўлланишга киришдилар ва турли тиббий мутахассисликларни ривожлантира бошладилар, шу нарса кейинчалик қадимги юнон тиббиётининг қарор топишига катта таъсир ўтказди. Бундан 3400 йил муқаддам ёзилган машҳур Г. Эберс папирусида миср тиббиётининг назарияси ва амалиёти батафсил баён этилган. Эллилар мисрликларни тиббиёт, хусусан профилактик тиббиёт «ихтирочилари», деб ҳисоблар эдиларки, бу – тасодифий эмас.

Қадимги яҳудийларнинг Моисей қонуни (Бешкитоб) касалликларни даф этиш, жумладан, шахсий ва жамоат гигиенасига риоя қилиш, репродуктивлик ва оналар саломатлигини сақлаш, шунингдек диний амалиётнинг муҳим қисми тариқасида оилавий ва жинсий ҳаётни уйғунлаштириш йўли билан дарду-касалликларнинг олдини олиш зарурлигини таъкидлаб ўтади; тиббий қонунлар асосини яратиш юзасидан уринишлар бўлган. Мохов ва бошқа «нопок» касалликлар билан оғриган беморларни алоҳидалаб қўйиш одат эди. Шахсий саломатлик ва жамият фаровонлиги тўғрисида қайғуриш ҳафтасига бир кун дам олишни, сув манбалари ва санитария иншоотлари гигиенасига риоя қилишни, шунингдек озиқ-овқат маҳсулотларининг сифати устидан назорат олиб боришни, диний қонун-қоидалар доирасида, шарт қилиб қўйган эди. Касаллик одамнинг қилган гуноҳлари учун унга берилган бир жазо деб ҳисобланишига қарамасдан, қадимги яҳудийларнинг одоб-ахлоқ бобидаги қарашлари инсоннинг ҳаёти муқаддасдир ва дардиларга ёрдам бериш зарур деган қоидага асосланар эди. Ҳаётни қутқариб қолиш жамоа ва диний ҳаётнинг марказий тамойили бўлиб қолган, шу билан бирга битта одамнинг ҳаётини сақлаб қолиш «бутун жаҳонни қутқариш» билан тенглаштирилар эди. Яҳудийлар, насронийлар дини ва ислом динларининг анъаналари учун кейинчалик асос бўлиб қолган қадимги яҳудий қонунларининг мажмуасида индивид ва жамоа учун соғлом юриш-туришнинг шу кунларгача сақланиб қолган баъзи тамойиллари таърифлаб берилган.

Крит ва миной маданиятларида касалликларнинг асосий омиллари иқлим ва атрофдаги муҳит, деб хаёл қилинар эди. Безгак касаллиги

пастқамликлар ва ботқоқликларга боғлиқ, деб ҳисобланар ва бундай жойлардан макон тутмасликка ҳаракат қилинарди.

Қадимги Юнонистонда жисмоний соғлиқ ва соғлом одатларга, жумладан шахсий гигиена, тўғри овқатланиш, спорт билан шуғулланиш ва аҳоли яшайдиган жойлар санитариясига катта эътибор бериларди. Гиппократ ўзининг «Ҳаво, сув ва жой» деган асарида касалликларнинг келиб чиқишини шу уччала экологик омилга боғлайди (ҳозирги замон тили билан айтганда). Унинг инсон саломатлиги ва касалликлари тўғрисидаги назарияси, худди одам типлари (сангвиник, флегматик, холерик ва меланхолик)нинг таснифи сингари, кейинги бир ярим минг йил давомида, то замонавий фанда илмий назариялар пайдо бўлган пайтгача, тиббиётда ўз аҳамиятини сақлаб келди. Қадимги замон файласуфларининг фикрига қараганда, касалликлар табиий йўл билан келиб чиқади ва даво таъсирига берилади. Ана шу фикр тиббиётнинг касб тариқасида ривожланиб бориши ва юнон шаҳарларидаги камбағаллар билан қулларга тиб ёрдами кўрсатишнинг асоси бўлиб қолди. Шаҳарларни режалаштиришда ботқоқликлар ва пастқам жойларнинг безгак пайдо бўлишидаги роли ҳисобга олинар, шу муносабат билан шаҳарлар, одатда, баланд жойларга қурилар эди. Саломатликни сақлашни юнонлар ҳар хил ҳаётий кучларни, жисмонан зўр бериш ва дам олишни, овқатланиш ва чиқариш функцияларини мувозанатга келтириш натижасидир, деб билишар ва бу одамнинг ёшига боғлиқ, деб ўйлашар эдилар. Шаҳарларнинг ҳукмдорлари ичимлик ва оқава сувларнинг аҳволини назорат қилиб боришлари лозим эди.

Қадимги Рим ўша замонлардаги юнонларнинг одам бадани ва саломатлиги тўғрисидаги тушунчаларининг кўп қисмини ўзига қабул қилди. Империя пойтахти ва вилоятларида сув таъминоти ва санитария назорати юзасидан бир мунча юқори техник савияда чоралар кўрилди. Римликлар акведук системаси — водопроводнинг дастлабки моделини (Римда булар 13 та эди), шунингдек безгакнинг олдини олиш учун бир мунча мураккаб канализация ва дренаж системаларининг яратдилар. Жамоат ҳаммомларига бориб туриш рим фуқароларининг ҳаётий одати бўлиб қолди, бой хонадонларда фавворалар ва ҳовузлар бўлар эди.

Ҳарбий тиббиёт биринчи марта Қадимги Римда мустақил соҳа бўлиб ажралиб чиқди. Рим кўшини дала шароитида санитария чораларини кўрадиган ва тиббий ёрдам берадиган ўз системасига эга эди. Рим ҳақимлари жуда ёшлигидан ҳақимларга шогирд тушар ва вояга етганларидан кейин юқори ижтимоий мақомга эга бўлиб қолар эдилар. Қашшоқлар ва қулларга тиббий ёрдам кўрсатиш учун шаҳарларда касалхоналар очилди, ҳақимларнинг меҳнати учун шаҳар ҳукмдорлари ҳақ тўлар эдилар.

Рим шаҳарларининг кўчаларига тош ётқизилган, ахлатни йиғиштириш ишлари марказлаштирилган эди. Одамларнинг ўша замонларда маълум бўлган зарарли моддаларга (масалан, кон ва шахталарда кўрғошинга) яқин юришини камайтириш учун баъзи чоралар кўрилди. Умуман олганда, рим маданияти санитария асосларини, шаҳарларни режалаштириш ва тиббий ёрдамни ташкил этиш асосларини яратди. Рим ҳақими Клавдий Гален ўзининг юнон ўтмишдоши Гиппократнинг шон-шуҳратини абадийлаштириб, тиббиётнинг тараққиётига то XV – XVI асрларгача катта таъсир ўтказиб келган антик тиббиёт тушунчаларини ягона таълимот кўринишида умумлаштириб берди.

Илк ўртаасрлар (V – X асрлар)

IV асрда Рим империяси Ғарбий ва Шарқий империяларга парчаланиб кетди. Варварлар босқини натижасида V асрда Рим империясининг куни битди. Империянинг пойтахти Константинополда бўлган шарқий қисми омон қолди ва вақти келиб марказлашган кучли давлат - Византияга айланди. Византияни кейинчалик мусулмонлар эгаллаб олди, лекин саломатлик тўғрисидаги фалсафий таълимотлар ва тасаввурларнинг негизлари антик замонлардан бери бу ерда сақланиб қолди. Собиқ империянинг ғарбий қисмлари насронийликни ва унга (шунингдек, бошқа мажусий таълимотларга ҳам) характерли бўлган касаллик гуноҳлар учун берилган жазодир деган ақидани ҳам қабул қилди. Шунга яраша тоат-ибодат қилиш, нафсни қаттиқ тийиш ва шайтонни даф этиш йўли билангина одам дарддан форуҳ бўлиши мумкин, деган тушунча ҳукм суриб келди. Тарихнинг узоқ давом этган кейинги даври ўша замоннинг асосий ижтимоий институти бўлиб қолган насроний черковининг жуда кучли таъсири остида ўтди. Илкфеодал Оврупода феодал ер эгалари ҳукмдор синф бўлиб, неча-неча минглаб крепостнойлар буларга хизмат қилишар эди. Тан заифлиги ва касалликларни черков таълимоти энг биринчи ва кейинги гуноҳлар учун муқаррар равишда бериладиган жазо ва қисмати азал деб талқин қиларди. Бу дунёда тортган азоб-уқубатлари эвазига инсон нариги дунёда албатта роҳат-фароғатда бўлармиш. Бироқ, насроний динининг ажралмас хислати раҳм-шафқат бўлиб қолдики, шу фалсафанинг амалий давоми тариқасида дардмандлар ором топиб, ўз замонларига яраша тиббий ёрдам олиши мумкин бўлган монастыр касалхоналари очилди. Касалликларнинг олдини олиш ғоясига эса, Тангрининг иродасига аралашин деб қаралар эди.

Овруподаги асосий йўллар чорраҳаларида сайёҳлар ва бемор кишиларга бошпана берадиган монастырлар очилди. Вақт ўтиши билан монастырлар асосий маърифат марказлари, дунёдан кўз юмиб кетаётганларга тиббий ёрдам бериб, парвариш қилувчи марказларга айланди. Монастир

касалхоналарида Муқаддас китоб руҳига, шунингдек ҳақимлик амалиёти тўғрисидаги Гален таълимотига амал қилувчи роҳиблар ҳақимлик қилишарди. Одамнинг ўртача умри 30 йилдан ортмас, болаларнинг 75 фоизи эса, 5 яшар бўлмасидан олдин ўлиб кетар, кўпгина аёллар туғруқ пайтида нобуд бўларди. Илму-маърифат бошдан-оёқ черков таъсири остида қолган, схоластика етакчи фикрга айланган ва илму-фаннинг ривожланишига тўсқинлик қиларди. Илк ўртаасрларнинг охирларида черков бидъат ва сеҳргарликларни йўқ қилиш юзасидан машъумлиги билан машҳур бўлган ўз фаолиятини бошлади ва бошқа дин аҳллари билан насроний шаҳарлардан кувиб чиқариб, бидъатчилар билан жодугарларни ҳамманинг кўз ўнгида гулханда куйдирди.

Оврупода илм-фан турғунликка учраган бўлса, VII – VIII асрларда Шарқда, бунга қарама-қарши ўлароқ, тиб илми равнақ топа бошлади. ҳақимликнинг Шарқда асосланган антик анъаналарини Ибн Сино ва Абу Бакр Розий ўз асарлари билан бойитдилар. Араблар Испанияни истило этганларидан кейин Қурдобада ҳам тиббий мактаблар пайдо бўлди ва шарқий тиббиёт анъаналари шу ердан Жанубий ҳамда Фарбий Оврупога тарқалди. Шуларнинг таъсири остида кўп ўтмай Оврупода анатомия, физиология ва клиник медицина асослари ривожлана бошлади.

Ривожланган ўрта асрлар (XI – XV асрлар)

Саломатликка доир антик концепциялар кейинчалик сақланиб, мусулмон империяларида ривожланиб борди. IX ва X асрлар давомида Қоҳира, Боғдод ва Дамашқда тиббий мактаблар ва касалхоналар пайдо бўлаверди. Қордобадаги академия то мусулмонлар Испаниядан чиқариб юборилгунича Оврупода тиббий маълумот берадиган асосий марказ бўлди. Ундан тарбияланиб чиққан яҳудий файласуфи ва XII аср ҳақими Моше бен Маймон (Маймонид) ўз таълимотида юнон-рим ва шарқ тиббиёти-нинг назарияларини санитария ва юкумли беморларни алоҳидалаб кўйиш хусусидаги қадимги яҳудий қоидалари билан пайваста қилган ҳолда бирлаштириб, тиббиётнинг ривожланишига ғоят катта ҳисса қўшди.

VIII – XII асрларда Фарбий Оврупода монастир касалхоналари очилди (дастлабки монастир касалхоналари Русда XI асрда пайдо бўлди). XII – XVI асрларда муниципал ва хайрия касалхоналари, шунингдек савдогарлар уюшмаларига қарашли касалхоналар очила бошлади. XV аср ўрталарига келганда Англияда 750 касалхона бор эди. Катта-катта шаҳарлардаги ҳунармандлар цехлари ва уюшмалар ўз аъзолари ва оилаларини тиббий сугурталаш системасини амалда жорий эта бошладилар. Шаҳарлар аҳолиси орасидаги бадавлат кишилар хусусий врачлар хизматидан фойдаланадиган бўлиб қолишди.

Ўша замондаги врачлар, худди авваллардагидек, роҳиблардан иборат, тиббий адабиёт эса, қадимги манбалардан териб олинган асарларнинг ўзи эди. Бироқ католик черковининг пешволари XII – XVIII асрларда черков ходимларининг ҳақимлик қилишини чеклаб қўядиган ва шу билан ҳақимликнинг дунёвий касб тариқасида ривожланиб боришига ёрдам берган бир қанча фармонларни чиқардилар. 1224 йилдаёқ Сицилия қироли Фредерик II ҳақимлик фаолиятини тартибга солиш ва назорат қилиб бориш йўлига қадам қўйди. У тиббий маълумот олишга биринчи марта стандарт талабларни жорий этди: уч йил фалсафани, беш йил – тиббий илмларни ўрганиш, бир йил – тажрибали ҳақим кузатуви остида шогирдлик қилиш, шундан кейин эса, имтиҳон топшириб, диплом олиш керак эди. Тез орада Испания (1238) ва Германияда (1347) ҳам шунга ўхшаш тартиблар жорий этилди.

Маълумки, ўрта асрлардаги муҳим ҳодисаларнинг бири Шарққа уюштирилган салб юришлари бўлди (1096 – 1272). Тангри Тобутини халос этувчиларнинг Фаластиндан қайтиб келган отрядлари оврупо тиббиётини шарқ назариялари ва клиник малакалари билан бойитдилар ва шу билан бирга мохов (лепра) қўзғатувчисини Оврупога олиб келдилар. Госпитальерлар ордени Родос ва Мальтада зиёратчилар ҳамда салб юриши қатнашчиларига хизмат кўрсатувчи касалхоналар очди. Қоҳирада барча эҳтиёжмандларга ҳукумат ҳисобидан ёрдам берадиган «Ал Мансур» касалхонасига асос солинди. Оврупо ичида ва Оврупо билан Осий ўртасида кенгайиб бораётган савдо алоқалари ҳам янги касалликлар, ҳам тиббиёт ва гигиенага оид янги билимлар тарқалиб боришига йўл очди.

Мохов (лепра) ўрта асрлар Оврупосининг кўпгина мамлакатларидаги аҳоли бошига тушган бало бўлди. Бу касаллик XIII – XIV асрларда кенг тарқалди ва у билан оғриган беморларни оммавий равишда алоҳидалаб қўйиш чоралари биринчи марта ўша вақтдаёқ қўлланила бошлади. XIV асрда биргина Франциянинг ўзида 2 мингга яқин лепрозорийлар бор эди. Тиббиётнинг асосий муаммоси бўлган моховни XIV асрнинг охирларига келганда янги бир бало – чума (тоун) сиқиб чиқарди.

«Қора ўлат» (ўпка чумаси билан бубонли чума) Оврупога Генуя, Венеция ва Неаполь орқали олиб келинган. 1346 ва 1350 йиллар орасида чума эпидемияси Оврупода 24 млн. дан 50 млн. гача киши, яъни аҳолидан яқин учдан бир қисмининг ёстигини қуришиб, катта-катта ўлкаларни хонавайрон қилди. Чума мўғул-татар қўшинлари билан Хитойга олиб ўтилди, бу ерда ушбу улкан мамлакат аҳолисининг ярми 200 йил ичида (XIII – XV асрларда) уруш ва эпидемияларнинг қурбони бўлиб кетди. Чума қўшинлар, савдогар карвонлари, кейинчалик эса, денгиз кемалари билан мамлакатдан мамлакатларга олиб ўтилар эди. Маҳаллий ҳокимиятларнинг беморларни алоҳидалаб қўйиш, касаллик ўтган шаҳарларда

карантин жорий этиш борасидаги уринишларга қарамай, эпидемия ўзининг ғолибона босқинини давом эттирди. Чуманинг тарқалиш йўллари тўғрисидаги нотўғри тушунчалар хато хатти-ҳаракатларга сабаб бўлиб, аҳволни янада мушкуллаштирди, холос. Фарбий Оврупода кўп кишилик диний маросимлар ва жамоат билан дафн этиш маъракалари уюштирилди, булар эса, чуманинг юқиб қолиш ҳолларини кўпайтирар эди. Чумани мушуклар тарқатади, деб ўша даврда пайдо бўлган фикр шаҳарларда буларни кўплаб қириб ташлашга олиб келдики, шу нарса инфекциянинг асл тарқатувчилари бўлмиш каламушлар ва каламуш битларининг кўпайиб кетишига сабаб бўлди. Олимларнинг ҳисобига кўра, чумадан биргина XIV асрнинг ўзида ер юзида 50 млн. киши нобуд бўлган.

Ваҳима ичида қолган порт шаҳарлари XV асрда касал юққан кишиларни алоҳидалаб қўйишнинг библияда айтилган тамойилини қўллана бошладилар ва эпидемия тарқалган ўлкалардан келган кемаларни олислардаги бандаргоҳларга олиб бориб, 40 кунлик карантинга қўядиган бўлдилар (1465 йилда Рагузда ва 1485 йилда Венецияда). Эпидемияга қарши курашиш учун қўрилган шу эҳтиёт чораси карантин тўғрисидаги жамоат қонунига асос солди, бу қонун самарали бўлиб чиқди ва тез орада кенг қўлланилиб, эпидемиянинг тарқалишига тўсқинлик қиладиган бўлди. Русда савдо йўллари бўйлаб жойлашган шаҳарлар эпидемиялар даврида йўл ва кўчаларда ҳаракатни тўхтатиб қўйиш чораларини кўришар эди. Бу пайтга келиб черков илк ўрта асрларда унга хос бўлган ролини — билимлар хазинаси деган мақомини узил-кесил йўқотиб қўйди. Чунончи, Флоренцияда санитария соҳасида ишлайдиган кишиларнинг ҳаммаси чума тарқалишининг олдини олишга — беморларни алоҳидалаб қўйиш ва чума муносабати билан уюштириладиган ибодатларда қатнашишни тақиқлашга урингани 1630 йилда учун черковдан ажратилди.

XVI асрда Новгородда чума эпидемиялари даврида ўлганларни оммавий маросим билан дафн этиш тақиқланди, XII асрда эса, подшоҳ Борис Годунов савдо-сотикқа алоқадор бўлган, диний ва бошқа оммавий маросимлар ўтказишни бекор қилиб, карантин белгилади. Чума эпидемиялари кейинчалик: 1665 йили — Лондонда, 1720 йили — Марсел, 1771 йили Москва ва Россиянинг бошқа шаҳарларида, бутун XIX аср давомида — Ҳиндистон ва Яқин Шарқда неча-неча марта такрорланиб турди. Чума эпидемиялари XX асрда Хитойда (1911), Миср (1940) ва Ҳиндистонда (1995) ҳам давом этди (Альбер Камюнинг «Чума» китобига қаралсин). ҳозирги кунда бу касалликнинг эпидемия ўчоқларида вақт-вақти билан пайдо бўлиб туриши рўйхатга олинади.

Фарбий Оврупода крепостнойлик ҳуқуқи бекор қилиниб, феодализмнинг инқирозга юз тутиши ва капиталистик муносабатларнинг ри-

вожланиб бориши аҳоли зич жойлашган ва шароитлари санитарияга хилоф бўлган шаҳарлар пайдо бўлиб, кенгайиб боришига олиб келди.

Шаҳарларнинг тез ўсиб бориши жамият соғлиғини сақлаш муаммоларини ҳал қилишни талаб этади. Одамлар ва ҳайвонларнинг гуж бўлиб яшаши, сув таъминоти, канализациянинг йўқлиги, ахлатларни йиғиштириш ишларининг ташкил этилмагани, кўчаларга тош ётқизилмагани – мана шуларнинг ҳаммаси инфекция касалликларнинг тез кўпайиб боришига йўл очди, шунинг учун шаҳар ҳокимиятлари ичимлик сув манбаларини муҳофаза қилиш ва бошқа оддий санитария чораларини кўриш тўғрисида қайгура бошлашди. XIII асрда Дублин, Базел ва Брюггеда қувурли водопроводлар қурилди, X – XI асрларда Новгородда (археологик маълумотларга қараганда) сув келтириладиган ва сув олинадиган сопол ва тахта тарнов ҳамда сардобалар бўлган. Шаҳарларда ҳаммомлар очилди, лекин оврупоча шахсий гигиена стандартлари, худди авваллардагидек ўша замондаги жамиятнинг ҳамма табақалари учун жуда паст даражада қолаверди.

Тиббий ёрдам, худди илгаридегидек, симптомларга даво қилишдан иборат бўлиб, имкониятлари кам эди. Анъанавий халқ табobati, гарчи черков уни жодугарлик деб ҳисоблаб, тақиқлаб қўйган бўлса ҳам, ҳаётини, асосан, қишлоқларда давом эттирди. Ҳақимлар ўз хизматлари учун ҳақ тўлашга қодир бўлган кишиларга хизмат кўрсатишар, лекин тиббий ёрдам амалий кўникмалар, мистицизм ва черков томонидан муқаддаслаштирилган Гален савиясидаги илмий билимлар қоришмасидан иборат эди. Чечак, вабо, қизамиқ ва бошқа касалликлар эпидемиялари бутун Овруро бўйлаб тарқалди.

Бироқ, ўзгариб турадиган турмуш шароитлари, шаҳарларнинг ўсиши, ҳунармандчилик ва савдо-сотиқнинг ривожланиши илму-фаннинг янада тараққий этишига йўл очди. Париж, Болонье, Падуя, Неапол, Оксфорд, Кембриж ва бошқа шаҳарларда қирол имтиёзларига эга бўлган университетларнинг барпо этилиши бевосита черков таъсир этолмайдиган илмий база бўлиб қолди. Ўрта асрлар университетларида: Салерно (X аср), Париж (1110), Болонье (1158), Оксфорд (1167), Момпелье (1181), Кембриж (1209), Падуя (1222), Тулуза (1233), Севилья (1254), Прага (1348), Краков (1364), Вена (1365), Гейдельберг (1386), Базель (1460) ва Копенгаген (1478) да тиббиёт факультетлари очилди. Асосан шаҳарлардаги ўрта табақалардан келиб чиққан медик-талабалар схоластик таълимотларни, араб адабиёти ва антик манбалар – рим ҳамда юнон матнларини (Аристотель, Гиппократ ва Гален асарларини), шунингдек бир мунча замонавий асарларни (Розий ва Ибн Сино асарларини) ўрганар эдилар.

XII – XIII асрлар бир қанча муҳим кашфиётлар билан нишонланди: механик соат, чархпалак, шамол тегирмон, тўқиш дастгоҳи ва бошқалар

ихтиро қилинди. Марко Поло экспедицияси илмий тадқиқотларга йўл очиб берди, Фома Аквинский, Рожер Бэкон, Данте асарлари фалсафа ва табиий фанларнинг ривожланишига туртки бўлди. Янги билимлардан баҳраманд бўлишга иштиёқ зўрайган буюк географик кашфиётлар даври яқинлашиб қолган эди.

1.1 илова

«БУ ОХИР ЗАМОН» ЁКИ «ҚОРА ЎЛАТ» ТАРИХИ

Гўёки Хитойда пайдо бўлган ва Ҳиндистон билан Эронга, Месопотамия, Сурия билан Мисрга тарқалган даҳшатли касаллик тўғрисидаги миш-мишлар, ниҳоят, 1346 йилда Оврупога етиб келди. Даҳшатли фалокат кўламлари тўғрисида Ҳиндистоннинг аҳолиси зич ўлкалари хонавайрон бўлиб, у ерларда бирорта ҳам тирик одам қолмаганмиш, ҳаммаёқ мурдалар билан тўлиб кетганмиш, деган гап-сўзлар юрарди. Папа Климент IV Авиньонда ўз қавмларига «қора ўлат»дан ўлган кишиларнинг умумий сони деярли 24 млн. нафарга етиб қолди, деб хабар қилди. Лекин, касаллик юқиши тўғрисидаги назариядан ўша замонларда беҳабар бўлган Оврупо бир мунча вақт давомида – то савдо кемалари ўлимга сабаб бўладиган молларни олис ўлкалардан Мессинага олиб келмагунича ва юқумли қўй сурувлари Генуя билан Венецияга ўтиб қолмагунича пассив бўлиб қолаверди.

1348 йилнинг январига келиб, эпидемия Марсель порти орқали Францияга ва Тунис орқали Мағриб мамлакатларига етиб келди. Чума денгиз соҳиллари ҳамда кемалар қатнайдиған дарёлар бўйлаб кемаларда фарба томон ҳаракат қилиб борди – Лангедок порти орқали, Рон бўйлаб Авиньонга етиб келди, бу ерда ўша йилнинг май ойида пайдо бўлди. Феврал билан май орасида у Нарбонн, Монпелье, Каркассон ва Тулузага, шунингдек Рим билан Флоренцияга етиб борди. Июнь-августда чума энди Бордо, Лион ва Парижда бўлади ва бу ердан Бургундия, Нормандия ва ҳатто жанубий Англияга тарқалади. Ёз давомида у Альпни кесиб, Швейцарияга ўтади ва Венгриянинг фарбий чегараларигача етиб боради.

Манба: Tuchman B. W., A. Distant Mirror: The Calamitous 14th Century. P, 93.

Уруш ва эпидемияларда одамлар ақл бовар қилмайдиган даражада кўп нобуд бўлиб кетганларига қарамай, XIV аср янги тарихий даврнинг боши бўлди – унда феодализм куёши сўниб, капиталистик жамият юзага кела бошлади. «Қора ўлат» эпидемиясидан кейин бошланган давр бир қанча янгиликлар ва ўзгаришлар даври бўлди. Қишлоқ жойларида ишчи қўлларнинг етишмаслиги ерга ишлов бериш ва чорвачилик билан шуғул-

ланиш учун янги усул-амаллар ва механизмлар пайдо бўлишига, аграр инқилоб деб ном олган ўзгаришлар рўй беришига олиб келди, кейинчалик индустриал инқилоб ҳам бошланди. Натижада қишлоқ хўжалигида меҳнат унумдорлиги ошди, озиқ-овқат заҳиралари кўпайди ва сотишни талаб қиладиган ортиқча маҳсулотлар пайдо бўлди. Американинг кашф этилиши ва денгиз ортидаги бошқа ерларнинг ўзлаштирилиши Оврупода янги қишлоқ хўжалик маҳсулотлари — картошка, помидор ва қалампир пайдо бўлишига олиб келдики, булар Оврупо аҳли овқатининг хилларини анча бойитиб, қишлоқ хўжалигининг янада ривожланишига туртки берди.

Қишлоқ хўжалигидаги тараққиёт деҳқонларнинг озод бўлиб, шаҳарларга кўчиб ўтишига йўл очди, бу нарса саноатда меҳнат резервлари пайдо бўлишига олиб келди. Кўп ўтмай бошланган саноат тараққиёти прагматик йўналишдаги соғлиқни сақлашнинг, илмий базаси ҳамон заиф бўлишига қарамай, жадаллик билан қарор топиб олишини талаб этди.

Кейинги ўрта асрлар ва Уйғониш даври (XV аср — XVIII асрнинг ўрталари)

Географик кашфиётлар, савдо-сотиқ, саноат ва денгиз сафарлари ишларининг жадал ривожланиши саноатда ишлаб чиқариладиган ва сотиладиган янги турдаги товарларнинг кенг бозори ҳамда анча қулай бўлган шаҳар турмуш тарзи шаклланишига олиб келди. Бироқ, халқаро алоқалар ривожланиши, товар айирбошлаш авж олиши, одамларнинг жойдан жойга кўчишининг ноҳўя натижалари тарзида авваллари маҳаллий бўлиб ҳисобланган тиф, чечак, захм ва чума эпидемиялари бутун Оврупо бўйлаб ва унинг ташқарисига тез тарқалди. Скарлатина ва безгак, шунингдек цинга (лавша) айниқса узоқ сафарга чиққан денгизчилар орасида жиддий муаммо бўлиб қолди.

Захм, бунинг айниқса вирулент штамми XVаср охири - XVI аср бошларида, афтидан, Колумб кемаларида Америкадан олиб келинган, Оврупо шаҳарлари бўйлаб тез тарқала бошлади. Бу касалликнинг жинсий йўл билан юқиши бир мунча тез пайқаб қолинди ва дастлабки назорат чоралари фоҳишаларни рўйхатга олиш ва тиббий текширишдан ўтказиш, жамоат ҳаммомларини ёпиб қўйиш, касалларни ҳисобга олиш ва махсус клиникаларда алоҳидалаб қўйиш, касал фоҳишалар ва дарбадарларни шаҳарлардан қувиб чиқаришдан иборат бўлди. Ўша пайтдан бошлаб захмнинг вирулентлиги камайиб, самарали даво усуллари пайдо бўлдию, лекин бу муаммо ҳанузгача ўз долзарблигини йўқотгани йўқ.

Русда тиббиёт ва соғлиқни сақлашнинг ривожланиши Фарбий Овруподагидан кўра секинроқ борди. XVI асрда Иван Грозний инглиз қироли-

часи Елизаветанинг розилиги билан қирол ҳақимларидан бирини ўз оиласи ва сарой аҳлларини даволаш учун таклиф этди. Инглиз лейб-медици Роберт Якоб бир неча нафар бошқа ҳақим ва фармацевтларни ўзи билан бирга олиб келди, булар рус табибларини ғарбий тиббиёт методлари билан таништирди. Рус қўшинларида уруш кампаниялари пайтида ажнабий ҳақимларнинг усул-амалларини қўлланадиган табиблар қадимдан бор эди. XVII асрнинг ўрталарига келиб, барча йирик рус шаҳарларида ҳарбийлар ва фуқароларга хизмат кўрсатадиган дорихоналар пайдо бўлди. Дорихоналарнинг иши устидан, шунингдек дори тайёрлаш, суд тиббиёти ва юқумли беморларни алоҳидалаб қўйиш устидан назорат олиб борадиган Дорихона маҳкамасига асос солинди. Бу фаолият солиқлар ҳамда ароқ сотишдан тушадиган даромадлар ҳисобига маблағ билан таъминланар эди. 1654 йилда ҳарбий врачлар (табиблар) тайёрлаш иши тартибга солинди: энди улар камида 5 – 6 йил ўқишлари керак эди. XVII асрга қадар касалхоналар фақат монастирлар қошида бўларди, дастлабки дунёвий шаҳар касалхоналари 1682 йили Москвада очилди.

Оврупо мамлакатларида шаҳарларнинг ўсиб, саноатнинг ривожланиши қишлоқлардаги қашшоқларнинг кўплаб шаҳарларга кўчиб ўтиши ва аҳолиси зич жойлашган қашшоқ мавзелар пайдо бўлиши билан бирга давом этиб борди, шу нарса шаҳарлар ҳукмдорларини касалликлар чиқиб қолишига йўл қўймаслик ва одамларнинг санитария эҳтиёжини қондириш юзасидан чоралар кўришга мажбур этди. 1601 йили қиролича Елизавета даврида камбағаллар тўғрисида паст табақаларнинг фаровонлиги ва саломатлиги учун қайғуриш мажбуриятини шаҳар ҳукмдорларининг зиммасига юклайдиган қонунлар мажмуаси эълон қилинди. Бироқ, тозаликни сақлаш иши марказлаштирилмаган ва ҳар бир фуқаро кўчанинг ўз хонадонига яқин қисмини тозалар эди.

Жамият тараққиёти суръатларининг умуман жадаллашуви тиббий фанлар: анатомия, физиология, кимё, микроскопия ва клиник медицинанинг ривожланиб боришини ҳам жонлантди. Инфекцион касалликларнинг сабаблари юқум юқишидир, деган назарияни дастлаб 1546 йили итальян врач Д. Фракасторо майдонга қўйди, кейинчалик эса, Парацельс қўллаб-қувватлади, шу билан бирга улар «инфекция» ва «дезинфекция» тушунчаларини ўша замонлардаёқ таклиф этишди.

Янги назария ўша пайтларда ҳамма томонидан қабул қилинган ва аслида Гален таълимотидан бошланиб, касалликларнинг сабаби миазмлар (заҳарланган ҳаво) дир, деб ҳисоблайдиган назария билан рақобат қила бошлади.

1662 йили иқтисодчи ва статистик У. Петти тарихда биринчи марта Ирландия аҳолисини рўйхатдан ўтказди ва бунинг натижаларини эълон

қилди. Жон Граунт Англияда «Ўлим ҳоллари устида ўтказилган табиий ва сиёсий кузатувлар» номли дастлабки демографик асарни бостириб чиқарди (1662). Шу тариқа демография ва ҳаётий ҳодисалар ҳамда саломатлик аҳволининг статистик таҳлилига асос солинди. Ёзувчи Даниэль Дефо шу хилдаги ҳужжатлардан фойдаланиб, 1665 йили Лондонда авжига чиққан чума эпидемиясининг батафсил тасвирини қолдирди.

1670 йилда микроб назариясини Антон Левенгук томонидан ўша йили яратилган микроскоп ёрдамида тасдиқлаш имкони пайдо бўлди. Ўша замоннинг йирик тиббий марказлари — Лейден, Париж, Монпельеда микроскоп ёрдамида микроорганизмлар устидан ўтказилган кузатувлар биринчи марта тасвирлаб берилди.

Россияда Буюк Петр (1682 — 1725) сиёсат, маданият ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги талайгина ислохотларнинг ташаббускори бўлди. Унинг ташаббуси билан дворян хонадонларидан чиққан кўпгина ёшлар ўқиш учун, жумладан тиббиётдан ҳам таълим олиш учун Оврупога жўнатилди. 1707 йили Москва ҳарбий госпитали қошида Россиядаги биринчи тиббий госпитал мактабига асос солинди. 1717 йилда анатомия музейи ҳам очилди. 1724 йили рус олими ва давлат арбоби В. Н. Татищев империянинг барча губерняларида аҳоли саломатлигининг аҳволи, эпидемик касалликлар ва улар давосининг методлари тўғрисида анкеталар билан сўров ўтказди.

Маърифат, илму-фан ва революциялар даври (1750 — 1830)

Бу давр ижтимоий ва сиёсий фикрнинг эркин бўлиб олиши, дунёвий маданият, илму-фан, технология ва саноат ишлаб чиқаришининг тез ривожланиб бориши билан нишонланди. Қишлоқ хўжалиги технологиясининг мукаммаллашувда давом этиши қишлоқ хўжалиги унумдорлигининг кескин ўсишига олиб келди ва очарчилик муаммоси чекина бошлади. Мана шуларнинг ҳаммаси болалар ва катта ёшдаги кишилар ўлимини камайтирди, бу нарса туғилиш юқори бўлгани ҳолда аҳоли сонининг тез кўпайиб боришини билдирар эди. Қишлоқ хўжалигидаги революция неча ўн минглаб ишчи қўллар бўш қолишига олиб келди, бу — шаҳарлар ўсиб, саноат ривожланиши ва янги ерлар эгаллаб олинишига олиб келди. Янги ерларнинг кашф этилиши ва эгаллаб олиниши савдосотиқ, молия системаси ва саноат ривожланиб боришига туртки берди. Мана шу жараёнларнинг ҳаммаси илмий таъминот бўлишини талаб қиларди, шунга кўра илму-фан тез суръатлар билан ривожланиб борди.

Шу билан бирга тез ривожланиб бораётган саноат марказлари оч қашшоқлар билан тўлиб кетган эдики, булар, меҳнат шароитларининг

оғирлигини гапирмаганда ҳам, энг оддий қулайликларсиз яшар эди. Мана шу нарса аста-секин оммавий норозиликлар бошланишига, “инсон ҳуқуқлари” тушунчаси пайдо бўлиши ва Америка (1775) билан Франциядаги (1789) революциялар давомида феодал тартиб-қоидаларидан халос бўлишга олиб келди. Наполеон 1815 йили Ватерлоо яқинида узил-кесил мағлуб бўлганидан кейин Оврупонинг консерватив ҳукуматлари буржуазия (“учинчи табақа”) нинг зўр ҳаракатларига дуч келди. Бу ҳаракатлар ижтимоий кучлар ва турмуш шароитларининг тақсимланишида фуқаролар саломатлигига сезиларли таъсир ўтказган ўзгаришлар рўй беришига олиб келди.

Амалий эпидемиологиянинг пайдо бўлиши

Цинга (лавша) узоқ сафарга чиқувчи денгизчилар ўртасида ўша замонлардаги соғлиқни сақлашнинг кескин муаммоси бўлиб ҳисобланар, чунки бу касаллик савдо-сотиқ, қидириб-текшириш ёки ҳарбий мақсадларда ўтказиладиган денгиз сафарларини жуда мушкул қилиб қўярди. Чунончи, 1498 йили Васко де Гама ўз командасининг 55 нафар аъзосини йўқотди, булар кўп ойлик денгиз сафари вақтида ўлиб кетди. Даниялик денгизчилар овқат рационидан янги сабзавот ва цитрус мевалар бўлиши цинга билан оғришни сезиларли даражада камайишини XVI асрдаёқ пайқашди. XVII асрнинг ўрталарида британиялик ҳарбий врач Ж. Вудал цингага даво қилиш учун лимон ва апельсин ишлатишни тавсия этди, лекин бу тавсиялар кенг қўлланилмай қолди. XVII – XVIII асрларда рус ва бошқа оврупо кўшинлари овқатига цинганинг олдини олиш учун тузланган карам қўшиб бериладиган бўлди.

Бироқ, янги сабзавот ва меваларнинг цинганинг олдини олишда қимматли эканлиги фақат XVIII асрнинг иккинчи ярмидагина илмий нуқтаи назардан исботлаб берилди. 1754 йили Британия флотининг врачлари капитан Жеймс Линд денгизчиларни биринчи марта эпидемик текширувдан ўтказди, натижада лимон суви кемаларда албатта овқатга қўшиб бериладиган ва цингадан сақловчи восита тариқасида ишлатиладиган бўлди. Мана шу текширув ва ундан кейин ўтказилган профилактик ишлар эпидемиологик кузатувларнинг муҳимлиги, шунингдек саломатлик учун тўғри овқатланишнинг аҳамияти катталигини кўрсатди. Витаминлар гарчи 150 йилдан кейин кашф этилган бўлса-да, лекин бу иш клиник эпидемиологик тадқиқотларнинг муҳимлигини ва овқатланишнинг соғлиқни сақлашдаги ролини белгилаб берди.

ЖЕЙМС ЛИНД ВА ЦИНГА

Неча-неча йиллар давомида цинга (лавша) узоқ сафарларга чиқадиган денгизчилар орасида учрайдиган асосий касаллик ва ўлим сабабчиси бўлиб келди. Бу касаллик мева ва сабзавот захиралари тулаганидан кейин бошланар ва узоқ денгиз сафарлари вақтида матросларнинг талайгина қисмини ишдан чиқариб қўяр эди.

«Солсбери» номли қирол кемасининг капитани Ж. Линд 1747 йилнинг май ойида цинга билан оғриган 12 нафар денгизчига 6 та ҳар хил овқатланиш тартибини буюриб, тарихда биринчи марта клиник-эпидемиологик тадқиқот ўтказди. Лимон ва апельсинларни кўп олиб турган икки нафар денгизчи 6 кундан кейин соғайиб, хизматни давом эттиришга киришди, ҳолбуки қолган денгизчиларнинг аҳволи ёмонлашаверди. Линд айнан цитрус мевалар цингани бартараф этиб, унинг олдини олишга қодирдир, деган хулосага келди. У ўз кузатувининг натижаларини 1757 йили «Цинганинг табиати, сабаблари ва давоси хусусидаги тадқиқот» деган китобида эълон қилди

Бу кашфиёт анча узоқни кўра биладиган капитанлар ишига бир мунча тез жорий этилди ва, жумладан, Ж. Кукга унинг 1768 – 1771 йиллардаги дунё узра узоқ давом этган экспедициясида ёрдам берди.

1795 йилга келиб, сафарлар вақтида денгизчиларни лимон (ёки лайма) суви билан таъминлаш Британия флотида одат бўлиб қолди.

Ж. Линд денгизчилар турмушининг шароитларини яхшилаган муҳим ислохотларни ҳам ўтказдики, бу нарса Британия флотининг жаҳонда биринчи бўлиб олишига кўп ёрдам берди.

Мўри тозаловчилар орасида учрайдиган ёрғоқ раки хусусида Потт томонидан ўтказилган тадқиқотларнинг натижалари, шунингдек кўрғошиндан захарланиш (кўрғошин санчиқлари) ҳодисасининг Ж. Бейкер томонидан баён этилган тасвирлари замонавий эпидемиологиянинг ривожланишини бошлаб берди.

Женнер ва вакцина эмлаш

Чечак хавfli ва одамлар қиёфасини бузиб қўядиган касаллик бўлиб, милoddан аввалги III асрдан бери маълум. Уни X асрдаёқ Абу Бакр Розий тасвирлаб берган. Ўша пайтларда бу касалликни қизамиқ билан адаштиришар ва у Осиёда, Яқин Шарқ ва ўрта асрлар Оврупосида кўпларга маълум бўлган эди. Чечакни аввалига болалар касаллиги деб ҳисоблашди, ўлим тўғрисида 1629 йили Лондонда тузилган гувоҳномаларда уни ўлим сабаби деб аниқ белгилашди. Чечак эпидемиялари XVII, XVIII ва XIX асрларда давом этди, шу билан бирга ундан ўлиш ҳоллари баъзан 40 фоиздан

ортар, омон қолган кишилар орасида эса, баданини чўтир босганлар кўп бўлар эди.

Неча-неча асрлар давомида чечак энг оғир ва ўлимга олиб келувчи юқумли касалликларнинг бири бўлиб келди, жаҳонинг турли қисмларидаги бутун-бутун халқлар бу касалликдан азоб тортар эди. Испан истилоси бошланганида Жанубий Америкада бўлиб ўтган чечак эпидемияси айтек ва қитъадаги бошқа туб халқларнинг равнақ топган маданияти йўқ бўлиб кетишида муҳим омил бўлди. Қадимги Хитой ва бошқа бир қанча Шарқ мамлакатларидаги эпидемиялар вақтида касалликнинг вирулент шаклларида ҳимояланиш мақсадида дарддан соғайиб келаётган кишилардаги пустиулалардан олинган материални соғлом одамларга юқтириш иши чечакка қарши эмлаш ишининг дастлабки тимсоли бўлиб хизмат қилди. XVIII асрнинг бошларида бу усул Англияда қўлланиладиган бўлди (бу тўғрида Константинополдаги Англия элчисининг рафиқаси – Мэри Монтегю хабар қилди). XVIII аср охирларига келиб Англияда шу усулга кенг амал қилинадиган бўлди-ю, лекин қитъада ҳали анча кам қўлланилар эди. Шуниси қизиқки, Россияда Буюк Екатерина ва валиаҳд Павел англиялик сарой врачлари томонидан эмланди, шу билан бир вақтда Франция қироли Людовик XV чечакдан вафот этиб кетди.

1.3 илова

ЖЕННЕР ВА ЧЕЧАК

Инглиз графлиги Глостердан чиққан қишлоқ врачлари Эдуард Женнер (1749 – 1823) қишлоқдаги кишиларнинг молларга қаровчи аёллари одамда учрайдиган чечак касалиги билан ҳеч қачон оғримайди, деган гапларига қизиқиб қолди. У бунинг сабаби ўша аёлларнинг сигир чечагига яқин юриши бўлса керак, деб тахмин қилди. Бир куни Женнер сигир соғувчи аёл Сар Нельмс қўлидаги чечак пуфакчасидан суюқлик олиб, ўша ерлик Жеймс Фипс деган ўсмир қўлининг зарарланган терисига суртди. Шундан кейин Фипс чечакка қарши иммунитетга эга бўлди. «Вакцина инокуляциясининг келиб чиқиши» китобида Э. Женнер чечакка қарши оммавий эмлашда қўлга киритган ўз ютуқларини тасвири раб берди ва «ушбу муолажа оммавий равишда жорий этиладиган бўлса, чечак – одамзот бошига тушган шу бало барҳам топади», деб башорат қилди.

Э. Женнер вакцинацияни қадимги Хитойда (милоддан аввалги 320 йилда) ҳам маълум бўлган ва чечак пуфакчалари суюқлигини одамга таъсир эттиришдан иборат эмлаш усулининг ўрнини босувчи метод тариқасида қўлланди. Бу метод XVIII аср ўрталаридаёқ кенг қўлланилди ва врачларга жуда катта фойда келтирадиган даромад манбаи бўлди. Вакцинацияга тиббий ва илмий доираларда жуда қаттиқ қаршилик кўрсатилди ва парламент фармони билангина у расман эътироф этилди.

1800 йили вакцинация амалиёти Британия армиясида, 1803 йили Данияда қабул қилинди, тез орада эса, бошқа мамлакатларда ҳам расм бўлди. Чечакка қарши вакцинация ўтказиш XIX асрда аста-секин бутун жаҳонга ёйилди. 1978 йилда, сўнгги чечак ҳодисаси аниқланганидан кейин бир йил ўтгач, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти бу касаллик йўқолиб кетди, деб эълон қилди.

1796 йилда англиялик қишлоқ врачлари Эдуард Женнер кўп йиллик тажрибасига таяниб туриб, биринчи марта чечакка қарши вакцина эмлаш усулини қўллади ва бунда сигир чечаги вакцинасини ишлатди. Вакцинация 1800 йилда Британия армиясига жорий этилди, кейин эса, Оврупода, Шимолий ва Жанубий Америка, шунингдек бутун Британия империясида қўлланила бошлади. 1800 йили Данияда вакцинани мажбурий равишда эмлаш тўғрисида қонун қабул қилинди ва шундан кейин кўп ўтмай бу мамлакатда чечак бутунлай йўқ бўлиб кетди. Баъзи медикларнинг қаршилик кўрсатишига қарамай, вакцина эмлаш олдинга аҳолининг юқори табақалари орасида, кейинчалик эса, эмлашни касалликдан халос бўлишнинг йўли деб билган оддий одамлар ва кўнгиллилар орасида тез расм бўлди.

Россияда чечакка қарши эмлаш 1802 йилда жорий этилди ва вакцинани бу ерга Э. Женнернинг ўзи юборди. Кейинчалик чечакка қарши эмлаш кўпгина мамлакатларда мажбурий бўлиб қолди ва, Женнер башорат қилганидек, чечак 1978 йили жаҳон миқёсида йўқ бўлиб кетди.

XVIII аср ислохотлари

Бу давр табиий ва тиббий фанларнинг гуриллаб ривожланиши билан нишонланди. XVIII аср ўрталаридан бошлаб Оврупо ва Америкада ҳайрия касалхоналари тармоғи пайдо бўла бошлади. Англияда Жон Ховард бошчилигида муниципал ва қамоқхоналарга тегишли касалхоналар ҳамда лазаретлар ислохоти ўтказилди, шунинг натижасида беморларни боқиш шароитлари кескин яхшиланди. 1793 йили Францияда доктор Филипп Пинель руҳий касалликлар билан оғриган беморлардан занжирларни Париж яқинидаги Бисетр шифохонасида биринчи марта олиб ташлади ва психиатрия шифохоналарини либераллаштириш ғояси — инглиз квакерлари тез орада ёқлаб чиққан ғоянинг фаол тарафдори бўлиб қолди.

Тиббиёт статистикаси ва эпидемиология

Демография, яъни аҳоли ва унинг ривожланиши тўғрисидаги фан асосини туғилиш ва ўлим ҳолларини рўйхатга олиб бориш ташкил этади.

Эпидемиология демография, социология ва статистика билан маҳкам боғланган. Ф. Бэконнинг илмий тадқиқотлар методологиясига доир, Р. Бойлнинг кимё соҳаси, И. Ньютоннинг физика соҳасидаги асарлари XVII асрнинг бошларида шу фанларга илмий асос солди. Ж. Граунт - ўз маблағлари билан Лондон қироллик жамиятига асос солган (1662) савдогар ҳамда фан ва санъат ҳомийси —“Ўлим бюллетенлари устида

олиб борилган табиий ва сиёсий кузатувлар” деган ва классик бўлиб қолган асарни 1662 йили чоп эттириб, унда ўлим ҳолларини ифодаловчи кўрсаткичларни ҳисоблаш хусусидаги ўз усулини таклиф этди ва буларнинг табиий ҳамда ижтимоий омилларга боғлиқлигини кўрсатиб берди. Жумладан, у шаҳарларда ўлим қишлоқлардагига қараганда кўпроқлигини кўрсатиб берди, шунингдек ўлимнинг мавсумларга қараб озайиб-кўпайиб туришини аниқлади. Граунт асари ижтимоий омилларни (масалан, одамларнинг қишлоқлардан оммавий суратда шаҳарларга кўчиб ўтишини) таҳлил қилиш ва тиббий ёрдамни режалаштириш учун ўлим статистикасидан фойдаланишнинг тарихдаги биринчи мисоли эди. У ўлим билан турмуш шароитлари ўртасидаги боғланишни ва одамларнинг қишлоқлардан шаҳарларга кўчиб ўтиши ўлим кўрсаткичларини оширишини кўрсатиб берди.

Россияда Буюк Петр 1722 йили ҳарбий мақсадларни кўзлаб, ўғил болалар туғилишини рўйхатга олиб бориш тартибини жорий этди.

1755 йилда М. В. Ломоносов ташаббуси билан таркибида тиббиёт факультети бўлган Москва университетига асос солинди. М. В. Ломоносов ўзининг сиёсий арбоб И. И. Шуваловга юборган машҳур хатида туғилиш, гўдақлар ўлими, ичкиликбозлик, тиббий ёрдам бор-йўқлиги ва бошқа кўрсаткичларни вақт-вақти билан текшириб туришга асосланган демографик статистиканинг Россия учун зарурлигини таъкидлади. У врач ва акушеркалар тайёрлашни яхшилаш, шунингдек санитария назоратини кучайтириш зарурлигига аҳамият берди.

Ўлим ҳоллари (умр узоқлиги) нинг дастлабки математик жадвалларини Д. Бернулли тузди, у ўша жадваллар ёрдамида ёш болалик даврида чечакка қарши эмлаш бир умрлик иммунитет беришини ва ўртача умрни 2 йилга чўзишини кўрсатиб берди. Тиббиёт статистикаси ва эпидемиология революциядан кейинги Францияда, аввало, ҳозирги замоннинг дастлабки эпидемиологидеб ҳисобланадиган Пьер Луи асарларида яна ҳам ривожланиб борди. Текширилаётган ва назоратда бўлган (контрол) гуруҳларни қиёслаб кўриш методидан фойдаланиб П. Луи, жумладан, турли касалликларга даво қилишнинг ўша пайтларда кенг расм бўлган усули - қон олиш бефойда ва ҳатто зарарли эканлигини исботлаб берди. П. Луининг шогирдлари – Францияда м. д’Эпин ва Англияда У. Фарр – тиббий муаммоларни ўрганиш учун статистик методлардан кенг фойдалана бошладилар (3 ва 11 бобларга қаралсин).

Соғлиқни сақлаш соҳасидаги ижтимоий муаммолар учун тиббиёт статистикасининг муҳимлиги Э. Чедвик, Л. Шаттак ва Ф. Найтингейл асарларида қайд қилиб ўтилган. Ўз тадқиқотларида Э. Чедвик соғлиқни сақлаш ва касалликларнинг олдини олиш ишларини режалаштириш учун аниқ статистик маълумотларнинг гоят катта аҳамияти борлигини

таъкидлаб ўтди. Унинг фаолияти 1836 йилда Англияда Руйхатга олиш бош бюросини ташкил этишга ўз таъсирини ўтказди. Бу бюронинг директори этиб, унинг ишини соғлиқни сақлаш муаммоларига қаратган У. Фарр тайинланди. У. Фарр Ливерпулдаги ўлим ҳоллари кўрсаткичларини таҳлил қилиб, одамнинг ўртача умри ўша пайтларда бутун Англия бўйлаб 45 ёш бўлгани ҳолда, бу шаҳар аҳлининг деярли ярми атиги 6 ёшгача умр кўришини кўрсатиб берди. Унинг тадқиқотлари натижасида 1846 йили Англия парламенти Ливерпулдаги санитария шароитлари тўғрисида қонун қабул қилди, санитария қонунлари мажмуасини яратди ва маъқуллади, санитария нозири лавозимини, шунингдек маҳалий санитария комиссияларини таъсис этди. 1850 йили асос солинган Лондон эпидемиология жамияти асосий тадқиқот муассасаси ва жамият соғлиғини сақлаш ишининг гурури бўлиб қолди. Унинг чечак оқибатлари хусусида ўтказган текширишлари чечакка қарши мажбурий эмлашни 1853 йили Англияда жорий этишга асос бўлган қонунни қабул қилишга олиб келди.

Бостонлик врач Л. Шаттак 1842 йили Массачусетс штатида витал (одамнинг ҳаётида рўй берадиган) ҳодисаларни рўйхатга олиш усулини жорий этди, бу усулдан кейинчалик барча штатларда модел тариқасида фойдаланилди. Унинг ҳисоботи жамият соғлиғини сақлаш соҳасига оид бошқариш ва режалаштириш ишларининг ривождаги муҳим босқич бўлди. Бу ҳисоботда у одамнинг ёши, жинси, ирқи ва машғулотининг тури тўғрисидаги маълумотларни йиғиш методларига обзор бериб ўтди ва касалликлар ҳамда ўлим сабабларини рўйхатга олишда ишлатиладиган атамаларни бир қолипга келтириш зарурлигини кўрсатиб берди. У маълумотлар ва ахборотлар билан алмашинишда шаблонлар системасининг аҳамиятини таъкидлаб ўтди.

XIX асрнинг иккинчи ярмида Ф. Найтингейл беморни касалхонадан чиқаришда рўйхатга олишнинг аҳамияти борлигини таъкидлади. У беморнинг касалхона бўладиган маълумотларни йиғиш ва улардан фойдаланиш ғоясини қўллаб-қувватлаб, касалхона беморлари тўғрисидаги ахборотнинг жуда муҳим маълумотлар манбаи эканлигини, чунки беморни касалхонада даволаш касаллик тарихининг муҳим пайти эканлигини исботлади.

1873 йили Макс фон Петтенкофер Мюнхендаги ўлим кўрсаткичларини ўрганиб, буларни Лондонга тегишли кўрсаткичлар билан солиштириб кўрди. Унинг жамият саломатлигининг қимматли эканлиги тўғрисида омма олдида қилган маърузалари Лондонда, шунингдек Берлинда санитария соҳасида ислоҳотлар ўтказишга олиб келди, Берлиндаги ислоҳотлар ташаббускори Р. Вирхов бўлди. Петтенкофер жамият соғлиғини сақловчи муассасалар амалиётига лаборатория текширувларини жорий этди ва

Мюнхенда гигиена ва жамият соғлиғини сақлаш бўйича биринчи кафедрага асос солди ва бу билан соғлиқни сақлаш базасини мустақамлади.

Давлат ва ижтимоий ислохотлар

1646 йилдаги фуқаролар урушидан кейин Англияда уруш ветеранлари парламентни демократик ислохотларнинг бир қисми тариқасида бутун мамлакатда бепул таълим билан бепул тиббий хизматни жорий этишга даъват қилдилар, лекин бу уриниш беҳуда кетди ва уларнинг революцион ғоялари кейинги диний можаролар ҳамда монархияни тиклаш учун кураш давомида қўллаб-қувватланмади.

Россияда давлатнинг соғлиқни сақлашдаги роли Петр ислохотлари даврида кучайди. Кейинчалик, XVIII асрда инфекцион касалликлар пайдо бўлишини назорат остида тутиш юзасидан муваффақиятли уринишлар бўлди, масалан, 1771 – 1772 йилларда Москвада граф Г. Г. Орлов бошчилигида чума эпидемиясини тўхтатиб қолишга муваффақ бўлинди. Айни вақтда чумага барҳам бериш юзасидан эпидемияга қарши чоратadbирларни давлат йўли билан ташкил этиш, жумладан уларни давлат йўли билан режалаштириш, маблағ билан таъминлаш ва назорат қилишнинг янги методлари таърифлаб берилди ва амалда татбиқ этилди. Давлатнинг соғлиқни сақлашдаги ролини кучайтиришнинг тарафдори «Давлат назорати – энг яхши доктор» деб номланган докторлик диссертациясини 1784 йили ёқлаган рус врач И. Л. Данилевский бўлди. XVIII – XIX асрлардаги умумий либерал ислохотлар давомида ҳукумат оддий тиббий ёрдамни ташкил этиш, шаҳарларда санитария аҳволини яхшилаш ва бошқа йўллар сари қадамлар қўйди. Николай I подшолик қилган даврда ислохотларнинг суръатлари гарчи сусайган бўлса-да, бу ғояларни кейинги ҳукуматлар у ёки бу даражада амалга оширди.

Францияда 1789 – 1793 йиллардаги революциядан кейин Таъсис кенгаши Соғлиқни сақлаш масалалари бўйича комиссия тузди (1797). Камбағалларни қўллаб-қувватлаш юзасидан миллий дастур тасдиқланди. Париж муниципалитети бир мунча кенг доирадаги ваколатларга эга бўлди, вақти билан эса, XIX асрдаги индустриалаш жараёнида бошқа шаҳарларда ҳам муниципалитетлар қошидаги Соғлиқни сақлаш бўлимларини мустақамлаш сари қадамлар қўйилдики, шу бўлимларга 1797 – 1830 йилларда эпидемияларни бирёқлик қилишга тўғри келди. 1802 йили Париж соғлиқни сақлаш бўлими санитария муаммолари, озиқ-овқат маҳсулотларини назорат қилиш, тиббиёт статистикаси, касб касалликлари, биринчи ёрдам ва тиббий таъминот масалалари билан шуғулланди. Франциянинг бошқа катта шаҳарлари ҳам бундан намуна олиб, соғлиқни

сақлашни бошқаришнинг ушбу жиҳатлари миллий даражага кўтарилган 1848 йилгача шу тариқа ишлаб боришди. Болалар ижтимоий хизматлари Францияда XIX асрнинг ўрталаридан бошлаб юзага кела бошлади.

Аҳолининг табиий ҳаракатланиш статистикаси герман мамлакатлари ва Францияда мустақамланди ва ўлим сабабларини эпидемиологик жиҳатдан тадқиқ этиш ишлари унинг асосида ривожланиб борди.

Соғлиқни сақлашни ташкил этишга давлат йўли билан ёндашувни Иоганн Петер Франк (1779 – 1817) XVIII аср охири ва XIX асрнинг бошларида ўзининг «Тиббий сиёсатнинг тўла системаси» деган туркум китобларида таърифлаб берди. Унинг таклиф этган системаси жамият ва шахс ҳаётининг фуқаролар саломатлиги ва фаровонлигига бир қадар даҳлдор бўлган жиҳатларини (кўчалар, жамоат жойлари ва хонадонларнинг санитария аҳволи, никоҳ ва оила тўғрисидаги қонунлар, туғруққа ёрдам бериш ва бошқаларни) давлат йўли билан идора этишни ўз ичига олар ва ўша замондаги барча герман мамлакатларида жорий этилган эди. Бу чора-тадбирлар, хусусан, ҳомиладор аёллар устидан тиббий кузатув олиб бориш, кўзи ёриган аёлларга дам ва нафақа олиш ҳуқуқини бериш, мактаб ўқувчилари саломатлигини муҳофаза қилиш ва уларни овқатлантириш, канализация системаларини марказлаштириш ва ахлатларни муниципал хизматлар иштирокида йиғиштириб олишни ўз ичига олар эди. Соғлиқни сақлаш соҳасида Франк таклиф этган сиёсат тиббиёт статистикаси, ҳарбий тиббиёт, касалхоналарни тегишлича сақлаш, таносил ва бошқа инфекцион касалликлар устидан назорат ўрнатиш масалаларини ҳам қамраб олган эди.

Франкнинг фундаментал асари Россияда соғлиқни сақлашнинг ривожланишига катта таъсир кўрсатди, Франк Россияда уч йил (1805 – 1807) давомида Петербургдаги ҳарбий-тиббий академияга бошчилик қилди. Бироқ, бошқа ғарб мамлакатларида асосий ролни давлат ва маҳаллий тузилмалари ўйнашига таяниб туриб, соғлиқни сақлашга шу тариқа марказлаштирилган усулда ёндашиш эътирозларга сабаб бўлдики, булар Наполеондан кейинги даврдаги абсолютизм инқирози пайтида айниқса кескинлашди.

Англияда, парламент системаси ва ривожланган фуқаролик институтлари туфайли, талайгина ижтимоий ислоҳотлар амалга оширилди. Матбуот ва У. Хогарднинг ичкиликбозликдан кулувчи ажойиб сатирик гравюралари томонидан қўллаб-қувватланган алкоғолга қарши ҳаракат юридик ва полиция ислоҳотларига олиб келди. Империя гуллаб-яшнаган даврдаги энг оммавий касб аҳларидан бири – денгизчиларнинг турмуш шароитлари Ж. Кукнинг денгиз сафарлари ва Спитхед портидаги матрослар кўзғалонидан кейин анча яхшиланди.

Америка Қўшма Штатларида XVIII аср охирларида денгизчилар учун бир қанча госпиталлар очилди ва улар Америка соғлиқни сақлаш системасининг асоси бўлиб қолди.

Буюк Британияда меҳнат тўғрисидаги қонунлар (конлар ва фабрикалар ҳақидаги қонунлар)нинг ислоҳоти болалар ва аёлларнинг ер остида ишлашларини тақиқ қилишга, кейинчалик эса, иш кунини 10 соатгача қисқартиришга ҳам олиб келди (40- йилларда). XIX асрнинг ўрталарида транспорт (буғ двигатели, пароходлар, темир йўллар) ва алоқа воситалари (арзон турадиган оммавий газеталарни нашр қилиш, почта ва телеграф) соҳаларида рўй берган техника тараққиёти одамлар ва давлатлар ўртасидаги ахборот алмашинувига йўл очди. Англияда 1876 йили мажбурий бошланғич маълумотнинг жорий этилиши умумий саводхонлик ошишига ва босма ахборотдан баҳраманд бўлишга ёрдам берди.

Англия қонунлари аҳоли камбағал табақаларининг таъминоти учун масъулиятни 1834 йили маҳаллий тузилмалар зиммасидан олиб, марказий тузилмалар зиммасига юкладди, бу нарса камбағалларнинг қишлоқлардан ўсиб бораётган саноат шаҳарларига эркин равишда кўчиб ўтишини қонунлаштирди. Инглиз социологлари ва иқтисодчилари (буларнинг орасида Адам Смит ва Жереми Бентам) «мумкин қадар кўпроқ сондаги фуқаролар учун фаровонликни мумкин қадар кўпроқ» таъминлаши учун либерализм, рационализм, эркин савдо, сиёсий ҳақ-ҳуқуқлар ва ижтимоий ислоҳотлар ғояларини ҳимоя қилдилар. Оврупо қитъасида ҳукумат бошлиқларининг муътадил ислоҳотларга кўрсатган қаршиликлари мавжуд аҳволни тубдан ўзгартиришга қаратилган уринишларнинг такрорланишига олиб келди. Оврупо революциялари мағлубиятга учраганидан кейин янада консервативроқ кучлар ҳокимият тепасига келишди.

Турар жой, меҳнат гигиенаси ва санитария шароитлари ёмонлашиб қолгани туфайли Британияда ишчилар орасида ўлим ҳоллари кўпайди. Саноат марказларида, масалан, Манчестерда 1875 йили соғлиқни сақлаш бўйича кўнгиллилар кенгаши тузилди, лекин шаҳар муҳитини сақлаб туриш ва касалликлар чиқишига йўл қўймаслик учун уларнинг ваколати рўй-ростига камлик қиларди. Бу кенгашлар сув таъминоти, канализация, инфекция тарқатадиган ҳайвонларга қарши кураш, сув ва овқат сифатининг пастлиги ҳамда шаҳар муҳитининг таҳдид соладиган даражада ифлосланиб бораётгани хусусидаги муаммоларни ҳал қилишга қодир эмас эди.

ЭДВИН ЧЕДВИК ВА КАМБАҒАЛЛИК БЎЙИЧА ҚОНУН ЧИҚАРУВЧИ БРИТАНИЯ КОМИССИЯСИ

Куйи синфларнинг ижтимоий ва маиший аҳволини ўрганиш мақсадида 1834 йили парламентда камбағаллик бўйича комиссия тузилди. 1842 йилда Британия ишчилари турмушининг санитария шароитларига доир комиссия унинг ишчи органи бўлиб қолди. Бу комиссияга Э. Чедвик бошчилик қилди. Комиссия маърузаси мамлакатнинг барча минтақаларида турмуш ва меҳнат шароитларининг жуда оғир бўлиб, камбағаллик ва касалланиш ўртасида боғланиш борлигини кўрсатиб берди, унда ишчилар кўп ўлиши сабабларининг таҳлили ҳам бор эди. Маъруза санитария назорати бўйича махсус комиссиялар тузиш ва аҳолининг санитария ҳамда тиббий эҳтиёжларини таъминловчи қонунни қабул қилишни таклиф этди. Чедвик комиссиясининг фаолияти натижасида Буюк Британияда биринчи марта 1848 йили Соғлиқни сақлаш тўғрисида умуммиллий қонун қабул қилинди ва мамлакатнинг ҳамма қисмларида муниципал соғлиқни сақлаш комиссиялари тузилди. Британия қонунлари Америкадаги соғлиқни сақлаш сиёсатига кучли таъсир ўтказди.

Э. Чедвик фаолияти ва Буюк Британия ишчилари турмушининг санитария шароитлари бўйича унинг бошчилигидаги комиссия маърузаси (1842) Камбағаллик бўйича комиссия фаолияти доирасида ўтказилган бир қанча ислохотларни бошлаб берди. Британия парламенти шаҳарларда соғлиқни сақлаш тўғрисидаги қонунларни ва Соғлиқни сақлаш тўғрисидаги умуммиллий қонунни қабул қилди (1848). Мана шу қонунларга асосан йирик шаҳарлар ва қишлоқ жойларида санитария назоратини олиб борадиган муниципал ва маҳаллий комиссиялар тузилди. Ушбу ислохотлар «санитария инқилоби» ни бошлаб бердики, бунинг натижасида инглиз шаҳарларининг санитария ҳолати анча яхшиланди, инфекциялар касалликлар — вабо, тиф ва сил эпидемияларининг сони анча камайди.

Санитария назоратининг шунга ўхшаш дастурини амалга ошириш учун 1850 йили АҚШ Массачусетс штатининг д-р Л. Шаттак бошчилигидаги Санитария комиссияси тузилди. Шу комиссиянинг 1970 йили қайта нашр этилган ҳужжатлари санитария сиёсатининг классик намунаси бўлиб, унинг асосий қоидалари АҚШ да ҳозирги кунда ҳам долзарб ҳисобланади.

Саломатлик муҳофазаси юзасидан Британия ва Американинг баъзи шаҳарларида жамоатчилик асосида иш юритувчи мавжуд муниципал

комиссиялар XVIII аср охирлари - XIX аср бошларида тузилган эди. Соғлиқни сақлашга доир марказий комиссия Британияда 1805 йили олдинга мамлакатни сариқ иситма ва вабодан ҳимоя қиладиган карантин хизмати тариқасида тузилган. Шаҳарлар, канализациянинг санитария аҳволи, шунингдек йўллар, чироқларнинг ҳолати яхшиланди, метал водопроводлар ўтказилди, сув манбаларини филтрлаш ишлари бошланди, лекин бу фаолиятнинг ҳаммаси ташкилий жиҳатдан бетартиб ҳолда қолаверди. Сув таъминоти билан ҳеч ким назорат қилмайдиган бир неча агентликлар ва хусусий компаниялар шугулланди. Лондон муниципалитетида йўллар, чироқлар ва ахлатни йиғиштириш бўйича 100 га яқин, ижтимоий муаммолар бўйича эса, 172 та комиссия ва соғлиқни сақлаш муаммоларига алоқадор бошқа кўпгина муассасалар бор эди. 1885 йили буларнинг ҳаммаси Лондон Муниципал ишлар бошқармасига қўшилди.

Англияда Чедвик (1842) ва АҚШ да Шаттак (1850) маърузаларидан кейин соғлиқни сақлашга доир қонунларни ишлаб чиқиш ва буларнинг бажарилиши учун жавобгар бўлган ҳамда жойлардаги санитария шароитларини назорат қилиш ва тартибга солиш учун кенг ваколатлар берилган муниципал органларни тайинлаш зарур, деган концепция юзага кела бошлади. Бу комиссияларнинг вазифалари жумласига шаҳарларни режалаштириш ва минтақаларга ажратиш, турар жойлар ҳудудларида турли ҳайвонларни сақлаш ва саноат корхоналарини жойлаштиришни чеклаб қўйиш, меҳнат шароитларини тартибга солиш ва маҳаллий инфраструктуранинг бошқа жиҳатлари кирар эди.

Буюк Британияда бошланган биринчи вабо эпидемияси (1832) саломатлик муҳофазаси юзасидан маҳаллий бўлимлар тузиш зарурлигини исботлади, бу бўлимларнинг ваколатлари олдинга катта эмас эди. Иккинчи катта эпидемия (1848) парламентни Чедвик комиссиясининг таклифлари асосида Саломатлик муҳофазаси юзасидан марказий комиссия тузиш тўғрисидаги қонунни қабул қилишга мажбур этди. Бу муассаса 1848 йилдан то 1852 йилгача ишлаб келди ва шу йиллар давомида Буюк Британиянинг саноат шаҳарларидаги соғлиқни сақлаш хизматларининг фаолиятини қўллаб-қувватлаб турди. Вабодан кўрқиб аҳолининг хусусий ишларига ҳукумат аралашувини ёқтирмаслик одатини енгишга ёрдам берди ва шу туфайли Лондонда замонавий водопровод қуриш тўғрисида қарор қабул қилинди. Саломатлик муҳофазаси юзасидан марказий комиссия узоқ умр кўрмаган бўлса-да, муниципал доирадаги бундай органлар бутун мамлакат бўйлаб тузилди. Санитария назорати соҳасидаги шунга ўхшаш ташкилий қарорлар Америкада ҳам қабул қилинди.

1869 йилда Массачусетс штатининг Соғлиқни сақлаш бўйича марказий кенгаши ташкил этилди, Буюк Британия Қироллик санитария комиссияси иш бошлади. 1872 йили америка соғлиқни сақлаш соҳасида асосий профессионал, таълимий ва сиёсий куч бўлиб қолган Америка соғлиқни сақлаш ассоциациясига асос солинди. Ушбу Ассоциация саъйи-ҳаракатлари билан жамият саломатлиги учун муҳим бўлган талайгина қарорлар жамоалар, штатлар ва умуман мамлакат миқёсида амалга оширилди. Бу Ассоциация уччала бўғиннинг ҳар қайсисидаги соғлиқни сақлаш ишларининг сифат кўрсаткичларига доир муҳим системани ҳам ишлаб чиқдики, бу система маҳаллий органлар учун бир мўлжал бўлиб қолди.

Санитария билан ижтимоий гигиенанинг ўзаро боғлиқлиги ижтимоий гигиена асосчиси Р. Вирхов асарларида таъкидлаб ўтилган эди. Р. Вирхов ва Берлин билан Мюнхендаги экспериментал гигиенанинг биринчи профессори — М. Петтенкофернинг саъйи-ҳаракатлари билан санитария ва экологияга оид кўпгина муаммолар ҳал қилинди. Бу олимлар «соғлом шаҳар» тушунчасини муомалага киритишди ва шаҳар муҳитининг фуқаролар саломатлигига таъсир қилишини, шунингдек маҳаллий ўз-ўзини бошқариш органларининг шаҳар муҳитини ҳимоя қилиш учун жавобгар эканлигини таъкидлашди.

Россияда 1861 йили крепостной ҳуқуқ бекор қилинганидан кейин бир қанча либерал ислохотлар ўтказилди, жумладан, университетларнинг мустақиллик мақоми қайтариб берилди ва қишлоқ жойларида ўз-ўзини бошқариш маҳаллий органлари системаси — земстволар таъсис этилди. Земстволарнинг вазифалари илгари тиббий ёрдам бўлмаган жойларда бепул тиббий ёрдам кўрсатиш кирарди. Уезд шаҳарлари ва талайгина йирик қишлоқларда дипломли врач ва фельдшерлар ишлайдиган амбулаториялар, касалхоналар ва туғруқхоналар очилди. 1860 — 1870 йилларда Россиядаги асосий университетларнинг тиббиёт факультетларида шаҳар ва саноат корхоналаридаги санитария шароитларини ўрганиш учун гигиена бўлимлари очилди. Россиядаги илмий гигиена асосчиси Ф. Ф. Эрисман экспериментал фан, клиник тиббиёт ва ижтимоий гигиена ўртасидаги алоқаларни кенгайтиришни ёқлаб чиқди.

Германияда канцлер Бисмарк 1883 йили барча саноат ишчилари учун улар шикастланиб, майиб бўлиб ва касалланиб қолган маҳалларида мажбурий суғурталаш ҳақидаги қонунни жорий этди. Худди шунга ўхшаш қонун Англияда бош вазир Ллойд Жорж томонидан 1911 йили, Россияда — 1912 йили жорий этилди; Фарбий ва Марказий Оврупонинг деярли барча мамлакатларида шундай қонун бор эди. Кўрилган мана шу ва бошқа чоралар шунга олиб келдики, ривожланган барча мамлакатларнинг

ҳукуматлари аҳолининг саломатлиги ва тиббий таъминоти учун жавобгарликнинг катта қисмини XX асрнинг ўрталарига келгандаёқ ўз зиммаларига оладиган бўлди (13 бобга қаралсин).

Санитария маорифи (1830 – 1875)

Оврупонинг саноат ривожланган ва конлар қазиладиган марказларидаги ишчилар турмуш ва меҳнат шароитларининг оғирлиги саноат революцияси даврида ижтимоий ислоҳотларни амалга ошириш учун туртки бўлди, бу ислоҳотларнинг бир қисми ишчилар мавзеларида санитария шароитларини яхшилашга қаратилган эди. Юқумли касалликларнинг табиатан микробларга боғлиқлиги ҳали маълум бўлиб, уларни аниқлашнинг лаборатория методлари ишлаб чиқилмасдан олдиноқ эпидемиологик текшириш методининг ривожланиши ва соғлиқни сақлаш амалиётида уни қўлланишда кескин ўзгариш рўй берди. Бу ўзгариш Жон Сноу номи билан боғлангандир.

Жон Сноу вабо тўғрисида

1832 йили Ҳиндистонда бошланган вабо пандемияси 1854 йилга келиб бутун Оврупо қитъаси бўйлаб тарқалди ва Америкага етиб борди. 1829 ва 1830 – 1831 йилларда Москвада вабо бошланган пайтларда яқин 33 минг киши ҳалок бўлиб кетди. Парижда 1832 йилдаги вабо эпидемияси вақтида шаҳарликларнинг 18 минг нафари нобуд бўлдики, бу — мамлакат аҳолисининг 2 фоизини ташкил этарди.

1854 йили Лондонда ҳам вабо бошланди, буни ўрганиш билан Лондон эпидемиология жамиятининг аъзоси, қиролича Викториянинг шахсий врачлари Жон Сноу шуғулланди. У вабо тарқалиши Лондондаги сув таъминоти системаси билан боғлиқ, деб тахмин қилди, кейинчалик эса, буни исботлади, ҳам. Шу нарса касалликнинг юқиши жанубий Лондоннинг катта-катта қисмларига етказиб бериладиган Темза сувларига боғлиқ, деб ҳисоблашга имкон берди. Тажриба тариқасида Жон Сноу шу жойдаги сув насосини беркитиб қўйиш тўғрисида келишиб олди, шунда янгидан касалланиш ҳоллари кўп ўтмай барҳам топди. Бу нарса Жон Сноуга вабо билан касалланиш ифлосланган сувдан фойдаланишга боғлиқлигини аниқлашга имкон берди.

ЖОН СНОУ ВА ВАБО, ЛОНДОН (1854)

1848 ва 1854 йиллар орасида Лондонда бир неча марта вабо эпидемиялари бўлиб ўтди. Шаҳарнинг сувни хусусий кампаниялар етказиб берадиган ҳудудларида рўйхатга олиган касаллар сони ҳаммадан кўп бўлди, бу кампаниялар сув олиш учун битта жойдан фойдаланар эди. Бир сафарги вабо эпидемиясидан кейин «Ламбет» кампанияси сув олинадиган жойни Темзанинг ташландилар билан камроқ ифлосладиган қисмига кўчирди.

1854 йилнинг август ва сентябр ойларида доктор Жон Сноу Броуд кўчасига ёндошган Сохо минтақасидаги янги вабо эпидемиясининг сабабларини текшириб кўрди. У 10 кун давомида вабодан ўлиб кетган 500 кишининг манзилларини ва сув етказиб берадиган кампания номини аниқлади. Ўша одамларнинг ҳаммаси ё Броуд кўчаси ҳудудида яшар ёки шу кўчадан олинадиган сувдан фойдаланар экан. Жон Сноу шу ҳудуддаги пиво заводининг ишчилари ва ўша жойдаги ғарибхонада яшовчи кишилар зарарланмаган ҳавзаларнинг сувини ишлатишлари ва касал бўлмаганларини, ҳолбуки, Броуд кўчасидаги сув манбаларидан олинган сувни ишлатган кишилар касал бўлиб қолганини аниқлади. У Броуд кўчасидаги сув манбаидан фойдаланишни тўхтатиш зарурлигига маҳаллий ҳокимиятни ишонтирди, шунда эпидемия бир неча кундан кейин барҳам топиб кетди.

1854 йилнинг сентябридан октябрига қадар Сноу вабонинг бошқа бир эпидемиясини текшириб кўрди ва яна касаллик сувдан тарқалади, деб тахмин қилди. У ўлганларнинг турар жойларини ва тегишли мавзеларга сув етказиб берган кампаниянинг номини аниқлади. Сноу сувни икки кампаниянинг биридан олиб турадиган мавзеларда 4 ҳафта давомидаги ўлим кўрсаткичларини ҳисоблаб чиқди. «Саутворк ва Воксхолл» кампаниясидан сув билан таъминланадиган уйларда ўлим жуда кўп, ҳолбуки, сувни «Ламбет» кампанияси етказиб берадиган жойларда эса, вабодан ўлиш кўрсаткичлари Лондонда ҳаммадан паст эканлиги аниқланди.

Сноунинг ишлари ҳозир ҳам касалликларнинг микроб назарияси — ўша замонларда рақиблари кўп бўлган назариянинг ривожланишига катта ҳисса қўшган классик эпидемиология деб ҳисобланади. Бу ишларнинг бошқа бир натижаси хусусий кампаниялар томонидан етказиб бериладиган сувни албатта филтрлашни жорий этган 1857 йил қонунидир. Вабо вибриони эса, Мисрдаги вабо эпидемиясини ўрганган Роберт Кох томонидан 1883 йилдагина кашф этилди. Жон Сноу тадқиқотлари инфекция касалликлар соҳасидаги эпидемиологик тадқиқотлар намунаси.

Лондоннинг хусусий кампаниялар томонидан сув билан таъминланган турли қисмларида
1854 йилнинг етти ҳафтаси давомида вабодан ўлиш ҳоллари

| Кампанияларнинг номлари | Уйлар сони | Вабодан ўлганлар сони | 10 минг уй ҳисобидан олинган ўлим кўрсаткичи |
|-------------------------|------------|-----------------------|--|
| «Саутворк ва Воксхолл» | 40 046 | 1 263 | 315 |
| «Ламбет» | 26 107 | 98 | 37 |
| Бошқалари | 256 423 | 1 422 | 59 |

Манба: Snow J. On the Mode of Trasmision of Cholera \ Snow on Cholera. N. Y.: The Commonwealth Fund, 1936.

Уильям Бадд – Бристолдаги Қироллик госпитали врачлари – касалликлар микроблардан пайдо бўлади, деган илмий назариянинг асосчиларидан бири эди. У тиф иситмаси эпидемиологиясини текширди ва бу касалликнинг ичимлик сувга боғлиқлигини аниқлади. 1853 йили тиф иситмаси вақтида 140 киши иштироки билан Коубриж шаҳарчасида бўлган балдан кейин меҳмонларнинг ҳаммаси тез орада тиф билан оғриб қолди. У. Бадднинг текшириши тиф билан оғриган бир беморнинг байрамдан бир неча кун илгари ўша байрам ўтказилган жойда бўлгани ва ахлати қудуқ ёнидаги ариққа тушганини, байрам дастурхонига ишлатилган сув эса, шу қудуқдан олинганини кўрсатиб берди. Инфекциянинг ифлосланган сув орқали тушгани аниқ бўлиб қолди. У. Бадд тиф иситмасининг бошқа маҳаллий эпидемияларини ҳам шу тариқа текшириб кўрди ва ўз кузатувларининг натижалари бўйича «Тиф иситмаси, унинг келиб чиқиши, юқиш усуллари ва олдини олиш йўллари» деган илмий асарини чоп эттирди (1873), бу асар сув билан тарқаладиган ичак касалликлари эпидемиологиясига оид классик қўлланма бўлиб қолди.

У. Бадд билан Жон Сноунинг эпидемиологияга доир ажойиб тадқиқотлари эпидемиология ва жамият соғлигини сақлаш соҳасидаги (ифлосланган сувга боғлиқ касалликлар соҳасидагина эмас) янги йўналиш учун асос бўлди. Бу тадқиқотлар эпидемиология соҳасидаги илмий текширишларнинг юқумли касалликлар тарқалишига йўл қўймаслик учун катта ҳисса қўшган янги стандартларини белгилашга имкон берди.

Миазмлар назариясига қарши микроб назарияси

XIX асрнинг биринчи ярмида касалликларнинг табиатига доир илмий мунозаралар икки йўналишда: микроб юқиши тўғрисидаги назария ва миазмлар тўғрисидаги бир мунча эски назария хусусида борди. Миазмлар

тушунчаси — юқумли, зарарли ҳаво тўғрисидаги тушунча — антик тиббиёт назариясига бориб тақалади. Бу ғоя тарафдорлари шаҳарларнинг аҳолиси зич жойларидаги органик ташландилардан — ахлатхоналар, канализация оқавалари, чириётган ҳайвон мурдалари ва бошқалардан чиқувчи буғлар одамларга ҳалокатли таъсир кўрсатади, деб ҳисоблар эдилар. Профилактика чоралари тариқасида яшаш муҳитларини миазмлар манбаларидан тозалаш таклиф этиларди.

1.6 илова

II. ПАННУМ ФАРЕР ОРОЛЛАРИДА ЧИҚҚАН ҚИЗАМИҚНИ ЎРГАНАДИ (1846)

Копенгаген университетини битириб чиққан 26 яшар Питер Л. Паннум Фарер оролларида чиқиб қолган қизамиқни ўрганиш учун Дания ҳукумати томонидан 1845 йили ўша ороллар (Атлантик океаннинг шимоли)га юборилди. Ундан олдинги қизамиқ эпидемияси ўшандан анча йиллар илгари (1781 йилда) рўйхатга олинган, янгиси эса ҳалдан ташқари кўп тарқалгани билан ажралиб турарди: оролда яшовчи 7782 нафар кишидан 6 мингтага яқини қизамиқ билан оғриб қолган ва 102 нафари ўлиб кетган эди. Касалликнинг бир кишидан бошқаларга ўтиш йўллари аниқлаш учун Паннум архипелагининг олисдаги ҳамма чеккаларини текшириб чиқди. Ўз кузатувларига асосланиб туриб, у қизамиқ касал кишидан соғ одамга улар бир-бирига яқин юрганидагина юқади (ўша замонда ҳукм суриб турган фикрга қарама-қарши ўлароқ), касаллик билан оғриб ўтган киши умр бўйи иммунитетга эга бўлиб қолади, деб хулоса чиқарди.

У ўзининг ажойиб тажрибасида қизамиқнинг табиатан инфекцион касаллик эканлигини, унинг яширин даври борлигини, бу даврда касаллик ҳали билинмаса ҳам, аммо юқумли бўлишини ишончли қилиб исботлаб берди. У касалликнинг «ўз-ўзидан кўзиши» ва миазмлар орқали тарқалиши тўғрисидаги фикрни рад этди ҳамда профилактиканинг самарали усули тариқасида беморларни алоҳидалаб қўйишни таклиф қилди.

Манба: Pannum P. L. Observations Made During the Epidemic of Measles on the Faros Islands in the Year 1846. From: Roueche B [ed] op. cit. London, 1963. P. 210 – 236.

Микроблар борлигининг объектив далиллари ўша замонларда ҳали йўқлигига қарамай, касаллик юқади деган назария (микроб назарияси), аксинча, касалликлар бемор киши соғ одамлар билан муомала қилганида, улар бир-бирига яқин юрганида юқиб қолади ва шу сабабдан эпидемияларни чеклаб қўйишнинг асосий воситаси касаллик юққан кишилар учун карантин белгилашдир, деб таъкидлар эди. Голландиялик А. Левенгук 1673 йилда микроскопни ихтиро этганидан кейин микроб назарияси

обдон тасдиқланди, микроскоп ёрдамида инсон кўзи микродунёни кўришга биринчи марта қодир бўлиб қолди. Микроб назариясининг тарафдорлари касалликларнинг кўзгатувчилари айнан шу микроорга- низмлардир, булар бемор киши баданининг суюқликлари ёки ахлати одамга теккан маҳалда, шунингдек бошқа воситалар ва муҳит омиллари (сув, кемирувчилар, канализация оқавалари ва бошқалар) орқали ўтиб қолганида касаллик юқади, деб таъкидладилар.

Бу баҳсда Ж. Сноу ва У. Бадднинг юқорида тилга олиб ўтилган, касалликларнинг кўзгатувчилари ичимлик сув орқали ўтишини ўтган асрнинг ўрталарида исботлаган ишлари микроб назариясининг ғалаба қозонишига йўл очиб берди. П. Паннумнинг Фарер оролларидаги қизамиқ эпидемиялари устида олиб борган ва касаллик беморга бевосита яқин юрилганида юқишини, у юққанидан кейин инфекциян даври бўлишини, оғриб ўтган кишиларда турғун иммунитет ҳосил қилишини исботлаган текширишлари ҳам шу йўналишда талқин қилинди. Касаллик юқади, деган назариянинг узил-кесил ғалабаси Луи Пастер ва Роберт Кох ишлари билан боғлиқдир.

Бу иккала назария тарафдорлари ўртасидаги мунозаралар кескин бўлганига қарамай, амалий жиҳатдан олганда, уларнинг иккаласи ҳам санитария-гигиена чора-тадбирларини кўриш, сув сифатини назорат қилиб бориш, канализация системалари, ахлатларни марказлаштирилган усулда йиғиштириш ишларини алоҳидалаш ва ҳоказолар зарурлигини кўрсатиб берди ва ўрта асрнинг охирларида Оврупо ва Американинг катта шаҳарларида шундай қилинди, ҳам.

Микроб назариясини қўллаб-қувватлайдиган далил-исботлар ва жиддий асослар тўпланиб борар экан, «санитария революцияси» давом этаверди. Вабо ваҳимаси 1866 йилда Нью-Йорк шаҳри ҳокимиятини Саломатлик муҳофазасига доир комиссия тузишга мажбур қилди. Гамбургда Саломатлик муҳофазасига доир комиссия 1892 йили, шаҳарда вабо эпидемияси авж олганидан кейингина тузилди. Шу билан бир вақтда кўшни Альтонда сувни тозалаб берадиган иншоотлар бўлгани учун касалланиш ҳоллари рўйхатга олингани йўқ.

Касалликлар сабабий омилининг аниқланиши (микроб назарияси) жамият соғлиғини сақлаш тараққиётининг йўналишларидан бири бўлди. Шу билан бир вақтда касалликларнинг экологик манбаларини кўрсатиб берган миазмлар назарияси ҳам эпидемиология ва соғлиқни сақлашнинг ривожланишига ижобий таъсир ўтказди, чунки у инсон организмнинг саломатлигига атрофдаги муҳит (ҳаво, сув, озиқ-овқат маҳсулотлари сифати ва бошқалар) нинг таъсир қилишини ва организмнинг ўзига хос патоген таъсирларга берилувчан бўлишини ҳақли суратда таъкидлар эди.

Машҳур немис врачлари ва тадқиқотчиси Р. Вирхов патологиянинг ҳужайра назарияси асосларини таърифлаб берди, шунингдек касалликлар

ижтимоий шароитларга бевосита боғлиқ, деб ҳисоблади. Р. Вирхов, гарчи микроб назариясининг тарафдори бўлмаса ҳам, илмий тадқиқотлар методологиясининг муҳим тамойилларини (кузатув, фаразларни майдонга қўйиш ва текшириб кўриш, илмий тажриба методикаси тамойилларини) ишлаб чиқдики, булар тиббиётнинг фан сифатида тараққий этиб боришига йўл очиб берди.

Касалхоналар ислоҳоти

Уйғониш даврида монастырлар қошида ва ҳайрия мақсадларида очилган касалхоналар фақатгина камбағал кишилар учун мўлжалланган эди.

Касалхона ёрдами кўрсатиш амалиёти «санитария революцияси» ва касалликларнинг келиб чиқиши тўғрисидаги тушунчаларнинг кенгайиши билан бирга аста-секин ўзгариб борди. XVIII аср Оврупосидаги касалхоналар, аслида, касалликларнинг уяси бўлиб, у ерларга одамлар даволаниш учун эмас, балки ўлиш учун борарди. Англиядаги касалхоналар ислоҳоти касалхоналар ишининг XVIII аср охирларидаги аҳволи ҳақида д-р Жон Ховард маърузалари билан жонлантирилди ва ўша даврдаги умумий ижтимоий ислоҳотлар билан бир вақтга тўғри келди. Касалхоналар ишида бир мунча профессионал ўзгаришлар антисептика тамойилларини амалиётда татбиқ этган Жозеф Листер, Флоренс Нейтингейл, Оливер Холмс ва Игнац Ф. Земмельвейс сингари машҳур медикларнинг таъсири билан XIX асрнинг охирларидагина рўй берди. Мана шу тамойиллар касалхоналар аҳволи ва даво натижаларини кескин яхшилашга асос солди.

1.7 илова

К. Ф. КРЕДЭ ВА ЧАҚАЛОҚЛАР ГОНОКОККЛИ ОФТАЛЬМИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

XIX асрда Овруроода сўзак, яъни гонорея касаллиги жамиятнинг барча табақалари орасида кенг тарқалган ва чақалоқлар гонококкли инфекцияси кўпинча болалар қиёфасини чандиқлар билан бузиб, кўзини кўр қилиб қўяр эди. Лейпцигдаги университет клиникасининг профессор-акушери Карл Франц Кредэ чақалоқларда бўладиган гонококкли кўз касаллигига ҳар хир препаратлар билан даво қилишга уриниб кўрди. Бошқа дорилар қаторида у шифо бўладиган ва касалликнинг олдини оладиган восита тариқасида қумуш нитрани ишлатдики, бу – XIX асрнинг 50- йилларида ушбу оғир касалликка даво қилишда жуда катта наф берди. Қумуш нитратни акушерликда ишлатиш усули мажбурий даво методига айланиб қолмасидан анча илгарийёқ у бир касалхонадан бошқасига ўтиб, расм бўлиб бораверди. Гонококкни 1879 йилдагина А. Л. Нейссер ажратиб олди. Қумуш нитратни неча ўн йилликлар давомида қўлланиш Овруроода яқин бир миллион нафар болани кўр бўлиб қолишдан асради.

XVIII асрнинг 40- йилларида туғруқ иситмаси оналар ўлимининг асосий сабаби эди. Америкали врач Оливер Холмс бу касаллик одамга одамдан юқишидан пайдо бўлади, деган фароздан келиб чиқиб, уни текшириб кўрди. Вена клиник касалхонасида ишлайдиган И. Ф. Земмельвейс туғриқ иситмаси билан касалланган аёллар мурдаларини ёриб кўрганидан кейин туғруқ бўлимида ишлайдиган врач қўлларидан юқади, деб тахмин қилди. Земмельвейс врач қўлида кўзи ёриган аёллар орасида туғруқ иситмасидан ўлиш ҳоллари акушерка ёрдамида туққан аёллардагига қараганда 2 — 5 барабар кўп бўлишини кўрсатиб берди. У ўликхонада ишлаб бўлинганидан кейин врачлар ва акушеркалар қўлларини хлорли сув билан зарарсизлантиришни таклиф этди, шу нарса биринчи гуруҳдаги аёллар орасида учрайдиган ўлим ҳолларини иккинчи гуруҳ даражасигача камайтиришга имкон берди. И. Земмельвейс томонидан батафсил тасвирлаб берилган ва тавсия этилган шу янгилик тиббиётда жуда секинлик билан расм бўлиб борди ва 40 йилдан кейингина узил-кесил қабул қилинди. У стрептококк инфекциясидан бўладиган ўлим ҳолларини кескин камайтириш ва халқаро амалиётда туғруққа ёрдам бериш даражасини кўтаришга имкон берди.

Кумуш нитрат препаратини қўлланиш юзасидан Лейпцигда К. Кредэ томонидан ишлаб чиқилган усул туфайли 50- йилларда чақалоқлар кўзининг кўр бўлиб қолиш ҳолларига барҳам беришга муваффақ бўлинди. Бу препарат бутун тиббиёт оламида ишлатиладиган бўлиб қолди.

Қрим уруши даврида (1854 — 1856) ҳарбий-дала госпиталининг ташкилотчиси ва тиббий ҳамшира бўлиб ишлаган Флоренс Найтингейл ҳарбий тиббиёт савиясини ошириш, госпитал ёрдамини, жумладан, касалхона статистикасини тўплашни ташкил этишга, шунингдек жамоаларда ҳамширалар амалиёти методларини ривожлантиришга катта ҳисса қўшди. Ўша уруш вақтида рус қўшинининг ҳарбий хирургни Николай Иванович Пирогов ҳарбий-дала хирургияси ва жароҳатларни уруш майдонида тозалашнинг янги методларини ишлаб чиқди, булар ярадорлар ўлимини анча камайтирди.

Бактериологик революция

Санитарияга оид чоралар XIX асрнинг иккинчи ярмида Оврупо шаҳарларида тез расм бўла бошлади ва ахлатларни йиғиштириш, турмушда ишлатиладиган сувларни тозалаш, канализацияни яхшилаш, кўчаларга тош ётқизиш ва ҳоказо ишлар ҳукумат томонидан марказлаштирилган ҳолда бажарилишига олиб келди. Шу билан бир вақтда касалхоналарда санитария ҳамда ходимларнинг касб маҳоратига талаблар

кучайди. Янги бошланган шу ишлар юқумли касалликларнинг табиатан микробларга боғлиқлигини исбот этган илмий кашфиётлар туфайли тез орада янада авж олди.

Пастер, Кон, Кох ва Листер

Бактериология асосчиси, тиббиёт ва соғлиқни сақлашнинг экспериментал базасига ғоят катта ҳисса қўшган буюк француз олими Луи Пастернинг ишлари XIX асрнинг 50 – 70- йилларига тўғри келади. У 1856 йил билан 1880 йиллар орасида микроб назариясини тўла-тўқис асослаб берди, унинг вино ва пиво ишлаб чиқаришдаги фермент жараёнларига доир ишлари эса, кейинчалик «пастерлаш» технологиясига асос бўлди.

Унинг кашфиётлари яна бир янги илмий соҳа - иммунологиянинг муҳим негизи бўлиб қолди. Ўзининг классик асарларида у товуклар вабоси, чўчқалар сарамаси, куйдирги (1877) ва қутуришга (1885) сабаб бўлувчи патоген микроорганизмларнинг заифлаштирилган штаммларидан вакциналар тайёрлаш методини тасвирлаб берди.

Пастер молларни куйдиргидан ҳимоя қилиш учун вакцина тайёрлашга оид муваффақиятли ишларидан кейин одамларда қутуришга қарши вакцина эмлашга доир тадқиқотларни давом эттирди. Қутуриш ўша вақтларда касал ҳайвонларнинг тишлашидан юқадиган ва ўлимга олиб борадиган касаллик тариқасида ҳамманинг кўнглига ваҳима солар эди. Пастер касалликни пайдо қиладиган юқум сўлак орқали ўтади ва нерв системасини зарарлайди, деб тахмин қилди. У касал ҳайвонлардан олинган ва қуритиш (десикация) йўли билан заифлаштирилган биологик материални кўнгиллилар баданига юборди ва шу билан уларни касалликдан асраб қолди.

Эльзасли 14 яшар Жозеф Мейстерни қутурган бир ит 1885 йилда қаттиқ қоғиб олди. Маҳаллий докторлар, Пастер гарчи врач бўлмаса ҳам, иммунлаш усулини болага ишлатиб кўришга рухсат бердилар, чунки касалликнинг ўлим билан тугаши муқаррар эди. Бола омон қолди. Кейинчалик мана шундай ҳолларда беморларни ҳамиша Пастерга юборишадиган бўлишди ва иммунлаш уларнинг ҳаётини қутқариб қолаверди.

Пастер узоқ вақтларгача ўз ҳамкасбларининг танқидий хуружларига учраб келди, лекин унинг соғлиқни сақлаш ишига қўшган бебаҳо ҳиссаси, ахийри, тўла-тўқис эътироф этилди.

Бреслау университетидаги ботаника профессори Фердинанд Кон (1828 – 1898) бактериологияга оид тадқиқотларни ривожлантириб, тартибга солди ва микроорганизмларнинг асосий хусусиятларини аниқлаб берди, бу хусусдаги билимлар кейинчалик микробиологияга асос бўлиб қолди.

Умумий амалиёт билан шуғулланувчи немис қишлоқ врачлари Роберт Кох (1843 – 1910) касал мол қонини сичқонларга эмлаб, куйдирги устида текшириш олиб борди. У касалликни сичқонларнинг 20 дан ортиқ авлодларида пайдо қилишга муваффақ бўлди. У конкрет касалликни конкрет бир микроорганизм юктиришини ишонарли қилиб исботлаб, бактериологик методларни анча яхшилади, шунингдек куйдирги қўзғатувчисини кашф этди (1877). Кох кашфиётлари инфекцион касалликлар авж олишининг бактериологик назариясига асос бўлди. 1882 йилда Р. Кох «Кох таёқчаси» деб ном олган сил қўзғатувчисини биринчи марта ажратиб олди ва ўстириб кўрди. У Вабо бўйича герман комиссиясига ҳам бёшчилик қилди, бу комиссия 1883 йили Ҳиндистон ва Мисрда шу касалликни ўрганди; ўтказилган текширишлар натижасида Кох вабо вибрионини ажратиб олди. Ичак инфекцияларининг олдини олиш учун сувни филтрлаш наф беришини Кох тез орада намоёниш қилиб кўрсатди.

1.8 илова

КОХ-ХЕНЛИНИНГ КАСАЛЛИКЛАР САБАБИ - МИКРООРГАНИЗМЛАРДИР ДЕГАН ПОСТУЛАТЛАРИ

- Ҳар бир ҳолдаги касалликда микроорганизм (агент) борлиги уни соф культура кўринишида ажратиб олиш йўли билан исботлаб берилиши керак.
- Бошқа ҳар қандай касалликда бу агент топилмаслиги лозим.
- Ажратиб олинганидан кейин агент бир қанча культураларда ўсиши ва айни вақтда тажриба ҳайвонларида мазкур касалликни пайдо қилиш хусусиятини сақлаб қолиши керак.
- Ҳайвонларга юборилган агент кейинчалик ўша ҳайвонлардан яна ажратиб олинган бўлиши лозим.

Р. Кох ўз кашфиётларига асосланиб ва бошқа бир немис врачлари Якоб Хенле постулатларига таяниб, инфекцион касалликнинг микроорганизм (инфекцион агент) билан этиологик боғлиқлиги мезонларини таърифлаб берди.

Шотландиялик хирург Жозеф Листер юкүмсизлантиришга оид Луи Пастер ишлари ва И. Ф. Земмельвейс тадқиқотлари таъсири билан операция заллари ва асбобларни дезинфекция қилиш учун, буларга карбол кислота билан ишлов бериб, 1860 йилда антисептика тамойилларини қўлланди. Операция жароҳатларини тозалаш учун ҳам худди шу модда ишлатиб кўрилди, бу нарса хирурглар ишининг сезиларли

даражада яхшиланишига олиб келди. Шундай қилиб, касаллик микроблардан юқади, деган назария тиббиёт амалиётида муваффақият билан татбиқ этилди ва бактериологик революцияни бошлаб берди. Бу нарса оммавий инфекциялар устидан ғалаба қозониш ишига кейинчалик яратилган вакциналар ва антибиотиклар билан биргаликда ҳал қилувчи ҳисса қўшди ва ўлим сабабларининг асосий қисмини ноинфекцион касалликлар чекига ўтказиб қўйди.

Кох — Хенле постулатлари соф ҳолида жуда қатъий бўлиб чиқди, шунга кўра кўпгина касалликларнинг қўзғатувчиларини ажратиш олишга имкон бермас, лекин микроб назарияси ички мантиқининг қарор топиши ва аср охирларида мавжуд бўлган кўпгина муқобил этиологик назарияларни рад этиш учун жуда муҳим эди. Эванс томонидан қайта ишланган (1976) бу мезонлар кейинчалик ноинфекцион касалликлар ва уларнинг агентлари (масалан, холестерин) хусусида ҳам татбиқ этилди.

Инфекция тарқатувчилар

Инфекцион касалликлар эпидемиологияси соҳасидаги бир қанча муҳим кашфиётлар инфекцияни тарқатувчилар - ҳайвонлар ва ҳашаротларнинг ролини тушуниб етишга боғлиқ бўлди. Шу билан бир вақтда XIX асрдаги кўпгина илмий марказларда паразитар касалликлар — гельминтозлар, филяриатоз ва ветеринар паразитозлар, масалан, Техасда мол иситмаси ўрганила бошланди. Дэвид Брюс 1894 — 1895 йилларда Зулуланд (Жанубий Африка)да от ва бошқа молларнинг касаллинишига це-це пашшаси тарқатадиган трипаносома паразити сабаб бўлганини кўрсатиб берди, шу нарса касаллик юқишига йўл қўймаслик учун зарур чораларни кўришга олиб келди. Ўша вақтда қилинган кашфиётлар қаторида француз ҳарбий хирург Альфонсо Лаверно томонидан 1880 йили Жазоирда безгак тарқатувчиси (вектор)нинг кашф этилгани ҳам бор. XIX асрдаги кўпгина тадқиқотчилар безгак паразитини чивин тарқатади, деб гумон қилишар эди, 1897 йилда эса Р. Росс (1902 йилдаги Нобель мукофоти совриндори) ва Д. Менсон (Англия), шунингдек Б. Грасси (Италия) безгак қўзғатувчисини анофелес чивини тарқатишини исбот этдилар.

ГАВАНА ВА ПАНАМА: САРИҚ ИСИТМА ВА БЕЗГАК УСТИДАН ҒАЛАБА

Сариқ иситма – чамаси, Қора Африкадан Америкага олиб келинган ва жанубий штатларда эндемик бўлиб қолган касаллик бўлиб, мамлакатнинг шимолига ҳам тарқала бошлади. Унинг Филадельфиядаги 1798 йилги эпидемияси шаҳар аҳолисининг деярли 8 фоизини нобуд қилди. XVIII аср охири ва XIX аср бошларида Нью-Йоркда бўлиб ўтган сариқ иситма эпидемиялари вақтида неча ўн минглаб кишилар ўлиб кетди.

Кариб денгизи ҳавзаси ва Марказий Америка мамлакатлари сариқ иситма ва безгак эпидемияларининг доимий ўчоғи эди. Ҳиндистондаги британия қўшинининг врачлари Р. Росс безгакнинг чивинлар (*Anopheles aegypti*) чақиши орқали тарқалишини исбот этди. Бунинг учун у 1902 йилда Нобель мукофотига билан мукофотланди. Америка қўшини томонидан Кубага юборилган Безгак комиссиясига ҳарбий врач У. Рид бошчилик қилди. Кубалик врачлар К. Финлей ва Ж. Лазар билан биргаликда у сариқ иситманинг 1901 йилда Кубага тарқалиш муаммосини текшириб кўрди. У кўнгиллиларда тажрибалар ўтказиб, касалликнинг чивин (*Stegomyia fasciata*) чақиши орқали тарқалишини исботлади. Комиссия «чивин сариқ иситма тарқатувчисидир», деган хулосага келди.

Америка қўшини врачлари У. Горгас сариқ иситма касаллигини йўқ қилиш кампаниясини ташкил этиш учун шу касалликнинг тарқатувчиси тўғрисидаги ахборотдан фойдаланди. У Гаванада сариқ иситма юқиш ҳоллари устидан назоратни таъминлашга, касал бўлиб қолган кишиларни ажратиб қўйиб, чивин чақишидан сақлашга ва чивин кўпаядиган жойларда махсус бригадалар ёрдамида дезинсекция ўтказишга даъват қилди. Шу ишлар натижасида Гавана 8 ой мобайнида касаллик тарқатувчилардан тозаланди. Бу нарса чивинлар тарқатадиган бошқа касалликлар, асосан безгак ва унинг тарқатувчиси *Anopheles*-га қарши кураш дастурлари учун асос бўлиб қолди. Горгас 1904 – 1906 йилларда шу чивин популяциясини назорат остига олиш ва шу тариқа сариқ иситма ҳамда безгакнинг тарқалишига йўл қўймасликка муваффақ бўлдики, шу нарса америкалиларга Панама каналини куришга киришиш учун имкон берди.

1884 йили А. Йерсен ва С. Китагато чума кўзгатувчисини топдилар, француз эпидемиологи П. Л. Симмон эса, чума каламушлар касаллиги эканлигини, каламуш бургалари орқали одамларга ўтишини кўрсатиб берди.

Сариқ иситма устидан қозонилган ғалаба касалликлар микроб юқишидан бўлади, деган назариянинг миазмлар тўғрисидаги назария устидан тантана қилганидан дарак берар эди. Кубалик врач К. Финлейнинг сариқ иситма тарқалиши муаммоси юзасидан чиқарган хулосалари У. Риднинг 1901 йилдаги тажрибалари билан тасдиқланди. Финлей билан Риднинг тадқиқотлари касалликнинг бемордан соғлом одамга ўтиши

натижасида бошланмай, балки чивинлар чақиши натижасида бошланишини, чивинлар орқали юқишини исботлади. Безгак дунёнинг кўпгина қисмларида назорат остига олинди-ю, лекин бу касалликни охиригача енгиш ҳозирча мумкин бўлмай турибди. 1961 йилдан бошлаб у кўпгина тропик мамлакатларда вақт-вақти билан пайдо бўлиб қолмоқда.

Микробиология, иммунология ва инфекцион касалликлар устидан назорат

Луи Пастер аттенуинланган, яъни патоген микроорганизмни бир қанча ташувчи-ҳайвонлар орқали «ўтказиш» ва ҳар сафар уни тобора заифлашган ҳолда ажратиб олиш йўли билан кучи қирқиб қўйилган вакциналар тайёрлаш юзасидан талайгина тажрибалар ўтказди. 1881 йили у товуқларга заифлаштирилган товуқ вабоси вирусини эмлаб, кейин уларга янги вирулент вирус юқтирди ва паррандаларнинг ҳаммаси соғ қолганини кўрди: уларда иммунитет пайдо бўлган эди. 1884 – 1885 йилларда у худди шу тариқа қутуришга қарши вакцинани эмлаб кўрди.

Имунология ривожланишига 1883 йили фагоцитоз ҳодисасини - оқ қон ҳужайраларининг ёт микроорганизмларни йўқ қилиб юборишини кашф этган рус олими Иван Ильич Мечников гоят катта ҳисса қўшди. И. И. Мечниковнинг яллиғланиш жараёнлари, гуморал иммунитет билан ҳужайра имунитети тўғрисидаги асарлари унинг шуҳратини бутун дунёга ёйди ва 1908 йили унга Нобель мукофотини келтирди. Қон зардобининг бактерицид хоссаларини бошқа бир қанча тадқиқотчилар ҳам текширишди. Ўша пайтларда Германияда Э. А. Беринг ва Японияда С. Китазато қоқшол ва дифтерияга қарши имунлаш мумкинлигини аниқладилар (ҳайвонлар устидаги тажрибалар), кўп ўтмай одамлар учун заифлаштирилган дифтерия вакцинасини ҳамда касаллик юққанидан кейин пассив имунлаш учун антитоксинини ишлаб чиқдилар.

XIX аср охирида инфекцияцион касалликларнинг қўзғатувчилари бўлмиш кўпгина микроорганизмлар бирин-кетин кашф этилди.

Касалликларга сабаб бўладиган янги микроорганизмларни ажратиб олиб, аниқлаш ишлари XIX аср охирига қадар тез суръатлар билан давом этиб борди (1. 2 жадвалга қаралсин).

Шу тадқиқотлар натижасида XIX асрнинг охириги чорагида одам организмига заифлаштирилган касаллик қўзғатувчиси вакцинасини юбориш унда мазкур микроорганизмга қарши антителолар ишланиб чиқиши туфайли пассив иммунитет пайдо қилиши узил-кесил аниқланди. Пассив имунлаш касаллик юқиб қолган одамга заифлаштирилган микроорганизм билан олдиндан эмлаб қўйилган ҳайвон қонини юбориш йўли билан ўтказилиши мумкин. Таркибида антителалар бўлган қон

зардоби касаллик қўзғатувчисининг токсинларига яхшироқ қаршилиқ кўрсатишга имкон беради. Луи Пастер вакциналари қаторига кўп ўтмай чума билан вабога қарши Хавкин вакциналари, тифга қарши Р. Пфейфер ва К. Райт, силга қарши А. Калметт ва А. Гуэрин ҳамда сариқ иситмага қарши А. Тейлер ва Т. Смит вакциналари пайдо бўлди.

Бактериология ва иммунология соҳасида ўтган йилларда қилинган кашфиётларни соғлиқни сақлаш амалиётида кенг татбиқ этиш XX аср бошларида давом этди. Женнер томонидан 1796 йилдаёқ кашф этилган вакцинадан фойдаланиш туфайли чечак касаллиги 1997 йилда бутун ер юзиде узил-кесил йўқ қилинди. Дизентерия қўзғатувчисини 1884 йилда Э. Клебс ва Ф. Лёффлер (Кох шогирди) текширган эдилар, 1912 йилда пайдо бўлган вакцина эса, жаҳоннинг кўпгина мамлакатларида бу касалликни аста-секин назорат остига олишга имкон берди. Авваллари неча-неча минглаб гўдакларнинг умрига завола бўлган болалар инфекциялари аста-секин иммунологик назорат остига олинди.

Э. Женнер, Р. Кох, Луи Пастер, буларнинг шогирд ва издошларининг ишлари авваллари ниҳоятда хатарли деб ҳисобланган талайгина касалликларни даф қила олган XX аср иммунологиясига асос бўлди. Ана шундай касалликларнинг бири полиомиелит эди.

1.2 жадвал

Патоген микроорганизмларнинг кашф этилиши (1880 – 1898)

| Йил | Қўзғатувчи | Кашф этган тадқиқотчи |
|------|--|---|
| 1880 | тиф лепра (мохов) безгак | Эберт Хэнсон Лаверан |
| 1882 | сил | Кох |
| 1883 | вабо | Кох |
| 1884 | стрептококк дифтерия тиф стафилококк стрептококк қоқшол | Фехлейзен Клебс, Лёффлер Гаффки Розенбах Розенбах Никольер |
| 1885 | колибациллез | Эшерих |
| 1886 | пневмококк | Френкель |
| 1887 | мальта иситмаси юмшоқ шанкр | Брюс Дакри |
| 1892 | газли гангрена | Уэлч, Натгаль |
| 1894 | чума ботулизм | Ерсин, Китасако Ван Эрмангем |
| 1898 | дизентерия | Шига |

Манба: Rosen G. A. History of Public Health. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993. P. 290.

Вакциналар ишлаб чиқаришнинг ривожланиши

| Даври | Заифлаштирилган тирик вакцина | Ўлдирилган вакцина | Тозаланган оқсил ёки полисахаридлар |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| XVIII аср | чечак (1796) | - | - |
| XIX аср | кутуриш (1885) | чўчқалар вабоси (1886) | дифтерия |
| XX аср | сил (1927) | тиф (1896) | антитоксини (1888) |
| биринчи ярми | сарик иситма (1935) | вабо (1896) | дифтерия (1923) |
| | | чума (1897) | қоқшол (1927) |
| | | кўкйўтал (1926) | |
| | | грипп (1936) | |
| | | риккетсия (1936) | |
| Иккинчи Жаҳон урушидан кейин | Сэбин полиомиелити (1960) | Солк полиомиелити (1954) | пневмококк (1976) |
| | қизамиқ (1967) | кутуриш (янгиси) | Менингококк (1962) |
| | тепки (1967) | | НІВ (В грипп) (1972) |
| | қизилча (1970) | | гепатит В (1981) |
| | аденовирус | | |

Манба: Plotkin S. A., Mortimer E. A. *Vaccines, Second Edition. Philadelphia: WB Saunders, 1994.*

Полиомиелит

Иккинчи Жаҳон урушига қадар полиомиелит эндемик касаллик бўлиб ҳисобланар ва болаларнинг кўп ўлиши, ногирон бўлиб қолишига олиб келар эди, шу муносабат билан у болалар фалажи деб аталадиган бўлди. Бу дарднинг энг машҳур қурбони, афтидан, АҚШ президенти Франклин Делано Рузвельт бўлди, у ёшлигида полиомиелит билан оғриб, бутун умрга ногирон бўлиб қолган эди. 40 – 50- йилларда неча минглаб америкалик болалар ва ёшлар полиомиелит билан касалланди, натижада америкаликларда кишини майиб-мажруҳ қилиб қўядиган шу касалликдан ваҳимали кўркув пайдо бўлди. 1952 йили Америкада 52 минг полиомиелит ҳодисаси рўйхатга олинди. Натижада полиомиелитга қарши вакцинани қидириб топишга доир тақиқотларни қўллаб-қувватлаш учун ҳайр-эҳсонлар йиғиш билан шуғулланадиган Полиомиелитли касаллар уюшмаси тузилди.

ЭНДЕРС, СОЛК, СЭБИН ВА ПОЛИОМИЕЛИТ УСТИДАН ҒАЛАБА

Полиомиелит устидан қозонилган ғалабага биринчи ҳиссани Жон Эндерс ва ҳамкасблари қўшишди, булар 50- йилларнинг бошларида полиомиелит вирусини лаборатория шаритларида ўстиришга муваффақ бўлишди ва шунинг учун Нобель мукофотини олишди (1954).

Йонас Солк (1914 – 1995) Питтсбург университетидеда кўнгиллилардан иборат каттагина ташкилотнинг молиявий иштироки билан инактив ҳолга келтирилган (ўлдирилган) биринчи вакцинани олди, бу вакцина турли мамлакатлардаги клиникаларда 1,8 млн. нафар болалар орасида муваффақият билан синаб кўрилганидан кейин 1954 йилда оммавий амалиётга жорий этилди. Вакцинани эмлаш Шимолий Америка ва Оврупода полиомиелит тарқалишини бир неча йил ичида камайтирди.

Цинциннати университетидан чиққан Альберт Сэбин (1906 – 1994) 1961 йили ичиш учун заифлаштирилган вакцина (OPV) ни ишлаб чиқди. Ишлатиш усули осон ва арзон бўлгани учун OPV жаҳоннинг деярли барча мамлакатлари соғлиқни сақлаш системасида тез орада жорий этилди. Э. Сэбин ташаббуси билан бир қанча мамлакатларда Полиомиелитга қарши миллий иммунлаш куни ўтказиладиган бўлиб қолди, шунинг натижасида Лотин Америкаси, Хитой, Ҳиндистон ва бошқа кўпгина мамлакатларда бу касаллик билан оғриш ҳоллари кескин камайди.

1987 йили Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) 2000 йилга келиб полиомиелитни Ер юзидан бутунлай йўқ қилиш дастурини эълон қилди. 1990 йилга келганда иккала Америка қитъаси бу касалликдан энди бутунлай халос бўлган эди, яқин йиллар ичида уни бутун жаҳонда батамом йўқ қилиш аниқ-равшан бўлиб турибди.

Инактивланган ҳолга келтирилган вакцина билан заифлаштирилган вакцинани бирга ишлатиш яхши натижаларга эришишга имкон беради, 1970- йилларнинг охирлари ва 1980- йилларда эндемик минтақалардаги полиомиелитни эрадикациялаш дастурларида бу усулдан муваффақият билан фойдаланилди. АҚШ да қўлланилаган Сэбиннинг заифлаштирилган вакцинаси камдан-кам ҳолларда паралитик полиомиелит бошланишига сабаб бўлар эди. Ана шундай ҳолларнинг олдини олиш учун 1997 йилдан бошлаб АҚШ да аралаш вакцина ишлатилади.

Иммунологиянинг назарияси ва амалиёти соҳасидаги тараққиёт Иккинчи жаҳон уруши давридан бошлаб дифтерия, кўкйўтал, қоқшол, полиомиелит, қизамиқ, тепки, қизилча сингари касалликларни, кейинги вақтда эса, гепатит В ва инфлюэнцани ҳам назорат остига олишга, бир қанча мамлакатларда эса, тугатишга имкон берди. Соғлиқни сақлаш ривожининг шу йўналиши жуда кўп умидли истиқболларга эга ва келгуси минг йилликда ҳам муҳим бўлиб қолаверади.

Инфекцион касалликларга даво қилишда эришилган ютуқлар

Инфекцион касалликларга даво қилишда янги воситаларнинг кашф этилиши ўлим ҳолларини камайтиришда тобора муҳимроқ ролни ўйнай бошлади. XX асрнинг биринчи ярмида профилактика воситалари — вакциналар ва зардобларни ишлаб чиқиш билан бир қаторда фармакология ва биотехнология соҳаларида жадаллик билан қидирув ишлари олиб борилди. 1908 йили Пауль Эрлих захмни даволаш учун микробларга қарши яхши кор қиладиган модда (Salvarsan) ни топди. 30- йилларда ҳар хил инфекцияларга даво қилиш учун бир мунча кенг доирада таъсир кўрсатадиган сульфопрепаратлар ишлаб чиқилди. Ва, ниҳоят, 40- йилларда Александр Флеминг томонидан пенициллин ҳамда Зельман Ваксман томонидан стрептомицин кашф этилиши натижасида тиббиёт аслаҳонасида инфекцион касалликларга даво қилиш учун янги препаратлар силсиласи пайдо бўлди. Микробиология билан фармакологиянинг қўлга киритган ютуқлари XX асрнинг иккинчи ярмида инфекцион касалликларнинг чекинишига ва ўлим ҳоллари структурасининг ноинфекцион касалликлар томонига қараб ўзгаришига анча ёрдам берди.

Она ва бола саломатлиги

Бактериология билан иммунологиянинг тараққиёти инфекцион касалликларнинг олдини олиш имкониятларини кенгайтириб боргани сайин аёллар ва болалар касалликларининг олдини олиш жамият соғлиғини муҳофаза қилишнинг мустақил соҳасига айланиб бораверди. XIX асрнинг ўрталаридан бошлаб аёллар ва болаларнинг оғир шароитларда меҳнат қилиши ижтимоий ислохотлар доирасида таъқиқлаб қўйилди; ўша вақтларда қашшоқлик ва ёмон овқатланишнинг оналар саломатлигига таъсиридан ҳавотирланиш ҳам кучайди.

Соғлиқни сақлаш ва тиббий ёрдамнинг она ва бола саломатлигига дахлдор қисмларининг кучайиб бориши бир-бирига боғлиқ бўлиб, миллат саломатлигини қўп жиҳатдан белгилаб берадиган икки йўналишнинг шаклланиб боришига олиб келди. Соғлиқни сақлаш профилактик қисмининг алоҳида ажралиб туриши биринчи марта, аслида, XIX асрда Францияда қашшоқлар учун сут пунктлари очилишидан бошланди. Француз қишлоқларидан бирида боласи 1 яшаргача яшаб борган оналарга рағбатлантириш нафақасини беришга қарор қилинди. Шунинг натижасида гўдаклар ўлими тирик туғилган ҳар минг нафар бола ҳисобидан олганда 300 тадан бир неча йил ичида 200 тагача камайди. Вақт-соати билан бу ташаббус болалар муҳофазасига доир ва гўдакни эмизиб боқиш ҳамда болалар овқатига сут қўшиб беришни тарғиб қилган комплекс дастурга айландики, бу нарса болалар ўлимини анча камайтирди.

Болалар саломатлигини муҳофаза қилиш концепцияси Оврўпонинг бошқа мамлакатлари ва Америка Қўшма Штатларига тарқалди, бу мамлакатларда педиатрия болани эмизиб боқишни ўзига асосий ғоя қилиб олган алоҳида фан бўлиб ажралиб чиқди. 1889 йили Генри Коплик ва 1893 й. Натан Штраус болаларда учрайдиган ич кетар касаллигига қарши Нью-Йоркдаги камбағаллар районларида ҳомиладор аёллар ва болаларни соғлом сут билан таъминлайдиган пунктларни очишди. Камбағал иммигрантлар яшовчи районларга хизмат кўрсатувчи Генри Стрит миссияси участка тиббий ҳамширалари ва тиббий кузатув олиб борадиган ва ҳомиладор аёллар, чақалоқлар ҳамда муҳтож болаларга сут тарқатадиган пунктлар ишига таянадиган бўлди.

Лилян Уолт деган тиббий ҳамшира бу моделни ўз ташаббуси билан ривожлантириб «участка тиббий ҳамшираси» деган янги тушунчани жорий этди. Мана шу модел негизида соғлом гўдаклар ва аёллар устидан профилактик кузатув олиб борадиган, жумладан тиббий ҳамширалар фаол равишда хонадонларга ҳам бориб турадиган америкача система ташкил топди. Бу система ҳаммага баробар ва бепул эди, лекин одамлар касал бўлиб қолганларида тиббий ёрдам олиш учун хусусий врачларга мурожаат қилишар эди. Жамоа аъзоларига бевосита тиббий хизмат кўрсатишнинг маҳалий ҳокимият томонидан ташкил қилинадиган (қўнгилли профессионал уюшмаларни жалб қилган ҳолда) ва даволаш ҳамда профилактик функциялар ажратиб қўйиладиган модели шу пайтгача кўпгина мамлакатларда тиббий хизмат кўрсатиш асоси бўлиб қолмоқда.

Қуддусдаги «Шаарей Цедек» касалхонасида 1902 йилдан бошлаб сигирлар боқиладиган бўлди, шунга кўра ҳомиладор аёллар ва чақалоқлар соғлом сут олиб туришлари мумкин эди. Ночор ҳомиладор аёллар ва буларнинг болаларига америкача нусхадаги сут пунктлари (иврит тилида «типат халав» - сут томчиси) ни ташкил этиш учун 1911 йилда Нью Йоркдан Қуддусга иккита тиббий ҳамшира келди. Бу пунктлар (ҳозир булар Оила саломатлиги марказлари деб аталади) профилактик пре- ва постнатал ёрдамнинг ҳаммага баробар асосий шакли бўлиб қолди, булар фуқароларни ихтиёрий равишда тиббий суғурталаш тамойили бўйича тузилган касалхона кассалари билан биргаликда бирламчи тиббий ёрдамнинг асоси бўлиб хизмат қилди. Даволаш-профилактика функцияларининг Исроил соғлиқни сақлаш системасида ажратиб қўйилгани ҳозиргача сақланиб қолган ва ҳукуматнинг барча фуқароларни, уларнинг моддий аҳволи ва касалхона кассаларига аъзо-аъзомаслигидан қатъий назар, асосий профилактик хизматлар комплекси билан таъминлаш йўлидаги ҳаракатини акс эттиради (13 бобга қаралсин).

Собиқ СССР республикаларида 1918 йили соғлиқни сақлашнинг давлат системаси таъсис этилганидан кейин оналик ва болаликни муҳофаза қилиш

эпидемиологик назорат ҳамда инфекциялар профилактикаси билан бир қаторда марказий вазифалардан бири бўлиб қолди. Аёллар ва болаларга барча тиббий хизматлар аёллар консултациялари, туғруқхоналар ва болалар поликлиникалар системаси орқали бепул кўрсатилар эди. Туғруқдан олдин ва кейин ёрдам кўрсатиш системаси ҳомиладор аёлларни эҳтиётдан албатта кузатиб бориш, профилактик эмлаш ишларини ўтказиш ва тиббий ходимларнинг хонадонларга бориб туришини ўз ичига олар эди. Ана шундай система туфайли СССРнинг барча республикаларида гўдакларнинг ўлими тез камая бошлади (17 бобга қаралсин).

Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш замонавий соғлиқни сақлаш концепциясининг муҳим қисмларидан биридир. Туғилиш, ҳомиладорлик ва туғруқни тартибга солиш жараёнлари билан, шунингдек гўдак ҳаётининг дастлабки даври билан боғлиқ хавф-хатар даражасини камайтиришда «хавф-хатар гуруҳлари ва омиллари» тамойилига амал қилинади, яъни жуда нозик ижтимоий гуруҳларга кўп эътибор берилади.

Овқатланиш ва соғлиқни сақлаш

XVIII-XIX асрларда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш хизматини ривожлантириш билан бир қаторда аҳолининг овқатланишига катта эътибор берилди, чунки кўпгина касалликларнинг у ёки бу озиқ моддалар етишмаслигига бевосита боғлиқлиги аён бўлиб қолган эди. Япония ҳарбий-денгиз кучларининг бош врачлари Канехиро Такаки, худди британия флотидаги Д.Линд сингари, денгизчилар овқатини (асосан гуручдан иборат овқатини) гўшт ва сабзавотлар билан бойитиш ҳисобига 1882 йилда денгизчилар орасида бери-бери билан касалланиш ҳолларининг кескин камайишига эришди. Ост-Индияда хизмат қиладиган даниялик ҳарбий врач Христиан Эйкман 1900 йилда қамоқхоналардаги маҳбуслар оқланган гуруч билан овқатлантирилганида бери-бери касаллиги билан кўпроқ, ўша гуруч оқламасдан ишлатилганида эса, камроқ огришини пайқайди. Сўнгра у тажриба ҳайвонларини оқланган гуруч билан боқиб, шу ҳайвонларда бери-бери касаллигини юзага келтирди ва, шундай қилиб бери-бери касаллигининг сабаби шоли пўстида бўладиган озиқ моддаларнинг етишмаслиги эканлигини аниқлади. Шу тариқа овқатга алоқадор яна битта эпидемиологик фараз олдинга сурилди ва тажриба йўли билан тасдиқланди.

1960 йилда АҚШда биринчи марта Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дориларнинг тозалиги тўғрисидаги қонун қабул қилинди, Эптон Синклернинг ўша замонда оммавий бўлган «Чангалзор» романи бунга кўп жиҳатдан туртки бўлди. Ушбу қонунда аввалига штатлар ўртасидаги, кейинчалик эса бутун мамлакатдаги бўладиган савдо-сотик ишларида маҳсулотлар сифатини назорат қилиш ва уларни тамғалаш муолажалари

белгилаб қўйилди. Стандартларни ишлаб чиқиш ва сифатларни текшириш учун озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори воситалари масалалари бўйича Бошқарма тузилди ва унинг иш томойлари билан методлари Америкадан ташқари ҳам тадбиқ этила бошлади.

XX аср бошларида АҚШ департаменти камбағал аграр ҳудудлардаги аҳолига бекаму-кўст овқат бериш системасини ишлаб чиқди. Маориф ишларини олиб бориш ва оқартирув-маориф ишларини олиб бориш ва тақсимотда жамият каналларини яратиш овқатланиш аҳволини яхшилашга ёрдам берди.

1911 йилда витамин D нинг табиати кашф этилди, шундан бир йил кейин эса К.Фанк «витамин» атамасини ҳам ишлатди. АҚШ Соғлиқни сақлаш бошқармасидаги Жозеф Голтбергер подагра касаллигининг овқатга боғлиқлигини аниқлади, 1928 йилда эса подагра пайдо бўлишига йўл қўймайдиган модда ачитқилардан ажратиб олинди. 1916 йилда америкалик тадқиқотчилар ёгда эрийдиган витамин А билан сувда эрийдиган витамин В ни синтез қилдилар, витамин В, кейинги текширишлар кўрсатиб берганидек, бир нечта моддаларнинг аралашмаси бўлиб чиқди. 1922 йилда Р. Мак-Колум трескасимон балиқлар жигаридан витамин D ни ажратиб олди ва балиқ мойи кўпгина мамлакатлардаги болалар овқатида узоқ вақт ўрин олди. 1932 йилда лимон сувидан витамин С олинди, 1931-1937 йилларида эса ичимлик сувни фтор билан бойитиш тишлар кариесига йўл қўймаслиги исбот қилинди.

Йод етишмаслигидан бўладиган ҳолатларга йўл қўймаслик учун тузни йодлаш — бир вақтнинг ўзида асримиздаги соғлиқ сақлаш ишининг ҳам муваффақияти, ҳам муваффақиятсизлигидир. Муваффақияти шу имконият борлигининг топилгани ва йодлашнинг самарали технологияси ишлаб чиқилгани, шунингдек бу амалиётнинг турли мамлакатларда анча кенг расм бўлганидан иборат. Муваффақиятсизлиги эса шундан иборатки, бу амал содда, тежамли ва тиббий нуқтаи назардан тўла-тўқис мақсадга мувофиқ келишига қарамасдан, унга умумий тус берилмай қолди. Йод етишмаслигидан бўладиган ҳолатларга йўл қўймаслик ва тузни йодлаш — ҳозирги кунда ҳам соғлиқни сақлашга оид халқаро ташкилотларнинг вазибаларидан бири бўлиб қолмоқда.

Овқатнинг сифати ва хилларига доир масалалар бутун жаҳон соғлиқни сақлаш тизимининг кун тартибида энг муҳим масалалардан бўлиб турибди. Аҳолининг даромади кам бўлган, ривожланиб келаётган мамлакатлардаги муаммо овқатнинг умумий калорияларини ошириш, уни оқсиллар билан бойитиш ва айниқса аёллар билан болаларни бекаму-кўст овқат билан таъминлашдан иборат. Ривожланган мамлакатларда, аксинча, саломатликни мустаҳкамлаш учун овқат калорияларини камайтириш, энергия сарфларига қараб овқатни мослаш, шунингдек ҳайвон ёғлари бошқа холестерин манбаларини камайтириш лозим.

Ж. ГОЛДБЕРГЕР ВА ПЕЛЛАГРА

«Пушти дард» (*mal de la rosa*) деб аталган касаллик биринчи марта Испанияда тасвирлаб берилди (Казаль, 1935). 1771 йилда Шимолий Италияда Фрапполи шу касалликнинг ўзини «*pelle agra*» («гадир-будир тери») деб тасвирлади, шу билан бирга бу касаллик асосан жўҳори уни билан тирикчилик қиладиган деҳқонлар орасида кўпроқ учрар эди.

1818 йилда Хамо Франция жанубидаги фермерлар орасида кенг тарқалган «янги касаллик» ни тасвирлаб берди. Кейинчалик Руссель эндемик пеллаграни маккажўҳори маҳсулотларини жуда кўп истеъмол қилишга, лекин асосан қашшоқликка боғлиқ касаллик деб тасвирлади. Қишлоқ хўжалик департаменти деҳқонлар даромадларини ошириб, шу билан уларнинг овқатини картошка ҳамда буғдой билан бойитган ислохотлар ўтказганидан кейин пеллагра камайишга бошлади ва XX аср бошларига келиб деярли учрамайдиган бўлиб қолди. Италияда деҳқонлар овқатида жўҳори улушини камайтиришга оид шу хилдаги чоралар ҳам пеллагранинг йўқолиб кетишига олиб келди.

Пеллагранинг маккажўҳори истеъмол қилишга рўй-рост боғлиқлигини аввал ё хом жўҳори таркибида бўладиган ёки овқат ҳазми натижасида ичакда юзага келадиган моддага йўйишди. Чунончи, Италиянинг шимолидаги каттакон психиатрия клиникасининг директори д-р Ч. Ломброзо касаллар орасида пеллагра билан оғриганлар жуда кўплигини маълум қилди ва бу ҳодисанинг жўҳори токсинига боғлиқ деб ўйлади.

XX аср бошларига келиб, пеллагранинг «жўҳори назарияси» у қадар оммавий бўлмай қолди ва инфекция агентни излашга киришилди. Тропик касалликлар соҳасидаги британиялик тадқиқотчи Л. Самбоннинг тахминларидан бирига кўра, пеллаграни *Similium* чивинлари тарқатармиш; шу тахмин АҚШда, Италиядагидан фарқ қилиб, узоқ вақт асосий фараз бўлиб келди.

АҚШда 10 – 20- йилларда эндемик пеллагра ҳодисалари жанубдаги бир қанча қашшоқ штатларда, кўпроқ эса, фермерлар ва психиатрия касалхоналаридаги беморларда қайд қилинди. Пеллагра XX аср бошларида соғлиқни сақлашнинг асосий муаммоси бўлиб қолди ва америкали кўпгина медиклар унинг устида бош қотиришди.

Соғлиқни сақлаш миллий хизмати топширигига кўра Жозеф Голдбергер 1913-1914 йилларда пеллагра этиологиясига доир тадқиқотларга бошчилик қилди. Бунга қадар у тиф, сариқ иситма, Денге касаллиги устида муваффақият билан текширув олиб борган эди. Голдбергер ишни йиллар давомида пеллаграндан қутулолмай келаётган бир қанча шифохоналар ва етимхоналарни бориб кўришдан бошлади ва бу жойларда ишлаётган ходимларни пеллагра билан оғримай юрганини дарров пайқади. Шу нарса инфекция хусусидаги версияни анча чиппака чиқариб, тадқиқотчида гап беморлар ва ходимларнинг овқат рационидagi тафовутда, деган фикрни мустаҳкамлади. Клиникаларнинг бирида у касалларнинг овқатига сут билан тухум қўшиб бериш тўғрисида келишиб, тажриба ўтказди, шунда пеллагра бу клиникада тез орада камай бошлади. Голдбергер овқат рационини витаминлар ва бошқа моддалар билан бойитиш ҳисобига бу касалликни бемалол бартараф этса бўлади, деб хулоса чиқарди. Шундай бўлса-да пеллагра инфекцияга алоқадор деган назария америка тиббиётида 20-йилларгача ҳукм суриб келди.

90 - йилларнинг ўрталарида тўғри овқатланиш масаласи овқат рационининг у ёки бу норасолигидан пайдо бўлувчи касалликларга қарши курашишни тарғиб қиладиган Янги жамоат соғлиғини сақлаш ишининг энг муҳим вазифаларидан бири бўлиб қолди (8 бобга қаралсин).

Ҳарбий тиббиёт

Ҳарбий можаролар одамзот тарихининг ажралмас қисми бўлганидан, барча замон ва халқларнинг қўшинлари ўз жонли кучларининг жанговарлигини сақлаб бориш, жумладан ярадорларни парвариш қилиш зарурияти олдида туриб қолди. Ҳарбий лагерни жойлаштиришга доир қоидалар ва санитария нормалари Қадимги аҳдда ҳам белгилаб берилган; рим қўшини ҳам ҳарбий лагерларнинг қоидаларга қаттиқ риоя қилинган ҳолда сақланиши, аскарларнинг овқатланиши, дам олиши ва уларга тиббий ёрдам кўрсатиш ишларининг аниқ ташкил этилгани билан ажралиб турар эди. Овқат ёмонлиги ва касалликлар туфайли аскарлар заифлашиб қолгани учун кўп кишилиқ ва яхши қуролланган қўшинлар ҳам мағлуб бўлган мисоллар тарихда кўп. Уларнинг ҳаммаси тиббий билимларнинг алоҳида соҳаси бўлмиш ҳарбий тиббиёт ва гигиенани ривожлантириш зарурлигини кўрсатар эди.

Ўқ отар қурол кашф этилиши билан ҳарбий тиббиёт тобора кўпроқ хусусиятларни ўзига касб этиб борди ва XIX аср ўрталарига келиб, ҳарбий тиббиёт доирасида янги фан - ҳарбий-дала хирургияси вужудга келдики, у ҳар қанча қайғули бўлмасин, XX асрда ҳам ривожланиб борди. Россияда ҳарбий-дала хирургиясининг асосчиси Н. И. Пирогов бўлди. Урушни «травма эпидемияси» деб билган Н. И. Пирогов «уруш майдонида ярадор ва беморларга ёрдам кўрсатиш ишида тиббиёт эмас, балки маъмурият асосий ролни ўйнайди», деб ишонган эди. У 1854 – 1856 йиллардаги Крим уруши даврида, ярадорлар боғлов пунктига юзлаб ярадорлар келиб турадиган пайтда Севастополда ярадорларни жароҳатига қараб саралаш ишларини биринчи марта асослаб берди ва амалга оширди. Уруш майдонида ярадорларга қарашга жаҳонда биринчи марта аёлларнинг жалб этилиши Н. И. Пирогов номи билан боғлиқ (Даша Севастопольская, Крестовоздвиженское жамоасининг ҳамширалари, жумладан, Е. М. Бакунина). Уруш даврида Н. И. Пирогов раҳбарлиги остида жами 160 нафар шафқат ҳамширалари ишлади, шулардан 17 нафари ўз бурчини адо эта туриб, ҳалок бўлди.

Ҳарбий денгиз дала тиббиётининг ривожланишига Флоренс Найтингейл – шу урушнинг ўзида фронтнинг бошқа томонида ишлаган шафқат ҳамшираси катта ҳисса қўшди.

Биринчи жаҳон уруши даврида француз қўшини ярадорларини жанг майдонидан олиб чиқишнинг уч босқичли пироговча системасини тадбиқ этди, ҳарбий ҳаракатлар даврида ва фалокатлар оқибатини бартараф этиш

даврида шу система ўша вақтлардан бери ҳамма ерларда қўлланилади. Ҳарбий ҳаракатлар қурбонларига ёрдам кўрсатиш тажрибаси тиббиёт, жумладан кўпинча табиий ёки техноген фалокатлар пайтида қўлланиш керак бўлган хирургия аслахонасини ҳам аста-секин ривожлантириб борди. Шу билан бир вақтда ҳарбий ёки ҳарбий денгиз тиббиёти доирасида қилинган кашфиётлар ва олиб борилган кузатувлар умуман аҳолини даволаш ишида неча марталаб кенг тадбиқ этилдики, денгизчиларда рўй берган цинга ва бери-бери ҳодисалари шундан дарак беради.

Денгиз сафарлари даврида денгизчиларнинг овқатланишига доир муаммолар ва цинга ҳусусида олиб борилган эпидемиологик тадқиқотлар кейинги асрда бери-бери касаллигини ўрганиш ва жамият саломатлиги учун овқатнинг аҳамиятини тушуниб етишига олиб келди.

Бисмарк Германиясида ишчиларни умумий тиббий суғурталаш системасининг жорий этилиши канцлернинг тайёрлаб борилаётган ҳарбий компаниялар учун соғлом рекрутларга эга бўлиш истагини кўп жиҳатдан акс эттирар эди. Биринчи жаҳон урушининг бошларида Америка кўшинига чақирув жараёнида чақирилувчиларнинг жуда кўп фоизи жанговар ҳаракатларда иштирок этишга яроқсизлиги аниқланган маҳалда ҳам, худди шунингдек, ҳукумат мамлакатда соғлиқни сақлаш тамо-йилларини қайта кўриб чиқишга мажбур бўлди. Хусусан, АҚШ баъзи штатлари ва минтақаларидан келган чақирилувчилар орасида қалқонси-мон без функциялари бузилганлигининг кўп топилиши эндемик буқоқ минтақаларида овқатга ишлатиладиган тузни оммавий равишда йодлашга олиб келди. Ўша вақтдаги америка кўшинининг эҳтиёжлари ярадорлада учрайдиган газли гангренага қарши зардоб қўллаш усулини ишлаб чиқиш-ни ҳам тезлаштирди.

Биринчи жаҳон уруши даврида грипп пандемиясидан 20 млн, яъни урушда қанча бўлса тахминан худди шунча киши ўлиб кетди, Россияда Биринчи жаҳон урушидан кейин ва фуқаролар уруши даврида бўлиб ўтган тиф эпидемияси эса қанчадан-қанча одамларнинг умрига заво-л бўлди ва шу билан бир вақтда бош-бошдоқлик ҳамда тартибсизликларни келтириб чиқарди.

Иккинчи жаҳон уруши даврида энди сульфопрепаратлар бор эди, тез орада антибиотиклар ва безгакка қарши препаратлар ҳам пайдо бўлиб, урушаётган мамлакатлар аскарлари ва фуқароларининг ҳаёти билан соғлиқни сақлаб қолишда жуда катта ролни ўйнади.

Ҳарбий-дала тиббиётининг ярадорларни парвариш қилиш, баданнинг куйган жойларини, синган суяклар, ва бошқа оғир шикастларни даволашга оид тажрибасидан фуқаролар тиббиёти билан фалокатлар тиббиётида доим фойдаланилди; шу билан бир вақтда талайгина дори-дармонлар ва вакциналар биринчи марта армия шароитларида синаб кўрилди.

XX аср урушлар даврида оммавий қиргин воситалари кўлами ва вайрон этувчи кучи жиҳатидан мисли кўрилмаган даражага етди — анъанавий қуроолар билан бир қаторда кимёвий қуроол, атом қуроли ҳам пайдо бўлди. Нацистлар Германияси бутун-бутун халқлар ва этник гуруҳларни, аввало яҳудийларни батамом йўқ қилиб ташлашни одамзод тарихида биринчи марта ўз олдига мақсад қилиб қўйди. Одамларни йўқ қилиш юзасидан маҳбуслар ҳамда ҳарбий асирлар устида тажрибалар ўтказадиган «нацистлар тиббиёт фани» ни ўз ичига олувчи «индустрия» барпо этилди. Урушдан кейин Холокост ташкилотчилари ва ижрочилари Нюрнбергда Халқаро трибунал олдида жавоб бериб қаттиқ жазо олишди.

Бироқ, инсониятга қарши ҳарбий жиноятлар (гарчи анча кичик миқ* XX миқёсларда бўлса ҳам) кейинчалик бир неча марта такрорланди, масалан собиқ Югославия ва Руандаги 90-йиллардаги фуқаролар уруши даврида тинч аҳолига қарши қилинган жиноятлар шулар жумласидандир. Мана шу ҳарбий можаролар натижасида неча ўн минглаб одамлар ўлдирилди ва жароҳатланди, минг-минг кишилар бошпанасиз қолиб қочоқларга айланди, бу ҳодисалар билан бирга эса, тарихда авваллари ҳам бўлганидек, очлик ва инфекция касалликлар эпидемиялари кўшилиб келди. Урушлар мусоҳабада бўлган мамлакатлар соғлиқни сақлаш системасига оғир юк бўлиб тушади, шунда у халқаро ёрдамга муҳтож бўлиб қолади.

Саломатлик муаммоси халқаро доирада

Соғлиқни сақлаш борасидаги халқаро ҳамкорлик муштарак мақсадларга: хавfli касалликларни бартараф этиш, биотиббий фанни ривожлантириш, тиббий таълим стандартларини юксалтириш ва бошқаларга қаратилгандир. Турли мамлакатлар аҳолиси саломатлигининг аҳволи тўғрисидаги халқаро ахборот манбалари соғлиқни сақлаш дастурлари ҳамда стратегияларини режалаштиришда қиёслаб кўриш ва баҳолаб кўриш учун хизмат қилади. Техника, кадрлар ва молия соҳасидаги ёрдам ҳукуматга қарашли ва ундан мустақил ташкилотлар, шунингдек халқаро жамғармалар орқали амалга оширилади.

XX аср охирига келиб, транспорт, оммавий алоқа воситаларининг ривожланиши ва иқтисодий ҳаётнинг глобаллашуви натижасида бутун дунё чегараларни билмайдиган ягона қишлоқ («global village») га айланди. Саломатлик жаҳон ҳамжамиятининг энг катта ташвишларидан биридир, зеро турли мамлакатларда одамлар саломатлигининг аҳволи билан умрининг узоқ-қисқалиги ўртасидаги катта тафовутлар ҳамон сақланиб келмоқда. Шу билан бирга касалликлар айрим минтақа ва мамлакатларнинг маҳаллий муаммолари бўлмай қолди — улар одамлар билан бирга

бир жойдан бошқасига кўчиб ўтаверади. Илмий ютуқлар ва ғоялар билан доимий равишда алмашилиб турилмайдиган бўлса, камроқ ривожланган мамлакатлар учун эса, бир мунча кўп ривожланган мамлакатлар уларга ёрдам бермайдиган бўлса, соғлиқни сақлаш соҳасида тараққиётга эришиб бўлмайди. Халқаро доирада ахборот билан алмашилиб туриш зарурлигини Луи Пастер ҳам тушунар эди, у ўз кашфиёти тўғрисидаги ҳисоботларни ҳамда вакциналарни турли мамлакатларга юборар, натижада улар ўша жойларда тез орада амалиётга жорий этилар эди. Пастер ғоялари Оврупо ва унинг ташқарисидagi кўпгина олимларни тез орада ажойиб кашфиётларга олиб келган талайгина янгидан-янги тадқиқотларга илҳомлантирди.

Соғлиқни сақлаш соҳасидagi уюшган халқаро ҳамкорликнинг биринчи мисоли Коҳирада (1851) вабо хусусида ўтказилган конференция бўлди; Биринчи жаҳон урушидан кейин Миллатлар Лигаси турли мамлакатларда соғлиқни сақлаш соҳасидagi саъий-ҳаракатларни мувофиқлаштиришга уриниб кўрди; ниҳоят, Иккинчи жаҳон урушидан кейин БМТ доирасида Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти – ЖССТ тузилди (1946). Халқлар ва ҳукуматларнинг саъий-ҳаракатларини бирлаштириш йўли билан глобал муаммоларни муваффақият билан ечишга чечакни йўқотиш тарихи мисол бўлиб хизмат қилиши мумкин. Полиомиелитни йўқотиш вазифаси ҳам ҳал бўлиш олдида турибди. Шу билан бир вақтда глобал СПИД эпидемияси ҳуружини тўхтатиб қолишга жаҳон ҳамжамияти ҳозирча муваффақ бўлгани йўқ; иссиқ мамлакатларнинг янги экзотик касалликлари, масалан, Эбол вируси «қуюшқондан чиқиб кетаман» деб таҳдид солиб турибди. Мазкур муаммоларни биронта ҳам мамлакат якка ўзи, ўз кучи билан бартараф этишга қодир эмас, булар ҳал этилмай қолган тақдирда эса, бутун ижтимоий-иқтисодий тараққиёт жараёни миллий миқёсда ҳам, глобал миқёсда ҳам хавф остида қолади.

Соғлиқни сақлаш турли мамлакатларда тараққиётнинг турли даражаларида турганига қарамай, уларни бирлаштирадиган муштарак бир манфаат борки, бу – олдини олса бўладиган касалликларни (асосан, инфекциян касалликларнинг тарқалишини) чеклаб қўйиш ва иқтисодий ҳамда ижтимоий тараққиётнинг гарови сифатида халқ саломатлигини яхшилашдир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тузилгани ва кўпгина мустамлака мамлакатлар мустақилликни қўлга киритганидан кейин халқаро соғлиқни сақлаш ташкилотлари ривожланиб келаётган мамлакатларда янги тиббиёт технологиясини жорий эта бошладилар. Ўз низомида саломатликни «у касалликдан форуҳликнинг ўзигина эмас балки жисмоний, маънавий ва ижтимоий жиҳатдан тўла-тўқис фаровонлик ҳолатидур», деб таърифлаб берган ЖССТ соғлиқни сақлаш соҳаси олдида янги мақсадларни қўйди. 1978 йилги Олмаота конференциясининг қарорлари қисқа муддат ичида кўпгина мамлакатларга ўз таъсирини ўтказди.

Эпидемиологик ёндашув

Инфекцион касалликлар ҳатто XX асрнинг ярмида иқтисодий жиҳатдан ривожланган мамлакатларда ҳам бир қанча сабабларга кўра устунлик қилар эди. Бироқ, Иккинчи жаҳон урушидан кейин касалланиш ва ўлим структурасида тубдан ўзгариш кўзга ташланиб қолди; сурункали касалликлар ва травматизм олдинги ўринларга чиқиб олди, инфекцияцион касалликлар эса иккинчи ўринга ўтиб қолди.

Овқат миқдори кўпайиб, сифати яхшилангани, эмлаш ва антибиотиклар билан даволаш туфайли кўпчилик хатарли инфекцияцион касалликлар бартараф этилгани натижасида болалар ва катта ёшли одамларнинг ўлими анча камайди. Шунинг оқибати ўлароқ одамларнинг умри сезиларли даражада узайиб қолди, лекин туғилиш бир мунча камайди, шу муносабат билан индустриал мамлакатларнинг аҳолиси аста-секин кексайишга бошлади. Асосий касалликлар юрак, қон-томир ва онкологик касалликлардан иборат бўлиб қолди, булар, маълумки, ёши ўтиб қолган кишилар учун характерлидир, уларнинг этиологиясида эса одамларнинг юриш-туриши ва турмуш тарзига алоқадор патоген қонунлар устун туради.

Инфекцион касалликларнинг аҳоли турли гуруҳларида қай тариқа тарқалиши қадимдан кузатиб келинади. Маълум касалликларнинг меҳнат шароитлари (масалан, қўрғошин ва рудаларни кавлаб олиш) га боғлиқлиги Қадимги Римдаёқ маълум эди. XVII асрнинг бошларида Б. Рамаццини касб касалликлари омилларини ўрганиш ишини тартибга солди, XVIII асрда эса П. Потт кам учрайдиган касаллик – ёрғоқ ракиннинг пайдо бўлиш эҳтимоли баданига доим қурум тегиб юрадиган лондонлик мўри тозаловчиларда бошқа ишчилардагидан кўра кўпроқ бўлишини ўзининг классик эпидемиологик тадқиқотида кўрсатиб берди. Касалликлар этиологиясида овқатланиш ролини ўрганиш ҳам худди шу тариқа узоқ тарихга – Линднинг британияли матрослар орасидаги цинга тўғрисидаги ишларидан тортиб (1747) то Голдбергернинг АҚШ жанубида пеллагра устида олиб борган текширишларигача (1917) бўлган тарихга эга.

Эпидемиологияда 50-йилларнинг бошларида британиялик тадқиқотчилар сэр Ричард Долл, Брэдфорд Хилл ва Жеймс Пито чинакам бурилиш ясадилар. Улар ўпка ракидан ўлиш ҳолларидан ашаддий кашандаларда чекмайдиган одамларга қараганда ўн баробар кўп бўлишини аниқладилар. Чекиш билан ўпка раки ўртасида боғланиш борлиги шу тариқа биринчи марта исбот этиб берилди.

Овқатланиш билан юрак-томир касалликлари, жумладан гипертония сингари касалликлар ўртасида боғланиш борлигини кўрсатиб берган эпидемиологик тадқиқотлар жамият соғлиқни сақлаш арбобларига ғарбий

мамлакатлар аҳолисининг ижтимоий онгида соғлом турмуш тарзини асослаш учун муҳим ахборот материални берди (бу мавзулар кейинги бобларда батафсил кўздан кечириб чиқилади).

XX асрда соғлиқни сақлаш эволюцияси

Замонавий соғлиқни сақлашни ташкил этишга, аслида, XIX асрнинг охирлари ва XX асрнинг биринчи ярмида асос солинган эди. Маҳаллий ҳудудий доираларда соғлиқни сақлаш органларининг ташкил этилиши ривожланган мамлакатлар жамият соғлиқни сақлаш тизимидаги хизмат кўрсатиш ва тартибга солиш вазифалари учун асос бўлди. Муниципал ва федерал доиралардаги жамият соғлиғини сақлашни қўллаб-қувватлаб бориш соғлиқни сақлаш хизматларининг жуда самарадор бўлишини таъминлаб бериш учун ҳукуматга қарашли ва ундан ташқари тузилмаларнинг кенг миқёсдаги фаолияти ҳамда ўзаро таъсир дастурларини ўз ичига олади.

Биотиббий фанларнинг революцион кашфиётлари соғлиқни сақлаш амалиётига тез жорий этила бошлади: вакциналар ва антибиотиклар умуман аҳоли турмуш ва овқатланиш шароитларининг яхшиланиб қолгани билан бирга қўшилиб, инфекция касалликлардан ўлиш ҳолларини деярли йўқ даражага тушириб қўйди. Ривожланган мамлакатларда умуммиллий ёки ихтиёрий тиббий суғурта пайдо бўлиши билан врачларнинг хизматлари учун авваллари ҳақ тўлашга қодир бўлмаган кенг омма тиббий ёрдамдан баҳраманд бўлиш имконига эга бўлди.

Жаҳоннинг ривожланган мамлакатларида инфекция касалликлар назорат остига олинганидан кейин касалланиш ва вақтидан илгари ўлиш сабабларининг структурасида «цивилизация касалликлари» — юрак қон-томир касалликлари, хавфли ўсмалар ва травматизм етакчи ўринни эгаллаш бошлади. Инфекцион касалликларга нисбатан олганда бу касалликлар этиологияси жиҳатидан ҳам, профилактикасининг имкониятлари ва баҳоси жиҳатидан ҳам анча мураккаб муаммо бўлиб ҳисобланади. XX асрнинг иккинчи ярмида соғлиқни сақлаш ўлим сабабларининг янги хилларига қарши курашда анча катта ютуқларни қўлга киритди ва бу ҳол асосан соғлиқни сақлаш идеологиясининг тубдан ўзгариши ҳамда «саломатлик потенциалини мустақамлаш» (health promotion) деган умумий тушунча билан бирлаштириладиган фаол янгиликлар системасини татбиқ этиш туфайли рўй берди.

Соғлиқни сақлаш тараққиётининг 70- йилларда бошланган замонавий босқичи саъйи-ҳаракатларни кўпроқ ноинфекцион касалликларнинг этиологияси билан эпидемиологиясини ва уларнинг олдини олиш йўллариини ўрганишга қаратишни кўзда тутди. Юрак қон-томир касалликлари хавфини солувчи омилларнинг аниқланиши, шунингдек

ўпка ракининг пайдо бўлишида чекиш ролининг исбот этилиши соғлиқни сақлаш системасига профилактика учун бебаҳо бўлган дастакларни берди. Атрофдаги муҳит ва турмуш ҳамда меҳнат услубига алоқадор касалликлар ва травмаларга оид фундаментал тадқиқотлар натижасида XX аср охирларига келиб, ўлим ҳоллари ва оғир касалликлар катта гуруҳининг тарқалишини анча камайтиришга муваффақ бўлинди. Асосий шахсий қадрият бўлмиш саломатликни муҳофаза қилиш идеологияси фарб мамлакатларида оммавий суратда тарқалди ва, хусусан, истеъмолчи саломатлигининг манфаатларини ижтимоий ҳамда шахсий ҳаётнинг барча соҳаларида уюшқоқлик билан мунтазам равишда ҳимоя қилиб боришни расм қилди.

Соғлиқни сақлаш системаларини барпо этиш ва уларни бошқариш

Аҳолининг саломатлиги миллий тараққиётнинг ҳал этувчи омилларидан биридир, унинг муҳимлиги саводхонлик ёки касбий маҳоратнинг муҳимлигидан кам эмас. Миллатнинг манфаатлари жами ишчи ва аскарларнинг соғлом бўлишидан ташқари, бутун аҳолининг соғлиғини мустаҳкамлашни ҳам кўзда тутаяди, бунинг учун эса, инфекциян касалликларни қаттиқ назорат қилиб бориш ва сурункали касалликларга йўл бермаслик керак. Бу мақсадларга етарлича молиялаштириш ва олдиндан ҳақ тўлаш, касалликларнинг олдини олиш ва саломатликни мустаҳкамлаш хусусида маълум мақсадга қаратилган сиёсатни юргизиш йўли билан эришиш мумкин, айни вақтда статистика маълумотларини тўплаб, уларни таҳлил қилиш ва шу асосда сиёсатни узлуксиз ростлаб бориш керак бўлади.

Аҳоли саломатлигининг яхши бўлиши тиббий ва профилактик ёрдамдан баҳраманд бўлишни, шунингдек кенг маънода олинган атроф муҳит соғлиғини сақлаб боришни кўзда тутаяди. Чунончи, юнон ва рим шаҳарларида ҳукмдорлар врачларга қуллар ва қашшоқларга бепул ёрдам беришни тайинлашган. Ўрта асрлардаги савдогарлар ва ҳунармандлар уюшмалари ўз аъзоларини бепул тиббий ёрдам билан таъминлар эдилар. 1883 йили Пруссия канцлери Бисмарк ишчилар учун мажбурий тиббий суғуртани жорий этди, чунки у соғлом ишчи ва рекрутларга эга бўлишни кўзлар ва сайловларда буларнинг овозини социалистлар қўлга киритишини истамас эди. 1911 йилда Буюк Британия бош вазири Ллойд Жорж ҳам ишчилар ва уларнинг оила аъзолари учун саломатликни мажбурий суғурталаш талабини киритди.

20- йилларга келиб Оврупонинг кўпгина мамлакатларида миллий тиббий суғурталаш системаси мавжуд эди. 30- йиллардаги «буюк депрессия» ва Иккинчи жаҳон урушидан сўнг уйғонган янги умидлардан кейин Буюк Британия, Канада ва АҚШ да аҳолига тиббий хизматлар

кўрсатиш мақсадини кўзда тутган қонунлар қабул қилинди. Буюк Британияда лейбористлар ҳукумати умуммиллий тиббий суғуртани жорий этишга муваффақ бўлди, Канадада ижтимоий қонунларнинг мукамаллашуви секинроқ борди. Чунончи, давлат пенсиялари ва саломатликни суғурталашга доир миллий дастур 1940 — 1970 йиллар мобайнида жорий этилди. АҚШ да умуммиллий суғурта хусусидаги шундай қонунни Конгресс орқали ўтказиш юзасидан 1946 йилги уринишлар, «жисмоний тиббиёт» ғояларига қаршилик кучли бўлгани учун, беҳуда кетди, лекин 1965 йили 65 ёшдан ошган кишилар учун «Медикэр», камбағаллар учун эса, «Медикэйд» суғурта дастури яратилди.

Аҳолининг ижтимоий ва иқтисодий фаровонлиги учун саломатликнинг аҳамиятини XX асрнинг иккинчи ярмида деярли барча мамлакатларда тушуна бошлашди. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг таърифига кўра, «соғлиқни сақлаш» системаси деган атама аҳолининг саломатлигини яхшилашга ва унга тиббий ёрдам кўрсатишга имкон берувчи хизматларни ташкил этиб, таъминлаб борадиган расмий тузилма деган маънони билдиради, у қонунда белгилаб қўйилган мазмунга мувофиқ маблағ билан таъминланади ва бошқарилади. Кўпчилик мамлакатларда соғлиқни сақлашни ташкил этишнинг устун турадиган шакли тиббий суғурталашнинг ҳар хил кўринишларидир.

АҚШ да хусусий тиббий суғурталаш тамойили ҳануз асосий ўринда туради, кексайиб қолган ва камбағал кишилар эса, давлат суғурта дастурларидан фойдаланади. Ҳозир мамлакатда барча фуқароларни тиббий суғуртадан баҳраманд қилиш юзасидан уринишлар бўлмоқда.

Тиббий суғурта ҳақи баъзи мамлакатларда даромадга қараб олинади, бошқа мамлакатларда уни ходимнинг ўзи ёки иш берувчи бевосита ижтимоий таъминот системасига бериб турадиган бадаллар билан тўлайди. Ривожланган ва ривожланиб келаётган мамлакатлар соғлиқни сақлаш инфраструктурасини такомиллаштирадилар ва тиббий кадрлар тайёрлайдилар. Барча сиёсий йўналишлардаги ҳукуматлар соғлиқни сақлаш соҳасида фаоллик кўрсатиб, тиббий хизматларни кўрсатадиган ёки буларни идора этиб борадиган суғурталовчилар ролини адо этадилар.

Ривожланган мамлакатларнинг сиёсатчилари аввало соғлиқни сақлашда нарх-навонинг назорат қилинмайдиган тарзда кўтарилиш муаммосидан ташвишдалар, нарх-навонинг шу тариқа ўсиб бориши умум иқтисодий тараққиётни тез орада сусайтириб қўйиши мумкин. Тиббиёт сектори шу мамлакатларнинг аҳолиси учун гарчи бир вақтнинг ўзида ғоят улкан иш берувчи бўлиб ҳисобланса-да, лекин соғлиқни сақлаш ресурслари тўла-тўқис сарфланмай турибди, деб ҳисоблаш учун ҳамма асослар бор. Юксак даражада ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш эҳтиёжлари учун бюджетдан ажратиладиган маблағлар ялпи миллий

маҳсулотнинг 15 фоизига яқинлашиб қолади ва буларнинг узлуксиз ортиб бориши пировард натижада турмуш сифатини ҳам, аҳолининг саломатлигини ҳам яхшилаш оладиган бошқа муҳим ижтимоий дастурларнинг ривожланиб боришини чеклаб қўяди. Иқтисодиётга оид баъзи назариялар инсонни фақат моддий бойликларни ишлаб чиқарувчидир, деб билади ва иқтисодиётга алоқаси йўқ қадриятларга уни даҳлсиз, деб ҳисоблайди. Лекин замонавий иқтисодий-ижтимоий парадигма инсоннинг маънавий-ахлоқий ва ижтимоий қадриятларидан келиб чиқадики, бу турмуш сифати ва саломатлик ҳолати тушунчалари билан маҳкам боғлиқдир. Шу муносабат билан замонавий жамият саломатликни шахсий масъулиятгина деб эмас, балки ижтимоий (жамоага тааллуқли) масала деб ҳисоблайди. Шу билан бирга соғлиқни сақлаш соҳасидаги муваффақиятлар умрининг анча узайишига ва, ўз навбатида, ижтимоий ёрдам ва соғлиқни сақлаш хизматларининг фаол истеъмолчилари бўлмиш ёши қайтиб қолган кишилар улушининг кўпайишига олиб келади.

Ривожланиб келаётган мамлакатларда бутун аҳолини тиббий хизматлар билан таъминлаш - ҳозирча бу фақатгина орзу. Ресурсларнинг чекланганлиги ва пойтахт шаҳарларда уларнинг технологик янгиликларга сарф этилиши аҳолининг шаҳар ва қишлоқлардаги камбағал табақаларига биринчи ёрдамни ташкил этиш учун жуда кам маблағ қолдиради. Шунга қарамай, бирламчи тиббий хизматнинг, масалан, иммунлаш сингари асосий негизларини жорий этишда аниқ муваффақиятларга эришилган, лекин бирламчи ёрдам системасида арзон дастурлар етишмаслиги сабабли миллион-миллион одамлар олдини олса бўладиган касалликлардан нобуд бўлмоқда.

Янги жамият соғлиғини сақлаш саломатликни муҳофаза қилиш соҳасида фақат этикага эмас, балки соғлиқни сақлашга бўладиган харажатларни камайтириш, устувор йўналишлар ва ижтимоий сиёсатни танлашга ҳам алоқадор бўлган аниқ-тайин мақсадларни кўзлайди. Юксак тиббий технологияларга бўладиган ўринсиз катта харажатларни қисқартириш болаларни тўла иммунлаш учун зарур ресурсларни таъминлаб берган бўлур эди, бу эса, тегишлича вакцинациялаш йўли билан олдини олса бўладиган касалликлардан болаларнинг ўлишини камайтирарди. Кардиологик, онкологик ва бошқа сурункали касалликларнинг стационар давосига қилинадиган ғоят катта харажатлар шу касалликлар хавфини соладиган омиларни бартараф этиш учун ишлатилиши мумкин бўларди. Стационар шароитида даволашга ҳаддан ташқари эътибор берилиши бирламчи ёрдам марказларининг ривожланишини пайсалга солади. Замонавий жамият олдида мушкул иқтисодий ва ахлоқий дилеммалар кўндаланг бўлиб турибди, бироқ, бу жамият инсон умрини узайтириш ва турмушининг сифатини яхшилаш бобида тиббиёт ҳамда соғлиқни

сақлаш системаси қўлга киритган ютуқлардан воз кечмаслиги керак. Қуйида биз ушбу мавзунини Янги жамият соғлиғини сақлаш нуқтаи назаридан муҳокама қилишни давом эттирамиз.

1.12 илова

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИДАГИ АСОСИЙ ДАВРЛАР

Милоддан аввалги давр

| | |
|--------------------------------|--|
| III минг йиллик | Шумер, миср ва миной маданиятларининг раванқ топиши — канализация, ювиб туриладиган ҳожатхоналар |
| II минг йиллик | Подшо Хаммурапи Кодекси — тиббиёт амалиёти қоидалари. Инд водиси — шаҳарона қишлоқлар санитарияси |
| 1500 йилча илгари | Моисейнинг учинчи китоби — шахсий гигиена, овқат ва турар жой гигиенаси, мохов билан оғриганларни ажратиб қўйиш, биринчи навбатда инсон ҳаётини кутқариш тамойили |
| V — IV асрлар | Қадимги Юнонистон — шахсий гигиена, спорт, тўғри овқатланиш, шаҳар санитарияси, шаҳар врачлари. Гиппократ: саломатлик омиллари, касалликларнинг биринчи тасвирлари, уларни эндемик ва эпидемик касалликларга ажратиш |
| Мил.авв. V аср — милодий V аср | Қадимги Рим — шаҳарлар ва санитария иншоотларини режалаш: акведуклар, ҳаммомлар, шаҳарлар ва турар жойлар санитарияси, шаҳар врачлари, касб касалликлари, ҳарбий тиббиёт ва саноат тиббиётининг бошланиши |

Бизнинг эра

| | |
|------------------|--|
| V — X аср | Оврупо — илк ўрта асрлар — антик маданият тамойилларини емириш; касалликлар гуноҳлар учун берилган жазо, нафсни тийиш, ёмон овқатланиш; антисанитария - маиший ва диний норма; пандемик касалликлар; беморларга ғамхўрлик қилиш — диний мажбурият |
| VII — XII асрлар | Ислом — қадимги тиббий билимларнинг сақланиши ва ривожланиши; тиббий академиялар; Ибн Сино ва Маймонид каби ҳакимларнинг ютуқлари |
| X аср ва кейинги | Яқин Шарқ ва Оврупода университетлар пайдо бўлиши; шаҳарлар ўсиб, ҳунармандчилик ва савдо ривожланиши; дастлабки муниципал касалхоналар. Салб юришлари даври — шарқ тиббиётининг таъсири; рицарлар орденларига қарашли насроний госпиталлар пайдо бўлиши |

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИДАГИ АСОСИЙ ДАВРЛАР

| | |
|--------------------|--|
| XIV аср | То XVIII асргача чума, чечак, дифтерия, тиф ва бошқа инфекциялар пайдо бўлиши. |
| 1346 – 1348 йиллар | Осиёдан Оврупога ўтган чума («қора ўлат») пандемияси; Венеция: санитария комиссияси тузилиши ва карантин жорий этилиши; XIV асрда чумадан 60 млн. нафар киши ҳалок бўлди (ўша вақтдаги Оврупо аҳолисининг ярмига яқини) |
| XV – XVI асрлар | Ренессанс ва Буюк географик кашфиётлар даври – савдо-сотиқнинг ривожланиши. Тиббий фанлар (анатомия, клиник тиббиёт, физиология, хирургия, микроскопия) ва касалхоналар (монастир, хайрия ва шаҳар касалхоналари) нинг ривожланиши |
| 1518 йил | Лондон: Қироллик врачлик коллежига асос солинди |
| 1532 йил | Ўлим статистикасини жорий қилиб, чоп этишнинг бошланиши |
| 1546 йил | Ж. Фракасторонинг «Контагиялар, контагиоз касалликлар ва уларнинг давоси тўғрисида» ги китоби |
| 1562 – 1601 йиллар | Елизавета Англияси – Камбағаллар тўғрисидаги қонун, камбағалларга маҳалий ҳокимият томонидан ёрдам берилиши |
| 1615 йил | Уильям Гарвей қон айланишини тасвирлаб берди. |
| 1629 йил | Лондон: Ўлим тўғрисидаги гувоҳномаларда унинг сабаби кўрсатиладиган бўлди. |
| 1639 йил | Туғилиш ва ўлиш ҳолларини албаттга рўйхатга олиш тўғрисида Массачусетс штатида қонун чиқди. |
| 1661 йил | Жон Граунт тиббий статистикага асос солди; Рене Декарт физиологияга доир асарини эълон қилди. |
| 1662 йил | Лондон: Френсис Бэкон Қироллик илмий жамиятига асос солди. |
| 1665 йил | Лондонда «Катта чума» бошланди. |
| 1673 йил | Антон Левенгук микроскопни ихтиро қилди; микро олам кашф этилди. |
| 1687 йил | Уильям Петти «Сиёсий арифметика» деган асарини эълон қилди. |
| 1700 йил | Б. Рамаццини «Касб касалликлари тўғрисида» китобини чоп эттирди. |
| 1701 йил | Константинополда чечак эмланди; Массачусетс штатида касаллар ажратиб қўйилди. |
| 1733 йил | Ст. Хэлз қон босимини ўлчади. |
| 1747 йил | Жеймс Линд денгизчилардаги цинга сабабларини текшириб, эпидемиологияда биринчи марта «тажриба-контроль» тамойилидан фойдаланди. |

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИДАГИ АСОСИЙ ДАВРЛАР

| | |
|--|---|
| 1750 йил ва ундан кейин 1752 йил | Жон Хантер — хирургияда анатомик-физиологик йўналиш асосчиси. У. Смелли акушеркалар ва доялар учун дарслик чоп эттирди. |
| 1762 йил | Жан-Жак Руссо «Ижтимоий шартнома» асарини эълон қилди. |
| 1775 йил | Персиваль Потт мўри тозаловчиларда учрайдиган ёргоқ ракини теширди. |
| 1777 йил | Англия: Ж. Ховарднинг қамоқхоналар ва касалхоналар ислоҳоти. |
| 1779 йил | Германия: санитария полицияси таъсис этилди (Ж. Франк). |
| 1785 йил | У. Уитеринг истискога даво қилиш учун биринчи марта дигиталисдан фойдаланди. |
| 1788 йил | Буюк Британия: Мўри тозаловчи ўсмирлар саломатлигини муҳофаза қилиш тўғрисида фармон чиқди. |
| 1796 йил | Э. Женнер чечак эмлаш иши (вакцинациялаш) ни бошлади. |
| 1797 йил | АҚШ (Массачусетс): соғлиқни сақлаш бўйича маҳаллий комиссиялар тузиш тўғрисида қонун қабул қилинди. |
| 1798 йил | Франция: Ф. Пинель ақлдан озганларни кишандан озод қилади. |
| 1800–1830 йй. | Соғлиқни сақлаш бўйича муниципал комиссиялар тузилди (Британия ва АҚШ да), илмий тадқиқотлар ривожланди; санитарияга доир ва ижтимоий ислоҳотлар ўтказилди. |
| 1800 йил | Буюк Британия: қўшин ва флотда эмлаш (вакциналаш) системаси қарор топди. |
| 1801 йил | Дания: эмлаш мажбурий бўлиб қолди ва чечак барҳам топди. Англия: биринчи марта аҳолини рўйхатга олиш иши ўтказилди. |
| 1802 йил | АҚШ: денгизчилар учун касалхоналар очилди, бу — бўлғуси Соғлиқни сақлаш хизматларининг тимсоли бўлди. |
| 1804 йил | Замонавий кимёга асос солинди (Дальтон, Дэви). |
| 1827 йил | Россия: Карл фон Бэр Санкт-Петербургда эмбриология асосларини ишлаб чиқди. |
| 1834 йил | Буюк Британия: Камбағаллар тўғрисидаги қонунга шаҳар ишчиларининг оғир аҳволи ҳақида тузатишлар киритилди. |

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИДАГИ АСОСИЙ ДАВРЛАР

| | |
|----------|---|
| 1850 йил | АҚШ (Массачусетс): Санитария комиссияси Шаттак маърузаси бўлиб ўтди. |
| 1852 йил | Адольф Шатин буқоқнинг олдини олиш учун йодни ишлатди. |
| 1854 йил | Буюк Британия: Ж. Сноу ва Лондонда вабо. Қрим уруши: Н. И. Пирогов ва ҳарбий-дала хирургияси; Флоренс Найтингейл. Касалхоналар ислоҳоти. |
| 1855 йил | Умумий манбалар сувини албатта филтёрлаш мажбурияти юкланди. |
| 1858 йил | Франция: Луи Пастернинг ишлари ҳаёт ўз-ўзидан пайдо бўлиши мумкин, деган фикрларни рад этди. Германия: Р. Вирхов хужайра патологиясига асос солди ва касалликларнинг ижтимоий сабабларини кўрсатиб берди. Буюк Британия: маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари тўғрисида ва врачларни миллий доирада лицензиялаш тўғрисида қонунлар қабул қилинди. |
| 1859 йил | Чарлз Дарвиннинг «Турларнинг келиб чиқиши» асари босилиб чиқди. |
| 1861 йил | И. Земмельвейс «Туғруқ иситмасининг сабаби, концепцияси ва профилактикаси» асарини бостириб чиқарди. |
| 1862 йил | Ф. Найтингейл Авлиё Томас касалхонасида тиббий ҳамширалар мактабига асос солди. |
| 1864 йил | АҚШ (Бостон): касал сизирлар сутини ишлатиш таъқиқланди; Россия: Земство тўғрисидаги қонун — «халқ саломатлиги тўғрисида гамхўрлик қилиш» земство муассасаларининг вазифалари бўлиб қолди. |
| 1865 йил | Чехияли роҳиб Грегор Менделнинг ишлари генетикага асос солди. |
| 1867 йил | Ж. Ли́стер антисептика қилиш учун карбол кислотани ишлатди. |
| 1869 йил | Д. И. Менделеев кимёвий элементлар даврий қонунини кашф этди. |
| 1872 йил | АҚШ: Америка соғлиқни сақлаш ассоциациясига ва Нью-Йоркда сут тарқатувчи пунктларга асос солинди. |
| 1876 йил | Роберт Кох куйдирги бацилласини кашф этди. |
| 1879 йил | АҚШ: Миллий соғлиқни сақлаш бўлимига асос солинди, Озиқ-овқат ва дорилар масалалари бўйича бошқарма тузилди. |
| 1882 йил | Роберт Кох сил бацилласини кашф этди. |

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИДАГИ АСОСИЙ ДАВРЛАР

| | |
|----------|--|
| 1883 йил | Германия: Бисмарк ишчилар ва оилаларининг саломатлигини давлат йўли билан суғурталашни жорий этди; Р. Кох вабо бацилласини кашф қилди; Л. Пастер куйдиргига қарши вакцина тайёрлади. |
| 1885 йил | Л. Пастер қутуришга қарши вакцина тайёрлади. |
| 1887 йил | АҚШ: Миллий саломатлик институтига асос солинди. |
| 1890 йил | Қоқшолга қарши зардоб кашф этилди. |
| 1897 йил | Буюк Британия: Лондон гигиена мактабига асос солинди. |
| 1904 йил | Россия И. П. Павлов шартли рефлекслар (нейрофизиология) тўғрисидаги асари учун Нобель мукофотини олди. |
| 1905 йил | АҚШ: Овқат тозалиги тўғрисидаги қонун қабул қилинди; А. Флекснернинг тиббий таълим тўғрисида маърузаси бўлиб ўтди; Канада: ишчилар саломатлигига етказилган зарар учун товон тўлаш тўғрисидаги қонунлар қабул қилинди. |
| 1910 йил | Пауль Эрлих салварсан — захм давосига ишлатиладиган воситани кашф этди. |
| 1911 йил | Буюк Британия: Ллойд Жорж — ишчилар учун мажбурий суғурталаш қонунини таклиф этди; К. Фанк витаминлар устида текширишлар олиб борди. |
| 1912 йил | Фон Беринг дифтерияга қарши вакцинани ишлаб чиқди; Россия: саноат ишчиларининг соғлиғи суғурта қилинадиган бўлди; АҚШ: Болаларни химоя қилиш бюроси очилди. |
| 1915 йил | И. Гольдбергнинг пеллагра сабаблари ва унинг олдини олиш тўғрисидаги асари эълон қилинди; қоқшолнинг олдини олиш ишлари бошланди ва газли гангрена антитоксини олинди. |
| 1918 йил | Грипп (инфлюэнца) пандемияси; СССР: соғлиқни сақлашни ривожлантириш режаси қабул қилинди (Н. А. Семашко). |
| 1921 йил | Канада (Торонто): Ф. Бантинг ва Ч. Бест инсулинни кашф этишти. |
| 1923 йил | Миллатлар Лигаси қошида Соғлиқни сақлаш бўйича қўмига асос солинди. |
| 1924 йил | Д. Коуи овқатга ишлатиладиган тузни ҳамма жойда йодлаш ишини ташкил этди. |

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИДАГИ АСОСИЙ ДАВРЛАР

| | |
|-----------------|--|
| 1926 йил | Кўкйўталга қарши вакцина ишлаб чиқилди. |
| 1929 йил | А. Флеминг пенициллинни кашф этди; «буюк депрессия» бошланди (1929-1936). |
| 1935 йил | АҚШ: Ижтимоий суғурта тўғрисидаги қонун қабул қилинди. |
| 1941 йил | Н. Грэг қизилчанинг туғма аномалияларга боғлиқлигини кашф этди. |
| 1939 – 1945 йй. | Иккинчи жаҳон уруши; Буюк Британия: миллий касалхоналар системаси; уруш вақтида касалхоналарнинг национализация қилиниши; Беверижнинг «Умумий фаровонлик давлати» маърузаси (1942); АҚШ: касалликлар устидан назорат олиб борувчи миллий марказлар (CDC); ҳарбий хизматчилар оилаларидаги оналар ва болаларга зудлик билан ёрдам бериш; СССР: уруш даврида зарур бўладиган тиббий тузилмаларни яратиш. |
| 1946 йил | Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тузилди; АҚШ; саломатликни миллий суғурталаш тўғрисидаги қонун Конгрессда рад этилди, лекин маҳаллий касалхоналар учун маблағлар ажратиш тўғрисидаги Хилл-Бартон Акти қабул қилинди (1 минг киши аҳолига 4,5 ўрин ҳисобидан); Канада: касалхона ёрдами хусусида минтақа суғурта дастури қабул қилинди (Дуглас). |
| 1948 йил | Буюк Британия: миллий соғлиқни сақлаш системаси барпо этилди. |
| 1954 йил | Фрэмминхэмда юрак касалликларини текшириш бошланди; Р.Долл чекиш билан ўпка ракиннинг бир-бирига боғлиқлигини исбот қилди; Ж. Солк инактивланган полиомиелит вакцинасига патент олди. |
| 1960 йил | А.Сэбин тирик полиомиелит вакцинасига патент олди. |
| 1962 йил | Ф.Крик ва Уатсон тирик ҳужайра генетик коддини (ДНК тузилишини) биринчи марта аниқлаб берди. |
| 1963 йил | Қизамиққа қарши вакцинага патент олинди. |
| 1965 йил | АҚШ:пенсионерларга тиббий хизмат кўрсатиш юзасидан «Медикэр» дастури билан камбағаллар учун «Медикэйд» дастури қабул қилинди. |
| 1966 йил | АҚШ: йўл ҳаракати ва ҳаракат воситалари хавфсизлиги тўғрисидаги миллий акт қабул қилинди; тиббий хизмат раҳбарининг чекиш тўғрисидаги маърузаси чоп этилди. |
| 1967 йил | Тепки вакцинасига патент олинди |

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАРИХИДАГИ АСОСИЙ ДАВРЛАР

| | |
|----------|--|
| 1970 йил | Қизилча вакцинасига патент олинди. |
| 1971 йил | Канада: ҳамма вилоятларда саломатликни умуман суғурталаш жорий этилди. |
| 1974 йил | Канада:М.Лалонднинг «Канадада соғлиқни сақлашнинг янги истиқболлари» маърузаси. |
| 1977 йил | ЖССТ «2000 йилга келиб ҳамма саломат бўлсин» дастури қабул қилинди. |
| 1978 йил | Бирламчи тиббий ёрдам тўғрисида Олмаотада ЖССТнинг конференцияси бўлиб ўтди; гепатит В вакцинасига патент олинди. |
| 1979 йил | Канада: озиқ-овқат маҳсулотларини витаминлар ва микроэлементлар билан албатта бойитиш тўғрисида қонун қабул қилинди; ЖССТ Ер юзида чечак йўқ бўлиб кетганини эълон қилди; АҚШ: тиббий хизмат раҳбарининг маърузаси; соғлиқни сақлаш соҳасидаги миллий вазифалар тасдиқланди. |
| 1981йил | Биринчи СПИД ҳодисаси аниқланди. |
| 1985 йил | ЖССТ Оврўпо минтақаси учун соғлиқни сақлаш мақсадлари рўйхатини қабул қилди. |
| 1989 йил | ЖССТ полиомиелитни 2000 йилга қадар йўқ қилиш вазифасини ўртага қўйди. |
| 1990 йил | Болаларни ҳимоя қилиш юзасидан жаҳон конгресси бўлиб ўтди. |
| 1993 йил | Жаҳон банки жаҳон тараққиёти (соғлиқни сақлашга инвестиция) тўғрисидаги ҳисоботни эълон қилди. |
| 1994 йил | Қоҳира аҳолиси муаммолари бўйича жаҳон форуми бўлиб ўтди. |
| 1995 йил | АҚШ: Клинтоннинг соғлиқни сақлашга доир дастурини Америка Конгресси рад этди; Пекинда аёллар муаммоларига доир жаҳон форуми бўлиб ўтди. |
| 1998 йил | ЖССТ «XXI асрда ҳамма саломат бўлсин» дастурини қабул қилди. |

Хотима

Соғлиқни сақлашнинг ривожланиш тарихини саломатлик ва унинг бошқа ҳаётий қадриятлар орасидаги ўрни тўғрисидаги жамият тушунчаларининг эволюциясидир деб қараш мумкин. Буни ҳам қўяверинг, у ёки бу жамиятнинг ўз аъзолари ҳаёти ва саломатлигини муҳофаза қилишга

қанчалик ҳаракат қилиниши ўша жамият маданиятининг савиясини баҳолаш учун муҳим мезон бўлиб хизмат қилади. Қадимги Ўртаденгиз ва Шарқ цивилизациялари санитария билан саломатлик ўртасида боғланишни, саломатликни сақлаб боришни шахсий гигиена, бекаму-қўст овқатланиш ва жисмоний фаолликни кўнгилдан ҳис этар эдилар.

Илк насроний маданиятлари касалликни қилинган гуноҳлар учун берилган илоҳий жазо деб ҳаёл қиларди, бу нарса касалликлар табиатини билиб олиш ва уларни даф этишга бирор тарзда уриниб кўриш учун йўл бермасди. Фарзанднинг дунёга келиши муқаррар равишда азоб-уқубатлар билан ўтиши керак эди, касалликларнинг учраб туриши ва ёшларнинг ўлиб кетиши «бу дунё азоблари» таълимотига тўла-тўқис мос келар эди.

Ўрта асрларда чума ва бошқа инфекцияларнинг бутун дунёга тарқалган пандемиялари Тангри газаби олдида кўнгилларга даҳшат солиб, буларнинг сабабларини билиб олишга уринган кишилар иродасини қарахт қилиб қўяр эди. Касалликларни олдини олиш хусусида кейинчалик юзага келган прагматик ёндашув жамият соғлиғини сақлаш элементларининг тарқалиб боришида катта роль ўйнади. XVIII-XIX ва ҳатто XX асрларда соғлиқни сақлаш амалиёти биотиббий фанлардаги этиологик кашфиётлардан кўпинча илгарилаб кетди.

Соғлиқни сақлашнинг илмий негизи неча асрлар давомида эмпирик кўникмалар билан диний ақидалар қоришмасидан саломатлик ва касалликнинг объектив илмий асосларини излаб топиш томонига қараб ривожланиб борди. Мана шу йўлда кўпгина амалий профилактика ва даво усуллари ҳаёлан фаҳмлаб топилди, уларнинг илмий жиҳатдан тасдиқланиши эса анча кейин рўй берди. Чунончи, санитария чоралари кўпгина дунё маданиятлари ва динларининг таркибий қисмларидан бўлиб келди, вабо тарқалиши хусусидаги эпидемиологик тадқиқотдан кейингина (Ч. Сноу) касалликлар сабабини аниқлашга қаратилган илмий ёндашувлар ишлаб чиқила бошлади.

Соғлиқни сақлаш амалиёти (Линд ва Женнер ишлари сингари) эпидемиологик кузатувлар асосида ривожланиб борди, лекин у касалликлар ва бевақт ўлим сабабларини қашшоқлик, оғир меҳнат шароитлари, шаҳар муҳитининг ифлослигида деб билиб, бир мунча кенг доирадиги ижтимоий муаммоларни ҳам муқаррар суратда қамраб олди. Замонавий соғлиқни сақлаш шу тариқа ижтимоий-экологик ёндашувни ишлаб чиқдики, сурункали ноинфекцион касалликлар даврида бунинг муҳимлиги янада ортди.

Муниципал ва бошқа маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари тармоғи пайдо бўлиши туфайли саломатликни муҳофаза қилиш чораларини, жумладан, аҳоли жойларининг санитариясини ташкил этиш, оналар ва

болаларга пре- ва постнатал парвариш қилиш, мактаб ўқувчиларининг овқати ва саломатлиги масалалари ва бирламчи бўғиннинг бошқа вазибаларини адо этиш мумкин бўлиб қолди. Марказий ҳукуматлар бу масалаларга ҳам вақт-соати билан кўпроқ аҳамият берадиган бўлдилар ва озик-овқат маҳсулотлари ҳамда дори-дармонларнинг сифати устидан назоратни, амалиёт кўрсатаётган медикларни аттестациядан ўтказишни тез орада ўз зиммаларига олдилар.

XX аср биотибий фанлар ва технологиялардаги жадал тараққиётнинг гувоҳи бўлди, бу фанлар ва технологияларнинг самаралари тез орада амалиётнинг мулкига айланди. Иммунология, микробиология, терапия, токсикология, эпидемиология ва бошқа фанлар тиббиёт амалиётини тинмай янгилаб туради, касалликларнинг табиати тўғрисидаги билимларимизни чуқурлаштириб боради. Энг янги тиббий технологияларнинг кенг ижтимоий табақалар ҳамёнига боғлиқлиги ижтимоий ислохотлар ва ижтимоий суғурта ютуқлари натижасида тарихда биринчи марта кескин ортганлигини таъкидлаб ўтиш муҳим (лоақал саноати ривожланган мамлакатларда). Жаҳоннинг барча ривожланган мамлакатларидаги соғлиқни сақлаш тараққиётининг асосий тенденцияси – аҳолини мумкин қадар кенгроқ миқёсда қамраб олиш ва ҳар бир кишининг ўз саломатлигини сақлашдек муҳим ҳуқуқини рўёбга чиқариш мақсадида тиббий суғурталаш шакллари мукаммаллаштиришдан иборатдир.

Соғлиқни сақлаш ҳамма замонларда ҳам «ўзидаги нарса» бўлмаганини, унинг парадигмаси ўз замонидаги жамиятнинг барча қадриятлари системасига боғлиқ бўлганини таъкидлаб ўтмоқ зарур. Касалликка қилинган гуноҳларнинг жазоси деб қараш касалликларнинг табиати ва тарқалиш йўллари текширишни неча-неча асрларга кечиктирди. Соғлиқни сақлаш тарихи аччиқ сабоқлар ва янглиш концепцияларга лиммо-лим тўла. Баъзи касалликларни гуноҳга (СПИД мисолидаги каби) ёки вужудни адо этувчи юриш-туриш учун берилган жазога (ашаддий кашандалардаги ўпка раки мисолидаги каби) боғлаш тенденцияси ҳозир ҳам учрайди. Иш берувчилар травмалар ва касб касалликлари учун айбни кўпинча ишчиларнинг ўзига тўнкашга уринишади; риёкорлар зўрлик натижасида номусидан ажралган қурбонларни айблаб, гап уларнинг кийиниш одати ёки ўзини тутишида, деб ўйлашади. Ана шундай «қурбоннинг ўзини айблаш» фалсафаси ахлоқ қоидаларига тўғри келмайди ва самара ҳам бермайди; у олдини олиш ва даволашга қаратилган ечимларни излаб топиш истагини энг бошиданоқ чиппака чиқаради. Шу билан бир вақтда янги соғлиқни сақлаш ғояси – соғлом турмуш тарзини шакллантириш - ҳар бир янги авлод томонидан янгидан ўзлаштирилиши, оталардан болаларга ўтиб бориши керак.

Замонавий соғлиқни сақлаш фалсафаси кўпдан-кўп манбаларга эга, лекин буларнинг энг муҳими, афтидан, ҳар кимнинг соғлом муҳитда яшаш ва касал бўлиб қолгани тақдирда тиббий ёрдам олиш ҳуқуқидир. Бутун жамиятнинг саломатлик учун маънавий жавобгарлиги шахснинг иқтисодий маънода эмас, балки ахлоқий маънодаги ўз ҳуқуқларига асосланади. Соғлиқни сақлашнинг саъйи-ҳаракатлари ҳам шахс саломатлигига, ҳам миллат саломатлигига қаратилганки, булар бир-бири билан маҳкам боғланган. Айни вақтда ҳаёт ва саломатликни сақлаб қолиш тамойили жамият қадриятлари орасида энг буюги бўлиб ҳисобланади, шу нарса бошқа иқтисодий ва маънавий мақсадлардан кўпинча воз кечиб туришга мажбур қилади. Мана шу тамойилга Гиппократ таълимоти руҳида амал қилиш гериатрия ва эвтаназияда, соғлиқни сақлашнинг турли эҳтиёжларига, ногиронлар ва маҳбусларнинг соғлиғига бўладиган сарф-харажатларнинг самарадорлигини ҳисоблаб чиқиш сингари соҳаларда муқаррар равишда маънавий дилеммаларга дуч келади.

Инсон ақлу-заковатининг илмий тадқиқотлар тараққиётини чеклаб келган догматик тафаккурдан халос бўлиши касалликларни келтириб чиқарадиган омилларни қидириб кўришга жазм қилиш учун имкон берди, шу нарса даво мақсадида таъсир ўтказиш ва эҳтиёт чораларини кўришда ҳал қилувчи ролни ўйнади. Мана шу концепция Қадимги Юнонистондаёқ жамият соғлиғини сақлашнинг сўнгги 200 йил давомидаги муваффақиятларига олиб келган клиник ва илмий кузатувлар учун асос бўлди. Тасвирлаш, ўлчаш ва тажриба қўйиш сингари эпидемиологик тадқиқотларда қўлланиладиган илмий методларнинг ривожланиши жамият соғлиғини сақлаш фаолияти тамойилларининг тегишли илмий базаси яратилмасидан илгари шаклланиб қолишига сабаб бўлди. Санитария ва гигиена кўпгина қадимги жамоаларда касалликларнинг олдини олиш воситаси сифатида расм бўлди, баъзан эса, фуқаролик ва динга оид қонун-қондаларнинг бир қисми бўлиб қолди. Цинга касаллигининг тавсиф этилиши (Линд), чечакка қарши вакцинанинг кашф қилишини (Женнер), вабонинг Лондонда текширилиши (Сноу) ўз замонидаги илмий эпидемиологик таърифларда касалликларнинг тарқалиш сабаблари кўрсатилиб берилди ва у пайтларда биокимёвий ҳамда бактериологик далил-исботлар йўқлигига қарамай, эътироф этилди.

Жамият соғлиғини сақлаш профилактик тиббиёт ва жамият саломатлигини муҳофаза қилишнинг кўпгина методларини ўз ичига олган дастлабки эпидемиологик тадқиқотлар асосида ривожланиб борди. Шахснинг саломатлигини жамият саломатлигидан ажратиб бўлмайди, деган фикрнинг кўнгилга жо бўлиб қолгани талайгина врачларни қуллик ва крепостной ҳуқуқни бекор қилишдан тортиб то жуда оғир меҳнат ва турмуш

шароитларини енгиллаштиришгача бўлган ижтимоий ислоҳотлар тарафдорлари, шунингдек тиббий суғурта тўғрисидаги қонунни тасдиқлаш ёки давлат соғлиқни сақлаш системасини яратиш тарафдорлари қилиб қўйди. XX асрнинг сўнгги йилларида саломатлик муҳофазаси билан жамият тараққиёти ўртасидаги боғланиш умуман халқаро даражага кўтарилди. Ҳар бир тирик инсоннинг саломат бўлишга ҳақли эканлигининг жамият томонидан эътироф этилиши ҳаммабопликни ҳар қандай замонавий соғлиқни сақлаш системасининг ажралмас қисми қилиб қўйди. «Ҳамма саломат бўлсин» концепциясида мана шу нарса ўз ифодасини топди. Олмаота конференциясида (1978) саломатликни муҳофаза қилишга барчанинг ҳуқуқи борлиги ва шу ҳуқуқнинг рўёбга чиқиши учун ҳукуматларнинг жавобгар эканлиги таъкидлаб ўтилди.

Тарих сабоқлари замонавий соғлиқни сақлаш вазифаларини ҳал қилишда муҳим ролни ўйнайди. Жамият соғлиғини сақлашнинг асосий қоидалари уларни узлуксиз равишда қайтадан кўриб чиқиб туришга муҳтождир, чунки тинмай ўзгариб борадиган ҳаёт уларнинг олдига янгидан-янги вазифаларни қўяверади. Замонавий жамият соғлиғини сақлашнинг фалсафий асоси инсоннинг соғлом ва беҳатар вазиятда яшашга ва тиббий ёрдам олишга сўзсиз ҳақли эканлигига ва бу ҳуқуқ унга жамият томонидан берилиши кераклигига ишонишдир. Саломатлик учун давлат жавобгарлигининг ахлоқий асоси иқтисодий мулоҳазаларга эмас, балки инсоннинг яшаш ва соғ бўлишга сўзсиз ҳуқуқи борлигига таянади. Буни ҳам қўяверинг, соғлиқни сақлашни ривожлантиришга ажратиладиган маблағлар, худди таълим-тарбияга кетадиган сарф-харажатлар сингари, иқтисодий тараққиётга қўшиладиган улуш бўлиб қолади, чунки саломат ва билимдон жамият аъзолари пировард натижада ижодкор ҳамда иқтисодий самарадор жамиятнинг муваффақиятини белгилаб берадиган инсон капитали бўлиб ҳисобланади. Саломатликнинг ижтимоий ва иқтисодий тараққиётнинг муҳим омили сифатида асосий роль ўйнашини эътироф этиш ривожланиб келаётган мамлакатларга ижтимоий дастурларга ажратиладиган маблағларни кўпайтириш ва соғлиқни сақлашни яхшилашга имкон беради.

Замонавий жамият соғлиғини сақлаш ғоят катта тарихий тажрибага асосланган. Ҳозирги кунда биз ҳамма ёндашувлар ва ютуқлардан, жумладан клиник ва профилактик жиҳатлардан фойдаланиш, алоҳида бир киши саломатлигини ҳам, умуман жамият саломатлигини ҳам иқтисодий жиҳатдан самарали равишда сақлаб бориш ва мустаҳкамлаш учун замонавий соғлиқни сақлашнинг шаклланиши асносида - қадимги маданиятлардан тортиб то индустриалдан кейинги жамиятгача - босиб ўтган бутун узоқ йўлини янгича назар билан кўриб чиқишимиз керак.

Рефератлар мавзулари

1. «Касаллик худо берган жазодир» ва касалликларнинг олдини олиш гоёси (ҳар бир инсон ҳаётини сақлаб қолиш учун диний жавобгарликнинг тиббиёт ривожланишига таъсири; бу концепцияларнинг тафовутлари ва касалликларни даф қилиш учун ўзаро таъсири).

2. Қадимги дунёда жамият соғлиғини сақлаш чоралари (Осиё, Миср, Иудея, антик цивилизациялар).

3. Касаллик ва саломатлик тўғрисида ўрта аср концепцияси [тиббий ёрдам кўрсатиш («дардманларга ёрдам бериш») меҳр-шафқатли насронийлар бурчидир; савдогарлар ва ҳунармандлар уюшмаларининг аъзолари учун ўзаро ёрдам ва тиббий ёрдамнинг ташкил этилиши].

4. Камбағаллар тўғрисида Елизавета қонунлари (ўлиш ҳолларига оид статистика; Англиядаги ишчи аҳолининг санитария шароитлари тўғрисида ҳисобот, қулларнинг озод этилиши, муниципал соғлиқ қўмиталарининг пайдо бўлиши ва буларнинг жамият соғлиғини сақлаш ривожига таъсири).

5. Турли олимлар (Гиппократ, Эдвин Чедвик, Эдвард Женнер, Бернардино Рамаццини, Жеймс Линд, Жон Сноу, Луи Пастер, Николай Иванович Пирогов, Уильям Петти, Михаил Васильевич Ломоносов, Питер Паннум, Рудольф Вирхов, Игнац Земмельвейс, Флоренс Найтингейл, Жозеф Листер, Роберт Кох, Уильям Горгас, Илья Ильич Мечников, Федор Федорович Эрисман, Альберт Сэбин, Жозеф Гольберг, Николай Александрович Семашко, Жонас Солк) нинг жамият соғлиғини сақлаш ривожига қўшган ҳиссаси.

6. Аҳоли саломатлигининг тарихий воқеалар таъсири остидаги эволюцияси («қора ўлат», салб юришлари, буюк географик кашфиётлар, мамлакатлар ва қитъалар ўртасида савдо-сотиқнинг ривожланиши; турли даврларда шаҳарларнинг ўсиши, шаҳарсозлик ва санитарияга оид тегишли чоралар; саноат революцияси; вакцинация ва инфекцион касалликларга қарши курашнинг бошқа методлари, эпидемик касалликларга қарши курашдаги муваффақиятлар; Иккинчи жаҳон уруши; тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги халқаро ҳамкорлик).

7. Миазмлар назарияси ва контагиоз назария (бу назарияларнинг ноинфекцион касалликларга татбиқ этишнинг мумкин-мумкинмаслиги).

8. Кох–Хенле постулатлари ва буларнинг бактериологик революциядаги улуши (буларни ноинфекцион касалликларга татбиқ этса бўладими).

Тавсия этиладиган адабиёт

Сорокина Т.С. История медицины: учебник. М.:ПАИМС, 1994. 384с.

Baker JP. Women and the invention of well child care. *Pediatrics* 1994;94:527-531.

Barkan ID. Industry invites regulation: the passage of the Pure Food and Drug Act of 1906. *American Journal of Public Health*, 1985;75:18-26.

Declich S, Carter AO. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994;72:285-304.

Markel H. When it rains it pours: endemic goiter, iodized salt, and David Murray Cowie, MD. *American Journal of Public Health*, 1987;77:219-229.

Larson E. Innovations in health care: antiseptics and asepsis study. *American Journal of Public Health*. 1985;75:181-186.

Rosen G. A History of Public Health. Baltimore, MD: Johns Hopkins University University Press, reprinted 1993.

Roueché B [ed]. *Curiosities of Medicine: An Assembly of Medical Diversions 1552-1962*. London: Victor Gollancz Ltd., 1963.

Wear A [ed]. *Medicine in Society: Historical Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Библиография

Barkan ID. Industry invites regulation: the passage of the Pure Food and Drug act of 1906.

American Journal of Public Health, 1985;75:18-26.

Brockington CF. *Public Health in the Nineteenth Century* Edinburgh: E & S Livingstone Ltd, 1965.

Buehler-Wilkerson K. Bringing care to the people: Lillian Wald's legacy to the public health nursing.

American Journal of Public Health, 1993;83:1778-1786.

Camac CNB. *Classics of Medicine and Surgery*. New York: Dover Publications Inc., (originally published 1909) republished 1959.

Carter KC. The development of Pasteur's concept of disease causation and the emergence of specific causes in nineteenth-century medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, 191, 65:528-548.

Cooper- Weil DE, Alicibusan AP, Wilson JF, Reich MR, Bradey DJ. The impact of the Development Policies on Health: A Review of the Literature. Geneva: World Health Organization, 1990.

Derickson A. Making human junk: child labor as a health issue in the Progressive Era. *American Journal of Public Health*, 1992;82:1280-1290.

Eyler JM. The epidemiology of milk-borne scarlet fever: the case of Edward Brighton. *American Journal of Public Health*, 1986;76:573-584.

Fisher RB. *Edward Jenner, 1749-1823*. London: Andre Deutsch, 1991.

Garrison FH. *An Introduction to the History of Medicine*. Fourth Edition, originally published 1929. Republish. Philadelphia: WB Saunders Co., 1966.

Grob GN. The origins of American psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health*, 1985;75:229-236.

Harvey B [editorial]. New series of essays on pediatric history. *Pediatrics*, 1993; 92:467-468.

Hughes JG. Conception and creation of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 1993;92:469-470.

Kearns G. private property and public health reform in England 1830-1870. *Social Science and Medicine*, 1988;26:187-199.

Larson E. Innovations in health care: antisepsis as a case study. *American Journal of Public Health*, 1989;79:92-99.

Light DW, Liebfried S, Tennstedt F. Social medicine vs professional dominance: the German experience. *American Journal of Public Health* 1986;76:78-83.

Lillienfeld AM, Lillienfeld DE. *Foundations of Epidemiology*. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 1980

Mack A [ed]. *In Time of the Plague: The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Disease*. New York University Press, 1991

ЯНГИ ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШ КОНЦЕПЦИЯСИ

Бобнинг мундарижаси

Ўқув мақсадлари * Кириш * Янги соғлиқни сақлаш концепциясининг эволюцияси * Саломатлик таърифи * Саломатлик ва касаллик * Ижтимоий-иқтисодий ҳолат ва саломатлик * Касалликлар ва патоген ҳолатлар пайдо бўлишининг механизмлари (патогенез) * Профилактик методлар * Касалликлар миграцияси * Эпидемиологик ўзгариш * Соғлиқни сақлаш фаолият соҳасидир деган таъриф * Соғлиқни сақлаш хизматларининг функционал жиҳатдан бирлиги * Соғлиқни сақлаш системасининг мақсадлари ва буларга эришиш йўллари * Аралашув зарурлигини белгилайдиган мезонлар * Бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) га селектив ёндашув * Хавф-хатар тушунчаси * Соғлиқни сақлаш системасида менежмент * Сиёсий иқтисодиёт ва саломатлик * Саломатлик ва тараққиёт * Системани ислоҳ қилиш * Соғлиқни сақлашда истеъмолчилар ҳуқуқларини жамоатчилик йўли билан қўллаб-қувватлаш ва муҳофаза қилиш * Жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган бирламчи тиббий-санитария ёрдами * Жамоат соғлиғини сақлаш системасида тиббий ёрдамнинг роли * «Саломатлик майдони» концепцияси * Олмаота конференцияси ва «Саломатлик ҳаммага» дастури * Саломатлик муҳофазасининг устувор томонлари ва мақсадларини белгилаш * Шахс ва жамоани соғлиқни сақлаш манфаатлари йўлидаги ҳаракатларга жалб этиш * Кибернетика ва соғлиқни сақлашни бошқариш * Соғлиқни сақлашда сифат стандартлари (1995) * Янги жамоат соғлиғини сақлаш * Хотима * Рефератлар мавзулари * Тавсия этиладиган адабиёт * Библиография

Ўқув мақсадлари

Бу бобни ўрганиб чиқар экан, талабалар:

- соғлиқни сақлаш хусусидаги асосий тарихий концепцияларнинг моҳиятини билиб олиши;
- бу концепциялар ва уларнинг замонавий соғлиқни сақлашда татбиқ этилишини таҳлил қилиб чиқиши;
- замонавий соғлиқни сақлаш системасидаги шахсий ва ижтимоий омилларни аниқлай олишлари мумкин.

Кириш

Жамоат соғлиғини сақлаш хусусидаги концепциялар вақти-соати билан ўзгариб туради, шунга кўра улар таҳлил қилиниб, янгиланиб туриши керак. Соғлиқни сақлашни ташкил этишга қандай ёндашилиши ҳукмрон бўлиб турган дунёқарашга боғлиқ. Вазифалар бошқача бўлиб қолиши, янги технологиялар ишланиб чиқиши ва тиббий хизматлар ўзгариши билан соғлиқни сақлаш системасининг фаолиятини баҳолашга, хизматларга, бошқариш ишларига ва мутахассисларнинг тайёргарлик ҳамда келажакдаги ўзгаришларга шайлик даражасига ёндашув ҳам ўзгаради.

Жамоат соғлиғини сақлаш дейилганида, одатда, инфекциялар касалликларни асосан санитария назорати ва вакциналар билан эмлашни назорат қилиб бориш иши кишининг хаёлига келади. Замонавий бактериология юзага келмасидан анча илгари бўлиб ўтган «санитария революцияси» оммавий касалликлар устидан ғалаба қозонишга ғоят катта ҳисса қўшди, лекин ўша тарихий даврда турар жой, овқатланиш шароитларининг яхшиланиши, билим-маърифатнинг ёйилиб бориши ҳам озмунча роль ўйнагани йўқ. Шахс юриш-туришининг хусусиятлари саломатликка таъсир ўтказишини сўнгги 30 йиллик тажриба ишончли қилиб кўрсатиб турибди, шу муносабат билан саломатликни мустақкамлаш ва муҳофаза қилишда профилактикани қонун йўли билан устувор йўналиш деб белгилаш аслида Янги жамоат соғлиғини сақлаш ишининг асосий стратегик йўли бўлиб ҳисобланади.

Кўпгина фанларни ўз ичига оладиган соғлиқни сақлаш ўз вазифаларини ҳал қилиш учун жуда хилма-хил соҳаларни жалб этади: айрим бир киши ва умуман жамоанинг фаровонлигига таъсир кўрсатадиган таълим, бошқариш ва умумий ахборот воситалари соҳалари шулар жумласидандир. Бироқ, у ана шу таркибий қисмларнинг оддий йиғиндисидан кўра ортиқроқ нарсадир. Соғлиқни сақлаш сиёсат ва санъат элементларини, соғлиқни сақлашга доир тадбирлар системасини бошқаришни, шунингдек турли ижтимоий ва хусусий хизматлар фаолиятини мувофиқлаштира билишни ўз ичига олади.

Янги жамоат соғлиғини сақлаш — илмий фанлар мажмуаси ва фаолият соҳасидир. У касалликлар азобини камайтириш ва саломатликни яхшилаш йўлида шахслар, гуруҳлар ва давлат томонидан олиб бориладиган ҳар хил фаолият турларини ўз ичига олади. Янги жамоат соғлиғини сақлаш ижтимоий ва табиий муҳит патоген омилларининг инсонга кўрсатадиган емирувчи таъсирини камайтириш ёки бартараф этиш учун шу омилларга

таъсир ўтказишга уринади. Соғлиқни сақлаш кенг доирадаги чоратадбирларни кўзда тутати — болаларни иммунлаш ва соғлом боланинг ривожланиб боришини кузатиш дастурлари, озиқ-овқат маҳсулотларини бойитиш ва тамғалаш ва бошқа чоралар, барчага баравар тиббий ёрдамни ташкил этиш ишлари шулар жумласидандир. Шу қадар мураккаб ва бири-бирига боғлиқ чоралар системасини амалга ошириш учун фаолиятларни аниқ мувофиқлаштириб, бошқариб бориш ва тескари алоқага, яъни аҳоли саломатлигининг аҳволи ва унинг динамикаси тўғрисидаги ахборотга эга бўлиш керак. Ҳар бир одам саломатлигини ҳам, умуман жамият саломатлигини ҳам мустақкамлаш жараёнига фуқароларнинг ўзини ҳам жалб этиш жуда муҳим.

Айни вақтда режалаштириш, бошқариш, тадқиқотлар ўтказиш ва ҳоказолар — соғлиқни сақлашнинг зарур функциялари — чекланган ресурслар дунёсида эканлиги ва улардан кўп нарсалар кутилишини унутмаслик керак. Бу бобнинг мақсади — жамоат соғлигини сақлаш концепциялари қай тариқа ривожланиб боргани ва уларнинг асосида Янги жамоат соғлигини сақлаш қандай қилиб шаклланганини кўрсатиб беришдир.

2.1 илова

АРИСТОТЕЛЬ САЛОМАТЛИК ТЎҒРИСИДА

«Жисмоний ва маънавий саломатлик умумий фаровонлик учун шу қадар муҳимки, инсоннинг шахсий ҳуқуқлари ажралмас деб бўлсак, уларнинг ичида энг биринчиси ҳар бир кишининг унга жамият таъминлаб бера оладиган даражадаги саломатликка мутлақо эгалик қилиш ҳуқуқи бўлиб қолади».

Янги жамоат соғлигини сақлаш концепцияларининг эволюцияси

Бутун одамзот цивилизациялари инсоннинг юриш-туриши ва ташқи муҳит билан ўзаро муносабатларини унинг ҳаёти ва саломатлигига таъсир кўрсатадиган жиҳатларини у ёки бу йўл билан идора этиб борганлигини тарихий обзор орқали ишонч ҳосил қилиш мумкин (1 боб). Чунончи, соғлом турмуш тарзи, вақтида овқатланиш ва спорт билан шуғулланиш Қадимги Юнонистон маданиятининг ажралмас қисмини ташкил этган, давлат-шаҳар эса, камбағаллар ва қулларга тиббий хизмат кўрсатилиши учун жавобгар бўлиб, уларни шаҳар врачлари даволаб борган. Қадимги юнонлар ва ацтеклар шаҳарларни режалаштиришга, санитария ва сув

таъминотига катта эътибор берган, бундай ёндашув ҳозир экологик ёндашув деб аталган бўлур эди («соғлом шаҳар»). Бироқ саломатликка оқилона муносабатда бўлишга уриниш қадимги маданиятларда диний ақидалар қаршилигига дуч келди, улар касалликни гуноҳлар учун берилган жазо, инсоннинг ақли етмайдиган Тангрининг иродаси, деб қарар эди.

Ўша замонлардан бери дунё тубдан ўзгарди. Дин энди бош ролни ўйнамайдиган бўлди. Уруғ-аймоқчилик ва қишлоқ жамоаси, шаҳар цивилизацияси, саноат ривожланиши ва марказий ҳамда маҳаллий ҳокимият органларининг шаклланиши – инсоният тарихининг мана шу барча босқичлари халқларнинг саломатлигига таъсир ўтказган эпидемиологик ва экологик ўзгаришлар билан бирга давом этиб борди. XVII – XVIII асрларда Оврупода бўлиб ўтган аграр революциялар қишлоқ хўжалик маҳсулдорлиги ортиб, озиқ-овқат маҳсулотлари ҳажмининг кўпайишига олиб келди, бу – овқатга ёлчимасликдан ва шунга алоқадор касалликлардан болаларнинг ўлимини аста-секин камайтирди. XVII – XVIII асрлардаги бир қанча кашфиётлар касалликлар тарқалишини ўрганишга киришиш, кейин эса, уларни назорат остига олиш учун ҳам имкон берди. Шу билан бир вақтда янги замонда саноат ривожланиши, шаҳарларнинг ўсиши янги касалликлар тарқалишига сабаб бўлиб, ижтимоий муаммоларни туғдирдики, буларни ҳал қилиш учун махсус ислохотларни ўтказиш зарур бўлиб қолди.

Мана шу тарихий ўзгаришлар соғлиқни сақлаш вазифалари ва методлари доирасини кенгайтирди, шу билан бир вақтда буларнинг амалий ва илмий базаси ривожланиб борди. Классик соғлиқни сақлаш инфекциясиз касалликлар тарқалиб турган даврда бунёдга келди, бироқ, XX асрнинг иккинчи ярмида “цивилизация касалликлари” биринчи ўринга чиқиб қолди. Соғлиқни сақлаш салоҳияти беқиёс даражада кучайди, ресурсларни оқилона тақсимлаш ва бошқариш муаммолари долзарб бўлиб қолди.

Бу ўзгаришлар соғлиқни сақлаш тушунчасини ва унинг фаолият соҳасини кенгайтирди. Соғлиқни сақлашда фан ва технологиялар, менежментнинг ривожланиши сурункали касалликлар билан оғриган беморларга яхши парвариш қилишга имкон берди. Соғлиқни сақлаш вазифаларининг кенгайиб, мураккаблашуви саломатлик муҳофазаси учун мўлжалланган бюджетни бошқариш масаласини биринчи даражали масалалар қаторига киритиб қўйди, чунки жамоат соғлигини сақлаш тиббий хизматларнинг барчага баравар бўлиши, шунингдек буларнинг ҳар қандай турлари юзасидан ҳисоб бериб туришни таъминлаш учун жавобгардир. Лекин соғлиқни сақлашнинг кўпгина жиҳатлари ҳар бир

кишининг ўз саломатлиги учун шахсий жавобгарлигига боғлиқ бўлиши мумкин. Шу нарса одамларнинг турмуш тарзи ва экологик омилларга анча жиддий эътибор беришни талаб қилади. Жамият соғлиғини сақлаш, тиббий хизмат кўрсатиш ва соғлом турмуш тарзини жорий этиш ўртасидаги ўзаро таъсир — бу жамият соғлиғини сақлаш идеологиясини ташкил этувчи омиллар йиғиндисидир.

Жамият соғлиғини сақлаш баъзан жамоа соғлиғини сақлаш деб таърифланади. Жамоани даволаш муассасалари, саломатлик муҳофазасига қаратилган хусусий тиббий муассасалар ва ахлоқ ўртасидаги ўзаро муносабатлар, шунингдек соғлиқни сақлашни оператив бошқариш — Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг асосидир.

Бирламчи тиббий ёрдамга доир Олмаота конференцияси (1978) бутун жаҳондаги соғлиқни сақлаш парадигмасини тубдан ўзгартирди ва аҳолининг саломатлиги учун давлатлар жавобгарлигининг чегараларини белгилаб берадиган янги концепция ишланиб чиқишига олиб келди.

70- йилларда “саломатлик ҳаммага”, “саломатлик муҳофазаси”, “соғлом шаҳар” деганга ўхшаш ва бошқа концепциялар шаклланди, булар соғлиқни сақлаш системаси фаолиятининг йўналишларини белгилаб, соғлиқни сақлаш — бу фақат тиббий хизматнинг ўзигина эмас, балки кенг доирадаги хилма-хил чора-тадбирлар ва муаммолар ҳам эканлигини кўрсатиб берди.

Замонавий соғлиқни сақлашнинг асосий муаммоларидан бири — унинг барчага баравар ва юқори сифатли бўлишини таъминлашдир.

Тиббий технологиялар соҳасидаги жадал тараққиёт тиббий хизматлар нархининг кўтарилишига сабаб бўлди, шунингдек ҳукуматларни соғлиқни сақлаш муаммоларига аралашадиган қилиб қўйди. Жамоат соғлиғини сақлаш мақсадлар, вазифаларни, белгилашнинг устувор йўналишларни танлашни, сарф-харажатлар ва нарх-наволарнинг самарадор бўлишини таъминлашни ўз фаолияти тоифасига киритиб, ижтимоий муаммоларни ҳал қилишда иштирок этади. Давлатга қарашли ва ундан ташқари соғлиқни сақлаш системалари фаолиятини хизматлар сифатига қўйиладиган талабларнинг юқорилиги, ресурслар чеклангани, аҳоли демографик структураси ҳамда атроф муҳит ҳолатини ҳисобга олиб туриб XXI асрда режалаштиришда Янги жамоат соғлиғини сақлаш тамойилларини амалга ошириб бориш шарт бўлиб ҳисобланади.

Саломатлик таърифи

Энг маъқул профилактик методларни қидириб топиш учун саломатлик ва касаллик тушунчаларини таърифлаб бериш муҳим.

САЛОМАТЛИКНИНГ ЖССТ ҚАБУЛ ҚИЛГАН ТАЪРИФИ

1946 йилда ЖССТ Низоми саломатликни «касаллик ёки бошқа нуқсонлардан холи бўлишгина эмас, балки жисмоний, маънавий ва ижтимоий жиҳатдан бутунлай соғ-омон бўлиш ҳамдир» деб таърифлади.

1977 йили ЖССТ саломатлик таърифини кенгайтириб, уни *«шахснинг ижтимоий ва иқтисодий унумдорлиги тўғрисидаги тушунча билан тўлдирди ҳамда 2000 йилга келиб, бутун дунё аҳолиси саломатлигини халқлар ижтимоий ва иқтисодий жиҳатдан унумли ҳаёт кечира оладиган ҳолатга етказиш вазифасини ўртага қўйди»*.

Саломатлик муҳофазасига доир миллий ва халқаро фаолиятга негиз бўлган учта асосий дастур ишлаб чиқилди (1984 – 1989, 1990 – 1995 ва 1996 – 2001 йиллар). Ривожланиб келаётган мамлакатларда демографик, сиёсий ва иқтисодий шароитлар, ривожланган мамлакатларда эса, соғлиқни сақлаш системаларининг эҳтиёжлари ўзгариб бораётганини ҳисобга олиб, 1995 йилда ЖССТ *«саломатликни яхшилаш йўлида салмоқли тараққиётга эришиш ва тиббий хизматларнинг тегишлича ривожланишини таъминлаш»* мажбуриятини олишга бутун дунёни даъват этди. Қуйидаги вазифалар тақлиф этилди:

- соғлиқни сақлаш ва турмуш шароитлари муаммоларини сиёсий дунёқараш жиҳатига айлантириш;
- беморларга барчага баравар тиббий ёрдамни таъминлаш;
- саломатлик муҳофазаси соҳасидаги фаолиятни жонлантириш;
- айрим касалликларнинг профилактикаси ва назорати билан шуғулланиш.

Мана шуларнинг ҳаммаси Янги жамоат соғлигини сақлаш тамойилларини ишлаб чиқиш учун асос бўлиб қолди.

Саломатликни кўпинча касаллик, азоб-уқубатлар ёки ногиронликдан форуҳлик ҳолати, деб таърифлаб келинди; камроқ ҳолларда саломатлик дейилганида ижобий ҳодисани, яъни шахснинг ўз имкониятларидан мумкин қадар кўпроқ фойдаланишига имкон берадиган жисмоний соғ-омонлигини тушунишарди. Саломатликка баъзан «организмнинг атрофдаги биологик, табиий ва ижтимоий муҳит билан мувозанатини тавсифлаб, шахснинг функционал лаёқатларини мумкин қадар кўпроқ юзага чиқаришга имкон берувчи ҳолати» деб ҳам таъриф берилади. Саломатликнинг яна бир «кенгайтирилган» таърифи организмнинг анатомик жиҳатдан яхлитлигини шахснинг оилавий, ижтимоий ҳаёт ҳамда меҳнат жабҳасида ўз вазифаларини нормал адо этиб бориши, жумладан, стрессга мослана олиши, ўзини соғ-омон ҳис қилиши, оғир касалликлар ва вақтидан илгари ўлиш хавфига берилмаслик қобилияти билан пайваста қилиб бирга қўшишга асосланади.

Саломатлик «жисмоний, маънавий ва ижтимоий жиҳатдан бутунлай соғ-омон бўлишдир», деб ЖССТ томонидан қабул қилинган таърифи бир қадар хаёлий орзудек бўлиб кўринади ва энг кам миқдордаги тиббий ёрдам учун энг оғир иқтисодий ҳамда экологик шароитларда узлуксиз кураш бўлиб турган баъзи мамлакатлардаги аҳволга тўғри келмайди. ЖССТ саломатлик таърифига «ижтимоий ва иқтисодий унумдорлик» жиҳатини қўшиб, 1977 йилда уни кенгайтирди. Саломатлик ва касаллик – физиологик узлуксизлик бўлиб, бунда ҳаммани умумий бир қисмат - ўлим кутади. Жамият соғлиғини сақлашнинг вазифаси – алоҳида олинган ҳар бир одам ва умуман бутун жамиятнинг фаровонлиги йўлида касалликлар, бевақт ўлимни даф этиш ва турмуш шароитларини яхшилаш учун мавжуд методларнинг ҳаммасидан фойдаланишдир.

Бирламчи тиббий хизмат кўрсатиш юзасидан 1978 йили Олмаотада бўлиб ўтган конференция бутун дунёда соғлиқни сақлашга бўлган қарашни ўзгартирди, уни мамлакатнинг иқтисодий ва ижтимоий тараққиёти билан боғлади. Бирламчи тиббий хизмат («ҳаммага саломатлик»), асосан бирламчи тиббий ёрдамнинг ҳаммага баравар бўлиши биринчи навбатдаги вазифа тариқасида тилга олинди. Ўшандан бери ЖССТ ўртага қўйилган вазифаларни ҳал қилиш ва Янги жамоат соғлиғини сақлаш концепциясини кенгайтириш учун алоҳида ғайрат кўрсатиб қелмоқда.

Ижтимоий-иқтисодий ҳолат ва саломатлик

Айрим кишилар ва бутун-бутун популяцияларнинг саломатлиги уларнинг генетик хоссалари, патоген омилларнинг таъсири ва тиббий ёрдамнинг барчага баробарлиги билангина белгиланиб қолмайди. Ижтимоий тенгсизликнинг саломатлик ҳолатига таъсир кўрсатиши аллақачон маълум бўлган – бу нарса XIX асрнинг ўрталаридаёқ Чедвик ва Шаттак маърузаларида ҳам муҳокама қилинган. Қашшоқлик, ёмон санитария шароитлари, оғир меҳнат ва турмуш шароитларининг бир-бирига боғлиқлиги шак-шубҳа туғдирмайди, бироқ ижтимоий таъминотнинг бир қисми сифатида (Буюк Британияда расм бўлганидек) уччала бўғиндаги барчага баравар тиббий ёрдамнинг мавжуд бўлиши саломатлик ҳолатидаги минтақавий ва синфий тафовутларни текислаб кетиши керак, деб ҳисобланар эди.

Ижтимоий ислоҳотлар, асосан, тиббий хизматнинг барчага баравар бўлишига йўналтирилди. Бир томондан, Бисмаркнинг 1880 йили Германияда мажбурий тиббий сугуртани жорий этиши, иккинчи томондан АҚШ да миллий соғлиқни сақлашни жорий этиш тўғрисидаги Клинтон лойиҳасининг барбод бўлиши ана шу ёндашувнинг ёрқин ифодаси бўлиб хизмат қилди (1 ва 13 бобларга қаралсин). Бу – тиббий хизмат кўрсатиш соҳасида давлат механизмлари ёрдами билан тенг ҳуқуқлиликка эришиш

йўлидаги уринишлар эди. Ривожланган мамлакатларнинг деярли барчасида ана шундай системалар бор ва уларнинг аҳолиси саломатлик ҳолатини яхшилашга қўшаётган ҳиссаси Иккинчи жаҳон урушидан кейин бошланган ижтимоий тараққиётнинг муҳим қисми бўлиб ҳисобланади.

Барчага баравар тиббий хизмат мавжуд бўлган мамлакатларда ҳам касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан бир мунча паст синфга мансуб кишилар орасида ижтимоий-иқтисодий мақоми юқорироқ кишилар орасидагига қараганда бир мунча юқори эканлиги кузатилмоқда. 80- йилларнинг охирида Буюк Британияда «Қора ҳисобот» тузилди, бу ҳисобот ўлим ҳоллари малакасиз ишчилар (V синф) орасида мутахассислар ва бизнесменлар (I синф) орасидагига қараганда икки баравар ортиқлигини кўрсатиб берди. Мана шу маълумотлар кенг жамоатчилик ва мутахассислар орасида саросима уйғотди, чунки 1948 йили Миллий соғлиқни сақлаш хизмати барпо этилганидан кейин мамлакатнинг бутун аҳолиси қонун билан кафолатланган бепул тиббий ёрдамдан бир текис баҳраманд бўлади, деб ҳисобланар эди. Бу маълумотлар ижтимоий омилларнинг саломатликни белгилаб берувчи омиллар сифатидаги ролини жиддий суратда қайта кўриб чиқишга мажбур қилди.

Юрак қон-томир касалликларининг нечоғлик кўп учраши классик хавф-хатар омиллари (чекиш, нотўғри овқатланиш ва гиподинамия) га бевосита боғлиқ, лекин бунга шахс психологик эҳтиёжларининг қанчалик қондирилишини белгилаб берадиган ижтимоий шароитлар ҳам таъсир ўтказди. Масалан, Англиядаги ҳар хил ижтимоий гуруҳлар ўртасида юрак қон-томир касалликларидан ўлим кўрсаткичларининг тилга олиб олиб ўтилган тафовутларини юқорида айтиб ўтилган учта объектив омилларнинг кўпроқ ёки камроқ таъсир этиши билан тўла-тўқис тушунтириб бўлмайди; чамаси, аллақандай бир психологик нарса, чунончи: кишининг нечоғлик эркинлик билан қарорлар қабул қила олиши ва ўз ҳаёти устидан назорат олиб бора билиши ҳам катта аҳамиятга эга. Британия давлат хизматчиларини текшириш тадқиқотлари ўлим ҳолларидаги тафовут киши машғулотининг турига қараб 1 га 2 ни ташкил этишини кўрсатиб берди.

Оиласида иккита машинаси бор ва шунга кўра жуда бемалол ҳаракатлана оладиган ўрта синф вакилларида шахсий эркинлик ва назорат даражаси машина битта ёки умуман йўқ оиладагига қараганда юқори бўлади. Таъминлаган синфлар вакилларида кардиологик ўлимнинг бир мунча камлиги шу хилдаги кенг шахсий имкониятларнинг билвосита инъи-косидир.

АҚШ нинг камбағал шаҳар жойларида сўнгги йилларда эпидемия қўламларига етиб қолган сил бошқа бир мисол бўлиши мумкин. Бу ўринда ҳам ижтимоий-психологик омил ишга тушади: хавф даражаси юқори бўлган гуруҳлар (уй-жойи йўқ кишилар, наркоманлар, вужудида ВИЧ вирусини олиб юрувчилар ва бошқалар) ижтимоий жиҳатдан яккаланиб қолгани ва

қашшоқлиги туфайли ҳоммабоп тиббий ёрдамдан фойдаланишга рағбату-истаги йўқ, шунга кўра касаллик тарқалаверади. Беморлар провард натижада врачларга мурожаат қилганларида ҳам уларга ҳар доимо ҳам кераклича эътибор қилинмайди, кейин эса улар дориларни вақтида ва кераклигича ишлатмайди ёки тиббий кўрсатмаларни умуман бажармайди. Бу нарса АҚШ даги бутун шаҳар аҳолисига аста-секин таҳдид солиб боради, чунки хавф-хатар ўчоқларида сил таёқчаларининг антибиотикларга чидамли турлари пайдо бўлиб, соппа-соғ юрган америкалиларга юқаверади. Шарқий Оврупо мамлакатлари ва собиқ СССР тупроғига силнинг қайтиб келиши 90-йилларда бошланган умумий ижтимоий-иқтисодий инқирозга, катта-катта аҳоли оммалари — мигрантларнинг бошқа жойларга кўчиши, шунингдек талайгина маҳбусларнинг озод қилинишига боғлиқ.

Ижтимоий-иқтисодий аҳвол ва саломатликни ўрганиш юзасидан Аламеда шаҳри (Калифорния) да ўтказилган бир қанча текширишлар касалланиш билан ўлим хусусида оқ ва қора танли аҳоли ўртасидаги катта тафовут аввало ушбу этник гуруҳлар орасидаги ижтимоий-синфий фарқларга боғлиқ эканлигини кўрсатиб берди. Бир қанча Оврупо мамлакатларида ҳам худди шунга ўхшаш маълумотлар олинди. Финляндияда паст ижтимоий табақа аёллари гинекологик текширишлардан бадавлат ва ўқимишли аёлларга қараганда анча кам ўтиб туриши аниқланди, ҳолбуки бачадон бўйни раки билан оғриш хавфи камроқ таъминланган аёлларда кўпроқ бўлади. Ижтимоий-иқтисодий аҳволни белгилаб берувчи учта асосий омил: кишининг маълумоти, касб-корининг тури ва даромадларининг миқдори — аҳоли турли табақаларининг турмуш тарзи ва шароитларини ҳам белгилаб беради ва саломатликка билвосита таъсир ўтказади. Ижтимоий-иқтисодий аҳвол ва саломатлик хусусидаги турли тадқиқотлар кишилар саломатлигидаги тенгсизликни меҳнатнинг табиати, одамлар маълумотининг даражаси ва даромадларининг миқдорига боғлайди. Саломатликка таъсир ўтказадиган бошқа омиллар - бу, хатарли хатти-ҳаракат, ижтимоий-психологик стресслар, меҳнат шароитларига алоқадор омиллар (заҳарли элементларнинг таъсири), ўз-ўзини назорат қилмаслик ва оила ёки жамоада тегишлича қадр топмасликдир.

Саломатлик ҳолати ва касалликнинг ўтиши кўпгина омилларга боғлиқ. Буларга алоқадор хавф-хатар омилларининг бўлиши зарарли ижтимоий, жисмоний ва психологик омилларнинг ҳар қандай даво, ҳаттоки энг юқори сифатли даво нафини ҳам камайтириб қўядиган таъсири соғлиқни сақлаш системаси томонидан чеклаб қўйилишини талаб қилади. Бу нарса тиббий хизматни таъминловчи шахсга, шунингдек профилактика билан шуғулланувчи муассасаларнинг аралашувига боғлиқ.

Табиий муҳит ва ижтимоий-иқтисодий шароитлар саломатликка билвосита йўл билан таъсир қилади. Касаллик бошланиши учун унинг манбаи (хўжаси), қўзғатувчиси (ёки бунинг токсини) ва муҳит омили

бўлиши зарур, лекин етарли эмас. Ижтимоий, маданий, сиёсий, диний омиллар ёки табиий муҳит омиллари касалликни пайдо қиладиган ёки у билан бирга давом этиб борадиган воқеалар занжирининг энг муҳим ўтказувчиси бўлиб қолиши мумкин. Соғлиқни сақлаш системаси шу занжирнинг энг бошланишида ёки касаллик аломатлари маълум бўлиб, гап самарали даво устида бораётган маҳалда ишга тушади. Тиббиёт иммунлаш ёки тиббий хавф-хатар омилларини назорат қилиш йўли билан профилактик функцияни бажариши мумкин (иккиламчи профилактика).

Бу модель жуда мураккаб бўлганидан, касалликлар ёки булар туфайли пайдо бўладиган асоратларнинг олдини олишга турли йўллар билан ёндашиш мумкин. Масалан, Лондоннинг Броуд кўчасидаги сув олинадиган колонкани алмаштириш вабо эпидемиясини тўхтатиб қолган, Гольдбергер томонидан янгича парҳез овқатнинг жорий этилиши пеллагра кўпайишига барҳам берган (1 бобга қаралсин). Ҳозирги мураккаб замонда, масалан, тоза сув манбаларини ҳимоя қилиш ёки диарея вақтида регидратация усулини кўлланиш сингари оддий чоралар қанчадан-қанча одамлар саломатлигини яхшилашга ёрдам бериши мумкин.

Мана шу оддийгина методлар ривожланиб келаётган кўпгина мамлакатларда диареядан ўлим ҳолларини кескин камайтира олди.

Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг асосий мақсади муҳтож кишиларнинг барчасига тиббий ёрдам кўрсатишдир. Соғлиқни сақлаш хизматларини молиялаштириш, таъминлаш ва бошқариш алоҳида олинган бир киши ва умуман бутун жамият соғлиғига бевосита таъсир кўрсатади. Одамнинг ишлаш жойи, ижтимоий таъминланиши, маълумоти, оила даромадлари, сарф-ҳаражатларининг миқдори, уй-жой йўқлиги — мана шу жиҳатларнинг ҳаммаси аҳоли саломатлигининг ҳолатига алоқаси бор. Бой мамлакатда даромадлар тақсимооти бадавлат-озчилик билан иқтисодий нуқтаи назардан паст синфга мансуб бўлган кўпчилик ўртасида жуда катта тафовут пайдо қилади. Шу муносабат билан Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг вазифаси — соғлиқни сақлаш системаларини самарали суратда бошқариб бориш ва барча ижтимоий гуруҳларнинг юқори сифатли тиббий хизматдан баҳраманд бўлиш ҳуқуқларини ҳимоя қилишдир.

Касалликлар ва патологик ҳолатларнинг авж олиб бориш механизмлари (патогенез)

Касалликлар ва патологик жараёнларнинг патогенези ёки табиий тарихи деб касаллик бошланган пайтидан бошлаб то охирига етгунича авж олиб бориш механизмига айтилади, бунга, жумладан, касалликнинг бошланиши ва клиник ўтиши, боринги, бир ёқлик бўлиши, даво билан барҳам топиши ёки кейинчалик асоратлар беришига алоқадор бўлган

омиллар ҳам киради. Патогенез генетик ва юриш-туришга оид омилларнинг патологик жараённинг барча даврларидаги ролини ҳам ҳисобга олади.

Касаллик ўзининг авж олиб боришида бир неча босқичлардан ўтади, шу босқичларнинг ҳар бирида касаллик қўзғатувчи агент, хўжа организми ва атрофдаги муҳит ўзаро таъсир қилиб боради. Касаллик қўзғатувчи агент микрорганзим, кимёвий модда таъсири, овқатдаги танқислик ёки юриш-туришнинг хатарли шаклидан иборат бўлиши мумкин (масалан, транспорт воситасини ортиқ даражадаги тезлик билан бошқариш ёки хатарли секс шакллари). Хўжа ўзининг биологик конституцияси ва ижтимоий-иқтисодий омиллар туфайли агентга ҳар хил даражада берилувчан бўлиши мумкин. Муҳит — этиологик учбурчакнинг учинчи омили ҳам касалликни олиб ўтадиган вектор (безгак чивини ёки юқумли қон юқлари бор игна) ни ўз ичига олади.

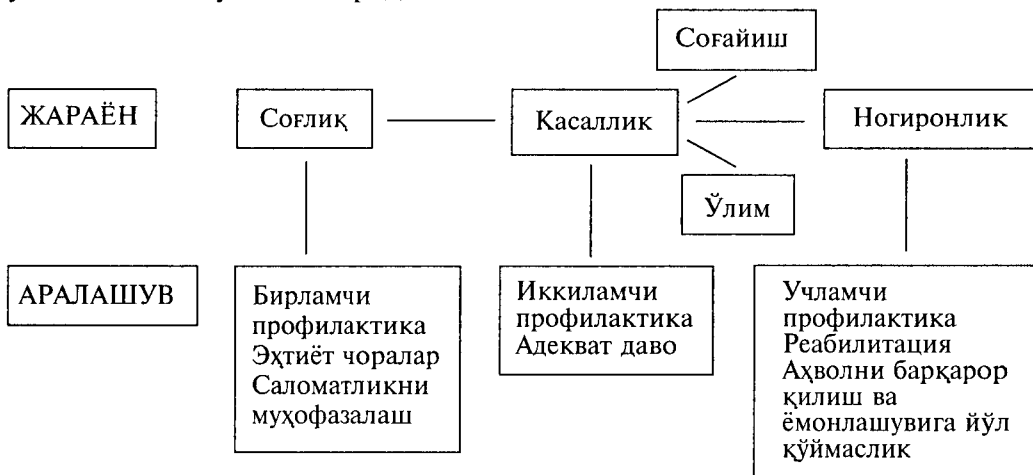


1- расм. Этиологик эпидемик триада.

«Саломатлик – касаллик» жараёни ва аралашув имкониятлари

Ҳар қандай инфекцион ёки ноинфекцион касалликнинг авж олиб боришини маълум тартибда ўтадиган ҳодисалар кўринишида клиник ва эпидемиологик жиҳатдан тасвирлаб бериш мумкин. Клиникадан олдинги босқичи одатда тахмин қилинадиган маълум хавфли омилларнинг инсонга кўрсатадиган таъсири билан таърифланади, баъзи ҳолларда уни диагностик тестлар ёрдамида аниқлаб олиш мумкин бўлади. Сўнгра касалликнинг клиник жиҳатдан маълум бўладиган, аломат берадиган, тиббий муолажалар қилинадиган ва барҳам топиб кетадиган ёки асорат берадиган ва сурункали хилга айланиб кетадиган босқичи келади.

Касалликнинг клиник тасвири, лаборатория ва радиологик текширишларнинг натижалари, унга қилинган даво, унинг барҳам топиб кетгани ёки иккиламчи асоратлар билан давом этиб бораётгани касаллик тарихини ташкил этади. Касалликнинг ўтиши кўрилган эҳтиёт чоралари, даво ёки реабилитация методларига боғлиқ. Тўғри даво қилиш йўли билан касалликнинг авж олиб боришини тўхтатиб қолиш мумкин бўлганидек, эпидемиологик аралашув йўли билан унинг олдини олиш мумкин. Иммуллаш ўтказилганидан кейин, шунингдек популяцияда қисман ёки тўла-тўқис ҳимояловчи иммун даражага эришилганидан кейин аҳоли ўртасида учрайдиган инфекцион касалликларнинг патогенези ўзгариб қолиши мумкин. Болалик даврига хос баъзи касалликлар (қизамиқ, дифтерия) сўнги вақтларда катта ёшли одамларда ҳам учрамоқда, чунки касаллик вақтида ҳосил қилинган, иммунитет камлик қилиб қолади, вакцина эмлаш йўли билан ҳосил қилинган сунъий иммунитет эса, вақт ўтиши билан сусайиб боради.



2- расм. «Соғлиқ – касаллик» жараёни ва унга аралашув имкониятлари

Шахс ва жамият саломатлигининг хавфли омиллари

Ҳар бир инсоннинг саломатлиги организми ва турмуш тарзининг хусусиятлари (хўжага алоқадор омиллари) га ҳамда унга ташқаридан қор қилиб турадиган таъсирлар(муҳит омиллари) га боғлиқ. Хўжага алоқадор омиллари организмнинг у ёки бу касалликларга биологик, жумладан генетик берилувчанлигини, шунингдек одатлари (чекиш, овқатга ружу қўйиш, гиподинамия) ҳамда хатарли юриш-туриш шаклларига мойиллигини ўз ичига олади. Одамнинг юриш-туришига алоқадор омиллари баъзан экзоген ва квазиэкзоген омиллари жумласига киритишади (метаболизм хусусиятлари ва бошқалар сингари соф ички характеристикаларга нисбатан). Сўзнинг том маъноси билан айтганда, эндоген омиллари шахс яшаб турган табиий муҳитни, оиласи ва умуман жамиятнинг ижтимоий-иқтисодий шароитларини ўз ичига олади. Маданият, дин ва одамнинг билим даражаси ҳам, гарчи билвосита йўл билан бўлса-да, саломатлик ҳолатига таъсир қилади. Ижтимоий гуруҳ ёки аҳоли (миллат) саломатлигининг айрим аъзолари саломатлигидан таркиб топади ва тўла-тўқис унга боғлиқ бўлади.

Саломатликнинг ҳолатини белгилаб берадиган баъзи ташқи омиллари бевосита ижтимоий шароитлар таъсири остида таркиб топади, тиббий хизматнинг савияси ва ҳаммабоплиги бунга ёрқин мисолдир. Шахснинг ўз саломатлигини сақлаб қолишининг бошқа бир шarti – жамиятнинг унга соғлом турмуш тарзини ва шахсий хавфсизликни (масалан, йўл ҳаракати қоидаларини), шунингдек кўп учрайдиган касалликларнинг олдини олиш чораларини (ичак инфекцияларидан сақланиш учун ичимлик сувини дезинфекциялаш ёки тиш қариесини камайтириш мақсадида уни фторлашни) таъминлаб беришидир. Ташқи омиллари айрим шахс ёки аҳолининг салбий реакциясига сабаб бўлиши мумкин (эпидемия). Касаллик нечоғлиқ кўп ёки кам тарқалганига қараб, спорадик касалликлар (бир-бирига боғлиқлиги сезилмайдиган, онда-сонда бир учраб қоладиган касалликлар), эпидемик портлаш (чекланган ҳудуддаги аҳолининг айрим гуруҳлари ўртасида тўсатдан бошланиб қолган касаллик), эпидемия (мазкур йил фаслида мазкур жойдаги аҳоли ўртасида касалликнинг одатдагидан анча юқори даражада тарқалиши) ва пандемия (касалликнинг бутун мамлакат ҳудудида, чегарадош мамлакатларда ёки бир йўла кўпгина мамлакатларда тарқалиши) тафовут этилади.

САЛОМАТЛИК МУҲОФАЗАСИГА ДОИР КОМПЛЕКС ДАСТУР

Саломатликни мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш – бу хавфли омиллар, касалликлар, травматизм ва ўлимни шахс, ижтимоий гуруҳ ва умуман жамият доирасида бартараф қилиш ёки чеклаб қўйишга қаратилган қонуний, ижтимоий ва экологик чоралар мажмуидир (масалан, йўл-транспорт ҳодисаларида травматизм ва ўлимни камайтирадиган хавфсизлик камарларидан автомобилларда фойдаланиш).

Бирламчи профилактика – касалликлар пайдо бўлишига йўл қўймайдиган чоралар ёки соғлом турмуш тарзи дастурлари (масалан, қизамиққа қарши эмлаш ёки ўпка ракиннинг олдини олиш учун чекишга қарши курашиш).

Иккиламчи профилактика – касаллик авж олиб кетиши ва жиддий асоратлар пайдо бўлишига йўл қўймаслик учун уни эрта муддатларда аниқлаб олиб, самарали даво қилиш (масалан, кўзнинг кўр бўлиб қолишига, буйрак етишмовчилиги, кўз ва юрак касалликлари, инсультга йўл қўймаслик учун диабетни ўз вақтида аниқлаб олиб, унга даво қилиш ёки диарея пайтида сувсизланиш профилактикаси тариқасида регидратация ўтказиш).

Учламчи профилактика – касаллик ўтиб кетганидан кейин асоратлари пайдо бўлиб, одамнинг ногирон бўлиб қолишига ёки кўнгилсиз оқибатлари юзага келишига йўл қўймаслик, организмнинг оптимал функцияларини аслига келтириш (масалан, инсультдан кейин реабилитация қилиш ёки миокард инфарктдан кейин юрак етишмовчилиги бошланса, касалларни кузатиб бориш).

Касалликнинг айрим бир киши ва умуман жамиятга таъсири ҳар хил тарзда намоён бўлади, унинг ўтишига аралашув эса, касаллик оқибатини ўзгартириши мумкин. Тақдим этиладиган модель инфекцион касалликнинг эпидемиологик структурасига таъсир ўтказадиган баъзи омилларни кўрсатиб беради. Ноинфекцион касалликлар, шунингдек индивидуал клиник ҳодисаларни ҳам шундай модель ёрдамида тасвирлаб бериш мумкин. Қизамиқ касаллиги хусусида 1846 йили Фарер оролларида ўтказилган текширишларга асосланиб, Питер Паннум томонидан шу касалликка бериб ўтилган классик тасвир (4 бобга қаралсин) унинг табиатан эпидемик бўлишини ва ушбу касаллик билан оғриб ўтган кишиларда турғун иммунитет юзага келишини кўрсатиб берди. Умумий иммунлаш туфайли 90- йилларда қизамиқнинг эпидемиологик структураси тубдан ўзгариб қолди. Қизамиқнинг қанчалик йўқолиб кетиши иммунланган (эмланган) кишилар сонига, вакцинанинг нархи ва сифатига, шунингдек аҳолини эмлашга жамоа розилик билдиришига боғлиқ. Авваллари ўзининг «табiiй шакли» да айланиб юрган касаллик энди

кўпгина мамлакатларда бутунлай барҳам топиш даражасига келиб қолди, лекин баъзи минтақаларда ҳали ҳам долзарб бўлиб турибди (4 ва 14 бобларга қаралсин).

Ноинфекцион касалликлар ҳам барқарор тавсифномаларга жо бўлади, шу нарса уларнинг қай тариха авж олиб бориши мумкинлигини бир қадар олдиндан айтишга имкон беради. Масалан, гипертония билан оғриб юрган одамларда инсулт бошланиш хавфи кўпроқ. Гипертонияга даво қилишда янги методлардан фойдаланиш, шунингдек соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш бу касалликнинг этиологиясидаги ўзгаришларга олиб келди. Ташқи хатар омиллари таъсирини камайтириш умуман аҳоли орасида касалланиш ҳодисаларининг яхши томонга қараб анча ўзгаришига олиб боради. Касаллик симптомларини барвақт аниқлаб, даво қилиш ҳисобига тиббий (иккиламчи) профилактика бир қанча ҳолларда хавфли касалликка йўл бермаслик ёки унинг бошланишини бир мунча орқага суришга имкон очади.

Профилактика методлари

Мақсад – касалликлар профилактикаси белгилаб олинганидан кейин навбатдаги вазифа унга эришиш стратегияси ва оралиқ тактик мақсадларни аниқлашдан иборат бўлади. Қандай методлар ва зарур чораларни қўлланиш кераклигини шу нарса белгилаб беради. Саломатликни мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш соҳасида уч турли усуллар бор: бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика.

Саломатликни мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш

Саломатликни мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш – Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг асосий йўналиши бўлиб, унинг мақсади шахс ва жамият саломатлигини яхшилаш учун энг қулай шароитларни яратишдан иборат. Янги жамият соғлиғини сақлаш инсон ва умуман жамиятнинг соғлиғи ва меҳнат унумдорлигига зиён етказадиган касаллик туғдирувчи агентлар ва омиллар таъсирини камайтириш юзасидан чора-тадбирлар ўтказади.

Бир қанча ҳолларда, масалан, мактабга бориш болаларни олдиндан мажбурий эмлаш, алиментар танқисликларнинг олдини олиш мақсадида сут ва нонни марказлаштирилган ҳолда витаминлар билан бойитиш, автотранспортда албатта хавфсизлик камарларидан фойдаланиш учун қонун йўли билан аралаштириш талаб этилади. Солиқ сиёсати ҳам шу гуруҳдаги чоралар жумласига киради, у тамаки ва алкоголь ишлаб чиқарувчилар ва истеъмолчиларини солиққа тортиб, чекиш ва алкоголизмга

боғлиқ касалликлар профилактикаси учун маблағ олади. Озиқ-овқат маҳсулотлари, дори-дармонлар ва пардоз-андозга ишлатиладиган препаратлар сифатининг давлат органлари томонидан назорат қилиниши ҳам миллат саломатлигини мустаҳкамлашга хизмат қилади. Шу муносабат билан кўпгина тоифадаги мутахассислар ва давлат хизматчилари жамият саломатлигини сақлаб бориш ишига бевосита ёки билвосита алоқаси бор, деб таъкидлаш мумкин.

Саломатликни мустаҳкамлаш соҳасидаги бошқа бир муҳим йўналиш — одамларнинг юриш-туриши ва турмуш тарзидаги ижобий ўзгаришларни (чекишдан воз кечиш, жисмоний фаолликни кучайтириш ва бошқаларни) индивидуал доирада рағбатлантириб боришдир. СПИД профилактикасига қаратилган маърифий кампания ҳам шу зайддаги чора-тадбирлар жумласига киради, унинг мақсади ёшларга хатарли сексуал ҳулқ шакллари билан воз кечиш, ўлимга олиб борадиган хавфли касаллик юқиб қолишидан доим ўзини ва ўз жуфтини асрашда ёрдам беришдан иборат.

Бирламчи профилактика

Бирламчи профилактика, бу — касалликка ва ундан зарар етишига йўл қўймаслик мақсадида олиб бориладиган фаолиятдир. Бундай фаолият бевосита «хўжа»га қаратилган, унинг «агент»га кўрсатадиган қаршилигини оширадиган бўлиши мумкин (масалан, эмлаш ёки чекишга барҳам бериш). У шахсий ёки умуман жамиятга йўналтирилган бўлиши мумкин. Бирламчи профилактика чоралари жумласига, масалан, Anopheles чивини — безгак тарқатувчисининг кўпайишини чеклаб қўядиган табиатни сақлаш фаолияти, баъзи касалликлар (қизамиқ, дифтерия) га қарши болаларни эмлаш (шу туфайли болалар ушбу касалликлар билан оғримайдиган ва уларни атрофдагиларга юқтирмайдиган бўлади); сувдан ўтадиган касалликларга йўл қўймаслик мақсадида сувни хлорлаш; йўл-транспорт ҳодисаларида травматизм ва ўлим ҳолларини камайтирадиган хавфсизлик камарларидан автомобилларда фойдаланиш киради. Ўқ отар қуролни сўтишни чеклаб қўйиш жароҳатлаш ва суиқасд қилиш ҳолларини камайтиради, Anopheles чивинларининг тарқалиши устидан назорат олиб бориш ва касал бўлиб қолганларни вақтида даволаш эса, безгак тарқалиши хавфини камайтиради.

Бирламчи профилактика врачлар ва бошқа тиббий ходимларни одамлар ўртасида олиб бориладиган кундалик превентив ишга: болаларни эмлаш, ҳомиладорларни кузатиб бориш, тўғри овқатланишни тарғиб қилиш ва юрак-томир касалликлари, инсульт, ўпка ракига мойил кишиларни зарарли одатлардан воз кечишга даъват қилиш ва бошқаларга ҳам йўналтиради. Соғлиқни сақлаш ходими даволовчи врач бўлибгина

қолмасдан, балки мураббий, маслаҳатгўй, диагност ҳам бўлиши керак. Ҳар бир врачнинг мақсади — кишининг ўз саломатлигига жиддий муносабатда бўлиши, касалликнинг дастлабки аломатларига эътибор бериши муҳимлигини тушуниб олиш учун одамларга ёрдам беришдир. Саломатлик муҳофазасига жиддий муносабатда бўлиш фақатгина врачлар билан касалхоналарнинг ўзига боғлиқ эмас, лекин булар ҳам муҳим ролни ўйнайди. Буларнинг иши касалликнинг пайдо бўлиш хавфини даф этиш ва аҳоли турмушининг сифатини яхшилаш учун ҳар бир конкрет кишига ва умуман жамиятга зарур ахборотни етказишдан иборат.

Иккиламчи профилактика

Иккиламчи профилактика асоратларнинг олдини олиш учун касалликни барвақт, яхшиси, преклиник даврида аниқлаш ва даволаш чораларидир. Масалан, ангинага ёки бошқа стрептококк инфекцияси билан оғриган болага даво қилинмаса, жуда жиддий, ҳаттоки ҳаёт учун хавfli асоратлар бошланиши мумкин: бўғимлар яллиғланиши ва буларнинг асоратлари, юрак қопқоқларининг ревматик пороги ёки гломерулонефрит шулар жумласидандир. Бемор кишида гипертония хасталиги аниқланганда тана вазнини камайтириш, тузсиз овқат истеъмол қилиш, чекишга барҳам бериш, шунингдек дориларни ичиб туриш буюрилади — бу чораларнинг ҳаммаси инсулт бошланиш хавфини камайтиради. Корхонадаги авария вақтида ёки автойўл фалокатида шикастланган одамга самарали тез ёрдам бериш, уни вақтида касалхонага ётқизиш ўлимни ёки келгусидаги оғир ногиронликнинг олдини олиш мумкин. Юқори сифатли жамият соғлигини сақлаш, масалан, диабетга алоқадор асоратларга (юрак, буйрак, кўз ва периферик томирлар касалликларига), шунингдек касалхонага ётиб қолиш, ампутация, инсулт ҳолларига йўл қўймаслиги мумкин, у умрни узайтириб, турмуш сифатини яхшилаш олади, ҳам. Соғлиқни сақлаш системалари алоҳида тиббий хизматлар тариқасидагина эмас, балки Янги жамоат соғлигини сақлаш доирасидаги уюшган системалар тариқасида ҳам иккиламчи профилактика билан шуғулланиши керак.

Учламчи профилактика

Учламчи профилактика одам бирор касаллик ёки травма ва уларнинг асоратларига учраганидан кейин организмнинг функцияларини мумкин қадар кўпроқ аслига келтириш, ростилашни ўз олдига мақсад қилиб қўяди. Масалан, гипертония билан оғриб, кейин инсултни бошидан кечирган одам маълум бир босқичда йўқолган функцияларни аслига келтиришга қаратилган, турмуш сифатини яхшилашни кўзда тутган тадбирларга

муҳтож бўлади. Юрак тож томирлари касаллиги, сон суяги синишлари ва ёши қайтиб қолган кишиларда кўп учрайдиган бошқа талайгина дарду-касалликларга даво қилиш бугунги кунда фаол реабилитацион ёндашувга асосланганки, шу нарса авваллари ногиронликка маҳкум бўлган одамларни нормал ҳаётга қайтаради. Ногиронлар учун мослаштирилган махсус аравачалар, ванна хонадаги қулай мосламалар, эшик ва пандуслар — реабилитация қилиш ва бемор кишини жамиятга қайтаришнинг муҳим ҳаётий омилidir. Сурункали касалликлар билан оғриган беморларга уйда парвариш қилиш, тиббий ёрдам бериш ишларини уюштирмақ керак (дори-дармонлар, парҳез овқат, физиотерапия ва ёрдамчи хизматлар). Уйда қилинадиган парвариш дориларни тайинлаш, беморни текшириш ва уй ишларида унинг мустақиллигини қўллаб-қувватлаб боришни ўз ичига олмоғи лозим. Мана шуларнинг ҳаммаси Янги жамоат соғлигини сақлаш вазифаларининг бир қисми бўлиб ҳисобланади.

2.1. жадвал

Айрим касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси

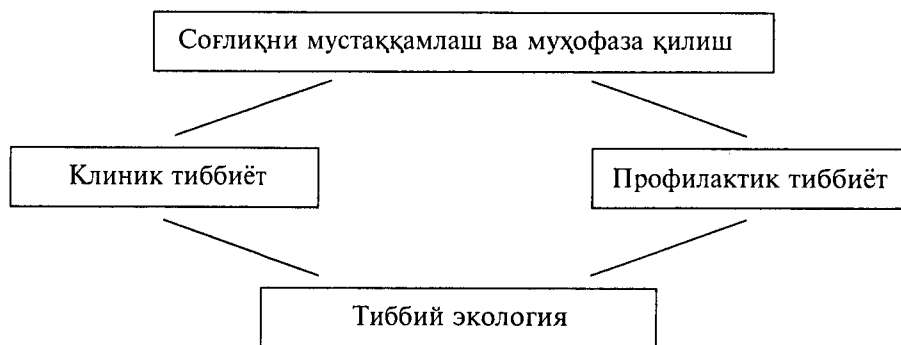
| Касаллик номи | Бирламчи профилактика | Иккиламчи профилактика |
|---------------|--|---|
| Қизамиқ | Гўдаклар ва ўқувчиларни албатта эмлаш Катталарда касаллик бўлиш-бўлмаслигини кузатиб бориш Витамин А қўшиш | Эпидемиялар вақтида эмлаш ишларини ўтказиш Асоратларни даволаш |
| Вабо | Шахсий ва маиший гигиена тўғрисида аҳоли орасида санитария маорифи ишларини олиб бориш Канализация ва оқава сувларни тозалаш системаларини назорат қилиб бориш Оқава сувлар билан суғоришни тақиқ-лаш Сувни хлорлаш | Аҳоли орасида санитария-гигиена маорифи ишларини олиб бориш Организм сувсизланишига йўл қўймаслик учун орал регидратация ўтказиш |
| Безгак | Анонрепелс чивини устидан назорат олиб бориш Ботқоқликлар ва чивин кўпаядиган бошқа зах жойларни қуритиш, дезинфекция қилиш | Беморларни аниқлаш ва даволаш Касаллик чиқиб қолишини кузатиб бориш |

| Касаллик номи | Бирламчи профилактика | Иккиламчи профилактика |
|------------------|--|---|
| Гепатит В | <p>Деразалар ва қаравотларга чивин ўтказмайдиган тўрлар тутиш Саёҳатчиларни безгакка қарши эмлаш</p> <p>Гигиена ва маориф ишлари Чақалоқлар ва оғриб қолиш хавфи катта бўлган кишилар (медиклар ва бошқалар)ни эмлаш</p> | <p>Хатарли юриш-туришларга йўл қўймаслик учун санитария маорифи ишларини олиб бориш Донорлар қонини назорат қилиб бориш Фақат стерил игналардан фойдаланиш, бир марта ишатиладиган стерил игналар билан таъминлаш</p> |
| Инсульт | <p>Туз ва ёғлар истеъмолини камайтириш, ичкилик ичиш ва чекишдан воз кечиш Қон босимини мунтазам равишда ўлчаб туриш</p> | <p>Артериал гипертонияни аниқлаш ва даволаш Барвақт реабилитация қилиш Стрессни камайтириш</p> |
| Коронар касаллик | <p>Хатар омиллари (чекиш ва бошқалар) хусусида тушунтириш ишларини олиб бориш ва уларнинг таъсирини камайтириш Шахсий ва ижтимоий хатар омиллари мониторингини олиб бориш</p> | <p>Миокард инфарктини аниқлаш ва малакали даволаш Барвақт реабилитация қилиш Юрак етишмовчилигига йўл қўймаслик учун беморни кузатиб бориш</p> |

Соғлиқни сақлаш системаси асосий компонентларининг бир-бирига боғланиши

Аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш ва яхшилаш вазифасини бир мунча тўлароқ ҳал қилиш учун Янги жамоат соғлиғини сақлаш профилактик тиббиёт билан клиник (даволовчи) тиббиётни, шунингдек

ягона системанинг ўзаро боғлиқ элементлари бўлмиш ижтимоий ва экологик дастурларни бир-бирига яккаш, пайваста қилиб бирлаштиради. Функцияларнинг ана шу интеграцияси ресурслар тақсимотига таъсир ўтказди, шу муносабат билан турли хизматлар фаолиятини бошқариш ва режалаштиришда комплекс модел (яъни Янги жамоат соғлигини сақлаш) дан келиб чиқиб, иш кўрмоқ зарур.



3 - расм. Соғлиқни сақлаш системаси асосий компонентларининг бир-бирига боғланиши

Касалликлар миграцияси

Бутун одамзот тарихи давомида касалликлар уларни ташувчилар — одамлар, ҳайвонлар ёки хашаротлар — бир жойдан иккинчи жойга ўтиб, яъни миграция қилиб турган ва фожиали оқибатларга олиб келган. Чунончи, чума кўзғатувчисининг Марказий Осиё даштларидан Хитой, Ҳиндистонга, у ердан эса, Оврупога ўтиши XIV асрда миллионларча кишиларнинг ёстигини қуритган ва, кичикроқ миқёсларда бўлса-да, неча мартаб такрорланган даҳшатли пандемияларга олиб келган. Овруподан Янги дунёга олиб ўтилган касалликлар туб аҳолининг кўплаб ўлиб кетишига сабаб бўлган, мустамлакачилар эса, ўз навбатида, Оврупога захми олиб келишдики, бу касаллик ҳозирги кунда ҳам узил-кесил йўқ қилинган эмас. Африкадан Марказий ва Шимолий Америкага ғоят катта қўллар оммасининг олиб келиниши эндемик африка касалликлари — безгак ва сариқ иситманинг шу мамлакатларга тарқалишига сабаб бўлди. XIX асрда Ҳиндистондан Маккага, у ердан Яқин Шарқ ва Ўртаденгиз мамлакатларига ўтган вабонинг бир нечта эпидемияси бўлди.

XX асрда ҳам бир нечта пандемиялар бўлиб ўтди, шуларнинг орасида 1918 йил грипп пандемияси ажралиб туради, у Биринчи жаҳон урушидан кейин Оврупо билан Америкага тарқалиб, сони жиҳатидан олганда урушнинг ўзидагилар билан қиёсласа бўладиган қурбонларга олиб келди. Уруш ва 1917 йил Октябр инқилоби вақтида Фарбий Оврупо бўйлаб тиф эпидемияси тарқалди. Тиф эпидемиялари ҳаминша урушлар билан бирга давом этиб боради, лекин инфлуэнца эпидемиялари айнан урушдан кейинги даврда кузатилади. ВИЧ инфекциясининг тез тарқалиб бораётгани касалликлар миграциясининг жамият соғлигини сақлаш учун қандай аҳамияти борлигини кўрсатиб турибди.

Касаллик туғдирадиган агентлар қитъалар бўйлаб жойдан-жойга ўтар ва айни вақтда хўжасини ўзгартириб борар экан, ўзи ҳам ўзгаришларга учраб боради. Чунончи, ҳаддан ташқари вирулент бўлиб, XV – XVI асрларда кўп кишиларнинг ёстигини қуритган захм қўзғатувчиси аста-секин заифлашиб, эндемик шаклга кириб қолди. Патоген агент жойдан-жойга ўтганида вирулентлигининг сусайиб бориш ҳодисасидан айниқса барқарор иммунитет ҳосил қилиш учун заифлаштирилган самарали вакциналар тайёрлашда фойдаланилади.

Шу билан бир вақтда хавфли инфекцион касалликларнинг ҳаммаси бир қадар йўқ бўлиб кетди ёки назорат остига олинди деб ўйлаб, хотиржам бўлиш мумкин эмас. XX аср бошларида, сариқ иситма ва безгак эпидемиясига қарамай, Панама канали қурилди. Касалликларнинг чивинлар орқали тарқалиши исбот этилганидан кейин минтақани чивинлардан тозалаш учун дезинсекция ўтказилгани туфайли бу қурилишни уддалаш мумкин бўлди. Аҳолини эмлаш расм бўлгани туфайли талайгина инфекцион касалликлар бугунги кунда назорат остига олинган, лекин яқингинада бўлиб ўтган қизамиқ, кўкйўтал ва дифтерия эпидемиялари инфекцион касалликлар доим назорат остида бўлиши кераклигини ва уларга қарши курашиш учун турли стратегияларни қўлланиш зарурлигини кўрсатади. 80- йилларда биз СПИД пайдо бўлганига, сил ва безгак эпидемиялари яна қайта бошлангани, шунингдек бактерияларнинг кўпгина антибиотикларга чидамли бўлиб қолганига гувоҳ бўлдик.

Ҳозирги кунда эски ва янги инфекцион касалликлар пайдо бўлиб тургани бутун дунёда қайд этилмоқда. Бу нарса ривожланаётган кўпгина мамлакатларда аҳолининг қишлоқлардан шаҳарларга кўплаб кўчиб ўтаётганига боғлиқдир. Эндиликда маҳв этилгандек бўлиб кўринган касалликлар (Жанубий Америка ва Россия жанубида вабо, 1995 – 1996 йиллари Россияда дифтерия, сил ва ҳатто безгак ҳамда 1994 йили Ҳиндистонда чума) нинг янгидан бош кўтариши жамият соғлигини сақлаш соҳасида XX асрда эришилган ютуқларга қарамасдан, бу касалликлар ҳозир ҳам жиддий хавф солиб турганини ва доимий назоратни талаб қилаётганини исбот этади.

Эпидемиологик ўзгариш

Т. Мак-Кин томонидан ажойиб қилиб тасвирлаб берилган одамзот эпидемиологик тарихидан маълумки, асосий инфекцион касалликлар туфайли ўлиш ҳоллари касалликларнинг юқиш назарияси шаклланишидан, уларнинг кўзгатувчилари аниқланиб, даво воситалари топилишидан анча илгари камая бошлаган. Ўлиш ҳолларининг XVIII — XIX асрларда камайиши овқатланиш ва умуман яшаш шароитларининг анча яхшиланиши (аграр ва саноат революциялари оқибатида) туфайли одамларда инфекцияларга нисбатан қаршилик кучайганига кўпроқ боғлиқ бўлган. Микроорганизмларнинг ўзида вақт ўтиши билан вирулентлик камайиб боришини ҳам истисно қилиб бўлмайди. XIX аср охири — XX аср бошларидаги санитар ва бактериологик революциялар эпидемиологик вазиятни сезиларли даражада яхшилади ва касалланиш ҳоллари камайишига сабаб бўлди, сульфаниламидлар ҳамда антибиотикларнинг пайдо бўлиши эса, авваллари ўлимга маҳкум бўлиб келган беморларни яхши даволашга имкон берди. Ўлим ҳоллари аҳолининг икки гуруҳида — чақалоқлар ва болалар ўртасида ҳаммадан кўра кескин камайдики, инфекциялардан авваллари шулар айниқса кўп талафот кўрар эди. Мана шу ҳамма ўзгаришлар — ижтимоий-иқтисодий тараққиёт оқибатлари - инфекцион касалликларнинг чекиниши ва «цивилизация касалликларини» кўпайиб боришига олиб келди. Шу билан бир вақтда демографик ўзгариш юз берди — тугилиш камайиб, одамларнинг умри узайди, аҳолининг ёш структураси вояга етган ва кексайган кишилар томонига қараб ўзгарди.

Аҳоли орасидаги касалланиш ва ўлиш ҳолларининг эволюцияси (эпидемиологик ўзгариш) жамият демографик тараққиёти тарихий жараённинг ажралмас қисмидир. Патология структурасида инфекцион касалликлар улушининг нисбатан камайиши ва шу билан бир вақтда замонавий турмуш тарзига алоқадор сурункали касалликлар ролининг кучайиши турли мамлакатларда XX асрнинг ўрталарида рўй берди, ривожланаётган мамлакатларда эса, ҳозир турли даражада турибди. Мана шу тенденцияни доимий назорат остида тутиш ва соғлиқни сақлаш ишининг стратегияси билан тактикасига тегишли ўзгартиришларни киритиб бориш ниҳоятда муҳим.

Аҳоли орасидаги касалланиш структурасининг ўзгариши турли омилларга боғлиқ бўлиши мумкин. Чунончи, инсоният тарихининг илк босқичларида кўчманчилик-овчилик турмуш тарзидан ўтроқ қишлоқ ҳўжалик турмуш тарзига ўтиш овқат, турар жойлар хили ва турмушнинг бошқа жиҳатлари ўзгаришига сабаб бўлди, бу ўзгаришлар бир хил патоген омиллар ролини камайтирган бўлса, бошқаларининг ролини кучайтириб қўйди. Одамларнинг аҳолиси сийрак қишлоқ жойларидан аҳолиси зич

шаҳарларга кўплаб кўчиб ўтиши улар учун, бир томондан, турмуш қулайликларини берган бўлса, иккинчи томондан, инфекция тарқалишини енгиллаштирди. Индустрлаш ва шаҳарларнинг ўсиши (XVI – XVIII асрлар) атроф муҳит ифлосланишига, травматизм хавфи кучайиши, янги касб касалликлари пайдо бўлиши ва ўлим ҳамда ногиронлик технологик сабабларининг умуман ортишига олиб келди. Эпидемиологик ўзгаришни ёлчиб овқатланмаслик, ғуж бўлиб яшаш ва оғир меҳнат шароитларига алоқадор қашшоқлик касалликларидан мудом кўп овқат ейиш, ўтириб ҳаёт кечириш, стресс, транспорт травматизми туфайли ва кимёвий моддаларни, шунингдек тамаки, ичкилик, дорилар, наркотикларни суистеъмол қилиш натижасида бошланадиган фаровонлик касалликларига ўтишдир, деб таърифлашади, кўпинча. Буларнинг ҳаммаси одамлар ўртача умрининг анча узайиб, юрак қон-томирни, таянч-ҳаракат аппаратининг сурункали касалликлари, диабет ва бошқалар кенг тарқалиши муносабати билан тиббий хизматларга эҳтиёж тез ўсиб борди.

Ривожланган мамлакатларда эпидемиологик ўзгаришнинг бошқа даври юрак ва қон-томир касалликларидан, шунингдек бир қадар травматизмдан ҳам ўлиш ҳоллари камая бошлаган 60- йиллардан кейин бошландики, бу нарса умр узайишига сабаб бўлди. Бу жараённинг сабаблари ҳозиргача тўла-тўқис аниқ эмас. Юрак қон-томир касалликларидан ўлиш ҳоллари фақат ғарбий мамлакатларда камаяётганини айтиб ўтиш зарур, Шарқий Оврупо мамлакатлари ва собиқ Иттифоқ ҳудудида эса, бу касалликлардан ўлиш ҳоллари ҳамон кўпайишга мойил. Шундай бўлса-да, бу муаммолар ривожланган мамлакатлар учун долзарб бўлиб қолмоқда, улар ноинфекцион касалликларнинг «янги» эпидемияларига қарши курашга тайёр турмоқлари керак.

Фаолият соҳаси сифатида соғлиқни сақлашнинг таърифи

Соғлиқни сақлашни фаолият соҳаси деб ифодаловчи таърифларнинг ўзгариб бориш жараёнининг ўзи янги соғлиқни сақлаш эволюциясини тушуниб олишга имкон беради. Жамият соғлиғини сақлашнинг классик таърифи мана бундай (Уинслоу, 1920):

«Касалликларга йўл қўймаслик, умрни узайтириш ва соғлиқни муҳофаза қилиш, жамиятнинг қуйидаги йўналишлар бўйича уюшган саъйи-ҳаракатларини кучайтириш орқали касалликларнинг олдини олиш, умрни узайтириш, саломатлигини сақлаш, оптимал ҳолдаги фаолиятни таъминлаш илми ва санъатидир.

— атроф муҳитни соғломлаштириш, санитария назоратини олиб бориш,

— оммавий инфекцияларни назорат қилиш,

— саломатлик ва гигиена масалаларида аҳоли билимини ошириш,
— кексаларга тиббий ёрдам ва парвариш ишларини уюштириш,
барвақт диагностика ва хавфли касалликларнинг олдини олиш, ижтимоий
хизматларни ривожлантириш, саломатликни сақлаб бориш учун ҳар бир
кишига муносиб турмуш даражасини таъминлаб бериш, ҳар бир фуқарони
ўзининг саломат бўлиш ва узоқ умр кўришга бўлган ҳуқуқини амалга
оширғ оладиган қилиб ижтимоий бойликларни тақсимлаш йўлида
уюштирилган савийи-ҳаракатлари ҳисобига энг маъқул ҳолатдаги ҳаёт-
фаолиятни таъминлаш илми ва санъатидир».

Профилактик тиббиёт жамият соғлиғини сақлашнинг, худди клиник
тиббиёт сингари, шахсга қаратилган превентив, яъни эҳтиёт чора-
тадбирлари комбинациясидир. Бу чора-тадбирлар, масалан, умумий
иммунлаш дастурларида амалга оширилади. Клиник тиббиётда
қўлланиладиган чора-тадбирлар қаторига, жумладан, маориф ишларини
киритса бўлади, чунки гипертония ёки диабет билан оғриган беморни
даволовчи врач шу касалликларнинг жиддий оқибатлари — инсульт, юрак
пороклари, буйрак етишмовчилиги ва кўз кўрмай қолиши тўғрисида
ўша беморни огоҳлантириб қўйиши шарт. Врач ўз беморига озиш ва
чекишни ташлаш тўғрисида маслаҳат берар экан, худди соғлом аёлни
кузатиб борадиган акушерка сингари, превентив чораларни кўрган, яъни
профилактика билан шуғулланаётган бўлади. Профилактик тиббиёт, бу
— касалликларни олдини олиш, умрни узайтириш, жисмоний ва
маънавий саломатлик ҳамда шахсий муваффақиятни мустаҳкамлаш илми
ва санъатидир. Профилактик тиббиёт даволашга доир ҳамда превентив
фаолиятга асосланади ва хатарли гуруҳларга, саломатликни миллий
доирада муҳофаза қилиш муаммоларига алоҳида эътибор беради. Шундай
қилиб, аҳолининг юриш-туришини ўзгартириш, соғлом турмуш тарзини
ҳамда шахсий саломатлик билан жамият саломатлиги учун жавобгарликни
жорий этиш туфайли хавф омилларини бартараф этиш — профилактик
тиббиётнинг асосий йўналишидир.

Ижтимоий тиббиёт, жамоа соғлиғини сақлаш атамалари — баъзан
«жамоат соғлиғини сақлаш» тушунчасининг маънодоши, синоними
тариқасида ишлатилади. Лекин ижтимоий тиббиёт касалликни социал
жиҳатдан олиб қарайди ва жамият соғлиғини сақлашнинг экологияга оид
ва бошқарув функцияларини тилга олмайди. Жамоат соғлиғини сақлаш
саломатлик муаммолари билан маҳаллий доирада шуғулланади, ҳолбуки,
жамият соғлиғини сақлаш вилоят, мамлакатдан бошлаб то умуман бутун
дунё доирасидаги анча кенг жабҳада фаолият олиб боради. Бир шахс, бир
оила ёки бир жамоа доирасида уддалаб бўлмайдиган муаммолар бор. Турли
мақсадлар турли доиралардаги аралашув стратегиясини талаб қилади.

Бироқ, бу концепцияларнинг ҳаммаси бирламчи бўгин - жамият соғлиғини сақлаш фаолиятининг объекти сифатидаги жамоани (маҳаллий, миллий ёки ҳатто байналмилал жамоани) кўздан кечиради. Жамоа фаолиятига тўғри баҳо бериш учун унинг характеристикаларини билиш муҳим. 80- йилларда жамият соғлиғини сақлашнинг юқорида айтиб ўтилган элементларнинг ҳаммасини ўзида мужассам этган янги структураси кўзга ташлана бошлади. Бу структура жамоа саломатлигининг аҳволини яхшилашга оид ҳамма чора-тадбирларни ва шу билан бир вақтда индивид соғлиғини муҳофаза қилишни ўз ичига олади. Мана шу турлитуман мақсадларга эришмоқ учун якка тартибда парвариш қилиш ҳамда индивиднинг соғ-омонлигини яхшилашга қаратилган жамоа фаолияти системасини ўз ичига оладиган турли йўналишларда қадам қўймоқ зарур. Бунга молиявий масалалар ва соғлиқни сақлаш системасини бошқариш, аҳоли саломатлиги аҳволини баҳолаш ва уни яхшилаш чоралари киради. Бу вазифалар ижтимоий хавф омилларининг саломатликка кўрсатадиган таъсирини камайтиришга қаратилган маориф ишларини, шунингдек ҳар хил ёндашувларни, дунё миқёсида саломатликни яхшилашга эришмоқ учун муаммоларни халқаро доираларда ҳал этишни биринчи ўринга чиқариб қўяди.

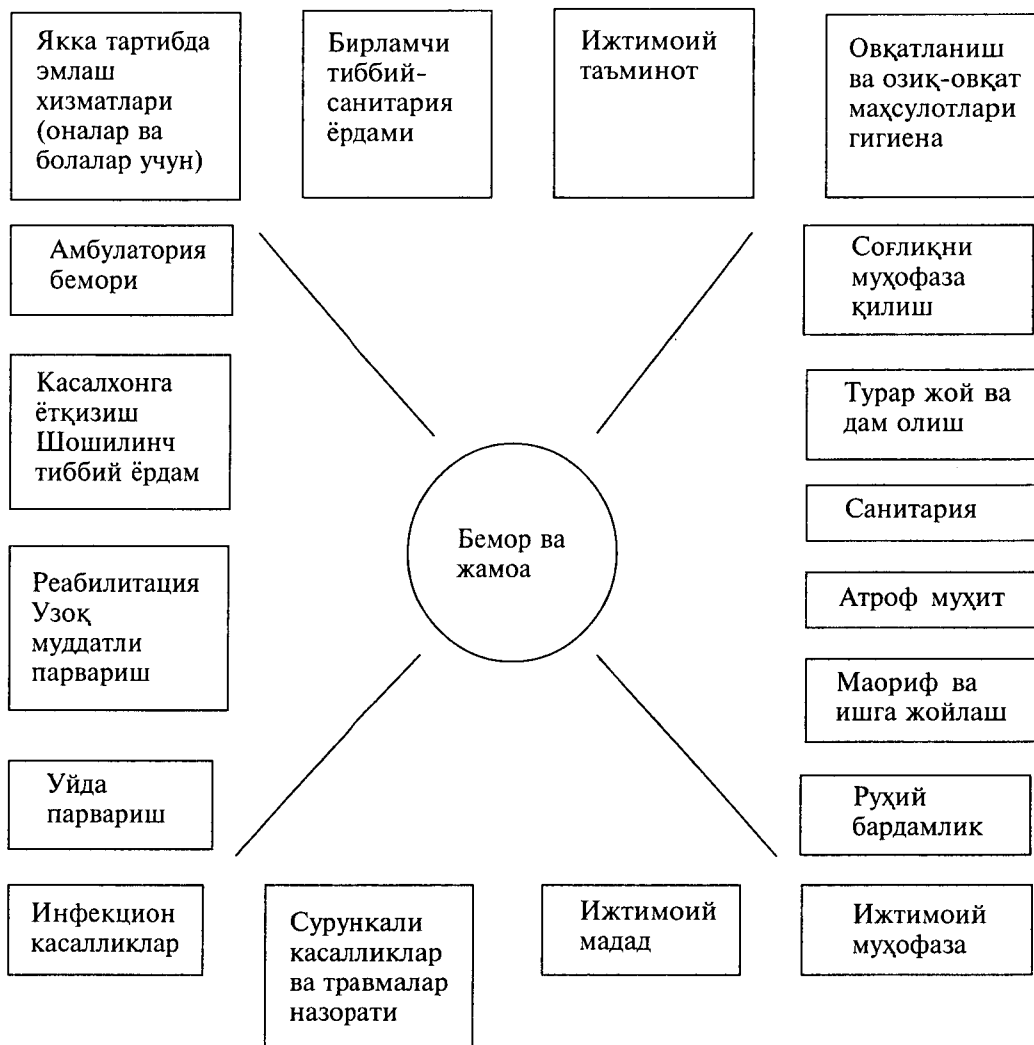
Соғлиқни сақлаш системаси хизматларининг функционал бирлиги

Соғлиқни сақлаш системасига кирадиган муассасалар жамият тараққиётининг турли босқичларида юзага келган ва турли йўналишларда хизмат кўрсатиб борган. Ҳар бир структура бирлиги ўзининг катта ва кичик ҳалқаю-бўгинлари ҳамда маблағ билан таъминланиш системасига эга. Айрим структуралар баъзан маблағлар учун курашишга мажбур бўлади, чунки соғлиқни сақлашга мўлжалланган ресурслар чекланган. Шундай қилиб, превентив фаолият ёки жамоа соғлиғини муҳофаза қилиш дастурлари молиявий маблағларни бошқа бир мунча қиммат доволаш хизматида қараганда камроқ олади.

Жамоат соғлиғини сақлаш кўпгина ҳолларда молиявий маблағлар билан етарлича таъминланмайди, ҳолбуки касалхоналарнинг сарф-харажатларини қоплашга гоят катта маблағлар ажратилади. Ресурсларни тақсимлаш вақтида касалхона хизматлари фойдасига тош босадиган далил-исботлар, олдини олса бўладиган болалар касалликларидан ўлим ҳолларини камайтиришга қаратилган дастурларга нисбатан анча муҳимроқ бўлиб туюлади.

Ҳозирги вақтда поликлиника ёрдамини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга тобора кўпроқ эътибор берилмоқда. Касалхоналар қошидаги мавжуд поликлиникалар якка тартибда амбулатория ёрдамини кўрсатади,

бу — касалхонада даволанишдан кўра анча арзонга тушади. Ҳар қандай касалхона бўлимида аҳолининг эҳтиёжларига яраша профилактик амбулатория хизматини кўрсатиб бориш учун шароит яратиш мумкин. Алоҳида-алоҳида маблағ билан таъминлаш ва менежмент ўртага шундай бир тўсиқ соладики, бунда айрим беморларга ва умуман аҳолига зарур хизматни кўрсатиш мумкин бўлмай қолади. Соғлиқни сақлаш турли структура элементларининг бир-бирига таъсир ўтказиб турадиган ва бир-бирига боғлиқ бўлган комплекс фаолиятдан иборат бўлмоғи керак.



4 - расм. Жамоаларга тиббий хизмат кўрсатиш — хизматлар тармоғи.

Соғлиқни сақлаш тизимининг барча элементларини шу тариқа комплекс равишда фаолият кўрсатиб бориши аҳолининг муайян гуруҳларига хизмат кўрсатишда мавжуд бўлади. Бунда бемор тизимнинг барча элементларининг диққат марказида бўлади. Ресурсларни тежамкорлик билан сарфлаш шунда намоён бўладики, мижоз ўзининг эҳтиёжларига мос келадиган хизматдан баҳраманд бўлиб боради. Касалхонада узоқ ётиш аксари уйда ёки поликлиникада тиббий парваришлаш тизимининг йўқлигини оқибатидир. Бундай исрофгарчилик беморлар олаётган парвариш даражасига ёмон таъсир кўрсатади ва иқтисодий жиҳатдан соғлиқни сақлаш тизими учун самарасиз ҳисобланади. Тиббий хизматнинг турли элементлари ва системалари ўртасида боғланиш бўлиши ва хизматларни мувозанатлашган ҳолда тақсимлаш ҳар бир инсонни ва умуман жамоани зарур ёрдам билан таъминлашга имкон беради, айтилган вақтда ресурслар анча самарали суратда сарфланиб боради.

Бемор индивид ёки жамоанинг бир қисми сифатида индивидуал ёки ижтимоий тиббий хизматнинг диққат марказида бўлади. Иккинчи томондан, инсоннинг ўз саломатлигига ва атрофдагиларининг саломатлигига субъектив муносабати ҳам жамият саломатлигини кўп жиҳатдан белгилаб беради. Бирламчи марта кўрсатиладиган хизмат, шунингдек жамият соғлиғини сақлаш хизматларининг аниқ фаолият кўрсатиб бориши соғлиққа таъсир ўтказади. Жамият соғлиғини сақлаш хизматларининг фаолиятини кенгайтириш, масалан, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, аҳоли саломатлигини яхшилашга, хавф омилларини камайтиришга ва фаол ҳаёт муддатини узайтиришга олиб келиши мумкин.

Соғлиқни сақлаш системасининг мақсадлари ва уларга эришмоқликнинг йўллари

Жамоат соғлиғини сақлаш системасининг мақсадларини белгилаш ва уларга эришмоқликнинг йўллари, масалан, болаларни эмлаш, аҳолини туғилишни тартибга солиш воситалари ва ахборотлари билан таъминлашни, касалликларни барвақт аниқлаш ва даволашни ўз ичига оладиган бевосита методларни ҳамда жамоага таъсир ўтказиш орқали ҳар бир кишини ҳимоя қиладиган билвосита методларни, масалан, атроф муҳитни аҳолини назорат қилиш нормаларини кўтариш, тоза ичимлик суви билан таъминлаш, оқава сувларни тозалаш, озиқ-овқат маҳсулотлари сифатини яхшилаш ва бошқаларни ҳам ўз ичига олади.

Бевосита ва билвосита методлар баъзан бирга қўшилади. Масалан, бир киши эмланар экан (бундан у, шубҳасиз, фойда кўради), касалланиш хавфини билвосита йўл билан унинг эмланмаган ҳамфуқаролари учун ҳам камайтириш мумкин. Диарея билан касалланиш ва ундан ўлим ҳолларини камайтириш учун аҳолини тоза сув билан таъминлаш,

шунингдек шахсий гигиена масалалари юзасидан санитария маорифи ишларини олиб бориш, оналарни эса, болалар диареяси маҳалида орал регидратация методидан фойдаланишга ўргатиш кифоя. Шундай қилиб, жамият соғлигини сақлашнинг фаолияти шахс (индивид), оила, жамоага, яъни пировард натижада бутун миллатга йўлантирилгандир.

Инфекцион касалликларни назорат қилиш системасида индивид ҳамда хавфли омилларга эга бўлган гуруҳлар ҳам ҳимоя бирлиги бўлиб ҳисобланади, шу билан бирга касалликни ташиб юрувчи ҳар бир кишини аниқлаб олиш инфекция тарқалишига йўл қўймаслик учун ниҳоятда муҳимдир. Бу гап, хусусан, безгак ва сил касаллигига тааллуқли, чунки беморлар бу касалликлардан даволаниб, яхши шифо топиб кетишлари мумкин. Бошқа ҳолларда бир-икки киши хасталаниб қолган маҳалда ҳам (полимиелит ёки қизамиқ билан) касаллик чиқиб қолди, деб ҳисоблаш мумкин, чунки бундай ҳодиса бирор популяция қисмининг иммунологик жиҳатдан ҳимоясиз қолганидан дарак беради. Клиник жиҳатдан маълум, аниқланган битта полиомиелит ҳодисаси шу касаллик вирусини ўзида яширин ҳолда ташиб юрган яна 100 киши борлигига ишора қилиши мумкин. Қизамиқни эндиликда бутунлай даф қилиш мумкин бўлиб қолган бугунги кунда катта бир шаҳарда ҳаттоки бир нечагина кишининг шу касаллик билан оғриб қолиши, замонавий стандартларга кўра, профилактика системасининг номукамаллигидан дарак беради.

Иккинчи томондан, оммавий вакциналари бўлмаган ноинфекцион касалликларни назорат қилиб боришнинг негизи шу касалликларга учраш хавфи бор одамларнинг билимлари, кўнгил майллари ва юриш-туришидаги одатларидан иборат бўлиб қолмоқда. Бу ўринда гап битта-яримта ҳодисалар устида эмас, балки касаллик ареалини кенгайтириш ёки қисқартиришга қаратилиши мумкин бўлган ижтимоий жиҳатлар тўғрисида бормоқда. Жамоанинг ҳар бир аъзоси баҳраманд бўла оладиган тиббий хизмат сифати ҳам биринчи даражали аҳамиятга эга бўлиб қолади. Соғлиқни сақлашнинг мақсадларига эришмоқликнинг билвосита йўллари баъзан аввалдагига қараганда анча самарали бўлиб чиқади. Чечакни йўқотиш учун сайёрада яшаб турган ҳар бир кишини эмлашга зарурият йўқ эди, лекин пировард натижада касаллик қўзғатувчисининг йўлини қирқиб қўйиш учун етарлича сондаги одамларни эмлаш керак эди. Бу касалликка қарши курашнинг кейинги босқичида айрим касаллик ҳолларини аниқлаб олишга ва касалликнинг бошқаларга ўтишига йўл қўймаслик учун шу беморлар билан алоқада бўлган ҳамма одамларни эмлашга киришилди. Касаллик устидан тўла-тўқис назорат ўрнатиш учун пировард натижада бутун аҳолини имунлаш вазифасини ўртага қўймоқ зарур.

Ноинфекцион касалликларга қарши кураш стратегияси ҳам таъсир ўтказишнинг бевосита ва билволсита методларини пайваста қилиб бирга қўшиб боришни кўзда тутди. Бевосита чоралар, масалан, айрим бир

беморнинг врач томонидан бевосита текширилиши ва юрак-томир касалликлари профилактикаси хусусида тавсиялар берилишидан иборат бўлади. Индивидда чеклаб қўйса бўладиган қандай хавfli омиллар борлигини барвақт аниқлаш – пассив чекиш ҳодисасига барҳам бериш учун жамоат жойларида чекишни тақиқлаб қўйиш ва бошқалар ҳам шунга киради. Билвосита чоралар тамаки маҳсулотларини реклама қилиш ва сотишни қонун йўли билан чеклаб қўйиш; гўштнинг йўл қўйса бўладиган энг семизлик даражаси нормативларини белгилаш; маҳсулотларнинг қанча калория беришини ўровида кўрсатиб қўйишни талаб қилиш ва нарх-наволарни тартибга солишдан иборат бўлиши мумкин.

Замонавий соғлиқни сақлаш ишида профилактик дастурлар муваффақиятининг гарови индивид турмушининг тарзига таъсир ўтказиш мумкинлигидадир, чунки хавfli омилларнинг кўпчилиги шахснинг кундалик ҳаётига «сингиб кетган». Инсоннинг юриш-туришига таъсир ўтказиш жуда қийин вазифа, уни кўндиришнинг, бирдан-бир аниқ йўли у ёки бу хилдаги хатарли юриш-туришининг шахсий эҳтиёжлари системасига қанчалик жо бўлганини тушуниб олиш ва шу эҳтиёжларнинг қанчалик ўринли эканлигини ўйлаб кўришда шахсга ёрдам беришдир. Хатарли юриш-туришининг маълум қисми билим савиясининг пастлигига алоқадор бўлади, шу муносабат билан тегишли ахборот жуда фойдали бўлиши мумкин. Бироқ бундай билим одамни ўзини ўзи хароб этувчи юриш-туришдан аксари тўхтатиб қололмайди, чунки зарарли одатлар муҳим бўлган аллақандай бошқа ижтимоий-психологик функцияларни бажаради (чекиш одати бунинг классик мисолидир, бу одатнинг зарарли эканлигини бугун ҳамма билади). Индивид ўз эҳтиёжларига жамият ёки соғлиқни сақлаш системасидан кўра бошқача таъбир бериши мумкин (айтайлик, чекиб олиб, хумордан чиқиш, тинчланиб олиш мумкинлиги ўпка раки билан оғриб қолиш хавfliга қараганда унинг учун муҳимроқ бўлиши мумкин). Аёллар чекиш – иштаҳани пасайтиради, деб ҳисоблашадиган бўлса, уларнинг чекишдан воз кечиши қийин бўлади. Одамларнинг «озғинлик – бу гўзалликдир» деган гаплари чекишнинг зарари тўғрисидаги ахборотдан кўра кучлироқ таъсир қилади. Конкрет кишиларнинг ижтимоий устувор нарсаларда саломатликнинг тутган ўрни тўғрисидаги фикрларини синчиклаб ўрганишгина хавfli омилларни камайтириш томонига қараб инсонлар юриш-туришига таъсир ўтказишда жамоат соғлиғини сақлашга ёрдам бериши мумкин.

Жамоат соғлиғини сақлаш муайян омилларнинг аҳоли турли гуруҳлари орасида қанчалик тарқалганини бир-бирига солиштириб кўради ва тегишли мақсадларни - мазкур касаллик пайдо бўлиш хавflини солрадиган у ёки бу омилларни камайтириш ёки йўқотиш вазифасини ўз олдига қўяди. Сўнгра жамоат соғлиғини сақлаш касалликнинг табиий эпидемиологиясига аралаштириш йўллари белгилаб олади ва касалланиш ҳолларини

камайтириш ёки ҳатто касалликни йўқ қилиш дастурини ишлаб чиқади. Индивидлар ва жамоалар саломатликни ўзларининг асосий мақсадлари деб ҳисобламасликлари мумкин. Жамоанинг эҳтиёжлари сиёсий ёки экологик зиддиятлар туфайли айрим кишиларнинг эҳтиёжларига мос келмаслиги мумкин.

Аралашув зарурлигини кўрсатадиган мезонлар

Соғлиқни сақлаш хизматлари бир-бирига боғлиқ ва битта умумий манбадан маблағ билан таъминланадиган бўлганидан умуман система фаолияти самарадорлигини ошириш учун тиббий хизматнинг нархини назорат қилиб бориш ва соғлиқни сақлашнинг устувор соҳаларини уларнинг самарадорлигига қараб ўзгартириб туриш зарур. Шундай қилиб, соғлиқни сақлашнинг иқтисодиёти соғлиқни сақлаш сиёсатининг пойдеворидир. Янги жамоат соғлиғини сақлаш тиббий хизматлар нархини, турли молиявий манбалар ўртасидаги ўзаро таъсирни белгилаш, тиббий хизматлар кўрсатиш билан, янги хизматлар турларини яратиш ёки соғлиқни сақлашга доир чора-тадбирларни ўтказиш зарурлигини текшириш ва кўзланган натижаларга эришиш учун мавжуд молиявий ресурслардан самарали фойдаланишни назорат қилиш билан шуғулланади. Асосий диққат-эътиборни битта омилга қаратиб, бошқаларига аҳамият берилмайдиган бўлса, соғлиқни сақлашни режалаштиришда жуда катта хатоларга йўл қўйилади. Соғлиқни сақлашнинг турли томонлари ўртасида функционал ва иқтисодий жиҳатдан ўзаро боғлиқлик бор. Йўналишлардан бирига ҳаддан ташқари катта ресурслар бериб қўйиладиган бўлса, бошқа долзарб вазифаларни ҳал қилиш учун маблағлар қолмайди. Профилактик дастурларнинг йўқлиги беморларни қиммат турадиган тиббий хизматга мурожаат қилишга мажбур этади. Мана шундай ҳолларда касалхонада даволанишга зўр берилади, бу нарса тиббий хизматлар нархининг ошиб боришига олиб келади ва шундай қилиб, саломатликка зарар етказди ва одамларнинг вақтидан илгари ўлиб кетишига сабаб бўлади. Бу омилларнинг ҳаммаси, пировард натижада, мамлакат иқтисодиётига таъсир қилади. Тиббий хизматларга бўлган талаб билан бу талабларнинг қондирилиши ўртасидаги ўзаро боғлиқликни бошқариб бориш ҳукумат иқтисодий сиёсатининг муҳим томонидир.

Аралашув зарурлигини кўрсатадиган мезонлар ёки жамоат соғлиғини сақлашга аралашувнинг мезонлари эпидемиологик, иқтисодий ва ижтимоий омилларни ҳисобга олади. Ҳар бир касаллик (ёки касалликлар гуруҳи) ўзига яраша турдаги аралашувни талаб қилади. Жамоат соғлиғини сақлашга аралашув мезонларини аниқлашда касалликнинг кимлар орасида ва қанчалик тарқалгани, аралашувнинг самарадорлиги ва беҳатарлиги, хавф омиллари, аралашувнинг мавжуд воситалари, касаллик-

нинг инсоний, ижтимоий ва иқтисодий қиймати, сиёсий омиллар ва муаммонинг устуворлиги эътиборга олинади. Бу – муаммонинг нечоғлиқ жиддийлигига боғлиқ бўлиши мумкин, лекин кўпинча субъектив омилларга: соғлиқни сақлаш системасининг асосий тамойиллари ва ресурсларни тақсимлаш йўлларига ҳам боғлиқ бўлади.

Арашувларнинг баъзи турлари шу қадар яхши ишлаб чиқилганки, уларни ҳар сафар янгидан асослаб беришнинг ҳолати йўқ, балки уларни мазкур вазиятда татбиқ этишнинг энг маъқул усули топилса бас, шунинг ўзигина кифоя қилади. Масалан, болаларни эмлаш айрим бир бола ва бутун популяцияни бартараф этса бўладиган касалликлардан сақлашнинг энг ишончли ва тежамкор воситаси эканлиги исбот этилган. Эмлаш иши қай тарзда (жамоат соғлиғини сақлаш системаси доирасида ёки хусусий врач томонидан) амалга оширилмасин, ҳамма болаларнинг эмланишидан жамият манфаатдор бўлиши керак. Янги вакциналарни ишлатиш тўғрисидаги қарорни айрим кишилар ва жамиятнинг эҳтиёжларига қараб жамоат соғлиғини сақлаш органлари қабул қилади.

Болалар боғчаларида диарея касалликлари чиқиб қолган маҳалларда соғлиқни сақлаш системаси фавқулодда рўй берган воқеа пайтларидагидек иш кўради ва энг мос келадиган аралашув методини танлаб олади. Болалар ўлимни ҳар 1000 нафар аҳоли бошига ҳисоблаганда 70 тадан 30 тагача камайтириш уни 30 тадан 15 тагача камайтиришга қараганда бошқача методларни қўлланишни талаб қилади. Жамоат соғлиғини сақлаш фаолиятининг замонавий нормалари ҳар бир конкрет ҳодисани иқтисодий жиҳатдан асослаб беришга муҳтож эмас. Иқтисодий ва технологик омилларни асослаб бериш – соғлиқни сақлаш системасини режалаштириш ва қалтис вазиятларга йўл қўймаслик ва булар юз бериб қолган тақдирда бу системани шундай вазиятларда ишлаб боришга тайёрлаш жараёнининг бир қисмидир.

Соғлиқни сақлаш соҳасида у ёки бу чораларнинг мақсадга мувофиқлиги тўғрисида қарор қабул қилиш – анча қийин иш. Тўла-тўқис эпидемиологик ва клиник маълумотларга эга бўлиш, шунингдек муаммонинг жамият учун қанчалик муҳимлигини ҳисобга олиш керак. Бундан ташқари, энг яхши тиббий технологияларни, уларнинг самарадорлиги, бехатарлигини, жорий этилишида тўпланган тажрибани, этика нуқтаи назаридан тўғри келиш-келмаслиги, иқтисодий имкониятларини билмоқ лозим. Мавжуд мисолларга мурожаат этишга катта эътибор бермоқ керак. Айрим кишилар ва умуман аҳолининг касалланиш хавфини бартараф этиш ёки камайтириш учун мазкур профилактик чора-тадбир зарур деб ҳисобланадиган бўлса, уни амалга ошириш мақсадга мувофиқ бўлади. Иқтисодий самарадорликни таҳлил қилиб чиқиш жамият соғлиғини сақлаш эҳтиёжлари учун энг керакли лойиҳани танлаб олишга имкон беради.

ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШГА АРАЛАШУВ ЗАРУРЛИГИНИНГ МЕЗОНЛАРИ

Жамиятнинг хавотирлиги — жамоат ташкилотлари, медиа, якка тартибдаги фаолият.

Эпидемиологик ва клиник эҳтиёжлар — ўлим, касалланиш, ногиронлик ҳоллари, физиологик кўрсаткичлар.

Ҳамма тиббий технологиялар — мўлжалдаги воситаларнинг самарадорлиги, беҳатарлиги, уларни қўлланишга доир тажриба бор-йўқлиги, уларни тадбиқ этишнинг этик жиҳатдан тўғри келиш-келмаслиги, иқтисодий имкониятлари.

Профессионал фаолият стандартларини яратиш — ҳар хил турдаги энг яхши даволаш-профилактика муассасаларидаги амалиётда қўлга киритилган ижобий натижалар (консенсус муҳим, лекин шарт эмас).

Сарф-ҳаражатлар ва натижалар — соғлиқни сақлашга қилинадиган бевосита сарф-ҳаражатлар.

Билвосита сарф-ҳаражатлар — якка тартибдаги оилавий, ижтимоий сарф-ҳаражатлар.

Турмуш сифати — аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш.

Юксак стандартларни белгилаб олиш ва рағбатлантириб бориш Янги жамият соғлиғини сақлаш учун жуда муҳим. Қисман шу нарса тиббий хизматга бўладиган сарф-ҳаражатларнинг тинмай ортиб боришини тушунтириб беради ва касалланиш, ногирон бўлиб қолиш, ўлиш ҳолларининг олдини олиш соҳасида муваффақиятларга эришиш учун имкон туғдиради. Ривожланган мамлакатларда қабул қилинган халқаро стандартлардан орқада қолмаслик учун стандартларни доимо қайта кўриб чиқиб, фан ютуқлари ва технология тараққиётига мослаб бориш зарур.

Соғлиқни сақлаш системаси ривожланган мамлакатларда қабул қилинган («олтин стандарт» деб аталмиш) профессионал стандартларга қараб иш кўрмоғи керак. Аини вақтда юксак тиббий технологиянинг ҳаммага саломатликни таъминлаб бериш учун олдинга қўйилган мақсадлардан устун туришига ва у ёки бу мамлакат соғлиқни сақлаш системасининг молиявий ресурсларига тўғри келмай қолишига йўл қўйиб бўлмайди. Технологик тараққиёт (15 бобга қаралсин) янги дори-дармонлар ва тиббий асбоб-ускуналарнигина эмас, балки тиббий хизматлар кўрсатишнинг янги йўллари ёки профилактик чора-тадбирларни ўтказишнинг янги методларини ҳам кўзда тутади. Аралашув тўғрисидаги қарорлар қандай бўлмасин идеал ҳолатга асосланган ҳолда эмас, балки тажриба ва мисолларга қараб туриб қабул қилинади.

Узлуксиз пайдо бўлиб турадиган янги дори-дармонлар, вакцина ва тиббий асбоб-ускуналарни синчиклаб текшириб бормоқ лозим. Мамлакат янги вакцинани, у қиммат турадиган бўлгани учун, сотиб олиб, иммунлаш дастурига киритиш имконига эга бўлмайди. Бироқ, бу вакцинанинг самарадорлиги исбот этилган бўлса, касаллик хавфи катта бўлиб турган маҳалда ундан фойдаланиш мумкин. Бундай ҳолларда масаланинг этик томонига қарамасдан, ота-оналарга маслаҳат бериб, болани касалланишдан асраш учун вакцинани ўз ҳисобларидан сотиб олиш кераклигини айтиш зарур. Вакцинани хусусий йўл билан сотиб олиш тўғрисидаги тавсиялар адолат ва ҳамжиҳатлик тамойилларига зид келади, албатта. Лекин, иккинчи томондан, касалликни даф қилиш имкони борлигидан ота-оналар хабардор қилинмас экан, бошқа турдаги этик можаро туғилади.

2.5 илова

ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШДА СТАНДАРТЛАРНИ БЕЛГИЛАШ МЕЗОНЛАРИ

1. «Олтин стандарт» – мавжуд методикаларнинг энг яхшиси – тиббиёт тараққиёти ва энг яхши деб эътироф этилган соғлиқни сақлаш системаси муассасаларида фаолиятни ташкил этишнинг замонавий даражасига тўғри келадиган, хизмат кўрсатиш хусусида қабул қилинган стандартлар ва нормалар.

2. Қўлга киритса бўладиган ҳамма ахборот - қарор қабул қилишда зарур бўладиган ҳамма ахборотни қидириб топиш.

3. Мета-анализ - қарор қабул қилиш ёки баҳолаш учун мавжуд ахборотни ўйлаб кўриб, чамалаб чиқиш.

4. Муваффақиятли натижаларга асосланган қарорлар – кўнгилдаги далил-исботни ҳамиша ҳам аниқ бир вақт ичида қўлга киритиб бўлмайди.

5. Юксак амалиёт даражаси – дори-дармонлар ва тиббий асбоб-ускуналар ишлаб чиқаришда қабул қилинган стандартлар.

6. Жамият соғлиғини сақлашнинг юксак даражаси – етакчи марказлар ёки уларга қарашли бўлиб, яхши натижаларни қўлга киритган муассасаларда хизмат кўрсатиш стандартлари.

7. Энг юқори сифат – етакчи марказларда юксак стандартлар учун курашиш ва тадқиқотлар ҳамда асарларнинг илмий муҳитда эътироф этилиши.

8. Сен уддалай оладиган нарсаларнинг ҳаммасини мен янада яхшироқ уддалай оламан – бир мамлакат (ёки бир минтақа) стандартларини бошқа мамлакат (ёки минтақа) стандартларига солиштириб кўришда миллий фахрни ҳис қилиш ва ўз-ўзини ҳурматлаш.

9. Эҳтиёжлар, сарф-харажатлар, фойда ва самарадорлик – устувор жиҳатлар, бюджет чекловлари, муқобил нарсалар, талабнинг селективлиги (ресурслар истеъмолчи самарали бўлиши учун).

Эҳтиётдан ўтказиладиган оммавий кўриклар (профилактик текширишлар) дастурлари бир қанча сурункали касалликлар хусусида ўзининг самарадорлигини ҳозирча тасдиқлаб бергани йўқ. Кенг доирадаги касалликларни барвақт аниқлаб олиш мақсадида 50 – 60- йиллари баъзи мамлакатларда аҳоли оммавий кўриқдан ўтказилган бўлса, 70- йилларда бу ишга анча ўзига хос тарзда ёндашиладиган бўлди. Бундай ёндашув кўпроқ хатар остида бўлган гуруҳларни ажратиб олишни, касалликни илк босқичларида аниқлаш учун ҳамма боп ва сезгир диагностик тест, шунингдек яхши даволаш имконияти бўлишини кўзда тутди. Чунончи, сут безлари рентгенографияси (маммография) хусусида бу тадбир вақт-вақти билан ўтказиб туриладиган бўлса, ёши 40 дан ошган аёлларда (бошқа олимларнинг фикрига қараганда, ёши 50 дан ошган аёлларда) сут бези ракини аниқлаш эҳтимоли анча ошиши кўрсатиб берилди. Маълум хавф гуруҳига кирадиган аёлларни, уларнинг ёшидан қатъи назар, ҳар йили гинекологик текширишдан ўтказиб, цервикал суртмасини унда атипик ҳужайралар бор-йўқлигини аниқлаш учун анализ қилиб кўриш жуда ўринлидир, бу нарса бачадон раки билан касалланиш хавфини анча камайтиради. Шу билан бир вақтда рак касаллигининг кўп учрайдиган бошқа хиллари (масалан, ўпка раки) хусусида олинадиган бўлса, уларни барвақт аниқлаб олишга имкон берадиган махсус тестлар бугунги кунда ҳали йўқ, раkning баъзи хиллари (йўғон ичак раки) хусусида эса, самарадорлиги ҳали исбот этилмаган тест (ахлатда қон борлигини текшириш усули) синаб кўрилмоқда. Оммавий текширишларнинг самарадорлиги аввало уларнинг мазкур касалликдан ўлиш ҳолларини аниқтайин камайтириш имконини бериш-бермаслиги билан белгиланади.

Баён этиб ўтилган бу мезонлардан амалиётда фойдаланишга мисоллар тариқасида нисбатан кам учрайдиган ёки унча оғир бўлмаган касалликларга қарши янги вакциналарни қўллашга доир мунозаларларни келтириб ўтиш мумкин. Сувчечакка қарши эмлаш ишини стандарт иммунлаш схемасига киритиш масаласи муҳокама қилинмоқда, чунки болалар сув чечакни анча оғир ўтказади, шу нарса ота-оналарнинг 10 – 14 кун давомида уларга қараб туришини талаб қилади, бу эса оила ва жамиятда иқтисодий йўқотишлар бўлишига олиб келади. Сувчечакка қарши эмлашнинг фойдали эканлигига қўшимча далил яна шуки, бу иш бир неча турдаги герпес вирусларнинг одамга юқиб қолиш эҳтимолини камайтиради. Бир қанча мамлакатлардаги оммавий иммунлаш дастурига яқинда гепатит В га қарши эмлаш ишлари киритилди, бу вакцина одамларни шу касалликдан сақлаб қолишдан ташқари унинг кам учрайдиган, лекин жуда оғир бўладиган кейинги асоратлари – жигар раки ва жигар етишмовчилиги пайдо бўлиш хавфини ҳам камайтиради. Бу тадбирни кенг расм қилишга қаршилиқ қилиб турган нарса, худди

кўпгина ҳолларда бўлганидек, уни оммавий суратда жорий этишнинг қимматга тушишидир.

Шундай қилиб, соғлиқни сақлаш соҳасида у ёки бу турдаги аралашувнинг асосли-асослимаслиги тўғрисидаги масалани ҳал қилиш анча қийин ва баҳсларга сабаб бўладиган ишдир. Энг аввало, тиббий ва иқтисодий зарар хусусидаги тўла маълумотларга эга бўлиш зарур. Замонавий соғлиқни сақлашда у ёки бу турдаги аралашувнинг ўринли-ўринлимаслиги тўғрисидаги масала ҳаммиша самарадорликни таҳлил қилиб кўришни талаб этади. У ёки дастурнинг иқтисодий самарадорлигини ҳаммиша ҳам олдиндан айтиб бериб бўлмайди. Лекин уни расман маъқуллаш учун ҳаммиша унга шу тариқа баҳо бериб чиқиш зарур бўлади. Иқтисодий баҳо масаланинг этик томонини ҳам ўз ичига олади, чунки миллий тиббиётнинг ҳар қандай дастурлари ҳам солиқ тўловчиларнинг ҳамёнидан ҳақ олади ва бошқа ижтимоий мақсадларга бериладиган ресурсларни камайтиради. Шу сабабдан кенг қамровли ва қиммат турадиган дастурлар хусусида айтиладиган бўлса, жамият қабул қилинадиган қарорлар тўғрисида тўла ахборот олиш ҳуқуқига эга ва профессионаллар ўртасидаги баҳсларда ўз вакиллари орқали иштирок этиши лозим.

Бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) га селектив ёндашув

Бирламчи тиббий-санитария ёрдамининг селективлиги хусусидаги концепция 60- йилларда юзага келган бўлиб, асосан, ривожланиб келаётган мамлакатлардаги мураккаб эпидемиологик вазиятда татбиқ этиш мумкин. Соғлиқни сақлаш соҳасида моддий ресурслар билан одам ресурслари танқис бўлиб турган шароитда аҳолининг саломатлиги учун энг кўп самара бера оладиган устувор тиббий аралашувлар йўналишларини танлаб олиш зарур эди. Ўша вақтлардан бери бу тушунча соғлиқни сақлаш ресурслари чекланиб турган пайтда устувор БТСЁ йўналишларини танлаб олиш муҳим деган маънода ишлатилиб келинди. Мазкур тушунча тиббиёт системасининг барча секторлари учун универсалдир, чунки устувор мақсадлар учун тақсимот жараёнида ҳаммиша кўпроқ маблағлар ажратилади.

«Бирламчи тиббий-санитария ёрдамига селектив ёндашув» атамаси касалланиш ва ўлим ҳоллари тўғрисидаги оммавий маълумотларга эмас, балки эпидемиологик жиҳатдан аҳамият тутган, эҳтиёт чораларини жорий этиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган шароитларга асосланувчи миллий устувор йўналишлар мавжудлигини белгилайди. Соғлиқни сақлашга бўладиган сарф-харажатларни режалаштиришда ҳаммиша маблағ ажратилиши керак бўлган у ёки бу чора-тадбирни танлашга таъсир ўтказувчи

бевосита ва билвосита омиллар эътиборга олинади. Бирламчи тиббий-санитария ёрдамнинг вазифалари тўғрисидаги қарорларни қабул қилиш вақтида ҳам аввало молиялаштириш манбаи муҳокама қилинади. Жамият соғлиғини сақлашда қарорлар қабул қилиш жараёни молиявий ресурслари чекланган ва туғилиш ҳоллари кўп бўлган мамлакатда, табиийки, у ўз капиталини гериатрик парваришга эмас, балки она билан боланинг саломатлигига алоқадор чора-тадбирларга ажратади.

Селективлик концепцияси соғлиқни сақлаш микроиқтисодиётининг муҳим элементидир (батафсилроқ маълумот олиш учун 12 ва 16 бобларга қаралсин). Бир мунча камроқ ривожланган мамлакатларда барча халқаро ташкилотлар томонидан эътироф этилган устувор БТСЁ йўналишлари системаси бор. Бундай система ош тузини йодлаш, ичак инфекцияларига даво қилиш учун орал регидратацияни қўлланадиган, болалар овқатини витамин А билан бойитиш, иммунлаш дастурларини кенгайтириш ва унча қиммат ҳамда техник жиҳатдан мураккаб бўлмагани ҳолда неча юз минглаб кишилар ҳаётини сақлаб қола оладиган бошқа чора-тадбирларни ҳам ўз ичига олади. Ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлашнинг мақсади — транспортда, ишлаб чиқариш ва турмушда бўладиган травматизм ҳолларининг олдини олиш, шунингдек юрак қон-томир касалликлари хавфини солувчи омилларнинг тарқалишини камайтиришдан иборатдир.

Хавф-хатар тушунчаси

Касалланиб ёки шикастланиб қолиш эҳтимоли катта бўлган шахслар ёки гуруҳларини белгилаш ҳамда шу гуруҳларни ҳимоялашнинг алоҳида методларини ишлаб чиқиш учун 70- йилларнинг бошларида ЖССТ ташаббуси билан хавф-хатар деган тушунча кўп ишлатиладиган бўлиб қолди. Саломатликка таҳдид солувчи хавф-хатар кўрсаткичи, аслида, шу хавф-хатар ичида юривчи кишиларга медикларнинг кўпроқ эътибор бериши кераклигини, айниқса уларнинг профилактик чора-тадбирларга кўпроқ муҳтож эканлигини акс эттиради. Хавф-хатарни баҳолаш концепцияси ҳар бир кишига муайян минимумни ва бунга айниқса муҳтож кишиларга эса шу хавф-хатар даражасига мутаносиб равишда максимумни таъминлаб беради. Ушбу ҳодисани тасвирлаб бериш учун эпидемиологияда «нисбий хавф-хатар» ёки «аттрибутив хавф-хатар» деган атама ишлатилади.

Равшанки, бутун-бутун аҳоли гуруҳларини, масалан, ҳомиладор ва кўзи ёриган аёлларни, чақалоқ болалар ва ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларни ишонч билан потенциал хавф-хатар гуруҳларига киритиш мумкин. Мазкур гуруҳларда бир қанча ўзига хос муаммолар бўлади, шунга кўра соғлиқни сақлашнинг она ва болага тегишли БТСЁ системаси маблағлари ҳаминша эрта касалланиш ва ўлиш ҳолларини

камайтириб, соғлиқни сақлаш ва ижтимоий-иқтисодиёт соҳасида юксак самарага эришишга қаратилади. Шу муносабат билан хавфли омиллар (масалан, онанинг чекиши, абортлар қилдиргани) ва хавф-хатар гуруҳлари (35 ва бундан кўра каттароқ ёшида тўнғичини туғадиган аёллар ва бошқалар) ни аниқлашга катта эътибор берилади (ҳомиладор аёллар ва чақалоқлар хусусида). Хавф-хатар гуруҳларини синчиклаб кузатиб бориш ҳомиладорликнинг кўнгилисиз оқибатларини анча камайтириш ва болалар саломатлигини яхшилашга имкон беради.

Ёш гўдаклар саломатлигини тинмай кузатиб бориш, ҳам, худди шунингдек, касаллик белгиларини илк босқичларда аниқлаб, касалликнинг олдини олишга имкон беради, масалан, чақалоқ болаларни уларда туғма гипотиреоз ва фенилкетонурия бор-йўқлигини билиш учун текшириб кўриш ва шундай камчиликлари бор болаларни кейинчалик кузатиб, тегишлича даволаб бориш шулар жумласидандир.

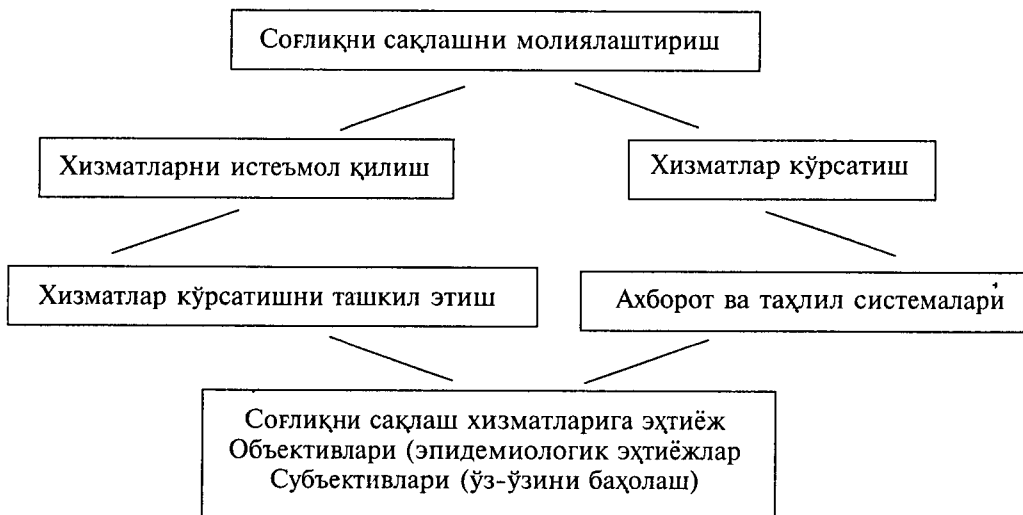
Иммунлашга (Expanded Programme of Immunization), диарея касалликлари (Control of Diarrhoeal Diseases) ва ўткир респиратор касалликлар (Acute Respiratory Diseases) га доир кенг дастурлар – Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг дастурлари бўлиб, бу ташкилот ушбу дастурларни аввало ривожланиб келаётган мамлакатларда жорий этишга ғоят катта аҳамият беради. Америка Қўшма Штатларида жамият соғлиғини сақлаш ўз эътиборини кўпроқ хавф-хатар гуруҳларига, масалан, ҳомиладор аёллар ва чақалоқ болаларга қаратади. Кўпгина миллий грантлар XX асрнинг 20- йилларидан бошлаб шу муаммоларга ажратилади. Федерал ва минтақавий ҳокимиятларнинг фаолияти мос ва мувофиқ келадиган, яъни адекват дастурларни аниқлашга қаратилади.

Эпидемиология ўзига маълум бўлган генетик, ижтимоий, экологик ва одамларнинг юриш-туришига доир омилларнинг ҳаммасини, шунингдек овқатланиш ҳамда касбий фаолиятига оид омилларни сурункали касалликларга сабаб бўлиш-бўлимаслиги нуқтаи назаридан олиб қарайди (5 бобга қаралсин). Хавф-хатар нуқтаи назаридан ёндашув бутун соғлиқни сақлаш сиёсатини белгилайди, қандай бўлмасин бирор жиҳатдан заифроқ кишилар гуруҳига йўналтирилган дастурларни ишлаб чиқишда ундан фойдаланилади. Шу билан бир вақтда бу хилдаги ёндашув бир қадар торлик қилиб қолади: муайян хатар гуруҳини қамраб олишга қаратилган дастурларга бир қадар универсал йўналиш бериш баъзан қийин бўлади. Ҳамма жиҳатларни ўз ичига оладиган дастурларни амалга ошириш учун соғлиқни сақлашга оид тадбирларни танлаб-танлаб амалга ошириб бориш ўзини тўла-тўқис оқлайди. Аксинча, соғлиқни сақлаш системаси универсал дастурларни тасдиқлаб ола биладиган вақт келганда ҳам, хатар гуруҳларининг эҳтиёжларига қаратилган тадбирлар биринчи даражали аҳамиятга эга деб ҳисобланаверади.

Соғлиқни сақлаш системасида менежмент

Илму-фан ва технологиялар тараққий этиб боргани сайин тиббий хизматлар даражаси ва сифати ҳам ўсиб, жамият соғлиғини сақлаш ишининг аҳамияти ортиб боради, ҳам ҳукуматлар, ҳам жамият томонидан албатта олиб бориладиган фаолиятнинг бир соҳаси бўлмиш саломатликни муҳофаза қилиш ишига жамиятнинг муносабати ўзгариб боради. Ривожланган мамлакатларда соғлиқни сақлаш соҳасида хизматларни кўрсатишга ҳукумат жавобгар бўлиши керак деган талаблар тобора кўпроқ ўртага қўйилмоқда ва бу нарса кўпгина партияларнинг сиёсий талаби бўлиб қолмоқда. Худди иқтисодиёт, режалаштириш ва менежмент Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг таркибий бир қисми бўлгани сингари, буларнинг ҳаммаси соғлиқни сақлаш хизматларини молиялаштириш ва бошқариш ишларини ўз ичига олади.

Тиббиёт соҳасидаги сиёсат ва конкрет дастурларни ишлаб чиқиш ҳамиша вазифа ва устувор йўналишларни белгилаб олишни кўзда тутди, чунки ресурслар чекланиб турган шароитларда бир йўналишнинг тараққиёти бошқаларининг зарар кўриши ҳисобига юз беради. Устувор йўналишларни белгилаш, ўз навбатида, аҳоли саломатлигининг ҳолатига ва шу саломатликнинг муаммо бўлиб турган жиҳатларига боғлиқ бўлади. Тиббий менежмент системасининг баъзи элементлари қуйидаги схемада кўрсатилган:



5 - расм. Тиббий менежмент системасининг элементлари.

Сиёсий иқтисодиёт ва саломатлик

Макромиқёсдаги ижтимоий ва этикага оид муаммолар давлат сиёсатининг элементлари бўлиб, у ёки бу дастурларнинг устувор ҳисобланиши ва маблағ билан қанчалик таъминланиши шу сиёсатга боғлиқ. Соғлиқни сақлашга қилинадиган сарф-харажатлар ҳар қандай ҳукуматнинг ижтимоий-иқтисодий соҳадаги фаолиятининг ажралмас қисмидир, шу сабабдан турли сиёсий дастурларда саломатликнинг қандай ўринга қўйилганини тушуниб олиш муҳим. Ҳукуматлар молиявий фондларни етказиб берувчи ва тиббий хизматлар тараққиётини ҳамда тиббий хизматлар учун ҳақ тўлаш системаларини тартибга солувчи асосий структуралардир. Улар соғлиқни сақлашга доир чора-тадбирларни тарғиб этиш ва аҳоли ўртасидаги касалланиш ва ўлим ҳолларига таъсир ўтказадиган экологик омиллардан жамоатчиликни хабардор қилишда ҳам асосий ролни ўйнайди.

Либерал ижтимоий-демократик концепциялар (ва буларга асосланган ҳукумат структуралари) одамнинг саломатликка бўлган ҳуқуқини ҳар бир фуқаронинг ажралмас ҳуқуқидир, деб ҳисоблайди. Давлат соғлиқни сақлашни молиялаштиришнинг каттагина қисмини ўз зиммасига олади ва аҳолининг асосий тиббий хизматлардан кенг миқёсда баҳраманд бўлишини таъминлайди. Атроф муҳитни муҳофаза қилиш ҳамда саломатликнинг бошқа омилларини мустаҳкамлаш учун жавобгарликни ҳам у ўз устига олади. Соғлиқни сақлашни молиялаштириш солиққа тортиш ва ишлаб турган кишиларни мажбурий суғурталаш йўли билан амалга оширилади, тиббий хизматларни етказиб берувчилар сифатида эса давлат муассасалари ҳам, хусусий муассасалар ва врачлар ҳам майдонга чиқиши мумкин. Бу хилдаги системалар ўзларининг ялпи миллий маҳсулотлари (ЯММ)нинг одатда 6 – 10 фоизини соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига ажратади, шу билан бирга тиббиёт ҳамда саломатликка алоқадор бўлган сарф-харажатларнинг 80 фоизга яқинини давлатнинг ўзи бевосита ёки билвосита қоплайди.

Социалистик мамлакатларда барча фуқаролар тиббий хизматлардан баҳраманд бўлишга тенг ҳуқуқларга эгадир. Соғлиқни сақлашга доир фаолиятнинг ҳамма томонларини давлатнинг ўзи бевосита ташкил этади. Системанинг барча функциялари марказлаштириб қўйилгани билан таърифланади ва маҳаллий органларга бир оз оператив эркинлик бериб қўйилган бўлади, холос. Собиқ Совет Иттифоқи республикалари ва Шарқий Оврупо мамлакатларида ана шундай система мавжуд эди, ривожланаётган мамлакатлар (айниқса, коммунистик идеология таъсири остида бўлган мамлакатлар) ҳам унинг кўпгина томонларини қабул қилдилар. Бундай мамлакатларда, одатда, ЯММ нинг кўп деганда 4 фоизи

соғлиқни сақлашга сарфланади (Куба бундан истисно). 90- йиллардан бошлаб, бозор иқтисодиёти расм бўлиши билан, бундай мамлакатлар аҳоли саломатлигининг ёмонлашувига қарши курашиб, қатъий марказлаштирилган соғлиқни сақлаш системасидан қийинлик билан ҳокимият ва масъулият тақсимланиб қўйиладиган, марказлашмаган системага ўтиб бормоқдалар. Собиқ СССР республикаларида бозор иқтисодиётига ўтиш даврида тиббий хизматларнинг ҳаммага бараварлиги чекланиб қолиш хавфини солмоқда.

Мустақилликни 50 — 60- йилларда қўлга киритган собиқ мустамлака мамлакатлар мустамлака ҳокимияти томонидан яратилган соғлиқни сақлаш системаси элементларини сақлаб қолдилар, шунингдек соғлиқни сақлашни ташкил этишнинг марказлаштирилган шакллари социалистик мамлакатлардан қабул қилдилар. Уларнинг бюджетларида соғлиқни сақлашнинг эҳтиёжларига ЯММ нинг 3 фоизидан кўра камроғи ажратилади. 80- йиллар давомида ушбу гуруҳлардаги мамлакатларда тиббиёт секторини марказдан холи қилиб қўйиш ва ҳар хил суғурта шакллари ривожлантириш тенденцияси кўзга ташлана бошлади, ҳукуматдан ташқари ташкилотларнинг роли кучайиб, тиббий суғурта ривожланиб бормоқда. Баъзи собиқ мустамлакалар, соғлиқни сақлаш хусусида муайян концепциялари бўлган мустамлака мамлакатларининг тажрибасига суяниб, айрим қишлоқ жойларида тиббий хизмат тўғрисида қайғуриб ўтирмай, тиббий хизматларни ривожлантириш йўлидан бордилар.

Кўпгина постиндустриал мамлакатларда соғлиқни сақлашни ташкил этишда неоконсерватизм, яъни эркин бозорнинг тартибга солувчи кучига ишониш, индивидуализм ва либерал ҳамда социалистик мақсадлардан воз кечиш устун йўналиш бўлиб қолди. Бу ҳар бир киши ўзининг (ва фақатгина ўзининг) саломатлиги учун тўла жавобгар бўлади ва айни вақтда энг юқори даражадаги тиббий хизматга талабгорлик қилади, деган маънони билдиради.

Бозор механизмлари бемалол амал қилиб боради, яъни молиялаштириш манбаларини қўлга киритиш ва ҳақини истеъмолчининг шахсан ўзи ёки хусусий тиббий суғурта системалари орқали тўлайдиган тиббий хизматларни таъминлаш учун рақобат кураши бўлади, айни вақтда тиббий хизматларнинг нархи истеъмолчининг шу хизматларга ҳақ тўлашга нечоғлиқ тайёр тургани ва қодирлигига кўп даражада боғлиқ бўлади, деган фикр бу мафкуранинг бир қисми бўлиб қолди. Ана шундай ёндашувга кўра, бемор (яъни истеъмолчи) энг яхши хизматни танлаб олади ва, ўзининг шу танлагани уни қониқтирадиган бўлса, истеъмолчини ҳаммадан кўра яхши қаноатлантирган тиббий ходим ёки даволаш муассасасига муваффақият пешвоз чиқади. Соф ҳолда олинганида, бундай

ёндашувда давлат аҳоли саломатлигини умуман муҳофаза қилиш ва атроф муҳитни соғломлаштириш вазифаларини ҳисобга олмаганда, тиббий хизматларни таъминлаш ва молиялаштиришда ҳеч қандай ролни ўйнамаслиги керак. Давлат қаноатланарли даражада тайёргарлик кўрган тиббий ходимлар бўлишини таъминлайди ва бозор механизмларига тиббий хизматларнинг нархлари ҳамда тақсимланишини белгилаш учун ўзи жуда кам даражада назорат қилиб боргани ҳолда, имкон бериб қўяди. Хусусий шахслар ва гуруҳлар ўз билганига қараб тиббий хизматларни ташкил этиш ҳуқуқига эга бўлади. Америка Қўшма Штатларида аҳолининг 85 фоизи у ёки бу турдаги хусусий ёки давлатга қарашли тиббий суғурта системалари билан қамраб олинган.

Соғлиқни сақлаш соҳасидаги бозор муносабатларини ўзгартириш жамият учун жуда муҳим бўлган ва бутун аҳолига юқори сифатли тиббий хизмат кўрсатилишини таъминловчи йўлларни қидиради ва тиббий хизматлар нархларини чеклаб қўйишга ҳаракат қилади. Эркин бозор анча жиддий равишда назорат қилиб борилади, турли хизматлар таъминоти, масалан, касалхонадаги ўринлар миқдори, ҳар хил соҳа мутахассисларининг сони чеклаб қўйилади, ҳақ тўлашнинг касалхонада ётиш муддатларини қисқартиришга имкон берадиган системалари мажбурий равишда жорий этилади. Шундай бўлса-да, тиббий хизмат эркин бозор тамойилларига мувофиқ жуда қиммат бўлади, чунки у юқори технология методлари ва хизматларидан фойдаланиш даражаси ўсиб боришига олиб келади, ҳам тиббий ходимлар даромадлари, ҳам тиббий муассасалар бюджетларида инфляцияни кучайтиради. 1994 йили АҚШ да соғлиқни сақлашга давлат томонидан қилинган умумий сарф-ҳаражатлар жаҳонда энг юқори даражага етиб, япни миллий маҳсулот (ЯММ) нинг 13,7 фоизини ташкил этди, айни вақтда тиббий суғуртаси тўлиқсиз қолган ёки умуман бўлмаган кишиларнинг тиббий таъминотида жиддий камчиликлар бўлди (тахминан аҳолининг 30 фоизида). Шу билан бир вақтда, ЯММ нинг атиги 10 фоизини сарфлаган Канада (соғлиқни сақлашга қилган сарф-ҳаражатлари жиҳатидан кейинги ўриндаги мамлакат) давлатнинг ижтимоий назорати остида олиб бориладиган умумий тиббий суғуртага эришди. Соғлиқни сақлаш соҳасида президент Клинтон томонидан 1995 йили тақлиф этилган миллий дастур мағлубиятга учраганидан кейин консерватив конгресс тиббий хизматлар нархининг ўсиб боришини чеклашга уриниб ва шу билан бирга тиббий хизматларга хусусий тиббий суғурта йўли билан ҳақ тўлаш системасини ҳимоя қилиб, кексалар ва кам таъминланган кишиларга тиббий хизмат кўрсатиш системаси аъзолари учун (Medicare ва Medicaid) бошқариладиган тиббий таъминот (Managed Care) га доир талаблар қабул қилинишига эришди.

Бозор ислохотлари кўпгина соғлиқни сақлаш системаларида ўтказилди. Улар, масалан, аҳолини иммунлаш чора-тадбирлари билан тўла қамраб олиш сингари фаолият кўрсаткичларида раванққа эришиш мақсадларида рағбатлантириш омилларини жорий этиш билан ифодаланиши мумкин бўлди. Бошқа ҳолларда тиббий хизматлар нархининг ортиб кетишига сабаб бўладиган ортикча хизмат кўрсатиш ҳолларини қисқартириш методи сифатида ресурсларни, масалан, касалхоналардаги ўринлар миқдори ёки лицензияланган врачлар сони назорат қилиб бориладиган бўлди. Соғлиқни сақлашдаги бозор механизмлари на фақат истеъмолчига, балки ишлаб чиқарувчига (яъни врач ёки даволаш муассасасига) ҳам қаратилгандир, шу сабабдан моддий рағбатлантиришни таъминловчи ҳақ тўлаш системалари беморнинг қонуний ҳақ-ҳуқуқларини ҳимоя қилиши ва тиббий хизмат сифати пасайиб кетишига олиб келиши мумкин бўлган рағбатлантириш омилларининг жорий этилишига йўл қўймаслиги керак. Хусусий тиббий хизматлар фаолияти кенгайиб, даволаш ҳақининг кўп қисми беморлар томонидан тўланадиган бўлса, тиббий хизмат ҳаммага барабар бўлиши керак, деган тамойил, ҳар қалай, бузилиши мумкин, бу нарса эса биринчи галда даромади ўртача ва паст бўлган аҳоли гуруҳлари учун яхши бўлмайди. Бундай ёндашув ривожланаётган мамлакатларда тиббий суғурта системаларининг ривожланиб бориши ва собиқ совет республикаларида соғлиқни сақлаш системаларини қайта қуришга ҳам ёмон таъсир ўтказди. Тиббий таъминот системасига бозор муносабатларини жорий этишга энг оптимал реакция (11 ва 13 бобларга қаралсин) кўрсатилган ҳар бир хизмат учун ҳақ тўлаш системаси билан рақобат қилувчи бошқариладиган тиббий хизмат системаси бўлиб ҳисобланади.

Турли мамлакатлардаги сиёсий системаларнинг ҳар хил бўлишига қарамай соғлиқни сақлаш системаларини ислоҳ қилиш 90- йилларда жаҳоннинг деярли барча мамлакатларида умумий бир ҳодиса бўлиб қолди. Ислохотлар иқтисодий самарадорликни таъминлаш ва аҳолини тиббий хизматлар билан қамраб олишни кенгайтиришга қаратилди. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги ислохотларнинг янги парадигмаси турли система-ларнинг конвергенцияланиб, маҳаллий бошқарув билан бир қаторда давлат томонидан молиялаштириш тамойилига ўтишидир. Олдинга қўйилган мақсадларга эришиш ва соғлиқни сақлаш ишини такомил-лаштириб бориш учун масъулиятни давлат ўз зиммасида сақлаб қолади. Энг ривожланган мамлакатларда тиббий суғурталаш системалари аллақачоноқ қабул қилинган ва муваффақият билан фаолият олиб бор-моқда. АҚШ сингари мамлакатларда энг хатарли гуруҳларни, масалан, кекса ва кам таъминланган кишиларни тиббий суғурталаш ишини давлат ўз зиммасига олади.

Саломатлик ва тараққиёт

Аҳолининг саломатлиги ижтимоий-иқтисодий ривожланишнинг қудратли омилдир: соғ-саломат кишилар маълумот олишга интиладилар, унумлироқ ишлайдилар ва ўз фаровонлигини ҳам, жамият фаровонлигини ҳам оширишга ҳаракат қиладилар. Бироқ, шунга қарамай, соғлиқни сақлашга қилинадиган сарф-ҳаражатларни кўпгина ҳукуматлар кам унум берадиган ва мажбуран қилинадиган харажатлар деб билади.

Классик сиёсий иқтисод, у хоҳ буржуазия сиёсий иқтисоди бўлсин, хоҳ марксистик сиёсий иқтисод бўлсин, барибир, тиббиётда моддий ишлаб чиқаришни ривожлантириш йўлида ишлатиш мумкин бўлган ижтимоий ресурсларнинг сарф бўлишини кўради, холос. Мана шундай фикр иллатларининг оқибатида бугунги кунда ҳам, соғлиқни сақлашга қилинадиган сарф-ҳаражатлар ривожланаётган мамлакатларнинг бюджетларида энг кейинги ўринда турадиган, соғлиқни сақлаш ишининг иқтисодиётга қўшадиган потенциал улушига янги иш ўринларини яратиш ва хусусий тиббий сектор даромадларини ошириш нуқтаи назаридан қараладиган маҳалда ҳам кузатиш мумкин.

Ижтимоий йўналишдаги ёндашув соғлиқни сақлаш ва таълимга ажратиладиган маблағларни «инсон капиталини» сақлаб қолиш ва ривожлантириш деб қарайди – мамлакат иқтисодиётига ажратиладиган узоқ муддатли маблағлар деб билади. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги жамият сиёсатининг ижтимоий йўналганлиги асосида индустриал жиҳатдан ривожланган кўпчилик мамлакатларда тиббий таъминотни молиялаштиришнинг ҳар хил тиббий суғурта шаклларида иборат бўлган давлат системалари вужудга келган.

1993 йилда Жаҳон банки томонидан тайёрланган ва иқтисодиётдаги янги ёндашув таърифлаб берилган ҳужжат ўзига хос бир босқич бўлиб қолди, бу ёндашувга кўра, соғлиқни сақлаш таълим ва ижтимоий ривожланиш билан биргаликда иқтисодий ривожланишнинг муҳим омил бўлиб ҳисобланади. Ижтимоий ва иқтисодий вазиятни яхшилаш учун тиббий таъминотнинг муҳимлигини кўпгина соғлиқни сақлаш арбоблари авваллари ҳам кўрсатиб ўтишган бўлсалар-да, бу хилдаги ёндашувнинг етакчи Жаҳон банки томонидан эътироф этилиши бу нарса ривожланаётган мамлакатлардаги инвестициялар сиёсатида бурилиш нуқтаси бўлиб қолади ва соғлиқни сақлашни ривожлантириш учун мақсадга қаратилган қарзлар олиб туриш мумкин бўлади, деган умидни уйғотади.

«Жаҳон тараққиёти тўғрисида ҳисобот»да таърифлаб берилган «*зарур хизматлар тўплами*» концепцияси миллий даромади паст ва ўртача даражада бўлган мамлакатларда касалланиш ва вақтидан илгари ўлиш

ҳолларидан келадиган иқтисодий зарарни ва соғлиқни сақлаш сарф-ҳаражатларининг иқтисодий самарадорлигини таҳлил қилиш асосида ресурслардан оқилона фойдаланиш керак бўлган йўналишларни белгилаб олишга ёрдам берди. «Зарур хизматлар тўплами» аҳоли жон бошига тўғри келадиган энг кичик нормаларни белгилаб беради: 1 минг кишига бир ўрин, 10 минг аҳолига бир терапевт врач ва 2 – 4 тиббий ҳамшира ажратилади, шу билан бир вақтда соғлиқни сақлашни давлат томонидан молиялаштирилиши аҳолининг кам таъминланган ва бошқа гуруҳлари барабар баҳраманд бўладиган қилиб асосий тиббий хизматлардан қайта йўналтирилади. Бошқа хизматлар факултатив хизматлар деб белгиланган, улар хусусий манбалардан ҳам, кенгайтирилган давлат соғлиқни сақлаш бюджетидан ҳам молиялаштирилиши мумкин.

Системаларни ислоҳ қилиш

Тиббий системани ислоҳ қилиш зарурлиги кўпгина мамлакатларда аён бўлиб қолган (13 бобга қаралсин). Тиббий хизматлар нархининг ўсиб боришини тўхтатиб туриш ёки уларга тўла ҳажмда ҳақ тўлай олмайдиган аҳоли гуруҳларини ҳам шу хизматлардан баҳраманд қилишга интилиш ислоҳот ўтказишга ваз бўлиши мумкин. Мана шу икки хусусият умуммиллий соғлиқни сақлаш системасига эга бўлмаган баъзи ривожланган мамлакатлар учун характерлидир.

Баъзи ҳолларда тиббий система тиббий фан ва технологияда тез содир бўладиган ўзгаришларга ва профилактикага янги нуқтаи назардан қарашларга мосланиб олишга улгуролмай қолади. Шу нарса ҳам амалиётни тиббий фан ва соғлиқни сақлашнинг замонавий стандартларига мослаштира оладиган ислоҳотни зарур қилиб қўяди. Масалан, соғлиқни сақлаш системаси болаларнинг лоақал 95 фоизини иммунлашни таъминлай олмас экан, бу – тактикани қайта кўриб чиқишни талаб қиладиган чуқур норасолик, нобоплик белгисидир, чунки яқин келажакда инфекциялар касалликлар чиқиб қолиш хавфини солади.

Шак-шубҳасизки, ижтимоий-иқтисодий шароитлар соғлиқни сақлаш системасига жуда кўп даражада таъсир ўтказади. Чунончи, 90- йилларда Россияда одамлар (айниқса эркаклар) умрининг кескин қисқариши кўп жиҳатдан мамлакатдаги инқирозга боғлиқ бўлди. Бироқ, собиқ Совет Иттифоқининг соғлиқни сақлаш системаси 60- йилларда бошланган эпидемиологик ўзгаришларга номуносиб равишда реакция кўрсатганини ва сурункали ноинфекцион касалликлар муаммоларига етарли эътибор берилмаганини унутмаслик керак. Касалланиш ва ўлим ҳолларининг ўзгариб қолган структураси соғлиқни сақлаш системасини ҳам, уни бошқариш методларини ҳам тегишлича ўзгартиришни талаб этди, лекин

ўз вақтида бундай қилинмади, 90- йилларнинг бошларида авж олган иқтисодий инқироз эса, аллақачон етилиб қолган ислоҳотларни жуда қийинлаштириб қўйди.

Соғлиқни сақлаш системасида ислоҳотларни муваффақият билан ва аҳолининг ўзгариб қолган эҳтиёжларига мос қилиб ўтказиш учун аниқ ишлаб борадиган ахборот системаларига эга бўлиш зарур. Иш учун зарур ахборотнинг шунчаки етишмаслиги ёки дастлабки маълумотларни нотўғри талқин қилиниши ресурсларнинг ноўрин тақсимланишига, касалхонада хизмат кўрсатишга ҳаддан ташқари кўп эътибор берилишига ва бирламчи ҳамда профилактик хизматларнинг етарлича ривожланмай қолишига олиб келади. Бундай қинғирликларни ростлаб олиш учун ҳамма соғлиқни сақлаш системалари касалликларнинг тарқалиши ҳамда тиббий ва соғлиқни сақлашга оид фаолият кўрсаткичлари, масалан, касалхона фондидан фойдаланиш, амбулатория хизматлари ва профилактик хизматлар ишининг синчков мониторингига асосланган тегишли механизмларни ишлаб чиқиши керак. Алоҳида бир соҳанинг ноқобиллиги соғлиқни сақлаш системасини глобал ислоҳ қилишни эмас, балки унда айрим ички ўзгаришлар ўтказишни - ўзига хос конкрет вазифаларни бажариш мумкин бўлиши учун тегишлича рағбатлантириш омилларидан фойдаланиш ёки марказдан холи қилиб қўйишни талаб қилиши мумкин. Буюк Британия соғлиқни сақлаш миллий хизмати умумий фаолиятининг самарадорлигини ошириш учун айрим система қисмларини ташкил этиш тамойилларини вақт-вақти билан қайта кўриб чиқади. Бу нарса ташкилий ўзгаришлар ресурсларни тақсимлаш тамойилларини ўзгартириб, ташкилий ўзгартиришлар киритиш ва марказдан холи қилиш чораларни ўз ичига олади.

Жамият соғлиғини сақлаш санитария ва бактериология соҳасидаги ютуқлар туфайли, шунинг натижасида касалланиш ва ўлим ҳоллари камайиши туфайли қарор топди. Лекин ўлим ва қисқа умр кўришнинг асосий сабаблари инфекцион касалликлар бўлиб келаётган XIX асрда ҳам жамият соғлиғини сақлашга доир умумий ёндашувни ўзгартиришнинг муҳимлиги ижтимоий ислоҳотларнинг тарафдорлари – инглиз Чедвик ва америкали Шаттак учун равшан эди. Одамларнинг кўп касалланиши ва ўлишининг асосий сабаби турар жой, овқатланиш ва меҳнат шароитларининг ёмонлиги билан ҳамроҳлик қилиб борувчи қашшоқликдир, деб эътироф этилди. Ёлчимай овқатланишга алоқадор ўзгаришлар, касб касалликлари ва турмуш даражаси пастигига алоқадор бошқа кўпгина оқибатларнинг олдини олишга доир ишлар жамият соғлиғини сақлашнинг аҳоли саломатлигини яхшилашга қаратилган бир қанча чоратадбирларни кенг миқёсда амалга оширишдан иборат фаолият соҳасини кенгайтди.

Бу эволюция эпидемиологик ўзгаришларга, шунингдек тиббий технология ривожланиб, соғлиқни сақлаш иши такомиллашгани ва уни молиялаштириш яхшиланиб қолганига боғлиқ бўлди. Замонавий концепцияга мувофиқ, бирламчи тиббий-санитария ёрдами индивидуал ва ижтимоий профилактик хизматларни ўз ичига олади ва тиббий таъминотда марказий ролни ўйнайди. Жамият соғлиғини сақлаш олдида турган устувор муаммоларни аниқлаш ва белгилаб олишда уларни аҳоли гуруҳлари даражасида таҳлил қилиб чиқиш зарур. Мудом пайдо бўлиб турадиган янги муаммоларни ҳал қилиш учун жамият соғлиғини сақлашдаги устувор йўналишларни тезкорлик билан ўзгартириб туриш зарур бўлади.

Соғлиқни сақлашда истеъмолчилар ҳақ-ҳуқуқларининг жамият томонидан қўллаб-қувватланиши ва ҳимоя қилиниши

Илм-маърифатнинг юқори даражага кўтарилганлиги, матбуот ва бошқа оммавий ахборот воситаларининг эркин бўлиб қолгани, шунингдек атроф муҳит ва саломатликка доир муаммолардан жамиятда хавотирлик ўсиб бораётгани жамият соғлиғини сақлашни ҳозирги кўринишда шаклланишига олиб келди. Фуқаролар бирлашмаларининг фаоллиги саломатликни муҳофаза қилиш ишида сезиларли раванққа олиб келганини кўрсатадиган мисоллар жамият соғлиғини сақлаш тарихида оз эмас. XVIII – XIX асрлардаёқ ижтимоий ислохотлар, жумладан, шаҳар муҳитини соғломлаштириш ва санитарияни ривожлантириш ишчиларнинг турмуш ва меҳнат шароитларини яхшилаш юзасидан чоралар кўришга ҳукуматларни мажбур этган жамоатчилик ҳаракатлари вужудга келгани натижасида мумкин бўлди. Чунончи, 1780 йили британияли медикларнинг тазйиқи алкоголизм ва унинг оқибатларини камайтириш учун ишчиларга джин сотишни, гарчи бу иш ҳукуматга фойдали бўлса-да, чеклаб қўйишга ҳукуматни мажбур этди. Одамларни – мустамлакалардан олиб келинган қулларни сотиш ижтимоий мадад гуруҳлари – матбуотда фош этувчи бир қанча мақолаларни эълон қилишган британия флоти офицерлари ташаббуси билан XIX аср бошларида тақиқланди. Чечакка қарши эмлаш иши ихтиёрий фуқаро бирлашмалари ташаббуси билан XIX аср бошларида расм бўлди ва ҳукуматлар фақат кейингина бунни қўллаб-қувватлайдиган бўлишди.

Ижтимоий ислохотларни ўтказишда жамоатчиликнинг роли

Жамоатчилик мадади (Advocacy) деб айрим кишилар ёки ижтимоий гуруҳларнинг қандай бўлмасин бирор режани амалга ошириш зарурлигини ва уни ҳаётга татбиқ этиш тамойилларини тушунтириб

бериш, унинг мақсадга мувофиқлигига одамларни ишонтириш, уни рўёбга чиқаришга қаратилган чораларни қўллаб-қувватлаш юзасидан олиб борадиган фаолиятига айтилади. Замонавий жамият соғлиғини сақлаш XIX асрда ўтказилган ислоҳотлар туфайли қарор топди. Бу ислоҳотлар жуда турли-туман жиҳатларга: психиатрия даволаш муассасаларини барпо этиш, матросларнинг кемаларда овқатланиши, меҳнат тўғрисидаги қонунлар (буларни ўзгартириш шахта ва фабрикаларда болалар ва аёллар меҳнат шароитларининг яхшиланишига олиб келди), умумий таълимни жорий этиш ва ишчилар турар жой шароитларини яхшилашга тааллуқли эди. Мана шу ва бошқа ислоҳотлар жамоатчилик мадади гуруҳлари ва оммавий ахборот воситалари фаолиятининг натижаси бўлди, булар жамоатчиликни виждон амрига қулоқ солишга ундади, пировард натижада турли мамлакатларнинг парламентлари тегишли сиёсий қарорларни қабул қилди.

2.6 илова

«ПЛИМСОЛЛ ЧИЗИҒИ»

Дерби округидан британия парламенти аъзоси бўлган Семюэл Плимсолл денгизчиларнинг хавфсизлигини таъминлаш учун 1868 йилдан бошлаб яккабошчилик билан кураш олиб борди. Ўзининг «Бизнинг денгизчилар» деган китобида у кемаларни палубасига ҳам доим сув тушиб турадиган даражада кўп кўмир ва темир билан юклаб, денгиз сафарларига чиқариш одатини тасвирлайди. Ноинсоф кема хўжайинлари томонидан ҳаддан ташқари кўп юк ортилган кемалар йўлга чиқар экан, кўпинча фарқ бўлиб, талайгина экипаж аъзоларини ўзи билан бирга денгиз қаърига олиб кетар эди. Кема хўжайинлари эса, катта-катта суғурта пули олишарди. Британия флоти кемаларига ортиқча юк ортилиши ҳар йили кўпгина кемаларнинг ҳалокатга учраб, неча минглаб денгизчиларнинг нобуд бўлиб кетишига олиб келар эди. Плимсолл кемадан фойдаланишда унга тўлдириб юк ортилганида сув юзаси билан бир сатҳга келадиган ва кеманинг йўл қўйиш мумкин бўлган энг кўп даражадаги сувга ботувчанлигини кўрсатиб турадиган юк чизиғи – юк ватерлиниясини албатта белгилаб қўйишни талаб қилди. Катта эътиборга эга бўлган кема хўжайинлари ўз манфаатларини кўзлаб, бунга жон-жаҳди билан қаршилик кўрсатишди, лекин Плимсолл ғалаба қозонди ва қироллик комиссиясининг хулосасини олишга эришди, шу хулосага асосланиб, парламент кема хўжайинларини кемаларда «Плимсолл юк чизиғи»ни, яъни юк кемаларининг денгизда бехатар сузишини таъминлаш учун йўл қўйса бўладиган энг юқори ватерлинияни белгилаб қўйишга мажбур қилувчи қонунни қабул қилди. Бу қонун, яъни Савдо кемаларининг юк чизиғи тўғрисидаги қонун АҚШ денгиз сафарлари бюроси томонидан 1929 йилда қабул қилинди. «Плимсолл чизиғи» тўғрисидаги қонунлар қабул қилиниши натижасида қанчадан-қанча денгизчиларнинг ҳаёти сақланиб қолганини ҳисоблаб чиқишнинг имкони йўқ.

Чедвик ва Шаттак комиссиялари сингари ваколатли комиссияларнинг расмий ҳисоботлари ҳал этишни талаб қиладиган ижтимоий муаммоларни англаб етишга олиб келди. XIX аср ўрталарида Оврупода ва XX аср бошларида Россияда революциялардан кўрқиб ҳам қисман ислохотлар ўтказилишига сабаб бўлди.

Касаба уюшмалари, улардан аввал эса, ўрта асрда ҳунармандлар цехлардаги меҳнат шароитларини яхшилаш, иш куни муддатини чеклаш, шунингдек меҳнаткашларнинг бошқа ижтимоий ҳуқуқларини таъминлаш учун курашдилар, шу нарса кўпгина мамлакатлардаги ички сиёсатга таъсир ўтказди. АҚШ да касаба уюшмалари воситачилигида коллектив меҳнат шартномалари тузиш, меҳнаткашларни тиббий хизматлар учун олдиндан ҳақ тўлаш одагининг ибтидоси бўлмиш тиббий суғурта билан кенг равишда қамраб олишга ёрдам берди, шунинг асосида кейинчалик саломатликни қўллаб-қувватлаш бўйича ташкилотлар (Health Maintenance Organizations – НМО) ривожланиб борди. Жамоатчилик мадади гуруҳлари жамоат жойларида чекишни чекловчи, сигареталар рекламасини тақиқловчи қонунлар, шунингдек велосипедда юришда албатта шлемлардан фойдаланиш тўғрисидаги қонуннинг қабул қилинишида муҳим ролни ўйнади, улар жуда турли-туман – экология муаммоларидан тортиб, то тўғри овқатланишгача бўлган масалалардан жамоатчиликнинг хабардорлигини оширишга ёрдам берди. Жамоатчилик мадади гуруҳлари бир хилдаги касалликлар (масалан, рак, тарқоқ склероз, талассемия сингари касалликлар) билан оғриган беморлардан ҳам тузилиши мумкин, булар соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишда кўмаклашишлари мумкин, Ля Леш Лигаси (La Leche Leage) нинг болани эмизиб боқишни тарғиб қилишга доир саъйи-ҳаракатлари, бошқа ташкилотларнинг оддий тиббий суғурта дастурлари доирасига кирмайдиган тиббий хизматлар ва муолажаларни таъминлашга қаратилган фаолиятлари бунга мисол бўлиб хизмат қила олади. АҚШ да неча юзталаб шундай ташкилотлар бор, уларнинг ҳар бири махсус бир муаммо билан шуғулланади, бундай ташкилотларнинг фаолияти қандай бўлмасин маҳаллий бир муаммони ҳал қилишда асосий ролни ўйнаши мумкин.

Жамият мадади гуруҳлари касаба уюшмалари ва ассоциацияларини, аёллар ташкилотлари, ўзаро ёрдам гуруҳларини ва ўз диққат-эътиборини муайян муаммоларга, масалан, аёлларнинг соғ-омон бўлиши ёки ногиронларни қўллаб-қувватлашга қаратадиган бошқа кўпгина бирлашмаларни ўз ичига олади. Бу ташкилотлар жамият соғлигини сақлаш янги концепциясининг ривожланишига жуда катта ҳисса қўшади.

Ҳимояловчи ва жамият мададини кўрсатувчи профессионал гуруҳлар ва муҳолифлар

Жамият соғлиғини сақлаш тарихи кашфиётлари медиклар орасидаги консерватив унсурлар ва маҳаллий ҳокимият ҳамда сиёсатчиларнинг қаршилигига учраган новаторларнинг фаолияти билан чамбарчас боғланган. Бир қанча фойдали ташаббуслар консерваторларнинг зўри билан тўхтатиб қолинган. Чунончи, Женнер томонидан кашф этилган эмлаш усули гарчи умуман қабул қилинган бўлса ҳам, эмлашга қарши уюшган ҳолда тўсқинлик қилган кўпгина муҳолифлар бўлдики, булар ушбу усулнинг бир қанча мамлакатларда жорий этилишига ҳалал бериб келдилар. И. Ф. Земмельвейс, Л. Пастер, Флоренс Найтингейл ва бошқа кўпгина новаторларнинг революцион кашфиётлари ва амалий янгиликлари ҳам ҳамкасблар ўртасида шунга ўхшаш норозилик туғдирди. Соғлиқни сақлаш соҳасида бутунги кунда бизга равшан бўлиб кўринадиган ҳар бир янги сўз ва иш у замонларда қизғин баҳсларга сабаб бўлар эди.

2.7 илова

«ХАЛҚ ДУШМАНИ»

Жамият соғлиғини сақлаш соҳасидаги муайян қарашларни тарғиб қилиш шу соҳа билан шуғулланувчиларни баъзан мавжуд ташкилотлар ва қарор топган нормалар билан чиқишмай қолишига олиб келади. Ибсеннинг «Халқ душмани» деган пьесасида ана шу ҳодисалардан бирининг классик тасвири берилади, бу пьеса қаҳрамони, ёш врач ўз шаҳридаги ичимлик сувнинг ифлосланганини билиб қолади. Унинг акаси бошчилик қилаётган шаҳар маъмурияти эса, буни яширишга уринади, чунки ушбу ахборотни эълон қилиш Норвегиянинг XIX аср охиридаги кичик бир шаҳридаги туристик индустрияга жиддий зарар етказиши мумкин эди. Ёш врач «Халқ душмани» ва шаҳарнинг фаровонлигига зарар етказа оладиган киши деб эълон қилинади ва шаҳардан ҳайдаб чиқарилади. Ислоҳотларни ўтказиш учун курашда у ёки бу шаклдаги ана шундай ҳодисалар кўп бўлган.

Жамият мадади гуруҳлари баъзан медиклар билан бирга ишлашган, лекин ҳукмрон доиралар марҳаматидан камдан-кам баҳраманд бўлишган. Америкали тадқиқотчи врачлар Д. Марин (Кливленд) ва Д. Коун (Мичиган университети педиатрия факультетининг профессори) нинг эндемик буқоқ тарқалган жойларда ош тузини йодлаш кераклиги тўғрисидаги фикрлари XX асрнинг бошларида кўп шубҳа уйғотди. Бу тадқиқотчилар ўзларининг аввал балиққа йод кўшиб, кейин эса (1917 – 1919 йилларда) мактаб ўқувчилари устида текширишлар олиб бориб ўтказган шу ажойиб

ишларида йод истеъмол қилиб туриш эндемик буқоқнинг тарқалиш кўрсаткичларини камайтиришини ишончли қилиб кўрсатиб бердилар. Профессор Коун тузни йодлаш кампаниясини олиб борди, бу кампанияни кўпдан-кўп медиклар қўллаб-қувватлаб чиқишди ва, ниҳоят, Коун туз етказиб берадиган хусусий корхоналарни йодланган Мортон тузини ишлаб чиқаришга кўндирди. Бу туз Шимолий Америкада, кейин эса Оврупода ҳам кўпларга жуда тез манзур бўлиб қолди. Бироқ, бу муваффақиятлар давлат системалари ёки тегишли қонунларнинг ёрламисиз қўлга киритилди ва шунинг учун ҳам, 1995 йил маълумотларига қараганда, жаҳондаги 1,6 млрд. кишиларда йод танқислигига алоқадор ўзгаришлар кузатилади. Болалик муаммоларига оид халқаро анжуман ва ЖССТ Ассамблеяси 1990 йили тузни универсал тарзда йод билан бойитиш юзасидан кенг қўламли кампанияни бошлашга даъват қилиб чиқди.

Профессионал ташкилотлар болалар ва аёллар саломатлигини яхшилаш, экологик вазиятни яхшилаш ва ишлаб чиқаришда хавфсизлик техникасини юксалтириш ишларида катта рол ўйнадилар. Бу кучли профессионал ташкилотлар мавжудлигидан далолат берувчи энг асосий далилиларнинг биридир. Бундай ташкилотларда соғлиқни сақлашга доир ҳар хил профессионал нуқтаи назарлар муҳокама қилинади ва улар туфайли тиббий хизматлар соҳасидаги стандартларнинг юқори даражада бўлиши таъминланади. Америка Педиатрия академияси Қўшма Штатлар ва бутун жаҳонда ёш гўдақлар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий хизматлар стандартларини кўтаришга катта ҳисса қўшди. Касалхоналарни аккредитлаш хусусида АҚШ, Канадада, яқин вақтлардан бошлаб эса, Австралия ва Буюк Британияда ҳам қабул қилинган система ҳукуматдан ташқари ташкилотлар, асосан стационар даволаш муассасалари ва тиббий хизматлар савиясини кўтаришга ёрдам берган профессионал бирлашмаларнинг ҳиссаларини кўрсатувчи мисолдир. Шуларнинг сайёҳаракатлари туфайли тегишли стандартлар белгиланди, касалхоналар фаолияти, сурункали касалликлар билан оғриган беморлар ва ногиронларга парвариш қилувчи муассасалар фаолияти устидан, бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш хизмати ва психиатрия шифохоналари устидан неча ўн йиллар мобайнида коллегиял назорат олиб борилмоқда.

Бироқ, профессионал ташкилотлар мавжуд системага ўзгартиришлар киритиш зарур деб топилган маҳалда статус-кво ҳимоячиси, яъни мавжуд ҳолатни сақлаб қолиш тарафдори бўлиб ҳам майдонга чиқиши мумкин. Чунончи, Америка тиббий ассоциацияси ва суғурта компаниялари давлат йўли билан тиббий суғурталаш лойиҳасига неча ўн йиллар давомида қарши ҳаракат қилиб келди. Баъзи ҳолларда бир касб аҳлининг шахсий манфаатлари бошқаларнинг қонуний раванқларини тўсиб қўйиши мумкин, масалан, офтальмологлар ҳозир қонуний касб деб қабул

қилинган оптометристрлар касбининг қарор топишига қарши кампанияни муваффақият билан олиб бордилар.

Жамияти соғлиғини сақлаш баъзан профессионал консерватизм ёки шахсий молиявий манфаатларга асосланган негатив лоббилаш мавжудлигини ҳисобга олиши керак. Женнер томонидан чечакка қарши вакцина кашф этилиши жуда тез қабул қилинди ва кенг тарқалиб борди, лекин иммунлашга қарши чиқувчилар бўлиб, улар соғлиқни сақлаш муаммоларига ҳукуматнинг аралашувига қаршилик кўрсатишарди. Буларни мўмай фойда келтирадиган вариоляция амалиёти билан шуғулланувчи врачлар қўллаб-қувватлашар эди. Айнан шунинг учун ҳам чечакка қарши эмлашнинг расм бўлиши кўпгина мамлакатларда талайгина йилларга кечикди. Ичимлик сувини фторлаш кариеснинг олдини олишнинг энг самарали воситаси эканлиги кенг маълум бўлишига қарамай, турли арбоблар бунга ҳамон қаршилик кўрсатиб келишмоқда, улар сувни фторлашга қарши яхши уюштирилган кампаниялар туфайли баъзи мамлакатларда бу методнинг бекор қилинишига эришдилар ҳам. Жамият соғлиғини сақлаш томонидан уюштирилган чора-тадбирларга қарши қаратилган ҳаракат, яъни оппозиция шу чора-тадбирлар расм бўлган мамлакатларда уларни бекор қилишга ҳам олиб келиши мумкин. АҚШ да ўқотар қуролни сотишни чеклаб қўйиш тўғрисидаги қонунларнинг лойиҳалари мамлакатда кенг тарқалган ўқотар қуролдан ўлиш ва шикастланиш кўрсаткичлари юқори бўлишига қарамай, кучли сиёсий гуруҳларнинг яхши уюштирилган зўр қаршилигига дуч келди.

Қаердаки ҳамма қарорлар очиқ мунозара ва баҳслар мавзуси бўлмай, балки берк эшиклар ортидаги тор доираларда қабул қилинадиган бўлса, тараққиёт пайсалланиб, тўхтаб қолиши мумкин. Бизнинг замонда бундай ҳодиса амалда соғлиқни сақлаш системаларининг ходимлари янгиликларни ёқлаб ёки уларга қарши фикр билдира олмайдиган, қарорларни қабул қилишда асосий профессионал форум бўлиб ҳисобланадиган профессионал ташкилотларнинг раҳбарлари эса аксари консерватив қарашларни қўллаб-қувватлаб турадиган маҳалларда тиббий секторнинг давлат йўли билан тўраларча бошқарилиши туфайли рўй беради.

Жамият соғлиғини сақлаш америка ассоциацияси сингари профес-сионал ташкилотлар жамият соғлиғини сақлаш томонидан бошланадиган ташаббусларнинг яхши ҳимоячилари бўлиб ҳисобланади ва жамоатчилик фикрига жиддий таъсир ўтказиши мумкин. 1996 йилнинг ўрталарида АҚШ соғлиқни сақлаш ва ижтимоий муаммолар вазири биргалашиб аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш соҳасидаги муштарак манфаатларни топиш учун жамият соғлиғини сақлаш ва Америка тиббий ассоциацияси раҳбарлари, шунингдек университетлар тиббиёт марказининг вакиллари ўртасида учрашувни ташкил этишга ҳаракат қилди.

Истеъмолчилар маданияти

Консумеризм турли товар ва хизматларни истеъмол қилувчиларнинг ҳуқуқларини ҳимоя қилишга доир ҳаракат булиб, бунинг мисоллари анча кўп. 60- йилларда АҚШ да фуқаролар ҳақ-ҳуқуқларини ҳимоя қилиш ҳаракати билан урушга қарши ҳаракатдан янги шаклдаги бошқа бир ҳаракат – истеъмолчилар ҳақ-ҳуқуқларини ҳимоя қилиш ҳаракати пайдо бўлиб, кейинчалик у бутун жаҳон бўйлаб ёйилди. Асосий диққат-эътибор экология муаммолари ва ишлаб чиқаришда техника хавфсизлиги масалалари ҳамда истеъмолчиларнинг ҳақ-ҳуқуқларига қаратилди. Рэчел Карсон диққатни ДДТ ни ишлатиш оқибатлари ва унинг тирик табиат ҳамда атроф муҳитга кўрсатадиган таъсирига жалб этди. Ана шу даврда Қўшма Штатлардаги фуқаролар ҳақ-ҳуқуқларини ҳимоя қилиш ҳаракатининг таъсири билан бутун жаҳонда экологик ҳаракатлар юзага келди, Фарбий Оврупода эса, булар сиёсий ҳаракатларга айланиб кетди («яшиллар» деб шуларни айтилади). 1995 йили Россиядаги Байкал кўли соҳили бўйидаги шаҳарларнинг аҳолиси миллий бойлик бўлган кўлнинг ифлосланиши давом этаётганига қарши норозилик билдиришди.

Истеъмолчилар маданиятининг биринчи марта пайдо бўлиши америкали юрист Ральф Надернинг фаолиятига боғлиқ. У машиналарнинг ташқи томонини ҳамда тезроқ алмаштириладиган бўлишини автомобил ишлаб чиқарувчилар ҳайдовчиларнинг хавфсизлигидан кўра кўпроқ ўйлагани муносабати билан АҚШ да йўл ҳаракати хавфсизлиги (тўғрироғи, хавфлилиги) ҳақида талайгина шов-шувларга сабаб бўлган китобни бостириб чиқарди. Унинг матбуотда чиқишлари ишлабчиқарувчиларнинг сифат ҳисобига тежамкорлик қилиб, истеъмолчининг саломатлиги ва омонлигини хавф остида қолдирадиган товарлардан фойда олишга интилишларига қарши кенг жамоатчилик кампаниясини бошлаб берди. Ана шу кампания натижасида АҚШ Конгресси 1966 йили Йўл ҳаракати тўғрисидаги қонунлар тўпламини қабул қилди, бу қонунлар орқали хавфсизлик стандартлари ва атмосферага чиқариб ташланадиган ифлослантирувчи моддаларнинг йўл кўйса бўладиган нормалари белгилаб берилди. Истеъмолчилар ҳақ-ҳуқуқларини ҳимоя қилиш ҳаракати кейинчалик озиқ-овқат саноати стандартларини кўтариш (гўшт ва парранда сифати инспекцияси), тоғ-кон ва газ саноатида ишловчилар, шунингдек ушбу корхоналарга ёндош жойлардаги аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, қишлоқ хўжалигида пестицидлар ишлатишни тартибга солиш учун кураш олиб борди ва ҳоказо. Ана шу кампания натижасида истеъмолчиларнинг сотиладиган буюмлар тўғрисида тўла ахборотга эга бўлиш ҳуқуқини ҳимояловчи қонунлар, жумладан озиқ-овқат маҳсулотларини тамғалаш талаблари қабул қилинди.

Истеъмолчилар маданияти бозор иқтисодиётининг ажралмас қисми бўлиб қолди; ўз ҳуқуқларини ҳимоя қила оладиган, илм-маърифатли истеъмолчи корпорацияларнинг нарх-наво сиёсатиغا, товарларнинг сифати ва саломатлик учун бехатарлигига зўр таъсир ўтказди. Озиқ-овқат саноатида истеъмолчиларнинг ҳаракати маҳсулотлар ўрови, ундаги маълумотларнинг яхшиланишига, маҳсулотларнинг витаминлар ва микроэлементлар билан бойитилишига олиб келди. Бозорда таркибидаги ёғлар камайтирилган кенг ассортиментдаги сут ва гўшт товарлари пайдо бўлди, чунки истеъмолчи ёғларнинг юрак касалликлари пайдо қилиш эҳтимоли борлигидан хавотирланадиган бўлиб қолди. Болалар ўйинчоқлари ва кийим-кечаклари хусусида ҳам шунга ўхшаган жараён кузатилди — буларнинг оқибатида заҳарли моддалари бор-йўқлигига синчиклаб текшириб кўриладиган бўлди. Истеъмолчилар ҳаракати умуман ишлаб чиқариш стандартлари кўтарилиши ва маҳсулот сифати учун уларни тайёрловчиларнинг масъулиятини ортишига олиб келди.

Соғлиқни сақлашнинг кўпгина жиҳатлари шахсий муаммоларни давлат йўли билан тартибга солишга кўнгилининг майлига қараб қарши чиқувчи истеъмолчилар ташкилотларига зид келиши мумкин. Бу ҳаракатлар фуқаролик ҳуқуқларини баҳона қилиб, болаларни эмлаш, озиқ-овқат маҳсулотларига витаминлар ва микроэлементлар қўшиш, ичимлик сувни фторлаш ва бошқаларни бекор қилишни талаб этишлари мумкин. Мана шу ва шунга ўхшаш этикага оид ҳамда сиёсий муаммолар жамият соғлигини сақлаш фаолиятида келажақда ҳам муҳим ролни ўйнайди.

Халқаро миқёсдаги жамият мадади

Саломатлик ва табиат муҳофазасига қаратилган жамоатчилик ҳаракатлари халқаро соғлиқни сақлашнинг муҳим омилидир. Чунончи, 1995 йили «Гринпис» — атроф муҳитни ҳимоя қилиш бўйича халқаро ташкилот — нефть чиқиндиларини Шимолий денгизга ташлашга қарши кураш олиб борди ва номдор нефть кампаниясини атроф муҳит учун камроқ зарар ётказадиган бошқа йўлни қидиришга мажбур этди. Бу ташкилот Франциянинг Тинч океан минтақасида атом бомбалари синовини тўхтатишини ҳам талаб қилмоқда.

Атроф муҳит ва аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш юзасидан самарали иш олиб боришга имкон берадиган вазиятни яратишнинг асосий шакли халқаро конференциялардир. Болалар муаммолари юзасидан юқори даражада бўлиб ўтган жаҳон саммити (1990), Коҳира аҳолиси муаммоларига доир жаҳон форуми (1994), Пекиндаги аёллар муаммоларига доир жаҳон форуми (1995), шунингдек Стокгольмдаги камбағаллар муаммоларига доир халқаро конференция (1996) — мана

шу учрашувларда жамият соғлиғини сақлаш соҳасида муҳим бўлган мақсадларга эришмоқ учун жамият мадади кўрсатиладики, битта мамлакат доирасида бунинг имкони йўқ.

Кўнгиллилар иштироки ва жамоаларнинг жалб этилиши

Соғлиқни сақлашнинг жамоат томонидан қўллаб-қувватланиши ва бу ҳаракатда кўнгиллиларнинг иштирок этиши бир-бирига пайваста бўлиб боради. Кўнгиллиларнинг иштирок этиши турли шаклда – жамғармалар тузиш ва муайян хизматларни ривожлантириш учун маблағлар қидириб топишдан тортиб жамоа дастурларини амалга оширишгача бўлган шаклларда ифодаланиши мумкин. Шу тариқа туман шифохоналари ва касалхоналарини куриш ёки кексалар ва ногиронларни тиббий хизматлар билан таъминлаш учун жамғармалар тузилиши мумкин; ўсмирлар касалхоналарда профессионал ходимларнинг вазифалари қаторига кирмайдиган юмушларни бажариб, ихтиёрий равишда ёрдам бериб боришлари мумкин. Кўнгиллиларни профилактик чора-тадбирларни амалга оширишга, масалан, эмлаш ишларини ўтказиш, ногиронлар ва кексаларни транспортда олиб бориш, иссиқ овқатлар етказиб беришда ва давлат, тиббий суғурта системаси ва жамият соғлиғини сақлаш органлари томонидан кўрсатиладиган хизматлар миллий саватчасига кирмайдиган бошқа кўпгина юмушларда қарашишга ҳам жалб этса бўлади.

Худди аҳолини жалб этиш сингари кўнгиллиларнинг иштироки ҳам, турли шаклларни касб этиши мумкин. XIX асрнинг иккинчи ярми – XX асрнинг бошларида Шимолий Америкада саводсизликни тугатиш ва овқатланишни яхшилаш йўлида аёллар ташкилотларининг иштирок этиши аҳоли саломатлигини яхшилашга жуда катта таъсир ўтказди. Зарур хизматларни таъминлаш ва ислоҳатларни ўтказиш учун кўнгиллилар ва хайр-эҳсонларни жалб этиш айрим ҳолларда давлатга қарашли соғлиқни сақлаш муассасалари ва тиббий суғурта системаларини уларда расм бўлган амалиётни қайта кўриб чиқиб, аҳоли эҳтиёжларини таъминлашга қаратилган тегишли дастурларни ишлаб чиқишга мажбур этади.

Жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган бирламчи тиббий-санитария ёрдами

Тиббий ёрдамнинг асоси кўпгина мамлакатларда оила врачларидир. Тиббий технология ривожланиб борган сайин бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) соҳасида ихтисослаштириш зарурияти юзага келдики, бу нарса аста-секин оила врачларининг сонини қисқартириб, уларнинг ролини камайтириб қўйди. Кўпгина мамлакатларда БТСЁ

терапевтик ёки ихтисослаштирилган врач ёрдамидан кўра кўпроқ нарсани ўз ичига олади, деган тушунча аста-секин пайдо бўлиб борди.

2.8 илова

ЖАМОА ЭҲТИЁЖЛАРИГА ЙЎНАЛТИРИЛГАН БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМИ

1. Таърифи:

Жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган бирламчи тиббий-санитария ёрдами — жамият соғлигини сақлашдаги ёндашув бўлиб, жамоа эпидемиологияси ва тегишли тиббий хизматни, устувор фаолиятни белгилаш асосида, бир-бирига боғлайди.

2. Зарур компонентлари:

- даволашга доир ва эпидемиологик кўникмалар ҳамда хизматлар;
- хизмат кўрсатиладиган аҳолини аниқ белгилаб олиш;
- ўзига хос маҳаллий саломатлик муаммоларини ҳал қилиш учун конкрет датурлар;
- жамоа ўз аъзоларининг иштирок этиши;
- БТСЁ нинг ҳаммага баравар бўлиши: худудий, молиявий, ижтимоий ва маданий тўсиқларга барҳам берилиши;

3. Кўшимча компонентлари:

- даволаш, профилактик ва реабилитацияга оид хизматларнинг интеграцияси (бир-бирига мувофиқлаштирилиши);
- саломатлик, жумладан, юриш-туриш, ташқи муҳит ва ижтимоий муносабатлар омиллари муаммосига кенг суратда ёндашиш;
- мультидисциплинар коллектив;
- ҳаракатчан ва ҳаммага баравар бўлиш;
- жамоа равнақига ҳисса қўшиш.

Бирламчи тиббий ёрдамга ана шундай ёндашув Сидней ва Эмили Кларкнинг ишлари туфайли 50 — 60- йилларда Жанубий Африка ва Исроилда пайдо бўлди. Жамоа доирасида тиббий хизмат кўрсатиш эпидемиологик таҳлил маълумотларига мувофиқ, мавжуд хизматларнинг фаол иштироки билан аҳолининг эҳтиёжларига мослаштирилган эди. Жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган БТСЁ жамоани тўла қамраб олиш ва маърифий чора-тадбирларни ўтказишни, шунингдек клиник профилактик ва даволаш хизматларининг фаолият олиб боришини кўзда тутди. Жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган БТСЁ концепцияси сўнги йилларда янада ривожланди ва бутун жаҳонда энг кўп муҳокама қилинадиган мавзуларнинг бири бўлиб қолди.

2. 8 иловада шу БТСЁ моделининг бўлиши зарур ва маъқул деб ҳисобланадиган компонентлари кўрсатилган. бундай ёндашувда аҳолига

микро-эпидемиологик хизмат кўрсатилади ва маҳаллий муаммоларининг амалий ечимлари излаб кўрилади. Макроёндашувда эса, бундан фарқли ўлароқ, тиббий системанинг мақсад ва методлари давлат доирасида шаклланади ва соғлиқни сақлашнинг маҳоллий муаммолари ва ўзига хос хатар омиллари эътиборга олинмайди. Жамоага йўналтирилган БТСЁ даволлаш ва эпидемиологик таъсирга, мазкур жамоадаги ўзига хос муаммоларни аниқ белгилаш, соғлиқни сақлаш вазифаларини ҳал этиш ва тиббий ёрдамнинг ҳаммага баробар бўлишини таъминлашда жамоа аъзоларининг иштирок этишига асосланган. Мана шу асосий тамойиллардан ташқари кўрсатиладиган «хизматлар тўплами» нинг айрим компонентлари ўртасида боғланиш бўлиши, шунингдек жамоа саломатлигига таъсир этадиган ижтимоий ва табиий муҳитнинг анча кенг муаммоларига эътибор берилиши ҳам ўринлидир. Шу муносабат билан ушбу моделни амалга оширишда фанлараро ёндашув билан бир қаторда бор имкониятлар тўғрисида аҳолини хабардор қилиб туриш системаси бўлиши ва кўрсатиладиган хизматларни оммага маълум қилиб туриш муҳимдир.

АҚШ да жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган бирламчи тиббий хизмат концепцияси кам таъминланган аҳоли қатламлари кўпчиликни ташкил этадиган жойларда соғлиқни сақлашни режалаштиришга ўз таъсирини кўрсатди, шунинг натижаси ўлароқ 60 - йилларда аҳолининг камбағал қатламларини тиббий хизмат билан таъминлаш учун ҳукумат томонидан молиялаштирийдиган жамоа соғлиғи марказлари ташкил этилди. Сўнгги йилларда бу концепция Қўшма Штатларда анча кенг тарзда эътироф этилди, бу мамлакада у оила врачларини тайёрлаш, саломатликни муҳофаза қилиш соҳасида касаллик хавфини туғдирувчи омилларни аниқлашга асосланган жамоа дастурлари (Managed Care) ни режалаштириш ва «бошқариладиган» тиббий ёрдам системалари билан боғланади. Шу уччала ёндашув, аслида, бир-бирини тўлдиради. Соғлиқни сақлаш системаси ислохотларининг натижасида 90- йиллар охирида «бошқариладиган» тиббий ёрдам системаларига алоҳида эътибор бериладиган бўлганидан кейин жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган БТСЁ тамойиллари аҳоли саломатлиги ҳолатини яхшилаш ва ҳамма турдаги илк профилактика чораларини кўриш, шунингдек сурункали касалликлар билан оғриган беморларни кейинчалик кузатиб ва тиббий парваришлаб учламчи профилактика олиб бориш учун жуда муҳим бўлиб қолади.

Жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган бирламчи тиббий санитария ёрдами (БТСЁ) жамият соғлиғини сақлаш янги концепциясининг муҳим элементи дир. Айрим жамоаларда аҳолиси саломатлигининг турли томонларини миқдорий жиҳатдан баҳолашга асосланган профилактик йўналишнинг кучайиб бораётгани кўзга ташланмоқда. Тиббий хизматлар

ўртасида расмий ёки норасмий боғланишлар бор жойда жамоа эҳтиёжига йўналтирилган БТСЁ элементлари тиббий ходимлар ва жамоадаги соғлиқни сақлаш хизматлари кундалик ишнинг бир қисми бўлиб қолади.

1995 йилда америка Саломатлик миллий институти бирламчи тиббий ёрдам тўғрисидаги ҳисоботни эълон қилди, бу ҳисоботда бирламчи тиббий ёрдам — беморлар билан доимий ҳамкорлик қилиш асосида аҳолининг кўпчилиги тиббий эҳтиёжларини қондириш учун жавобгар бўлган ва оила ҳамда жамоа хусусиятларини ҳисобга олиб туриб ишлайдиган врачлар томонидан кўрсатиладиган комплекс тиббий хизматларни таъминлашдир, деб айтилган. Бу таъриф Жамият соғлиғини сақлаш Америка ассоциациясининг танқидига учради, шу танқидга кўра, бу таъриф тиббиётнинг соғлиқни сақлашга оид жиҳатини ҳисобга олмайди ва индивидуал ҳамда жамоа ёндашувларини тегишлича пайваста қилиб бирга қўша олмайди. Жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган бирламчи тиббий санитария ёрдами айнан шу бўш жойни тўлдиришга даъват этилган.

Жамоат соғлиғини сақлашда тиббий ёрдамнинг роли

Сўнги икки юз йил давомида аҳоли саломатлиги аҳолининг кескин яхшиланиб, ўлим ҳоллари камайганлиги тиббиёт илмининг тараққиётидан кўра умумий ижтимоий-иқтисодий ривожланиш — халқларнинг овқатланиши, санитария ва маиший шароитларининг яхшиланиши, одамларнинг анча ўқимишли бўлиб қолгани натижаси эканлиги тиббиёт тарихчиси ва эпидемиолог Мак-Коун асарларида 1976 йилда кўрсатиб берилган эди. Хирургия, акушерлик ва тиббиёт амалиётининг бошқа соҳалари ривожланганига қарамай тиббиёт бу жараёнда XX асрнинг ўрталарига қадар иккинчи даражали ролни ўйнаб келди. 50-йиллардан бошлаб тиббий технологиялар (айниқса фаомакологияларнинг) ривожланиши кескин тезлашди. Гипертония, диабетни даво қилишнинг самарали воситалари, кенг доирадаги антибиотик ва вакциналар ўлим ҳолларининг янада камайиб боришига катта ҳисса қўшди. Мак-Коунинг қилиб кўрган ҳисоб-китобларига кўра 1541 йилдан то 1750 йилгача бўлган даврда Англияда умумий ўлим коэффиценти 1000 нафар кишига тахминан 30тани ташкил қилган бўлса, кейин камайиб 1851-йилда 22, 1901-йилда 15, 1951-йилда 12 гача тушди. Бу асосан инфекцион касалликлардан ўлим ҳолларининг камайиши ҳисобига рўй берди. Мак-Коун 50-йилларга қадар тиббий хизмат хирургия билан акушерлик соҳасидагина яхшиланди деб ҳисоблади. Л. Н. Толстой асарида тасвирланган Иван Ильич тиббий хизматнинг жамият соғлиғига таъсир этишига шубҳа билан қарайди ва шу билан XX -асрнинг 70-йилларида ҳам баҳслар мавзуси бўлиб келган нигилистик фикрни қўллаб-қувватлайди.

1984- йил Милтон Ромер вакциналар, антибиотиклар, гипертонияга қарши моддалар ва бошқа препаратларни ишлаб чиқиш ҳамда жорий этиш гўдаклар билан болаларга кўрсатиладиган тиббий хизмат, инфекциян касалликлар, гипертония, диабет ва бошқа касалликларга қилинадиган давонинг анча яхшиланишига олиб келди деб, қайд қилиб ўтди. Терапия фан сифатида бутун жаҳондаги тиббий илмий марказлар фаолияти тўғрисида ривожланишда давом этиб борди. Вакциналар, дори воситалари ва диагностик асбоб-ускуналарни ишлаб чиқариш катта афзалликларга эга бўлган янги даволаш методларини ишлаб чиқишга имкон берди. Мана шу ҳол соғлиқни сақлашда устувор янги йўналишларни фаоллик билан излаб топиш ва ислоҳотлар ўтказиш учун омил бўлди.

Соғлиқни сақлаш ва клиник тиббиётнинг таъсир доиралари ҳамisha ҳам бир-бирига мос келмайдими: инфекциян касалликларни назорат қилиш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, овқат сифати ва экологик вазиятни яхшилаш системасида соғлиқни сақлаш устун ҳолатда туради. Кенг тарқалган сурункали касалликлар — гипертония, диабет, юрак ишемия касаллиги ва бошқаларни назорат остига олишда тиббиёт кучлидир. Бироқ, давлат ва жамият аралашмайдиган бўлса соғлиқни сақлаш ҳам, клиник тиббиёт ҳам ҳозирги ютуқларига эришолмаган бўлар эди.

Профилактик тиббиёт АҚШ ва бошқа ривожланган мамлакатларда алоҳида тиббий мутахассислик деб эътироф этилган. Бу тиббиёт хавфли омилларни барвақт аниқлаш ва чеклаб қўйиш, оғир касалликларнинг олдин бошланадиган симптомларига даво қилиш, шунингдек аҳоли саломатлиги потенциалини мустаҳкамлаш мақсадида турли тиббий фанларни бир-бирига пайваста қилиб қўшади. Гипертония касаллигига даво қилиш ва юрак ишемия касаллигида асоратлар рўй беришига йўл қўймаслик ҳамда ўлиш ҳолларини камайтиришнинг асосий омиди тиббий аралашувдир. Янги даво методикаларини қўлланиш биринчи миокард инфарктида ўлим ҳолларининг камайишига олиб келади. Диабетга даво қилиш методикасини мукаммалаштириш асоратлар рўй бериш эҳтимолларини камайтиради.

Шу билан бир вақтда тиббий хизмат натижаларини яхшилашда жамият соғлиғини сақлаш жуда муҳим ҳисса қўшади. Эмлаш йўли билан инфекциян касалликларга қарши курашиш, овқатни яхшилаш ва оналикка тайёрлаб бориш, она билан бола саломат бўлишига ёрдам беради. Жамият соғлиғини сақлаш ва клиник тиббий хизматларнинг умумий вазифаси сурункали касалликлар бошланиш хавфини туғдирадиган омиллар таъсирини камайтиришдир. Клиник тиббиёт ҳам, жамоат соғлиғини сақлаш ҳам аҳоли саломатлиги аҳолини яхшилашга ўз ҳиссасини қўшиб боради ва янги жамият соғлиғини сақлаш концепциясининг интеграл элементлари бўлиб ҳисобланади.

«Саломатлик майдони» концепцияси

Бу концепция Канада соғлиқни сақлаш вазири М. Лалонд томонидан 1974 йилда «Канадаликлар саломатлигининг янги истиқболлари» номли китобда таърифлаб берилган. Ушбу концепция миллий тиббий суғурта системаси ва тиббий хизматлар нархининг тез ўсиб бораётгани тўғрисида ўша йиллардаги мунозараларни акс эттирди. Унда саломатликнинг тўртта асосий детерминантлари, яъни «саломатлик майдони»ни ҳосил қилувчи: инсонинг биологик табиати, унинг атрофидаги муҳит, шахсий юриш-туриш ва тиббий ёрдамни ташкил этиш каби масалалар аниқлаб берилган эди. Ушбу концепция бугунги кунда аҳоли ўртасида кўп учрайдиган ноинфекцион касалликлар пайдо бўлишида ижтимоий омиллар ва одамнинг юриш-туриши (турмуш тарзи) етакчи ўринда туришини таъкидлайди.

2.9 илова

МАРК ЛАЛОНДНИНГ «САЛОМАТЛИК МАЙДОНИ» КОНЦЕПЦИЯСИ

1. Таърифи:

«Саломатлик ирсият, атроф муҳит, ижтимоий вазият, турмуш тарзи ва тиббий хизматга боғлиқ омилларнинг натижасидир. Аҳолини соғлом турмуш тарзи руҳида тарбиялаш саломатликни яхшилаб, тиббий хизматга бўлган эҳтиёжни камайиб боришига ёрдам беради».

2. Элементлари:

- ирсият ва биологик омиллар;
- аҳолининг турмуш тарзи (ва хатти-ҳаракати);
- атроф муҳит, жумладан иқтисодий, ижтимоий-маданий ва табиий омиллар;
- соғлиқни сақлаш системасининг ташкил этилиши.

«Саломатлик майдони» концепцияси расм бўлиб қолган турмуш тарзининг жумладан: керагидан ортиқча овқатланиш, етарлича жисмоний ҳаракат қилмаслик ва чекиш сингари кўпгина хусусиятлари юрак, қон-томир касалликлари ва хавфли ўсмалар пайдо бўлиш хавфини туғдирувчи хавфли омиллар эканлигини эпидемиологик тадқиқотлар кўрсатиб берган замонларда ишлаб чиқилган ўзининг долзарблигини исбот этди. Бу концепциянинг асосида аҳоли турмуш тарзининг хусусиятлари аҳоли саломатлигининг ҳолатини яхшилашга қаратилган глобал саъйи-ҳаракатларнинг бир қисми бўлмиш ижтимоий сиёсат объекти бўлиб

қолиши керак, деган фикр ётади. Шунинг натижасида Канада федерал ҳукумати аҳоли саломатлигининг аҳволини яхшилашни ўз сиёсатининг асосий йўналишларидан биридир, деб ҳисоблайдиган бўлди. Шу нарса кўпгина қонунчилик соҳасида тезгина ўз ифодасини топди ва Фарб мамлакатларида эътироф этиладиган бўлди.

«Саломатлик майдони» концепцияси мунозаралар ва соғлиқни сақлаш амалиётининг асосий эътиборини одамнинг ўз саломатлигига қандай муносабатда бўлишига оид психологик муаммоларга қаратди. Афсуски, «қурбонни айблаш» ғояси бир қадар томир ёйиб қолди, бу ғояга кўра, хавфли омиллар таъсирига ўз ихтиёри билан берилган одам ўзида шу сабабдан пайдо бўлган касаллик учун жавоб бериши керак экан. Эмишки, касал бўлиб қолгани учун у ўзи айбдормиш, шунинг учун бошқалар, яъни «рисоладаги» фуқаролар фойдална оладиган тиббий суғурта ёки хизматлардан уни мосуво қилиш мумкинмиш. Бу фикрда, гарчи бир қадар расман мантиқ бўлса-да, лекин этика нуқтаи назаридан олганда бундай йўлнинг тўғрилиги жуда катта шубҳа туғдиради, чунки бундай қараш кўплаб аҳоли гуруҳини камситади ва уларнинг тиббий ёрдам олиш умидини пучга чиқаради.

Олмаота конференцияси ва «Барча саломат бўлсин» дастури

60- йилларда ривожланган мамлакатларда қиммат турадиган касалхона хизматларидан кўпроқ одамларнинг баҳраманд бўла олишига қаратилган миллий тиббий суғурталаш системалари юзага кела бошлади. Ривожланиб келаётган мамлакатлар, соғлиқни сақлаш бюджетлари ночор бўлишига қарамай, ушбу моделдан андоза олишга уриндилар ва бусиз ҳам султ ривожланган бирламчи ёрдам секторини яланғочлаб қўйдилар. ЖССТ экспертлари ўз саъй-ҳаракатларини асосан энг муҳим дастурларга, масалан, чечак ва безгакни йўқотиш, шунингдек кенгайтирилган эмлаш дастурларини жорий этишга қаратдилар. Устувор йўналишларни ўзгартириб, профилактика ва бириламчи ёрдамга кўпроқ эътибор бериш зарур бўлган бир даврда соғлиқни сақлаш системаларининг маблағлар билан етарли таъминланмаслиги, шунингдек касалхоналарда давола-нишга сарфланаётган харажатларнинг ортиб бораётганлиги ва бундан соғлиқни сақлашнинг бошқа соҳалари зарар кўраётганлиги ЖССТ ни тобора кўпроқ ташвишга соладиган бўлиб қолди.

Тегишли ташкилотларнинг соғлиқни сақлаш соҳасидаги муаммоларни ҳал қилиш йўлларидаги глобал ўзгаришларни акс эттирувчи сиёсатини янада самаралироқ қилиш мақсадида Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти ва ЮНИСЕФ 1978 йили Совети Иттифоқининг Олмаота шаҳри (Қозоғистон)да конференция чақирди. Олмаота декларацияси саломатлик

инсоннинг асосий ҳуқуқидир ва давлатлар шу ҳуқуқни таъминлаш ҳамда ушбу мақсадга эришмоқ учун зарур бўлган тегишли стратегияларни ишлаб чиқиш учун жавобгардир, деб белгилаб берди. Бу қондани бутун жаҳон жамоатчилиги кенг қўллаб-қувватлади. Конференция аҳолининг тиббий таъминотига доир чора-тадбирларни режалаштириш ва амалга оширишда аҳолининг иштирок этиш ҳуқуқлари ва мажбуриятларини алоҳида таъкидлаб ўтди. У қўлланиладиган тиббий технологиялар илмий, ижтимоий ва иқтисодий жиҳатдан асосланган бўлиши керак, деб даъват этди. Бундан ташқари, аҳолининг саломатлик ҳолатини яхшилаш учун соғлиқни сақлаш ва бошқа соҳалардаги фаолиятни мувофиқлаштириб бориш (соҳалараро кооперация) зарурлигини таъкидлади.

Олмаота декларацияси бирламчи тиббий ёрдам барча муҳтож кишиларни тиббий хизмат билан таъминлашнинг энг мувофиқ методидир, деб таъкидлаб ўтди. Бу жуда муҳим қарор бўлиб, кўпгина мамлакатлар бирламчи хизматни амалда устувор йўналиш деб қабул қилдилар ва ўзларидаги маблағларни самарали бирламчи хизматга, масалан, айрим бир кишига ҳам, умуман жамиятга ҳам катта фойда берадиган иммунлашга, тўғри овқатланиш дастурларини ишлаб чиқишга ажратдилар.

2.10 илова

ИНХОЛИБОВА ИВТН

ИВТННТБҚ

ОЛМАОТА ДЕКЛАРАЦИЯСИНING АСОСИЙ МАЗМУНИ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

1. Саломатлик шахснинг ажралмас ҳуқуқи бўлиб, унинг касалликдан шунчаки холи бўлишинигина эмас, балки жисмоний, руҳий ва ижтимоий жиҳатдан бекам-кўст бўлишини ҳам кўзда тутлади.

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

2. Айниқса ривожланган мамлакатлар билан ривожланиб келаётган мамлакатлар ўртасида, шунингдек мамлакатлар ичидаги турли гуруҳлар ўртасида саломатлик масалаларида тобора ортиб бораётган тенгсизлик ҳамманинг кўнглида хавотирлик уйғотмоқда.

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

3. Ҳукуматлар ўз халқларининг саломатлиги учун бевосита жавобгардирлар. Фуқаролар ўзларининг тиббий хизматдан баҳраманд бўлиш ҳуқуқларини режалаштириш ва амалга оширишда қатнашиш ҳуқуқи ва мажбуриятига эга.

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

4. Глобал ижтимоий сиёсатнинг асримиз охиригача кўзда тутган асосий мақсади — планетамиз аҳолисининг ҳар бирига ижтимоий ва иқтисодий жиҳатдан тўла қонли ҳаёт кечира олиши имконини берадиган саломатлик ато этишдир.

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

5. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) аҳолига тиббий-профилактик хизмат кўрсатишнинг асоси бўлиб ҳисобланади ва ижтимоий жиҳатдан мос келадиган илмий-амалий методлар ҳамда технологиялар ёрдамида амалга оширилиб борилади.

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

ИВТННТБҚ

6. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами системаси – одам соғлиқни сақлаш системаси билан биринчи марта учрашадиган жой, аҳолининг кенг табақаларига хизмат кўрсатишнинг энг оммавий шаклидир, шунга кўра у одамлар яшайдиган ва меҳнат қиладиган жойларга мумкин қадар яқинлаштирилиши керак.
7. Бирламчи тиббий хизмат системаси ҳар бир мамлакат ва айрим жамоаларнинг конкрет шарт-шароитлари ва эҳтиёжларига мувофиқ ҳолда ривожланиб боради ва ҳар бир конкрет ҳолда илмий методлар ва халқаро соғлиқни сақлаш тажрибасининг ютуқларидан фойдаланади.
8. БТСЁ маҳаллий аҳоли (жамоа) нинг ўзига хос эҳтиёжларига мўлжалланган бўлиб, даволаш, профилактика ва реабилитацияга доир хизматларни ўз ичига олади.
9. БТСЁ нинг зарур таркибий қисмлари:
 - кундалик ҳаётда назорат олиб бориш мақсадида соғлиқни сақлашнинг муҳим муаммолари ва уларни ҳал қилиш методлари тўғрисида аҳолини хабардор қилиб туриш;
 - овқатни витаминлар билан бойитиш ва овқатланишни мувозанатлаштиришни рағбатлантириш;
 - сув таъминотини санитария ҳолатини яхшилаш ва бехатар қилиш;
 - она ва бола соғлиғини муҳофаза қилиш, туғилишни тартибга солиш;
 - асосий инфекция касалликларга қарши иммунлаш ишларини олиб бориш;
 - эндемик касалликларнинг олдини олиш;
 - кенг тарқалган касалликлар ва шикастланишларни тўла қонли даволаш;
 - асосий дори-дармонлар ва медикаментлар билан таъминлаш.
10. БТСЁ тизими қишлоқ хўжалиги, озиқ-овқат саноати, турар жой қурилиши, алоқа, таълим ва бошқаларнинг ривожланишига таъсир кўрсатадиган бошқа иқтисодиёт секторлари фаолиятини мувофиқлаштириб боришда иштирок этади.
11. БТСЁ тиббий хизматларни режалаштириш, кўрсатиш ва баҳолашда ҳамда энг муҳтож аҳоли гуруҳларини БТСЁ билан биринчи навбатда қамраб олиш учун ресурсларни тақсимлашда фуқароларнинг ўзлари фаол иштирок этишини кўзда тутади.
12. БТСЁ нинг барча таркибий қисмлари ўзаро боғланган ва зарур ахборот таъминотига эга бўлиши керак.

Олмаота конференцияси қарорлари барча мамлакатлар томонидан дастурул-амал деб қабул қилинди (миллий жиҳатларни ҳисобга олган ҳолда), айниқса у ривожланаётган мамлакатлар учун жуда муҳим бўлди. Бу мамлакатларда иммунлаш ва диарея касалликларига қарши кураш

вазифаси олдинги ўринга қўйилди ва бирламчи тиббий хизматнинг шу иккала соҳасида тез орада сезиларли ютуқлар қўлга киритилди. Чунончи, асосий касалликларга қарши эмлаш ишлари билан аҳолини қамраб олиш кўрсаткичлари 10 фоиздан ўртача 75 фоизга ортди. БТСЁ тамойилларини амалда татбиқ этиш, хусусан, она ва бола соғлиги хизматларини ривожлантириш оналар ва болалар ўлимининг анча камайишига ва «2000 йилга бориб барча саломат бўлсин» дастурида мўлжалланган бошқа бир қанча ижтимоий-тиббий кўрсаткичиларнинг яхшиланишига олиб келди.

Саломатликни муҳофазалашнинг устувор йўналишлари ва мақсадларини белгилаш

60- йилларда соҳани бошқариш ва унинг вариантлари (нулдан смета тузиш) муаммосига янгича ёндашишга алоҳида эътибор берилган концепциялар пайдо бўлди, булар ушбу муаммоларни ўтмишдаги усуллар билан ечишга асосланмай, балки ташкилотнинг фаолиятига, унинг бюджети ва вазифаларига асосланган эди. Шу хилда фикрлаш фаолиятнинг бошқа соҳаларида расм бўлганига қарамай, соғлиқни сақлашни режалаштириш йўллари ҳам таъсир ўтказди. Бу ғоянинг мантиқий татбиқи: соғлиқни сақлаш вазифаларини белгилаб олиш, кейин эса, шу мақсадларга маблағлар топиш йўллари қидиришдан иборат эди. Бу нарса Америка Қўшма Штатлари ва деярли бир вақтнинг ўзида Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотида амалга оширилди ва иккала ҳолда ҳам олдинга қўйилган вазифалар ҳал қилинмасидан олдиноқ кўпдан-кўп баҳс ва мунозараларга сабаб бўлди. Ушбу жараён бу мақсадларнинг кўпгина оврупо мамлакатлари, шунингдек давлатга, касаба ва матлубот уюшмаларига қарашли талайгина ташкилотлар томонидан қабул қилинишига ёрдам берди. 1979 йили АҚШ да соғлиқни сақлаш соҳасининг 1990 йилгача, кейинчалик эса, то 2000 йилгача бўлган вазифалари ишлаб чиқилди. Бу вазифалар адо этилиши устидан доимий назорат олиб бориладиган бўлди.

Бу жараён айрим бир касалликнинг маълум вақтда қанчалик тарқалганини аниқлашни талаб этади (А нуқтаси),бу нарса рўйхатга олинган барча касаллик ҳоллари, лаборатория текширувларининг маълумотлари ҳамда эпидемиологик мониторинг хусусида врачларнинг тўла ҳисоботларига асосланган тегишли кузатув ва назорат системаси бўлиши кераклигини билдиради. Дастур вазифаларини белгилаш (В нуқтаси) самарали профессионал муҳокама механизми бўлишини ва вазифани адо этиб бораётган идора, яъни соғлиқни сақлаш департаментининг ичида ҳам, ундан ташқарида ҳам малакали мутахассислар

иштироки билан мунозаралар ўтказиб туришни талаб қилади. А ва В нуқталари ўртасидаги тўғри чизик ҳаётда ҳамиша энг яқин ва энг осон йўл бўлади, ўртага қўйилган мақсадга эришмоқлик эса, нотекис ва хилма-хил йўллارни талаб қилиши мумкин. Лекин вазифани аниқ-равшан қилиб ўртага қўйиш умуман жараён учун ниҳоятда муҳим бўлиб ҳисобланади.

90- йилларда соғлиқни сақлаш масалалари юзасидан бир қанча халқаро конференциялар ўтказилди. Ҳар бир конференция алоҳида мавзуга: жаҳондаги болалар аҳволи (Нью-Йорк, 1990), аҳолининг ўсиб бориши ва демографик муаммолар (Коҳира, 1994), жаҳондаги қашшоқлик (Стокгольм, 1995), жаҳондаги аёллар аҳволи (Пекин, 1995) мавзуларига бағишланди. Бундай конференциялар ва яхши ният декларацияларининг роли ва таъсирини миқдорий жиҳатдан баҳолаш қийин. Буларга шубҳа билан қараб, уларнинг ижобий аҳамиятини инкор этиш осон бўлса-да, лекин турли мамлакатларнинг ҳукуматлари ривожланишдаги умумий тенденцияларнинг таъсирини сезиб, халқаро ҳамжамият маъқуллаган мақсад ва вазифаларга эришишга ҳаракат қилаётганини, соғлиқни сақлашни режалаштириш ва ресурсларни тақсимлашда бирламчи тиббий таъминотга кўпроқ аҳамият берадиган бўлиб қолганини кўрсатувчи аломатлар бор. Чечакнинг йўқ қилингани, ривожланаётган мамлакатлар аҳолисининг иммунлаш чора-тадбирлари билан тобора кўпроқ қамраб олинаётгани ва полиомиелитни йўқотишга доир уринишлар бундай вазифаларнинг ҳал қилишни моҳият эътибори билан мумкинлигини кўрсатади.

Америка соғлиқни сақлаш хизматининг бошлиғи томонидан олдинга қўйилган мақсадлар

АҚШ да гарчи умуммиллий соғлиқни сақлаш тамойиллари қарор топган ва кўпгина хизматлар табиатан хусусий бўлса-да, бу мамлакатда тиббиёт ва амалий соғлиқни сақлаш соҳасида жамият манфаатларини ҳимоя қилиш анъаналари кучли. Федерал ҳукумат, штатлар, округлар ҳамда муниципалитетларнинг маъмуриятлари тиббий хизматларни маблағ билан таъминлаш ва уларнинг сифатини назорат қилишда фаол иштирок этади. Ҳозирги саломатлик муаммоларининг кўпчилигини фақат тиббий сектор билангина ҳал қилиш мумкин эмаслиги тобора равшан бўлиб бораётгани билан бир қаторда 1970- йилларда соғлиқни сақлашга янгича ёндашув ишлаб чиқилиб, «Соғлиқни сақлаш соҳасида АҚШ мақсадлари» кўринишида таърифлаб берилди. Америка тиббий хизматининг бошлиғи 1979 йилда профилактика ва америка миллатининг саломатлигини

мустаҳкамлаш («Соғлом халқ») тўғрисидаги маърузасини эълон қилди. Бу ҳужжатда ҳар бир ёшдаги аҳоли гуруҳлари учун бешта умумий мақсадлар ва 2000 йилга қадар ҳал қилишга мўлжалланган 226 та хусусий вазифалар белгилаб берилган эди. 1991 йилга келиб эришилган баҳо натижалари қуйидаги жадвалда келтирилган.

2. 2 жадвал

АҚШ нинг саломатлик соҳасида 1995 йилга мўлжалланган миллий мақсадлари (режалаштирилган ва эришилганлари)

| Кўрсаткич | 1978 (ҳақиқийси) | 1990 (режа) | 1990 (ҳақиқийси) |
|--|------------------------------|---|-------------------------|
| Ёшига тўлмаган гўдаклар ўлими | 1 минг гўдак ҳисобидан 15 та | 35% камайтириш 1 минг гўдакка < 9 тага келтириш | 1 минг гўдакка 9,1 та |
| 1 ёшдан 14 ёшгача болалар ўлими | 100 минг болага 42 та | 20% камайтириш 100 минг болага < 34 тага тушириш | 100 минг болага 30 та |
| 15 яшардан 24 яшаргача ёшлар ўлими | 100 минг кишига 115 та | 20% камайтириш 100 минг кишига < 94 даражасидан | 100 минг кишига 104 та |
| Катта ёшли (24 яшардан 64 яшаргача) одамлар ўлими | 100 минг кишига 525 та | 25% камайтириш 100 минг кишига < 400 | 100 минг кишига 400 та |
| Катта ёшли одамнинг бир йилда меҳнатга яроқсиз бўлган кунлари сони | 40 | 20% камайтириш ва < 30 | 31 |

АҚШ да соғлиқни сақлаш мақсадларига эришмоқлик жараёни вертикал бўйлаб – федерал даражадан штатлар ва шаҳарлар даражасига томон олиб борилди. Касаба уюшмалари, ҳукуматдан ташқари ташкилотлар ва фуқароларнинг кўнгилли бирлашмалари ҳам бунга

қўшилишди. 2000 йилга мўлжаллаб олдинга қўйилган янги мақсадлар энг муҳим уч йўналишга: ўлимни камайтириш ҳисобига ўртача умрни узайтириш, аҳоли турли гуруҳларига кўрсатиладиган тиббий ёрдам даражасидаги тафовутларни камайтириш ва америкали ҳар бир инсонга асосий профилактик хизматлар хилини таъминлашга қаратилган. Бу йўналишлар 22 та соғлиқни сақлаш соҳасидаги 207 та конкрет ва ўлчаб кўрса бўладиган мақсадлар кўринишида тасвирланган бўлиб, тўртта асосий йўналиш ҳолида жамланган: даволаш, саломатлик муҳофазаси, профилактик хизматлар, системани назорат қилиб борувчи хизматлар. Жамият соғлиғини сақлашнинг 2000 йилга мўлжалланган ушбу режаси йилдан йилга ўзгариб бориши мумкин бўлган миқдорий индикаторларга – кўрсаткичларга асосланган.

Айрим штатлар ўзларининг стратегик мақсадлари ва уларга эришиш йўллари ишлаб чиқа бошладилар, чунки бу соғлиқни сақлаш эҳтиёжларига федерал маблағ олишнинг шарти бўлиб ҳисобланади. Режаларни марказдан мустақил қилиш ва айрим минтақалардаги реал шароитларга яқинлаштириш олдинга қўйилган қадам бўлди, зеро шу хилда конкретлаш мақсадларнинг ўзини ҳам, уларга эришмоқлик жараёнини ҳам аниқроқ баҳолашга имкон беради. Бу нарса штатлар ҳукуматларини яхши натижаларни қўлга киритишга – гўдаклар ўлими, операциялардан кейин бошланадиган инфекцияларни камайтириш ва бошқаларга отлантиради ва шу билан бир вақтда касалхоналар тармоғини жадал суратда кенгайтириб бориш рағбатидан маҳрум этади.

ЖССТ Оврупо бюросининг дастурлари

1985 йилда ЖССТ Оврупо бюроси соғлиқни сақлаш вазифаларини «2000 йилга келиб ҳамма саломат бўлсин» глобал дастурининг бир қисми тариқасида эълон қилди. Мана шу 38 та саломатлик индикаторлари миллий ҳукуматлар учун бир мўлжал бўлиб хизмат қилади, шу билан бирга уруш хавфининг йўқлиги, имкониятларнинг барча жамият аъзолари учун тенг бўлиши, асосий эҳтиёжларнинг қондирилиши (овқат, тоза сув, санитария, турар жой, ўрта маълумот ва доимий иш) ва соғлиқ муҳофазаси соҳасидаги турли мақсадларнинг сиёсий қўллаб-қувватланиши саломатликнинг шарт-шароитлари, деб тилга олинган.

ЖССТ Оврупо минтақасининг 2000 йилга мўлжалланган мақсадлари

| Мақсад | Умумий вазифалар | Конкрет вазифалар |
|--|--|---|
| Ҳамма саломат бўлсин | Минтақа мамлакатлари ўртасидаги ва мамлакатлар ичкарисидаги тафовутларни камайтириш | - |
| Баъзи касалликларни йўқотиш | Айрим касалликларни бартараф этиш | Куйидаги касалликларни бартараф этиш: қизамиқ, полиомиелит, неонатал қоқшол, туғма қизилча, дифтерия, туғма захм, безгак |
| Гўдаклар ўлими | 1 минг чақалоққа 42 тадан тўғри келадиган кўрсаткич биронта ҳам мамлакатда бўлмасин | 1 минг чақалоққа тўғри келадиган кўрсаткични 15 дан камайтириш |
| Оналар ўлими | Тирик туғилган 100 минг болага 25 тадан ортадиган кўрсаткич биронта ҳам мамлакатда бўлмасин | Тирик туғилган 100 минг болага тўғри келадиган кўрсаткични 25 тадан – 10 тагача камайтириш |
| Юрак-қон томир касалликлари билан онкологик касалликлардан ўлим | Меҳнатга лаёқатли (65 гача ёшдаги) кишилар ўлимини камайтириш | 15% га камайтириш |
| Йўл-ҳаракат ходисалари ва ишлаб чиқариш травмаларидан ўлиш ҳоллари | Йўллар, корхоналар ва турмушдаги бахтсиз ҳодисалар сонини камайтириш | Йўлларда ўлим ҳолларини 100 минг киши ҳисобидан олганда 20 тадан, ишлаб чиқаришдаги ўлим ҳолларини эса, 50% га камайтириш |
| Саломатлик ҳолатини белгилаб берадиган турмуш тарзи | Атроф муҳит муҳофазаси, соғлом турмуш тарзи, маориф; қўллаб-қувватловчи гуруҳлар ташкил этиш; ўзига хос хавфли омилларни назорат қилиб бориш | Миллий ва маҳаллий махсус профилактика дастурлари (чекишга қарши кураш, овқатни яхшилаш) |

Оврупо дастури кўпгина мамлакатларга соғлиқни сақлашга доир ўз сиёсатларини профилактика ва соғлиқни мустаҳкамлашга кўпроқ эътибор бериб, янгидан белгилаб олишга ёрдам берди. Унинг бир қанча мамлакатларда қандай бажарилаётгани тўғрисида яқинда қилинган обзорлар соғлиқни сақлаш сиёсатини режалаштиришнинг бундай йўли яхшилиги ва мўлжалланган мақсадларга эришиш яқинлигини кўрсатади.

Буюк Британия соғлиқни сақлаш мақсадлари

Буюк Британия соғлиқни сақлаш вазирлиги соғлиқни сақлашнинг миллий стратегик мақсадлари ва уни ривожлантиришнинг устувор йўналишларини ишлаб чиқиш учун 1990 - 1991 йилларда махсус комиссия тайинлади. Асосий мақсад – аҳолининг ўртача умрини узайтиришдан иборат бўлиб, бунга эришмоқлик учун қуйидаги вазифаларни ҳал қилмоқ зарур:

- аҳоли саломатлигининг асосий муаммоларини аниқлаш;
- саломатликни мустаҳкамлаш ва уни муҳофаза қилишга эътиборни кучайтириш;
- саломатликни кўпгина омиллар (одамнинг ирсияти, юриш-туриши, яъни турмуш тарзи, ижтимоий, техноген ва табиий муҳит) белгилаб беради, деган фикрга асосланиш;
- миллий соғлиқни сақлаш хизмати ичида ва, шу хизмат билан аҳолининг саломатлигига оид муаммоларни ҳал қилиш йўлида фаолият кўрсатадиган бошқа структуралар ўртасида ҳам яқиндан ҳамкорлик қилиш зарурлигини эътироф этиш;
- устувор йўналишларни марказ томонидан белгилаб бериш билан жойларда тактик қарорлар қабул қилиш ўртасида жуда маъқул пайвасталик бўлишига эришиш, тезкор ва чаққон бўлишни, ташаббусни рағбатлантириб туришни таъминлаш;
- соғлиқни сақлашнинг чекланган ресурсларини эҳтиёжларнинг катта-кичиклигига қараб оқилона тақсимланишига ёрдам бериш.

Буюк Британияда «2000 йилга бориб ҳамма саломат бўлсин» дастури амалга оширилишининг натижалари

| ЖССТ Оврупо минтақасининг 2000 йилгача мўлжалланган мақсадлари | Буюк Британияда дастур амалга оширилишининг натижалари |
|--|--|
| 1. Минтақалар кўрсаткичларидаги тафовутларни 25 % га камайтириш | Жамиятнинг барча табақалари орасида гўдаклар ўлими камайиб боргани ҳолда умумий ўлим билан гўдаклар ўлими ўртасидаги тафовутлар сақланиб қолади |
| 2—5. Касалликлар ва ногиронликдан холи кишилар сони 10% ортгани ҳолда беморлар ва ногиронлар учун ижтимоий жиҳатдан фаол ҳаёт кечириш имкониятларини яхшилаш | Одамларнинг ўртача умри эълон қилинганидан кўра кўпроқ узайди, лекин ногиронлар сонини камайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш бобида сезиларли даражада олдинга силжиш йўқ |
| 6. Инфекцион касалликларни назорат қилиш: жойларда қизамиқ, полиомиелит, чақалоқлар қоқшоли, дифтерия, кўкйўтал, безгак ва туғма захми йўқ қилиш | Натижалар яхши: спонтан полиомиелит ҳоллари йўқ, қизамиқ, туғма қизилча ва захм деярли учрамайди. Ҳар қайси соғлиқни сақлаш маҳаллий бошқармасида иммунлаш бўйича координатор иш олиб боради |
| 7—8. Гўдаклар ўлимини тирик туғилган ҳар 1000 болага 20 дан , оналар ўлими тирик туғилган чақалоққа 15 дан камайтириш | Гўдаклар ўлими -1989 йили 1000 тага - 8,4, 1992 йили 1000 тага - 7 та. Оналар ўлими 1989 йили 100 мингтага - 6,1та |
| 9. 65 ёшгача бўлган одамлар орасида юрак-қон томир касалликларидан ўлиш ҳолларини 15 % ва бундан зиёд камайтириш | 1980—1989 йилларда қой айланиш тизими касалликларидан ўлиш ҳоллари 100 минг аҳоли ҳисобидан олганда 121 тадан 85 тагача; ЮИК дан ўлиш — 29%, инсултдан ўлиш эса, - 32% га камайди |
| 10. 65 ёшгача бўлган одамлар орасида рақдан ўлиш ҳолларини 15 % ва бундан зиёд камайтириш | 80-йилларда 65 ёшгача бўлган одамлар орасида умуман онкологик касалликлардан ўлиш ҳоллари 8%, ўпка рақидан ўлиш ҳоллари (эркакларда) 29% камайди |

ЖССТ Оврупо минтақасининг 2000 йилгача мўлжалланган мақсадлари

11 — 12. Бахтсиз ҳодисалардан ўлиш ҳолларини 25 % ва бундан зиёд камайтириш; ўз-ўзини ўлдириш ҳолларини камайтириш

13—17. Соғлом турмуш тарзини рағбатлантириш: оила, маориф, овқатланиш, алкоголь истеъмолини чеклаш, чекишни камайтириш, касаллик хавфини соладиган юриш-туришни ўзгартириш

18—25. Табиий муҳит билан шаҳар муҳитини муҳофаза қилиш, жумладан саноат оқава сувларининг дарё ва кўлларга тушиши, озиқ-овқатларнинг кимёвий моддалар билан ифлосланиши ва бошқаларни назорат қилиш. Соғлом турар жойлар ва мавзелар

26—31. Хавfli омилларга эга бўлган аҳолининг катта гуруҳлари, шунингдек носоғ кишилар ва айрим гуруҳларга ёрдам кўрсатишга кўпроқ эътибор бериб, барча уччала даражадаги тиббий ёрдамни ривожлантириш; жамоалар доирасида кўрсатиладиган ёрдамни мувофиқлаштириб бориш; тиббий хизмат сифатини кафолатлаш

32—38. "2000 йилга бориб ҳамма саломат бўлсин" дастуридаги вазибаларни ҳал қилишга йўналтирилган ахборот системалари ва илмий системаларни ривожлантириш; соғлиқни сақлаш тизимини режалаш ва дипломдан кейинги тайёргарлик сиёсатини ва технологик янгилликларга баҳо бериш ишларини таъминлаш.

Буюк Британияда дастур амалга оширилишининг натижалари

Бу хилдаги ўлим кўрсаткичлари паст: 80-йиллар давомида 15% камайди. Ўз-ўзини ўлдириш 18% камайди

Катта ёшли чекадиган одамлар сони 39% дан 32% гача камайди. Овқат ёғлар билан камроқ тўйинадиган бўлди, лекин ёғлар ҳали ҳам умумий овқат энергетик қийматининг 42 фоизини ташкил этади. Одамлар жисмоний тарбия билан кўпроқ шуғулланадиган бўлишди. Бироқ наркотиклар ва алкоголь истеъмол қилиш кўпайди .

Буюк Британия минтақа талабларига мос келади. 1989 йили Сув ресурслари тўғрисида қонун қабул қилинди, бу - табиий сув ҳавзаларининг аҳволи яхшиланишига ёрдам берди. Ҳавонинг тутун, сульфит ангидрид, кўргошин ва бошқа зарарли моддалар билан ифлосланиш даражаси йўл қўйса бўладиган меёрларга тўғри келади.

Тиббий ёрдамнинг ҳамма жиҳатларини мувофиқлаштириб борадиган маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари системаси ишлаб турибди. Ёрдамнинг сифати ва аҳолининг қанчалик қамраб олингани вақт-вақти билан текшириб борилмоқда

Бошқарувни ташкил этиш, ресурсларни тақсимлаш ва ахборот базасида ижобий ўзгаришлар бор. Врачлар ва тиббий ҳамшираларни дипломдан кейин тайёрлаш стандартлари қайта кўриб чиқилмоқда

Болалар муаммоларига доир бутунжаҳон форуми – соғлиқни сақлашнинг халқаро мақсадлари

Болалар муаммоларига доир юқори даражадаги бутунжаҳон форуми (The World Summit for Children) 1990 йилда 71 давлатнинг раҳбарлари иштирокида бўлиб ўтди. У Миллий иш-амаллар дастурлари (National Programs of Action) акс эттирилганидек, она ва бола саломатлиги муаммоларидан ҳаммининг ташвишланаётганини кўрсатиб берди. Асрнинг охирларига бориб стратегик мақсадлар ҳосил бўлишига эришмоқ учун мана шу дастурларни бажаришга жуда хилма-хил ташкилотлар – диний, иқтисодий, илмий ва маърифий ташкилотларни, жумладан ҳукуматлардан ташқари ва кўнгилли уюшмаларни ҳам жалб этиш вазифаси ўртага қўйилди.

2.11 илова

БОЛАЛАР МУАММОЛАРИГА ДОИР БУТУНЖАҲОН ФОРУМИ (1990) СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҲАСИДАГИ ДАСТУР-АМАЛЛАР РЕЖАСИ

1. *Полиомиелитни 2000 йилгача йўқотиш (eradication).*
2. *Неонатал қоқшол ҳолларини 1995 йилгача бартараф этиш (elimination).*
3. *Қизамиқ билан касалланишни 90 фоизга, ўлим ҳолларини эса, шунга яраша 95 фоизгача камайтириш.*
4. *Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларнинг *иммунлаш билан қамраб олин*ишини 90 фоизгача ошириш ва репродуктив ёшдаги аёлларнинг қоқшолга қарши тўла иммунланишига эришиш.*
5. *Болаларнинг *диарея касалликлари* билан биринчи марта касалланишини 25 фоизга ва ўлиш ҳолларини шунга яраша 25 фоизга камайтириш.*
6. *Болаларнинг *ўтқир респиратор касалликлардан* ўлиш ҳолларини учдан бир қисмигача камайтириш.*
7. *Йод танқислиги ва А витамини танқислиги оқибатларини амалда йўқ қилиш.*
8. *Тоши кам бўлиб туғиладиган болалар улушини 10 фоизга камайтириш.*
9. *Темир етишмаслигидан аёлларда бўладиган анемиялар сонини 1990 йилгача учдан бир қисмига камайтириш.*
10. *Аёлларни *туғруққача ўтказиладиган кузатув* (хатар гуруҳларига аҳолида аҳамият бериб) ва малакали *акушерлик ёрдами* билан тўла қамраб олиш.*

Бу фаолиятнинг муваффақиятлари яққол кўриниб турибди. Ривожланаётган мамлакатлардаги болаларнинг 80 фоизи 1990 йилга келиб иммунлаш дастурлари билан қамраб олинди, бу – ЮНИСЕФ берган баҳоларга кўра, ҳар йил 3 млн. га яқин болаларни оғир инфекциян касалликлардан, коллектив иммунитет ҳисобига эса, яна неча миллионлаб одамларни шу касалликларнинг оқибатларидан (кўрлик,

фалаж ва бошқалардан) сақлаб қолишга имкон берди. Бу мамлакатларда овқатни яхшилаш дастурлари ва орал регидратациядек осон ва ҳаммабоп даво методи сўнгги 40 йил давомида ҳар йили неча миллионлаб болаларни диарея касалликлари туфайли юзага келадиган ўлимдан асраб қолди (State of the World's Children, 1993).

Соғлиқни сақлашга доир ташаббусларни қўллаб-қувватлашда хусусий бизнеснинг иштироки янги ва катта истиқболли (соғлиқни сақлашга доир глобал форумлар томонидан рағбатлантириб келинган) ҳодиса бўлиб қолди, масалан 2000 йилда, халқаро Ротари-клуби полиомиелитни йўқотишга оид глобал дастур ҳомийси бўлди. Полиомиелитнинг ёввойи вируси иккала америка қитъасида амалда йўқолиб кетди (4 бобга қаралсин). Соғлиқни сақлаш соҳасидаги кўпгина вазифалар халқаро ва маҳаллий сиёсатга боғлиқдир, лекин буларни ҳал қилиш айрим кишилар ва умуман жамиятнинг иштирок этишини талаб қилади.

Соғлиқни сақлаш манфаатлари йўлидаги тадбирларга шахс ва жамоани жалб қилиш

Миллий соғлиқни сақлаш сиёсати пировард натижада индивиднинг саломатлиги ва турмуши сифатини яхшилашга қаратилган. Замонавий соғлиқни сақлашнинг юқорида тасвирлаб ўтилган ҳамма концепцияларини — «саломатлик майдони», бирламчи тиббий хизматга эътибор бериш, профилактик ёндашув, саломатликни муҳофаза қилиш ва бошқаларни одамнинг ўзи ва атрофидаги энг яқинлари саломатлик муаммоларини ҳал қилишдан манфаатдор бўлса, ана шундагина амалда юзага чиқариш мумкин. Шахсий қадриятлар орасида саломатликнинг аҳамиятини кўтариш ва шу йўналишда тўғри ҳаракат қилишда одамларга ёрдам бериш учун урта асосий дастакдан — илм-маърифат, маслаҳат бериш, шунингдек соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиб, рағбатлантириб боришдан фойдаланилади.

Саломатлик ва касаллик масалалари юзасидан бериладиган маслаҳатлар, яъни консултациялар шифокор билан бемор ўртасида бўладиган ўзаро муносабатнинг бир қисми бўлиб келган. Аслини олганда, бу — саломатликни сақлаб қолишнинг биринчи даражали муҳим аҳамиятга эга эканлигини тушуниб, уқиб олишда беморга кўмаклашиш ва бу мақсадга эришмоқлик йўлини унга айтиб бериш усулидир. Тиббий санитария маорифи ҳам худди шундай бир иш, лекин давлат доирасида олиб бориладиган ишдир, шу билан бирга бунда атроф муҳит ва аҳоли турмуш тарзини соғломлаштиришга эришиш учун давлатга қарашли ва ҳукуматдан ташқари бўлган ҳар қандай каналлардан фойдаланилади.

Психолог Абрахам Маслоу эсон-омон яшаб бориш учун одамга зарур бўлган шахсий эҳтиёжларнинг қуйи-юқори даражаларини белгилаб берди:

ҳаётий эҳтиёжлар – хавфсизлик, сув, овқат ва бошпана, бир мунча юқори даражадаги эҳтиёжлар – севги ва одамлар билан бирга бўлиш иштиёқи, янада юқорироқ даражадаги эҳтиёж - ўз-ўзини намоён қилиш иштиёқидир. Шу нарса, айниқса 20- йиллардаги Элтон Мэйо тадқиқотларида машҳур *Хоторн эффекти* аниқланганидан кейин (11 бобга қаралсин), бошқариш жараёнининг асл моҳиятини тушуниб олишга имкон берди. Соғлиқни сақлашда татбиқан олинадиган бўлса, бу – тиббий ёрдам бемалол бўлган шароитда соғлиқни мустаҳкамлашга ёрдам берадиган фаолият билан одамларни шуғулланишга мажбур этадиган омилларга мурожаат қилишдир, деган маънони билдиради. Замонавий соғлиқни сақлаш одамлар хатти-ҳаракатининг стереотипларини ўзгартириш муаммоси билан шуғулланади. Бунинг учун баъзан қонун йўли билан чоралар кўришга, белгиланган талаблар бажо келтирилганида рағбатлантириш, бажарилмаганида эса, жазолаш усуллари жорий этишга тўғри келади. Бошқа ҳолларда тегишлича йўл тутиш, масалан, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, жумладан ВИЧ-инфекция юқиб қолиши эҳтимолини камайтириш учун презервативлардан фойдаланиш ёки чекувчи одам ҳамда атрофидагиларнинг ўпка раки билан оғриши ва ўлиши ҳолларини камайтириш учун чекишга барҳам бериш тавсия этилади. Вақти келиб, билимлар, муносабатлар, эътиқодлар ва одатларни, одамлар хатти-ҳаракатларга таъсир ўтказадиган комплекс омилларни миқдор жиҳатдан баҳоласа бўлади, деган концепция ишлаб чиқилди (3 бобга қаралсин).

Соғлиқнинг зарурлигини уқтириш модели саломатликни муҳофаза қилиш соҳасидаги маърифий дастурларнинг асоси бўлиб қолди – одамнинг соғлом турмуш тарзини тутишга тайёрлиги унинг потенциал касаллик хавфини, касаллик олдида ўзининг ночорлигини, дарднинг потенциал оғирлиги ва саломатликнинг қимматлигини тушунишига боғлиқдир. Одамнинг билимли ва лоқайдликдан холи бўлиши соғлом турмуш тарзини тутишига ёрдам беради. Соғлом турмуш тарзини жорий этишга психологик, молиявий ёки жисмоний сабаблар, жумладан кўркув, вақт зиклиги ва кишининг бунга тайёрмаслиги тутишга тўсқинлик қилиши мумкин. Касалликлар пайдо бўлиш хавфини даф этишга имкон берадиган чора-тадбирларни рағбатлантириш соғлиқни сақлашнинг асосий вазифаларидан биридир. Соғлиқнинг зарурлигини уқтириш модели соғлиқни сақлашга доир ҳар қандай чора-тадбирларда муҳим ролни ўйнайди ва касалликни даф этиш ёки унга даво қилиш йўлидаги эмоционал, интеллектуал ва бошқа тўсиқларни ҳам аниқлаб олишга имкон беради.

Тиббий консултациялар, маориф ва саломатликни мустаҳкамлаш аҳоли соғлигини яхшилашга қаратилган, иқтисодий жиҳатдан ҳаммадан ўринли бўлиб ҳисобланадиган чора-тадбирлардир. Тиббий хизматлар қимматлашиб, уларнинг нархлари кўпчилик мамлакатларда умум иқтисодий суръатлардан

илгарилаб кетаётгани ҳолда тиббий хизмат нархини камайтириш хусусидаги талаблар мактабларда, ишлабчиқариш, ижтимоий ҳаёт, савдо-солиқда, дам олишда ва сиёсий ҳаётда замонавий турмушнинг интеграл қисми сифатида профилактик тиббиётга ва тиббий маориф билан аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш чора-тадбирларига эътибор кучайишига олиб келади.

Жамоалар ва ҳар бир кишининг тиббиёт ва саломатлик муҳофазаси масалаларидан хабардор бўлиши аҳолини тиббий-санитария маорифидан баҳраманд қилишга боғлиқ. Ривожланаётган мамлакатларда бошланғич ва ўрта мактаб маълумотига эга бўлган оналар эмизикли ва бошқа болаларга қараш ишларини маълумоти камроқ аёлларга қараганда яхшироқ удалайдилар. 20- йилларда Шимолий Америкадаги паст таъминланган ва кам маълумотли фермерлар орасида тиббий билимларни тарғиб қилиш яхши овқатланиш зарурлигини англаб етиш даражасини кўтаришга имкон берди. Қандли диабет ва юрак ишемия касаллиги билан оғриган беморлар ўртасида тўғри овқатланиш ва жисмоний фаол бўлиш зарурлигини уқдиришга асосланган чора-тадбирларни ўтказиш беморларни кейинчалик миокард инфарктдан сақлаб қолишга ёки унинг бошланиш вақтини орқага суришга ёрдам берди.

Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш тўғрисидаги Оттава декларацияси

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг 1986 йили Оттава (Канада) да ўтказган конференцияси барча мамлакатларни мана буларга даъват этди: «... саломатлик муҳофазасига оид масалалар барча секторлар ва барча доиралардаги масъул шахсларнинг кун тартибига киритилсин ва соғлиқни сақлаш соҳасида қабул қилган қарорларининг оқибатларини англаб етиш зарурлиги ҳамда одамларнинг соғлиғи учун жавобгарлик ўз зиммаларига юкланиши кўрсатиб ўтилсин. Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш сиёсати бир-бирини тўлдириб борадиган хилма-хил ёндашувларни, жумладан қонуний чоралар, молиявий сиёсат, солиққа тортиш ишлари ва ташкилий ўзгартиришларни ўз ичига олади. Бу мувофиқлаштирилган фаолият бўлиб, у соғлиқни сақлаш соҳаси билан ижтимоий соҳада кўпроқ тенглик бўлишини таъминлаб берадиган сиёсатга олиб боради. Биргаликда, ҳамжиҳатлик билан қилинадиган саъйи-ҳаракатлар анча бехатар ва соғлом товарлар ишлаб чиқариш ва жамоат хизматлари кўрсатишга, атроф муҳитнинг ифлосланишини камайтиришга имкон беради. Аҳоли соғлиғини муҳофаза қилиш сиёсати соғлиқни сақлашга алоқаси йўқ секторларда шу мақсадга эришишга кўмаклашувчи сиёсатни юргизишга ҳалал берадиган тўсиқларни аниқлаб олиш ва уларни бартараф этиш

йўллари қидириб топишни талаб қилади. Умумий, муштарак мақсад - аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш вазифаларига ҳаммадан кўра кўпроқ мос келади, деб танлаб олинган йўл барча жавобгар шахслар учун энг осон йўл бўлиб чиқишига эришмоқликдир».

Миллий ва маҳаллий моделлар

Австралиядаги Виктория штати ҳокимияти тамаки саноатини солиққа тортишдан тушадиган маблағларни соғлиқни мустаҳкамлаш дастурларига ишлатишга қарор қилиб, соғлиқни сақлаш ишида муҳим ташаббус кўрсатди. Бу иш икки томонлама натижа берди: сигареталар нархи кўтарилгани ҳисобига чекувчилар сони ва чекишга ружу қўйиш камайди, соғлиқни сақлаш сектори тамаки саноатининг чекишни тарғиб қилиш йўлидаги ҳаракатларига қарши туриш учун маблағга эга бўлди. Сигареталарни телевидение орқали ва спорт ўйинлари вақтида реклама қилиш таъқиқланди, маҳаллий ҳокимият органлари турар жойлар ва ишчилар маҳаллаларида тамакига қарши кампания олиб бориш учун молиявий имкониятларга эга бўлди. Ишчиларнинг саломатлик масалаларидан хабардор қилиш аста-секин анча кенг тус олиб, ишлаб чиқаришдаги зарарли омиллар таъсири, овқат, алкоголь истеъмол қилиш ва жисмоний фаоллик муаммолари тилга олинадиган бўлди. Жамият соғлиғини сақлашнинг ушбу йўналиши касалланиш ва асосий ўлим сабабларидан ўлиш хавфини камайтириш учун жуда самаралидир. Орадан унча кўп ўтмай, статистика меҳнатга қодир аҳоли орасида асосий касалликлар камайиб қолганини қайд қилди.

Соғлиқни мустаҳкамлаш сиёсати зарарли одатлардан воз кечиш зарурлигини одамларга уқтиришга уринишдангина иборат эмас. Бу сиёсат аҳоли соғлиғини яхшилаш учун ижтимоий муҳитни яхшилашнинг қонуний омиллари ва бошқа йўллари ҳам ўз ичига олади. Ичак инфекциялари ва кариес тарқалишининг олдини олиш учун ичимлик сувни филтрлаш, хлорлаш, кўпгина ҳолларда эса, фторлашни ҳам қонун йўли билан талаб қилиш, алиментар танқисликлар профилактикаси учун асосий озиқ-овқат маҳсулотлари (ун, сут ва бошқалар) ни витаминлар ва минерал моддалар билан бойитиш ана шундай муҳим ишлар қаторига киради. Тамаки маҳсулотлари рекламасини чеклаб қўйиш, сигарета ва алкогольли ичимликлар ишлаб чиқарувчиларни каттароқ солиқларга тортиш ва давлатнинг шунга ўхшаган тартибга солувчи бошқа функциялари ҳам шулар жумласидандир.

Сурункали касалликлар билан оғриш даражасини камайтириш ва соғлиқни мустаҳкамлаш юзасидан жамоалар ҳам бир қанча саъйи-ҳаракатларни қилиши мумкин. Шимолий Карелиянинг Финляндия

қисмида юрак қон-томир касалликлари ва ўлим ҳолларини камайтиришга доир лойиҳа бошланган эди. Бу лойиҳа ғояси ўша минтақа аҳолисининг талаби билан юзага келди, чунки бу аҳоли Финляндияда юрак қон-томир касалликларининг даражаси жаҳонда энг юқорилиги тўғрисида хабар топган, Шимолӣ Карелиянинг қишлоқ хўжалик районида эса бу кўрсаткич мамлакат бўйича ўртача даражадан юқори эди. Лойиҳа коронар касалликлар пайдо бўлиш хавфини соладиган омилларни назоратга олиш усулларини топиш мақсадида маҳаллий давлат ташкилотлари билан кўнгилли ташкилотларнинг саъйи-ҳаракатларини бирлаштиришни кўзда тутарди. Карелия лойиҳаси ва унга ўхшаган бошқа лойиҳалар кампанияси бошланганидан 15 йил кейинги ишлар аҳолини баҳолаш касалланиш даражаси анча камайганини кўрсатди, кўшни «контрол» минтақаларда ҳам, гарчи, кечроқ бўлса-да, шундай ҳодиса кузатилди.

Соғлиқни муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлаш кўпгина минтақаларда жамият соғлиғини сақлаш стратегияси бўлиб қолди ва унга ҳукуматдан ташқари ташкилотлар ҳамда бошқа уюшмалар ҳам қўшилди. «Соғлом юрак» дастури ишлаб чиқилиб, унинг доирасида юрак касалликларига қарши кураш олиб борилди. Бу чора-тадбирлар ҳомийлар – кўнгилли уюшмалар, мактаблар, черковлар ва бошқалар ёрдами билан амалга оширилди. «Соғлом шаҳарлар» халқаро дастури жорий этилганидан кейин соғлиқни сақлашга оид чора-тадбирлар жамоалар доирасида бир мунча кенгроқ амалга ошириладиган бўлди.

Соғлом шаҳарлар

XIX асрнинг 40- йилларида Санитария қонун-қоидаларига риоя қилиш ҳаракатининг донгдор етакчиси ва Буюк Британияда ислоҳотлар ўтказиш тарафдори Саутвуд Смит Соғлом шаҳар уюшмасига асос солди. Бу ташкилот санитария қоидаларини қонун йўли билан мустаҳкамлаш учун кураш олиб борди ва санитария-гигиена маданиятининг ривожланишига ёрдам берди. 80- йилларда канадалик жамият соғлиғини сақлаш профессори Тревор Хенкок одамлар яшаш жойларини ривожлантиришнинг маҳаллий ҳокимият органлари томонидан тайёрланган режа ва дастурларига соғлиқни сақлашга оид масалаларни киритиш учун шу органларнинг жавобгарлиги тўғрисидаги ғояни янгидан олдинга сурди.

СОҒЛОМ ШАҲАРЛАРНИНГ АСОСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ

1. Табиий муҳитнинг тоза ва бехатар бўлиши.
2. Барқарор ва ўзига ўзи кифоя қиладиган экосистема.
3. Эксплуатацияга тоқат қилолмайдиган уюшган фуқаролар жамиятининг борлиги.
4. Фуқароларнинг ҳаёти ва соғлиғига таъсир ўтказадиган сиёсий қарорлар қабул қилишда фуқароларнинг иштирок этиши.
5. Барча аҳоли учун асосий эҳтиёжлар (овқат, сув, бошпана, даромадлар, хавфсизлик, иш) нинг қондирилиши.
6. Ижтимоий, ахборотга оид ва маданий ресурсларнинг кенг тармоғи.
7. Этник ва маданий хилма-хилликнинг рағбатлантирилиши.
8. Маданий меросни авайлаб сақлаш.
9. Шу вазифаларни амалга оширишга алоқадор лойиҳалар.
10. Тиббий хизматлар ва касалхона кассаларининг энг маъқул даражада бўлиши.
11. Аҳоли саломатлигининг яхши аҳволда, касалланиш даражасининг паст бўлиши.

«Соғлом шаҳарлар» ҳаракати аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш муаммосига янгича ёндашув бўлди. У шаҳарлардаги аҳоли соғлиғини яхшилаш юзасидан кенг миқёсда бошланган жамоат кампанияси натижасида 80- йилларда юзага келди. Ушбу соҳадаги чора-тадбирлар экологик лойиҳаларни (масалан, чиқиндиларни расамадлашни), ёшлар дам оладиган жойларни тартибга солиш (бу зўравонлик ҳоллари ва наркоманияни камайтиришга ёрдам беради), соғлом турмуш тарзи масалалари юзасидан аҳолининг кўпроқ хабардор бўлишига олиб борадиган «саломатлик ярмаркалари»ни, гипертония, сут беши раки ва бошқа касалликларни аниқлашга доир тестлаш дастурларини ўз ичига олади. Ушбу ҳаракат аҳоли соғлиғини мустаҳкамлашга қаратилган фаолиятни консумеризм тамойиллари билан пайваста қилиб, маҳаллий жамоа доирасидаги соғлиқни сақлашга оид ва тарбиявий фаолият анъаналарини янгидан тиклайди.

Дастлаб Канада билан Оврупода юзага келган «Соғлом шаҳарлар» ҳаракати 90- йилларда анча кенгайиб, Шимолий ва Жанубий Америка ҳамда дунёнинг бошқа қисмларида катта қизиқиш уйғотди. Муниципал ҳокимиятлар ҳукуматлардан ташқари ташкилотлар билан ҳамкорликда шаҳар муҳитида табиий ва ижтимоий турмуш шароитларини ва аҳоли саломатлигининг аҳволини яхшилашга қаратилган консултацион дастурларни ривожлантиришга ёрдам бердилар. «Соғлом шаҳарлар»

ҳаракати 1995 йилда Оврупо, Канада, АҚШ ва Австралиядаги 18 та мамлакат ва 375 та шаҳарга ёйилди, ҳолбуки 1986 йилда бу ҳаракат фақат 11 та шаҳарни бирлаштирган эди.

Монреал «Соғлом шаҳарлар» лойиҳасида 1988 йилдан бери иштирок этиб келади. Монреал аҳолиси 1,02 млн. кишидан иборат бўлиб, 177 кв. км майдонда истиқомат қилади. Аҳолининг 61 фоизида француз тили она тили бўлиб ҳисобланади. Монреал – Квебек вилоятининг бош шаҳридир. Оилага тўғри келадиган ўртача йиллик даромад 26.300 долларни ташкил этади. Шаҳар «Соғлом шаҳар» лойиҳасига алоқадор хилма-хил тадбирлар ўтказиб туриладиган мавзеларга бўлинган.

2.13 илова

«СОҒЛОМ ШАҲАРЛАР» ЛОЙИҲАСИ МОНРЕАЛДА (1995)

1. Маҳаллий тош конларининг атрофдаги муҳитга таъсирини камайтириш.
2. Камбағаллар мавзеларини кўкламзорлаштириш.
3. Бошланғич ва ўрта мактаблар таъминотини яхшилаш.
4. Яхши кўшничилик муносабатларини ўрнатиш.
5. Кам таъминланганлар учун кооператив(ширкат) турар жойлар қуриш.
6. Тури этник жамоалар ўртасидаги коммуникатив тўсиқларни бартараф этиш.
7. Ёшлар учун бўш вақтни ўтказиш жойлари барпо этиш.
8. Шаҳарнинг ташландиқ жойларини ободонлаштириш.
9. Мавжуд боғларни кенгайтириш.
10. Маҳаллий жамоа марказлари ва ёшлар клубларини мустаҳкамлаш.
11. Дов-дарахтлар экиш.
12. Жиноятларга сабаб бўлувчи хатти-ҳаракатлар ва наркомания профилактикаси.

CINDI дастури (инфекцион касалликларнинг олдини олишга доир миллий дастур)

Халқаро ташкилотларнинг саъй-ҳаракатлари инфекцион касалликлар, овқатланишни назорат қилишга, шунингдек оналар ва болалар соғлигини муҳофаза этишга қаратилгандир. Ноинфекцион касалликларнинг олдини олиш юзасидан ЖССТ – CINDI (Country-wide Integrated Non-Communicable Disease Intervention) томонидан бошланган халқаро лойиҳа соғлиқни мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш, сурункали касалликларнинг олдини олишга доир ана шундай тадбирларнинг энг янги мисоли бўлиб хизмат қила олади. Бу дастур ЖССТ га аъзо мамлакатлар миллий ҳукуматларини сурункали касалликларнинг олдини олиш ва назорат

қилиш ишларини қўлга киритилган натижаларга эпидемиологик баҳо бериш йўли билан фаолроқ олиб боришга рағбатлантиради. Лойиҳа ўзининг самарадорлигини кўрсатиб берган ва турли доираларда — давлат доирасидан тортиб маҳаллий доираларда ҳам татбиқ этиладиган конкрет аралашув йўлларини таклиф этади.

Кибернетика ва соғлиқни сақлашни бошқариш

Кибернетика — бошқариш, алоқа боғлаш ва ахборотни қайта ишлаш тўғрисидаги фандир. Кибернетика ва назорат системалари ғоясини 1948 йили математик Норберт Винер майдонга қўйган бўлиб, жуда тез орада у XX асрнинг иккинчи ярмидаги технологиялар ҳамда маркетинг системаларининг ривожланиш асоси бўлиб қолди. Аммо ижтимоий системаларни бошқариш илмида кибернетика тамойиллари камроқ татбиқ этилади, лекин булар, назаримизда, ушбу соҳада ҳам, умуман, жуда ўринли бўлади.

Жамоа ёки мамлакат аҳолиси саломатлигини сақлаб бориш ва яхшилаш - доимий тескари алоқани: соғлиқни сақлашга доир дастурларни ўз вақтида қайта йўналтириш мақсадида саломатлик индикаторларини ўзгартириш тўғрисидаги маълумотларни талаб қиладиган динамик жараён дидир. Соғлиқни сақлашга алоқадор фаолиятнинг асоси эпидемиологик, демографик, ижтимоий-психологик, иқтисодий ва бошқа маълумотларни йиғиш ва таҳлил қилишни ўз ичига оладиган бекамукўст ахборот системасидир. Ана шундай маълумотларга асосланган тақдирдагина бошқаришга доир тўғри қарорлар қабул қилиниши мумкин.

Касалликни тўғри ташхислаш ва тўғри, тўлақонли даволаш учун клиницист-врач беморнинг саломатлигидаги ўзгаришларни доимо кузатиб бориши керак бўлгани каби, соғлиқни сақлаш соҳасидаги менежер ҳам аҳолининг ўзгариб турадиган тиббий эҳтиёжлари тўғрисида тўла ва тезкор ахборотга эга бўлиши керак. Менежер ҳам бу ахборотни таҳлил қила билиши ва энг яхши натижаларга эришмоқ учун соғлиқни сақлаш системаси ёки қисмлари фаолиятини тегишлича ўзгартира оладиган бўлмоғи лозим.

Соғлиқни сақлашда сифат стандартлари (1995)

Америка Соғлиқни сақлаш уюшмаси 1995 йили «Америкада жамият соғлиғини сақлашнинг истиқболлари» деб аталган дастурий ҳужжатни эълон қилди. Уюшманинг ҳар йили ўтказиладиган навбатдаги мажлисида шу ҳужжат юзасидан баҳс юритиладиган бўлиб қолди. Унда федерал ва маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари учун энг яқин йилларга

мўлжалланган соғлиқни сақлаш тамойиллари ва стандартлари таърифлаб берилган (10 бобга қаралсин). Бу тамойилларнинг моҳияти қуйидаги иловада кўрсатиб берилган.

2.14 илова

АМЕРИКА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ СИФАТ СТАНДАРТЛАРИ АМЕРИКА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ УЮШМАСИ (1995)

Бош мақсад:

Соғлом жамоаларда соғлом одамлар

Тезкорлик билан амалга ошириладиган мақсад:

Саломатликни мустақамлаш ва касалликларни камайтириш.

Вазифалар:

Эпидемиялар ва хавфли касалликлар чиқиб қолишига йўл қўймастик.

Экологик назорат.

Травматизмнинг олдини олиш. Соғлом турмуш тарзини рағбатлантириш.

Табиий ва техноген фалокатлар оқибатларини тугатиш, зарар кўрган жамоага ёрдам бериш.

Тиббий ёрдам сифати ва барчага бараварлигини кафолатлаш.

Ҳал қилиш йўллари:

Устувор йўналишларни аниқлаш мақсадида жамоа саломатлиги ҳолатининг мониторингини олиб бориш. Юзага келган вазият сабабларни аниқлаш. Соғлиқ муҳофазаси ишида одамларга қўлланса бўладиган ҳамма чоралар билан билим бериб, ёрдам кўрсатиш. Соғлиқни сақлашда шахслар ва гуруҳлар ташаббусларига қўмаклашиш сиёсати ва режаларини ишлаб чиқиш. Соғлиқни сақлашга оид қонунларга амал қилиниши устидан жамоат назорати. Муҳтожларни тиббий ёрдам кўрсатиладиган муассасаларга юбориш. Соғлиқни сақлаш системасида юқори малакали ходимлар бўлишини кафолатлаш. Тиббий ёрдамнинг ҳаммага баравар, самарадор ва сифатли бўлиши устидан доимий назорат. Соғлиқни сақлаш соҳасига доир янги қарорларни тадқиқ қилиш ва излаш.

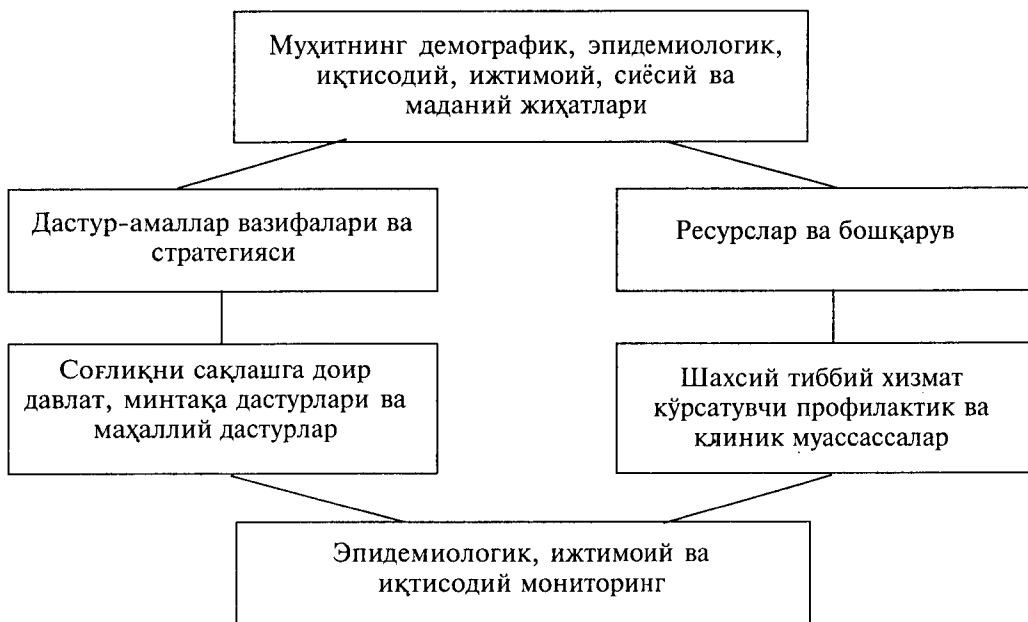
Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш

Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш кўпгина ғоялар ва инсоният томонидан тўпланган тажрибанинг пайваста қилиб, бир-бирига қўшилган, конкрет замон ва макон талабларига мувофиқ ўзгартирилган ҳосиласидир. Замонавий соғлиқни сақлашда бош мақсадга эришмоқ - ҳар бир инсон, жамоа ва умуман жамият соғлиғини яхшилаш ва умрини узайтиришнинг стратегиясига айланади.

Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш - ягона бир мажмуа бўлиб, у профессионал фикрлаш натижасида сўнгги аср давомида, асосан 60-

йиллардан бошлаб ишлаб чиқилган бир нечта концепциялардан таркиб топган. Мана шу мажмуанинг ҳамма қисмлари ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлашнинг таркибий концепцияларидир.

Худди клиник тиббиёт сингари, жамият соғлиғини сақлашнинг вазифалари ҳам айрим кишилар ва умуман бутун жамият саломатлигини яхшилашдан иборат. Бу мақсадга эришмоқ учун жамият соғлиғини сақлаш бевосита методлар (масалан, она ва бола касалликларини профилактикаси) ва билвосита методлардан (масалан, экологик вазиятни яхшилаш учун кўриладиган чора-тадбирлардан) фойдаланади. Клиник тиббиёт бутун диққат-эътиборини, одатда касаллик даврида, айрим бир беморга қаратади. Бироқ, жамиятнинг фаровонлиги айрим аъзоларининг саломатлигига боғлиқ бўлгани каби, айрим бир кишининг саломатлиги ҳам, худди шунингдек, жамият саломатлиги ҳамда мавжуд ижтимоий дастурларга боғлиқдир. Жамият соғлиғини сақлашнинг янги концепцияси шахсий ва ижтимоий саломатликни бир-бирига боғловчи кенг дастур ва чора-тадбирлар қаторини таклиф этади.



6- расм. Жамоат саломатлиги - ҳар бир кишининг саломатлигидир.

Айрим кишилар саломатлиги билан умуман жамият фаровонлигининг бир-бирига боғлиқлиги жамият соғлиғини сақлашнинг асос солувчи тамойилидир. Жамият соғлиғини сақлаш бу - бутун аҳоли соғлиғини муҳофаза қилишдир, деган классик таърифи уни клиник тиббиётдан ажратиб қўйди. Вақт ўтиши билан бу тафовут унча билинмайдиган бўлиб қолди ва умуман бутун жамият сингари шахс саломатлиги билан омонлигининг муҳофазаси бевосита ва билвосита чоралар ҳамда жамият соғлиғини сақлаш соҳасига ҳам, шахсий тиббий ёрдам кўрсатиш соҳасига ҳам тегишли хизматлар билан олиб бориладиган бўлди.

Аҳолининг тиббий таъминотга бўлган эҳтиёжини қондиришга даъват этилган дастурлар турли жамиятларда умумий хусусиятларга эга. Улар ўртасидаги тафовут аҳолининг касалланиши, ёши, ижтимоий-иқтисодий структураси ва атроф муҳитнинг ҳолати сингари омилларга боғлиқ. Ривожланиб келаётган мамлакатларда инфекцион касалликлар, ичимлик сувнинг ифлослангани, санитария даражасининг пастлиги, овқат ёмонлиги, она ва бола саломатлиги масалалари соғлиқни сақлаш соҳасидаги асосий муаммолар бўлиб ҳисобланади. Ривожланган мамлакатлардаги соғлиқни сақлаш муаммолари, аввало, сурункали касалликларга боғлиқ бўлиб, уларда профилактика биринчи галда турмуш тарзи, хавfli омиллар, одамларнинг юриш-туриши ва бевосита тиббий хизмат сингари омилларга қаратилгандир. Касалликларнинг қанчалик тарқалиши ана шу барча омилларга боғлиқ. Шу билан бир вақтда инфекцион касалликлар ва заҳарланиш ёки шикастланишга алоқадор ноинфекцион касалликлар даволаниши керак, лекин яхши ташкил этилган ва аниқ тартибга солинган соғлиқни сақлаш системаси бўлган тақдирдагина уларнинг олдини олиш мумкин бўлади. Шахс соғлиғини сақлаш билан жамият соғлиғини сақлашни бир-биридан ажратиб бўлмайти, буларнинг иккаласи ҳам ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш концепциясига киритилганки, ушбу концепцияда 2000 йилгача ва ундан кейин бажариш керак бўлган вазифалар олдинга қўйилган. Жамият соғлиғини сақлаш ва тиббий хизмат кўрсатиш элементлари бошқарув системалари ҳамда тўхтовсиз олиб бориладиган эпидемиологик, иқтисодий ва ижтимоий тадқиқотлар билан бир-бирига боғланган.

Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш концепциясининг эволюцияси

Жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси қадимги анъаналардан то санитария соҳасида одамзотнинг тўплаган тажрибаси асосида XIX асрда бўлиб ўтган революцияга қадар эволюцияни бошдан кечириб келди. Антик дунё кўпгина замонавий қонун-қоидаларга асос бўлган анъаналарни расм қилди, шахсий гигиена ва юқумли касалликлар билан оғриган кишиларни

ажратиб қўйишдан тортиб, озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатига қўйиладиган талаблар, санитария нормалари, овқатланиш, жисмоний машқлар қоидалари, ночор кишиларга бепул тиббий ёрдам кўрсатиш, водопровод ва канализация қуришгача бўлган анъаналар шулар жумласидандир (1 бобга қаралсин). Ўрта асрларда насроний анъаналар беморларга ҳамдардлик кўрсатиш муҳимлигини таъкидлар эди-ю, аммо касалликни қилинган гуноҳлар учун берилган жазо деб ҳисоблар эди, ушбу нарса илму-фаннинг ривожланишига тўсқинлик қилиб келди.

2.15 илова

ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШНИНГ ТАРАҚҚИЁТ БОСҚИЧЛАРИ

1. Жамият соғлиғини сақлашнинг тарихий негизи:
 - қадимги анъаналар – антик дунёдаги санитария қонун-қоидалари, озиқ-овқат маҳсулотлари сифати устидан назорат, «соғлом танда – соғ ақл» концепцияси;
 - ўрта асрлар – черков ҳукмдорлиги, крепостной ҳуқуқ, овқат ва саломатликнинг ёмонлиги, инфекцион касалликлар пандемиялари;
 - Ренессанс (Уйғониш даври) – шаҳарларнинг ўсиши, савдо-сотик ва қишлоқ хўжалигининг ривожланиши;
 - илм-фан, шахс ҳуқуқларининг ривожланиши, эпидемиологиянинг вужудга келиши;
 - саноат революцияси, аҳоли турмуш шароитларининг саломатлик ҳолатига таъсир этишини тушуниш.
2. Уюшган ҳолдаги соғлиқни сақлашнинг қарор топиши:
 - санитария революцияси, миазмлар назарияси (1850 – 1880);
 - бактериология соҳасидаги кашфиётлар (1885 – 1910) – микробиологиянинг ривожланиши ва инфекцион касалликларга қарши курашда илмий маълумотлардан фойдаланиш;
 - ресурсларни илмий асосда ташкил этиш ва тақсимлаш, тиббий хизмат сифатини мукаммаллаштириш (1910 – 1960);
 - демографик ўзгариш – аҳоли орасида туғилиш ва ўлим ҳолларининг камайиши, аҳолининг кексайиб бориши;
 - эпидемиологик ўзгариш – сурункали касалликларнинг устунлиги, инфекцион касалликларнинг иккиламчи тартибда тарқалиши;
 - соғлиқни сақлаш ишларининг ижтимоий йўналишга қаратилиши (1960 – 1975) – тиббий хизматнинг барчага баравар бўлиши йўлида жамиятнинг саъйи-ҳаракат олиб бориши.
3. Тиббий хизматнинг самарадорлиги ва барчага бараварлиги:
 - терапия, хирургия, психиатрия;
 - фармакология ютуқлари ва технологик тараққиёт – вакциналар, антибиотиклар, гипертонияга қарши воситалар, психотроп ва кардиотоник препаратлар, инфузион ва орал регидратацион терапия, лаборатория анализи методларининг ривожланиши;

- фармакология ютуқлари ва технологик тараққиёт — вакциналар, антибиотиклар, гипертонияга қарши воситалар, психотроп ва кардиотоник препаратлар, инфузион ва орал регидратацион терапия, лаборатория анализи методларининг ривожланиши;
- ижтимоий ҳимояланганлик ва хусусий тиббий суғурталаш тизимлари;
- умумий тиббий суғурталаш ва тиббий хизматларни ривожлантиришнинг комплекс режалари;
- профилактик тиббиёт, муайян гуруҳларга бирламчи тиббий-санитария ёрдами, хавфли омилларга эга гуруҳлар тамойили;
- бирламчи тиббий-санитария ёрдами;
- соғлиқни сақлаш системасининг ислоҳоти.

4. Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси:

- «ҳамма саломат бўлсин» Олмаота декларацияси;
- «саломатлик майдони» концепцияси;
- аҳолининг саломатлик ҳолатини мустаҳкамлаш, мотивацияни ошириш;
- соғлиқни сақлаш вазибалари;
- тиббий хизматнинг қиммати ва сифати;
- жамият ҳимояси ва соғлиқни сақлаш консумеризми;
- жамоа (шаҳар, қишлоқ, туман, минтақалар) саломатлиги;
- кибернетика, соғлиқни сақлаш тизимлари эпидемиологияси, мониторинги;
- тиббий хизматларни иқтисодий тизимлар сифатида бошқариш.

XIX асрда илм-фан тараққий этиб, шаҳарлар ўсиб боргани, қишлоқ хўжалиги ва саноатда революция рўй бергани, маърифат тарқалиб, шахс ижтимоий ва сиёсий ҳуқуқларининг кенгайгани ҳозирги замонда жамият соғлиғини сақлашнинг ривожланиши учун йўл очиб берди. Шаҳарлар кенгайиши билан муниципал ҳокимиятлар санитария соҳасидаги муаммоларни ҳал қилишга мажбур бўлди. Қасалликларни иллатли миазмлар пайдо қилади, деган назариядан келиб чиқиб, улар санитария хизматларини, озиқ-овқат маҳсулотлари сифати ва атроф муҳитнинг ҳолатини назорат қилиб борадиган хизматларни ташкил этдиларки, шу нарса инфекцион касалликларга қарши муваффақият билан кураш олиб боришга олиб келди.

XIX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб давлатлар тиббий хизматнинг барчага баравар бўлишини таъминлашга тобора кўпроқ эътибор берадиган бўлди. Санитария соҳасидаги революциядан кейин инфекцион касалликларга микроблар сабаб бўлади, деган назария ривожлана

бошлади, инфекция касалликларнинг этиологияси микроблардир деган ушбу назария аҳоли саломатлигини яхшилашга улкан ҳисса қўшган эпидемиология, микробиология, иммунология, антибактериал терапия соҳасидаги билимлар кенгайиши туфайли юзага келган эди. Ушбу ютуқларнинг ҳаммаси 1910 – 1960 йилларда тиббиёт ва соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этилди (иммунлаш методлари билан инфекция касалликларга қарши курашиш, санитария-гигиена қоидаларига амал қилиш, турар жой шароитлари, меҳнат шароитларини яхшилаш, тиббий хизматни такомиллаштириш). Ана шу давр мобайнида маҳаллий, минтақавий ва давлат миқёсида ижтимоий соҳага оид бошқа чоратadbирлар ҳам амалга оширилди, булар ижтимоий фаровонликка эришиш ва аҳолининг бечораҳол ҳамда касалликларга кўпроқ мойил бўлган гуруҳлари, масалан, аёллар ва болалар тўғрисида ғамхўрлик қилишга, меҳнат қонунчилиги ва меҳнат муҳофазаси соҳасида ислохотлар ўтказишга қаратилган эди. Канализация ва водопровод тармоқлари қурилишида стандартларни жорий этиш, озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори-дармонлар сифатини назорат қилиб бориш, врачлар ва бошқа тиббий ходимларни тайёрлаш ва аттестациядан ўтказиш, касалхоналар фаолияти нормативларига риоя қилиш ва уларни ташкил этиш, аттестациядан ўтказиш аҳолининг саломатлик ҳолатини яхшилашга қаратилган давлат сиёсатининг бир қисми бўлиб қолди.

Тиббий технологияларни ривожлантиришда муваффақиятларга эришилганига қарамай, бу ютуқлардан фойдаланиш даражаси турли мамлакатларда жуда турлича бўлди. Жаҳон аҳлини иммунлашга доир чоратadbирлар билан қамраб олишнинг ўртача даражаси 70- йилларнинг ўрталарида 10 фоиздан ортгани йўқ, АҚШ да эса, эмадиган болаларнинг камида 70 фоизи шу тadbирлар билан қамраб олинган эди. Ўтказилган халқаро консултациялар (Алмати) ва соғлиқни сақлаш соҳасидаги халқаро ҳамда миллий вазифаларнинг белгилаб берилиши туфайли эмадиган болаларни иммунлашга доир чора-tadbирлар билан қамраб олиш бутун жаҳонда 80 фоизгача етди, шу билан бирга асосий инфекция касалликларни йўқ қилиш ёки тарқалишини жиддий равишда чеклаб қўйиш тўла-тўқис уддаласа бўладиган вазифа бўлиб қолди.

Тиббий хизмат самарадорлиги XX асрнинг иккинчи ярмида шу қадар ортдики, унинг ҳаммага бараварлигини таъминлаш биринчи даражадаги муҳим муаммо тусига кириб қолди. XX асрнинг иккинчи ярмида демографик ва эпидемиологик ўзгаришлар юз бериб, бунда сурункали ноинфекцион касалликлар улуши кескин кўпайди. Ана шу нарса тиббиёт ва соғлиқни сақлашнинг барча соҳаларини тегишли томонга

йўналтиришни талаб этди, тиббий хизматлар қимматининг ортиши билан бир қаторда технологияларнинг тараққий этиб бориши эса, кўпгина мамлакатларни тиббий хизматлар қимматининг ортиб боришини чеклаб қўйишга қаратилган ислохотлар ўтказишга рағбатлантирди.

Жамият хавфли омилларни камайтириш ва ҳукуматдан ташқари ва давлатга қарашли турли тиббий суғурта дастурлари (масалан, кексалар ва бечораҳол одамларга тиббий ёрдам кўрсатишга доир АҚШ «Медикэр» ва «Медикэйд» системалари) воситаси билан тиббий ёрдамнинг ҳаммага бараварлигини ошириш зарурлигини тушуниб етди. Шу билан бирга ноинфекцион касалликлар ва хавфли омиллар улушининг ортиб бориши касалликларнинг олдини олишда юриш-туришдаги одатларни ўзгартириш (чекишга барҳам бериш, ёғи кам овқатлар билан овқатланиш) аҳамиятини атрофлича англашга олиб келди. Тиббий хизматлар қимматининг ортиб боришини камайтириш учун ресурсларни тақсимлаш ва улардан фойдаланишни мақсадга мувофиқ равишда режалаштириш зарур. Соғлиқни сақлаш олдида турган янги вазифалар, тиббий хизматнинг барчага бараварлигини таъминлаш йўллари излаш билан бир қаторда, жамият соғлиғини сақлаш концепциясини шакллантиришнинг асоси бўлиб қолди. Кам ривожланган мамлакатлар ҳам аҳоли саломатлигини яхшилаш йўллари излаб, миллий соғлиқни сақлаш вазифалари ва дастурларини белгилаб олмоқдалар (масалан, иммунлашни) ва соғлиқни сақлаш сиёсатидаги устувор йўналишларга қайта баҳо беришни талаб қиладиган эпидемиологик ҳамда демографик ўзгаришларни таҳлил қилиб чиқишга киришдилар.

Жамият соғлиғини сақлашнинг эски тури носоғлом турар жой шароитлари, сифатсиз овқат, ифлосланган сув ва ҳаводан етадиган зарар оқибатларига, касалликлар ҳамда ёш авлодни кўпроқ даражада шикастлайдиган ва қашшоқлик билан боғлиқ бўлган инфекциялар, заҳарланиш ҳоллари ва травмалардан бўладиган ўзгаришларга алоҳида эътибор берар эди. Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш (жамият соғлиғини сақлашнинг янги тури) одамлар умри узайиб, аҳоли сони ортиб бораётганига, индустрлашга, саноат инқирози, тиббий хизматларнинг нотекис тақсимланишига алоқадор янги касалликлар комплексига қарши юриш-туришдаги одатларни, ижтимоий ва иқтисодий сиёсатни ўзгартириш йўли билан курашиш зарурлиги муносабати билан юзага келди.

Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш концепциясининг эволюцияси

| Классик жамоат соғлиғини сақлаш | Ижтимоий-сиёсий жиҳати | Тиббий хизмат (касалхона хизмати) | Молиялаштириш |
|--|---|--|---|
| <i>XIX аср охири</i> | | | |
| <p>Озиқ-овқат маҳсулотлари ва шахсий гигиена. Шаҳарлар санитария шароитлари. Юқумли касаллик билан оғриган беморлар-ни ажратиш қўйиш. Овқат ва жисмоний машқлар. Аҳолининг табиий ҳаракатлари статистикаси. Эпидемиология. Санитария, миазмлар назарияси. Муниципал ташкилот. Бактериология, касаллик микроблардан юқадиган назария. Вакциналар, иммунология. Инфекцион касалликларга қарши кураш. Она ва бола соғлиғи. Санитария маорифи.</p> | <p>Қишлоқ хўжалиғи революцияси. Овқатнинг яхшилашни қолгани. Шаҳарларнинг ўсиши. Инсон ҳуқуқлари. Меҳнат қонунлари. Умумий таълим. Ижтимоий ислохотлар. Ижтимоий революциялар. Ахборот революцияси.</p> | <p>Асосий фанлар. Клиник фанлар. Тиббий таълим. Касалхоналар: черков, муниципалитет касалхоналари, хусусий кишилар, университетларга қарашли касалхоналар. Ихтисосланиш. Терапия. Антисептика. Вакциналар.</p> | <p>Бадавлат одамлар учун хусусий ҳақ тўлаш. Бечораҳо-лар учун муниципал врачлар. Хайрия ишлари, черков фаолияти, касалхона хизмати. Ҳунармандлар цехлари, ўзаро ёрдам жамиятлари, тиббий хизмат билан таъминлаш бирлашмалари, нафақа кассалари. Ишчилар ва оилаларини давлат йўли билан суғурталаш. Беморларга ёрдам жамғармалари, ҳукуматдан ташқари тиббий суғурта.</p> |
| <i>XX аср 80- йилларнинг охирилари</i> | | | |
| <p>Эпидемиологик ўзгариш. Туғилиш ва ўлим кўрсаткичлари камайиши, аҳолининг кексайиши. Демографик ўзгариш. Инфекцион касалликлар тарқалиши-</p> | <p>Аҳолининг кексайиши. Турмуш даражасига аҳоли талабининг ўсиши. Турмуш тарзи ва хавфли омиллар. Ижтимоий тенгсизлик. Ижтимоий таъминот. Соғлиқ-</p> | <p>Тиббий фанларнинг ютуқлари. Клиник ихтисосланиш. Диагностика, моделлаш, лаборатория текширишлари методикаси. Терапевтик дори воситалари,</p> | <p>Саломатлик муҳофазаси учун жамоа меҳнат шартномаларининг афзаллиги. Давлатнинг жавобгарлиги, миллий тиббий суғурта ва давлатта қарашли соғлиқни сақ-</p> |

| Классик жамоат соғлиғини сақлаш | Ижтимоий-сиёсий жиҳати | Тиббий хизмат (касалхона хизмати) | Молиялаштириш |
|---|--|--|---|
| <p>нинг камайиши. Ноинфекцион касалликлар билан оғриш ҳолларининг кўпайиши. Соғлиқни сақлаш соҳасидаги халқаро ҳамкорлик. Чечакнинг йўқ қилиниши</p> | <p>ни сақлаш учун давлатнинг жавобгарлиги. Тиббий маориф. Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилишга доир чора-тадбирлар.</p> | <p>антибиотиклар, гипертонияга қарши препаратлар, кардиотоник ва психотроп воситалар. Профилактик тиббиёт. Беморларни уйда парваришlash. Узоқ муддатли тиббий парвариш. Касалхона амбулатория тиббий хизматининг муҳолифи сифатида</p> | <p>лаш хизмати. Тиббий хизматлар қимматининг ўсиб бориши. Касалхона тиббий хизматининг номутаносиблиги, унинг амбулатория тиббий таъминоти етарлича ривожланмай қолгани ҳисобига ҳаддан ташқари ривожланиб кетгани. Сарф-харажатлар ва натижаларни баҳолаш. Рационаллаштириш. Ислохотлар.</p> |
| <p><i>Ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси: 2000 йилгача ва ундан кейинги даврда</i></p> | | | |
| <p>Иш-ҳаракатлар стратегиясини мувофиқлаштириш. Аҳолининг саломатлик ҳолатини баҳолаш. Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш. Овқат, сув, дори воситалари, меҳнат шароитлари, захарли моддалар, травматизм, экологик вазият, хавфли омилларини назорат қилиш. Инфекцион касалликларга қарши кураш.</p> | <p>Соғлиқни сақлаш соҳасида давлатлар сиёсати. Ресурсларни тақсимлаш. Иқтисодий ривожланиш. Махсус жиҳатлар. Ижтимоий таъминот. Экология ва атроф муҳит муҳофазаси. Овқатланиш ва озик-овқат билан таъминлаш соҳасидаги сиёсат. Жамият соғлиғини сақлаш сиёсати. Жамоа саломатлиги. Соҳалараро</p> | <p>Университетларнинг тиббий мактаблари. Врачларни дипломдан кейин ўқитиш. Соғлиқни сақлаш соҳасида раҳбар ходимларни тайёрлаш. Коллегиал назорат системалари. Аккредитациялаш. Тиббий хизмат сифати (ТҚМ). Мақсадли тадқиқотлар. Касалхона, амбулатория тиббий хизматлари, узоқ муддатли тиббий парвариш, уйда,</p> | <p>Соғлиқни сақлаш соҳасидаги миллий вазифалар. Марказ ихтиёридан чиқариш ёки амалий функциялар тақсими. Туман соғлиқни сақлаш системалари. Бошқариладиган тиббий таъминот системалари. Мукаммаллаштирилган бозор механизмлари, жиҳоз-ускуналар билан таъминлашни назорат қилиш, моддий рағбатлантириш,</p> |

| Классик жамоат соғлиғини сақлаш | Ижтимоий-сиёсий жиҳати | Тиббий хизмат (касалхона хизмати) | Молиялаштириш |
|--|--|---|---|
| Хавфли омилларини камайтириш. Алоҳида тиббий ёрдамга эҳтиёжлари бор гуруҳлар. Рухий саломатлик. Оғиз бўшлиғи саломатлиғи. Соғлиқни сақлашда ахборот системалари. Эпидемиологик системалар. Режалаштириш ва бошқариш. | ҳамкорлик. Мадад гуруҳлари. Кўнгилли ташкилотлар. Жамоа иштироки | қариялар уйларида парваришлаш ишларини, жамоа ташкилотлари хизматларини мувозанатлаштирилган ҳолда бирга қўшиш. Бошқариладиган тиббий хизмат системалари. Этикага доир масалалар. | тиббий хизматлар қимматини назорат қилиш, рақобат, бошқариладиган тиббий хизмат. Раҳбариятнинг назорат остида бўлиши. Иқтисодий таҳлил. Интеграцияланган жамоа хизматлари |

Янги жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси ЖССТ нинг 1978 йилдаги Олмаота конференциясидан кейин таърифлаб берилди, ўша конференция «ҳамма саломат бўлсин» дастури учун асос бўлган декларацияни қабул қилдики, бу — режалаштиришнинг асоси сифатида соғлиқни сақлаш соҳасидаги вазифаларни белгилаб олиш хусусида 70-йилларнинг иккинчи ярмида кўзга ташланиб қолган тенденция ифодаси бўлди. 80-йилларнинг охири ва 90-йилларнинг бошларида иккала америка қитъасида бўлғуси жамият соғлиғини сақлаш тўғрисидаги мунозаралар авж олиб, соғлиқни сақлаш соҳасидаги тадқиқотлар ҳамда мутахассислар тайёрлаш ишининг моделлари ва йўлларини қидириш зўрайди. Ижтимоий, жамоаларга оид ва профилактик тиббиётга анъанавий ёндашувларни қайта баҳолаб чиқишга уриниб кўрилди. «Янги йўлларни излаш» ЖССТ томонидан таърифлаб берилган ва моҳият эътибори билан олганда, айрим кишилар ва умуман жамоанинг саломатлиғи якка шахслар ва жамоалар учун мўлжалланган тиббий хизматларни ташкил этишга боғлиқ, деган «ҳамма саломат бўлсин» концепцияси доирасида давом этди.

ЯНГИ ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШ: ТАЪРИФИ

Янги жамоат соғлиғини сақлаш — айрим кишилар ва умуман жамият соғлиғини муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлашга комплекс равишда ёндашувдир. У санитария чора-тадбирларини, атроф муҳит муҳофазаси, аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш ишларини, якка шахслар ва жамоаларга тегишли профилактик дастурларни бирга қўшиб амалга оширишга асосланган бўлиб, фаолияти кенг миқёсдаги индивидуал профилактик, даволаш, реабилитацион хизматлар ва узоқ муддатли парвариш бўлинмаларининг иши билан мувофиқлаштирилган ҳолда олиб борилади.

ЯЖСС асосий мақсади аҳолининг атрофидаги муҳитда соғлом ижтимоий ва табиий шароитларни яратиш ва соғлом овқат билан таъминлашдан иборат бўлган давлатга қаршли ва ҳукуматлардан ташқари дастурларнинг давлатлар, минтақалар доиралари ва маҳаллий доираларда бажарилишини мувофиқлаштириб боришни кўзда тутати. ЯЖСС доираларида амал қиладиган хизматлар ва дастурларнинг мазмуни, сифати, ташкил этилиши ва бошқарилиши биринчи даражали аҳамиятга эгадир. Соғлиқни сақлаш системасининг қандай тамойил бўйича ташкил этилганидан — у марказлаштирилганми ёки йўқми, бундан қатъий назар, ўртага қўйилган вазифаларни бажариш ва конкрет мақсадларга эришиш учун ЯЖСС га системали ёндашув зарур бўлади.

Аҳолининг саломатлигини яхшилаш учун ЯЖСС турли воситалардан, жумладан, барча даражадаги давлат соғлиқни сақлаш органлари ва турдош идоралардан, оммавий ахборот воситалари, академик, профессионал ва истеъмолчилар манфаатларини таъсир кўрсатиш гуруҳлари, хусусий ва давлатга қаршли корхоналар, сугурталар, фармацевтика ва тиббиёт саноати, қишлоқ хўжалиги билан озиқ-овқат саноати, кўнгил очар ўйинлар индустрияси ва спорт, қонунлар, ҳуқуқларни ҳимоя қилиш органлари ва бошқалардан фойдаланади.

Ўз фаолиятида ЯЖСС аҳолининг маълум гуруҳларига, самарали раҳбарлик ва молиявий, инсоний ҳамда бошқа ресурслардан мақсадга мувофиқ равишда фойдаланиш туфайли кўзланган мақсадларга эришишга ёрдам берадиган иқтисодий системаларга таянади. Соғлиқни сақлаш хизматларини бошқариш жараёнининг интеграл қисми, улар фаолиятини баҳолаш ва аҳоли саломатлигини муҳофаза қилишга доир чора-тадбирларни режалаштириш учун аҳолининг саломатлик ҳолатини эпидемиологик, иқтисодий ва ижтимоий жиҳатлари доимий мониторинги бўлиши зарур.

ЯЖСС индустриал ва ривожланиб келаётган мамлакатларда, шунингдек ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар жараёнини бошдан кечираётган мамлакатларда, масалан, собиқ СССР республикаларида тиббий таъминот системасига ташкилий доираларни таъминлаб беради. Бу мамлакатлар иқтисодий, эпидемиологик ва ижтимоий-сиёсий ривожланишнинг турли босқичларида турибдики, шу нарса аҳоли саломатлигини таъминлаш учун чекланган мавжуд ресурслардан тўғри фойдаланишни талаб қилади.

Янги жамоат соғлиғини сақлаш (ЯЖСС) шунчаки бир концепция бўлиб қолмасдан, балки ундан кўра кўпроқ жамият соғлиғини сақлаш тўғрисидаги анъанавий тушунчалар доирасидан ташқарига чиқиб кетадиган идеологиядир. ЯЖСС айрим бир кишининг саломатлиги билан бир қаторда умуман аҳоли саломатлиги устида шуғулланар экан, тиббий хизматнинг ҳозирги муаммолари ва ҳаммага баравар бўлишини таъминлашга оид ечимларни атрофдаги муҳит муаммолари, ҳукумат сиёсати, ижтимоий ва иқтисодий ривожланиш масалалари билан боғлайди.

Ва, ниҳоят, Янги жамоат соғлиғини сақлаш фаол йўл тутишни мўлжаллайди. У ҳозирги замондаги энг долзарб муаммоларни аниқлашга ва буларни ҳал қилишни таъминлаб бера оладиган чора-тадбирларни ишлаб чиқишга ҳаракат қилади.

Соғлиқни сақлашдаги янги муаммолар юзасидан 1995 йил ноябридаги ЖССТ конференциясида қайд қилинганидек, Янги жамият соғлиғини сақлаш анъанавий жамият соғлиғини сақлашнинг ўрнини босишидан кўра кўпроқ унинг давоми бўлиб ҳисобланади ва у «жамиятнинг инсонлар саломатлигини, касалликларнинг олдини олишни, илгарилама иқтисодий ривожланишда ижтимоий тенгликка эришишни таъминловчи сиёсатни ишлаб чиқишга қаратилган уюшган саъйи-ҳарактидир. Янги жамият соғлиғини сақлаш санитария, аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, назорат олиб бориш ва тартибга солишга оид анъанавий функцияларини сақлаб қолади ва уларни кенгайтирилган янги функциялар билан тўлдириб боради». (World Health Organization, Geneva, personal communication).

Шундай қилиб, Янги жамоат соғлиғини сақлаш ривожланиб бораётган концепция бўлиб, талайгина ғояларни ўз ичига олади ва соғлиқни сақлаш бобида жаҳон миқёсида одамзот тўплаган тажрибадан фойдаланиб боради. Умумий тиббий таъминот кафолатланган энг ривожланган мамлакатларда ҳам соғлиқни сақлашда ижтимоий тенгсизлик борлиги (Буюк Британиядаги Миллий соғлиқни сақлаш хизмати) ва энг суст ривожланган мамлакатларда ҳам тиббий хизматлар қимматини назорат қилиб бориш ва чеклаб қўйиш зарурлигининг кўпроқ ангашилаётгани бу концепцияга катта таъсир ўтказмоқда. Давлатга қарашли тиббий таъминот системаларининг ўз мамлакатлари аҳолиси ўртасида касалликлар тарқалишидаги ҳайрон қоларли ўзгаришларга тегишлича жавоб бера олмагани, шунингдек Жаҳон банкининг соғлиқни сақлаш ҳамда клиникага оид дастурлар ва методикаларнинг иқтисодий жиҳатдан ўринли бўлишига катта эътибор бериш зарур, деган яқингинадаги даъвоси соғлиқни сақлашда янги йўллар қидириш зарурлигини англаб олишга яна бир туртки бўлди. Жамият соғлиғини сақлаш ва тиббий хизматларни бошқаришнинг ҳар қандай соғлом жамият учун ўз аҳамиятини сақлаб қоладиган анъанавий ёндашувларини Янги жамоат соғлиғини сақлаш ўзига қурол қилиб олади.

Хулоса

Янги жамият соғлиғини сақлаш айрим кишилар ва умуман аҳолининг саломатлигига таъсир ўтказадиган демографик, эпидемиологик, сиёсий, ижтимоий-иқтисодий, маданий ва табиий омилларни ҳисобга олади. У жамият соғлиғини сақлашнинг классик жиҳатларини (санитария нормалари, озиқ-овқат маҳсулотлари сифатини назорат қилиш, меҳнат шароитлари, экология омиллари, инфекциян касалликларга қарши кураш, она ва бола соғлиғи ва овқатланиш), шунингдек иқтисодий ва эпидемиологик жиҳатдан асосланган, малакали ходимлар билан таъминланган ва замонавий жаҳон стандартлари даражасида турган бир қанча тиббий хизматларнинг барчага баравар бўлишини таъминлаш масъулиятини ўз ичига олади. Бунинг учун соғлиқни сақлашнинг вазифаларини белгилаб, тегишли ресурсларни ажратиш, тегишли тиббий хизматларнинг бутун аҳоли учун бирдек баравар бўлишини ҳамда улардан самарали фойдаланишни таъминлаб бера оладиган таъсирчан ҳамда назорат остида турадиган раҳбарликни амалга ошириб бориш зарур. Бу нарса ресурсларни (пул, кадрлар ва асбоб-жиҳозларни) мумкин қадар самарали бошқариб борган ҳолда аҳоли саломатлигини яхшилашга йўналтирилган комплекс сиёсат юргизишни талаб қилади. Назорат остида туришни таъминлашда марказдан холи қилиш ва жавобгарликни тақсимлаш оралиқ кўрсаткичларни излаб топишни, мониторинг ўтказишни, ресурслардан фойдаланиш, системалар фаолияти, сифати (стандартларга риоя қилиниши ва кадрлар тайёрлаш) ҳамда охириги кўрсаткичларни (масалан, касалланиш, ўлиш кўрсаткичлари ва бошқа кўрсаткичларни) баҳолашни талаб қилади.

ЯЖСС индустриал ва ривожланиб келаётган мамлакатларда, шунингдек ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар жараёнини бошидан кечираётган мамлакатларда, масалан, собиқ Совет Иттифоқи республикаларида, тиббий таъминот системаларининг ташкилий доираларини таъминлайди. Бу мамлакатлар иқтисодий, эпидемиологик ва ижтимоий-сиёсий ривожланишнинг турди босқичларида турибди, шу нарса мавжуд чекланган ресурслардан фойдаланишда аҳолига адекват даражадаги саломатликни таъминлашни талаб қилади.

Рефератлар мавзулари

1. Жамоат соғлиғини сақлашнинг санитария революцияси пайтидан бошлаб то ижтимоий тиббиёт давригача ривожланиши ва аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашга доир чора-тадбирлар.

2. «Санитария революцияси», «ҳамма саломат бўлсин» дастури, «жамоа эҳтиёжларига йўналтирилган бирламчи тиббий-санитария

ёрдами», «Соғлом шаҳарлар» дастури, «саломатлик майдони» концепцияси сингари тушунчаларнинг Янги жамоат соғлиғини сақлаш нуқтаи назаридан тутган аҳамияти.

3. Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика.
4. Янги жамоат соғлиғини сақлаш.
5. Саломатлик тушунчаси ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти.
6. Ижтимоий шароитларнинг айрим бир киши саломатлигига таъсири.
7. Айрим кишилар саломатлигининг умуман жамиятга таъсири.
8. Касалликларнинг табиий ўтиши тушунчаси ва соғлиқ ва касаллик муносабати.
9. «Саломатликни мустаҳкамлаш ва муҳофаза қилиш» тушунчаси. Унинг клиник тиббиёт ва ижтимоий сиёсат билан муносабати.
10. Жамият соғлиғини сақлашда инсон ҳуқуқлари билан жамият ҳуқуқлари ўртасидига зиддият (мисоллар).
11. Касаллик пайдо бўлиши хавфини туғдирадиган омиллар (мисоллар).
12. Эпидемиологик ўзгариш тушунчаси. Аҳоли табиий ҳаракатининг кўрсаткичлари.
13. Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг анъанавий жамият соғлиғини сақлашдан фарқи.
14. Соғлиқни сақлашнинг турли соҳаларидаги зарур стандартлар. Уларнинг таърифи, риоя қилиш, ўзгартириш тартиби
15. Жамоат соғлиғини сақлаш, шахсий тиббий хизмат кўрсатишдаги вазифаларни аниқлашнинг роли.
16. Бошқарув - Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг муҳим элементи.
17. Мамлакатдаги соғлиқни сақлаш билан иқтисодий ривожланишнинг муносабати.
18. Янги жамоат соғлиғини сақлашдаги консумеризмни тарғиб қилишнинг роли.
19. Шахсий тиббий хизмат кўрсатиш ва Янги жамоат соғлиғини сақлаш.
20. Кибернетика ва ахборот системаларининг Янги жамият соғлиғини сақлашга таъсири ва тиббий таъминот системаларини бошқариш.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Лисицин Ю.П., Полунина Н.В., Отдельнова К.А. и др. Под ред. Лисицина Ю.П. М.: Медикосервис, 1998. 698с.

Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Geneva: World Health Organizations, 1978.

Black D. Deprivation and health. British Medical Journal, 1993; 307:1630-1631.

Editorial. What's new in public health. Lancet, 1994;337:1381-1383.

Editorial. Population health looking upstream. *Lancet*, 1991;337:1381-1383.

Green LW, Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Public Health Promotion*, 1996;10:314-328.

Institute of Medicine. *The Future of Public Health*, 1998, and *The Crisis of Public Health: Reflectionation for the Debate*, Pan American Health Organization, 1992.

Ncayayana D., Goldstein G., Goon E., Each D., *New Public Health and the WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva: World Health Organization, 1995.

Kuller LH. Editorial: the use of existing databases in morbidity and mortality studies. *American Journal of Public Health*, 1995;85:1198-1199.

Roemer M. The value of medical care for health promotion. *American Journal of Public Health*, 1984;74:243-248.

Salmon ME [Editorial]. Public health nursing — the opportunity of a century. *American Journal of Public Health*, 1993;83:1674-1675.

Schmidd TL, Pratt M, Howze E. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular diseases. *American Journal of Public Health*, 1995;85:1207-1211.

Shea S [editorial]. Community health, community risks, community action. *American Journal of Public Health*, 1992;82:785-787.

Smith GD, Edger M. Socioeconomic differences in mortality in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 1992;82:1079-1081.

Stokols D. Translating social ecology theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1996;10:282-298.

Tolman S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Social Science and Medicine*, 1991;32:633-642.

Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care — an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979;301:967-974.

Библиография

Abramson JH. Community-oriented primary care — strategy, approaches and practice: a review. *Public Health Reviews*, 1988;16:35-98.

American Public Health Association. *Model Standards: A Guide for Community Preventive Health Services*. Washington: APHA, 1985.

American Public Health Association. *Healthy Communities 2000: Model Standards for Community Attainment of the year 2000 National Health Objectives Third edition*: Washington, APHA, 1991.

Ashton S, Seymour H. *The New Public Health: The Liverpool Experience*. Philadelphia: Open University Press, 1988.

Adler NE, Kegeles SM, Irwin CE. The utility of multiple strategies for understanding complex behaviours. *American Journal of Public Health*, 1990;80:1180-1182.

Atkin C, Wallack L. *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. London: Sage Publications Inc., 1990.

Brackett EM, Devies AM, Petros-Barvazian A. *The Risk Approach in Health Care : with special reference to Maternal and Child health, Including Family planning*. Public Health Papers Number 76, 1984, World Health Organization, Geneva 1984

Cooper-Well De, Alicbusan AP, Wilson JF, Reich MR, Bradley DJ. *The Impact of Development Policies in Health: A Review of the Literature*, Geneva: World Health Organization, 1990.

De Leeuw EJJ. *The Sane Revolution: Health Promotion: Backgrounds, Scope, Prospects*. Asses/ Maastricht: Van Gorcum, 1989.

Downie RS, Fyfe C, Tannahill A. *Health Promotion: Models and Values*. Oxford: Oxford University Press 1990.

Evered D, Whelan J [eds]. *The Value of Preventive Medicine*. CIBA Foundations Symposium 110. London Pitman Publishing Ltd., 1985

Friederiksen LW, Solomon LJ, Brehoney KA [eds]. *Marketing Health Behavior: Principles, Techniques, and Applications*. New York: Plenum Press, 1984.

Green LW. *Community Health, Sixth Edition*. St Louis: Times Mirror/ Mosby College Publishing, 1990.

Health and Welfare Canada-World Health Organization, *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion*, Ottawa, Canada, 1986.

Hersey P, Blanchard KH. *Management of Organizational Behavior. Utilizing Human Resources*, Second Edition, Englewood, New Jersey: Prentice Hall, 1972.

Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington DC: National Academy Press, 1988.

JOB RFS. Effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. *American Journal of Public Health*, 1988;78:163-167.

Kark SL. *Epidemiology and Community Medicine*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.

Martin C, McQueen CJ [eds]. *Reading for a New Public Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1989.

McKeown T. *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell, 1979.

Milio N. *Promoting Health Through Public Policy*. Canadian Public Health Association, Ottawa, 1986.

Ncayiyana D., Goldstein G., Goon E., Each D., *New Public Health and the WHO's Ninth General Program of Work: A Discussion Paper*. Geneva: World Health Organization, 1995.

Netting PA [ed]. Community-Oriented Primary Care: From Principles to Practice . Albuquerque: University of New Mexico Press,1990.

O'Neill P. Health Crisis 2000. Geneva: World Health Organization, 1992. Reprinted London: Heinemann, 1983.

Pan American Health Organization. The Crisis in Public Health: Reflections for the Debate. Washington DC: PAHO, 1992.

Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993.

Secretary of State for Health. The Health of the Nation: A Consultative Document for Health in England. London: Her Majesty's Stationary Office, 1991, reprinted 1995.

Smith A, Jacobson B. The Nation's Health: A Strategy for the 1900s. The King Edward's Hospital Fund for London. London: Oxford University Press, 1988.

Swedlund AC, Armalegos GJ. Diseases in Populations in Transition: Anthropological and Epidemiological Perspectives. New York: Bergin and Garvey, 1990.

White KL. Healing the Schism: Epidemiology, Medicine, and the Public's Health. New York: Springer-Verlag. 1991.

World Bank. World Development Report: Investing in Health. New York: Oxford University Press, 1993.

World Health Organization. Health for All: how it looks now. World Health Forum, 1993;14:333-334.

World Health Organization. Information Support for New Public Health Action at the District Level. Report of a Who Expert Committee. Technical Support Series № 845 Geneva: World Health Organization, 1994.

World Health Organization. Nine General Programme of Work Covering the Period 1996-2001. Geneva: World Health Organization, 1994.

АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ВА СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИ ҲОЛАТИНИ ЎЛЧАШ МЕТОДЛАРИ ВА БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Саломатлик ҳолатини баҳолаш мезонлари * Аҳоли гуруҳлари саломатлиги ҳолатини баҳолаш * Эпидемиологик ёндашув – жамият соғлиғини сақлашнинг методологик асосидир * Саломатликни аниқлашда демографик ёндашувлар * Туғилишни баҳолаш * Ўлим ҳолларини баҳолаш * Потенциал демография кўрсаткичлари * Касалликлар глобал зарарининг кўрсаткичи * Касалланиш ва уни баҳолаш * Ногиронлик * Саломатликни маълумотлар базаси ва компьютерлаштирилган ахборот системалари ёрдами билан баҳолаш имкониятлари * Турли маълумотлар базаларига оид кўрсаткичлар асосида ўтказиладиган комплекс эпидемиологик таҳлил * Тиббий хизматни ташкил қилиш ва молиялаштиришнинг аҳоли саломатлигига таъсири * Билимлар, муносабатлар, эътиқодлар ва юриш-туришга алоқадор одатлар (БМЭЮТО) * Атроф муҳитнинг саломатликка таъсири * Эпидемиологияда қўлланиладиган биостатистика асослари * Эпидемиологик тадқиқотлар * Кузатиш, ҳисобга олиш ва маълумотларни эълон қилиш * Хулоса * Рефератларнинг мавзулари * Тавсия этиладиган адабиёт * Библиография.

Ўқув мақсадлари

Ушбу бобда талабалар:

- эпидемиология ва тиббий демографиянинг асосий концепциялари билан;
- ҳозирги эпидемиологик вазиятни, соғлиқни сақлаш системаси ва профилактика дастурларининг қандай бажарилаётганини баҳолаш учун аҳамиятли маълумотларни ишлаш ва талқин қилишнинг баъзи методлари билан;
- аҳоли саломатлиги ҳолатини баҳолашга комплекс ёндашув билан танишадилар.

Кириш

Жамоат соғлиғини сақлаш асосан аҳолини саломатлиги устида иш олиб боради. Янги жамоат соғлиғини сақлашнинг вазифаси – саломатликни

баҳолаш унинг ўзгариш сабабларини таҳлил қилиш, жамиятни бундан хабардор этиб туриш ва саломатлик ҳолатини яхшилашга қаратилган комплекс тадбирни ташкил этишдир.

Анъанавий жамоат соғлиғини сақлашда, асосан, аҳоли гуруҳлари (популяциялари) саломатлигини баҳолаш, даволаш жараёни ва эпидемияга қарши хизматни ташкил қилишга аҳамият бериб келинди. Янги жамият соғлиғини сақлаш конкрет инсонга таъсир ўтказиш йўли билан популяция саломатлигини мониторинглаш, яхшилаш ва мустаҳкамлаб боришни ўзига мақсад қилиб қўяди. Мана шу илмий йўналишнинг негизида иккита асосий объектни таҳлил қилиш ётади: биринчидан, популяциялар саломатлиги эпидемиологик жиҳатдан текширилади, иккинчидан, саломатликнинг мавжуд аҳволига соғлиқни сақлаш системаси орқали уюштирилادиган ижтимоий жавоб имкониятлари ўрганилиб чиқади. Шундай қилиб, Янги жамият соғлиғини сақлаш инсон популяциялари саломатлиги феноменини ўрганишда биологик фанлар билан ижтимоий фанлар, шунингдек инсон феъл-атвори тўғрисидаги фан методларидан фойдаланишни тақозо этади. Шу муносабат билан конкрет инсон ва умуман аҳолининг саломатлигини характерлаш, олинган маълумотларни миқдор жиҳатдан баҳолаш ва талқин этиш усулларини ўрганиш, ўзлаштириб олиш жуда муҳим.

Жамоат соғлиғини сақлаш эпидемиологик усуллардан фойдаланишни талаб қилади, бу методлар касалликларнинг нечоғлик тарқалганини ва унинг оқибатларини, мазкур касаллик хавфини туғдирадиган омилларни, шу муносабат билан аҳолининг юриш-туришдаги хусусиятлар ва унинг ўзгариш тенденцияларини баҳолаб чиқишга имконият беради. Эпидемиология биостатистика ва математика фанлари билан чамбарчас боғланган бўлиб, компьютер ёрдамида таҳлил қилиш технологиясига таянади.

Демографик методлардан фойдаланиш эса аҳолининг сони ва таркиби тўғрисидаги маълумотларни, саломатлик ҳолати ва касалланишга оид кўрсаткичларни, шунингдек туғилиш, ўлим, фертилик, миграция ва бошқалар сингари кўрсаткичларни қайд қилиб бориш ва таҳлил этиш имконини беради. Аҳоли саломатлигининг тавсифи шу саломатлик ҳолатини баҳолашнинг миқдорий мезонларига асосланган.

Замонавий жамоат соғлиғини сақлаш бошқа кўпгина фанлар — *социология, психология, антропология, иқтисодиёт* фанларининг методлари ва тадқиқотларининг натижаларига ва, шак-шубҳасиз, тиббиёт фанининг энг янги ютуқларига, масалан, унинг иммунология ва генетика сингари бўлимларига ҳам таянади.

Соғлиқни сақлаш фаолиятидаги устувор йўналишларни белгилаш ишлари ишончли ахборот манбалари асосида, замонавий маълумотлар

базаси ҳамда мониторинг системаларига таяниб туриб, синашта бўлган илмий методлардан фойдаланилган ҳолда олиб борилиши керак. Бироқ, саломатликни мустақамлаш ишига бутун жамоатчиликни жалб этиш ҳозирги шароитларда айниқса муҳим ҳисобланади. Бунинг учун эса саломатлик ва соғлиқни сақлаш тизими фаолияти ҳақидаги ахборотлар, уларни таҳлил қилишдан олинган натижалар илмий жиҳатдан кенг жамоатчилик ўртасида очиқ муҳокама қилиш ва уни тайёр бўлиши лозим. Ана шундай таҳлилни бизда тиббий-демографик, тиббий-статистик таҳлил деб аталса, инглиз тилидаги адабиётларда эса, бундай таҳлил эпидемиологик таҳлил дейилади.

Соғлиқни сақлаш миллий системалари бутун жаҳонда жамиятнинг зўр диққат-эътибори остида туради, жамият тиббий хизматнинг юқори сифатли ва самарадор бўлиши тўғрисида қайғуради. Соғлиқни сақлаш системасининг таъсирчанлиги миллий ривожланиш дастурларида устувор йўналнишларнинг бири бўлиб ҳисобланади. Соғлиқни сақлашга қилинадиган сарф-ҳаражатлар уларнинг зарурлиги ва ўрни тўладиган бўлиши нуқтаи назаридан олинганида самарадор бўлмоғи керак. Соғлиқни сақлаш системасининг ислоҳоти муносабати билан шу системани баҳолаш мезонларини такомиллаштириш масалалари тобора долзарб бўлиб бормоқда.

Мазкур бобда саломатликни ва соғлиқни сақлаш тизими фаолиятини баҳолаш ҳамда таҳлил қилишга комплекс равишда ёндашувнинг баъзи методлари келтирилган. Эпидемиологияга кириш қисми китобхонни шу фаннинг асосий концепциялари ва методлари билан таништиради ва биостатистик ҳамда эпидемиологик методларни батафсил муҳокама қилишни кўзда тутмайди. Ушбу бобга берилган адабиёт рўйхатида китобхон фанни бир мунча батафсил тарзда ўрганиш учун керакли ўқув қўлланмалари хусусидаги зарур йўл-йўриқларни топади.

Саломатлик ҳолатини баҳолаш мезонлари

Саломатликни ўлчаш муаммоси

Аҳоли саломатлигини ўрганиш ва таҳлил қилишга киришишдан аввал саломатликни қай тариқа ўлчаш мумкинлигини етарлича аниқ билиб олиш зарур. ЖССТ ўзининг Низомида саломатликни найинки касаллик ёки жисмоний камчиликлардан холи бўлиш, балки жисмоний, руҳий ва ижтимоий жиҳатдан ҳам росмана бекаму-кўст бўлишдир, деб таърифлаган.

1977 йили ўтказилган жаҳон саломатлик ассамблеясида 2000 йилга келиб барча аҳолининг унумли ижтимоий ва иқтисодий ҳаёт кечиришига

имкон берадиган даражадаги саломатлигига эришиш – ЖССТ га аъзо мамлакатларнинг асосий мақсадидир, деган резолюцияни қабул қилди.

Равшанки, машҳур бўлиб кетган ва шу қадар кўп тилга олинадиладан таърифдан фойдаланиладиган бўлса, наинки миллат, балки конкрет бир одам саломатлигини амалда ўлчаб кўришда катта қийинчиликлар туғилади. Ҳозирги вақтда тадқиқотчиларнинг кўпчилигини қаноатлантира оладиган ва аҳоли соғлигини ўлчашнинг миқдорий мезонларини тузиш учун асос бўла оладиган саломатликка таъриф йўқ. «Соғлик, саломатлик» деган тушунчани таърифлаб беришга ёндашувларнинг кўплиги саломатлик объектларининг аниқ таснифи йўқлигига боғлиқ бўлиши мумкин, жумладан баъзи таърифлар шахсни кўзда тутиб тузиладиган бўлса, бошқалари популяцияни кўзда тутиб тузилади. Амалий мақсадлар учун саломатликдан кўра кўпроқ унинг йўқлигини баҳолайдиган ўлчагичлар (хусусан, касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари) дан фойдаланилади. Саломатлик ҳолатини белгилаш учун эпидемиологлар одатда: «касаллик» ёки «касаллик йўқлиги» таърифларидан фойдаланишади. Саломатлик даражасини белгилашнинг муҳим элементлари ўлчагичлар, кўрсаткичлар, норма тушунчалари ва ўлчов шкалаларидир. Саломатлик ўзгариши жараёнларига алоқадор ҳодисаларни ўлчаш учун, одатда, кўп йиллик халқаро амалиётда синовдан ўтган методлар, шкалалар ва кўрсаткичлардан фойдаланилади, бироқ, шу билан бирга буларнинг янгиларини, масалан, кўп ўлчовли комплекс популяцион кўрсаткичлар ва анкеталашнинг ҳар хил шакллари ҳамда конкрет бемор аҳолини прогнозлаш учун баҳолаш шкалаларини яратиш ишлари ҳам олиб борилади.

Саломатликнинг миқдорий кўрсаткичларини янги синфи бўлган – конкрет бир одам саломатлигини, ҳам популяция саломатлигини чиндан ўлчаб кўришга имкон берадиган «мусбат кўрсаткичлар»ни яратиш жуда катта диққатга сазовардир. Шу йўналишга бўлган ёндашувлар кенг муҳокама қилинмоқда, масалан, улар мазкур ҳудудда яшаб турган аҳоли (жамоа) саломатлигини соғлом турмуш тарзини тутадиган, олий маълумотга эга бўлган, ижтимоий ҳимояланган, вакциналанган ва экологик жиҳатдан тоза жойда яшайдиган одамлар сони орқали баҳолашга имкон беради.

Аҳоли гуруҳлари саломатлиги ҳолатини баҳолаш

Ҳар бир кишининг саломатлигини ўлчаш муаммосини тиббиёт илми ўзи пайдо бўлган вақтдан бери ҳал қилиб келмоқда. Бунда тиббий кўриқлар, лаборатория текширувлари маълумотларидан, жисмоний, руҳий, эмоционал ҳолат ва ақлий ривожланишни баҳолашнинг турли

тестларидан фойдаланиш мумкин. Одамнинг ўз саломатлигига, соғлом турмуш тарзига бўлган муносабатини баҳолашга ва индивидуал хавф омилларини аниқлаб олишга ёрдам берадиган тестлар ва савол варақалари (анкеталар) сўнгги вақтларда тобора кўпроқ расм бўлиб бормоқда.

Алоҳида гуруҳлар ва умуман аҳоли саломатлиги ҳолатини баҳолаш, худди айрим бир киши саломатлиги ҳолатини баҳолаш сингари, тўпланган эмпирик маълумотлар мажмуасига ва уларни талқин қилишнинг, халқаро муайян давлат ва минтақага тегишли бўлган стандартлар ҳамда нормалари билан солиштириб кўришга асосланган. Жамоа саломатлиги ҳолатини баҳолаш асосий тиббий муаммоларни ёки энг кўп тарқалган шикоятларни, етакчи мутахассислар ёхуд жамоа томонидан қандай идрок этилса, худди шу ҳолда аниқлаб олиш ёки маҳаллий тиббий муаммоларни энг кўп тарқалган шикоятларга кўпроқ аҳамият бериб ҳамда жамоа тарихини ҳисобга олиб туриб белгилаб чиқишдан бошланади. Бунинг учун эса жамоанинг ижтимоий-иқтисодий аҳволи, ундаги мавжуд тиббий ресурслар, буларнинг тақсимланиши ва мавжуд тиббий хизматлардан фойдаланиш самарадорлиги тўғрисидаги ахборот тўплаб олинishi керак. Касалланиш, ўлим ва бошқа кўрсаткичлар статистикаси саломатлик ҳолатини тасвирлаб бериш ва қиёсан таҳлил қилиб чиқиш учун ёрдам беради. Қай тариқа тиббий ёрдам кўрсатилиши, системанинг ўз-ўзини идора этиб, ўз-ўзини назорат қилиб бориши ва уни ташкил этувчи айрим хизматлари олдида ҳисоб бериб туриши тўғрисидаги маълумотлар жуда муҳим ахборот бўлиб ҳисобланади. Оддий кишилар ва тиббий ходимларнинг билимлари, ишга муносабати, эътиқодлари, юриш-туришидаги одатлари (БМЭЮТО деган нарсалар) ҳам, худди хавф омилларига таъсирига қарши курашнинг жамоада расм бўлган усуллари сингари, баҳоланиши ва маълум томонга қараб ўзгартирилиши мумкин.

Аҳоли саломатлиги ҳолатини жамоа, минтақа ёки давлат миқёсида баҳолаш учун белгиланган тур ва ҳажмдаги зарур маълумотларга ва умуман қабул қилинган таҳлил методологиясига эга бўлмоқ керак. Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш ва умрни узайтириш бобида ривожланган мамлакатларда сўнгги ўн йилликлар давомида қўлга киритилган ютуқлар кўп жиҳатдан аҳоли саломатлиги ва соғлиқни сақлаш системасининг фаолияти тўғрисидаги ахборотни таҳлил қилишга доир йўналтирилган давлат сиёсатига ва «ҳамма саломат бўлсин» (ёки АҚШ даги «Соғлом халқ») давлат дастурларининг бажарилишига боғлиқ. Бундай дастурлар ҳар йили қайтадан кўриб чиқилади ва уларда: асосий мақсадлар ҳамда саломатликни мустаҳкамлаш ва касалликларнинг олдини олишга доир вазифалар; сон билан ифодаланадиган қандай саломатлик кўрсаткич-

ларига эришиш режалаштирилаётгани, шу натижаларни қўлга киритиш стратегияси; маълумотларни тўплаш ва таҳлил қилиш методологияси кўрсатиб қўйилган бўлади. Саломатлик кўрсаткичлари яхшиланиб бораётган жаҳондаги кўпчилик мамлакатларда ана шундай ёндашув расм бўлган.

Популяцияларни танлаб олиб туриб, саломатликни текшириш методологияси ҳам жуда маъқул бўлиб чиқди. Масалан, Канадада 1950 йилдан 1997 йилгача жамият соғлиғини сақлашдаги кенг муаммоларга доир 48 та миллий дастур амалга оширилган бўлса, 1977 йилдан 1997 йилгача бўлган даврда вилоятлар доирасида 43 та дастур амалда оширилди ва буларнинг ҳаммаси соғлиқни сақлаш сиёсати мақсадларини аниқлаб олиш учун дастак бўлиб хизмат қилади.

Аҳоли турли гуруҳлари саломатлиги ҳолатини синчиклаб текшириш қийёсий таҳлил натижасида саломатлик бобидаги ўзгаришларнинг сабабларини аниқлаб, профилактик дастурларни белгилаб олишга имкон беради. Масалан, ҳарбий хизматга янги чақирилганлар сингари аҳоли гуруҳларини анча диққат билан ўрганиб чиқиш саломатлик ҳолатини эпидемиологик жиҳатдан текшириш учунгина эмас, балки мамлакатнинг мудофаа салоҳиятига баҳо бериш учун ҳам катта аҳамиятга эгадир. Аҳоли саломатлигининг аҳволи тўғрисида 1992 йил учун Россия Федерацияси Президентига берилган маълумотда чақирилувчилар ўртасида қўшин хизматида яроқсизлик кўрсаткичлари юқори эканлиги қайд қилиб ўтилдики, бу нарса эркак жинсига мансуб ўсмирлар саломатлигининг аҳволи етарлича яхши эмаслигидан дарак беради. Лекин бу ҳодиса билвосита омиллар таъсирига, масалан, ҳарбий хизматдан қочишга интилишга ҳам қисман боғлиқ бўлиши мумкин. Ҳарбий хизматга чақирилувчилар ўртасида бошқа мамлакатларда ўтказилган эпидемиологик текширишлар кенг тарқалган тиббий муаммоларни аниқлашда, масалан, Қўшма Штатларда эндемик буқоқ тарқалган минтақаларни 1917 йили белгилаб олишда катта роль ўйнади.

Ўз-ўзини назорат қилиш учун зарур маълумотларни қўлга киритиш ҳар қандай соғлиқни сақлаш системаси стандарт функцияларининг бир қисми бўлиб қолмоқда. Бундай ёндашув жамият маблағлари тасарруф этилишининг назорат остида бўлишини таъминлайди ва системанинг ўз-ўзини идора этиш лаёқатини қувватлаб боради. Жамоа саломатлиги аҳволини баҳолашда популяция доирасидаги хавф омилларини аниқлаб олиш мумкин бўлиб қолади, мунтазам равишда ва ўз вақтида шундай баҳо бериб борилганида кўп куч-ғайрат сарфламай ва касалланиш ҳамда ўлим кўрсаткичлари ўринсиз ўсмагани ҳолда ижобий ўзгаришларга эришиш мумкин бўлади.

Жамоа саломатлиги ҳолатини баҳолаш соғлиқни сақлаш соҳасидаги сиёсат билан стратегияни режалаш ва белгилашдек умумий жараённинг бир қисмидир. Уни баҳолаш айрим касаллик (масалан, юрак ишемия касаллиги) тарқалишини чеклашга ёки касаллик пайдо бўлиш хавфини солувчи омилларни (масалан, чекиш, ёғли овқатлар истеъмолини) камайтиришга қаратилган муайян даволаш-профилактика чоратадбирлари дастурларининг натижаларини кузатиб бориш учун йўналтирилган ҳолда ўтказилиши мумкин.

Масалан, бўлғуси она саломатлигини мустаҳкамлаш, гўдаклар ўлимини камайтириш, ўқувчилар овқатини баҳолаш, қамоқхоналар шароитларида инфекциян касалликларга самарали даво қилиш ишларини уюштириш сингари вазифалар ҳам, худди Янги жамият соғлиғини сақлашнинг кўпгина вазифалари сингари, қайси аҳоли гуруҳлари соғлиғини яхшилаш режалаштирилаётган бўлса, ўша гуруҳларни мақсадли равишда текшириб чиқишни талаб қилади.

Юқорида тилга олиб ўтилган муаммолар Россия учун айниқса долзарбдир. Россия аҳолиси саломатлигини миллий доирада баҳолаш замонавий методологик таъминотсиз ўтказилади ва соғлиқни сақлаш вазирлиги билан чекланиб қолади, минтақага оид таҳлил натижалари мунтазам равишда эълон қилиб турилмайди ва вилоятларга унча маълум бўлмай қолади. Аҳолининг вақтидан илгари ўлиш ҳоллари кўп ва бу нарса соғлом турмуш тарзини жорий этишга доир уринишларнинг самарасиз чиқаётганига кўп даражада боғлиқдир, танлаб ўтказиладиган текширишлар кўп эмас ва улар профилактика стратегиясига кам таъсир кўрсатади. Чекадиган болалар, ўсмирлар ва аёллар сони кескин кўпайиб бормоқда — 16 — 17 ёшда ўсмирларнинг 45,3 фоизи, қизларнинг 16,7 фоизи чекади, 30 — 39 яшар эркаклар орасида чекувчилар сони 70,5 фоизга боради. Ичкиликбозлик, алкоголизм ва гиёҳвандлик муаммоси Россияда жуда кескинлашиб қолди. 1,5 млн. киши наркотикларни истеъмол қилади, уларнинг учдан икки қисми — болалар, ўсмирлар, 30 ёшга тўлмаган йигит ва қизлардир. Мамлакатда тарқалган оилавий ичкиликбозлик 20 фоиздан зиёд рақамни ташкил этади. Ана шундай вазиятда жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, жумладан ВИЧ-инфекция, СПИД сезиларли равишда кўпайиб қолди (инфекцияланган 4,2 мингдан зиёд киши рўйхатга олинган). Аҳолининг тахминан 70 фоизи жисмоний тарбия билан шуғулланмайди, танасининг вазни ортиқча ёки етишмайди (РФ ССВ нинг Давлатсанэпидназорати маълумотларига қараганда). Шундай қилиб умуман бутун аҳоли ёки айрим гуруҳлари саломатлиги аҳолини баҳолаш умумдавлат аҳамиятига эга бўлиб ҳисобланади ва буни ҳал қилиш миллий ва минтақавий соғлиқни сақлаш мақсадлари ва вазифаларини белгилаб олишга ёрдам беради.

Эпидемиологик ёндашув — жамоат соғлиғини сақлашнинг методологик асосидир

Жамоат соғлиғини сақлашда эпидемиологик ёндашув илмий ва амалий ишни режалаштиришга бошчилик қилиш учун мантиқан бир-бирига боғлиқ расмий тушунчалар системаси ва мунтазам бўлган назарияни тақдим этади.

3.1 илова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТАЪРИФИ

Эпидемиология — бу махсус белгиланган популяциялардаги саломатликка алоқадор ҳолатлар ёки ҳодисаларнинг тарқалишини саломатлик муаммоларини бошқариш ва назорат қилишга татбиқан ўрганиш ва детерминант ҳолатидир. «Ўрганиш» гипотезаларни текшириш, кузатиш, тестлаш, таҳлилий тадқиқотлар олиб бориш ва тажрибалар қўйишни ўз ичига олади. «Тарқалиш» ўрганилаётган таъсир кор қилган, индивидуал белгилари бўйича ажратиб олинган одамларни замон, макон узра ва гуруҳлар бўйича таҳлил қилишни кўзда тутди. «Детерминант» — бу соғлиққа таъсир ўтказадиган барча жисмоний, биологик, ижтимоий, маданий ва юриш-туришга оид омиллардир. «Саломатликка алоқадор ҳолатлар ёки ҳодисалар» касалликларни, ўлим ҳолларини, чекиш сингари, юриш-туриш омилларини, эҳтиётдан кўриладиган чора-тадбирларга ҳамда соғлиқни сақлаш хизматларини ташкил этиш ва булардан фойдаланишга бўладиган реакцияларни ўз ичига олади. «Махсус белгиланган популяция» - белгилари ва сони аниқ белгиланган одамлар гуруҳи. «... бошқариш ва назорат қилиш» - соғлиқни сақлашдаги эпидемиологик ёндашувнинг охирги мақсади — саломатликни мустаҳкамлаш, муҳофаза қилиш ва тиклашдир.

Манба: Last J. M. *A Dictionary of Epidemiology*. 3 ed., 1995.

Эпидемиология у ёки бу аҳоли гуруҳларининг саломатлиги аҳволига таъсир ўтказадиган омил ва ҳодисаларнинг нечоғлиқ кўплиги ва қанчалик тарқалганини, касалликлар ва касаллик ҳолатларининг қандай ўтиши, уларнинг оқибатлари, илмий жиҳатдан асосланган даво ва профилактика чорларини, шунингдек одамларнинг ёши, жинси, генетик келиб чиқиши, кўзда тутилаётган хатар омиллари ва ижтимоий-иқтисодий шароитларнинг таъсир даражасини ҳисобга олган ҳолда саломатликни мустаҳкамлаш юзасидан амалга оширса бўладиган чора-тадбирларни ўрганеди.

Клиницист одатда унинг хизматларига муҳтож бўлиб келган бемор билан шуғулланади; эпидемиологнинг диққат марказида бўладиган соҳа

– хавф гуруҳидир. Бу мутахассисларнинг иккаласи ҳам превентив (яъни эҳтиёт юзасидан) ва даво мақсадларида амалга оширилган чора-тадбирларнинг самарасини таҳлил қилади. Янги жамоат соғлигини сақлаш концепциясига мувофиқ, клиник тиббиёт билан эпидемиология бир-бирига чамбарчас боғланган: клиник даволаш иши хавфли омиллар ва касаллик пайдо бўлишининг шарт-шароитларини билиб олиш ва таҳлил қилишни кўзда тутуди; эпидемиология касалликларнинг табиий ўтиши ва бунга даво чора-тадбирларининг таъсир қилиши тўғрисидаги ахборотга муҳтож бўлади. Бу фанларнинг иккаласи иқтисодиёт ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш ишлари билан боғлиқдир, чунки энг самарали даво методларини танлаб олиш ва мавжуд ресурслардан фойдаланиш зарур.

3.2 илова

ЭПИДЕМИОЛОГИЯНИНГ МАҚСАДЛАРИ ВА МЕТОДЛАРИ

Мақсадлари:

- саломатликка боғлиқ муаммоларни, уларнинг оқибатларини йўқ қилиш ёки камайтириш;
- саломатликка боғлиқ муаммоларга, уларнинг келиб чиқиши ва такрорланишига йўл қўймаслик;

Методлари:

- инсон популяцияларидаги касалликларга алоқадор муаммоларнинг тарқалиши ва миқёсини тасвирлаб бериш;
- турли касалликлар патогенезидаги этиологик омилларни аниқлаш;
- махсус таҳлил ўтказиб, касалликлар профилактикаси, уларни назорат қилиш ва даволашга доир хизматларни режалаштириш, жорий этиш ва таъминлаш учун, шунингдек ушбу хизматларни таъминловчи тармоқлар фаолиятидаги устувор йўналишларни танлаб олиш учун зарур маълумотларни тақдим этиш.

Эпидемиологияда асос солувчи метод қиёслаш, солиштириб кўришдир. Иккита аҳоли гуруҳларини бир-бирига солиштириб кўриш ишончли бўлиши учун шу популяциялардаги саломатликка алоқадор ҳодисаларнинг сони тўғрисидаги ахборот кифоя қилмайди; бундай ҳодисалар математик нисбатларни қиёслаб кўриш (*rates*) шаклида бир-бирига солиштириб чиқилади. Айни вақтда бу нисбатнинг суратида муайян вақт давомида бўлиб ўтган ҳодисаларнинг сони (касал бўлиб қолган, ўлган кишилар ва бошқалар сони) турса, маҳражида худди ўша давр мобайнида текширилаётган ҳодиса хавфи остида бўлган аҳоли сони (популяция гуруҳи) туради. Олинган қиймат солиштириб кўриш учун қулай бўлган

бутун сонлар ҳосил бўлгунича етарли даражадаги 10 га кўпайтирилади (1 000, 10 000 га ва ҳ. к.).

Тиббий ёрдамдан фойдаланишни режалаштириш ва баҳолашга доир тадқиқотлар ва соғлиқни сақлашдаги бошқа кўпгина жараёнлар ҳам эпидемиологик методлар ёрдамида таҳлил қилинади.

Саломатликни ўлчашдаги демографик ёндашувлар

Демография — аҳолининг янгиланиб туришидаги қонуниятлар ҳақидаги фан бўлиб, туғилиш, ўлим, никоҳланиш ва никоҳнинг бекор қилиниши, эр-хотинлар ва оилаларнинг янгиланиши, шу жараёнларнинг бирлиги сифатида умуман аҳолининг янгиланиши қонуниятларини ҳамда буларнинг ижтимоий сабабларга боғлиқлигини ўрганади; у аҳоли структурасидаги ёш ва жинсга, никоҳга алоқадор ҳамда оилавий ўзгаришларни, демографик жараёнлар билан структураларнинг бири-бирига боғлиқлигини тадқиқ этади. У аҳоли сони ва зичлигини, шаҳар аҳолиси билан қишлоқ аҳолисининг нисбатини, диний эътиқодлари, миграциясини, шунингдек бу жараёнларнинг иқтисодий-ижтимоий кўрсаткичларга боғлиқлигини: даромадлар ва бандлик даражаси, маълумот даражаси, ирқий ва этник мансублигини ҳам тасвирлаб беради.

Демография айрим кишилар хоссаларининг ўзгаришларини эмас, балки муайян хоссаларга эга бўлган, бир қанча оврупо мамлакатларида популяциялар деб аталадиган жамоалар, гуруҳлар хоссаларининг ўзгаришларини ўрганади (ўзбек тилида бу атама демографияда *аҳоли ёки нуфуз* деган атама билан бир қаторда ишлатилади). *Аҳоли — бу бир-бирига таъсир ўтказиб борадиган инсон авлодлари (когортлар) нинг яхлит мажмуаси бўлиб, улар ўз ҳаёт-фаолияти ва ўз-ўзини пайдо қилиб туриш лаёқатини конкрет тарихий шароитларда ва жамиятнинг ҳудудий тузилмасига мос келадиган фазовий доираларда юзага чиқариб боради.*

Когорта — бир даврнинг ўзида муайян демографик ҳодисани бошдан кечирган инсонлар мажмуасидир (масалан, календар йил давомида туғилган ёки никоҳланган кишилар гуруҳи).

Янги жамият соғлиғини сақлаш аҳоли саломатлигини комплекс равишда ўрганиш учун асос сифатида демографияда ишлаб чиқилган популяцион ёндашувдан фойдаланади. Комплекс равишда ўтказилган тиббий-демографик тадқиқотларнинг натижалари одамлар саломатлиги ҳолатини қонуниятларини, касалланиш ва ўлим сабабларига меҳнат ва турмуш шароитларини таъсирини, соғлиқни сақлаш самарадорлигини ҳисобга олиб туриб аниқлашга, ўлимнинг ижтимоий сабабларга боғлиқ омилларини ажратиб олишга ёрдам беради. Туғилиш динамикаси ва омилларини ўрганиш аёллар саломатлиги ҳолатини, сексуал ҳаёт, бўйида бўлиш, контрацепция методлари ва бошқаларни таҳлил қилишга кўмаклашади.

Аҳоли тўғрисидаги маълумотлар ижтимоий-иқтисодий тараққиётни таҳлил қилиш, прогнозлаш ва режалаштириш учун гоёат катта аҳамиятга эга бўлишидан ташқари, соғлиқни сақлашни бошқариш ва ташкил этиш, профилактик дастурларни ишлаб чиқиш учун ҳам зарурдир. Бундан ташқари, тиббий-демографик кўрсаткичлар жамият учун муҳим мезонлар бўлиб хизмат қилади, улар амалга ошириладиган ижтимоий ва тиббий дастурлар муносабати билан аҳоли саломатлигининг даражасини таърифлаб беради ва миллий ҳамда жаҳон сиёсатидаги устувор йўналишларни белгилаб олиш учун асос бўлиши керак.

Аҳолининг сони ва структурасига, туғилиш ва ўлимга оид статистика, аҳоли рўйхати ва махсус статистик обзорлардаги маълумотлар умуман мамлакат, унинг айрим ҳудудларидаги ёки турли даврларга мансуб аҳоли гуруҳларидаги тиббий-демографик жараёнлар тенденциялари ва омиллари хусусида тиббий-демографик хулосалар чиқариш ва прогнозлар бериш учун асос бўлади.

Аҳоли сони ва таркибини ўрганиш

Аҳоли сони ва таркиби ва ҳудудий жойлашувини ўрганишнинг энг муҳим манбаи уни рўйхатга олишдир.

Аҳолини рўйхатга олиш — мамлакат ёки ҳудудда яшовчи ҳар бир инсонни муайян бир вақтда таърифлаб берадиган демографик, иқтисодий ва ижтимоий маълумотларни тўплаш жараёнидир. Рўйхатга олиш буйича БМТ даги махсус Қўмита ўша маълумотларни ишлаб чиқиш ва эълон қилиш жараёнларини ҳам шу таърифга қўшимча қилиб киритади. Жаҳондаги айрим мамлакатлар ва ҳудудлар аҳолисининг тахминан бир вақтнинг ўзида ва ягона тамойилга мувофиқ қилиб олинган жами рўйхатлари — бу жаҳон аҳолиси рўйхатидир. Кўпчилик давлатларда аҳолини рўйхатга олиш ишлари 1970, 1980, 1990 ёки 9 ва 0 билан тугалланадиган йилларда ўтказилган.

Рўйхатга олиш усуллари ривожланган мамлакатларнинг кўпчилигида бир-бирига ўхшаш бўлиб, 30 йилда бир марта ўтказилади ва тажрибали рўйхатчиларнинг тасдиқланган дастурда кўрсатиб қўйилган маълумотларни тўплаш учун ҳар-бир хонадонга кириб чиқишларини кўзда тутаяди. Аҳолининг сонини рўйхатга олиш давомида тўпланган маълумотларнинг аниқлиги ҳар бир инсоннинг мазкур пайтда қаерда турганлигини кўрсатиб қўйишга кўп жиҳатдан боғлиқ бўлади. Рўйхатга олиш вақтида оиланинг ҳамма аъзолари тўғрисида, жумладан уларнинг ёши (туғилган вақти), жинси, ишлаш жойи, этник мансублиги, оилавий аҳволи, даромадларининг даражаси, оила бошлиғига қариндошлик даражаси, маълумоти, саломатлигининг аҳволи (ногиронлиги) тўғрисида ахборот тўпланади. Қўшимча ахборот турар жой шароитлари,

автомобилининг бор-йўқлиги ва бошқалар тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олади. Буларнинг ҳаммаси катта сарф-харажатларни талаб қиладиган бўлганидан, маълумотлар баъзан аҳолининг маълум қисми (масалан, 10 фоизи) хусусида тўпланиб, ишлаб чиқилади. Шу тариқа рўйхатга олиш сайланма аҳоли рўйхати деб аталади. Аҳоли рўйхатига доир маълумотлар одатда давлат статистика бошқармаси томонидан марказлаштирилган усулда ишлаб чиқилади, бунинг натижалари кўпдан-кўп статистик тўплалар ва осон бўладиган компьютер база маълумотлари кўринишида эълон қилинади. Оилага тўғри келадиган ўртача даромадлар даражаси, овқатланишнинг аҳволи, аҳолининг бандлиги ва бошқалар сингари муҳим иқтисодий ва демографик кўрсаткичларнинг ўзгаришларидаги тенденцияларни аниқлаш учун рўйхат маълумотлари юзасидан махсус обзорлар тайёрланади.

Аҳолининг ҳар йилги сони одатда сўнги рўйхат якунларига қараб ҳисоблаб чиқилади, бунда туғилганлар ва мазкур ҳудудга келганлар сони ҳар йили қўшиб борилади ва ўлганлар ҳамда мазкур ҳудуддан кетиб қолганлар сони айтириб турилади. Ўтган йиллардаги аҳоли сони навбатдаги рўйхат якунларига қараб аниқлаб олинади. Россиядаги аҳолининг сони ва таркиби 1897 йил учун – 9 февралдаги биринчи умумий аҳоли рўйхати; 1926 йил учун – 17 декабрдаги аҳоли рўйхати; 1939 – 1979 йиллар учун – 17 январдаги аҳоли рўйхати; 1959 – 1970 йиллар учун – 15 январдаги аҳоли рўйхати; 1989 йил учун 12 январдаги аҳоли рўйхатидан; бошқа йиллар учун эса, – 1 январдаги ҳолат ҳисобидан маълум. Россия аҳолисининг сони 1996 йилда 147 976 400 кишини ташкил этди, шулардан 108 121 200 киши – шаҳар аҳолисидир. Россия Федерацияси таркибида 89 та маъмурий-ҳудудий минтақа-бирликлари бор. Аҳоли маъмурий тамойилга мувофиқ рўйхатга олинади. Шу қадар мураккаб ва қиммат турадиган жараён натижаларининг аниқлиги юз фоиз бўлиши мумкин эмас, лекин юқори даражадаги аниқликка эришмоқ учун аҳолини (ҳаммани) мумкин қадар тўлароқ қамраб олишга, рўйхатга олиш дастурлари в маълумотларни ишлаб чиқиш методларини стандартлашга катта эътибор берилади. Мазкур методнинг камчиликларига қарамай, аҳолини рўйхатга олиш уни статистик жиҳатдан тасвирлаб бериш учун асос бўлиб ҳисобланади.

Эпидемиологик (тиббий-демографик) таҳлил ўтказиш учун бир қанча кўрсаткичлар (касалланиш, ўлим ҳоллари) фақат бутун аҳоли бўйичагина эмас, балки унинг асосий гуруҳлари бўйича ҳам ҳисоблаб чиқилиши керак. Аҳоли таркибининг муҳим аломатлари: одамларнинг маълумоти, оилавий аҳволи, касб-кори, машғулоти, этник мансублиги, турар жойи ва бошқалардир.

Ўрганилаётган аҳолининг хусусиятларини жинси ва ёши жиҳатидан ҳар хил гуруҳлари бўйича ҳисобга олиш саломатлик муаммоларини таҳлил қилиш учун моҳият эътибори билан муҳимдир. Аҳолининг ёш-жинс

таркиби кўпинча саломатлиги кўрсаткичларининг даражаси ва табиатини белгилаб беради. 1996 йилда РФ аҳолисининг 47 фоизини эркаклар, 53 фоизини аёллар ташкил этган ёки бу мамлакатда 1 минг эркакка 1 130 аёл тўғри келган. Аҳоли таркибини биологик белгилар (одамнинг жинси ва ёши) билан оддий график усулда тасвирлаш ҳар бир ёш гуруҳидаги эркак ва аёл жинсидаги кишилар улушини кўрсатиб турадиган *демографик (ёшга алоқадор) пирамида* тузишдир (1- расмга қаралсин). Бундай пирамида икки томонга йўналган диаграмма бўлиб, унда ҳар бир ёш ва жинсидаги кишилар сони ёки уларнинг аҳоли орасидаги улуши муайян масштабда олинган горизонтал устунлар билан ифодаланган. Бу хилдаги устунлар одамнинг ёши, одатда, 0 дан 100 гача катталашиб борадиган тартибда устма-уст жойлашган бўлиб, чап томондагиси эркаклар учун, ўнг томондагиси аёллар учун мўлжалланган. Катта ёшдаги одамлар сони, одатда, камроқ бўладиганлиги учун ҳамма ёшларни ифодаловчи тасвир шаклан пирамидага ўхшаб чиқади. Ёшга алоқадор пирамида одатда аҳоли рўйхати маълумотлари ёки аҳолини бир ёхуд беш яшарлик ёш гуруҳлари бўйича текшириш натижаларига қараб тузилади. Туғилиш даражаси юқори бўлган мамлакатларда демографик пирамиданинг асоси кенг бўлиб чиқади, лекин гўдаклар ва болалар ўлимининг жуда юқори кўрсаткичлари унинг маълум даражада торайишига олиб келиши мумкин. Туғилиш даражаси юқори бўлган мамлакатларда демографик пирамиданинг асоси туғилиш даражаси паст мамлакатларда демографик пирамида асосининг тор ва ўрта ҳамда устки қисмининг бир мунча кенг бўлиши билан таърифланади. Шундай қилиб, пирамиданинг шакли аҳоли янгилашининг режими, яъни туғилиш ва ўлим даражаларининг ўзгаришларига қараб ҳар хил бўлади. Бошқа омиллар, масалан, уруш вақтларида кўп одамларнинг нобуд бўлиши ҳам демографик пирамида шаклига таъсир кўрсатиши мумкин, чунки уруш вақтларида бўладиган талафотлар маълум жинс ва ёшдаги одамлар сонининг камайиб, уруш ва ундан кейинги даврда туғилиш кўрсаткичларининг пасайишига сабаб бўлади. Бу кўрсаткичларнинг пасайиши нечоғлик чуқур бўлиши мумкинлиги тўғрисида шунга қараб фикр юритиш мумкинки, масалан, 1989 йили Россияда 44 яшар аёллар сони 76 яшар аёллар сонига қараганда кам бўлган. Урушлар ва ижтимоий ларзалар таъсирида шаклан ўзгарган россия демографик пирамидасининг яна бир хусусияти – жинслар номуносивлигининг секинлик билан сусайиб бораётганлигидир. Бутун аҳоли орасида 1 минг нафар аёлга тўғри келадиган эркаклар сони барқарор ўсиш томонига қараб ўзгариб бормоқда. Бу рақам 1959 йилдаги 805 тадан 1995 йилда 883 тагача ортди ва ўсиб боришда давом этди.

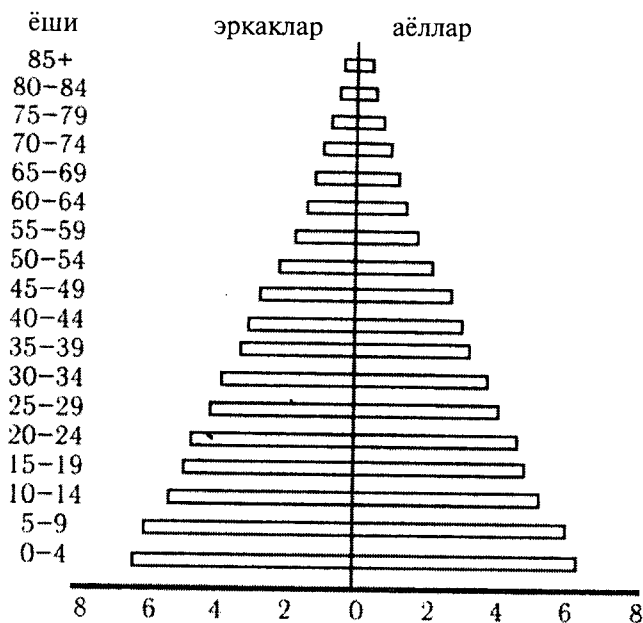
Демографик пирамиданинг асоси кенг бўлиши билан таърифланадиган ва иқтисодий ресурслари чекланган мамлакат ва минтақалар барҳам

топмайдиган камбағалликка маҳкумдирлар. Демографик пирамиданинг асоси тор, катта ёшли аҳоли гуруҳларининг улуши катта бўладиган жойлардаги аҳоли структураси иқтисодий жиҳатдан қарам ёшдаги кишилар гуруҳининг улуши катталашиб боргани ҳолда меҳнатга яроқли аҳоли гуруҳининг улуши камайиб бориши билан ажралиб турадики, бу ҳам нобоп оқибатларга – ижтимоий ва тиббий хизматлар қиймати кўтарилиб, шу соҳалардаги харажатларнинг ўрнини қоплай оладиган меҳнатга яроқли аҳоли сонининг камайиб боришига олиб келиши мумкин.

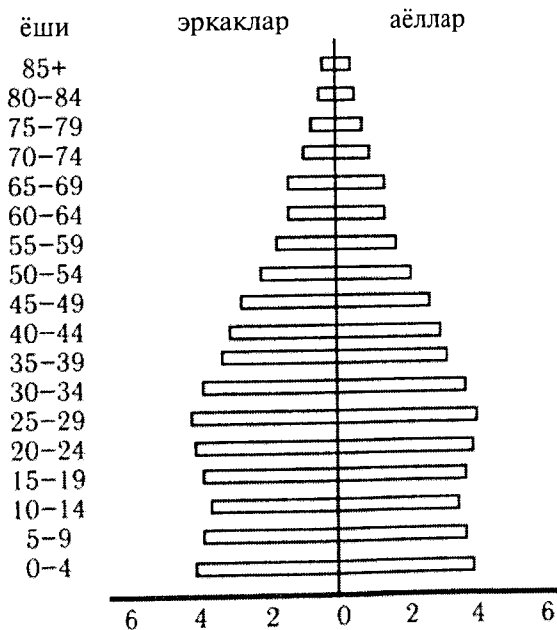
Россия аҳолиси ёшга алоқадор таркибининг асосий эволюцион ўзгариши, худди индустриал жиҳатдан ривожланган мамлакатлардагидек, бу – унинг кексайиб боришидир. Ёши 60 дан ошган кекса кишилар аҳолининг энг тез ўсиб борадиган гуруҳидир: 2015 йилга келиб бу гуруҳнинг 20 фоизни ташкил этиши кутилмоқда. Шу билан бирга 5 яшардан 15 яшаргача болалар сони 16,5 фоизгача камаяди.

Энг кичик ва энг катта ёшдаги гуруҳлар касалхонада ётиб даволанишга кўпроқ муҳтож бўлади. Болалар ва ёшлар даволаш-профилактика чоратадбирларини анча фаоллик билан амалга ошириб боришни талаб қилади, чунки шу ёш гуруҳларида ўткир касалликлар ва касаллик ҳолатларининг олдини олиш учун профилактик чораларнинг самарадорлиги исбот этилган. Бу гап сурункали касалликлар хусусида ҳам жуда тўғри келади.

Демографик пирамида, Бразилия (1988)



Демографик пирамида, АҚШ (1989)



1-расм. Демографик ўтиш (ўзгариш) нинг турли босқичларида демографик пирамида шакллари.

Ёши қайтиб қолган (65 яшар ва бундан катта) одамлар ва қариялар (80 яшар ва бундан катта одамлар) тиббий хизматга ҳаммадан кўра кўпроқ муҳтож бўлишади. Бу ёшдаги кишиларга тиббий хизмат кўрсатиш касалхоналар ва гериатрик шифохоналарда даволанишга бўлган катта талабни қондиришни кўзда тутати.

Одамлар умрининг узайиб бориши нисбатан соғлом бўлган кекса аҳоли улушининг катталашиб боришига олиб келади, лекин шундай бўлса-да, ёш улғайган сайин тиббий хизматга эҳтиёж ортиб боради. Ана шундай ўзгаришларни кузатиб бориш соғлиқни сақлаш ишларини режалаштириш учун муҳим бўлган зарур ахборотни таъминлаб беради. Шундай қилиб, демографик пирамида: аҳолининг ёш структурасидаги шаклан ўзгаришларни яққол тавсифлашга имкон беради, демографик прогнозни осонлаштиради, бундан ишлаб чиқариш ва истеъмол қилишни, жумладан ҳар бир ёшда ёки умрнинг ҳар қайси даврида тиббий хизматлар истеъмолини тадқиқ қилишда фойдаланиш мумкин.

Аҳоли янгиланишининг режими ва демографик ўзгариш

Аҳолининг янгиланиши аҳоли сонининг ўрнини тўлдириб борадиган жараён бўлиб, мавжуд туғилиш ва ўлим даражалари аҳолининг ўсишини таъминлаб бериш-бермаслигини кўрсатиб туради, бошқача айтганда, аҳолининг янгиланиши одамлар авлодининг тинмай янгиланиб туришидир. Бу жараёнга баъзан аҳолининг уч турдаги: табиий (туғилиш ва ўлиш), фазовий (миграция) ва ижтимоий (ижтимоий мобиллик) ҳаракатлари мажмуаси деб қаралади. Аҳоли янгиланиши тарихининг ҳар бир йирик босқичига демографик жараёнларни белгилаб берадиган ўз ижтимоий механизмлари, жумладан буларга яраша демографик муносабатлар, шу муносабатларга адекват бўлган демографик онг, демографик атвор нормалари, янгиланиш режими ва типлари, демографик барқарорлик даврлари ва, аксинча, демографик ўзгаришлар ёки демографик революциялар хос бўлади.

Туғилиш ва ўлим кўрсаткичларининг анъанавий жамиятдан замонавий жамиятга ўтишдаги иқтисодий ривожланиш билан бирга давом этадиган ўзгаришлари, бу демографик ўзгаришдир. Бундай ўзгариш одатда бир нечта босқичда бўлиб ўтади:

Анъанавий жамият: туғилиш ва ўлим кўрсаткичлари юқори ва мувозанатлашган.

Ўтиш даври: юқори туғилиш кўрсаткичлари сақланиб қолгани ҳолда ўлим кўрсаткичларининг кескин пасайиб кетиши (демографик портлашга олиб боради).

Барқарор ҳолат: туғилиш ва ўлим кўрсаткичлари паст бўлади (аҳолининг кексайиб боришига олиб келади).

Давлат сиёсати мувозанатлашмай турганида ўтиш даврининг охириги босқичи аҳолининг тобора кексайиб бориши, ёш одамлар миграциясининг кучайиши ва шу ёш гуруҳида травматизм (жумладан ҳарбий талафотлар) натижасида, СПИД тарқалиши, юрак-томир касалликларининг эрта бошланиши туфайли ўлим ҳолларининг кўпайиши билан характерланади, бу нарса умрнинг кўп узаймай қолиши ёки қисқаришига ва туғилиш камайиб кетиши билан бирга аҳоли янгиланишининг манфий бўлиб қолишига, депопуляцияга олиб келади.

**РФ да туғилганлар, ўлганлар сони ва аҳолининг табиий ўсиши (1991 – 1995),
минг киши ҳисобида**

| Кўрсаткич | 1991 й. | 1992 й. | 1993 й. | 1994 й. | 1995 й. |
|-------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Туғилганлар | 1795 | 588 | 1379 | 1408 | 1364 |
| Ўлганлар | 1691 | 1807 | 2129 | 2301 | 2204 |
| Аҳолининг ўсиши (камайиши) | 104 | - 320 | - 750 | - 893 | - 840 |

Манба. РФ Давлат статистика қўмитаси, 1996.

Депопуляция жараянлар на фақат Россия, балки бошқа мамлакатларга ҳам хосдир, улар демографик эволюциянинг объектив тарзда бориши оқибати бўлиши мумкин, лекин Россияда ўлим кўрсаткичлари фавқулдда юқори бўлиб, депопуляция миллий тусга кириб қолган. Аҳолининг ўзи ва янгиланишининг ҳозирги вақтга келиб қарор топган параметрлари (ёшга алоқадор структураси) шунақаки, буларга қараб фикр юритиладиган бўлса, Россия аҳолисининг камайиши XXI срда ҳам давом этиб боради. Чунончи, БМТ прогнозларига қараганда, аҳолининг камайиши 2015 йилга келиб, ҳозирги сонига нисбатан олганда 3,5 фоизни, 2050 йилга борганда эса, 16 фоиздан зиёдроқни ташкил этади.

Ҳозирги кўринишдаги демографик ўзгариш назарияси: касалланиш ва ўлим ҳолларидаги ўзгаришларни таърифлаб берадиган «эпидемиологик ўзгариш», аҳоли миграциясини изоҳлаб берадиган «миграцион ўзгариш» ва никоҳланиш ҳамда туғилишдаги ўзгаришларни тасвирлайдиган «наталистик ўзгариш» деган тушунчаларни ўз ичига олади.

Туғилишни баҳолаш

Туғилиш муаммоси ҳозирги вақтда соғлиқни сақлашда энг долзарб муаммоларнинг биридир. Туғилиш – авлодни ташкил этадиган одамлар мажмуасида ёки авлодлар мажмуаси – аҳоли орасида бўладиган туғруқ ҳолларидир. Туғилишнинг биологик асоси – одамнинг насл бериш лаёқати (уруғланиш, бўйида бўлиш ва ҳомилани ой-қунига ет-казиш)дир.

ЭНГ КЎП ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ТУҒИЛИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Умумий туғилиш коэффиценти (crude birth rate - CBR) – мазкур йилда тирик туғилиб, рўйхатга олинган болаларнинг ҳар 1 минг ўртача йиллик аҳоли бошига тўғри келадиган сони (аҳолининг ўртача йиллик сони йилнинг боши ва охиридаги аҳоли сонлари йиғиндисининг ярмидир).

1991 йили АҚШ да тирик туғилган болалар сони 4110907 нафар (А)ни, ўртача йиллик аҳоли сони эса, 252177000 киши (В) ни ташкил этди, яъни умумий туғилиш коэффиценти $A \setminus B \times 1000 = 1000$ га 16,3 ни ташкил қилди ва 1960 йилдаги 23,7 га қараганда сезиларли камайди (-31%).

Россияда бу кўрсаткич 1960 йилдаги 13,4 промиллидан (яъни аҳолининг ҳар мингига нисбатан олинган миқдордан) 1995 йилда 9,3 промиллигача камайди.

Фертиллик (пуштлилик) коэффиценти (fertility rate) – тирик туғилган болаларнинг фарзанд кўрадиган ёшдаги (одатда 15 – 49 ёшдаги) аёлларнинг ўртача йиллик популяциясига нисбати (лекин фертиллик даврини 15 – 44 ёш деб белгилаш тобора кўпроқ расм бўлиб бормоқда).

Чунончи, юқорида келтирилган мисолда умумий фертиллик коэффиценти 1991 йили АҚШ да тегишли аҳолининг ҳар бир минг нафарига 69,6 бўлиб чиқди [бу коэффицент тирик туғилган болалар сони (А)нинг 15 – 44 ёшдаги 1000 га келтирилган ўртача йиллик аёллар сони (В)га нисбати каби ҳисоблаб чиқилади]. Кўрсаткичларни динамикада солиштириб кўриш бу кўрсаткич қийматининг 1960 йилдан то 1991 йилгача 41 фоизга пасайганини аниқлашга имкон берди, ҳолбуки умумий туғилиш коэффиценти, юқорида айтиб ўтганимиздек, 31 фоизга камайган. Шундай қилиб, умумий фертиллик коэффиценти туғилишнинг ёш ва жинсга хос хусусиятларини кўпроқ даражада акс эттиради.

Россияда бу кўрсаткич 1991 йилда 15 – 44 ёшдаги ҳар минг нафар аёлга 54,2, 1993 йилда 38,2 фоизни ташкил этди, яъни 30 фоизга камайди.

Туғилишнинг йиғинди коэффиценти (Total fertility rate – TFR), 15 – 49 (ёки 15 – 44) яшар аёллар учун ёшга алоқадор туғилиш коэффицентларининг йиғиндиси. Йиғинди коэффицент ёш коэффицентлари қайси йил учун ҳисоблаб чиқилган бўлса, шу йилга тегишли туғилиш даражаси сақланиб қолганида ҳар бир аёлнинг бутун репродуктив давр мобайнида нечта фарзанд туға олишини кўрсатади. Бу коэффицентнинг катталиги аҳолининг ёш таркибига боғлиқ бўлмайди ва мазкур календар даврдаги туғилиш даражасини таърифлаб беради.

1995 йил RFR шаҳарларда яшовчи 15 яшардан 49 яшаргача бўлан ҳар бир аёл учун 1,344 та, қишлоқда яшовчилари учун – 1,788 та болани ташкил этди.

Аҳолининг репродуктив атвори фарзанд кўришда намоён бўлади. Унинг характеристикаси пуштлилик (фертиллик) дир. Туғилиш на фақат биологик, балки маданий, ижтимоий, диний ёки ҳатто сиёсий омилларга ҳам боғлиқ бўлади. Урушдан кейинги бутун давр давомида туғилиш индустриал жиҳатдан ривожланган мамлакатларнинг кўпчилигида бири-бирига яқин бўлиб қолди. Туғилишнинг йиғинди коэффиценти ўзгаришларининг фазаларида баъзи тафовутлар бўлганига қарамай, Россия бундан истисно бўлгани йўқ. 90- йилларнинг бошларида бу кўрсаткич Россияда Германия, Италия, Испания сингари оврупо мамлакатларидаги туғилишга яқин бўлди, бу мамлакатларда ҳам демографик

ўзгариш, масалан, АҚШ ва Финляндиядагидан фарқ қилиб, худди Россиядаги сингари, бир мунча кечроқ бошланди.

Туғилишни тадқиқ этишда бирламчи ҳужжат тиббий муассаса томонидан бериладиган «Туғилиш ҳақидаги гувоҳнома»дир.

Туғруқдан кейинги биринчи соатда ҳомила ёки чақалоқ танасининг оғирлиги қайд қилинади. Туғилиш вақтидаги тана оғирлиги рисоладагидек бўлмаса, *кам* (2500 г дан кам), *жуда кам* (1500 г дан кам) ва *ҳаддан ташқари кам* (1000 г дан кам) тариқасида таснифланади.

РФ да амал қилаётган йўриқномага мувофиқ, туғилиш вақтида танасининг оғирлиги 1000 г ва бундан кўп бўлган болалар (агар танасининг оғирлиги номаълум бўлса, бўйи 35 см ва бундан ортиқ ёки ҳомилалик муддати 28 ҳафта ва бундан ортиқ бўлган болалар) ЗАГС органлари ва давлат статистикасида рўйхатга олинади; танасининг оғирлиги 500 г дан 999 г гача бўлиб туғилган болаларнинг ҳаммаси ҳам, агар улар туғилганидан кейин 168 соат (7 кеча-кундуз) умр кўрадиган бўлса, ЗАГС органларида рўйхатдан ўтказилиши керак.

Ўлим ҳолларини баҳолаш

3.4 илова

ЎЛИМ ҲАҚИДАГИ ГУВОҲНОМАДА КЎРСАТИЛАДИГАН МАЪЛУМОТЛАР (АҚШ)

- | | |
|--|---|
| 1. Фамилияси ва исми | 19. Ёриб кўрилганидаги маълумотлар, қандай методда ва қаерда ёриб кўрилган |
| 2. Жинси | 20. Ўлим ҳақидаги гувоҳномани ёзиб берган врачнинг фамилияси ва манзили |
| 3. Ўлган вақти | 21. Ўлган куни ва соати |
| 4. Ирқий ва этник мансублиги | 22. Ўлим сабаби: |
| 5. Туғилган вақти | а) бевосита сабаб, масалан, қон кетиши; |
| 6. Туғруқнинг сўнгги кундаги ёши | б) бевосита сабабга олиб келган касаллик, масалан, сон артериясининг кесилиши; |
| 7. Қайси шаҳар, аҳоли пунктида ўлган | в) асосий (дастлабки) касаллик (ўлим сабаб), масалан, сон суяги ўрта қисмининг очиқ синиши; |
| 8. Қайси касалхона ёки даволаш муассасасида ўлган | 23. Бахтсиз ҳодиса, ҳа/йўқ; |
| 9. Фуқаролиги | 24. Жароҳатланган куни ва соати |
| 10. Оилавий аҳволи | 25. Ишлаб чиқариш травмаси - қачон ва қаерда бўлган |
| 11. Тирик эри ёки хотинига оид маълумотлар | 26. Травма олган жойи – уйида, фермада, кўчада, корхонада, муассасада, бошқа жойда |
| 12. Шахсий гувоҳномаси № ёки ижтимоий сугурта карточкаси № | 27. Ўз-ўзини ўлдирган, суиқасд қилинган – дастлабки хулоса |
| 13. Куролли кучлардаги хизмати, ҳа/йўқ | |
| 14. Касби | |
| 15. Қайси штат ёки графликда яшаган | |
| 16. Уй манзили | |
| 17. Ота-оналарининг фамилиялари ва исмлари | |
| 18. Ота-оналарининг манзили | |

Ўлимнинг маҳаллий, минтақавий ва давлат статистикаси учун асос бўлиб ҳисобланадиган энг биринчи ҳужжат ўлим тўғрисидаги гувоҳномадир. Замонавий демография ва эпидемиологиянинг боши 1662 йилда Жон Граунт томонидан маълум минтақалардаги ўлим ва туғилиш тўғрисидаги маълумотлар асосида ўтказилган тадқиқотларга бориб тақалади. Кўпчилик мамлакатларда ўлим тўғрисида гувоҳнома ёзиб бериш шарт бўлиб ҳисобланади. Бундай гувоҳнома мархум дафн қилинмасидан ёки жасади ўтда қуйдирилмасидан олдин ёзиб берилади. Ўлим хусусидаги статистика шундай гувоҳномалар асосида олиб бориладиган бўлгани учун уларнинг мазмуни муҳим бўлиб ҳисобланади.

3. 5 илова

ХАЛҚАРО КАСАЛЛИКЛАР ТАСНИФИ (ХКТ-10 – ICD-10) ГА МУВОФИҚ КАСАЛЛИКЛАР СИНФЛАРИ

| | |
|--|---------|
| 1. Баъзи инфекция ва паразитар касалликлар | A00-B99 |
| 2. Ўсмалар | C00-D48 |
| 3. Қон, қон яратувчи аъзолар касалликлари ва иммун механизмга зарар етказувчи айрим ўзгаришлар | D50-D89 |
| 4. Эндокрин система касалликлари, овқатланиш ва моддалар алмашинувининг бузилишлари | E00-E90 |
| 5. Руҳий касалликлар ва юриш-туришдаги ўзгаришлар | F00-F99 |
| 6. Нерв системаси касалликлари | G00-G99 |
| 7. Кўз ва ёрдамчи аппаратининг касалликлари | H00-H59 |
| 8. Қулоқ ва сўргичсимон ўсимта касалликлари | H60-95 |
| 9. Қон айланиш системаси касалликлари | I00-I99 |
| 10. Нафас аъзолари касалликлари | J00-J99 |
| 11. Ҳазм системаси касалликлари | K00-K93 |
| 12. Тери ва тери ости клетчаткаси касалликлари | L00-L99 |
| 13. Суяк-мушкул системаси ва бириктирувчи тўқима касалликлари | M00-M99 |
| 14. Сийдик-таносил системаси касалликлари | N00-N99 |
| 15. Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даври | O00-O99 |
| 16. Перинатал даврда рўй берадиган айрим ҳолатлар | P00-P96 |
| 17. Туғма аномалиялар (ривожланиш нуқсонлари), деформациялар ва хромосома ўзгаришлари | Q00-Q99 |
| 18. Клиника ва лаборатория текширишларида топилган, бошқа рунларда таснифлаб кўрсатилмаган симптомлар, белгилар ва нормадан ташқари ўзгаришлар | R00-R99 |
| 19. Шикастлар, заҳарланишлар ва ташқи сабабларнинг бошқа оқибатлари. | S00-T98 |
| 20. Касалланиш ва ўлимнинг ташқи сабаблари | V01-X98 |
| 21. Соғлиқ ҳолатига ва соғлиқни сақлаш муассасаларига муурожаат қилишларга таъсир қиладиган омиллар. | Z00-Z99 |

Касалланиш, ўлим сабабларини ва соғлиқни сақлаш муассасаларининг фаолиятини ўрганишда олиб бориладиган кузатувларни тартибга солиш учун ЖССТ Касалликлар халқаро таснифи (КХТ) (International Classification Diseases – ICD) ни қабул қилган. КХТ нинг мақсади - ўлим ва касалланиш тўғрисида турли мамлакатлар ёки минтақаларда турли вақтларда олинган маълумотларни бир қолипга келтирилган тартиб билан қайд қилиш, таҳлил ва талқин этиш, солиштириб кўриш учун шароит яратишдир. КХТ дан касалликлар диагнослари ва саломатликка алоқадор бошқа муаммоларнинг сўзлар билан ифодаланган таърифини ҳарф ва рақамлардан иборат кодларга айлантириш учун фойдаланилади. КХТ ни янги пайдо бўлган касалликлар ёки мавжуд касалликларнинг мезонларини ҳамда ўлим сабабларини кодлашдаги ўзгаришлар тўғрисидаги ахборот билан тўлдириб туриш учун уни мунтазам равишда қайта кўриб чиқиш керак. КХТ ўнликлар системасига мувофиқ тузилган бўлиб, барча патологик ҳолатни ўз ичига олади. У сўнги, ўнинчи марта 1993 йили қайтадан кўриб чиқилди. КХТ-10 да 21 синфдаги касалликлар бўлиб, ҳар бир синфда жуда кўп нозологик birlikлар ва уларга берилган уч рақамдан иборат кодлар (рукнлар) бор. Уч хонали рукнларнинг кўпчилиги тўрт хоналиларга бўлинган бўлиб, учта синфга беш хонали факультатив рукнлар киритилган.

КХТ да касалликлар этиологияси, патогенези ва патологик жараённинг олган жойига қараб таснифланади. Ўлим сабабларини кодлаш анча мураккаб жараён бўлиб ҳисобланади ва ҳамма мамлакатларда ҳам тартибга солинган эмас. Аслини айтганда, КХТ эпидемиолог учун ҳам, соғлиқни сақлашни бошқариш учун ҳам халқаро стандарт диагностик тасниф бўлиб қолди. Масалан, ўлимни таҳлил қилиш унга асосланган.

Ўлимнинг анъанавий кўрсаткичлари

Ўлим ҳолларини таҳлил қилишнинг дастлабки босқичи умумий ўлим кўрсаткичларини ҳисоблаб чиқишдир. Умумий ўлим кўрсаткичлари (коэффициентлари)нинг таҳлили бутун минтақа, шунингдек айрим шаҳарчалар, қишлоқ жойлари ва айрим шаҳарлардаги ўлим даражаси тўғрисида умумий тасаввурга эга бўлишга имкон беради.

Умумий ўлим кўрсаткичи (коэффициенти) (Crude Death Rate, CDR) – 1 минг ўртача йиллик аҳолига бир йилда тўғри келган ўлим ҳолларининг сони: $A/B \times 1000$ (ўртача аҳоли сонига нисбатан олинган умумий ўлим сони $\times 1000$).

Ҳисоблаб чиқилган кўрсаткичлар худди шу коэффициентнинг ўтган йиллар ёки бошқа худудлардаги қийматига солиштириб кўрилади. Бунда

олинган кўрсаткичларни баҳолаш учун умумий ўлимнинг қуйидаги тахминий даражалари мезон бўлиб хизмат қилади: паст (1 минг аҳоли ҳисобидан олганда йилига 7 – 10 ўлим), ўртача (1 минг аҳоли ҳисобидан олганда йилига 11 - 15 ўлим) ва юқори (1 минг аҳоли ҳисобидан олганда йилига 16 - 20 ўлим).

Умумий ўлим кўрсаткичлари тиббий-демографик жараёнларга тахминий баҳо бериш учун ярайди, холос, чунки аҳолининг ёши ва жинси тўғрисидаги аниқ маълумотлардан фойдаланмасдан туриб, унинг аҳволи хусусидаги ҳақиқий манзарани тўлалигича кўрсатиш деярли мумкин эмас. Масалан, бошқа шароитлар бир хил бўлганида ёш ва ўртача кишилар кўпчиликини ташкил қиладиган жойларда умумий ўлим коэффициентларининг популяцияда ёши ўтиб қолган ва кекса кишилар кўп жойлардагига қараганда пастроқ бўлиб чиқишини кутиш керак. Касб-кори ҳар хил бўлгани ҳолда ёши билан жинси ҳам турлича бўлган гуруҳлар хусусида ҳам худди шундай бўлиб чиқади. Ана шундай ҳолларда ўрганилаётган аҳоли орасидаги ҳақиқий нисбатларни аниқлаб олиш учун ўлимнинг ёш ва жинсга алоқадор бўлган ҳамда стандартлаштирилган кўрсаткичларини ҳам таҳлил қилиб чиқиш керак бўлади (эркаклар ва аёллар учун алоҳида-алоҳида қилиб).

Ёш ва жинсга алоқадор ўлим кўрсаткичи – муайян вақт оралиғида (одатда бир ичида) маълум ёшда ўлган кишиларнинг ўша ёшдаги кишилар умумий сонига бўлган нисбати $\times 1000$.

Аҳолининг жинсига алоқадор ўлими - муайян вақт оралиғида (одатда бир ичида) ўлган маълум жинсдаги кишиларнинг ўша жинсдаги кишилар умумий сонига бўлган нисбати $\times 1000$.

Маълум сабабдан ўлим кўрсаткичи - 100 минг ўртача йиллик аҳоли ҳисобидан олганда мазкур сабабдан ўлган кишилар сони: масалан, ўпка ракидан йил бўйи ўлган кишилар сони = 1 млн. аҳолига 400. $400/1000000 =$ ўпка раки 100 минг аҳоли ҳисобидан олганда 40 ҳолда ўлимга олиб борган.

Маълум сабабдан ўлим ҳолларининг улуши - қандай бўлмасин бирор сабабга боғлиқ ўлим ҳолларининг мазкур аҳоли гуруҳидан муайян давр ичида ўлган кишилар умумий сонига бўлган нисбати $\times 100$; масалан, ҳар хил сабаблардан ўлган 1 минг киши ҳисобдан олганда 25 киши йўл-транспорт ҳодисаларидан ўлган $\times 100 = 2,5\%$.

3.2 жадвалда катта ёшли (25 – 64 яшар) АҚШ аҳолиси ўлими кўрсаткичларининг 1950 – 1995 йиллардаги динамикаси акс эттирилган. Айрим ёш гуруҳларида ўлим кўрсаткичлари 25 – 34 ёшлиларда 21 % га, (35 – 44 ёшлиларда 33% га, 45 – 54 ёшлиларда 46% га ва 55 – 64 ёшлиларда 41% га пасайган. Бу ҳодиса юрак ишемия касаллиги, бош мия инсультидан ўлиш ҳолларининг камайганига, шунингдек, гарчи камроқ даражада бўлса-да, травматизмдан, айниқса йўл-ҳаракати ҳодисаларидан ўлим ҳоллари озайганига боғлиқдир. Одамларнинг юриш-туриши, ўзини тутишига алоқадор омиллар – овқатланиш одатидаги ўзгаришлар, жисмоний фаоллик, чекишдан воз кечиш, транспорт воситаларида хавфсизлик камарларидан фойдаланиш ва хавфсизлигини таъминловчи бошқа чоралар, шунингдек тиббий хизмат сифатининг яхшиланиши ҳам бунда роль ўйнаган.

3. 2 жадвал

АҚШ катта ёшли аҳолиси орасидаги ўлим ҳоллари, уларнинг ўзгариш даражаси (1950 – 1995 йиллар), 100 минг киши ҳисобидан

| Ёш гуруҳи | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1950-1995 йиллардаги ўзгаришлар |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|---------------------------------|
| 25 – 34 | 170 | 146 | 157 | 138 | 124 | 139 | 141 | -21 |
| 38 - 44 | 359 | 299 | 315 | 228 | 208 | 223 | 241 | -33 |
| 45 - 54 | 854 | 756 | 730 | 584 | 519 | 473 | 460 | -46 |
| 55 - 64 | 1 901 | 1 735 | 1 659 | 1 546 | 1 294 | 1 197 | 1115 | -41 |

Манба: Healht United States, 1996 – 97.

Эркаклар ўзларига тенгдош аёлларга қараганда жони бир мунча майинроқ бўлади. Юрак ишемия касаллиги уларда бир мунча эртароқ бошланади, шикастланиш ҳоллари кўпроқ учрайди ва ҳоказо, шу муносабат билан эркаклар аёлларга қараганда тахминан 5 йил камроқ умр кўради. Эркаклар билан аёллар умри кўрсаткичларининг орасида кутиладиган тафовутлар ёши 65 дан ошган одамлар ўртасида камайиб боради.

Статистикада ўлим ҳолларига қараб ҳисоблаб чиқиладиган иккита ҳар хил кўрсаткичлар бор – булар леталлик ва ўлим кўрсаткичларидир. Леталлик дейилганида бирор касаллик билан оғриб қолган беморларнинг ўша касалликдан ўлим аҳтимоллиги тушунилади. Леталликни ҳисоблаб чиқишда беморларнинг ўша касалликдан нечоғлик тез-тез ўлиб туриши аниқланади. Ўлим кўрсаткичи бутун популяцияда ўлим ҳоллари нечоғлик тез-тез бўлиб туришини баҳолашга имкон беради.

Леталлик кўрсаткичи (Case Fatality Rate – CLR) - қандай бўлмасин бирор касалликдан муайян вақт давомида ўлган кишиларнинг худди шу давр ичида мазкур касаллик билан оғриб юрган кишилар умумий сонига нисбати $x 100$; масалан, қизамиқ билан оғриган 5 минг кишидан 10 нафари ўлган маҳалда $CLR 10/5000 \times 100 = 0,2\%$ ни ташкил этади.

Ўлим кўрсаткичларига талайгина омиллар: ижтимоий-иқтисодий шароитлар, профилактик чора-тадбирлар, даволаш методлари, диагностик мезонлар ёки ўлим тўғрисидаги гувоҳномалардаги ахборотнинг аниқлик даражаси каби омиллар таъсир ўтказиши мумкин. Шундай қилиб, ўлим ҳолларининг камайиши таъсир ўтказувчи омиллардаги ўзгаришларни мазкур касаллик билан касалланиш кўрсаткичларидан кўра кўпроқ даражада акс эттира олади. Масалан, юрак-томир касалликларидан ўлиш ҳолларининг камайгани наинки улар билан касалланиш ҳолларининг натижаси, балки профилактик ва даво чора-тадбирлари жорий этилганлигининг оқибати ҳам бўлиши мумкин.

Мамлакат миқёсидаги ўлим кўрсаткичларининг ўзгариш тенденциялари - касалланиш ва эпидемиологик вазият тўғрисидаги жуда муҳим ахборотдир, бундай ахборот минтақаларга доир ва халқаро даражалардаги тадқиқотларни қиёслаб кўришга имкон беради. Айни вақтда маълум бир йил ёки турли вақт мобайнидаги ўлим кўрсаткичлари асос қилиб олиниши, ўлим кўрсаткичларини ҳисоблаб чиқиш ва солиштириб кўриш учун тегишли ёшдаги, масалан, конкрет йилда туғилган одамлар гуруҳларини ўрганиш мумкин. Чунончи, одамларнинг ёшига тегишли стандартлар бўлганида 1900, 1920, 1940 ва 1990 йилларда туғилган эркаклар орасидаги ўлим ҳолларини қиёсий тарзда таҳлил қилиб чиқиш мумкин. Тиббий-демографик коэффицентларни стандартлашни бир мунча батафсилроқ кўриб чиқайлик.

Тиббий-демографик коэффицентларни стандартлаш

Одамларнинг ёши, жинси, турмуш қурган-қурмагани, маълумоти, ижтимоий аҳволи ва бошқалар касалланиш ва ўлим ҳолларини белгилаб берадиган муҳим омиллардир, шу муносабат билан аҳолининг турли гуруҳларига доир кўрсаткичларни қиёсий таҳлил қилишда маълумотларни муайян омилларнинг таъсири мумкин қадар камайдиган қилиб ишлаб чиқиш керак бўлади.

Стандартлаштирилган кўрсаткичларни ҳисоблаб чиқишнинг бир нечта усули бор. Бевосита ва билвосита методларни кўриб чиқайлик. Буларнинг

иккаласида ҳам жинси ва ёши жиҳатидан ҳар хил гуруҳларидаги касаллик (ёки ўлим) сони маълум бўлган бирор популяция стандарт учун асос тариқасида танлаб олинади. Солиштириб кўриладиган гуруҳларнинг ҳамма хусусиятларини акс эттира оладиган ҳар қандай популяция стандарт популяция бўлиши мумкин. Стандарт популяция мазкур тадқиқот мақсадлари учун яратилган, масалан, ўрганилаётган корхонанинг иккита цехидаги бирлашган ишчилар гуруҳи бўлиши ҳам, универсал, яъни алоҳида бир давлатнинг муайян йилдаги аҳолиси, оврупо стандарт аҳолиси гуруҳи, шунингдек Сеги популяцияси (жаҳон стандарти) бўлиши ҳам мумкин. Халқаро миқёсда солиштириб кўриш учун мўлжалланган стандарт популяция (оврупо ва жаҳон популяцияси) ЖССТ томонидан маълум вақт оралаб World Health Statistic Annual-да эълон қилиб турилади.

Бевосита стандартлаш методи — жараён жадаллигининг кўрсаткичлари ва бирор аҳолининг структураси стандарт деб қабул қилинади ва солиштириб кўриладиган ҳар қайси аҳоли учун кўздан кечирилаётган жараённинг мазкур ва стандарт аҳоли ўртасидаги жадаллигининг нисбатини кўрсатадиган индекс ҳисоблаб чиқилади. Шу индексни стандарт учун умумий коэффициентга кўпайтириб, солиштирилаётган ва структурасининг индивидуал хусусиятлари йўқ қилинган стандартлаштирилган коэффициентлар олинади (Демографический энциклопедический словарь, 1985).

Стандартлаштирилган ўлим кўрсаткичлари ҳар бир касаллик учун ҳисоблаб чиқиши мумкин. Кўрсаткичларни бевосита стандартлаш турли шаҳарлар, вилоятлар, минтақалар ва мамлакатлардаги аҳоли ўлимини бир-бирига солиштириб кўриш учун муҳим методдир. Чунончи, 1992 йилга оид стандартлаштирилган ўлим кўрсаткичлари цереброваскуляар касалликлардан ўлиш ҳолларининг АҚШ да ўша йилга доир РФ даги кўрсаткичлардан тахминан 5 барабар кам бўлганидан дарак беради, бу 100 минг аҳоли сонига нисбатан олганда Россияда 247, 4 ни, АҚШ да эса, 48,1 ни ташкил этган.

3.3 жадвал турли мамлакатларда бўладиган ўлим ҳолларининг сони бир-биридан анча фарқ қилишини кўрсатади. Чунончи, қон айланишининг издан чиқишига алоқадор касалликлардан бўладиган умумий ўлим кўрсаткичлари паст бўлган Мисрда катта ёшли кишилар орасида юрак қон-томир касалликларидан ўлиш кўрсаткичининг юқори эканлиги кузатилади, шунга кўра Миср аҳолисининг стандартлаштирилган ўлим кўрсаткичи ўрганилаётган еттита мамлакатлар орасида ҳаммадан юқори бўлиб ҳисобланади.

Баъзи мамлакатларда қон айланиш системаси касалликларидан ўлиш ҳолларининг умумий ва одамлар ёшига қараб стандартлаштирилган кўрсаткичлари (1980), 100 миш аҳоли ҳисобидан

| Мамлакат | Умумий ўлим | Ёшга қараб стандартлаштирилган ўлим кўрсаткичи | Ёш кўрсаткичлари | |
|---------------|-------------|--|------------------|--------------|
| | | | 45 – 54 яшар | 55 – 64 яшар |
| Финляндия | 491 | 277 | 204 | 631 |
| Янги Зеландия | 369 | 254 | 184 | 559 |
| Франция | 368 | 164 | 97 | 266 |
| Япония | 247 | 154 | 95 | 227 |
| Миср | 192 | 299 | 301 | 790 |
| Венесуэла | 115 | 219 | 177 | 497 |
| Мексика | 95 | 163 | 132 | 327 |

Бевосита усул билан стандартлаштирилган ўлим коэффиценти кўздан кечириладиган аҳолида кичик, аммо стандартнинг ёш структурасида катта улусга эга бўлган ёшга оид ўлим коэффиценти таъсирига тасодифан тушиб қолиши мумкин. Демографик коэффицентларни стандартлаштиришнинг билвосита усули бунга йўл қўймаслик учун имкон беради.

Стандартлаштиришнинг билвосита усули - ўрганиладиган аҳоли гуруҳидаги айрим кўрсаткичлар кичик, ўзгарувчан ёки номаълум бўлса, ана шунда қўлланилади. Мазкур аҳолига тегишли ўлим кўрсаткичлари стандарт деб қабул қилинган, мазкур аҳолининг ёшига қараб ҳисоблаб чиқилган кўрсаткичлар билан солиштириб кўрилади (Демографик энциклопедик луғат, 1985).

Стандартлаштиришнинг билвосита усули жуда кенг тарқалган, чунки ўрганиладиган аҳоли гуруҳидаги мазкур ёшга оид ўлим кўрсаткичларни ҳисоблаб чиқиш учун махсус билимлар талаб қилинмайди. Ушбу методни татбиқ этишда стандарт аҳоли гуруҳидаги мазкур ёшга оид махсус ўлим кўрсаткичларидан фойдаланилади ва шулар асосида ўрганиладиган гуруҳда кутиладиган ўлим (касалланиш) кўрсаткичлари ҳисоблаб чиқилади. *Кутиладиган ўлим ҳолларининг* шу тариқа ҳисоблаб чиқилган сони кейин *аниқ рўйхатга олинган ўлим ҳоллари* сонига солиштириб кўрилади. Кузатиладиган ҳоллар сонининг кутиладиган ҳоллар сонига бўлган нисбати *стандартлаштирилган ўлим нисбати* (Standardized Mortality Ratio – SMR) деб аталади. Бу метод ўлимни ёки саломатлик ҳолатига алоқадор бошқа ҳодисаларнинг қанчалик тарқалганини ҳисоблаб чиқишга имкон беради.

Ўрганилаётган популяцияда кузатиладиган
ўлим ҳолларининг сони

$$SMR = \frac{\text{Ўшга алоқадор ўлим кўрсаткичлари ўрганилаётган популяциянинг ҳар қайси ёшдаги гуруҳида ҳам худди стандарт популяциядагидек бўлганида кутиладиган ўлим ҳолларининг сони, -}}{\text{Ўшга алоқадор ўлим кўрсаткичлари ўрганилаётган популяциянинг ҳар қайси ёшдаги гуруҳида ҳам худди стандарт популяциядагидек бўлганида кутиладиган ўлим ҳолларининг сони, -}}$$

бунда ўлим кўрсаткичи ёки стандарт гуруҳ учун характерли бўлган ҳодисанинг тарқалганлик даражаси кутиладиган ўлим ҳолларининг сони тариқасида қабул қилинади. Шундай қилиб, билвосита йўл билан стандартлаштириш аввал SMRни ҳисоблаб чиқишни кўзда тутаяди, кейин олинган SMR қийматини стандарт популяциядаги умумий ўлим кўрсаткичига кўпайтириб, билвосита стандартлаштирилган ўлим кўрсаткичи ҳосил қилинади (100 минг аҳолига тўғри келадиган кўрсаткич).

SMR миллий, минтақавий доирадаги ёки аҳолининг бошқа гуруҳидаги ўлимни танлаб олинган, кўрсаткичлари номаълум бўлган стандарт гуруҳ билан солиштириб кўришга имкон беради. Бу кўрсаткич жуда яққол: стандарт популяциядаги ўлим ҳоллари 1,0 деб қабул қилинади ва 1,0 дан катта бўлган кўрсаткичларнинг ҳаммаси ўрганилаётган гуруҳда ўлим даражасининг кўпайганини (стандартга солиштириб қараганда) ва 1, 0 дан кичиклари эса, нисбатан камлигини кўрсатади.

SMR ни аҳолининг махсус гуруҳлари, чунончи, саноатнинг маълум соҳасида ишлаган ва қандай бўлмасин бирор зарарли омил, масалан, асбест чанги билан ортиқча ифлосланган ҳаво таъсирига учраган одамлар учун ҳисоблаб чиқиш мумкин.

3. 6 иловада авваллари асбест ишлаб чиқаришда банд бўлиб, мезотелиомадан вафот этган кишилар ўлимига доир стандартлаштирилган нисбат ҳисоби, жумладан, нулинчи гипотезанинг *p*-тасдиқланиш эҳтимолини синашга оид статистик тест (шу бобнинг пастрофига қаралсин) маълумотлари келтирилган. Маълумотлар узоқ муддатли тадқиқотлар мобайнида олинган.

3.6 илова

| АВВАЛЛАРИ ИСРОИЛДА АСБЕСТ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАСИДА ИШЛАГАН ОДАМЛАРНИНГ МЕЗОТЕЛИОМАДАН ЎЛИМ ҲОЛЛАРИ | |
|--|-----------------|
| Ноқулай омил таъсирига учраган одамлар сони | 4.441 |
| Ўрганилаётган гуруҳда мезотелиома бошланиши туфайли ўлган кишилар сони | 26 |
| Исроил аҳолиси ўртасидаги умумий ўлим кўрсаткичига асосланиб, ўрганилаётган гуруҳда кутилган ўлим ҳолларининг сони | 0,12 |
| SMR | 26/0,12 = 216,7 |
| P value | < 0.001 |

Буюк Британияда минтақавий соғлиқни сақлаш хизматларини молиялаштириш ҳажми стандартлаштирилган ўлим нисбати кўрсаткичларига асосланиб туриб аниқланади. Узоқ муддатли тадқиқотларнинг натижалари бу метод саломатликка қор қилувчи кўпгина омиллар - одамнинг ёши, жинси, ижтимоий-иқтисодий ҳамда атрофдаги муҳит таъсирини етарли даражада умумлаштириш ва баҳолашни таъминлайди, деб айтишга имкон беради. Ана шундай ёндашув минтақалардан бирининг эҳтиёжлари иккинчисиникига қараганда катталигини ҳисобга олиб туриб, тиббий хизматларни анча тўғри тақсимлашни таъминлаб беради. Аҳоли орасидаги ўлим ҳоллари бир мунча кўпроқ бўлган минтақаларда касалланиш ҳоллари ҳам мамлакатдаги ўртача даражадан кўпроқ, шунга кўра тиббий таъминотга эҳтиёж-да каттароқ бўлади, деб тахмин қилинади. Ана шундай тахмин аҳоли саломатлигининг аҳволи нуқтаи назаридан олганда у вазият унча яхши бўлмаган минтақаларга қўшимча ресурслар йўналтиришни таъминлайди.

Муҳокама қилинаётган кўрсаткичларни ҳисоблаб чиқишга мисол келтирамиз. 3. 4 жадвалда Буюк Британиядаги пайвандловчилар орасида ўпка ракидан бир йил давомидаги ўлиш ҳолларининг тақсимланиши стандарт тариқасида қабул қилинган бутун мамлакат аҳолисига қиёсан олиб кўрсатилган.

3.4 жадвал

Буюк Британияда пайвандловчилар ва стандарт популяциядаги ўлим

| Гуруҳдаги кишилар ёши | Пайвандловчилар | | | Бутун мамлакат аҳолиси | | |
|-----------------------|-------------------|-----------|--------------------------------------|------------------------|---------|--------------------------------------|
| | Ўлим ҳоллари сони | Популяция | 1 млн.киши орасидаги ўлим кўрсаткичи | Ўлим ҳоллари сони | Аҳоли | 1 млн.киши орасидаги ўлим кўрсаткичи |
| 35 - 44 | 4 | 28880 | 139 | 276 | 3250469 | 85 |
| 45 - 54 | 22 | 22710 | 969 | 1847 | 3010650 | 613 |
| 55 - 64 | 63 | 19590 | 3522 | 7092 | 2852107 | 2487 |
| Барча ёшлар бўйича | 93 | 71180 | 1335 | 9215 | 9113226 | 1011 |

Шундай қилиб, пайвандловчилар орасида ўпка ракидан ўлиш ҳолларининг бевосита стандартлаштрилган кўрсаткичи қуйидагича ҳисоблаб чиқилади:

$$(139 \times 3250469 + 969 + 3010650 + 3522 + 2852107) / 9113226 = \\ = 1\ 000\ 000 \text{ аҳоли бошига } 1472.$$

Стандартлаштирилган ўлим нисбати (SMR):

$95 / (85 \times 28880 + 613 + 22710 + 2487 \times 19590) = 1,46$ ни ташкил этди.

Бунда билвосита *стандартлаштирилган ўлим нисбати* 1 млн. ҳисобидан олганда:

$1,46 \times 1011 = 1476$ ни ташкил этди.

Шундай қилиб, кўрсаткичларни стандартлаш аҳолининг ҳар хил гуруҳларини, шунингдек турли мамлакатлар ва минтақаларнинг ёши ва жинси ёки бошқа омиллар жиҳатидан ҳар хил бўлган аҳолисини бир-бирига солиштириб кўришга имкон беради. Стандартлаштирилган кўрсаткичлар ҳодисаларнинг ҳақиқий ўлчамларини акс эттирмайди, фақат уларнинг нисбатини (агар омилнинг таъсири бўлмаганида бу кўрсаткичларнинг қандай бўлишини) кўрсатиб беради ва солиштириб, қиёслаб кўриш учунгина қўлланилади, холос.

Гўдаклар ва оналар ўлими

Ҳаётнинг биринчи йилидаги ўлим даражаси, катта ёшли гуруҳларни ҳисобга олмаганда, кейинги йилларда рўй берадиган ўлим ҳолларидан анча юқори бўлади. Ўртача умрнинг қанча бўлиб чиқишини гўдаклар ўлими кўп жиҳатдан белгилаб беради. Модомики шундай экан, аҳолининг ўлимини камайтириш ва умрини узайтириш учун олиб бориладиган кураш болалар ўлимига қарши чора-тадбирларни ўз ичига олиши керак. Болалар ўлимининг даражаси улар ҳаётининг турли даврларида бир хил бўлмайди. Туғруқ чақалоқ учун жиддий хатар омили бўлиб ҳисобланади, бола ҳаётнинг биринчи йилида ўлиб қолиш хавфи ҳам анча катта бўлади. Бола яшаб, кундан кун, ҳафтадан ҳафта, ойдан ой ўтиб борган сайин бу хавф-хатар камайиб боради. Шу муносабат билан кўрсаткичларни ҳисоблаб чиқиш учун қуйидаги тушунчалардан фойдаланилади.

Ўлик туғилиш деб бўйида бўлиш маҳсулотининг ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар она организмидан батамом ҳайдалиб чиқиши ёки ажратиб олинишига айтилади; шу тариқа ажралиб чиққан ҳомиланинг нафас олмаётгани ёки юрак уриши, киндикнинг уриб туриши ё бўлмаса, мускулларининг маълум ҳаракатлари сингари ҳар қандай ҳаёт белгиларининг йўқлиги унинг ўликлигини кўрсатади.

Ўлик туғилиш кўрсаткичи деб ҳомиладорликнинг 28 ҳафтасидан кейин ўлиб қолган ҳомилалар сонининг ҳар 1 минг ҳомиладан тирик туғилган болалар сонига бўлган нисбатига айтилади. *Она қорнида ўлиш*, бу - ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар ҳомиланинг туғруқ йўлларида батамом чиқмасидан ёки ажратиб олинмасидан илгари ўлиб қолишидир.

Боланинг она қорнида ўлиш ҳоллари статистика мақсадлари учун қориндаги бола ҳомиладорлик (гестация) нинг қайси муддатларида ўлиб қолганига қараб таснифланади. Туғруқ ҳоллари ҳомиладорликнинг муддатларига қараб ҳам тафовут қилинади: *ой-куни етмасдан, чала туғиш* (тўла 37 ҳафта ёки 259 кунга етмасдан): *етук туғиш* (37 ҳафтадан то 45 ҳафтагача бўлган даврда) ва муддати, *ой-куни ўтиб кетгандан* (42 ва бундан ортиқ ҳафтадан ёки 294 ва бундан кўп кундан) *кейин* туғиш шулар жумласидандир. *Перинатал давр* она қорнидаги бола ҳаётининг тўла 28-ҳафтасидан (154- кунидан) бошланади (бу даврда танасининг оғирлиги одатда 500 г ни ташкил этади) ва бола туғилганидан тўла 7 кун ўтганидан кейин тугалланади. *Неонатал давр* бола туғилган пайтдан бошланади ва тўла 28 кун ўтганидан кейин тугалланади. Неонатал ўлим (болалар ўртасида ҳаётининг дастлабки тўла 28 кун ичида бўладиган ўлим) эртанги (ҳаётнинг дастлабки 7 кун ичидаги) ва кечки (ҳаётнинг 7-кунидан тўла 28- кунига бўлган давр ичидаги) ўлимга ажратилиши мумкин. Ҳаётнинг бундан бир мунча кейинги даври постнеонатал давр деб аталади.

Гўдаклар ўлими кўрсаткичи — бир йил ичида ўлган гўдаклар 1000 га кўпайтирилган сонининг ўша йилда тирик туғилган болалар сонига нисбатидир (промилли ҳисобида).

$$\text{Гўдаклар ўлими кўрсаткичи} = \frac{\text{мазкур йилда ёшига етмай ўлган болалар сони} \times 1000}{\text{мазкур йилда тирик туғилганларнинг } 2/3 \text{ қисми} + \text{ўтган йилда тирик туғилганларнинг } 1/3 \text{ қисми}}$$

Талайгина мамлакатларнинг кўп йиллик тажрибаси ёшига етмасдан ўлиб қолган барча болаларнинг 2/3 қисми ўша календар йилнинг ўзида ва 1/3 қисмига яқини ўтган календар йилида туғилган бўлишини кўрсатади. Шу муносабат билан гўдаклар ўлимини ҳисоблаб чиқиш учун кўпинча Ратс формуласидан фойдаланилади:

Неонатал ўлим кўрсаткичи — туғилганидан кейин 28 кунга етмасидан илгари ўлиб қолган болалар 1000 га кўпайтирилган сонининг тирик туғилган болалар сонига нисбати (промилли ҳисобида).

Перинатал ўлим кўрсаткичи - ўлиб қолган ҳомидалар (ҳомиладорликнинг 28 ҳафтаси ва бундан кўпроқ муддатда) сони билан йил бўйи ҳаётининг биринчи ҳафтасида ўлган чақалоқлар сони 1000 га кўпайтирилган йиғин-

дисининг ўша йили ўлик туғилган ҳомилалар билан тирик туғилган болалар сони йиғиндисига нисбати (промилли ҳисобида).

Постнеонатал ўлим кўрсаткичи – 1 ойлик (27 кунлик) бўлганидан кейин ўлиб қолган болаларни 1000 га кўпайтирилган сонининг туғилган болалар сонидан ҳаётининг биринчи ойида ўлган болалар сони айирмасига нисбати (промилли ҳисобида).

Ёшига етмасдан ўлиб қолган болалар сони ёшга алоқадор ўлимдан алоҳида қилиб кўриб чиқиш учун ажратиб олинад ва солиштириб кўришда ҳамма жойда қўлланиладиган халқаро индикатор бўлиб ҳисобланади. Айни вақтда тирик туғилган 1000 нафар бола ҳисобидан олганда 20 та ўлим ҳолларига тенг кўрсаткичнинг тахминий (промилли ҳисобидаги) қиймати ЖССТ томонидан Овруро минтақаси учун гўдаклар ўлими даражаси бўйича белгилаб қўйилган бир мўлжалдир. Бу кўрсаткичга аҳолининг санитария ва моддий жиҳатдан фаровонлиги ва соғломлаштирувчи чора-тадбирларнинг самарадорлиги даражасини кўрсатиб берадиган индикатор деб қаралади. Россия Федерациясида гўдаклар ўлими даражаси 1995 йили 18,1 промиллини ташкил этди, айни вақтда гўдаклар ўлими шаҳар аҳолиси орасида 17,4 промиллини, қишлоқ аҳолиси орасида эса, 19,8 промиллини ташкил қилган. Ўша 1995 йилнинг ўзида перинатал ўлим 15,83 промиллини — қиз болалар орасида 13,92 промилли ва ўғил болалар орасида 17,66 промиллини ташкил этган.

Ривожланган мамлакатларда ҳаётнинг биринчи йилидаги ўлим ҳоллари 4 – 9 промиллини ташкил этади. Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болалар ўртасидаги ўлим структурасида перинатал даврда юзага келаётган касаллик ҳолатлари ва туғма аномалиялар устун туради.

Россияда туғилишни тартибга солишнинг асосий усули абортдан иборат бўлиб қолмоқда. 100 та туғруққа 1994 йили 217,02 та аборт тўғри келганки; бу – оврупо даражасидан 10 – 20 баравар ортиқдир: масалан, 100 та туғруққа тўғри келган аборт 1993 йили Россияда 235 тани, Буюк Британияда – 24, Италияда – 27, Германияда – 14, Нидерландияда эса, - 10,5 тани ташкил этган. 1996 йили Россияда 2,7 млн. аборт расман рўйхатга олинган, бу 1990 йилдаги (4,1 млн.) га қараганда анча камдир. Бироқ, абортлар сони, худди аввалдагидек, туғруқлар сонидан икки баравар ортиқ. 2 мингга яқин аборт 15 ёшга тўлмаган ўсмирларда, 271 минг аборт эса 15 – 19 яшар аёлларда бўлган, шу билан бирга биринчи марта ҳомиладор бўлганлар тегишлича 88 фоиз (1700 нафар аёл) ни ва 48 фоиз (99 минг нафар аёл) ни ташкил этган. Аёл киши биринчи марта

ҳомиладор бўлганида қилинадиган аборт туғилиш даражасига таъсир кўрсатади, биринчи ҳомиладорлиги аборт билан тугалланган аёлларнинг тахминан ярми асоратларга учраб, уларнинг кўпгина қисми кейинчалик бепушт бўлиб қолади. Баъзи маълумотларга қараганда, оналар ўлимининг тахминан 25 фоизи абортларга боғлиқ.

Оналар ўлими — аёл кишининг ҳомиладорликка (муддати ва ҳомиланинг қаерда турганидан қатъий назар ҳомиладорликка) алоқадор бўлиб, ҳомиладорликнинг ўзи ёки уни олиб бориш туфайли оғирлашиб қолган бирор сабабдан оғир оёқлик даврида ёки кўз ёриганидан кейинги 42 кун давомида ўлиб қолишидир, лекин унинг бахтсиз ҳодиса ёки тасодифий сабабдан ўлиши бунга кирмайди.

Оналар ўлими кўрсаткичи — 100 минг туғруққа тўғри келадиган оналар ўлиמידир.

Россияда оналар ўлими Оврупо мамлакатларидагидан 5 — 10 барабар кўп, 1991 йили Россия Федерациясида ҳар 100 минг туғруққа 52,5 тадан ўлим тўғри келди. Шу кўрсаткич жиҳатидан Россияни суст ривожланган мамлакатларга қиёслаш мумкин. Ривожланган мамлакатларда, масалан, Швейцария ва Швецияда ушбу кўрсаткич 5 тани, АҚШ да - 6, Япония ва Германияда — 12 ни ташкил этади.

Ўлим кўрсаткичлари билан бир қаторда ўлиб бориш тартиби кўрсаткичлари ҳам муҳим аҳамиятга эга. Унинг статистик тасвири яшаб бўлиш жадвалида келтирилган. Яшаб бўлиш жадвалларига асосланган, шунингдек қариллик муносабати билан соғлиқ йўқолиб боришни баҳолаш учун қўлланиладиган замонавий кўрсаткичларга назар солайлик.

Кутиладиган умр кўриш давомлилиги

Ўлим ҳоллари - турли ёшда рўй берадиган талайгина ўлимларни жамлашдан олинадиган ва умуман аниқ бор ёки фараз қилинган (гипотетик) авлоднинг ўлиб бориш тартибини белгилаб берадиган кўрсаткичдир. Унинг ўлим ҳоллари миқдорий характеристикалари билан одамларнинг ёши ўртасидаги боғланишни аниқлашга асосланган статистик тасвирини яшаб бўлиш (ўлиш) жадвали кўрсатиб беради.

Яшаб бўлиш (ўлиш) жадвали — авлоднинг ўлиб боришига оид бўлиб, бир-бирига боғланган, одам ёшининг функциялари деб қараладиган кўрсаткичлар системасидир. Гипотетик авлодга тегишли жорий жадвал 100 минг чақалоқдан иборат когортда мазкур вақтдаги ёшга алоқадор ўлим даражаси уларнинг бутун умр бўйи сақланиб қолганида мавжуд бўла оладиган ўлиб бориш тартибини акс эттиради.

Яшаб бўлиш (ўлиш) жадвалига кирган маълумотлар халқаро ёки минтақалараро қиёслаш ишларини ўтказиш ҳамда мамлакат ичкаридаги аҳолининг турли гуруҳлари орасидаги ўлим ҳолларини солиштириб кўриш, шунингдек ўрганилаётган популяциядаги ўлим ҳолларининг қайси томонга қараб ўзгариб бораётганини баҳолаш учун дастак бўлиб хизмат қилади.

Кутиладиган (ўртача) умрни таҳлил қилиш аҳолининг ёш структураси хусусиятларидан қатъий назар ўлим даражасига умумлаштирувчи баҳо беради. Туғилган маҳалда кутиладиган (ўртача) умр – авлод ўлиб бориш жараёнининг энг умумлаштирилган характеристикасидир.

Туғилган маҳалда кутиладиган умр (КУ) (*Life Expectance* – LE) – мазкур йилда туғилган авлоднинг ёшга алоқадор ўлим кўрсаткичлари шу авлод кишиларининг умр бўйи ҳозирги даражасида тураверадиган бўлса, ўша авлоднинг яшаб ўтиши керак бўлган йиллар сони.

Ёшга алоқадор ўлим кўрсаткичлари кейинчалик камайдиган бўлса, у ҳолда ўртача умр узайиб боради. Ҳар хил ёш гуруҳлари иккала жинс кишилари умрининг ўзгаришига турлича улуш қўшади.

Кутиладиган умр аҳоли саломатлиги ҳолатининг муҳим кўрсаткичидир. Турли ёшдаги ўлимнинг кўпгина омиллари унда ўз аксини топади. Кутиладиган умр аксари туғилиш вақтидан олиб турли ёшдаги кишилар - 1, 15, 45, 65, 75 ва ҳатто 80 ёшдаги кишилар учун ҳисоблаб чиқилади. У муайян ёшдаги кишилар умридан қолган ўртача (йиллар ҳисобида олинган) вақтни акс эттиради.

Куйида келтирилган жадваллар (3,5 – 3, 6 жадвалларга қаралсин) АҚШ да 1990 – 1995 йиллардаги давр мобайнида умр ўзгаришларини кўрсатади. Кутиладиган умрнинг аср биринчи ярмида кузатилган кескин узайиши инфекцион касалликлар билан оғриш ҳолларининг камайгани ва оналик билан болалик муҳофазаси шароитларининг яхшиланиб қолганини акс эттиради. Асрнинг иккинчи ярми ўлим сабаби тариқасидаги юрак-томир касалликларининг кўпайиши, кейин эса, камайиши ҳамда рак ва травматизм натижасида ўлим ҳолларининг кўпайиши билан нишонланган.

3. 5 жадвал

АҚШ да туғилганда кутиладиган ўртача умр (1900 – 1995), йиллар ҳисобида

| Одамлар жинси | 1900 | 1950 | 1900-1950 | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 1950-1995 |
|---------------|------|------|-----------|------|------|------|------|-----------|
| Эркаклар | 46,3 | 65,6 | 19,3 | 67,1 | 70,0 | 71,8 | 72,5 | +6,9 |
| Аёллар | 48,3 | 71,7 | 23,4 | 74,8 | 77,4 | 78,8 | 78,9 | +7,8 |
| Бутун аҳоли | 47,3 | 68,2 | 20,9 | 70,8 | 73,4 | 75,4 | 75,8 | +7,6 |

65 ёшдаги АҚШ аҳолисининг ўртача умри (1900 – 1995), йиллар ҳисобида

| Одамлар жинси | 1900 | 1950 | 1900- 1950 | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 1950- 1995 |
|------------------|------|------|---------------|------|------|------|------|---------------|
| Эркаклар | 11,5 | 12,8 | +1,3 | 13,1 | 14,1 | 15,1 | 15,6 | +2,8 |
| Аёллар | 12,2 | 15,0 | +2,8 | 17,0 | 18,3 | 18,9 | 18,9 | +3,9 |
| Бутун аҳоли | 11,9 | 13,9 | +2,0 | 15,2 | 16,4 | 17,2 | 17,4 | +3,5 |

Кутиладиган умр у ёки бу минтақа аҳолиси саломатлигининг ҳолати ва турмуши даражасининг мезони тариқасида ЖССТ томонидан таклиф этилган жуда муҳим интеграл кўрсаткичдир. Бу кўрсаткич учун ЖССТ нинг мўлжали 2000 йилга бориб Оврупо минтақасида 75 йиллик умрга етишмоқликдир (иккала жинс кишилари учун). Россияда бу кўрсаткичнинг энг катта даражаси эркаклар учун 1986-1987 йилларда (64,9 йил), аёллар учун 1988 йилда (74,6 йил) қайд қилинган. Шу вақтдан бери ўртача умр даражаси тинмай камайиб келди, аммо 1993 йили қайд қилинган камайишни фожиали дейиш мумкин: КУ 1 йил мобайнида эркакларда 3,6 йилга камайиб (эълон қилинган урушлар ва табиий офатлар бўлмагани ҳолда), 58,9 йилни ташкил этди. Аёлларда КУ 2 йилга камайди ва 71,9 йилни ташкил қилди. Ўша 1993 йилнинг ўзида Польшада бу кўрсаткич эркаклар ва аёллар учун тегишлича 67 ва 76 ёшни ташкил этди, АҚШ да ушбу кўрсаткич эркаклар учун 73 ва аёллар учун 79 йил бўлиб чиқди. 1987 йилдан кейин биринчи марта 1995 йилда Россияда КУ қисқармади, балки эркакларда ҳам (58,2 йил), аёлларда ҳам (71,1 йил) узайди ва иккала жинсдаги кишилар учун 64,6 йилни, 1996 йилда эса 65,89 йилни ташкил этди (эркакларда 59,75, аёлларда 72,49 йилни).

Потенциал демография кўрсаткичлари

Олдини олса бўладиган ўлим ҳолларини ёки олдини олса бўладиган ўлим сонларини баҳолашга ўлимни камайтириш ва аҳолининг фаол умрини узайтириш резервларини аниқлаш масаласини ҳал қилишдаги дастлабки қадам деб қараш мумкин. Ўлим ҳолларини таҳлил қилиш, масалан, одамларнинг юрак-томир касалликларидан ва ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларнинг перинатал давр касалликларидан ўлиши туфайли жамиятга етадиган ижтимоий ва иқтисодий зарарларни солиштириб кўришга имкон бермайди. Бу хилдаги тадқиқотларни ўтказиш учун потенциал демография методлари ва кўрсаткичларидан фойдаланиш керак бўлади. Анъанавий демографияда бирор бир ҳодиса: туғилиш, миграция, никоҳланиш, ўлим ва бошқалар

асосий ўлчов бирлиги бўлиб ҳисобланса, потенциал демографияда у ёки бу ҳолатнинг давом этиш муддати (кишининг қанча вақт ногиронлик ҳолатида бўлгани, касалликнинг қанча давом этгани, вақтидан илгари ўлиш туфайли йўқотилган йиллар ва бошқалар) ана шундай birlik бўлиб хизмат қилади. Соғлиқни сақлаш ходимлари учун йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари, меҳнат потенциалининг нобудгарчилиги, касалликлардан етадиган глобал кулфат кўрсаткичига ўхшайдиган ва DALY, одам-йиллар ҳисобида ўлчанадиган кўрсаткичлар ҳаммадан кўра кўпроқ диққатга сазовардир. Шундай қилиб, мазкур популяцияда мазкур ўлим сабаби туфайли яшалмаган жами йилларни ҳисоблаб чиқиш мумкин.

3.7 жадвал

Умумий ўлим ҳоллари ва асосий синфдаги ўлим сабаблари туфайли йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари, Россия (1996)

| Ўлим сабаблари-нинг синфлари | Умумий ўлим | ЙПХЙ | Умумий ўлим, нечанчи даражада | ЙПХЙ, нечанчи даражада |
|------------------------------------|-------------|--------|-------------------------------|------------------------|
| Барча ўлим сабаблари | 1412,9 | 152,16 | - | - |
| Қон айланиш тизими касалликлари | 755,7 | 36,31 | 1 | 2 |
| Травмалар ва заҳарланиш ҳолатлари | 208,5 | 58,48 | 2 | 1 |
| Ўсмалар | 199,6 | 18,14 | 3 | 3 |
| Нафас аъзолари касалликлари | 67,5 | 7,72 | 4 | 4 |
| Ноаниқ белгилан-ан ҳолатлар | 62,8 | 3,79 | 5 | 8 |
| Ҳазм органлари касалликлари | 42,0 | 5,64 | 6 | 6 |
| Инфекцион ва паразитар касалликлар | 21,2 | 5,82 | 7 | 5 |
| Сийдиктаносил тизими касалликлари | 11,3 | 1,47 | 8 | 10 |
| Эндокрин касалликлар | 10,6 | 1,12 | 9 | 11 |
| Перинатал давр касалликлари | 6,7 | 4,90 | 10 | 7 |
| Туғма нуқсонлар | 5,5 | 3,65 | 11 | 9 |

Эслатма: Умумий ўлим 100 минг, ЙПХЙ 1 минг аҳоли ҳисобидан олинган; ЙПХЙ — йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари.

Манба: Варавикова Е. А., Ермаков С. П., Евдокушкина Г. Н. Лаборатория эколого-демографического исследования. М., Медсоцэкономинформ, 1996.

Йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари (ЙПХЙ) – Years of Potential Life Lost (YPLL): касаллик ва вақтидан илгари ўлишнинг жамиятга ўтказадиган ёмон таъсири ўлчови. 1 – 70 ёш орасидаги ЙПХЙ танлаб олинган аҳоли учун ҳисоблаб чиқилади ва турли ёш гуруҳларида мазкур ўлим сабабидан ўлган кишилар сонларининг ҳар қайси гуруҳда 70 ёшга тўлмасдан ўлиб кетган кишилар сонига кўпайтмаси тариқасида ифодаланди.

1 минг нафар кишига нисбатан олинадиган йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари олдинги кўрсаткич миқдорини ўрганилаётган минтақа аҳолиси сонига бўлиб, кейин 1000 га кўпайтириш йўли билан ҳисоблаб чиқилади.

Ўлим структурасини Россиядаги умумий ўлим кўрсаткичи бўйича таҳлил қилиб чиқиш ўлимнинг асосий сабаблари қон айланиш системаси касалликлари, ундан кейин травма ҳамда заҳарланиш ҳоллари ва ўлим даражаси жиҳатидан шуларга яқин бўлган ўсмалар эканлигини кўрсатиб берди (3. 7. жадвалга қаралсин). Бироқ, йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари кўрсаткичини, одамнинг ўртача умри 70 йилни ташкил этишини ҳисобга олиб, бор маълумотлар бўйича ҳисоблаб чиқиладиган бўлса, у ҳолда травмалар (бахтсиз ҳодисалар, заҳарланиш, суиқасд қилиш, ўз-ўзини ўлдириш) биринчи ўринга ўтиб қолади. Соғлиқни сақлашга доир конкрет чора-тадбирларни ишлаб чиқишда ана шундай тадқиқотларнинг натижаларини ҳисобга олмоқ керак.

Меҳнат потенциалидаги йўқотишлар

Саломатликка даҳлдор ҳар қандай ҳодисалардан – касалликлар, ногиронлик, вақтидан илгари ўлишдан етадиган зарар ва нобудгарчиликни ўлчаш учун қулай бўлган бирлик, бу – одам-йиллар, деган бирликдир, масалан, вақтидан илгари ўлиш туфайли аҳоли яша олмай қолган одам-йиллар, касаллик туфайли йўқотилган одам-йиллар. Бу усул саломатликка даҳлдор ҳар қандай ҳодисалардан етадиган иқтисодий зарарни осонгина баҳолашга имкон беради. Масалан, С. П. Ермаков томонидан ишлаб чиқилган **меҳнат потенциали нобудгарчиликлари кўрсаткичи (1989)** касаллик, ногиронлик, вақтидан илгари ўлиш туфайли меҳнат фаолият бобида аҳоли йўқотадиган одам-

йиллар сонини баҳолашга имкон туғдиради. 1993 йилда вақтидан илгари ўлиш туфайли йўқотилган (турли ёшдаги одамларнинг бандлик ва унумдорлик даражаларини назарда тутиб, айрим ўлим синфлари ва сабаблари бўйича ҳисоблаб чиқилган) меҳнат потенциалини таҳлил қилиб чиқиш Россия аҳолиси меҳнати нобудгарчиликларининг амалда ярмиси одамларнинг травмалар ва заҳарланиш ҳолларидан ўлганига боғлиқ бўлганини кўрсатиб берди. Қон айланиш системаси касалликларидан етган нобудгарчиликлар травма ва заҳарланиш ҳолларидан келган нобудгарчиликка қараганда деярли 4,5 баравар кам бўлиб чиқди. Бу шунга боғлиқки, травмалар ва заҳарланиш ҳолларидан ҳар йили ўладиган кишилар сони Россияда қон айланиш системаси касалликларидан ўладиганларга қараганда, гарчи 40 фоиз кам бўлса-да, травмалардан ўлган кишиларнинг ўртача ёши (44 ёш) қон айланиш системаси касалликлари синфи учун ҳисоблаб чиқилган худди шундай кўрсаткичдан деярли 30 йил кам. Меҳнат потенциалининг бундай модели демографиянинг иккита фундаментал ғоясини: когорта ёндашуви ва потенциал демография методи билан бириктиришни кўрсатиб ўтади.

Касалликларнинг глобал зарари кўрсаткичи

Бу кўрсаткич Жаҳон банки ЖССТ билан биргаликда ўтказган тадқиқотда К. Мюррей ва А. Д. Лопес ва ҳамкорлари томонидан ишлаб чиқилган бўлиб, саломатликка етадиган умумий нобудгарчиликларни миқдор жиҳатидан ҳисоблаб чиқиш учун мўжалланган (ушбу тадқиқотнинг натижалари Жаҳон банкининг 1993 йил учун «Соғлиқни сақлашда инвестициялар» деган йиллик ҳисоботида эълон қилинган). Касалликлар глобал кулфати (КГК) кўрсаткичи, биринчидан, вақтидан илгари ўлим натижасида бўладиган нобудгарчиликлари ва, иккинчидан, ногирон бўлиб қолиш натижасида йўқотилган соғлом ҳаёт йилларини ҳисобга олади, аynи пайтда вақтидан илгари ўлим натижасида бўладиган нобудгарчиликлар одамнинг ўлган вақтидаги ҳақиқий ёши билан ўлим даражаси паст бўлган аҳоли учун шу ёшдаги кишиларнинг кутиладиган умри ўртасидаги айирма тариқасида аниқланади. КГК меҳнатга яроқсизлик хусусида тузатиш киритилган ҳаёт йилларини ифодаловчи бирликлар (DALY) да ўлчанади.

Меҳнатга яроқсизлик хусусида тузатиш киритилган ҳаёт йиллари — Disability-Adjusted Life Years (DALY) — касалликлар глобал кулфати ва соғлиқни сақлаш системаси фаолияти самарадорлигининг ўлчов бирлиги бўлиб, мазкур касаллик оқибатларининг жамиятга юк

бўлиб тушадиган оғирлигини аниқлаш учун ишлаб чиқилган. Вақтидан илгари ўлиш ёки меҳнатга яроқсиз бўлиб қолиш натижасида тўла қимматли келгуси ҳаётдан йўқотиб қўйиш мумкин бўлган йиллар сони тариқасида ҳисоблаб чиқилади. Ҳисоб бир неча босқични ўз ичига олади. Асосий элементлари: мазкур ёшдаги ўлим туфайли потенциал ҳаётнинг йўқотилган йиллари; турли ёшларда касалликлар бўлмаганида ҳаёт йилларининг қийматли қиймати; келгуси соғлом ҳаёт йиллари тобора камайиб борадиган шкала бўйича баҳоланадиган бўлиши учун дисконтрловчи коэффициент (Жаҳон банки тадқиқотларида 3 фоизли дисконтрловчи коэффициентдан фойдаланилган); меҳнатга яроқсизликнинг оғирлик даражаси уни вақтидан илгари ўлишга алоқадор шундай оғирлик даражаси билан солиштириб кўриш учун миқдорий жиҳатдан ифодаланади.

Тадқиқотда 1990 йили бутун дунёда 1,36 млрд. DALY йўқотилгани кўрсатиб берилди, бу – чақалоқ болалар орасидаги 42 млн. ёки 50 яшар кишилар орасидаги 80 млн. ўлимга тенг, эквивалентдир. Йўқотилган DALY бирликларининг умумий сонидан 66 фоизи вақтидан илгари ўлишга, 34 фоизи – меҳнатга яроқсизликка тўғри келади. КГК ни текшириш натижалари инфекция ва паразитар касалликларга қарши жаҳон миқёсида олиб борилган урушда энди ютиб чиқилди, деган ва кенг тарқалган фикрни шубҳа остига қўяди. КГК нинг тўртдан бир қисми диарея касалликлари ва қизамиқ, нафас йўллари инфекциялари, гижжа инвазияси билан безгак сингари болалар касалликларига тўғри келади.

Бироқ, бу кўрсаткичдан фойдаланиш бир қанча эътирозларга дуч келмоқда. Биринчидан, «меҳнатга яроқсизлик» (disability) атамасини аниқ таърифлаб бериш муаммоси қийин бўлиб, у меҳнатга бадар яроқсизлик – ногиронликни ҳам, меҳнат қобилиятини вақтинча йўқотиб қўйишнинг турли хилларини ҳам ўз ичига олиши мумкин. Шу кўрсаткич бўйича тузилган статистик ҳисобот наинки халқаро, балки минтақалараро солиштира таҳлил учун ҳам қийинлаш учун ҳаммиша тўғри келавермайди ва аниқ бўлавермайди. Меҳнатга яроқсизликнинг баъзи хиллари, масалан кўрлик, суст ривожланган мамлакатларда ҳам етарлича аниқ рўйхатга олиниши мумкин, бошқа хилларини эса аниқ қайд қилиб бўлмайди ва таклиф этилаётган ёндашувнинг бўш томони ҳам шунда. Иккинчидан, ногиронларнинг жамият фаолиятида иштирок этиш даражаси турли мамлакатларда жуда ҳар хил, шунга кўра битта сабабнинг ўзидан ногиронлик туфайли бўладиган ижтимоий-иқтисодий нобудгарчиликлар

турли мамлакатларда бир-биридан катта фарқ қилади. Меҳнатга бадар яроқсиз, ammo ижтимоий ҳаётга тўла-тўкис мослашиб олган одамлар таклииф этилаётган DALY концепцияси жамият саъйи-ҳаракатларини ногиронларнинг мослашиб олишига йўналтириш учун имкон бермайди, деб ҳисоблашади.

Бу янги ёндашув бўлиб, мукаммаллашишда давом этмоқда ва унинг ривожланиб бориши саломатлик статистикаси сифатини яхшилашга муқаррар олиб келади. Уни муайян давр мобайнида миллий соғлиқни сақлаш томонидан қўлга киритилган, мазкур мамлакатдаги КГК кўрсаткичларининг ўзгариб боришини кузатиб, фикр қилса бўладиган ютуқларни аниқлаш учун ҳам татбиқ этиш мумкин. Турли кўринишлардаги тиббий аралашувларнинг иқтисодий ва ижтимоий самарадорлигини (DALY бирлигига тўғри келадиган аралашув қийматини) аниқлаш учун DALY дан фойдаланиш ҳам катта диққатга сазовордир. DALY (Quality Adjusted Life Year) – сифатли ҳаёт муддати кўрсаткичидан фойдаланиш умрнинг сурункали касалликларсиз, меҳнатга яроқсизлик ва ногиронлик ҳолатларисиз ўтган йиллари сонини билиб олишга имкон беради. Бу кўрсаткични ҳисоблаб чиқариш учун танлаб ўтказилган текширишлар, касалхона статистикасига оид маълумотлар олинади ва ҳоказо. Меҳнатга яроқсизлик юки «оғирлиги»нинг сон қийматини аниқлаб олиш учун бемор ва мутахассис-медикнинг айтган фикрларидан ҳам фойдаланилади.

Шундай қилиб, қўйидаги кўрсаткичлар ва баҳолаш методлари ўрганилаётган аҳоли орасидаги ўлимни ва ўлимга олиб борадиган айрим ҳолларнинг қайд қилиниши сифатини тиббий-демографик жиҳатдан таҳлил қилиб чиқишнинг асосини ташкил этади:

- умумий ўлим ва гўдаклар ўлими кўрсаткичлари;
- одамларнинг ёши, жинсига ҳамда ўлим сабабларига қараб стандартлаштирилган ўлим кўрсаткичлари, стандартлаштирилган ўлим нисбати;

- ўлиш (яшаб бўлиш) жадваллари асосида ҳисоблаб чиқиладиган кўрсаткичлар: кутиладиган умр (КУ), мазкур ўлим сабаби бартараф этилганида КУ, мазкур сабабдан ўлган кишиларнинг ўртача ёши ва уларнинг кутиладиган сони;

- потенциал демография кўрсаткичлари: мазкур ўлим сабабидан йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари (ЙПХЙ), аҳолининг вақтидан илгари ўлиши туфайли бўладиган меҳнат потенциали нобудгарчиликлари, касалликларнинг глобал кулфати (DALY);

- қайд қилиш (рўйхатга олиш) сифатига, диагноз ва леталликни белгилаш аниқлигига доир кўрсаткичлар: ўлим (айниқса ўлим сабаби) тўғрисидаги врач гувоҳномасини тўлдириш сифатини баҳолаш; касалхонада, уйда ўлганлар сонининг патологоанатомик мақсадларга ёриб

кўрилган барча мурдалдар сонига нисбати; касалхонада ўлиш ҳоллари (леталлик) ва ҳар бир ўлим ҳодисасини муҳокама қилиш.

Эркак ва аёллар ўртасидаги ўлим ҳолларининг сони ва структурасида каттагина тафовутлар бўлиши муносабати билан таҳлилни эркак ва аёл аҳоли учун алоҳида-алоҳида ўтказиш, шунингдек шаҳар ва қишлоқ аҳолиси хусусида ҳам алоҳида-алоҳида таҳлил қилиш тавсия этилади.

Олдини олса бўладиган ўлим

Соғлиқни сақлашнинг тараққиёти ўлимга қарши курашда каттагина ютуқларни қўлга киритиш билан таърифланиб келди. Тўпланган тажриба шундай бир гуруҳ касаллик ва шикастлар борки, улар рўй бериб қолгудек бўлса, мазкур ёш ва жинсдаги бемор замонавий тиббиёт воситалари билан қутқариб қолиниши керак эди, деб ишонч билан айтишга имкон беради. Ажални даф қилса бўладиган касалликлар ва ҳолатларнинг тўла рўйхати ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан турлича ривожланган мамлакатларда ҳар хил, лекин аёлларнинг туғруқ маҳалида ўлиб қолиш ҳолларини, булар қанчалик кам учрайдиган бўлмасин, текшириб чиқиш керак. Аппендицит касаллигида, аппендэктомия, бодомча безларини олиб ташлаш, бачадон экстирпацияси, бачадон найларини боғлаб қўйиш ва шунга ўхшаган бошқа жарроҳлик аралашувларида ўлиб қолиш ҳоллари ҳам, оқибатнинг ўлим бўлиб чиқишига олиб борадиган бошқа омиллар бўлмаганида, текширилиши лозим.

Даф қилса бўлади, деб эътироф этилган касалликлар ва айрим ҳолатлардан юзага аммо ўлим ҳолларининг ҳаммаси, айниқса ёшлик чоғида етган ажал хушёрлик, сергакликни уйғотиши керак, чунки бундай ҳодисалар тиббий ёрдам кўрсатиш тактикасида аҳвол яхшимаслигини кўрсатади ва тиббий текширув ўтказишни талаб қилади.

Ногиронлик ва ўлим кўринишидаги касаллик ва унинг оқибатларига қатор сабаблар мажмуи олиб келиши мумкин. Масалан, дифтерия ва полиомиелит бўйича иммунизация дастурларини мустақамлаш соҳасида давлат қонун чиқариш сиёсати нотўғри танлаш оқибати бўлиши мумкин; бундай дастурларнинг тиббий хизматлар мененжерлари томонидан муваффақиятсиз жорий этилиши; беморларни иммунизация қилаётган врач ишидаги камчиликлар, касаллик юқиб қолишидан кўрқиб, ота-оналарнинг болаларни эмлашга олиб келмаслигини ҳисобга олмаслик, вакцинациянинг салбий оқибатлари ва ҳ.к

Олдини олиш мумкин бўлган ўлим ҳолларни аниқлаш учун фуқаролик ҳолатларини қайд қиладиган давлат хизматларидан олинadиган маълумотлар тизимини ёки беморларни касалхонадан чиқариш бўлим-

лари қошидаги ахборот тизимлари базаларидан олинган маълумотлар билан иш кўрадиган тизимни ташкил қилиш, ва улар соғлиқни сақлаш хизмати умумий ахборот тизимларининг бир қисми бўлиши керак. Турли минтақалардаги аҳолининг соғлиқ ҳолатини қиёсий таҳлил қилишда олдини олиш мумкин бўлган ўлим ҳоллари ҳисобга олинади лозим. Чунончи, Оврупо жамоалари соғлиқни сақлаш фаолияти натижаларини текширишда ўтказилган таҳлилда ўлим сабабларининг 25 гуруҳидан фойдаланилган: жумладан, сил, бачадон бўйни раки, Хожкин касаллиги, юракнинг хроник ревматик касаллиги, аппендицит, абдоминал чурра, астма, холелитиаз ва холецистит, болалар респиратор касалликлари, инфекция касалликлар, гипертония ва инсульт, юрак ишемик касаллиги, оналар ўлими, перинатал ўлим, ичак инфекциялари, ўпка раки, жигар циррози, сут беши раки, лейкомия, пептик яра, туғма юрак қонтомир нуқсонлари, тери раки, ёрғоқлар раки, йўл-транспорт ҳодисалари.

Олдини олиш керак бўлган диабет оқибатларидан ўлим (ногиронлик) нинг пасайишига диабетни бўлган беморларни эрта аниқлаш, даволаш ва ўз-ўзига ёрдам беришни ҳамда тўғри яшаш тарзини ўргатиш дастури қизиқарли мисол ҳисобланади.

Социал тасниф

Биринчи марта ишлаб чиқилган ва 1911 йилда Буюк Британияда қабул қилинган Касблар таснифи (3.7 илова) касалликларнинг эҳтимол тутилган оқибатларига бағишланган кўп сонли эпидемиологик тадқиқотларда демографлар ва эпидемиологлар томонидан фойдаланилади. Унинг маълумотлари ҳар 10 йилда тўлдириб борилади, ва шу туфайли у, тиббий хизмат кўрсатиш ҳатто оммабоп бўлганида ҳам аҳолининг турли ижтимоий қатламларининг соғлиқ ҳолатини акс эттиришга имкон беради. Касблар таснифи Буюк Британияда туғилиш, ўлим ва касалланиш кўрсаткичларини статистик ҳисоб-китоб қилиш мақсадида маълумотлар йиғишининг зарур қисми бўлиб қолди.

АҚШ да ва ғарб мамлакатларининг кўпчилигида ўлим тўғрисидаги гувоҳномада ижтимоий мансублик кўрсатилмайди, шунинг учун ижтимоий гуруҳлар бўйича кўрсаткичларни ҳисоб-китоблар қилиш учун билвосита маълумотлардан фойдаланишга тўғри келади. Бундай маълумотларга этник, миллий ва диний мансублик киради. Этник белги бўйича тақсимланган маълумотлар таҳлили, масалан, генетик фарқларга нисбатан кўпроқ социал-иқтисодий фарқларни акс эттириши мумкин. Этник фарқлар бўлиб кўринган фарқлар кўпинча овқат, турмуш тарзи, маълумоти, касби, кам даромадлар олиши, яшаш шароитлари ёки тиббий хизматлардан фойдаланиш имконияти билан белгиланади.

АҚШ да ўлим тўғрисидаги гувоҳномаларда қайси ирққа мансублик кўрсатилади. Шундай қилиб, ўлим кўрсаткичлари америкалик индеецлар, Алясканинг тубжой аҳолиси, осиеликлар, тинч океан оролларида истиқомат қилувчилар, қора танлилар, испанлар ва оқ танлиларни ўз ичига олган ирқий гуруҳлар бўйича ҳисоб-китоб қилиниши мумкин. Маълумот даражаси ва касби қайд қилинади, бироқ ўлим тўғрисидаги маълумотлар социал индикаторлар бўйича эмас, балки одатда ирқий гуруҳлар бўйича келтирилган. Бироқ, бу ахборотдан эпидемиологик таҳлил ўтказилаётганда эҳтиётлик билан фойдаланиш лозим, чунки унда аксарият социал-иқтисодий ҳолатдаги тафовутлар ва юқорида санаб ўтилган бошқа омиллар акс эттирилмаган бўлади.

3.7 илова

Оила бошлиқлари касб-корларига оид Британия таснифи

1-гуруҳ. Юқори малака талаб қиладиган касблар (масалан, врач, банк ходими).

2-гуруҳ. Ўртача малака талаб қиладиган касблар (масалан, мактаб ўқитувчиси, дўкончи).

3а-гуруҳ. Муайян малака талаб қиладиган ва жисмоний меҳнатга алоқадор бўлмаган касб (масалан, хизматчи, идора ходими).

3б-гуруҳ. Малакали ишчилар (масалан, уста, катта ишчи).

4-гуруҳ. Муайян кўникмалар ва юмушларни талаб қиладиган касблар (масалан, сотувчи, фабрика ишчиси).

5-гуруҳ. Малакали бўлмаган касблар (масалан, юк ташувчи, официант).

Этник омилнинг бир хил эмаслиги, унинг афтидан, касалланиш кўрсаткичларига таъсири борлиги туфайли бу белги бўйича маълумотлар таҳлилидан воз кечмаслик керак.

Ижтимоий тенгсизлик бу белги ҳар хил аҳоли гуруҳлари соғлигининг жиддий хавф омили ҳисобланади. Хавфга боғлиқ ижтимоий баъзи бир гуруҳларни санаб ўтамиз (ЖССТ, «Соғлом шаҳарлар» дастури, 1995): майда миллатлар, жумладан қочоқлар ва хорижий ишчилар; хроник жисмоний нуқсонлари бор шахслар (хусусан, ногиронлар); руҳий касалликлари бўлган шахслар; ўқитиш қийин бўлган шахслар; қариялар; болалар; бесоқолбозлар; алкоголиклар ва гиёҳвандлар; бошпанасизлар.

Социал-иқтисодий шароит

Аҳолининг соғлиқ ҳолатига турмуш даражаси муҳим таъсир кўрсатади, шунинг учун аҳолининг даромадлари ва уларнинг тақсимланиши аҳолининг саломатлик ҳолатига баҳо беришда катта ўрин тутади. Содда қилиб айтганда ялпи миллий (ялпи ички) маҳсулотга (аҳоли жон бошига ЯММ ёки ЯИМ га) айлантирилган ўртача миллий даромад давлатдаги товарлар ва хизматлар умумий ҳажмининг ўртача қийматидан иборат. Даромадларнинг ҳақиқий даражаси давлат, минтақага, этник мансублик, маълумот даражаси, жинсий мансубликка ва оиланинг катта-кичиклигига кўра турли-туман бўлиши мумкин.

Аҳоли соғлиқ ҳолатига ноқулай социал-иқтисодий шароитларнинг салбий таъсирини миқдорий жиҳатдан аниқлаш мумкин. Ҳатто фаровонлик даражаси юксак бўлган мамлакатларда ҳам даромадларнинг бир хил тақсимланмаганлиги ва саломатлик ҳолатининг аҳолининг турли гуруҳлари ўртасида фарқ қилиши кузатилади. Сўнгги ўн йил мобайнида Буюк Британияда ўтказилган тадқиқотлар ҳатто тиббий хизмат кўрсатиш оммабоп бўлган шароитда ҳам энг яхши яшайдиган социал қатламларининг соғлиқ ҳолати талайгина кўрсаткичлар, жумладан чақалоқлар ўлими, юрак қон-томир касалликлари ва рақдан ўлим ва руҳий соғлиқ кўрсаткичлари бўйича малакасиз жисмоний меҳнат билан шуғуланидиган кишилар соғлиқ ҳолатидан ҳамон устунлик қилишини кўрсатди. Ишсизлик ёки ишсизлик хавфи жиддий стресс омили ҳисобланади ва аксинча, диализдан фойдаланишга мажбур бўлган ишлайдиган хроник беморлар ишламайдиган кишиларга нисбатан узоқроқ умр кўради.

Саломатлик ҳолати билан боғлиқ кўпгина социал-иқтисодий омиллар мавжуд. Улар қаторига маълумот-14,16,18 ёшдаги фақат ўқиш билан банд бўлган болалар фоизи; бандликнинг ва ёш бўйича тақсимланган расмий ишсизлик даражаси; даромадлар; жиноятчилик ва зўравонлик, ўлдиришлар билан алоқадор жиноятлар статистикаси; маданият-театрлар, музейлар, спорт тадбирлари киради.

Этник, маданий, сиёсий ва диний эътиқодлар ва аёлнинг маъқеи (оилада зўравонликнинг тарқалганлиги), оила таркиби, овқатланиш, чекиш ва алкоголь ичиш, контрацепция ва абортларга муносабат, шунингдек маълумот савияси каби жиҳатлар аҳоли соғлиғига катта таъсир кўрсатади. Бу омиллар аҳолининг давлат тиббий суғуртаси ва соғлиқни сақлашни молиялаш, шахсий ташаббус бўйича тиббий суғуртанинг паст кўрсаткичлари ва тиббий суғуртага доир давлат дастурларини жорий этишга қаршилиқ даражаси каби муаммоларга муносабатга ҳам таъсир қилади.

Касалланиш ва унга баҳо бериш

Касалланишнинг миқдорий мезонлари

1. Бирламчи касалланиш кўрсаткичи—бу муайян вақт даврида рўйхатга олинган аҳоли гуруҳида маълум касалликларнинг бирламчи ҳоллари сонининг шу аҳоли сонига нисбатидир. Одатда 1 минг аҳолига ҳисоблаб чиқарилади.

2. Умумий касалланиш кўрсаткичи (тарқалганлиги)— аҳоли сонининг ўртача йиллик гуруҳида барча қайд этилган касалликларнинг аҳоли сонига нисбати (ҳисоб 1 минг аҳоли сонига қилинади).

3. Зарарланганлик кўрсаткичи - аҳоли ўртасида шу касалликка учраган аҳолининг умумий аҳоли сонига нисбати (фоизларда).

Ҳамма ҳолларда кўрсаткичлар муайян даврдаги ҳоллар сонининг худди ўша даврида хавф таъсири остида бўлган 100, 1000 ва ҳ.к. га кўпайтирилган популяция сонига нисбатан ҳисоб қилинади.

Вақт даври-одатда 1 йил. Популяция: агар вақт даври бир календар йил сифатида белгиланган бўлса, ўртача йиллик сондан (америкадаги манбаларда-1 июлга) фойдаланилади.

Зарарланганлик кўрсаткичи бирламчи касалланиш частотасининг конкрет кўрсаткичи ҳисобланади ва ноқулай омил таъсирига учраган аҳоли ўртасида беморларнинг фоиз улуши билан ифодаланилади. Агар бундай омил таъсир вақтида чекланган бўлса, масалан, эпидемия вақтида, текшириладиган давр умуман эпидемия даврини қамраб олиши мумкин. Бундай ёндошув эпидемиянинг тарқалиш даражасига миқдорий баҳо бериш ва эпидемия авж олганда тегишли чоралар кўриш учун зарур бўлган ахборотни олиш имконини беради.

Шу вақтдаги даврга келиб умумий касалланиш (тарқалганлиги) кўрсаткичига 30 йил ичида илгари асбест ишлаб чиқариш бўйича корхоналарда ишлаган шахслар орасида мезотелиома ривожланиш ҳолларининг умумий миқдори мисол бўлади. Кўрсаткич ноқулай омил таъсирига учраган гуруҳ учун, унинг сонини назарда тутган ҳолда ҳисоб қилинади ва мазкур омил таъсирига йўлиқмаган гуруҳдаги шундай кўрсаткич билан таққосланади. Омилнинг таъсир этиш ва ўсма ривожланиш вақти бир-биридан 20-30 йиллик инкубацион давр билан

ажратилган, омил таъсирига учраган гуруҳда касалликнинг кўпроқ тарқалганлигини аниқлаш учун узоқ муддатли кузатув талаб қилинади.

Касалланиш таҳлили

Касалланиш кўрсаткичлари одатда ўлим кўрсаткичларига қараганда касалликнинг кечishi хусусиятлари тўғрисида кўпроқ ахборот беради. Касалланиш касалланган кишилар миқдори, касаллик кечишининг жами даври ёки унинг умумий давомлилиги (кунлар, ҳафталар, ойлар) билан ўлчаниши мумкин. Касалланиш шунингдек учраш сони ва касаллик кечишининг оғир-енгиллиги категориялари билан ҳам тавсифланади. Касалликнинг учраш ва тарқалганлик кўрсаткичлари аҳоли гуруҳининг касаллик билан зарарланганлик даражасини тавсифлайди.

Аҳолининг касалланиши тўғрисидаги маълумотлар, унинг касаллик туфайли тиббий муассасаларга мурожаат қилиши бўйича врачлар аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш ва соғломлаштирадиган тадбирлар ўтказиш аниқ режаларини тузадилар. Касалланиш динамикасини ўрганиш бу тадбирларнинг самарадорлигини аниқлашга имкон беради.

Аҳолининг касалланишини турли мақсадларда таҳлил қилинади. У жорий ва истиқболли режалаштириш ва соғломлаштирувчи тадбирларни мақсадга мувофиқ ташкил қилишда прогноз тузиш ва даволаш, профилактик, социал ва бошқа тадбирлар самарадорлигини ўрганиш, соғлиқни сақлаш иқтисодиётига баҳо беришда ва даволаш-профилактика ишини бошқариш ва унга оператив раҳбарлик қилиш мақсадлари, аҳолининг саломатлик ҳолатини аниқлашда ва унинг турли гуруҳларида касалланиш қонуниятларини ўрганиш, илмий тадқиқотларнинг кейинги йўллари белгилаш учун зарур.

Маълумотларнинг ҳажми ва табиатидан, тадқиқотга киритиладиган аҳоли қатламлари, маълумотларни йиғиш ва уларни ишлаб чиқиш методларидан келиб чиқиб, аҳолининг касалланиши тўғрисидаги ахборотлар бир-биридан фарқ қилиши мумкин:

-умумий касалланиш, муайян ҳудуддаги аҳолининг қайсидир даврда ҳамма касалликлар (ўткир ва хроник) билан касалланганини ҳисобга олиш;

-инфекцион касалланиш, инфекция касалликларнинг махсус ҳисоби эпидемияга қарши тадбирларни оператив қўлланиш зарурлиги билан боғлиқ;

-энг муҳим ноинфекцион касалликлар эпидемиологик жиҳатдан ҳам, ижтимоий жиҳатдан ҳам (рак, юрак қон-томир касалликлари, диабет, руҳий касалликлар ва б.) муҳим;

-меҳнат қобилятини вақтинчалик йўқотганлик билан касалланиш иқтисодий йўқотишларни ҳисобга олиш муҳимлиги боис ажратилади;

-касалланган беморларни касалхонага ётқизиш стационарда даволанган беморлар таркибини билиш ва даволашга кетган харажатларни аниқлаш имконини беради.

Касалланишнинг барча турларини қайд этиш тартиби ва ҳисоботи, таҳлил чегаралари ва ахборотдан фойдаланишга доир ўз тизими бор.

3.8 жадвал

Касалланишнинг асосий таърифлари

| Кўрсаткич мазмуни | Земство статистикаси термини | Замонавий термин | ЖССТ тавсия қилган термин |
|---|------------------------------|--|---------------------------|
| Биринчи марта муайян давр (йил) ичида диагностика қилинган касалликлар | Касалланиш | Янги аниқланган касалликлар частотаси-бирламчи касалланиш | Incidence |
| Муайян давр (йил) ичида аҳолида учраган ҳамма касалликлар (ўткир, хроник, янги ва илгари маълум бўлган) | Касал юктирувчанлик | Тарқалганлиги ёки касаллик(лар) частотаси. Умумий касалланиш | Prevalence |
| Аҳолида муайян санада (вақтда) қайд қилинган касалликлар | Патологик зарарланганлик | Тиббий кўриқда аниқланган касалликлар частотаси (муайян санада касал бўлганлар қатламлари) | Point prevalence |

Манба: И.С. Случанко, Г.Ф. Церковний. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения, М.: Медицина, 1983. 66-б.

Бирламчи касалланиш деб, илгари соғлом кишиларнинг шу вақт даврида аҳоли гуруҳида шу касаллик билан касалланиш ҳоллари сонига айтилади. Умумий касалланиш-муайян вақт давомида аҳоли гуруҳида учраган барча касалликларнинг умумий сони (шу вақт ичида тарқалганлиги). Кузатилаётган эпидемиологик ҳодисаларни тўғри талқин қилиш учун бирламчи касалланиш (Prevalence) ўртасидаги фарқни тушуниш жуда муҳим. Бирламчи касалланиш кўрсаткичи касалликнинг ўткир босқичлари частотасини тасвирлашда катта аҳамиятга эга. Умумий касалланиш кўрсаткичи эса хроник касалликларнинг тарқалганлигини ва касалликнинг кўп даврдан кейин юз берадиган оқибатларига баҳо бериш учун кўпроқ муҳимдир.

Касалланиш, айниқса умумий касалланиш тўғрисида ахборот олиш материал йиғишнинг қийинлиги, бу жараённинг қимматлиги билангина эмас, балки «касаллик» деган тушунчанинг ўзининг услубий ноаниқлиги, ахборот олиш методикаларидаги тафовутлар сабабли янада мураккаблашади, бу-маълумотларни фақат мамлакатлар бўйича эмас, балки битта мамлакат ичида ҳам таққослашга халақит беради.

Умумий касалланиш тўғрисидаги ахборотнинг асосий манбаи врач томонидан қўйилган ва тиббий ҳужжатларга ёзилган диагноз ҳисобланади. Бу тиббий ёрдам учун мурожаат қилиш деб аталади. Мурожаат қилиш бўйича умумий касалланиш тўғрисидаги маълумотлар соғлиқни сақлаш соҳасининг ҳар хил томонлари учун қимматли маълумотлар бериши мумкин. Бироқ, фақат мурожаат қилиш бўйича маълумотлардан фойдаланиш маълум қийинчиликларга олиб келади:

-беморнинг ўз касаллигига субъектив муносабати. Баъзи бир маълумотларга кўра аҳолининг бир қисми йил давомида тиббий ёрдамга мурожаат қилмайди;

-ушбу ҳудудда тиббий ёрдамнинг аҳволи (врачлар билан таъминланганлик, тиббий ёрдамнинг ихтисослашуви, врачнинг хизмат кўрсатиш радиуси, тиббий ёрдамнинг ташкилий шакллари, профилактик ишнинг даражаси);

-врач диагноз қўяётганда диагностик имкониятларни қўлланишга боғлиқлиги (рентгенологик ва лаборатория текширишларидан, махсус методлардан фойдаланиш);

-врач диагноزلарининг статистик ҳисобини турлича ташкил этиш.

Мурожаат қилиш бўйича касалланиш даражасига аҳолининг маданий савияси, участка тиббий хизматининг йўлга қўйилиши, врачларнинг малакаси, «расм бўлиб қолган» диагнозлар ва кўпгина бошқа омиллар таъсир қилади.

Кўпчилик мамлакатларда касалликни ўрганиш учун касалхона статистикаси ва айрим касалликларга мажбурий хабарномалардан фойдаланадилар. Умумий касалликни ўрганиш учун тиббиёт муассасаларига мурожаат қилиш асос бўлиб хизмат қилади.

Кўпгина мамлакатлар умумий касалликни ўрганиш учун ахборотнинг бошқа манбаи-анкета усулидан фойдаланиб, аҳолининг танланган гуруҳларида сўраш (интервью) ўтказадилар. Сўраш усулининг ижобий томонларига аҳолининг касалланиши билан боғлиқ масалаларнинг кўп мавзулилиги: социал-гигиеник таъриф, тиббий ёрдам, ўз касалилигига муносабати ва беморнинг бу ҳақдаги фикри, шу ҳудудда тиббий ёрдамни ташкил қилиш ва сифати тўғрисидаги фикри киритилади. Сўраш усулининг салбий жиҳати аҳолида учрайдиган касалликларнинг ўз-ўзини диагностика қилиши, диагностик терминларнинг касалликнинг симп-

томатик баёни билан алиштириш, анкета саволларига берилган жавобларда хатоларнинг кўплиги ҳисобланади.

Касалланиш тўғрисида мурожаат қилишга доир маълумотларни тўлдирадиган тиббий кўриклар аҳолининг касалланиши тўғрисидаги маълумотларнинг қимматли манбаи ҳисобланади. Кўриклар вақтида асосан илгари маълум бўлмаган хроник касалликлар ёки аҳоли шу касалликлар бўйича тиббиёт муассасаларига фаол мурожаат қилмайдиганлари топилади. Бу усулнинг камчилиги ўткир касалликларни аниқлай олмаслиги, шунингдек, қимматлиги, кўрикларга кўп вақт сарфланиши, врачларни тиббиёт муассасаларидаги асосий ишидан чақириб олиш, текширувчиларни эса ишдан чақириб олиш ҳисобланади.

3.9 жадвал

**Касалликлар синфлари бўйича касалланиш, Россия (1988-1995),
1 минг катта ёшдаги аҳолига**

| Касалликлар | 1988 й. | 1990 й. | 1991 й. | 1992 й. | 1993 й. | 1994 й. | 1995 й. |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Ҳамма касалликлар | 660,0 | 651,2 | 667,5 | 615,6 | 654,3 | 653,1 | 678,8 |
| Инфекцион ва паразитар касалликлар | 34,2 | 34,9 | 33,4 | 34,9 | 38,6 | 44,2 | 47,3 |
| Ўсмалар | 5,6 | 5,5 | 5,8 | 5,9 | 6,1 | 6,5 | 6,6 |
| Эндокрин тизим касалликлари | - | 3,6 | 4,0 | 4,2 | 4,5 | 5,2 | 5,5 |
| Қон ва қон яратиш аъзолари касалликлари | 1,1 | 1,3 | 1,6 | 1,9 | 2,2 | 2,5 | 2,7 |
| Нерв тизими ва сезги аъзолари касалликлари | 43,0 | 45,8 | 47,6 | 50,6 | 54,3 | 56,5 | 58,1 |
| Қон айланиши тизими касалликлари | 10,4 | 11,2 | 11,0 | 11,5 | 54,3 | 56,5 | 58,1 |
| Нафас аъзолари касалликлари | 364,5 | 336,2 | 351,9 | 289,7 | 309,1 | 283,2 | 295,3 |
| Ҳазм аъзолари касалликлари | 27,5 | 27,2 | 28,5 | 31,1 | 32,3 | 33,2 | 36,3 |
| Сийдик-таносил тизими касалликлари | 18,3 | 19,6 | 20,1 | 22,3 | 24,1 | 26,9 | 28,9 |
| Шикастлар ва заҳарланишлар | 82,1 | 85,2 | 84,0 | 82,9 | 85,4 | 88,2 | 88,0 |
| Туғма аномалиялар (ривожланиш нуқсонлари) | 0,58 | 0,71 | 0,83 | 0,88 | 0,92 | 1,00 | 1,1 |

* Биринчи марта диагнози аниқланганда рўйхатга олинган касалликлар

3,9 жадвалдан маълум бўлишича, 1995 йилда Россияда катта ёшдаги аҳолининг касалланиши (тиббий ёрдам учун мурожаат қилиши бўйича) сўнгги 6 йил ичида энг юқори бўлган, бунда умумий касалланиш ҳам, касалликларнинг асосий синфлари бўйича касалланиш ҳам ўсган. Чунончи, 1990-1995 йиллар ичида қон касалликлари ва қон яратиш аъзолари касалликлари билан касалланиш 2,1 марта ошган; сийдик-таносил тизими касалликлари, шунингдек эндокрин касалликлар-деярли икки ярим бараварга; инфекцион касалликлар-35,5% га; ҳазм аъзолари касалликлари билан касалланиш 26,8% га ошган. Сўнгги 6 йил ичида онкологик ва юрак қон-томир касалликлари билан касалланиш тегишлича 20 ва 18,7% га ўсган.

Руҳий бузилишлар ва инфекцион касалликлар ўлимнинг энг оммавий сабаблари қаторига кирмайди, бироқ бу касалликларнинг ижтимоий аҳамияти жудда катта, шунинг учун бу сабаблар оқибатида касалланишнинг ўсиши айниқса хавотирли ҳисобланади. Москвада бўлиб ўтган (1995) Пирогов анжуманидаги маърузанинг муаллифлари фикрига кўра Россия аҳолисининг 70% дан зиёдроғи сурункали руҳий-эмоционал ва социал стресс ҳолатида яшайди, бу ҳолат депрессиялар, реактив психозлар, оғир неврозлар, алкоголизм ва гиёҳвандликнинг ўсишини келтириб чиқаради. Ҳозирги вақтда Россияда психиатрия ёрдами тактикасининг ўзгариши рўй бермоқда: консультатив кузатув остига олинган беморлар сони ўсиши (1989 йилда 100 минг аҳолига 145,1 дан 1995 йилда 237,6 гача) фонид руҳий бузилишлари бўлган шахсларни диспансер кузатув остига олиш сони тўхтовсиз қисқариб борапти (1989 йилда 124,1 дан 1995 йилда 100 минг аҳолига 93,1 гача). Руҳий бузилишлари бўлган беморлардан ташқари, 1995 йилда алкоғолни суиистеъмол қилиш сабабли 438,1 минг киши (100 минг аҳолига 296,8), наркотик воситалар туфайли 41,7 минг киши (100 минг аҳолига 28,3), наркотик воситаларни суиистеъмол қилиш сабабли 10.5 минг (100 минг аҳолига 11,1) киши профилактик ҳисобда турган.

Инфекцион касалланишнинг умумий касалланишнинг нисбатан илгарилаб ўсиш суръатлари касалланиш структурасида унинг улуши кўпайишига олиб келди. Бу ўсиш структурасининг таҳлили захм (121,1%), грипп (66,9%), В гепатити (31,7%), сил (19,9%), дизентерия (23,9%), ўткир ичак инфекциялари (18,4) билан касалланишнинг талайгина ўсанлигини кўрсатади. Бу маълумотлардан таносил йўл билан ўтадиган касалликларнинг нечоғлик таҳдид билан ўсиши кўриниб турибди. Унинг ўсмирлар орасида ўсиш суръатлари айниқса хавотир уйғотади. Туғма захм ҳоллари пайдо бўлди. Венерик касалликлар билан айниқса жадал касалланиш мамлакатининг энг йирик шаҳарларида кўпайиб бормоқда.

1997 йилнинг августига келиб, Россияда 2835 ВИЧ-инфекцияланганлар рўйхатга олинган. СПИД профилактикаси ва унга

қарши кураш бўйича Россия марказининг бошлиғи В. Покровский 1996 йилда СПИД билан касалланиш ҳолати бирмунча ёмонлашди: 1996 йилининг биринчи ярмида 1995 йилнинг худди шу даврига нисбатан ВИЧ-билан касалланган кишилар сони икки баравар кўп аниқланди, деб кўрсатиб ўтган эди. СПИД билан касалланиш минтақага кўра бирмунча ўзгариб турибди: чунончи, йирик ўчоқлари Калининград, Краснодар, Москва, Ростов, Нижний Новгород, Саратов, Тюменда топилган.

АҚШ да мажбурий рўйхатга олинadиган касалликлар

3.8 илова

АҚШ да рўйхатга олинishi шарт бўлган инфекцион касалликлар

| | |
|--|---|
| Амёбиаз | Сувчечак |
| Асептик менингит | Гепатит (А,В,С,В,Е,носпецифик) |
| Бактериал дизентерия (шигеллез) | Сўзак |
| Кутуриш (одамда ва ҳайвонларда) | Дифтерия |
| «Легионерлар» касаллиғи | Ревматик иситма |
| Ботулизм | Сальмонёллоз |
| Бруцеллёз | Тепки |
| Сариқ иситма | Куйдирғи |
| Кўкйўтал | Токсик шок синдроми |
| Қизамиқ | Захм (ҳар бир босқичи) |
| Қизилча (туғма/алоҳида) | СПИД, ВИЧ |
| Лептоспироз | Қоқшол |
| Безгак | Тошмали терлама (эпидемик, бурга риккетсиози, кана риккетсиози) |
| Менингит (бактериал, вирусли, келиб чиқиши аниқланмаган) | Токсик шок |
| Юмшоқ шанкр (шанкроид) | Трихинеллез |
| Орнитоз (пситтакоз) | Сил |
| Чечак | Туляремия |
| Қов гранулемаси | Вабо |
| Мохов | Тоун |
| Ич терлама (касаллик ҳоллари, ташувчилар) | Энцефалит |
| Венерик лимфогранулематоз | |

Касалланиш кўрсаткичларини ҳисоб-китоб қилиш учун маълумотларнинг асосий манбаи врачларнинг специфик инфекцион касалликлар тўғрисидаги мажбурий ҳисоботларига асосланadилар. Тоун, вабо, амариллез, тошмали ва эпидемик қайталама терлама каби айрим

касалликлар ҳоллари халқаро конференция низомларига биноан рўйхатга олиниши шарт. Ҳозирги вақтда АҚШ да касалликларнинг ҳамма ҳоллари рўйхатга олиниши ва улар бўйича ҳисобот берилиши мажбурий ҳисобланади. Бундан ташқари, турли мамлакатларда қўзғатувчилари сув ва овқат билан ўтадиган касалликларни, шунингдек кимёвий заҳарланишлар, лейшманиоз, сепсис, хламидияли трахома, бленнорея ва листериоз ҳолларини рўйхатга олиш ва ҳисобот бериш мажбурийдир. Специфик маҳаллий шароитларга мувофиқ рўйхатга бошқа эндемик касалликлар ҳам киритилиши мумкин.

Ногиронлик

Ногиронлик ҳам биологик ва тиббий, ҳам социал ва юридик муаммо ҳисобланади. Ногиронлик бўйича маълумотлар беморларнинг айрим гуруҳларига тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича конкрет даволаш-профилактика тадбирлари натижаларига баҳо бериш учун зарур.

Россияда ногиронлик врачлик-меҳнат эксперт комиссияси (ВТЭК) текширувидан кейин аниқланади, бунда касалликнинг кечиши ва тиббий ёрдам кўрсатилганлиги, ташхис қўйиш муддатлари, касалликнинг давомлилиги, тиббий ёрдамга бир неча марта мурожаат қилганлик, тиббий ёрдамнинг хажми ва сифати, диспансерлаш, касалхонага ётқизиш ва шу кабиларни таърифлаш муҳим. Бундай эксперт баҳо натижалари тиббий ёрдамни ташкил қилишдаги нуқсонларни аниқлаш ва аҳолининг саломатлик кўрсаткичлари орасида ногиронликни пасайтириш йўллари излашга ёрдам беради.

Айрим олинган маъмурий ҳудуд миқёсида ногиронлик тенденцияларини аниқласа бўлади. Бундай таҳлил учун ВТЭК ҳисоботлари асосида (7 - форма) йиғиладиган маълумотлардан негиз сифатида фойдаланилади. Уларда биринчи марта текширилган шахсларнинг касби ва яшаш жойи (ишчилар, хизматчилар, қишлоқ аҳолиси) га доир батафсил маълумотлар, шунингдек илгари ногиронликда бўлган шахсларни қайтадан текшириш натижалари бўлади. Ногиронликка сабаб бўлган касалликлар 26 гуруҳлардан иборат касалликлар номенклатурасида берилган. Ҳисоботлардан ногиронлик гуруҳини олган О дан 44 ёшгача шахслар тўғрисида маълумотлар олиш мумкин.

Россияда касаллик даражаси ва организм функцияларининг рўй-рост бузилишлари, текширилганларнинг касбга доир тайёргарлиги ва бошқа бир қанча омилларни ҳисобга олган ҳолда ногиронликнинг учта гуруҳи кўзда тутилган. Биринчи гуруҳга меҳнат қобилиятини тўлиқ йўқотган, бошқа одамнинг парваришига муҳтож шахслар, иккинчи гуруҳга-меҳнат

қобилиятини бирмунча йўқотган, бироқ бошқа одамнинг парваришига муҳтожлик сезмайдиган шахслар, учинчи гуруҳга-меҳнат фаолиятлари чекланган шахслар киради.

ВТЭК ҳудудий ҳисоботлари асосида соғлиқни сақлаш органларини қизиқтирадиган кўрсаткичлар гуруҳини олиши мумкин. Уларга 100 минг меҳнатга лаёқатли аҳолига биринчи марта ногиронлар деб топилган интенсив кўрсаткични киритиш мумкин (кўрсаткич ҳамма касалликларнинг сабаблари бўйича ва айрим касалликлар бўйича ҳисоб қилинади). Аҳолининг ёш таркиби тўғрисида маълумотлар бўлганда аҳолининг ёш бўйича кўрсаткичларини олиш мумкин.

Ногиронликка сабаб бўлган касалликлар структураси катта қизиқиш уйғотади, бунда биринчи марта ногиронлар деб тан олинган умумий сон 100% деб қабул қилинади.

Ногиронликни гуруҳлар бўйича тақсимлаш кўрсаткичи ногиронликнинг оғир-енгиллиги тўғрисида тушунча бериб, уни айрим кўрсаткичлар бўйича ҳисоб қилиш мумкин. Ногиронларни қайта текшириш натижалари тўғрисидаги маълумотларга баҳо бериш ва уларни бир гуруҳдан иккинчисига ўтказиш асосида даволаш-профилактика тадбирлари натижалари тўғрисида, хусусан реабилитация чоралари тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Ногиронларнинг меҳнат қобилиятининг тикланиши муносабати билан меҳнат фаолиятига қайтиши катта ижтимоий аҳамиятга молик ва ногиронликни камайтириш учун кураш усуллариининг самарадорлигини кўрсатувчи муҳим мезонлардан ҳисобланади. Ногиронларнинг тиббий жиҳатдан тикланиши, социал ва психологик мослашувчанлиги мураккаб вазифа бўлиб, жамият бу вазифага комплекс ёндошгандагина ижобий натижаларни қўлга киритиши мумкин.

1995 йилда Россияда бир неча йиллик нисбий барқарорликдан сўнг, ногиронлар сони бирданига кўпайди: 1994 йилдаги 1124 минг киши билан солиштирганда 1347 минг киши биринчи марта ногиронлар деб тан олинди. Биринчи марта ногиронлар деб топилган шахсларнинг умумий сонидан 507 минги (38%) меҳнатга лаёқатли ёшдаги ногиронларни ташкил қилди, улардан 298 мингтага 50 ёшгача бўлган эркалар ва 45 ёшгача бўлган аёллардир. 152 минг киши I гуруҳ, 999 минг киши II гуруҳ ногиронлигини олди.

Россияда ногиронлик сабаблари орасида 1995 йилда қон айланиши тизими касалликлари (ногирон деб топилганларнинг 55,2%) биринчи ўринда, хавфли ўсмалар (9,3%) иккинчи ўринда бўлган, кейин нерв тизими касалликлари (6,5%), руҳий бузилишлар ва суяк-мушаклар тизими касалликлари (4,8%дан), нафас аъзолари касалликлари (4,7%), сил (2,2%), эндокрин тизими касалликлари (2,1%), ҳазм аъзолари касалликлари (1,6%) ҳисобланади.

1995 йилда Россияда социал пенсиялар оладиган 16 ёшгача бўлган 442 минг ногирон-болалар бўлганлигини эслатиб ўтамиз. Бу тоифадаги ногиронларнинг тез суръатлар билан ўсиши катта хавотирикка сабаб бўлади: 1990 йилдан бошлаб, болаларнинг ногиронлашуви уч баравардан зиёдга ошди.

Таассуфки, давлат ҳисобот статистикаси соғлиқни сақлаш соҳасидаги ташкилотчиларни қизиқтирадиган кўпгина саволларига жавоб бера олмайди. Чунончи, масалан, жинси ва ёш гуруҳлари бўйича, машғулотлар тури ва иш стажи бўйича, даволаш-профилактика тадбирлари бўйича ногиронлар деб топилганларни тақсимлаш тўғрисидаги маълумотларни таҳлил қилиш натижасида эмас, балки фақат махсус ташкил қилинган танлаб текширишлардагина олиш мумкин. Россияда касалланиш, ногиронлик ва ўлим бўйича давлат статистикасининг мавжуд маълумотларини таққослаб бўлмаслик носоғломлик турларидан ҳар бирининг жамиятга етказётган зарарини қиёсий таҳлил қилишни қийинлаштиради.

Саломатликка маълумотлар базалари ва компьютерлаштирилган ахборот тизимлари ёрдамида баҳо бериш имкониятлари

Бирламчи маълумотларнинг аниқлиги уларнинг сифати билан чегараланади, бироқ ҳатто шу нуқтаи назардан чегараланган маълумотлар махсус ташкил этилган компьютер базаларига киритилганда эпидемиологияда ва соғлиқни сақлашни режалаштиришда ғоят муҳим ўрин тутди.

Ахборот ҳар қандай соғлиқни сақлаш тизимида бошқаришнинг калити ҳисобланади. Замонавий ахборот технологиялари ва информатика тизими ва унинг айрим хизматлари фаолиятини такомиллаштириш мақсадларида қарорлар қабул қилишни шакллантиришда ва таҳлил қилишда воситалар беради. Бу замонавий соғлиқни сақлашнинг кардиограф ёки ультратовуш билан текшириш аппарати каби қисмидир. АҚШ мутахассисларининг баҳо беришларича, бу мамлакатда қизамиқ билан касалланиш ҳолларининг қарийб учдан бир қисми рўйхатга олинмайди, кўпгина ҳолларда ташхисни тасдиқлаш учун лаборатория текширувлари ўтказилмайди, ваҳоланки бу касаллик ҳолларини рўйхатга олиш ва улар тўғрисида ҳисобот бериш қонун томонидан белгилаб қўйилган. Шунга қарамай, рўйхатга олинган ҳоллар мониторинг асосида ва соғлиқни сақлаш сиёсатини белгиловчи омилга айланади. Маълумотларнинг етарли даражада ишончли эмаслиги ёки текшириш ўтказишда ҳужжатлаштирмаслик анчагина учраб туради ва бирмунча хавfli ҳисобланади. Баҳо беришдаги эҳтимол тутилган хатоликлар қиймати танлаб текширишларда юзага чиқади, улар олинган маълумотларнинг ишончлилик даражасини аниқлашга имкон беради.

Соғлиқни сақлаш ахборот тизимларининг маълумотларидан иш жараёнида ҳамма тиббиёт ходимлари, хизматчилар ва тиббий хизматларнинг бошлиқлари осонликча фойдалана олишлари керак, бу ўзлари иштирок қилаётган умумий соғлиқни сақлаш тадбирлари масалаларидан хабардор бўлишларига ёрдам беради. Ахборот, ҳисобот бериб туришга кафолат ҳисобланади, у тиббиёт ходими ёки тиббий хизмат бошлиғига иш натижалари учун шахсий масъулиятини билдиради. Бунга кўзда тутилмаган оқибатлар ва қилинган иш тўғрисида албатта ҳисобот бериш ҳам киради. Ҳар бир тиббий хизмат қабул қилинган меъёрларга риоя қилиш ва беморларга тиббий хизмат кўрсатиш сифатини таъминлаш учун ҳисобот тизимини ташкил қилишни талаб этади.

3.9 илова

МАЪЛУМОТЛАРНИНГ ҚИММАТИНИ БЕЛГИЛАЙДИГАН ОМИЛЛАР

Релевантлик (талаб ва ахборотнинг мувофиқлиги): Олинаётган маълумотлар бизнинг талабга тўғри келадими? Уларни бир қисми ўз амалий қимматини йўқотмаганми?

Қамраб олиш: Аҳоли орасидаги хавф гуруҳларини аниқлаш учун зарур маълумотларни олаёпмизми?

Сифат: амалда қўллаш имкони бўлиши учун маълумотларнинг сифати қандай бўлиши керак? Қарорлар қабул қилишда кўпинча маълумотлар сифатини белгилайдиган маълум аниқлик даражасидан воз кечиш зарур бўлади, бироқ бунда ҳамма вақт маълумотларнинг маълум даражада чегараланганлигини назарда тутиш лозим.

Мувофиқлик: Олинган маълумотлар уларни тақдим этиш усули, олишга кетган харажатлар ва бу ўринда ахлоқ нормаларига риоя қилиш нуқтаи назаридан мувофиқми?

Ўз вақтидалиги: Маълумотлар нечоғлик янги бўлиши керак? Вақт ичида рўй берадиган ўзгаришларнинг мос аксини олиш учун кузатув даври қандай бўлиши керак?

Оммабоплиги: Ахборотга ҳақиқатан муҳтож киши ундан фойдалана оладими? Маълумотларни чоп қилиш мумкинми? Ахборот қандай шаклда нашр этилиши ва тарқатилиши мумкин?

Амалда қўлланилиши: Ахборотни тақдим этиш усули ундан амалда фойдаланиш учун қулай ҳисобланадими? У фойдаланувчи учун қай даражада «дўст» (яъни мутахассис бўлмаганлар учун тушунарли ва қулайми)? Сиз, унга асосланиб, умумлашмалар қила оласизми, маълумотларни график ва жадвал шаклида тақдим эта оласизми?

Харажатлар: Маълумотларни йиғиш ва уларга ишлов бериш учун зарур харажатлар қанча?

Сезгирлик: Олинган маълумотларда сизни қизиқтирадиган жиҳат акс этганми?

Спецификлиги: Олинган ахборот ўрганилаётган масала билан мос келадими?

Маълумотларни вертикал ёки горизонтал системага солиш: Маълумотлар айрим касалликлар бўйича ёки тиббиётнинг соҳалари бўйича системага солиниши керакми? Касалликлар бўйича маълумотлар жуғрофий белги — касалланганларнинг яшаш жойи бўйича системага солиниши керакми?

Биологик ишончилиги: Кузатилаётган ёки тахмин қилинаётган сабаб-оқибат алоқасининг биология ва тиббиётда тавсифланган мавжуд натижалар билан таққосланиш ва қиёсланиш мезони.

БЕМОРНИ КАСАЛХОНАДАН ЧИҚАРИШ ВАҚТИДА ОЛИНАДИГАН МАЪЛУМОТЛАРНИ ҚАЙД ҚИЛУВЧИ ЯГОНА ТИЗИМ ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН СОҲАЛАР

Режалангтириш. Беморларнинг ёши ва жинсини, диагноз, касалхонада ётиш муддати ва «кичик хуудларга оид маълумотлар таҳлили»ни (Веннберг бўйича) ҳисобга олиб туриб, касалхонага ётқизиш ва хирургик муолажалар тўғрисидаги маълумотларни таҳлил қилиб чиқиш, бунда даво методлари ва самарасиз харажатлар қиёсий таҳлилдан ўтказилади.

«Аралаш ҳол» таҳлили. Умумий беморлар ичидан нисбатан тарқалган ва кам учрайдиган, балки эпидемиологик аҳамиятга эга ёки хизматни бошқариб бориш ва сифатини назорат қилиш нуқтаи назаридан диққатга сазовар бўлган ҳолларни (диагноزلарни) аниқлаш.

Бюджетдан маблағ ажратиш. Касалхонанинг ўзидаги ва беморларни даволаниш учун юборган муассасалар хусусидаги сарф-харажатлар ташхис ва касалхона бўлими бўйича ўтказилган даво тўғрисидаги маълумотлар асосида таҳлил қилинади.

Тиббий хизмат сифати мониторинги. Самарасиз даволаш ҳоллари, асоратлар ёки давонинг ёмон натижаларини аниқлаш (масалан, ноўрин хирургик аралашув, инфекцияланиш, ўлим ҳоллари қанчалигини ифодаловчи кўрсаткични).

Эпидемиологияси. Инфекцион касалликлар (ўткир периферик фалаж, полиомиелит, қизамиқ) чиқиб қолса, уларни аниқлаш ва рўйхатга олиш: қаерда чиққани ва манбаларини белгилаш; тиббий ва эпидемиологик нуқтаи назардан аҳамиятли бўлган ҳодисаларни, масалан, бош мия инсульти, қандли диабет, юрак ишемия касаллигига алоқадор дармонсизлик ҳолларини аниқлаш учун жамоат соғлиғини сақлаш ёрдамида даф этса ва бартараф қилса бўлади, деб ҳисобланувчи ҳолатлар рўйхатидан фойдаланиш; ўлим ҳоллари кўрсаткичларини умуман мамлакат ва айрим минтақалар бўйича ҳисоблаб чиқиш.

Илмий тадқиқотлар. Муайян касалликнинг айрим ҳолларини аниқлаш, унга алоқадор кўрсаткичларни таҳлил қилиб, ҳисоблаб чиқиш (масалан, юрак ишемия касаллигининг тарқалганлигини шу касалликдан ўлиш ҳолларига солиштириб, бош миёга қон қуйилиши ва профилактика мақсадларида чақалоқларга витамин К буюриш, коронар шунтлаш операциясини бошдан кечирган касалларни узоқ муддат кузатиб бориш).

Бошқа маълумотлар базаси билан алоқалар ўрнатиш. Ўлим, рак ва бошқа ўзига хос касалликлар билан оғриш ҳоллари тўғрисидаги маълумотлар базалари билан алоқалар ўрнатиш; касалхонага ётқизиш статистикасини ўзига хос айрим касалликлар (масалан, фиброз-кистоз дегенерация, асбестоз ва мезотелиома) билан оғриш, туғма аномалиялар тарқалганлиги кўрсаткичлари билан қиёслаб кўриш; рак билан касалланиш ҳоллари тўғрисидаги маълумотлар базасини доимий равишда тўлдириб бориш.

Иқтисодий таҳлил. Иқтисодий таҳлил замонавий тиббий таъминотнинг муҳим жиҳатидир, унинг беморни касалхонада даволаш ёки бошқа муқобил йўл тутиш тўғрисида қарор қабул қилишдаги роли соғлиқни сақлаш иқтисодиётида марказий ўрин тутди; турли маълумотлар базалари билан касалхонага ётқизиш кўрсаткичларига доир маълумотлар ўртасида ўрнатилган алоқалар у ёки бу ҳолларда касалхонада даволанишнинг иқтисодий жиҳатдан самарали эканлиги тўғрисида муҳим ахборот олишга ёрдам беради.

Турли маълумотлар базаларидан олинган кўрсаткичлар асосидаги комплекс эпидемиологик таҳлил

Турли маълумотлар базалари ўртасида ўзаро алоқалар ўрнатиш муҳим эпидемиологик боғланишларни ўрганишга имкон беради. Масалан, рак билан касалланиш кўрсаткичлари, демографик кўрсаткичлар ва касалхоналар ахборот тизимларининг маълумотлари ўртасида алоқалар ўрнатиш, масалан, умр узоқлиги билан диагноз ва рак билан оғриган болаларни касалхонада даволашнинг самарадорлиги сингари айрим тиббий кўрсаткичларни ўрганиш имкониятини оширади. Бундай тадқиқотлардан юрак ишемия касаллиги билан оғриш ва ундан ўлим ҳолларини таҳлил қилиш, касалхонага ётқизиш кўрсаткичларини ўлим кўрсаткичлари билан солиштириб кўришда ҳам фойдаланиш мумкин. Врачлик сирини сақлаш зарурияти шу хилдаги тадқиқотларни кўпинча қийинлаштириб қўяди, лекин маълумотлар ахборот базаларини ҳимоя қилишнинг тегишли механизмлари ишлаб чиқиладиган бўлса,

одамларнинг хусусий ҳаётига ўринсиз тажовуз бўлишига йўл қўймаслик мумкин.

Барча маълумот базаларидан фойдаланиш соғлиқни сақлашнинг устувор йўналишларини ва ўзига хос муаммоларини ҳал қилиш усулларини белгилаб олишга имкон беради. Мисол тариқасида Нью-Йорк штати бўйича 1987 йилги ўлим ҳоллари таҳлилининг натижаларини келтириб ўтамиз. Бу таҳлил чақалоқ болалар ўртасидаги ўлим ҳолларининг сабабларидан бири чақалоқлар геморрагик касаллиги эканлигини кўрсатиб берди. Бу касалликни чақалоқ болаларга профилактика мақсадларида К витаминини юбориш йўли билан олдини олса бўлади. Беморларни даволанишдан кейин касалхонадан чиқариш тўғрисида штатнинг ахборот тизимида мавжуд бўлган маълумотларнинг таҳлили «чақалоқлар геморрагик касаллиги» деган диагноз билан мазкур давр давомида касалхонадан чиқарилганлар сони анчагина эканлигини кўрсатиб берди. Гўдакларнинг шу касаллик туфайли ўлиши тўғрисидаги маълумотлар яна ўрганилганида чақалоқларнинг 2/3 қисми К витаминини ё умуман олмагани ёки улардан анча қон кета бошлаганидан кейин олгани маълум бўлди. Тадқиқот натижасида Нью-Йорк штати Соғлиқни сақлаш департаменти чақалоқларнинг ҳаммасига профилактик мақсадларда албатта К витамини юбориш тўғрисида қарор қабул қилди. Шу дастур жорий этилиши натижасида гўдаклар ўлими камайди.

Турли маълумотлар базаларини солиштириб кўришнинг муҳимлигини мана бу эпидемиологик муаммо мисолида намойиш қилиб кўрсатса бўлади. Ривожланган мамлакатларда юрак қон-томир касалликларидан ўлим ҳоллари 60- йилларда энг юқори даражаларга етганидан кейин кескин камайди. Бу ҳодисани одамлар ўрганиб қолган овқатларининг ўзгартирилгани, чекадиганлар сони ва бошқа хавфли омилларнинг камайгани билан изоҳлаш мумкин. Бошқалар бу ўзгаришларни асосий патологик жараёнлар эпидемиологиясидаги ўзгаришлар билан эмас, балки даволаш сифатининг яхшилангани билан тушунтиришади. Юрак қон-томир касалликлари муносабати билан касалхонага ётқизиш тўғрисидаги маълумотларни шу касалликлардан ўлим кўрсаткичларига солиштириб кўриш орқали ушбу саволга жавоб бериш мумкин.

Популяция саломатлигининг комплекс эпидемиологик таҳлили аҳоли саломатлиги ҳолатига таъсир кўрсатувчи омилларни ўз ичига олиши керак.

Аҳоли саломатлиги ҳолатига баҳо беришда ҳисобга олинадиган омиллар (жамоа, минтақа ва давлат миқёсида)

| Омиллар | Объектлар | Индикаторларга мисоллар |
|--|--|---|
| Географик | Иқлим, топография, аҳоли зичлиги (шаҳар/ қишлоқ аҳолиси) | Тропик иқлим, температура шароитлари, тоғли ва чўлли минтақалар, ичимлик сув манбаларининг борлиги. Энг яқин тиббий муассасагача бўлган масофа |
| Демографик | Аҳоли табиий ҳаракати кўрсаткичлари | Аҳолининг сони, ёши ва жинсига доир таркиби, шаҳар ва қишлоқ аҳолисининг нисбати |
| Ижтимоий-иқтисодий | Аҳолининг этник ва диний таркиби, маданий хусусиятлари жамоа ва оиланинг иқтисодий аҳволи | Аҳоли жон бошига ва оилага тўғри келадиган даромад, маълумот даражаси, саводхонлик даражаси (аёллар ўртасида), диний мансублиги, ижтимоий муносабатларнинг табиати, касбий фаолият турлари |
| Атроф муҳит ва касбий фаолият билан боғлиқ зарарли омиллар | Сув, ҳаво, чиқиндиларни ташиш ва канализация, заҳарли чиқиндилар, радиацион таҳдид. Саноат ва қишлоқ ҳўжалигидаги заҳарли моддалар | Атмосферанинг ифлосланиши, ичимлик сувнинг бактериологик ва кимёвий ифлосланиш кўрсаткичлари, радиация даражаси ва радон миқдори, қон (тупроқ, сув) даги кўрғошин миқдори |
| Овқатланиш | Масаллиқларнинг безарарлиги, осон топилиши ва сифати, витаминлар ва микроэлементлар билан тўйинганлиги | Ортиқча овқатланадиган ва овқатга ёлчимайдиган аҳоли фоизи. Анемияли ҳомиладорлар сони. Чақалоқларни овқатлантириш мониторинги кўрсаткичлари |
| Соғлиқни сақлаш тизимлари | Ташкил этилиши. Тиббий суғуртада олдиндан ҳақ тўлаш | Соғлиқни сақлаш харажатлари: аҳоли жон бошига ялпи миллий маҳсулотга нисбатан % ҳисобида (АҚШ долларларида). асалхона ва бирламчи тиббий ёрдамга кетадиган харажатлар (% да). Тиббий суғурта билан тўла таъминланган аҳоли (%). |
| Соғлиқни сақлаш ресурслари | Тиббиётнинг айрим соҳаларига ажратиладиган маблағлар. Сурункали | Шошилинч ёрдам бўлимлари, ихтисослаштирилган бўлимлардаги ўринлар сони (1 минг аҳолига). |

| Омиллар | Объектлар | Индикаторларга мисоллар |
|--|---|---|
| Тиббий ёрдамдан фойдаланиш самарадорлиги | <p>касаллар учун тиббий муассасалар. Клиник касалхоналар. Тиббиёт ходимлари</p> <p>Умумий соҳа касалхоналари, сурункали касалликларни даволашга ихтисослаштирилганлари, психиатрия муассасалари. Амбулатория тиббий муассасалари. Профилактик хизматлар</p> | <p>Сурункали касаллар учун тиббий муассасалардаги ўринлар сони (1 минг аҳолига). Касалхоналарда 1 кишига тўғри келадиган ўринлар сони. Врачлар ва тиббий ҳамширалар сони (10 минг аҳолига)</p> <p>1 минг аҳоли ҳисобидан олганда касалхонага ётқизилганлар сони. 1 минг аҳолидан касалхонага ётқизилганларнинг касалхонада бўлган кунлари сони. Врачга қатновларнинг аҳоли жон бошига тўғри келадиган йиллик сони. Икки ёшгача бўлган болаларнинг иммунлаш чоратадбирлари билан камраб олингани. Кичик хирургия, уйда тиббий парвариш ишлари.</p> |
| Аҳоли саломатлиги ҳолатининг натижавий кўрсаткичлари | Касалланиш. Ўлим. Ногиронлик. Соғлиқни сақлаш тизими фаолиятини акс эттирувчи маркер касалликлар | Янги касаллик ҳоллари сони \ инфекция ва сурункали касалликларнинг тарқалганлиги. Гўдаклар, болалар, оналар ўлими, жинс ва ёш (юрак қонтомир касалликлари, травмалар)га даҳлдор ўзига хос ўлим ҳоллари кўрсаткичлари. Чақалоқлар, ҳомиладорлар анемиялари. Қўрғошин билан сурункасига заҳарланиш ҳоллари. Аппендицит билан касалланиш ва ундан даволаниш кўрсаткичлари. |
| Даволаш жараёни | Профессионал стандартлар. асалхоналарни аттестациядан ўтказиш. оллегиал назорат. Маълумотларни қайд қилиш. Леталлик тўғрисидаги маълумотларни ишлаб чиқиш | Иммунлаш ва бола саломатлиги асалхоналарда тадқиқотлар ўтказиш аттестацияси. Мутахассислар иштирок этишини талаб қиладиган ҳоллар тўғрисидаги ҳисоботлар. Тиббий муассасалар фаолияти тўғрисидаги ҳисоботлар. Оналар ва болалар ўлими бўйича ҳисоботлар |
| Сарф-харажатлар ва самарадорлик | Муайян касалликлар, даво муолажалари, тиббий хизматлар ва аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш дастурларининг таҳлили | Касалхонадаги ўринлар бандлигининг нисбий кўрсаткичи. Вакцина-профилактиканинг самарадорлиги. Аҳолининг фторланган сув билан таъминланиш даражаси, кариес билан зарарланиш даражаси |

| Омиллар | Объектлар | Индикаторларга мисоллар |
|--|--|---|
| Билимлар, муносабатлар, эътиқодлар, феъл-атвордаги одатлар | Умуман аҳоли.Хавфли омил гуруҳлари. Касаллар ва хасталанганлар.Тиббиёт ходимлари | Овқат рационининг хусусиятлари, чекиш, одат бўлиб қолган овқатлар, алкоголь истеъмоли, жисмоний фаоллик. Контрацепция чоралари, аёллар ҳуқуқлари.СПИД, таносил касалликларига алоқадор масалалар. |

«Соғлом шаҳарлар» концепцияси туфайли кўпгина мамлакатлар ва минтақаларда соғлиқни сақлашни бошқариш марказдан тобора кўпроқ холи бўлиб бормоқда. Бу ўзгаришлар соғлиқни сақлаш вазифаларини жамоа, округ ёки туман миқёсларида аниқ белгилашда катта аҳамият касб этади.

3. 11 илова

СОҒЛИҚ ЙЎНАЛИШИ, КАЛИ ШАҲРИ, КОЛУМБИЯ (1992)

Шаҳар мэрининг соғлиқни сақлаш масалалари бўйича ўринбосари умуман шаҳар ва туманлар аҳолиси саломатлигининг аҳоли тўғрисидаги шаҳар ҳисоботининг бир қисми бўлиши йиллик эпидемиологик ҳисоботнинг эълон қилиниши учун жавобгар ҳисобланади. Ҳисоботда икки миллионли шаҳар аҳолисининг саломатлиги ҳолатини тасвирлаб берувчи қуйидиги муҳим маълумотлар бўлади:

- шаҳарнинг умумий тасвири;
- демографик маълумотлар;
- демографик пирамида;
- аҳолининг ёши ва жинси жиҳатидан тақсимланиши;
- ёш бўйича тақсимланишини ифодаловчи эгри чизик;
- аҳолининг ижтимоий-иқтисодий ҳолати бўйича тақсимланиши.

Саломатлик ҳолатини баҳолашга алоқадор кўрсаткичлар:

- кутиладиган умр узоқлиги;
- фертиллик (ёш гуруҳлари бўйича);
- ўлим кўрсаткичлари – умумий ўлим, оналар ва гўдаклар ўлими, бахтсиз ҳодиса туфайли ўлим;
- асосий сабабларга қараб ажратиладиган ўлим кўрсаткичлари;
- одамларнинг ёши ва жинсига қараб ажратиладиган ўлим кўрсаткичлари;
- ёш гуруҳлари ва асосий сабабларга қараб ажратиладиган гўдаклар ўлими;
- гўдаклар ўлими (1970 – 1992);
- диарея касалликлари туфайли етган гўдаклар ва болалар ўлими (1980 – 1992);

3. 11 илова давоми

- оналар ўлими (1985 – 1992);
- ўлим сабабларига қараб ажратиладиган оналар ўлими (1992);
- қотилликдан ўлим (1982 – 1992);
- кутиладаган умр узоклигининг ёш ва жинсга алоқадор кўрсаткичлари;
- йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари, одамларнинг ёши ва ўлим сабаблари бўйича (1992);
- касалланишнинг ижтимоий суғурта тизими маълумотларига мувофиқ асосий сабаблари;
- албатта рўйхатга олинishi шарт бўлган касалликлар (1992);
- иммунлаш билан қамраш (1992);
- ишлаб турган тиббиёт муассасалари;
- йиллик бюджет (жорий ва доимий ифодалашда ҳамда АҚШ долларлари ҳисобида);
- муниципал соғлиқни сақлаш хизмати штати (1986 – 1993);
- бюджетдан молиялаштириш манбалари – муниципал ва давлатга қарашли манбалар.

Шу хилда соҳалаштириш аҳоли саломатлиги ҳолатини, жумладан, ресурсларни, мавжуд тиббий хизматлардан фойдаланиш, касалланиш ва ўлим ҳолларининг кўрсаткичларини доим назорат остида тутиб, соғлиқни сақлашни бошқариб бориш имкониятини таъминлаб беради. Бундай ёндашув соғлиқни сақлаш соҳасидаги замонавий ахборот системаларидан жамоа доирасида фойдаланиш мисоли бўлиб хизмат қилади, бу – юқори компьютер қувватлари ва махсус тайёрланган ходимларни талаб қилади. Стандарт шаклда тақдим этилган ва барча мавжуд манбалардан фойдаланилган йиллик ҳисоботлар саломатлик ҳолатини баҳолаш учун муҳим ахборотни олиш мақсадида фойдаланувчига «ҳамкорлик қилувчи» программа таъминоти кўринишида бир қолипга солиниши мумкин. Кали шаҳри (Колумбия округи, АҚШ) бўйича ана шундай йиллик ҳисоботга мисол ҳусусида 3. 11 иловага қаралсин.

Туман ва жамоа а хборот тизимлари жамоалар ва маҳаллий соғлиқни сақлаш структураларининг маҳаллий доирадаги соғлиқни сақлаш сиёсатини мазкур жой аҳолиси саломатлиги ҳолатининг хусусиятлари ва мавжуд ресурсларини ҳисобга олган ҳолда аниқлаш имкониятларини кенгайтиради.

Давлат инстанциялари доирасида вазифаларни белгилаш ва ресурсларни тақсимлаш саломатлик муҳофазасига оид маҳаллий муаммоларни ҳал этилишига қаратилган бўлиши керак. Давлат соғлиқни

сақлаш органлари томонидан кўриладиган чоралар, назорат ва идора этиш юзасидан ресурслардан оқилона тарзда фойдаланиш ва ўртага қўйилган вазифаларни ҳал қилишда муҳим рол ўйнайди.

Фарбий Оврүпода юзага келган ва жаҳоннинг кўпгина қисмларига ёйилган «соғлом шаҳарлар» ҳаракатига жамоат соғлигини сақлашда маҳаллий ҳокимият органлари жавобгардир, бунда марказий ҳукумат мадад бериб бориши зарур, деган аввалги концепцияга қайтишдир. Соғлиқни сақлашнинг бошқарув системалари марказдан холи бўлиб, минтақавий ва маҳаллий ҳокимиятларнинг масъулияти ортиб борар экан, туман соғлиқни сақлаш структураларининг тўғри ихтисосланиши мамлакатда тиббий хизматларнинг назорат қилиб турилиши ва бир текис тақсимланиши хусусида муҳим омил бўлиб қолади. Бу тегишли тиббий хизматни талаб қиладиган касалликларнинг маҳаллий хусусиятларини аниқлаб олиш имконини берадиган эпидемиологик таҳлил воситаси ҳам бўлиб ҳисобланади.

Тиббий хизматни ташкил этиш ва уни маблағ билан таъминлашнинг аҳоли саломатлигига таъсири

Тиббий хизматни ташкил этиш ва уни маблағ билан таъминлашнинг айрим мамлакатларда одат бўлган усулларини таҳлил қилиш аҳоли саломатлигига баҳо беришнинг муҳим жиҳатидир. Аҳолининг барчаси тиббий суғурта билан қамраб олинган ёки соғлиқни сақлашга оид марказлаштирилган давлат дастурлари амалга ошириб бориладиган мамлакатлардагина тиббий хизматлар барчага баравар бўлади ва умуммиллат саломатлигини яхшилаш учун аниқ шароитлар юзага келади. Бироқ, тиббий хизматларнинг барчага бараварлиги, иқтисодий жиҳатдан олганда, барча аҳоли тиббий хизмат билан аниқ қамраб олинган, деган гап эмас, чунки мавжуд соғлиқни сақлаш ресурсларидан фойдаланиш даражаси шу ресурсларнинг аҳоли ўртасида бир текис тақсимланишига боғлиқ бўлади. Тиббий технологиялар ва профилактика дастурларининг янгиларини жорий этиш ва ўзини яхши кўрсатганларидан фойдаланиш, масалан: касалликлар, пайдо бўлиш эҳтимолини камайтириш, касалликларнинг ўтишини енгиллаштириш, ногиронлик ва ўлимни камайтиришга имкон беради (чунончи, чечакка қарши эмлаш бу касалликнинг барҳам топиб кетишига олиб келди, соғлом турмуш тарзи дастурлари инсультдан ўлиш ҳолларини кескин камайтиришга имкон беради, замонавий антибиотиклардан фойдаланишда касалликларни даволаш муддатларини қисқартиради). Тиббий хизматлар сифати устидан назорат олиб бориш ва тиббий фаолиятни стандартлаш оналар ва гўдаклар ўлими кўрсаткичларига таъсир қилиши мумкин. Тиббий таъминотни

ташқил этиш 11 ва 12 бобларда батафсил муҳокама қилинади, бу ўринда ушбу муаммони ҳисобга олмасдан туриб, мамлакат ёки минтақа аҳолиси саломатлиги ҳолатига баҳо бериб бўлмаслигини айтиб ўтмоқ керак.

Тиббий хизмат ресурслари

Соғлиқни сақлашга ажратиладиган умумий маблағлардан тиббий таъминотнинг барчага баробарлик даражасини белгилайдиган омиллардан яна бири соғлиқни сақлашни бюджетдан молиялаштиришнинг соҳалараро қандай тақсимланишидир, унинг шу жиҳатдан муҳимлиги. Соғлиқни сақлашни бюджетдан молиялаштириш имкониятлари барча мамлакатларда чекланган. Тиббиётнинг қандай бўлмасин бирор соҳасига ажратиладиган маблағларни унинг бошқа соҳалари ҳисобигагина ошириш мумкин, холос.

Касалхонадаги ўринларни таъминлаб бориш соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг муҳим жиҳатидир, буни белгилайдиган асосий кўрсаткич мингта аҳолига — тўғри келган ўринлар сонидир. Қиммат турадиган касалхоналарда даволаниш ҳажмини - амбулаторияда даволашга, уйда ёрдам беришга ва узоқ муддатли тиббий кузатувни таъминловчи муассасаларга кўпроқ эътибор бериш ҳамда уларнинг моддий таъминотини кенгайтириш ҳисобига қиқартириш мумкин. Иқтисодий ҳамкорлик ва тараққиёт ташкилоти (Organization of Economic Cooperation and Development — OECD) га кирадиган кўпгина мамлакатларда шошилинч ёрдам бўлимларидаги ўринлар сони, 1 минг аҳолига ўртача 4 — 6 тани ташқил этади. Диагностикага боғлиқ гуруҳларга касалхона хизмати кўрсатишнинг АҚШ да қабул қилинган шакли беморлар касалхонада ётадиган ўртача даврни қисқартиришга олиб келди. Саломатликни сақлашга қаратилган ташкилотлар (Health Maintenance Organizations — НМО) фаолияти муваффақиятли бўлиб чиқди ва у касалхонага ётқизиш кўрсаткичларини ҳамда касалхоналардаги ўринлар сонини тиббий хизматларга ҳақ тўлашнинг анъанавий шакллариغا хос бўлган даражага қараганда бирмунча камайтиришга олиб келди. Бу нарса соғлиқни сақлашни режалаштиришга масъул инстанцияларни тиббий суғурта билан аҳолини кенгроқ қамраб олишни таъминлайдиган ва тиббий хизматлар нархи ўсиб боришини чеклаб қўядиган «бошқариладиган даволаш» системаларини ривожлантиришга эътибор беришга мажбур этди. Тиббий хизматни ташқил этишдаги ушбу янгилик бошқа мамлакатларда ҳам соғлиқни сақлашни режалаштиришга ўз таъсирини кўрсатди, бу эса рағбатлантирувчи турли омилларнинг таъсири ва бошқариш тизимлари яратилиши туфайли шу мамлакатлардаги касалхона ўринлари сонининг нисбий кўрсаткичларининг камайишига олиб келди (11 — 13 бобларга қаралсин).

Врачлар сонининг ортиқча бўлиб, уларнинг нотекис тақсимлангани, тиббий ҳамширалар сонининг нисбатан етишмаслиги, жамоага оид соғлиқни сақлаш дастурларининг самарасизлиги (масалан, жамоа тиббий ходимларидан самарасиз фойдаланиш), касбий таълимнинг сифати кўпгина мамлакатлар дуч келаётган жиддий муаммолардир (15 бобга қаралсин). Бу муаммолар шундай тиббий ва иқтисодий оқибатларга олиб келиши мумкинки, уларни ҳал қилиш учун бошқа мамлакатларда тўпланган тажрибани ҳисобга олиб, вазиятни изчил равишда ўрганиб бориш ва мунтазам қайта баҳолаб туришни талаб қилади.

Даволаш жараёни сифатига баҳо бериш

Даволаш жараёни кўпгина миқдор кўрсаткичлар билан таърифланади, ушбу кўрсаткичлар соғлиқни сақлаш системаси фаолиятининг хусусиятлари ва аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш йўллари тушуниш учун жуда катта аҳамиятга эга. Модомики, ўз-ўзини функционал жиҳатдан назорат қилиб боришни соғлиқни сақлаш системаси таркибий элемент деб назарда тутар экан, у ҳолда шу система кўрсатадиган тиббий хизмат сифати идора этувчи ички механизмларининг йўқлиги билан характерланадиган тизимдагига қараганда юқорироқ бўлади, деб хулоса чиқариш мумкин. Даволаш жараёнини таҳлилий ўрганиш юзасидан бой тажриба тўпланган ва бу хилдаги ўрганишнинг механизмлари ҳар қандай соғлиқни сақлаш хизмати ва ёки бутун тизимнинг, у поликлиника, йирик касалхона бўладими ёки соғлиқни сақлашнинг минтақавий тизими бўладими, интеграл қисми деб айтиш мумкин. Даволаш жараёнининг элементлари коллегиял назорат тизимларини, тиббий муассасаларнинг касбий маҳорат даражасини аниқлашни (лицензиялаш ва аккредитлаш орқали), маркер-касалликлар давосининг таҳлили ва профессионал ташкилотларнинг ривожланиш нормаларини ўз ичига олади (14 – бобга қаралсин).

Далил-исботларга асосланган тиббиёт

Далил-исботларга асосланган тиббиёт (Evidence-Based Medicine) — тиббиётдаги янги методологик йўналиш, конкрет беморда даволашнинг энг яхши йўлини аниқлаш жараёнидир. Бу жараён эълон қилинган (баъзида эса, эълон қилинмаган) ва топса бўладиган (пертинент) барча ахборотни излаш ва шу далил-исботларни ўрганилаётган муаммога татбиқ этишда тўғри, ишончли ва релевант (талабга монанд) йўл тутишни таъминлаш учун топилган маълумотлар хусусида фаннинг бир нечта оддий қоидаларидан ва соғлом фикрдан фойдаланишдан бошланади.

Маълумотларнинг жуда кўпчилиги назорат қилинувчи рандомизланган тадқиқотлар (НҚРТ) натижаларидан олинади. Бундай тадқиқотларда беморлар текширилувчи ва назорат (контрол) гуруҳлари бўйича тасодифий тарзда тақсимланган бўлади. НҚРТ даволаш ва профилактикага оид аралашувларнинг самарадорлигини аниқлаш учун «олтин стандарт» бўлиб ҳисобланади. Бир нечта НҚРТ дан олинган маълумотлар (далил-исботлар) баъзан мета-анализ йўли билан тузилади ва таҳлил қилинади. Сўнгра натижаларнинг ишончли ва аниқлигини билиш учун синчиклаб текшириб кўрилади. Асарларнинг муаллифлари тадқиқот натижаларини шундай тақдим этишлари керакки, токи аралашувларнинг самарадорлигини сифат жиҳатидангина эмас, балки миқдор жиҳатидан ҳам баҳолаб чиқиш имкони бўлсин. Бу нарса ҳар бир асар ўқувчисига самарадорликнинг клиник аҳамияти етарлими-йўқми, шу самаранинг фойдаси аралашувдан юзага келиши мумкин бўлган хавф-хатар ва унинг салбий таъсирлари олдида қандай, яна янгидан аралашуш иқтисодий нуқтаи назардан мақсадга мувофиқми-йўқми, ана шуларни аниқлаб олиш имконини беради. Тадқиқот натижаларини амалиётга жорий этиш тўғрисида қарорлар қабул қилиш (конкрет беморни даволаш) учун ана шу мулоҳазалар, пировард натижада, асос бўлиши керак.

Самаралар ёки даволаш натижалари ва тиббий ёрдам тўғрисида *A. L. Cochrane* таърифлаб берган тамойиллар бўйича системага солинган обзорларни тайёрлаш, қўллаб-қувватлаш ва тарқатиш гоёси ҳамда методологиясига содиқ клиницистлар, эпидемиологлар ва бошқа мутахассисларнинг халқаро тармоғи *Cochrane collaboration* деб аталади. Мунтазам равишда чоп этиб туриладиган *Cochrane Reviews* асосан НҚРТ натижалари бўйича ишлаб чиқилган ва аниқ белгиланган методлардан фойдаланувчи муаллифлар гуруҳи томонидан тайёрланади. *Cochrane Reviews*-ни тайёрловчи гуруҳлар фаолиятининг натижалари далил-исботларга асосланган тиббиётга асос қилиб олинган, шу тиббиётнинг жорий этилиши ва ундан фаоллик билан фойдаланиш тиббий ёрдам кўрсатиш стандартларини, касбий таълим ва тиббиёт амалиётини ташкил этиш тамойилларини ўзгартиришга олиб келади.

Касалликлар — даволаш муассасалари фаолиятининг маркерлари (Tracer Conditions)

Диагностик мезонлари қатъий белгиланган ва аниқ-равшан бўлган, кенг тарқалган касаллик ҳолатларига *маркер-касалликлар* деб айтилади. Буларга қарши кураш учун аниқ даволаш-профилактика чоралари ишлаб чиқилган, ушбу касалликларни етарлича даволамаслик ёки нотўғри даволаш беморнинг саломатлигига анчагина зарар етишига олиб келади

ва даволаш жараёнинг сифатига баҳо беришда мезон бўлиб хизмат қилиши мумкин. Ўрта кулоқнинг яллиғланиши, аппендэктомия, кесарево сечение, бачадонни олиб ташлаш ана шуларга мисол бўла олади. Касалликлар тарқалганлиги ва мазкур касалликларда беморлар аҳволининг изчил ўзгариб бориши кўрсаткичларини касаллик варақалари (тарихлари) бўйича ўрганиб чиқиш конкрет касалхона бўлимларининг қабул қилинган тиббий стандартларига тўғри келиш-келмаслигини баҳолашда фойдали бўлади.

Касалхона ичи инфекцияларининг мавжудлиги тўғрисидаги ҳисоботлар, гўдақлар, болалар ва оналар ўлими кўрсаткичлари, патолого анатомик конференциялар ва ўрта маълумотли тиббий ходимларнинг кутилмаганда бемор ҳаётига таҳдид соладиган ҳолатлар бошланиб қолгани ҳақидаги маърузалари маркер-касалликлар концепциясига таъсир этиш доирасини кўрсатадиган қўшимча мисоллар бўлиб хизмат қилади. Ана шу касалликларни кузатиб бориш замонавий соғлиқни сақлаш системасини бошқаришнинг ажралмас қисми бўлиб хизмат қилади. Маркер-касалликларни ҳисобга олиш ва назорат қилиб боришда уюшган системалар йўқлиги тиббий хизматни ташкил этишда жиддий структуравий камчилик бўлиб ҳисобланади.

Тиббий муассасалар фаолияти самарадорлигининг кўрсаткичлари

Буюк Британия Миллий соғлиқни сақлаш хизматини ислоҳ қилиш жараёнида 80- йилларнинг охирида тиббий муассасалар амалий фаолияти самарадорлигининг миқдорий кўрсаткичлари қабул қилинди, тиббий муассасалар томонидан кўрсатиладиган хизматлар учун тўланадиган ҳақ шу кўрсаткичлар ёрдамида белгиланади. Бундай ёндашув соғлиқни сақлашни бошқаришнинг саломатлик муҳофазасига доир миллий вазифалар бажарилишини таъминлайдиган соҳа тамойилига асосланган. Иммуллаш кўрсаткичларининг пастлиги учун минтақавий соғлиқни сақлаш бошқарувига жарима солиниши, шу билан бир вақтда иммуллашга оид чора-тадбирларнинг амалга оширилганлари учун умумий соҳа врачлари моддий рағбатлантирилиши мумкин. Ана шундай чоралар натижасида болалар ва ўсмирларни иммуллаш тадбирлари билан қамраб олиш кўрсаткичларини 80 - йилларнинг охиригагача бўлган кўрсаткичга нисбатан кескин яхшиланишига олиб келди. Фарзанд туғилганида нафақа олиш учун тегишли шартларнинг белгиланиши кўпгина мамлакатларда аёлларнинг моддий манфаатдор бўлишига олиб келди.

Бундай ёндашув тиббиёт муассасаларининг амалий фаолияти кўрсаткичлари устидан изчил назорат олиб боришга, уларнинг минтақа ва давлат норматив кўрсаткичларига мос келишини таъминлашга имкон

берадиган соғлиқни сақлашга оид ахборот системаларини ва минтақавий соғлиқни сақлаш стандартларини тегишли даражада ривожлантиришни талаб қилади. Тиббий муассасалар амалий фаолиятининг кўрсаткичлари ва минтақавий соғлиқни сақлаш стандартлари сурункали касалликларнинг тарқалиш даражасини акс эттиради ва соғлиқни сақлашга оид чора-тадбирларнинг қуйидаги касалликларнинг тарқалишига, қандли диабет ва унинг асоратлари, травматизм, юрак қон-томир касалликлари ва инсультлардан ўлиш ҳолларига қай даражада таъсир кўрсатаётганлигини баҳолашнинг миқдорий мезонлари бўлиб ҳам ҳисобланади. Ушбу мезонлардан даволаш-профилактика муассасалари фаолиятининг самарадорлигини ўрганишда фойдаланилади.

Тиббий хизматлардан фойдаланиш статистикаси олинган хизматларнинг тури ва ҳажмини таҳлил қилиш ёки уларнинг нима сабабдан олинмай қолинганини аниқлашдан иборат. Хизматлардан фойдаланганлик (уларни ўзлаштирганлик) тўғрисидаги маълумотларни собиқ беморларни сўраб-суриштириш йўли билан, амалиёт билан шуғулланувчи врачларнинг ёзувлари ёки касалхона ҳужжатларидан олиш мумкин. Хизматларни ўзлаштирганлик одатда тўртта асосий проекцияда таърифланади: тиббий хизматнинг тури, мақсади, ундан қаерда ва қанча вақт оралаб фойдаланилганлиги кўрсатилади. Тиббий хизматлар фаолиятининг самарадорлигини таҳлил қилиш учун касалхонага ётқизиш хусусида берилган йўлланмаларни текшириш ҳам каттагина аҳамиятга эга.

Минтақа аҳолисининг эҳтиёжларига асосланган ҳолда кадрлар ва ресурслардан тўғри фойдаланиб, сарф-ҳаражатлар ва самарадорликни таҳлил қилиб янги тиббий технологияларни жорий этиш (самараси камлари ўрнига) қийин, аммо ҳар бир тиббий муассаса учун долзарб бўлган вазифадир. Янги тиббий технологияларни жорий этиш, уларни молиялаштириш ва назорат қилиб боришни мувофиқлаштириш технологияларнинг беморлар ва ходимлар учун бехатар бўлишини танлаш ва соғлиқни сақлаш тизимининг самарадорлигини ошириш ягона давлат сиёсатини талаб қилади. Танлаб олинадиган конкрет технология минтақанинг иқлимий-географик хусусияти (бориш қийин бўлган жойларда телетиббиётдан фойдаланиш), тиббий суғурта системасининг ривожланиш даражаси (компьютер томографиясини жорий этиш мақсадида маблағ ажратилиши), давлат дастурлари (перинатал ўлим ҳолларини камайтириш), аҳолининг хусусиятлари (аёлларда остеопорознинг олдини олиш), соғлиқни сақлаш ташкилотчиларининг малакаси (менежернинг янги тиббий технологияга бўлган эҳтиёжни, унинг самарадорлиги ва сарф-ҳаражатларини аниқлай билиши) га қараб ҳар хил бўлиши мумкин.

Билимлар, муносабатлар, эътиқодлар ва хатти-ҳаракат одатларига (БМЭО) баҳо бериш

Айрим бир кишининг билимлари, муносабатлари, эътиқодлари ва юриш-туришдаги одатлари аҳоли саломатлигининг ҳолатини белгилаб берувчи энг муҳим омилларнинг биридир. Булар қисман одамнинг ўқимишлилик даражасига боғлиқ бўлади, лекин талайгина ижтимоий, диний, сиёсий ва маданий омиллар ҳам уларга таъсир ўтказиб боради. Тиббий ходимларнинг БМЭО ҳам катта аҳамиятга эга, зеро уларнинг кўпгина масалаларни идрок этиши ва ўз наздида талқин қилиши даволаш жараёнига, даволаш тадбирларини танлаш тактикасига ва уларнинг конкрет беморларга берадиган маслаҳатларига таъсир қилади.

Жамоат соғлигини сақлаш тизимини мукаммаллаштиришга доир ўринли чора-тадбирларни режалаштириш авваллари марказий ҳокимиятнинг қарорларига кўп жиҳатдан боғлиқ бўлар, кенг аҳоли доиралари эса, бунда ҳеч бир иштирок этмас эди. Аҳоли саломатлигини сақлаш ва унинг ҳолатини яхшилаш масалаларида жамият ва айрим кишиларнинг билимдонлиги ва фаоллиги сўнгги уч ўн йиллик мобайнида ўсиб борди.

Социологлар, психологлар, антропологлар ва этнографлар томонидан БМЭО ни ўрганиш соғлиқни сақлаш ходимларнинг кундалик фаолиятининг бир қисми бўлиб қолди ва у қайта-қайта анкеталаш, сўровлар, интервьюлар ўтказиш йўли билан олиб борилади ва ҳоказо.

Жамият соғлигини сақлаш муаммоларини ҳал қилиш учун ишлаб чиқиладиган дастурлар БМЭО ни таҳлилий баҳолаш ишларини ўтказишни талаб қилади. БМЭО масалалари юзасидан тузилган умумий ҳисоботлар соғлиқни сақлаш системасига баҳо беришнинг муҳим элементи бўлиб, соғлиқни сақлаш юзасидан аҳоли ўртасида ўтказиладиган чора-тадбирларнинг тиббий ходимлар ҳамда шу аҳолининг маданий хусусиятларига, психологиясига мос келишини таъминлаб беради. Бундай ёндашув шу хилдаги чора-тадбирлар натижасининг яхши чиқишига гаровдир. Масалан, ҳис-туйғуларни намоён этиш имкониятларига ҳар хил муносабатда бўладиган оилаларда тарбияланган ўғил ўсмир болаларни касалхонада даволаш уларни ўзига қараб алоҳида муомала қилишни, йўл тутишни талаб этади — тиббий ходим бемор ҳеч нарсдан нолимай турган маҳалда ҳам оғриқ синдромининг физиологик белгиларини (кўз қорачиқлари реакцияси, пульс сони ва бошқаларни) билиб олиш ва касални ўз вақтида оғриқдан халос қилишга алоҳида ўргатилган бўлиши керак.

Аҳолининг юриш-туришидаги одатларига ўзгартиришлар киритмоқ учун шу аҳоли учун хос бўлган БМЭО ни билиб олиш муҳим. Аҳоли

саломатлигининг ҳолатини яхшилаш дастурлари асосида БМЭО ни таҳлил қилиш ётади. СПИД, таносил касалликлари, юрак ишемия касаллиги, диарея ва ўткир респиратор касалликларга қарши курашга қаратилган даволаш-профилактика чоралари, туғилишни чеклаш ва оиланинг катта-кичиклигини назорат қилиб бориш дастурлари – амалда соғлиқни сақлашга қаратилган ҳар қандай чора-тадбирлар – хавфли омилларга эга гуруҳларга хос бўлган БМЭО ни синчиклаб таҳлил қилишни талаб этади.

Атроф муҳитнинг саломатликка таъсири

Инсоннинг соғлиғига аслида экологик омиллар ёки атроф муҳит таъсири таҳдид солаётгани кўпгина мамлакатлардаги тиббий жамоатчиликни, кенг аҳоли доиралари ва ҳукуматларни ҳозирги кунда тобора кўпроқ ташвишлантирмоқда. Одам организми учун зарарли бўлган янги моддалар ва сунъий ҳодисаларга ҳар йили биз тобора кўпроқ дуч келиб бормоқдамиз. Шу зарарли нарсаларни топиб, аҳоли гуруҳлари учун уларнинг хавфини аниқлаб, уларни қийсан тавсифлаб чиқар эканмиз, саломатлик учун хавф соладиган омилни баҳолаш билан шуғулланган бўламиз. Инсон саломатлиғига экологик таҳдид тўғрисидаги ахборотни таҳлил қилиш учун ҳар томонлама ёндашиш: аҳоли саломатлиги кўрсаткичларини аниқлаш ва атроф муҳитнинг турли зарарли таъсирларига миқдор жиҳатдан баҳо бериб чиқиш керак бўлади.

Шаҳар аҳолисининг саломатлиғига катта таъсир ўтказадиган баъзи асосий омилларни санаб ўтамиз:

Ҳаво таркиби:

— Зарарли моддалар (азот оксидлари, углерод диоксид, озон, муаллақ моддалар) миқдори;

— ҳавонинг ифлосланганлиги туфайли нафас аъзолари касалликлари билан оғриш ҳоллари, шу касалликлар муносабати билан касалхонага ётқизиш;

Сув сифати:

— кимёвий ва биологик зарарлантирувчилар миқдори;

— сифатсиз ичимлик сув туфайли бошланган касалликлар.

Шовқин: маҳаллалардаги шовқин даражаси.

Радиация даражаси.

Хавфли омиллар билан саломатликнинг ёмонлашуви ўртасидаги боғланишни, организм кўрсата оладиган жавоб реакциясининг таъсир даражасига боғлиқлиги (доза-жавоб) ни таҳлил қилиш, организмнинг мосланувчанлик лаёқатларини текшириш, монитор системаларини, ҳимояланиш ва экологик зарарланишнинг олдини олиш воситаларини

яратиш каби масалалар билан атроф муҳит эпидемиологияси шуғулланади, у билан махсус қўлланмаларда танишиб чиқиш мумкин. Биз китобхонга мазкур китобнинг 9 бобига ҳам мурожаат қилишни тавсия этамиз.

Эпидемиологияда қўлланиладиган биостатистика асослари

Статистика ўрганилаётган ҳодисанинг асл табиати хусусида хулосалар чиқариш ёки бир фикрга келиш учун асосларга эга бўлиш мақсадларида тасофидий равишда тақсимланиб қолган маълумотларни йиғиш, ишлаб чиқиш ва таҳлил қилиш тўғрисидаги фандир.

Биологик статистика деб биология муаммоларини ўрганишда статистик методлардан фойдаланишга айтилади. «Статистика» атамаси икки маънода: фан маъносида ва маълумотлар ҳамда миқдорий ахборот маъносида ишлатилади. Статистик методлардан эпидемиологияда тўғри фойдаланиш математикадан бошланғич маълумотга эга бўлишини ва статистик ҳамда эпидемиологик концепцияларни ўрганиш жараёнида кўпдан-кўп вазифаларни ҳал қилишни талаб этади. Бу фан билан бир мунча батафсил танишмоқ учун мазкур бобга илова қилинган адабиёт рўйхатига мурожаат этишни тавсия қиламиз. Бу ўринда эса, асос солувчи баъзи концепцияларга тўхталиб ўтамиз.

Диагностик, прогностик даволаш ва профилактикага оид қарорлар асосида ётадиган мантиқни тушуниб олиш учун ҳам, тиббиётнинг тушунчалар тахминийлигига, эҳтимолликка боғлиқлигини билиб олиш учун ҳам (чунки айрим беморлар ҳам, популяция гуруҳлари ҳам бир-биридан фарқ қиладиган бўлгани туфайли қабул қилинадиган қарорлар мутлақо аниқ бўлмайди) тиббиёт статистикасини билиш керак. Тиббиёт статистикасига негиз бўла оладиган асосий маълумотларни соғлиқни сақлаш ходимлари тақдим этишади, шу муносабат билан улар ўз мамлакатларидаги соғлиқни сақлашни ташкил этишни яхшилаш учун шу маълумотлардан қандай фойдаланиш мумкинлигини ва қандай фойдаланиш кераклигини билишлари лозим. Соғлиқни сақлаш раҳбарлари фаолиятнинг устувор йўналишларини танлаб олиш учун статистик маълумотларни қандай талқин қилишни ва шунга ажратиладиган ресурслар қай тариқа сарф қилинганида яхши бўлишини билишлари керак.

Статистик методларни қўллашнинг тўртта асосий соҳаси бор:

1. Маълумотларни энг кўп самара берадиган қилиб йиғиш учун. Бунда қуйидаги методлардан фойдаланилади: маълумотларни йиғиш учун қайд қилиш формаларини ишлаб чиқиш; маълумотларни йиғишни ташкил этиш; тадқиқотни режалаштириш ва амалга ошириш; популяция текширувларини ўтказиш; танлаб-танлаб текширишлар ўтказиш.

2. Баъзи гуруҳ ёки вазиятнинг белгилари ва характеристикаларини тасвирлаш учун. Бунда асосан: маълумотларни солиштириб кўриш, умумлаштириш ва тақдим этишдан фойдаланилади.

3. Маълумотларни ўрганиш ва шу асосда хулосаларни қўлга киритиш учун. Бунда турли аналитик методлар, эҳтимоллик назарияси ва бошқалар қўлланилади.

4. Вазиятнинг ривожланиш натижаларини ёки маълум ҳодисалар бошланиш эҳтимолини олдиндан билиш, прогноз қилиш учун. Бунда ўрганилаётган жараёнларнинг математик моделларидан фойдаланилади.

Маълумотларни йиғиш ва таҳлил қилиш учун қўлланиладиган методлар потенциал фойдаланувчиларнинг конкрет хусусиятларига ва уларга керак бўлиши мумкин ахборотнинг турига боғлиқ. Ахборотнинг сифати маълумотларнинг қай тариқа йиғилганига, шунингдек уларни йиғиш учун ишлатилган «асбоб»нинг табиатига ҳамisha боғлиқ бўлади (метод, шакл, ўлчов асбоблари ва бошқаларга). Маълумотлардан олиш мумкин бўлган ахборот ҳажми шу маълумотлар ўлчаган шкала табиатига боғлиқдир.

Ўлчов шкалалари

Ўлчов акти тадқиқотнинг асос солувчи қисми бўлиб ҳисобланади. Маълумотларни ўлчаш учун қуйидаги шкалалардан фойдаланилади:

— номиналлар шкаласи ёки тасниф (классификация), бундаги ўлчовда индивидуал кўрсаткич катталиги кўрсатилмаган бўлади (касалликнинг омон қолиш ёки ўлим деб баҳоланадиган оқибати бунга мисол бўла олади);

— ранглар шкаласи (ёки тартиб шкаласи), бунда номинал шкаланинг ҳамма хоссалари бўлади-ю, лекин бундан ташқари ўлчовларнинг ўзаро жойлашиш тартиби унга киритилади (ижтимоий аҳволига кўра беморларни кам таъминланган, таъминланган ва ўта таъминланган синфларга киритиш мумкин);

— оралиқлар шкаласи шу билан таърифланадики, унинг асосида сон билан ифодаланувчи ўлчов бирлиги ётади ва иккита ўлчов сонлари орасидаги тафовутларни шкаланинг икки нуқтаси ўртасидаги оралиқлар тариқасида аниқ қилиб кўрсатса бўлади. Бундай шкаланинг хусусияти шундан иборатки, ўлчов бирликлари ҳам, нўлинчи нуқта (координатларнинг боши ёки ҳисоб нуқтаси) ҳам ихтиёрий бўлади ва келишувга мувофиқ белгиланади, холос (тана ҳароратини Цельсий шкаласи бўйича ўлчаш бунга мисол бўла олади).

Ўлчанадиган ҳар хил категорияларга баллар бериш йўли билан тартиб шкаласини оралиқлар шкаласига ўхшаш кўринишга келтириш мумкин, лекин бунда баллар сифатга алоқадор бўлиб қолаверади;

— нисбатлар шкаласи оралиқлар шкаласининг ҳамма характеристикаларига ва бундан ташқари чин ёки мутлоқ нулга эга бўлади, бу шкала шундай тузиладики, ундаги иккита қийматнинг нисбати ўлчовлар нисбий катталигининг оқилона ўлчови бўлиб хизмат қилади (масалан, одамнинг миллиметрлар ҳисобидаги бўйи ёки килограммлар ҳисобидаги тана вазни).

Маълумотларни иккита катта категорияга ажратиш мумкин:

— *сифат* (категориал ёки атрибутив) ўлчовлари, буларда миқдор қийматлари бўлмайди ёки яширин ҳолда бўлади. Бу хилдаги ўзгарувчилар номинал шкала ёки ранглар шкаласи билан ўлчанади;

— *миқдор* маълумотлар сон қийматларига эга бўлади ва оралиқлар шкаласи ёки нисбатлар шкаласида ўлчанади.

Замонавий тиббиёт, жумладан ҳозирги замонда жамият соғлиғини сақлаш амалиёти ҳам умуман саломатликнинг фақат миқдорий параметрларинигина эмас, балки турмуш сифатини ҳам тобора кўпроқ яхшилашга қаратилгандир. Депрессияни, оғриқни ёки беморнинг қониқиш ҳосил қилганини ва бошқаларни ўлчаш ишлари ҳозир жуда хилма-хил, аммо бир қолипга солинмаган тестлар ёрдамида олиб борилади. Кўпгина тадқиқотчилар ўзларининг ўлчов шкалаларини яратадилар, лекин бунда натижаларнинг тўғрилигини синаб кўриш ва уларни такрорлаш муаммо ҳолида бўлганича қолиб келмоқда. Номинал шкалалар ёки ранглар шкалалари ёрдамида миқдор маълумотларини баҳолашнинг муваффақиятли мисолларини ҳорижий адабиётда кўп учратиш мумкин. Масалан, Ренсэлъер шаҳри (Нью-Йорк штати, АҚШ)даги шу тиббий-суғурта ташкилоти билан шартномани имзолашда махсус варақадаги саволларга бериладиган 24 та жавобни таҳлил қилиб кўриш СНР (Community Health Plan) — саломатликни сақлаш ташкилоти (НМО) нинг кекса мижозларини касалхонага ётқизиш кўрсаткичларини анча камайтиришга ёрдам беради.

Ўлчовларнинг ишончлилиги ва аниқлиги

Маълумотларга баҳо беришда *ишончлилик*, *аниқлилик* ва *изчиллик* мезонларидан фойдаланилади. Бундан ташқари, маълумотлар *биологик жиҳатдан асосланган* бўлиши керак. Ана шундагина танлаб олинган гуруҳни ўрганиш асосида умумий мажмуа хусусида фикр билдириш ва хулосалар чиқариш мумкин.

Маълумотларни аниқлаш воситалари иккита хоссага — аниқлилик ва ишончлиликка эга бўлгани маъқул. Аниқлилик - ўлчов қайси ҳолатни аниқлаб бериши керак бўлса, чиндан ҳам у айнан шу ҳолатни ифодалаб берадиган бўлса, ана шундагина росмана бўлиб ҳисобланади. Тест аниқлиги (*пухталиги*) нинг иккита муҳим қисми бор — сезгирлик ва

ўзига хослик ёки спецификлик. Тест сезгирлиги дейилганида эпидемиологияда тўғри аниқланган чинакам мусбат натижаларнинг улуши тушунилади. Ўзига хослик, спецификлик — тўғри аниқланган чинакам манфий натижаларнинг улушидир. Тадқиқотнинг натижалари ҳаддан ташқари кўп сохтапозитив ёки ҳаддан ташқари кўп сохтанегатив бўлиб чиқса, бу — унинг қимматини кескин пасайтириб қўяди.

Сохтанегатив деб, биринчи марта текшириш вақтида клиник кўринишлари аниқланмай қоладиган касаллик ҳолларига айтилади. Ёши қайтиб қолган одамларда простата безининг раки кўпчилик ҳолларда клиник жиҳатдан кўриниш бермайди, у махсус текшириш усуллари ёрдамида аниқлаб олинади. Фенилкетонурия тести бола туғилиши билан ўтказиладиган бўлса, айрим ҳолларда бу касаллик топилмайди ва бир мунча вақтдан кейингина аниқлаб олинади. Сохтанегатив ҳолатлар диагностик дастурлар самарадорлигини пасайтиради.

Сохтапозитив деб шундай ҳолларга айтиладики, бунда диагноз биринчи марта текширилганда қўйилади-ю, лекин кейинги кузатув даврида тасдиқланмай қолади. Қон босимининг айрим ҳолларда кўтарилиб қолиши гипертония касаллигидан ҳаммиша ҳам дарак беравермайди. Сохтапозитив ҳоллар анализларни такрорлашни, масалан, қон босимини такрор ўлчаб кўришни талаб этади, чунки бусиз касалликни истисно қилиб бўлмайди. Текширишни синчиклаб ўтказиш даражаси олдинга қўйилган вазифа ва ўрганилаётган ҳодисани аниқ белгилаш билан ифодаланади. Атмосфера ҳавосининг ифлосланганлик даражасини аниқлашга доир лаборатория текширишлари аввалги маҳалларда миллиондан бир улушларгача аниқликка эришиб келгани ҳолда энди миллиарддан бир улушларгача аниқликни берадиган бўлса, бунда тажрибанинг аниқлиги ортган деб айтиш мумкин. Ўлим сабаблари Касалликлар халқаро таснифига мувофиқ ишлаб чиқилган методика билан белгиланган бўлса, шу сабабларнинг таърифи аниқ бўлиб чиқади, борди-ю, диагноз мурдани ёриб кўришда тасдиқланган бўлса, аниқлик янада ортади.

Текширишнинг аниқлилиқ даражаси уни қайтариб кўриш мумкин-мумкинмаслиги, бир хилдаги шароитларда текшириш қайта-қайта такрорлаб кўрилганида олинadиган натижаларининг бир хил бўлиб чиқавериши билан белгиланади.

Ишончлилиқ — битта объектнинг ўзини ўхшаш шароитларда такрор-такрор ўлчаб кўрилганида натижанинг доим бир хил бўлиб чиқаверишидир. Ўлчовлар натижасининг бир хил чиқиш-чиқмаслигига қуйидаги омиллар таъсир қилади: ўлчов асбобининг ўзига хос бўлган ўзгарувчанлик (торози нулинчи нуқтасининг ўзгариб туриши), ўлчанаётган кўрсаткич флуктацияси (саволларни тушунмаслик орқасида уларга ҳар хил жавоб бериш), кузатувчининг хатоси (битта кузатувчининг

ўзи объектни такрор-такрор ўлчаб кўрганида ҳар хил натижа олинishi), кузатувчилар ўртасида йўл қўйилган хато (кузатувларнинг ўзгарувчанлиги). Битта одам қон босимини турли текширувчилар ўлчаб кўришганида натижалар амалда бир хил бўлиб чиқса, бу текширишнинг аниқлиги юқори даражада деб айтиш мумкин. Шундай бўлса-да, тиббиётда юқори даражада стандартланган объектив маълумотларни кўпинча ҳар хил қилиб ўқиш ҳодисаси тарқалган, масалан, битта беморни рентгенга солиб кўрилганида икки рентгенологнинг ҳар хил фикр билдириши ёки битта кардиограммани иккита кардиологлар томонидан ҳар хил ўқилиши шулар жумласидандир. Тажриба маълумотларининг маъқул келадиган аниқлик нормаларини таъминлаш учун миқдорий ўлчовларнинг бир қолипга солинган, яъни унификацияланган техник методларини текширишни ўтказишга оид стандарт шароитлар бўлиши, шунингдек мутахассислар стандарт ўлчов бирликларидан фойдаланишни ўрганиб олишлари зарур. Битта касалнинг ўзидан ҳар хил вақтда олинган анализлар ҳар хил натижаларни бериши мумкин (масалан, қон босимини ёки қондаги қанд миқдорини ўлчашда). Шундай қилиб, текшириш ўтказиладиган шароитлар ва вақтни бир қолипга келтириш қиёсий таҳлил учун яроқли маълумотларни олиш учун катта аҳамиятга эга. Олинган намуналарни назорат лабораторияларида такрор текшириб кўриш текшириш сифати устидан нарорат олиб бориш ва методларини стандартлаштириш ишининг бир қисми бўлиб ҳисобланади (лаборатория ишининг сифати мунтазам назорат қилиб бориладиган бўлса).

Маълумотларни ишлаш ва тақдим этиш

Муайян аҳоли гуруҳи бўйича демографик кўрсаткичларни статистик таҳлил қилиш учун маълумотларни ишлашда ҳам тасодифий тақсимланиш, ҳам тасодифийдан бошқача тақсимланиш эҳтимоли бўлади. Ўлчов маълумотлари узлуксиз ва дискрет бўлиши мумкин, маълумотлар узлуксиз бўлганида ўлчов бирликларини янада майдароқ бирликларга кетма-кет бўлиш мумкин (бир мунча аниқ ўлчовларда), дискрет маълумотлар эса, маълум даражадан ортиқ бўлинмайдиган бирликлар билан ифодаланади (масалан, одамлар сонини белгилашда). Узлуксиз маълумотларга биз, масалан, одамнинг бўйи, оғирлигини ўлчашда, шунингдек ақлий ривожланиш коэффицентини аниқлашда дуч келамиз. Дискрет маълумотлар турли категориялар тасвирини (масалан, одамларнинг жинси ёки касалликлари бўйича таснифланишини) ёхуд ҳодисаларнинг ифодаланганлик даражаси бўйича таснифланишини (масалан, суст, ўртача ва кучли ифодаланган деб) ўз ичига олади. Бир мунча нозик текширишларда узлуксиз маълумотлар анча майда бирликлар билан ифодаланиши мумкин. Дискрет маълумотлар аниқ таъриф беришни ва таснифлашда изчиллик бўлишини талаб қилади.

Кўпчилик ҳолларда фойдали ахборот ишланмаган маълумотларда пинҳон ётган бўлади. Йиғилган маълумотларни улардаги ахборот жам бўлиб тўпланадиган ва вариациялар структураси аниқ кўзга ташланадиган қилиб ишлаш керак. Бунинг учун улар таснифланади ва гуруҳларга бўлинади, яъни тасодифий катталиқ қийматларининг диапазони синфлар ва гуруҳларга ажратилади. Бунда *синф* - тасодифий катталиқ қийматининг бутун диапазони нечта ораликларга бўлинса, шу ораликларнинг биридир. *Синф частотаси* деб ҳар бир синфдаги кузатувлар сонига айтилади (синфнинг абсолют частотаси). *Синфнинг нисбий частотаси* деб синфнинг барча частоталар йиғиндиси улушлари кўринишидаги абсолют частотасига айтилади.

Маълумотлар қуйидаги кўринишда тақдим этилиши мумкин:

такрорланувчанлик жадваллари — узлуксиз ва дискрет маълумотлар жадвал ҳолида шундай жойлаштириладики, маълум характеристикага эга маълумотларнинг ундаги маълумотлар тўпламида неча марта учраши кўриниб туради;

комбинацион жадваллар — иккита ўзгарувчи ўртасидаги ўзаро боғланишни аниқлаш учун уларнинг бирга қўшилган маълум қийматлари бор ёки йўқлигини акс эттиради;

гистограммалар — масалан, маълум касаллик билан йилдаги касалланиш ҳоллари сонини текширишда миқдор катталигининг частотали тақсимланишини синфлар частоталарига мутаносиб келадиган тўғрибурчак юзалари билан график ифодалаш;

устунчали диаграммалар — номинал синфлар учун маълумотлар частотасини синфлар частоталарига мутаносиб устунчалар ёрдамида график ифодалаш;

секторли диаграммалар — юзаси синфлар частоталарига мутаносиб келадиган доира секторлари, бир бутуннинг қисми сифатидаги дискрет кўрсаткичнинг улушини, масалан, бюджетнинг айрим моддаларига ажратилган маблағларнинг процент улушини акс эттиради.

Танлаб ўтказиладиган текширишларнинг репрезентативлиги

Ҳар бир статистик мажмуа умумий ёки танлаб олинган деб қаралиши мумкин, текшириш натижаларини талқин қилиш эса шунга боғлиқ бўлади. *Умумий мажмуа* текширишнинг мақсадига кўра унга киритса бўладиган барча кузатув бирликларидан таркиб топади. Текширишнинг мақсадлари ва вазифаларига қараб умумий мажмуа чегаралари ўзгартирилади, бунинг учун уни чеклайдиган асосий белгилардан фойдаланилади. *Танлаб олинган мажмуа* — умумий мажмуанинг бир

қисми, умумий мажмуа тўғрисида унинг хоссаларига қараб фикр юритилади ёки фикр юритиш керак бўлади.

Танлаб олиш (выборка) деб ўзгарувчан кўрсаткични ёки умуман аҳолига хос бўлган ўзгарувчан кўрсаткичлар қўшилмасини аниқлаш мақсадларида ўрганилаётган аҳоли вакилларини текшириш гуруҳига танлаб олиш жараёнига айтилади. Танлаб олинган мажмуа репрезентатив бўлиши, яъни танлаб олинган қисмида ҳамма элементлар бўлиши, бўлганида ҳам умумий мажмуада қандай нисбатда бўлса, худди шу нисбатда бўлиши керак. Танланма мажмуанинг репрезентативлигини таъминлаш учун унга иккита асосий талаб қўйилади: у умумий мажмуанинг асосий характерли хусусиятларига эга бўлиши ва умумий мажмуанинг хусусиятларини аниқ ифода этиши учун кузатувларининг сони (ҳажми) жиҳатидан етарли бўлиши керак. Эҳтимоллик назарияси танланма методга назарий асос бўлади.

Танлаш тасодифий ёки йўналтирилган метод билан олиб борилиши мумкин. Танлашнинг *гуруҳ методи* айрим кишиларни эмас, балки бутун-бутун гуруҳлар, оилаларни текшириладиган гуруҳга киритишни кўзда тутуди, бунда *тасодифий танлаш* методи қўлланилиши, масалан, ихтиёрий равишда танланган ҳисоб нуқтасидан бошлаб ҳар ўнинчи уй олиниши мумкин. Бундай метод аҳолининг овқатланишни ёки иммунлаш чоралари билан қамраб олинганини текшириш учун виборкани даволаш муассасасига мурожаат қиладиган кишиларга асосланган танлашга қараганда нисбатан осонроқ белгилаб олишни таъминлайди.

Тасодифий танлаш методида танлаб олиниб, текшириладиган гуруҳга киритилиш эҳтимоли ҳар қандай одам учун бирдек бўлади. Ўрганилаётган аҳолининг ҳар бир вакилига маълум бир кўрсаткич (масалан, рақам) бериш йўли билан бунга эришилади. Танлашнинг кейинги жараёни танловнинг табиатан чиндан ҳам тасодифий бўлишини таъминлашга қаратилган маълум амаллар тартибига асосланади. Бунга аксари мана бундай йўл билан эришилади: гуруҳнинг ҳар бир аъзосига тартиб номери берилади ва жадвалга мувофиқ керакли сондаги одамлар танлаб олинади.

Эҳтимоллик методи айрим кишиларнинг танловга тушиш эҳтимоли бирдек бўлишини таъминлашга асосланган тасодифий танловнинг бир мунча мураккаброқ усули бўлиб, аҳолининг баъзи гуруҳларини танловда бошқаларига қараганда кўпроқ бўлишини кўзда тутуди. Стратификациялаш асосида, масалан, ҳар бир ёш гуруҳи вакилларининг танлаб олинган мажмуадаги улушини айтиш шу гуруҳнинг умумий аҳоли орасидаги улушига мослаш йўли билан эришилади. Шуниси ҳам борки, бундай ёндашув танлаб олинган мажмуадаги ўрганилаётган кўрсаткич хусусида тўла репрезентатив бўлишини кафолатламайди. Маълум тафовутлар (масалан, аҳолининг ёш гуруҳлари бўйича тақсимланишидаги

тафовутлар) учун статистик стандартлаш методлари ёрдами билан кейинчалик тегишли тузатишлар киритилиши мумкин.

Танлашнинг йўналтирилган методи осонгина текшириб кўрса бўладиган одамларни ёки кўпроқ хавfli омилларга эга гуруҳлар вакиллари танловга киритишга асосланган. Текширишнинг осонлиги тамойили бўйича тузилган танловга кўнгилли қон донорларини ёки тиббий асбоб-ускуналар кўргазмасида ўзининг артериал босимини ўлчаб кўриш истагини билдирган кишиларни текшириш мисол бўлиб хизмат қилиши мумкин. Бу ҳолдаги систематик хатолар танлаб олинган мажмуанинг ички ўз-ўзини танлаш жараёни таъсирида репрезентатив бўлмаганига боғлиқ бўлади.

Бу хилдаги текширишлар асосида чиқарилган хулосаларни аҳолининг ўрганилаётган гуруҳига татбиқ қилса бўлади, лекин уларни умуман аҳолига ёки аҳолининг бошқа гуруҳига татбиқ ва талқин қилиш қўлланилган текшириш методлари сифат жиҳатидан таҳлил қилинган ва баҳонинг систематик хатолари ҳисоблаб чиқилган бўлсагина, ўринли бўлиши мумкин. Ана шундай чекловларга қарамасдан, танлаб ўтказиладиган текширишлар, аниқ қилиб ва синчиклаб олиб бориладиган бўлса, бир мунча йирик аҳоли гуруҳларида айрим кўрсаткичларни ҳисоблаб чиқишга имкон берадиган натижаларни қўлга киритишнинг оддий, қулай ва нисбатан арзон усули бўлиб ҳисобланади.

Текширишлардаги систематик хатолар

Баҳонинг систематик хатоси (Bias) деб текшириш натижаларининг чинакам, ҳақиқий кўрсаткичлардан мудом бошқача чиқишига, фарқ қилиб туришига айтилади, бу - текширишнинг исталган бир босқичидаги услубнинг номукамал бўлганига боғлиқ бўлади. Текшириш натижаларининг таҳлили учраши мумкин бўлган систематик хатолар катталигини баҳолаш ишларини ўз ичига олиши керак, чунки бундай хатолар олинган эмпирик маълумотларга ва уларнинг талқинига катта таъсир ўтказиши мумкин.

Систематик хатонинг тасодифий янглишишдан фарқи шундаки, унинг сабаблари текшириш услубининг ўзида бўлади, ҳолбуки тасодифий янглишишнинг сабаби маълумотларнинг эҳтимолий тарқоқлигидир. Систематик хато эпидемиологик текширишлар маълумотлари асосида ҳисоблаб чиқилган кўрсаткичлар ва коэффицентлар қиёсий таҳлилининг қийматини пасайтиради. Аҳолининг ўрганилаётган ва назорат гуруҳлари характеристикалари аввалдан ҳар хил бўлганига алоқадор систематик хатолар текширишларнинг натижалари бошқача чиқиб қолишига кўп сабаб бўлади. Умумий мажмуани ва текширилаётган гуруҳни белгилашда текшириш учун муҳим бўлган барча параметрлар бўйича репрезентативлик таъминланган бўлмаса, шундай хато бўлиш эҳтимоли жуда катта бўлади.

БАҲОЛАШДА УЧРАШИ МУМКИН БЎЛГАН СИСТЕМАТИК ХАТОЛАР

- Хато ишчи гипотеза** - ўтказиладиган текшириш асосида ётадиган, нотўғри мантиқий фаразлар ва тахминларга боғлиқ бўлган хатолар.
- Жавобнинг систематик хатолари** – тажриба учун танлаб олинган ёки шу тажрибада ўз ихтиёри билан иштирок этган кишилар ва унда иштирок этмаган одамлар ўртасидаги тафовутларга боғлиқ бўлган хатолар.
- Танлашнинг систематик хатолари** – ўрганилаётган гуруҳга даҳлдор бўлган кишиларнинг турли сабабларга кўра (олдин ўлиб кетгани ёки даволанмай тузалиб қолгани ёхуд текширишда иштирок этишни истамагани учун) унга кирмай қолгани туфайли рўй берган хатолар.
- Танлов хатолари** – репрезентативликни, яъни популяциянинг ҳар қандай вакилининг текшириладиган гуруҳга бошқалар билан бир қаторда танлаб олиниши имконига эга бўлишини таъминламайди.
- Кузатувчининг хатолари** – битта объектни турли кузатувчилар ёки такрор-такрор ўлчаганида битта кузатувчининг ўзи турлича идрок этишига боғлиқ бўлган хатолар.
- Таниб, ажратиб олишнинг систематик хатолари** – танлаб-олинган мажмуада ўтказиладиган текширувлар, кузатувлар ва тадқиқотларда диагноз қўйиш ёки муайян касалликларни ажратиб олиш методларининг нотўғри бўлганига алоқадор хатолар.
- Услубий систематик хатолар** – тажрибани ўтказишда нотўғри методлар қўлланилагани ёки умумий концепциядан фойдаланилганига боғлиқ хатолар.
- Ахборот хатолари** – ҳодисаларни миқдор жиҳатдан таҳлил қилишда (омил таъсирининг муддати ва натижасини ўлчашда) ёки олинган маълумотларни қиёсий ишлаб чиқишда йўл қўйилган камчиликларга алоқадор хатолар.
- Ўлчашдан (асбоблар) систематик хатолари** - нотўғри ёки ноаниқ калибрланган ўлчов асбоблари, етарлича тозамас ёки нотўғри концентрациядаги реактивлар ишлатилгани ва ҳоказоларга алоқадор хатолар.
- Интервью олувчи хатолар** – маълумотларни йиғиш ва ажратиб олишда онгли ёки онгдан ташқари субъективликка алоқадор хатолар.
- Ҳисобот тузишдаги хатолар** – айрим объектив маълумотларни, масалан, анамнездаги таносил касалликларини атайлаб яшириш ёки уларнинг аҳамиятини ошириб юборишга алоқадор хатолар.
- Асарлардаги систематик хатолар** – муҳаррирлар позитив натижаларни чоп этишни маъқул кўришади, шу туфайли айрим материалларни тақдим қилишда ҳақиқий ҳол бузиб кўрсатилиши мумкин.
- Тушириб қолдиришга алоқадор хатолар** - ўрганилаётган гуруҳ айрим ҳолларнинг тадқиқотчи эътиборидан ихтиёрий равишда четда қолганига боғлиқ хатолар.
- Олдиндан янглиш фикрлашга алоқадор хатолар** – текшириш учун танлаб олинган кишиларнинг маданий ёки анъанавий одатларига ёхуд тадқиқотчининг ўз хурофотларига боғлиқ бўлган хатолар.

Шундай қилиб, тадқиқотда белгиларнинг статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада ва аниқ боғланганлиги топилган бўлса шу боғланишнинг натижаларини статистик хато йўқмикан, деган фикр билан синчиклаб текшириб кўриш зарур.

Аралаштириш (Confounding) — систематик хатонинг бошқа бир хили, бундай хато, масалан, касаллик пайдо бўлишида хатар омилининг таъсирини текшириш маҳалида, агар текшириляётган омилга ва касаллик пайдо бўлишига кор қиладиган, ҳисобга олинмаган омил ҳам бўлса, юзага келади. Текшириляётган кенжа гуруҳларда аралаштириш омили нотекис тақсимланган бўлса (ҳисобга олинмай қолгани муносабати билан), муаммо пайдо бўлиб қолади. Чунончи, чекиш билан ўпка раки пайдо бўлиши ўртасидаги боғланишни ўрганишда чекмайдиган кишилардан иборат назорат гуруҳидаги кишиларнинг ўртача ёши касал бўлиб қолганлар гуруҳидаги кишилар ёшидан фарқ қиладиган бўлса, аралаштириш хатоси ортиб боради, чунки ўпка раки билан касалланиш ҳоллари одамларнинг ёши ўтган сайин кўпайиб боради. Аралаштириш хатосини назорат қилиш учун қуйидаги методлар қўлланилади: тадқиқотни режалаштиришда — рандомизлаш, тажрибада қатнашишни чеклаш (аралаштиришга хос белгилар бўлса), текширилувчи ва назорат гуруҳларини мумкин қадар бир-бирига ўхшаш қилиб танлаш (ўрганиляётган белгиларидан ташқари); таҳлил босқичида: стратификациялаш (одамларнинг жинси аралаштириш эффеќтига сабаб бўладиган бўлса, тадқиқот эркаклар ва аёллар учун алоҳида-алоҳида ўтказилади) ва статистик моделлаш (мумкин қадар кўпроқ сондаги белгиларни ҳисобга олиш).

Белгининг хилма-хиллигини ўлчаш

Соғлиқни сақлаш амалиётида одамларни соғлом ва касалларга, у ёки бу касаллик билан оғриётган ёки оғримаётганларга, даволанишга муҳтож ва муҳтожмасларга ажратиш ҳақида қарорлар қабул қилишга тўғри келади ва ҳоказо. Бундай қарорларни қабул қилиш учун «нормал» қиймат сингари мезондан фойдаланиш зарур. «Нормал» қиймат — статистик тушунчадир, у конкрет бир белгининг популяцияда қанчалик тарқалганига кўп даражада боғлиқ бўлади. Одамларда тиббий кўрсаткичларнинг ўзгарувчанлиги даражасини билиш «нормал» қийматлар концепциясидан фойдаланиш ва уни талқин қилишни ўрганиб олиш учун ниҳоятда муҳим.

Ўртача, медиана ва энг кўп тарқалган (мода) қийматлар белгининг тақсимланишидаги асосий тенденция кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Ўртача қиймат деб ўзгарувчининг барча кузатувлар асосида ҳисоблаб чиқилган ўртача, арифметик қийматига (кузатувлар сонига бўлинган ўзгаруви қийматлари йиғиндисига) айтилади. Медиана қиймати деб

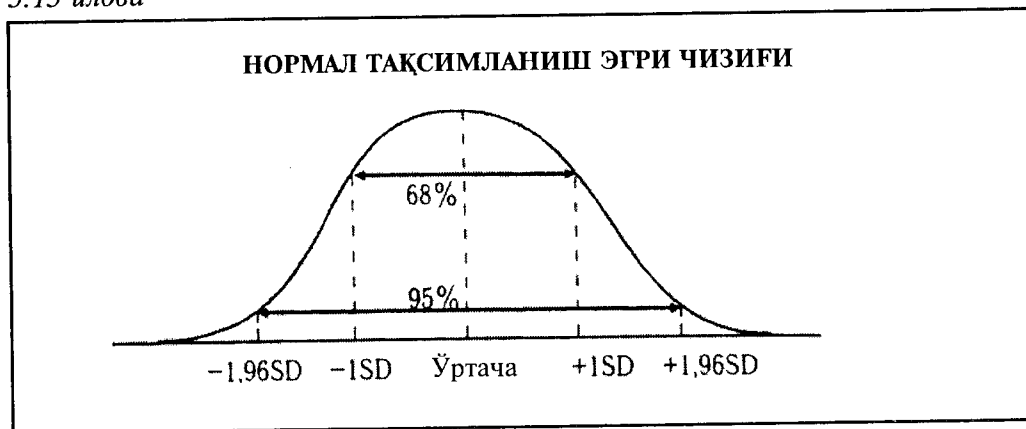
кузатувларнинг 50 фоизида олинган ўзгарувчи қийматига тенг ёки ундан ортиқ, 50 фоизида эса, олинган ўзгарувчи қийматига тенг ёки ундан кам қийматга айтилади. Кузатувлар сериясида ҳаммадан кўп учрайдиган қиймат энг кўп тарқалган қиймат деб ҳисобланади. Нормал тақсимланиш ҳолида ўзгарувчининг ўртача, медиана ва кўп тарқалган қийматлари бири-бирига тенг бўлади.

Тиббий-биологик параметрларнинг кўпчилигида ўрганилаётган ўзгарувчиларнинг тасодифан танлаб олинган 95 фоизи албатта улар чегараларининг ичига тушадиган қилиб жойланади. Нормал қийматни жойлашда у қайси популяцион гуруҳга мансуб бўлса, ўша гуруҳни кўрсатиб қўйиш зарур, масалан, «нормал» артериал босим қиймати одамнинг ёши ва жинсига қараб ҳар хил бўлади.

Нормал тақсимланиш деб, узоқ муддатли тадқиқотларда кўриладиган, ўзгарувчан кўрсаткичнинг энг кичик ва энг катта қийматлари марказий нуқтадан (ўзгарувчининг ўртача, медиана ва кўп тарқалган қийматлари жойлашган нуқтадан) маълум масофада туришини ифодаловчи симметрик эгри чизиқ билан таърифланадиган тақсимланишга айтилади. Қўнғироқсимон эгри чизиқ (Гауссо эгри чизиғи) кўрсаткичларнинг нормал тақсимланишини, масалан, нормал аҳоли гуруҳларини текширишда томир уришлари сони ёки қон босими даражасини кўрсатади.

Ўртача фарқ (SD) ёки ўртача квадратик фарқ (сигма) белги тақсимланишининг структурасига боғлиқ. Нормал тақсимланишда барча ҳолларнинг 68 фоизи белгининг ўртача қийматидан $1SD$ атрофида («-» томонига ҳам, «+» томонига ҳам), барча ҳолларнинг 95 фоизи эса $2SD$ (бир мунча аниқроғи – $1,96 SD$) атрофида фарқ қиладиган бўлади.

3.13 илова



Эслатма: SD – стандарт силжиш

Ўртача қийматга нисбатан фоизлар билан ифодаланган стандарт силжиш вариация коэффиценти деб аталади (бу кўрсаткич ўлчов шкаласи ва бирликларига боғлиқ бўлмайди).

Фарқларнинг статистик қиймати

Тасодиф текширилаётган гуруҳлар ўртасида фарқлар, тафовутлар келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин, шу муносабат билан бундай фарқлар кузатилган маҳалда ҳар сафар бу фарқ соф тасодифий равишда пайдо бўлганининг эҳтимоллиги қанча экан, деган савол туғилади. Шунинг учун ҳам тадқиқот натижаларини тасвирлашда ҳамиша муҳимлик мезони келтирилади. Муҳимлик даражаси деб фарқнинг соф тасодиф туфайли пайдо бўлиш эҳтимолига айтилади. Кичик қийматлар бу фарқнинг «ҳақиқиймаслиги» ва статистик жиҳатдан аҳамияти йўқлигини кўрсатади (бу даража одатда 0,05 га тенг бўлади).

Статистик жиҳатдан муҳимликни аниқлашга доир текширишлар иккита ўзгарувчи ўртасида сабаб-оқибат боғланишлари бор-йўқлиги эҳтимолини (одатда нисбий хавф кўрсаткичи билан ифодаланадиган эҳтимоликни) баҳолашни таъминлайди. Гипотезалар тести методидан статистиклар ва эпидемиологлар популяциядаги ўрганилаётган жараёнларнинг ҳақиқий тафовутларини эмас, балки танлаб олинган мажмуанинг хатоси таъсирини аниқлаш учун фойдаланадилар. «Нулинчи гипотеза» иккита ўзгарувчи қийматларининг тақсимланишида ҳақиқий тафовутлар йўқ, кузатилаётган фарқ тасодиф туфайлигина юзага келган, деб таъкидлайди. Ишончлиликни текширишда фарқнинг соф тасодиф туфайли пайдо бўлгани эҳтимолигини ҳисоблаб чиқиш учун қоида ўлароқ, нулинчи гипотеза асос қилиб олинади. Тафовутнинг аҳамияти йўқ ва ишонарли бўлмаса, нўлинчи гипотеза инкор этилмайди, борди-ю, тафовут аҳамиятли, ишончли бўлса, фарқнинг сабаблари тўғрисидаги бошқа гипотезалар фойдасига нулинчи гипотезадан воз кечилади. Ишончлилик чегаралари ўртача (ёки нисбий) катталикларнинг чегаралари бўлиб, тасодифий ўзгаришлар туфайли улардан ташқарига чиқиш эҳтимоли жуда ҳам кам бўлишини эслатиб ўтамыз. Тобе ўзгарувчининг ишончлилик оралиғи чегараларидан ташқаридаги қиймати 0,05 дан кам чиқиши эҳтимол бўлса, у ҳолда иккита ўзгарувчининг тақсимланишида тафовутлар бўлиш эҳтимоли статистик жиҳатдан аҳамиятли бўлиб, агар ўша қиймат 0,01 ёки 0,001 дан кам бўлса, янада аҳамиятли бўлиб ҳисобланади.

Ўзгарувчилар категорияларга алоқадор бўлса, солиштирилаётган гуруҳлар ўртасидаги тафовутларнинг ишончсизлиги тўғрисидаги нулинчи гипотезани текшириб кўриш учун X^2 - мослик мезонидан фойдаланилади.

Иккита ўзгарувчининг тақсимланишидаги тафовутларнинг статистик аҳамиятини аниқлаш

| <i>b</i> ўзгарувчи | <i>a</i> ўзгарувчи | | Жами |
|--------------------|--------------------|---------|------|
| | Борлиги | Йўқлиги | |
| Борлиги | a | b | a+c |
| Йўқлиги | c | d | b+ d |
| Жами | a+c | b+ d | n |

3.11 жадвал кузатувлар натижаларини 2 X 2 жадвал шаклида умумлаштириш усулларини кўрсатиб турибди. А ва В ўзгарувчилар кўздан кечирилмоқда, шу билан бирга А – бир касалликнинг янги пайдо бўлган ҳоллари сони, В эса – ушбу касаллик пайдо бўлиш хавфи, у бўлиши ҳам, бўлмаслиги ҳам мумкин.

$$\frac{(|ad - bc| - n/2)n}{(a + b)(a + c)(c + d)(b + d)}$$

В омилнинг борлиги ёки йўқлигининг бир-бирига алоқаси X^2 коэффициентини ҳисоблашда статистик қийматнинг ишончилигини текшириш натижасида белгиланади, бу коэффициент иккита ўзгарувчи ўртасидаги боғланиш статистик жиҳатдан тасодифийми-йўқми, шуни аниқлаб олишга имкон беради. X^2 мезонининг катталиги ҳақиқий ва «кутиладиган» маълумотлар ўртасидаги фарқнинг катталигига ва графалар ҳамда қаторлар бўйича солиштириладиган гуруҳларнинг сонига боғлиқдир. Фарқ қанча катта бўлса, X^2 мезон ҳам шунча катта бўлади. Ҳисоблаш натижасида олинган X^2 мезон катталиги махсус жадвал бўйича баҳоланади. Нулинчи гипотезани инкор этиш учун ҳисоблаб чиқилган мослик мезони нулинчи гипотезанинг эҳтимоллик даражаси $p = 5\%$ бўлганида жадвалдаги (критик) X^2 қийматидан катта бўлиши керак.

Корреляцион боғланиш

Корреляция – иккита белги ўртасидаги ўзаро боғланишни ёки иккита ўзгарувчининг биргаликда ўзгариб бора оладиган даражасини билдирадиган тушунча. Иккита ўзгарувчи ўртасидаги маълум «боғланиш» сабаб-оқибат тусига эга бўлиши шарт эмас, у мустақил омилнинг мутлақ сабабий табиатини эмас, балки тобе ўзгарувчининг маълум даражада

ўзгариш эҳтимолини ифодалаш мумкин. Омиллар ўртасида бордек бўлиб туюладиган ўзаро таъсир статистик баҳолашдаги хатоларга ёки текшириш маҳалида эътиборга олинмаган ёхуд аниқ кўзга ташланмаган ўринсиз омилларнинг таъсирига боғлиқ бўлиши мумкин. Ўзаро сабаб-оқибат боғланишларини белгилаш шу боғланиш чиндан ҳам борлигини кўрсатиб бера оладиган ва унинг маълумотлар тақсимланишидаги тасодифий ўзгаришлар билан тушунтириб бериш мумкин эмаслигини исбот эта оладиган статистик ҳисоблаш методларини қўллашни талаб қилади.

Эпидемиологияда бир неча корреляцион коэффицентлардан фойдаланилади (Пирсон, Сперман, Кендалл коэффицентларидан). Уларнинг ҳаммаси +1 ва -1 ўртасидаги қийматларга эга, корреляция коэффицентлари боғланишининг кучи бирдан (тўла-тўқис боғланиш) нулга (боғланиш йўқлигигача)ча ўзгаради. Бир белгининг ўртача қийматига иккинчи белгининг қийматлари нечоғлик кўп мос келадиган бўлса, улар орасидаги боғланиш кучи шунча катта бўлади.

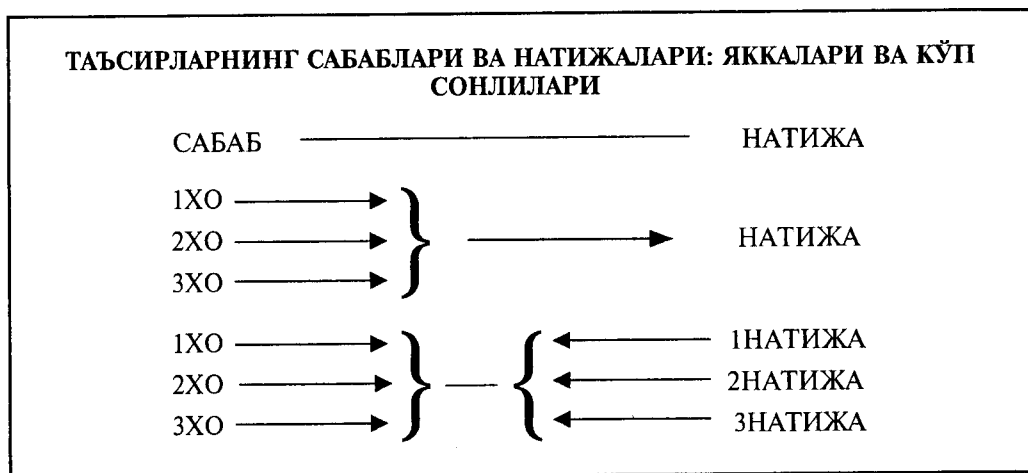
Сабаб-оқибат боғланишлари қуйидаги мезонларга мувофиқ белгиланади: боғланишнинг ифодаланганлик даражаси, биологик жиҳатдан асослангани, бошқа тадқиқотларнинг натижаларига мувофиқлиги, жавоб реакцияси кучининг таъсир даражасига қонуний боғланиши борлиги. Биологик жиҳатдан асосланганлик — бу белгиланган сабаб-оқибат боғланишининг мавжуд биологик ва тиббий билимларга мослик даражасидир. Бошқа тадқиқотларнинг натижаларига мувофиқлик мазкур натижалар бошқа тадқиқотларда олинган шу тоифадаги натижаларга ўхшайди, деган маънони билдиради. Жавоб реакцияси кучининг таъсир даражасига боғлиқлиги деган гап хавф омили таъсирининг жадаллиги ва муддатидаги ўзгаришлари тегишли ўзгаришларни келтириб чиқаради (ўзига хос жавоб реакциясининг кучайиши ёки пасайишига сабаб бўлади), деган маънони беради.

Гап инфекцион касалликларга қарши кураш тўғрисида бораётганда жамоат соғлигини сақлаш амалиётининг ҳақиқий манзараси анча мураккаб бўлади. Тахмин қилишларича XIX асрда овқатланишнинг яхшиланиши ва турар жой шароитлари сифатининг кўтарилиши натижасида силдан ўлиш ҳоллари камайди ва XX аср бошларида овқатланишни яхшилангани билан бир қаторда антибиотиклар даври бошланмасидан олдин симптоматик даволаш расм бўлгани натижасида кескин камайди. XX аср охирида сил билан касалланиш ва ўлиш ҳоллари кўпайиб қолдики, бу касаллик қўзғатувчиларининг антибиотикларга чидамли бўлиб қолгани, одам организми иммунитетининг пасайгани ва бошқаларга боғлиқ деб ҳисобланади Қизамиқдан ўлиш ҳоллари ҳам, бу касаллик эндемик бўлганига қарамай, болаларнинг овқатланиши яхшилангани ва унинг асоратларига 60- йилларда қизамиққа қарши

вакцина ишлаб чиқилиб, жорий этилишидан олдин ҳам тўғри даво қилиб келингани натижасида келсин камайди. Болаларнинг овқатланиши яхшиланиши ва овқатда витамин А етарли миқдорда таъминлангани натижасида қизамиқдан ўлиш ҳоллари ҳозирги кунда ҳам камаймоқда.

Ноинфекцион касалликларнинг сабабий омиллари янада хилма-хилдир, битта касаллик билан оғриб қолиш хавфини соладиган омил бошқа касаллик пайдо бўлиш хавфи кўпайишига йўл очиши мумкин. Масалан, овқат рационининг нотўғри бўлиши — юрак ишемия касаллиги бошланиши хавфини, патологик жараёнга йўл очадиган бошқа омиллар ҳам бўлганида эса, диабет, гипертония касаллиги ва рак ҳам пайдо бўлиш хавфини соладиган муҳим омилга айланиши аниқланди. Сабабларнинг кўп омилларга боғлиқ эканлиги ва касалликларнинг табиий ривожланиш жараёнида турли хавф омилларнинг биргаликдаги таъсири 3. 14 иловада кўрсатилган.

3.14 илова



Эслатма: ХО — хавф омили.

Корреляция коэффиценти иккита ўзгарувчан катталиқ ўртасидаги боғланишни, яъни алоқанинг йўналиши ва кучини кўрсатади, лекин бир белги катталиқларининг миқдори иккинчиси ўзгариб борган сайин қай тариқа ўзгариши тўғрисида фикр юритиш учун имкон бермайди. Регрессия методини қўлланилиши бу саволга жавоб беради, масалан одамнинг ўртача бўйига қараб тана вазнининг қанча бўлиши тўғрисида, касалликларнинг сонига қараб бациллаташувчиларнинг ўртача сони тўғрисида фикр юритиш мумкин ва ҳоказо.

Хавф (хавф) омилларини миқдорий баҳолаш

Касаллик пайдо бўлиш хавфини соладиган омил, хавфли омил деб, олдини олса бўладиган маълум касалликларни пайдо қила олиши эпидемиологик далил-исботлар билан асосланган омилларга айтилади, одамнинг юриш-туриши, турмуш тарзи, машғулотининг баъзи жиҳатлари, атрофдаги муҳит, иқтисодий-ижтимоий шароитларнинг хусусиятлари, туғма ёки генетик сабабларга алоқадор хоссалар ана шундай омиллардан бўлиши мумкин. Ноинфекцион касалликлар аксари кўп омилли бўлади ва «хавф омиллари» таъсири остида зўрайиб кетиши мумкин. Хавфли омилларни миқдор жиҳатдан баҳолаш келажақда мазкур касалликлар пайдо бўлиш эҳтимолига эпидемиологик баҳо бериш ва хавфни идора этиш (камайтириш) учун муҳимдир. Чекишнинг одат бўлгани ўпка раки ва юрак қон-томир касалликлари пайдо бўлиш эҳтимолини оширадиган кўрсаткичдир. Семизлик, артериал қон босимининг юқорилиги, зардобдаги холестерин миқдорининг кўп бўлишидек аҳоли орасида учрайдиган ҳодисалар юрак ишемия касаллиги бошланиш хавфини соладиган кўрсаткич бўлиб ҳисобланади. Бундай ўлчовларнинг маълумотлари жамоага таҳдид қилаётган хавфни кўрсатади ва даволаш-профилактика дастурларининг самарадорлигини аниқлаб олишга ёрдам беради.

Хавфни баҳолаш деб инсонга зарар етказадиган экологик таъсирлар натижасида айрим кишилар ёки аҳоли гуруҳлари саломатлигига раҳна соладиган оқибатларни сифат ва миқдор жиҳатдан таърифлашга айтилади.

Хавф омилининг одамга таъсир давомлилигини баҳолаш

Бу кўрсаткич – аҳоли гуруҳида хавф омили таъсирида бўлган одамлар сонининг битта одамга шу омил таъсир ўтказиб турган ўртача вақтга кўпайтмасидир. Ҳисоб учун қабул қилинган бирлик, масалан, машғулот тури ёки чекишга алоқадор канцероген омилнинг одамга таъсирини ифодаловчи одам-йилдир. Чунончи, одам 10 йил давомида ноқулай таъсир остида бўлиб келган (масалан, чекиб келган), ўрганилаётган гуруҳда эса 10 киши 12 йил давомида чекаётган бўлса, у вақтда мазкур гуруҳ ноқулай таъсир остида бўлиб келган умумий вақт тегишлича 10 ва 120 одам-йилни ташкил этади. Таъсир кучини ҳисобга олишда, масалан, тадқиқот бошланишидан олдин қанча вақт чекиб келингани ёки тадқиқот даврида кунига ўртача нечтадан сигарета чекилишини баҳолаш механизмига киритишда бу методни мукаммалаштириш мумкин. Масалан, йўл-транспорт хавфи омилини баҳолашда ҳам таъсирнинг жадаллик даражаси ва унинг муддати одам-масофа (одам-километр) бирликларида ўлчаш мумкин.

Эпидемиологик тадқиқотлар

Эпидемиологик тадқиқотлар эмпирик ва экспериментал тадқиқотларга бўлинади. Эмпирик тадқиқотларда олимлар ҳодисаларнинг табиий равишда боришига аралашмайди, балки уларни кузатиб боради, холос. Тасвирий тадқиқотлар муайян аҳоли гуруҳларининг вакилларидаги касалликларнинг кечишини ўрганиш билан чекланади, бу нарса кўпинча кейинги бир мунча конкрет тадқиқотлар учун зарур маълумотларни таъминлаб берадиган биринчи босқич бўлади. Аналитик, яъни таҳлилий тадқиқотлар касаллик бошланишининг сабабий омилларини акс эттира оладиган турли ўзгарувчан кўрсаткичларни ўрганишни мақсад қилиб кўяди.

3. 12 жадвал

Эпидемиологик тадқиқотлар таснифи

| Тадқиқотлар тури | Муқобил номи | Текшириш объекти |
|---|---|------------------|
| Эмпирик (Observational studies) | — | — |
| Тасвирий (Descriptive) | — | — |
| Аналитик (Analytical) | — | — |
| Экологик (Ecological) | Корреляцион | Популяция |
| Чатишма-секцион хили (Cross-sectional) | Тарқалганлиги (Prevalence) | Айрим кишилар |
| Ҳодиса-Назорат (Case control) | Case-reference | " |
| Когорт (Cohort) | Follow-up | " |
| Экспериментал (Experimental) | Таъсирларни текшириш (Intervention studies) | — |
| Назорат қилувчи рандомизланган текширишлар (Randomized controlled trials) | Клиник трайл (Clinical trial) | Беморлар |
| "Дала" тадқиқоти (Field trial) | — | Соғлом одамлар |
| Жамоаларни текшириш (Community trials) | Жамоага таъсирларни текшириш (Community intervention studies) | Жамоалар |

Экспериментал тадқиқотлар айрим одамлар ўртасида, аҳоли гуруҳлари ёки умуман жамоа ўртасида касаллик пайдо бўлиш хавфини камайтиришга қаратилган фаол аралашув бўлишини назарда тутаяди. Тадқиқотларни ретроспектив ва перспектив турларга бўлиш ўрганилаётган ҳодисанинг вақтига тааллуқидир, яъни касаллик тадқиқот бошланишидан олдин бўлиб ўтганми ёки келгусида унинг пайдо бўлиб қолиш эҳтимоли борми, шуни ифодалайди.

Тасвирий эпидемиология касалликларнинг мазкур жой ва мазкур пайтда муайян аҳоли гуруҳлари вакиллари орасида тарқалганлигини ўрганиш

билан шуғулланади. Тасвирий эпидемиология доирасидаги тадқиқотлар касаллик сабабларини тушунтирмасдан ва бошқа гипотезаларни тақдим қилмасдан туриб, баъзи кўрсаткичларни аниқлаб олишга имкон берадиган маълумотларни йиғиб олишга қаратилган. Шахсга доир омиллар одамнинг ёши, жинси, ижтимоий-иқтисодий аҳволи, маълумоти, миллий мансублиги ва машғулотининг турини ўз ичига олади. Тадқиқот доираси минтақанинг ҳадди-худуди ёки патологик чегаралар билан чекланган бўлиши мумкин. Бу - одамлар яшайдиган жой, ишлаб чиқариш корхонаси, мактаб ёки дам олиш жойи бўлиши мумкин. Айтиш мумкин, тадқиқот доираси тегишли аҳоли гуруҳини ўз ичига оладиган алоҳида географик район тариқасида аниқ белгиланган бўлиши керак. Вақтга алоқадор омиллар жумласига хавфли омил таъсири остида бўлган аҳоли сони билан касал бўлиб қолганлар сони ўртасидаги нисбат, шунингдек кўрсаткичларнинг вақт узра ўзгариб бориш тенденциялари кирилади. Булар уч турга бўлинади:

узоқ муддатли тенденциялар - қонуниятлари катта вақт оралиғи мобайнида кузатиладиган ўзгаришлар;

циклик ўзгаришлар - ҳар йили ёки бошқа маълум бир давр оралаб такрорланиб турадиган ўзгаришлар;

қисқа муддатли ўзгаришлар: эпидемиялар чиқиб қолган ҳолларда кузатилади.

Вақтга алоқадор тенденциялар ўткир инфекция касалликлар (қизамиқ, ичимлик сувдан ўтадиган касалликлар) ёки ноинфекцион касалликлар (бош мия инсульт, касбга алоқадор хавф гуруҳи орасида учрайдиган баъзи рактурлари) эпидемияларининг табиатини тушуниб олишга ёрдам беради.

Замонавий эпидемиология физиологик ва патофизиологик ҳодисалар, масалан гипертония ёки бўй ўсишининг секинлашиб қолишининг нечоғлиқ кўп учраб туриши, шунингдек саломатликнинг аҳволига таъсир ўтказадиган омиллар, масалан, чекиш, юриш-туришга алоқадор баъзи одатлар ва инсон фаолиятидаги бошқа хавф омилларнинг қанчалик кўп учрашини ўрганишга ҳам алоҳида эътибор беради. Бу хилдаги касалликлар, ҳодисалар ва юриш-туришдаги одатлар ҳар хил методлар билан ўрганилади.

Эпидемиологиядаги аналитик тадқиқотлар касалликларнинг сабаблари ва хавфли омилларни, жумладан саломатликнинг ҳолатига таъсир ўтказадиган иқтисодий, психологик ва сиёсий шароитларни аниқлаш билан алоқадордир. Бундай тадқиқотнинг натижаларидан соғлиқни сақлаш дастурларини ишлаб чиқишда фойдаланилади, шундай қилиб, улар аҳоли ўртасидаги касалликлар зарарининг кўрсаткичини камайтиришга ёрдам беради. Аналитик эпидемиология замонавий тиббиётнинг ривожланишига салмоқли улуш қўшди ва кўпгина касалликлар хавфини соладиган асосий хавф омилларни белгилаб берди. Масалан, ўпка раки

чекадиган одамлар орасида кўпроқ учраши, гипертония билан оғриб юрган кишилар ўртасида бош мия инсульти кўрсаткичининг юқори бўлиши аниқланди. Аналитик тадқиқотлар турли фанларнинг туташиб жойларига хос тадқиқотларни, шунингдек ретроспектив ва перспектив тадқиқотларни олиб боради.

Экологик тадқиқотлар — эпидемиологик тадқиқотларнинг бир тури бўлиб, бунда ноқулай омиллар ва оқибатларнинг таъсири ўрганилади, шу билан бирга айрим кишилар эмас, балки кўпроқ аҳоли гуруҳлари ўрганиш объекти бўлиб ҳисобланади. Хорижий адабиётда *ecological* атамаси мазкур ҳолда ижтимоий муҳит омилларига тааллуқли бўлишини, *environmental* атамаси эса, атроф муҳит омилларни акс эттиришини айтиб ўтиш зарур. Даромадлар даражасининг рақобатчи юрак қон-томир касалликларидан ўлиш ҳолларига боғлиқлиги хусусидаги тадқиқотлар бунга мисол бўла олади. Бу хилдаги тадқиқотларда қандай бўлмасин омилнинг тарқалганлик кўрсаткичларининг шу омилга алоқадор ҳодиса билан тасодифан қўшилиб қолганини улар ўртасидаги сабаб-оқибат боғланишлари деб ўйлаб, ҳулосаларда хатога йўл қўйиш мумкин. Ана шундай хатолар *экологик артефактлар* деб аталади. Булар шу хилдаги хатоларки, кўрсаткичлар ўртасида аҳоли гуруҳларини текшириш асосида топилган корреляция яқка тартибда (шахслар хусусида) олиб борилган тадқиқотларда ҳам кўзга ташланиши шарт эмас. Масалан, тадқиқотларда ичимлик сув сифати билан юрак касалликларидан ўлиш ҳоллари ўртасида аниқ топилган корреляцияни шу ҳодисалар орасидаги сабаб-оқибат боғланиши деб баҳолаш мумкин эмас. Фақатгина шу кузатувларнинг маълумотларига асосланиб туриб, қаттиқлиги муайян даражадаги ичимлик суви конкрет бир одамда албатта юрак ишемия касаллиги бошланиши ва шунинг орқасида ўлиб кетиш эҳтимоли кўпайишига олиб келади, деб ўйлаш асоссиз фикр ёки экологик артефакт бўлган бўлур эди. Янглиш белгиланган сабаб-оқибат боғланишларини рад этиш қийин, улар гўё сабаб-оқибат боғланиши бўлиб туюлган нарса кўрсаткичлардан бирига таъсир ўтказадиган ва аниқланмай қолган йўлдош омилларнинг натижаси бўлиши мумкинлиги муносабати билан тадқиқотчини янглиштириб қўйиши мумкин.

Экологик тадқиқотлар кейинги текширишлар ва соғлиқни сақлашга доир чора-тадбирларнинг йўналишини белгилаб берадиган янги гипотезаларни таърифлаб бериш учун катта аҳамиятга эга. Масалан, маълум гуруҳдаги касалликлар учун стандартлаштирилган нисбий кўрсаткичини умумий ўлим кўрсаткичлари билан солиштириб кўриш айрим касалликлар, чунончи, ўпка раки, қандли диабет асоратларидан, йўл-транспорт травматизмидан ўлиш ҳоллари кўп бўлган минтақаларни аниқлаб олишга ёрдам беради, бу эса яна кузатувлар олиб боришни ва, балки, бир мунча

тўла эпидемиологик тадқиқотлар ўтказилишидан аввал маълум чораларни кўришни талаб қилади. Соғлиқни сақлашда гоят катта аҳамиятга эга бўлган оддий ретроспектив таҳлил Австралияда чақалоқлардаги катарактани текшириш маҳалида 1941 йили Норман Грегг томонидан ўтказилган эди. Унинг кашфиёти катаракта ва бошқа туғма ривожланиш нуқсонларининг ҳомиладорлик даврида қизилча билан оғришга боғлиқ эканлигини кўрсатиб берди. Бу — туғма қизилча синдромини аниқлаш ва ушбу касаллик эрадикацияси зарурлигини асослаб беришга олиб келди.

Шу хилдаги тадқиқотларнинг натижаси сифатида янги гипотезаларни олдинга суриш ва «кўп эътибор бериш керак бўлган доираларни» аниқлаш — жамият соғлиғини сақлашга қўшилган жиддий улушдир.

Чатишма-секцион тадқиқотлар — айрим касалликлар ёки омиллар ёхуд саломатликнинг ҳолатига таъсир ўтказадиган бошқа кўрсаткичларнинг ўзаро боғланишини аҳоли гуруҳидаги айрим кишиларни муайян давр мобайнида кузатиб бориш асосида ўрганишга бағишланган текширишлар туридир. Аҳоли гуруҳи касаллик тарқалган ва тарқалмаган кенжа гуруҳларга бўлиниши мумкин, шу кенжа гуруҳларнинг ҳар бир вакилига оид маълумотлар турли кўрсаткичларни - ўша кишининг ёши, жинси, турар жойи, машғулотининг тури, ижтимоий мансублигини ҳисобга олган ҳолда таҳлил қилиб чиқилади. Турли кенжа гуруҳларни бир-бирига солиштириб чиқиш маълум кенжа гуруҳ вакилларида у ёки бу касаллик бошланиш хавфи катта эканлигини кўрсатиб бериши мумкин. Бу хилдаги текширишларда таъсирнинг “муддати” ва натижаси бир йўла ўлчанади.

Ҳодиса-назорат тарзидаги тадқиқотлар нисбатан оддий ва тежамли бўлиб, айрим касаллик ҳолларини ва кам учрайдиган касалликларни ўрганиш учун ўтказилади. Бунда мазкур касаллик билан оғриган одамлар текшириш объекти бўлади. Солиштириш учун ёши, жинси, турар жойи ва бошқа жиҳатлари ўхшаш бўлган одамлардан назорат гуруҳи тузилади. Бу хилдаги текширишлар ретроспектив бўлиши, яъни касалликдан олдинги даврда эҳтимол унга сабаб бўлган омилларни ўрганиш учун ўтказилиши мумкин. Улар истиқболли бўлиши ҳам мумкин, бунда учраши мумкин бўлган фарқларни аниқлаш учун касаллар ва назорат гуруҳидаги одамлар устидан изчил тиббий назорат олиб борилади. 50- йилларнинг охирида Германияда туғилган болалар қўл-оёқларида туғма ривожланиш нуқсонларининг қанчалик учрашини текшириш шундай камчилик билан туғилган 46 нафар боладан 41 тасининг онаси ҳомиладорлик маҳалида талидомид ичиб юрганини, ҳолбуки болаларини бенуқсон туққан назорат гуруҳидаги 300 нафар оналарнинг биронтаси ҳам бу препаратни ичмаганини кўрсатиб берди.

Когорт тадқиқотлар дастлаб текширилаётган касаллиги бўлмаган одамлар гуруҳини узоқ муддат текшириб боришни ўз ичига олади, сўнгра қачон ва қанча касаллик пайдо бўлгани (частота кўрсаткичи) ўрганилади. Бундай тадқиқотлар изчил равишда олиб бориладиган тиббий кузатув билан ва йўлдош омилларни ҳисобга олган ҳолда ўтказилади. Охирида частота кўрсаткичлари, шунингдек ноқулай омил таъсири остида бўлган аҳоли гуруҳлари билан бундай таъсирга дуч келмаган гуруҳларда касаллик бошланиш хавфининг катталиги ҳисоблаб чиқилади. Бундан ташқари, перспектив тадқиқотлар бир нечта характеристикаларни бир йўла ўрганиб бориш имконини беради. Аҳоли ўлимининг муҳим кўрсаткичларини умуман аҳоли бўйича олинган статистик маълумотлар асосида ҳисоблаб чиқиш кўпинча мумкин бўлмайди, шу туфайли бу мақсадга эришмоқ учун аҳолининг айрим гуруҳларини текшириб чиқиш талаб этилади. Фрэмлингхем лойиҳасида Фрэмлингхем шаҳри (Массачусетс штати) аҳолиси орасида юрак ишемия касаллиги билан оғриш ҳолларини ўрганиш 30 йилдан зиёд давр мобайнида олиб борилмоқда, бу тадқиқотларнинг натижалари кўпгина касалликлар, жумладан қон айланиш системаси, нафас органлари касалликлари ва суяк-мускул системаси ўзгаришлари пайдо бўлиш хавфини текширишга катта ҳисса қўшди.

Экспериментал эпидемиология

Эксперимент, яъни тажриба - бу ўрганилаётган омилни маълум мақсадни кўзда тутиб бир ёки бундан ортиқ аҳоли гуруҳларида ўзгартириб кўришдир. Бу атама 1850 йилда Жон Сноу томонидан олиб борилган тадқиқотдан келиб чиққан, ўшанда ичиш учун сув билан таъминловчи икки кампания томонидан етказиб бериладиган сувни ишлатган Лондон аҳолиси орасида касалланиш ҳоллари ўрганилган, шу билан бир вақтда вабо билан касалланиш кўрсаткичлари ўша аҳолининг бир гуруҳида юқори, иккинчисида эса, паст эди (1 бобга қаралсин).

Экспериментал тадқиқотлар ўрганилаётган ҳодисаларни тадқиқотчи бевосита кузатиб борадиган, лаборатория тажрибасига мумкин қадар яқинлаштирилган шароитда олиб борилади. Экспериментал эпидемиологиянинг параметри ўзгартирилиб, кейин аҳолининг турли гуруҳларига қор қилган таъсир натижасига назорат гуруҳидан фойдаланилган ҳолда миқдорий баҳо бериладиган методни татбиқ этади. Клиник эпидемиология эпидемиологик тадқиқот методларини клиник муаммолар хусусида ва соғлиқни сақлаш амалиётида қўллайди.

Назорат қилинувчи рандомизланган текширишлар профилактика ва даволаш чора-тадбирларнинг оқибатларини ўрганиш учун олиб бориладиган эпидемиологик экспериментлардир. Бундай тадқиқотлар бемор-

ларни тажриба ва назорат гуруҳлари бўйича тақсимлаш учун тасодифий сонлар методини қўллашни талаб қилади, сўнгра ўрганилаётган ҳоли-садаги ўзгаришлар муайян давр мобайнида кузатиб борилади. Беморлар қайси гуруҳга киришини - ўрганилаётган гуруҳга кирадими ёки назорат гуруҳига кирадими, буни уларнинг ўзлари билмайдиган метод «кўр-кўрона» метод деб аталади. Экспериментда иштирок этаётган ҳар бир беморнинг иккита гуруҳдан қайси бирига киришини экспериментнинг бевосита ижрочилари ҳам билишмайдиган бўлса, бундай метод «икки карра кўр-кўрона метод» дейилади. Ва, ниҳоят, «уч карра кўр-кўрона метод» деб кимнинг қайси гуруҳга киришини олинган маълумотларни ишлаб чиқиш ва таҳлил қилиш билан шуғулланувчи тадқиқотчилар ҳам билишмайдиган методга айтилади. Ана шундай методларни қўлланиш хатоларга йўл қўймасликка, эксперимент қимматини оширишга имкон беради. Назорат гуруҳига оид натижалар билан маълум бир давони олган гуруҳ натижалари орасидаги фарқ каттагина бўлса, мазкур даво самаралидир, деб хулоса чиқариш мумкин бўлади. Одамларни назорат ва текшириладиган гуруҳлар бўйича тақсимлаш тасодифий танлов усули билан олиб борилади, яъни ҳар бир эксперимент қатнашчисидан у ёки бу гуруҳга тушиб қолиш эҳтимоли тенг бўлади, ҳар бир қатнашчига номер берилади ва у текширишдан унинг то бошидан охиригача шу номер билан ўтади. Мазкур номерли қатнашчига тегишли лаборатория текширишларининг натижалари бошқа номер билан белгиланиши мумкин ва ҳоказо.

«Дала тадқиқотлари» хавф гуруҳига кирадиган соғлом одамларни ўрганишга қаратилган. Булар кўпинча янги вакциналарни хавфли даражаси юқори деб тахмин қилинган аҳоли гуруҳларида синаб кўриш учун ўтказилади. Полиомиелитга қарши инактивланган вакцина таъсирини текшириш юзасидан Жонатан Солк томонидан 1956 йилда ўтказилган «дала тадқиқотлари», — бунда Америкада 1,5 млн. дан ортиқроқ бола эмланган эди, — вакцина эмлашнинг самарадорлигини, профилактик таъсир кўрсатиши ва ноҳўя таъсирлар йўқлигини кўрсатди, натижада бу метод бутун жаҳонда тез одат бўлди. Бу хилдаги текширишлар янги вакциналар, масалан А гепатитга қарши ва бошқа вакциналар самарадорлигини ўрганишда ўтказилади.

Айрим жамоаларнинг эпидемиологик ҳолатини текширишга оид тадқиқотлар давомида хавфли омилнинг таъсир даражасининг миқдорий характеристикалари ёки соғлиқни сақлашга доир чора-тадбирларнинг самарадорлиги аниқлаб олинади. Бу хилдаги тадқиқотларда тасодифий танлов методини қўллаш қийин, чунки текшириш объекти бутун бир жамоадан иборат бўлади, бундан ташқари, умуман аҳолига характерли бўлган ўзгаришларнинг юкланган таъсирдан қутулиш қийин. Шимолий

Карелия (Финляндия) да юрак қон-томир касалликларининг олдини олишга доир ҳудудий дастурни амалга оширишда қўлга киритилган маълумотларни талқин қилиш қийин бўлди, чунки ўрганилаётган гуруҳдаги касалликнинг тарқалиш кўрсаткичлари дастур амалга оширилаётган районда ҳам, бутун мамлакат бўйича ҳам бир хилдаги паст даражада келтирилган эди.

Лойиҳалар, жумладан Инфекцион касалликлар бўйича ЖССТ бошчилигидаги миллий интеграцион лойиҳа (CINDI) натижаларни шу дастурларни амалга ошириш давомида олинган маълумотлар ва жамоа саломатлигининг ҳақиқий аҳоли тўғрисидаги умумий маълумотлар бир-бирига зидлиги туфайли миқдор жиҳатдан таҳлил қилиш қийин. Айрим жамоаларнинг эпидемиологик ҳолатини текшириш хавfli омилларни камайитириш ва соғлиқни сақлашга доир чора-тадбирларнинг самарадорлигини ошириш учун катта аҳамиятга эга, лекин уларнинг натижаларини стандарт миқдорий кўрсаткичлар билан, масалан, касалланиш ва ўлим кўрсаткичлари билан ифодалаш қийин, бу кўрсаткичлар тўғрисида тадқиқотни ўтказиш маҳалидаги ишчи кўрсаткичларга асосланиб туриб, билвосита фикр юритиш мумкин. Масалан, қишлоқ жойидаги тиббиёт ходимининг фаолияти ҳомиладорларни перинатал тиббий кузатувга жалб этишни ва умуман аҳолини иммунлаш чораларига жалб қилишни оширар, балки, лекин бунинг натижаларига миқдорий баҳо бериш «дала» тадқиқот усулида қийин бўлади.

Маълумотларни кузатиш, ҳисобга олиш ва эълон қилиш

Ҳисоб бериб туриш шарт бўлган айрим касалликларга оид маълумотлар тўғрисида йиллик ҳисоботларни эълон қилиш ва кенг тарқатиш шу маълумотларнинг амалий қимматини оширадиган муҳим омил бўлиб, улардан фойдаланиш имкониятларининг кенгайишига ёрдам беради. АҚШ жамият соғлиғини сақлаш хизмати қошидаги касалликлар устидан назорат олиб бориш марказлари (The Centres for Disease Control (CDC) of the US Public Health Service) обзорлар ва махсус маърузаларга асосланиб, Касалланиш ва ўлим ҳоллари тўғрисидаги ҳафталик ҳисоботлар (Morbidity and Mortality Weekly Report – MMWR) ни эълон қилади ва тарқатади, буларда эпидемиологик жиҳатдан АҚШ ва жаҳонда аҳамиятга эга ҳодисалар тўғрисида хабар қилинади. Ҳафталик ҳисоботлар жамият соғлиғини сақлашнинг муҳим жиҳатлари бир мунча чуқур кўздан кечирилган махсус маърузалар билан тўлдирилади.

ЖССТ ҳар бир мамлакатдаги эпидемиологик ҳолатини ёритадиган ва жаҳонда чиқиб қолган инфекцион касалликлар тўғрисида қисқача ахборот берадиган ҳафталик эпидемиологик обзор (Weekly Epidemiologic Record – WER) ни эълон қилиб туради. Албатта ҳисоб бериб туриш шарт бўлган

касалликларга доир ҳафталик ёки ойлик эпидемиологик обзорлар бошқа мамлакатларда ҳам эълон қилиб борилади, масалан, инфекцион касалликлар тўғрисидаги Канада ҳисоботи (Canada Communicable Disease Report), шунингдек ноинфекцион касалликларга доир маълумотларни қайд этиш ва таҳлил қилиш муаммоларини тилга оладиган «Канадада сурункали касалликлар» (Chronic Disease in Canada) шулар жумласидандир. Россияда АҚШ Соғлиқни сақлаш хизмати қошидаги Касалликларга қарши кураш марказлари, Санитария ва эпидемиология назорати бўйича давлат қўмитаси ҳамкорлиги билан 1993 йил охирида ҳисоб бериб туриш шарт бўлган касалликлар бўйича ойлик обзорлар чиқариладиган бўлди, лекин нашрларни етарлича нусхада, минтақавий статистика ва таҳлилий обзорлар билан мунтазам равишда чиқариб туриш муҳим вазифа бўлиб ҳисобланади.

Ахборотни қайд этиш ва маълумотларни эълон қилиш системаларини ташкил этиш хоҳ инфекцион, хоҳ ноинфекцион касалликларнинг тарқалиши устидан эпидемиологик кузатувни таъминлаш учун ниҳоятда муҳимдир. Маълумотларни мунтазам суратда эълон қилиб бориб, оддий тиббиёт ходимларининг ахборотдан баҳраманд бўлишини таъминлаш эпидемиологик жиҳатдан аҳамиятга эга бўлган ҳодисалардан хабардор бўлиб туришга имкон беради. Мавжуд маълумотларни таҳлил қилиш маҳаллий соғлиқни сақлаш муассасаларини бошқариш самарадорлигини оширишга ёрдам бериб, оддий тиббиёт ходимларининг бошқарув ишларида иштирок этиши учун йўл очади.

Хулоса

Эпидемиология бу — соғлиқни сақлаш системалари сиёсати ва фаолиятини шакллантиришга асосий улушни қўшадиган фандир, у айниқса содир бўлаётган жараёнларнинг таҳлили ва мониторинги воситаси сифатида соғлиқни сақлаш системаси фаолиятининг назарий асосининг бир қисми бўлиб ҳисобланади. Эпидемиология демографиядан тортиб то этнография ва антропологиягача бўлган ижтимоий фанлар билан, шунингдек клиник тиббиёт ҳамда унинг асосий соҳалари билан ўзаро таъсирда бўлиб, аҳоли турли гуруҳларининг саломатлиги муаммоларини ҳар томонлама тушуниб етишга эришиш йўлида ўз ҳиссасини қўшади.

Эпидемиология статистика методлари ёрдамида одам атрофидаги муҳит билан инфекцион касалликлар орасидаги ўзаро боғланишни аниқлади, бу эса санитария революцияси деб аталмиш ҳодисага олиб келди. Шу нарса жамият соғлиғини сақлаш методларини ўтмишда ва ҳозирги асрда жуда катта муваффақият билан қўллашни мумкин қилиб

қўйди. Инфекцион касалликлар эпидемиологиясининг “олтин асри” — инфекция касалликлар устидан назорат олиб бориш учун асос яратиб берган давр XIX асрнинг охирлари — XX асрнинг биринчи ярмига тўғри келади. XX асрнинг иккинчи ярмида сурункали касалликлар эпидемиологияси турмуш тарзи ва маданиятда ўзгаришлар ясаш учун асос яратиб бердики, бу нарса профилактик дастурларни жорий этиш, соғлом турмуш тарзини одат қилиш, артериал босим, холестерин миқдорини назорат қилиб бориш ва бошқалар орқали юрак-томир касалликларига дучор бўлиш ва улардан ўлиш ҳолларининг камайиши билан намоён бўлди.

Аҳолининг *саломатлик ҳолатини баҳолаш* ва ундаги ўзгаришларни кузатиб бориш моҳият эътибори билан кўпгина омилларга боғлиқдир. Саломатлик ҳолатини баҳолаш юзага келган вазиятни дастлаб тушуниб, тасвирлаб беришдир, у соғлиқни сақлаш хизматлари тўплаб борадиган маълумотлар асосида таркиб топади ва эмпирик тадқиқотлар ўтказиш учун зарур ишчи гипотезаларни ишлаб чиқишда муҳим ролни ўйнайди. Саломатлик ҳолатининг сифат даражасини мумкин қадар холисона қилиб аниқлаш учун қатъий расмийлаштирилган ва тартибга солинган ёндашув асосида миқдорий таҳлил ўтказиш зарур бўлади. Ана шундай ёндашувнинг методологик асосини эпидемиология яратиб берган.

Тиббий таъминот сифатини баҳолаш учун одатда қиёсий текшириш методи қўлланилади. Етакчи мутахассислар томонидан ишлаб чиқилиб, мазкур пайтда расм бўлган сифат нормалари ва стандартлар асос қилиб олинади. Тиббиётда ана шундай ёндашув, масалан, дори воситалари ва вакциналар ишлаб чиқариш технологиясида стандартларни аниқлашда расм бўлган, бунда «софлик ва бехатарликни» таъминлаш ва маҳсулот сифатини назорат қилиш механизмлари сифат устидан умумий назоратнинг бир қисми бўлиб ҳисобланади. Клиник тиббиётда касб маҳорати ва қонунчиликни таъминлаш соҳасидаги стандартлар тиббий хизматни таъминлашга даҳлдор маҳаллий омиллар ва шарт-шароитларни ҳисобга олиб туриб, етакчи мутахассислар томонидан қабул қилинган нормаларга мувофиқ белгиланади. Жамият соғлиғини сақлашда мазкур пайтда мавжуд бўлган жами стандартларга риоя қилинишини етакчи мамлакатлар ва халқаро ташкилотлар наздида соғлиқни сақлашнинг оптимал ҳолатини акс эттирувчи *«юқори сифатли тиббий таъминот амалиёти»* деб таърифлаш мумкин. Бу тушунча билан нимани аниқ кўзда тутилаётгани тўғрисида ягона бир фикр йўқлигига қарамай, қабул қилинган халқаро стандартлар соғлиқни сақлаш амалиётида йўналтирувчи ролни ўйнайди.

Эпидемиология фани жамоатчилик фикри орқали жамиятга таъсир ўтказиб боради. Кўпгина мамлакатларнинг сиёсатчилари ўз фаолиятида жамоатчилик фикрини йўналтиришдан кўра кўпроқ унга жавоб бериб боришади. Матбуот ва телевидениенинг эпидемиологик тадқиқотларга

ортиб бораётган қизиқиши жамоатчиликнинг бу фанга бўлган қизиқишини кучайтирди. Эпидемиология тобора кўпроқ ҳолларда ижтимоий сиёсатга таъсир ўтказадиган муҳим омил бўлиб ҳисобланади. ЖССТ нинг «ҳамма саломат бўлсин» дастури стратегияси кўпгина мамлакатларда саломатлик масалаларига доир сиёсатни белгилаш учун асос яратади.

Эпидемиология билан демография соғлиқни сақлаш сиёсатини белгилаб берадиган муҳим омиллардандир, лекин шу жиҳатдан улар яккаю-ягона эмас. Бунда молиявий таъминот, зарур кадрлар ва асбоб-ускуналар бўлиши, жамоатчилик фикри ва ҳукумат доираларининг иродаси ҳам катта роль ўйнайди. Эпидемиология, тиббий таъминотни молиялаштириш ва мавжуд ресурсларни тақсимлаш механизми соғлиқни сақлаш хизматларининг ривожланишига ва уларга қўйиладиган талабларга, шунингдек умуман соғлиқни сақлаш сиёсатига таъсир ўтказди. Ана шу омиллар мажмуасини таҳлил қилиш соғлиқни сақлаш системасининг энг мураккаб механизмларини бошқариш учун зарур билимларни тўплашга имкон беради. Аҳоли саломатлиги ҳолатини миқдорий ва эпидемиологик таҳлил билан баҳолаш натижалари, тиббий хизматни ташкил этиш ва таъминлаш тамойиллари, шунингдек умуман жамият саломатлигига тааллуқли омиллар Янги жамият соғлиғини сақлаш концепциясида бир бутун ҳолга келтирилиб, гавдалантирилади.

Соғлиқни сақлаш тизимлари қиммат турадиган ва мураккаб тизимлар ҳисобланади. Уларни бошқариб бориш учун ахборот зарур. Тескари алоқа механизмлари бўлмас экан, соғлиқни сақлаш тизими қотиб қолиб, ўтмиш тажрибаси асосида фаолият олиб борадиган бўлиб қолади, аҳолининг ўзгариб борадиган тиббий эҳтиёжлари ва иқтисодий детерминантлар тўғрисида тушунчага эга бўлмайди.

Ахборот ва уни тўғри таҳлил қилиш тиббий хизматни режалаштириш, ташкил этиш, бошқариш ва таъминлаб боришнинг асоси бўлиб хизмат қилади. Жараён бошланиши маълумотлар тўпланиб, аҳоли табиий ҳаракатланишининг асосий статистик кўрсаткичлари ҳамда инфекцион ва ноинфекцион касалликларнинг эпидемиологик кўрсаткичлари ҳисоблаб чиқиладигани, соғлиқни сақлашга доир аҳоли эҳтиёжларини аниқлаш учун шу нарса зарур бўлади. Сўнгра, тиббий хизматларнинг фаолиятини бошқариш ва уни назорат қилиб бориш учун зарур ахборот тизимлари яратилади. Аҳоли саломатлигининг ҳолатига алоқадор ҳодисаларни давлатлар, минтақалар ва жамоалар миқёсида кузатиб бориш жамоа соғлиғини сақлаш хизматлари соҳаларини белгилаш мақсадларида маълумотларни унификациялаш ва ишлаб чиқишга имкон берадиган ахборот тизимлари борлигига боғлиқдир, бу тиббий таъминот тизимларини назорат қилиш ва бошқариб боришнинг асосий омили бўлиб ҳисобланади.

Тиббий статистик адабиёт ва бошқа асарлар туфайли ахборотдан кўпчилик баҳраманд бўла олади. Соғлиқни сақлаш сиёсатини белгилаш аниқ ахборотни излаб топиш ва ундан оқилона фойдаланишни талаб этади. Тиббиёт ходимларнинг тегишли ахборотдан фойдалана билиш ва асосий маълумотларни ажратиб олиш кўникмаларини ҳосил қилиши уларнинг соғлиқни сақлаш чора-тадбирларининг тўғрилиги ва қанчалик таъсирчанлигини тушуниб олишлари учун ёрдам беради. Ахборот тизимлари бўлиши ва маълумотларни тўғри ишлаб чиқиб, тарқатиш бошқариш ишининг таъсирчан бўлиши учун жуда муҳим. Бундан ташқари, юқори савияни ва назорат остида сақлашни таъминлаш ҳар қандай соғлиқни сақлаш тизим фаолиятида асосий омиллардан бўлиб ҳисобланади. Ҳарбий операцияни ўтказиш учун разведка хизмати қанчалик муҳим бўлса, улар ҳам тизимнинг фаолият кўрсатиб бориши учун худди шунчалик муҳимдир. Ана шундай хизмат бўлмаса, соғлиқни сақлаш тизимининг улкан механизми гўёки қоронғида қолгандек адашиб юради.

Соғлиқни муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлаш дастурларини амалга оширишнинг воситаларидан бири соғлиқни сақлаш соҳасида замонавий статистик маълумотлар базасига асосланган ва эпидемиологик таҳлилнинг тўғри усулларида фойдаланишга имкон берадиган самарадорли ахборот тизимларини ривожлантиришдир.

Рефератлар мавзулари

1. Аҳолини рўйхатга олиш ва аҳоли демографик статистикасининг жамоат соғлиғини сақлаш учун аҳамияти.
2. Ўлим сабаблари, инфекция касалликлар билан оғриш ҳоллари ва саломатликка алоқадор бошқа ҳодисаларни албатта қайд қилиб бориш зарурлиги (мисоллар келтиринг).
3. Эпидемиология ва эпидемиологик текшириш методларининг таърифи.
4. Соғлиқни сақлаш сиёсатини шакллантиришда эпидемиологиянинг роли.
5. Эпидемиологияда популяцион ёндашув, гуруҳларга ажратиладиган аҳолининг характеристикалари ва белгилари.
6. Стандартлаштириш ва ундан фойдаланишга мисоллар.
7. Эпидемиологияда ишлатиладиган қуйидаги атама ва кўрсаткичларнинг таърифи (ўзбек ва инглиз тилларида): бирламчи ва умумий касалланиш; ўлим ҳолларининг стандартлаштирилган нисбати; умр узоқлиги; йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари; DALY.
8. Соғлиқ мониторингида ишлатилиши мумкин бўлган индикаторлар (касалланиш ва ўлим индикаторларидан ташқари).

9. Сезгирлик ва ўзига хослик, яъни спецификлик сингари эпидемиологик тушунчаларнинг асл маъноси ва қўлланиладиган соҳалари.
10. Эпидемиологик текширишлар натижаларининг ишончлилигини аниқлаш.
11. Эпидемиологик текширишларнинг асосий турлари.
12. Эпидемиологик текширишдаги потенциал хатолар манбаи.
13. Соғлиқни сақлаш тизимининг аҳоли соғлиғини тиклаш ва мустақамлашга доир фаолиятини баҳолашга имкон берадиган кўрсаткичлар.

Тавсия этиладиган адабиётлар

Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство /Лисицин Ю. П., Полунина Н. В., Отдельнова К. А. и др. Под ред. Лисицина Ю. П. М.: Медикосервис, 1998. 698 с.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-пересмотр. Женева: ВОЗ, 1995.

Случанко И. С., Церковный Г. Ф. Статистическая информация в управлении. М.: Медицина, 1983. 191 с.

Статистика здоровья и здравоохранения: РФ и США, избранные годы 1980-1993. Серия 5. Международные статистические отчеты по здоровью и здравоохранению. Т9. Национальный центр статистики здоровья США, декабрь 1995.

Атлас «Окружающая среда и здоровье населения России» /Ред. Фешбах. М. М.: ПАИМС, 1995.

Демографический ежегодник России. 1996 год: Стат. сб. М.: Госкомстат России, 1996. 554 с.

Демографический энциклопедический словарь /Ред. Валентей Д. И. (гл. ред.) и др. М.: Сов. энцикл., 1985. 608 с.

Обучение медицинской статистике. Двадцать конспектов лекций и семинаров /Ред. Лванг С. К., Чжо-ЕкТыэ. Женева: Медицина, 1989. 216 с.

Социальная медицина и организация здравоохранения /Ред. Серенко А. Ф., Ермаков В. В. М.: Медицина, 1984.

Ермаков С. П. Современные возможности интегральной оценки медико-демографических процессов. М.: Центр демографии РАН, 1996. 61 с.

Библиография

Black D. Deprivation and health. British Medical, 1993; 307: 1630-1631.

Centers for Disease Control. Proceedings of the 1992 International Symposium on Public Health Surveillance, December, 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report, Supplement, 1992; 41:1-28.

Feinleib M [editorial]. From information to knowledge: assimilating public health data. *American Journal of Public Health*, 1993;83: 1205-1207.

Fletcher RH. Clinical medicine meets modern epidemiology – and both for profit/ *Annals of Epidemiology*, 1992;2:325-333.

Fraser DW. Epidemiology as a liberal art. *The New England Journal of Medicine*, 1987;316:309-314.

Friedman GD. *Primer of Epidemiology*. Second edition. New York: McGraw-Hill Book Co., 1980.

Green LW, Richard L, Potvin L. Ecologic foundations of health promotion. *American journal of Health Promotion*. 1996;10:270-281.

Ibrahim MA. *Epidemiology and Health Policy*. Rockville MD: Aspen, 1985.

Last JM [ed]. *A Dictionary of Epidemiology*. Third edition. New York: Oxford University Press, 1995.

Lilienfeld DE. *Foundations of Epidemiology*. 3rd edition. New York: Oxford University Press, 1994.

MacMahon B, Pugh TF. *Epidemiology: Principles and Methods*. Boston: Little, Brown and Co., 1970.

Mausner JS, Bahn AK. *Epidemiology: An Introduction Text*. Philadelphia: WB Saunders Co., 1974.

Pearce, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. *American Journal of Public Health*, 1996;86:678-683.

Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms; and II. From black box to Chinese Boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 1996;86:668-673.

Abramson JH. *Survey Methods in Community Medicine*. Second Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1974.

Balmes J, Rempel D, Alexander M, Reiter R, Harrison R, Bernard B, Benner D, Cone J. Hospital records as a data source for occupational disease surveillance: a feasibility study. *American Journal of Industrial Medicine*. 1992;21:341-351.

Beagle R, Bonita R, Kjellstrom T. *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization, 1993.

Bennet S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World Health Statistics Quarterly*, 1991;44:98-114.

Bright M. The Demographic Base for Health Planning: in Reinke WA [ed]. Health Planning for Effective Management. Oxford: Oxford Univeristy Press, 1988.

Brown LJ, Barnett JR. Influence of bed supply and health care organization on regional and local patterns of diabetes related hospitalization. *Social Science and Medicine*, 1992;35:1157-1170.

Bunch C. Developing a hospital information strategy

Centers for Disease Control. 1992. Proceedings of the 1992 International Symposium on Public Health Surveillance, December 1992. Morbidity and

Mortality Weekly Report, Supplement, 41:1-218.

Dean, A. G., Dean, J. A., Burton, A. H., Dicker, R. C. 1990. EP1 Info, Version

5: A Word Processing Database and Statistics System for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta, GA: Centers for Disease Control.

Duncan, B. D. Rumel, D., Zedlmanwiocz, A., Mengue, S. S., Dos Santos, S., Dalmaz, A.

1995. Social inequality in mortality in Sao Paulo State, Brazil. *International Journal of Epidemiology*, 24:359 — 365.

Elliott, P. Cuzick, I., English, D., Stern, R. [eds]. 1992. Geographical and Environmental

Epidemiology: Methods for Small Area Studies. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen: Oxford University Press.

Gordis, L. 1996. *Epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders Co.

Gray, A. (ed). 1993. *World Health and Disease*. Milton Keynes: Open University Press.

Ibrahim, M. A. 1985. *Epidemiology and Health Policy*. Rockville, MD: Aspen. International Epidemiologic Association. 1996.

Kuller, I. H. [editorial]. 1995. The use of existing databases in morbidity and mortality studies. *American Journal of Public Health*, 85:1198-1199.

Lang, T., Duceimetiere P. 1995. Premature cardiovascular mortality in France: Divergent evolution between social categories from 1970 — 1990. *International Journal of Epidemiology*, 24:331-339.

Last J. M. (ed). 1995. *A Dictionary of Epidemiology*, Third Edition. New York: Oxford University Press.

ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРНИ ЎРГАНИШ ВА НАЗОРАТ ҚИЛИШ

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Инфекцион касалликларнинг табиати * Инфекцион касалликларнинг классификацияси * Шахсий ва коллектив иммунитет * Инфекцион касалликларга қарши кураш (эпидемияга қарши тадбирлар) * Эмлаш орқали олдини олса бўладиган инфекцион касалликлар * Вирусли инфекциялар * Пневмококк чақирадиган касалликлар * Эмлашнинг асосий дастурлари * Вакцинация сифатини назорат қилиш: иммунизациянинг ечилмаган ва мунозарали саволлари * Чечак қандай йўқотилди * Инфекцион касалликларни тугатиш ёки элиминацияси * Инфекциянинг янги юриши: сил * Стрептококклар чакирувчи касалликлар * зоонозлар * легионерлар касаллиги: касалхона ичи инфекцияси * Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар * Риккетсиозлар * Лайм касаллиги * Тропик касалликлар * Паразитозлар * Арбовирус инфекциялари * Энцефалитлар * Геморрагик иситма * Диареялар * ЎРВИ * Хулоса * Рефератлар мавзуси * Тавсия этиладиган адабиётлар * Библиография

Ўқув мақсадлари

- Талаба мазкур бобни ўрганганидан кейин қуйидагиларни бажара олади:
- инфекцион касалликларнинг асосий турлари билан ҳамда уларнинг тарқалиш йўли ва профилактика усуллари билан танишади
 - инфекцион касалликларни ўрганиш усуллари, эпидемиологик назорат тизими ва айрим инфекцияларни йўқотиш усулларини тушуниб етади
 - инфекцион касалликлар билан курашиш бўйича халқаро бой тажрибалар билан танишади ҳамда уларни ўз мамлакатида ижодий қўллади

Кириш

ХІХ асрда санитария ва гигиенанинг ривожланиши ҳамда санитария-гигиеник меъёрларнинг киритилиши жамоат соғлиғини сақлашнинг

ривожланишига олиб келди ва XX асрнинг биринчи ярмига келиб, атроф муҳит ва ижтимоий омилларнинг юқумли касалликлар тарқалишига олиб келувчи омилларини камайтиришга ҳамда айримларидан буткул қутулишга олиб келди.

Бугунги кунга келиб санитария-гигиеник шароитларни яхшилаш ва иммунизациянинг кенг йўлга қўйилиши натижасида юқумли касалликлар билан курашишда катта муваффақиятларга эришилганига қарамасдан, бу борада ҳали ечимини топмаган муаммолар жуда кўп.

Кўпинча эпидемиологик ҳолат тўлқинсимон бўлади; айрим касалликлар иккинчи даражага ўтиши, бутунлай йўқотилган деб ҳисобланганлари эса қайтиб пайдо бўлиши, янги инфекцион касалликлар пайдо бўлиши мумкин. Шу билан бир қаторда эски ва янги инфекцион касалликларга қарши самарали курашиш имконини берувчи янги технологиялар ривожланади.

Мазкур бобда инфекцион касалликларни баҳолаш ва назоратлашнинг айрим усуллари баён қилинган. Инфекцион касалликлар билан курашишнинг анъанавий йўналиши илмий ва амалий турларга бўлинади. Соғлиқни сақлашнинг бу соҳаси бугунги кунга келиб, жаҳон оммасининг диққат марказида турибди, чунки XX асрда жаҳоннинг турли ҳудудларида юқумли касалликлар ўчоқлари пайдо бўлиб турибди.

4.1 илова

ДАНИЕЛЬ ДЕФОНИНГ «ЎЛАТ ТАРҚАЛГАН ШАҲАР КУНДАЛИКЛАРИ» ДАН, 1723

1664-йил сентябри бошларида мен қўшнилардан Голландияга ўлатнинг оғир шакли тарқалганлигини эшитдим. Айниқса Амстердам ва Роттердамларда аҳвол оғир экан. Миш-мишларга қараганда ўлат Италия ва бошқа Ўртаер денгизи давлатларидан (масалан, Кипр) кириб келган эмиш. Хуллас Голландияда ўлат ўчоқлари пайдо бўлгани ҳақиқат.

* Июл ўрталарига келиб ўлат Лондоннинг ғарбий районида мен яшайётган шарқий қисмига тарқала бошлади. Шуни таъкидлаб ўтишим лозимки, шаҳарнинг эски қисмига ўлат деярли тарқалмади-Ламбет ва Саутукда ҳафта мобайнида бор-йўғи 28 та одам ўлди: Муқаддас Жилла ва Мартинларда эса 420 та одамнинг мурдаси топилди.

Шаҳардаги 1268 та ўлимнинг 900 таси ўлат орқали юзага келган.

Лондонда 1665 йили ёзилган ўлат эпидемияси юқумли касалликнинг эпидемиологик классификациясига мисол бўла олади. 80-90 йилларда

СПИД ва вабонинг Жанубий Америкада тарқалганлигини ҳам айнан шундай баён қилиш мумкин.

Юқумли касалликларнинг табиати

Юқумли касалликлар-специфик инфекцион агентлар ёки уларнинг токсинлари томонидан чақирилган касаллик бўлиб, касалланган одам, ҳайвон ёки жонсиз предмет-беморнинг буюмларидан қабул қилувчи хўжайинга ўтади. Инфекция бевосита одамдан одамга ўтиши, ёки оралик хўжайин (ҳайвон, тарқатувчи ёки жонсиз предмет) орқали ўтиши мумкин.

Инфекцион касалликлар инфекцион агентнинг касал одам, ҳайвон ёки жонсиз предмет-беморнинг буюмларидан бевосита ёки оралик хўжайин ҳайвон, ҳашарот ва бошқалардан юқади. Инфекцион касалликлар юқишнинг бевосита оқибати бўлиб, ёрқин клиник ёки субклиник шаклларда намоён бўлиши мумкин. Аксарият юқумли касалликлар жадал бошланиб ўткир характерга эга, тез авж олиб чўққисига етади ва орқага қайтади. Шу тариқа барча босқичларни ўтаб бўлади.

Аксарият инфекцион касалликларда патогенезнинг қуйидаги босқичларини фарқлаш мумкин:

- инфекция ташувчи билан контактда бўлиш ва юқиш
- симптомсиз босқич (инкубацион давр)
- клиник жиҳатдан намоён бўлиш ва жадал ривожланиш
- натижа (ремиссия, қайталаш, асоратланиш, ўлиш)

«Хўжайин-қўзгатувчи-муҳит» триадаси инфекцион касалликлар тарқалиш жараёнини англашга пойдевор тушунчадир.

«Хўжайин-агент-муҳит» модели

Бу моделга мувофиқ қўзгатувчи (касаллик чақирувчи агент) сезувчан хўжайин билан маълум муҳитда контактда бўлади ва касалликнинг юзага келишига сабаб бўлади. Бу фикр ХХ асрнинг ўрталарига қадар устун бўлиб қелди. Хўжайин-бу касаллик пайдо бўлиш эҳтимоли бор одам ёки ҳайвон, касаллик чақирувчи агент эса микроорганизм, ёки касалликнинг бевосита сабабидир. Муҳит эса хўжайинга, унинг сезувчанлигига таъсир қилувчи ташқи омилдир. Хўжайин-агент-муҳит модели аксарият юқумли касалликлар келиб чиқиши ва тарқалишини тушунтириб беради. Унда хўжайин организми-инфекцион агент орасидаги муносабатга асосий ўрин беради, ташқи муҳитга эса табиий вектор кўринишидаги воситачи вазифаси юклатилади. Муҳит деганда фақатгина инфекцион агентнинг хўжайинга ўтишига шароит яратувчи ҳудуд эмас, балки хўжайиннинг сезувчанлигига таъсир қилувчи қашшоқлик, саводхонликнинг паст бўлиши каби омиллар ҳам эътиборга олинади.

«Хўжайин-агент-муҳит» нинг кенгайтирилган модели

Ўткир юқумли ва хроник юқумсиз касалликлар эпидемиологиясига триаданинг кенгайтирилган модели катта таъсир кўрсатди. XX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб бу модел асосида ривожланган мамлакатлардаги муддатидан олдин ўлимга олиб келувчи хроник касалликларни чақирувчи омиллар ўрганила бошланди.

Хўжайинга, муҳитга ёки агентга таъсир кўрсатиш Янги Жамият Соғлиғини сақлашнинг асосий вазифаси ҳисобланади. Аниқ биологик агент-юқумли касалликнинг чақирувчиси-стериллаш, филтрлаш ёки ифлосланган сувни хлорлаш воситасида бартараф этилиши мумкин. Хўжайин организми эса иммунизациялаш воситасида ҳимояланиши, муҳит эса касаллик манбаи ҳисобланувчи ҳашаротлар ва жониворларни йўқотиш орқали зарарсизлантирилиши мумкин. Бу тадбирлар уйғунлашмаси алоҳида организмлар ва касалликларга нисбатан қўлланилиши мумкин.

Безгакни назорат қилиш беморларни даволаш усулларини излаш ва тарқатувчилар сонини (чивинларни) камайтириш орқали назорат қилинади. Силни назорат қилиш эса на фақат замонавий ташхислаш ва тегишли даволаш усулларини билишни, балки тиббий омиллардан ташқари ижтимоий омилларни, силга ҳамроҳ бўлган касалликларни ҳам ўз ичига олади. Наркомания, СПИД билан хасталаниш ҳам сил касаллигини даволашда катта қийинчиликларни келтириб чиқаради. Булардан ташқари беморни узоқ муддатлик даво курсини тўлиқ олганлиги назорат остида бўлиши керак. Сўнгги йилларда кенгайтирилган триада ноинфекцион касалликларни таҳлил қилиш ва назорат қилишда ҳам қўлланилмоқда. Бу триадани қўллаш мутахассислар учун катта имкониятларни келтириб чиқаради. Аммо уни қўллашнинг ижтимоий, ҳуқуқий ва маъмурий жиҳатдан мураккаб томонлари ҳам бор. Ноинфекцион касалликларни келтириб чиқарувчи кўплаб хавф омиллари сабаб-оқибат боғлиқликларини аниқлашда қийинчиликларни келтириб чиқаради, бу эса ўз навбатида қўшимча муаммони юзага келтиради. Масалан, бир томондан, кашандалик ўз-ўзидан ўпка ракини келтириб чиқарувчи хавфли омил ҳисобланса, бошқа томондан, асбест чангидан нафас олиш ҳам худди шундай хавфли омил ҳисобланади, табиийки кашандани ўраб турган ҳавода асбест чангининг кўп миқдорда бўлиши ўпка раки билан касалланиш эҳтимолини сезиларли даражада оширади. Ушбу қўшалок хатарни бартараф этиш учун баъзан кашандани чекишни ташлашидан кўра иш жойини ўзгартириш осонроқ бўлади.

Хўжайин-агент-муҳитнинг характеристикаси

| Хўжайин (индивидуа даражада) | Муҳит (популяцион даражада) | Агент |
|--|--|---|
| Жинс, ёш, генотип, турмуш тарзи, маълумоти, ижтимоий ҳолати, касби, хулқ- атвори | Биологик, жумладан: генетик, жисмоний, ижтимоий, иқтисодий, табиий- иқлим | Биологик: шу жумладан, озиқланиш типи, кимёвий, жисмоний, механик |

Шундай қилиб, хўжайин-агент-муҳит модели инфекцион ва ноинфекцион касалликлар муносабатини умумий тарзда ифодалаш имконини беради.

Вирулентлик ёки қўзғатувчининг патогенлиги — бу инфекцион (токсик, канцероген, тератоген) агентнинг сезувчан хўжайинда касаллик чақири олиш хусусиятига айтилади. Вирулентлик клиник намоён бўлиш ва леталлик билан характерланади. Хўжайин-агент билан зарарланган одам ёки жонивордир. Қўзғатувчи хўжайин организмга тушиб кўпайиши ва касаллик чақириши оқибатида касаллик юқади. Қўзғатувчи организмдан ташқарида касаллик чақирмасдан яшаши мумкин. Хўжайин организми қўзғатувчи учун кўпайиш ва тўпланиши учун табиий резервуар ҳисобланади. Содда жониворлар ва гижжалар ўзининг ривожланиш босқичида бир неча марталаб хўжайинни алмаштириши мумкин, аммо шунга қарамасдан қўзғатувчи кўпайиш босқичини ўтовчи организм, бош, личинка ёки жинссиз босқичини ўтовчи организм эса оралиқ хўжайин ҳисобланади.

Оралиқ (иккинчи даражали) хўжайин организмда қўзғатувчи бу босқичда яшаб қолади, аммо ривожланмайди.

Инфекция қўзғатувчиси-касаллик чақириш учун зарурий, аммо етарлича ривожланиш шароитига эга бўлмаган микроорганизмдир (баъзан касаллик юзага келиши учун қўшимча омиллар ва хўжайин мойиллиги зарур бўлади)

Резервуар-атроф муҳитнинг объекти бўлиб, унда инфекция қўзғатувчиси яшаб кўпаяди ва бевосита ёки билвосита хўжайин организмга ўтади.

Юқиш (трансмиссия) - инфекцион агентнинг ҳар қандай манбадан соғлом организмга ўтишидир.

Бевосита юқиш-ўпишиш, тишлаш, тегиш ва жинсий алоқа орқали, ёки йўталганда, акса урганда туфлаганда ҳаво томчи, йўли билан юз бериши мумкин.

Билвосита юқиш-беморнинг зарарланган буюмлари, ўрин-тўшаклари, гигиеник воситалар, коса-товоғи, ичимлик ёки қони орқали юз бериши мумкин, шунингдек ҳашаротлар чақиши, кемирувчилар тишлаши сабабларини ҳам инкор этиб бўлмайди. (бундай оралиқ хўжайин организмда қўзғатувчи кўпайгани билан унга зарар келтирмаслиги мумкин).

Вертикал ўтиш-туғма қизилча синдроми, СПИД, гонококкли офтальмия ва захмда кузатилади.

Ҳаво томчи йўл билан ўтиш-микроблар ва уларнинг зарраларини катта масофага чангланишидан юзага келади (туфлаганда, йўталганда, акса урганда).

Ташувчи воситасида юқиш-одамдан одамга ёки ҳайвондан одамга организмда агент кўпайиши мумкин бўлган бўғимоёқлилар воситасида юқишидир.

Контакт — бу одам ёки ҳайвоннинг инфекция тушган организмга тегиши оқибатида касаллик юқишидир.

Ташувчи-специфик агент учун манба бўлиб хизмат қилувчи ва айна пайтда касаллик аломати намоён бўлмаётган одам ёки ҳайвондир. Ташувчи инфекциянинг яширин шаклига эга бўлиши, хасталикнинг ўзи эса инкубацион, клиник ёки тузалаётган босқичларида бўлиши мумкин.

Инфекцион касалликларнинг классификацияси

Инфекцион касалликларни бир канча аломатларига кўра таснифлаш мумкин; қўзғатувчининг типига, юқиш йўли ва профилактика усулига кўра. Қўзғатувчиларнинг асосий типларига вируслар, микроблар ва содда жониворлар киради. Аксарият юқумли касалликлар қўзғатувчиси паразитлар бўлиб, ўз ривожланиш босқичларида хўжайин организмга кириб қолиши мумкин.

Юкумли касалликларнинг юқиш йўллари бўйича классификацияси

| Юқиш йўллари | Мисоллар |
|---|--|
| Ҳаво-томчи (аэрозоль) | Вирусли экзантемалар (қизамиқ), стрептококкли инфекцияцион касалликлар, респиратор инфекциялар, сил грипп, легионерлар касалликлари |
| Ичак (фекал орал) | Овқат инфекциялари, (салмонеллез, тиф, ботулизм, кампилобактер, листерия), сув орқали юқувчи инфекциялар (шигеллез, вабо, А гепатити, ротавируслар, аденовируслар, кристогпоридум, амебиаз) |
| Контакт | Мохов, импегито, қичима, куйдирги |
| Жинсий йўл билан | СПИД, заҳм, гонорея, таносил герпеси |
| Чақиш ёки укол (қон) Лор, қон ёки унинг суб станциялари | Ҳашарот чақиши (безгак, вирусли геморрагик лихорадка, шистосомоз ўлат, ҳайвонлар тишлаши орқали ((қутуриш): стерил бўлмаган асбоблар орқали юқувчи касалхона инфекциялари (СПИД, гепатит В, С: наркотикларни венага юбориш (СПИД, гепатит В) |
| Туғма (ҳомилдорлик даври) | Туғма қизилча синдроми, туғма заҳм, гонококкли офталмия, СПИД |

Шахсий ва жамоа иммунитет**Организмнинг инфекция қўзғатувчига реакцияси**

Организм қўзғатувчини ёт жисм сифатида қабул қилиб (антиген) ҳимоянинг барча кучларини, шу жумладан антитела ҳосил бўлишини ҳам сафарбар қилади.

Антиген-бу органик модда (оқсил, полисахарид, гликолипид, тўқима трансплантати) чақириш хусусиятига эга бўлган специфик иммун реакциясини чақиради. Хўжайин организмда антиген пайдо бўлиши вакцинация, инфекция тушиши, зарарланган овқатни қабул қилиш билан боғлиқ. Аутоиммун касалликлар организмнинг антигенга иммун реакцияси натижасида чақирилади.

Антигенлик-патоген микроорганизмларни хўжайин организмда антитела ишлаб чиқариш билан маҳаллий ёки тизимли иммун реакцияси чақиришидир. Антитела организмга она сути орқали пассив кириши ҳам мумкин. Антитела антигенни боғлаб организмда кўпайиши ва зарарли таъсир кўрсатишига тўсқинлик қилади.

Бустер-хўжайин организмнинг антиген билан қайта контактда бўлишидир. Бустер бирламчи иммунитет компонентларини ишлаб чиқиши

учун зарурдир. Кейинчалик антитела ишлаб чиқариш камая боради, қайта эмлаганда эса кучаяди.

Иммунитет-организмнинг антитела ишлаб чиқиши орқали инфекцияга қарши тура олиш қобилиятидир. Иммунитет патогеннинг табиий, заифлаштирилган, ёки ўлдирилган ҳолда организмга таъсир қилиши натижасида юзага келади. Буларга касалланиш ёки эмлаш орқали эришилади. Гуморал иммунитет В лимфоцитлар реакциясига асосланган бўлиб, у суяк кўмиги ва талоқда ишлаб чиқарилади: хужайра иммунитетни лимфоцитларга асосланган бўлиб тимусда ишлаб чиқарилади. Фагоцитоз-патогенларни фагоцитлар томонидан фаол қамраб олиниши ва зарарсизлантирилишидир. Орттирилган заиф иммунитет деб бир организмнинг бошқа организмдан тайёр иммунитетни олишига айтилади (масалан она сути билан). Вақтинчалик пассив иммунитет иммуноглобулинлар киритиш орқали пайдо бўлади.

Орттирилган табиий актив иммунитет-бошдан кечирилган касаллик натижасида антитела синтез бўлиши билан боғлиқ. Бундай ҳолатларда патоген билан қайта контактда бўлиш организм учун хавф тугдирмайди.

Орттирилган сунъий иммунитет-деб организмга иммун реакцияси ҳосил бўлиши учун патоген киритишга айтилади.

Иммунологияда шахсий иммунитет тушунчаси мавжуд, бунда иммунизациядан мақсад индивиддир. Иммунизация касалликка берилувчан индивидларни юқумли касалликларда тирик патоген микроорганизмлар ёки заифлаштирилган патогенлар киритиш орқали ҳимоя қилинади. (кўкйўталга, қоқшолга қарши).

Иммунологияда жамоа иммунитетни тушунчаси ҳам мавжуд. Жамоада бир инфекцияга қарши иммунитетни бор индивидлар сони кўп бўлиши шунга киради. Бундай ҳолатларда ҳатто организмда иммунитетни бўлмаган одамга ҳам патоген билан у контактда бўлишга қарамасдан хасталик юзага келмайди. Жамоа иммунитетининг иммунитетни йўқ индивидни ҳимоя қила олиш даражаси патоген микроорганизмнинг вирулентлигига боғлиқ.

Организмнинг инфекцион касалликларга қаршилиги тушунчаси хусусий иммунитетидан ташқари жинси, ёши, озиқланиши, ҳомиладорлик ёки жароҳатланиши борлиги, организмнинг заифлашиши, эмоционал ҳолати билан боғлиқ. Бу омилларнинг уйғунлашиши организмнинг инфекцион ва сурункали касалликларга мойиллигини белгилайди.

Эпидемик ва эндемик инфекцион касалликлар

Эпидемия деб инфекцияни географик ҳудуд ёки популяцияда ёппасига тарқалишига айтилади. Эпидемия деб ҳисобланувчи ҳолатлар сони инфекция характери ва популяцияда эпидемиологик ҳолатга боғлиқ. Агар регионда илгари учрамаган ҳолда полиомиелитнинг битта ҳолати ҳам

қайд этилса, касалликнинг юзлаб нопаралитик ёки субклиник ташувчилари борлигидан дарак беради. 90 йилларда қисқа вақт ичида бир ҳудудда бир неча қизамиқ ҳолатининг қайд этилиши эпидемия ўчоғи деб тушуниларди, чунки назорат зудликда қўлга олинмаса касаллик қисқа муддатда эпидемия тусига киради. Пандемия деб бир қанча давлат ёки қитъаларга инфекция тарқалишига айтилади. (СПИД).

Эндемик касалликлар деб бир ҳудудда айнан бир касалликнинг мунтазам аниқланиб турилиши ва касалланиш кўрсаткичлари бошқа ҳудудлардан ортиқ бўлишига айтилади. Гиперэндемия деб касалланиш кўрсаткичи ҳаддан ортиб кетишига, холоэндемия деб эса маълум касаллик билан болалик давридан бошлаб аҳолининг аксарият қисмини қамраб олишига айтилади (масалан айрим регионлардаги безгак ва гепатитнинг тарқалиши)

Эпидемиологик текшириш

Эпидемия ўчоқларида касаллик сабабларини қидириб топиш, касаллик ҳолатларини аниқлаш, лаборатория йўли билан исботлаш эпидемия динамикаси графигини тузиш каби кўплаб тадбирларни ўтказишни тақозо қилади. Ишчи гипотезасига асосан эпидемия манбалари ва сабабларига профилактик тадбирлар қўлланилади ва бир қанча вақтдан кейин эса уларнинг самарадорлиги баҳоланади. Гипотеза ишлаб чиқиш назорат ва қўшимча тадқиқотлар ўтказиш учун тадбирлар ўтказишга асосланади. Йиғилган ахборотлар ва тадқиқотлар натижасини соғлиқни сақлаш миллий идораларига берилиши бундай эпидемияларни ўхшаш регионларда пайдо бўлишини олдини олади.

4.2 илова

ЭПИДЕМИОЛОГИК ТЕКШИРИШНИНГ АСОСИЙ САВОЛЛАРИ

1. Инфекцион касаллик қачон аниқланди?
2. Ким ва қанча одам касалланган?
3. Касалликнинг клиник манзараси
4. Инфекцион касаллик қаерда пайдо бўлди
5. Мазкур инфекцион касаллик қандай омилларга боғлиқ (овқат, сув, контакт, ҳаво)
6. Хавф омилидаги қанча аҳоли хасталанди, қанчаси соғ қолди
7. Қандай профилактик тадбирлар ўтказиш мумкин
8. Эпидемия тарқалишини ва қайталанишини олдини олиш учун нималар қилиниши керак

Юқумли касаллик тўғрисида биринчи маълумот одатда бемор биринчи мурожат қилган амбулатория ёки касалхонада берилади. Биринчи касаллик ходисаси текширишни бошлаш учун асос бўлади. Бунда касаллик манбаи ва берилиш йўли тадқиқ қилинади. Айнан клиник шароитда биринчи бор туғма қизилча синдроми, СПИД, легионерлар касаллиги, Лайм касаллиги каби янги инфекцион хасталиклар аниқланган. Касалликнинг гайри табиий клиник манзараси шубҳа туғдириб тадқиқотлар ўтказилишга ва янги инфекцион касалликларни кашф этилишига сабаб бўлди.

АҚШ нинг касалликлар билан курашиш ва уларнинг профилактикаси билан шуғулланувчи маркази (КБСМ) ЖССТ билан биргаликда эпидемиологик тадқиқотлар ўтказиш учун мўлжалланган персонал компьютерлар дастурини ишлаб чиқди. Бу дастур бепул тарқатилади ва халқаро эпидемиологик амалиётда стандартга айланмоқда.

4.3 жадвал

ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР РЕЖАСИ

| Этап | Фаолият | Фаолият мазмуни |
|-----------------------|--|---|
| Илк маълумот олиш | Ҳолатни баҳолаш | Ташҳисни тасдиқлаш. Хавфли омиллар тўғрисида маълумотлар йиғиш (қаерда қачон, қанча, нима учун) |
| Режалаштириш | Эпидемия ўчоғига ташриф | Маҳаллий соғлиқни сақлаш органлари билан алоқа: маълумотлар йиғиш, лаборатор текширишлар ўтказиш: анкеталар тайёрлаш: ҳам-касабалар билан муҳокама: лаборатория тайёрлаш: маълумотлар эпидемиологик текширишлар учун дастури тайёрлаш: транспорт ва алоқани йўлга қўйиш |
| Текшириш | Диагностик намуналарнинг эпидемик истиқболлари | Қаерда, қачон, ким, нима, нима учун, қанча, ҳолатлар сонини аниқлаш ҳар бир ҳодиса-табиатнинг ягона тажрибаси Аҳоли учун хавф даражасини баҳолаш Ташҳисни тасдиқлаш Имкон борича эрта муддатларда максимал намуна йиғиш |
| Гипотезани олға суриш | Ҳодисани аниқлаш Ҳодисани топиш | Географик тарқалиши касалликнинг ҳар хил даражаси касалликлар тарқалишини аниқлаш эпидемия қия чизигини чизиш, тарқалиш тезлиги тенденциясини аниқлаш Манба, юқиш йўли, контакт тақсимланишини топиш Алоҳида ҳодисаларни ўрганиш Умумий омиллар (сув, овқат) |
| Баҳолаш | Гипотеза | Сабаб, агент (бир ёки бир неча). Вақт, жой ва контингентни аниқлаш Гипотезанинг ишончилиги |

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| Тадбирлар | Маҳаллий, регионал ва миллат даражасида хужжатлар | Давлатнинг тиббиётга алоқаси бўлмаган регионал маҳаллий муассасалари ҳамда соғлиқни сақлаш экология, полиция, жамоа ва нодавлат ташкилотларини жалб қилиш |
| Ҳисобот | | қўлланилган тадбирлар ҳақида ҳисобот маълумотларни чоп этиб тарқатиш, дастлабки ҳисобот, мониторинг |
| Эпидемия тарқалишининг олдини олиш | Текширишлар ва тавсия этиладиган кузатишлар | эпидемиянинг янги ўчоқларини олдини олиш учун мўлжалланган тадбирлар |

Инфекция билан курашиш бўйича эпидемиологик ҳисоботлар ҳафталик, ойлик ва йиллик қилиб тузилиши керак. Инфекцион касалликларни текшириш ва ҳисобот бериш миллий тизими ва маълумотларни чоп этиш юқумли ва юқумсиз касалликларни назорат қилишга имкон беради.

Инфекцион касалликларга қарши курашиш (эпидемияга қарши тадбирлар)

Инфекцион касалликлар тарқалишидан ҳимояланиш тизими

Юқумли касалликлар тарқалишига қарши ҳимоя тизими табиий ва сунъий иммунитетни, инфекцион агент юқишини олдини олишга қаратилган кўплаб тадбирларни, организм ҳимоя кучини оширишни ўз ичига олади. Дезинфекция патоген организмларни кимёвий антисептик моддалар (масалан хлорлаштирилган сув) ёки физик усуллар (қайнатиш, нурлаш) орқали амалга оширилади.

Бактериялар кўпайишига қарши кимёвий воситалар организмнинг табиий иммунитетига микроорганизм билан курашиш имконини беради. Кимёвий воситалар орасида антибиотиклар ва сульфаниламидлар айниқса машҳур бўлиб, улар тиббиётнинг энг улкан ютуқларидан ҳисобланади. Аммо шунга қарамасдан патоген микроорганизмлар антибиотикларга сезувчанлигини йўқотиши мумкин.

Инфекцион касалликлар билан курашиш методлари

Соғлиқни сақлаш тизимида инфекцион касалликларни олдини олишга қаратилган кўплаб (ичимлик сувини филтрлаш, хлорлаш, болалар ва катталарни иммунлаш каби) воситалар бор. Аҳолини гигиена масалалари

ва инфекцион касалликлар профилактикаси бўйича саводхонлигини ошириш назоратнинг муҳим турларидан бирига киради, нега деганда соғлиқни сақлаш тизими талабларини бажариш одамларнинг тиббий саводхонлиги даражасига боғлиқ ер йўқ. Бошқа томондан олиб қаралса, эпидемиологик назорат ахборотлар тизимисиз самара бермайди. Инфекцион касалликларнинг ҳар бири ўзига хос профилактик тизимни талаб қилсада, умумий назорат тизими ҳам мавжуд. Эпидемиологик мониторинг, лаборатория тасдиғи, ўчоқларни санитария инспекцияси, одамларнинг тиббий саводхонлигини ошириш ва иммунизациялаш шулар жумласига киради.

50 йиллардан бошлаб кўпгина ривожланган мамлакатларда бир қатор тадбирларни амалга ошириш натижасида инфекцион касалликлар билан курашишда катта муваффақиятларга эришилди: жамоат соғлиғини сақлаш тизимини ташкиллаштириш, антибиотиклар ва вакциналарни ўз вақтида синтез қилиш, аҳоли турмуш тарзини яхшилаш ва тиббий саводхонлигини ошириш шулар жумласига киради. Чечакни глобал миқёсда йўқотиш, аксарият инфекцион касалликлар ўчоғини бартараф қилиш каби муваффақиятларга эришилаётганлигига қарамасдан, сил ва СПИД каби хасталиклар шифокорларни ҳанузгача ташвишлантириб келмоқда. Сўнгги йилларда аксарият юқумли касалликларнинг чақирувчилари антибиотикларга кам сезувчан бўлиб бораётганлиги ҳам ташвишли ҳолдир.

4.4 Жадвал

Инфекцион касалликлар, кўзгатувчилар, профилактика ва назорат усуллари

| Профилактика ва назорат | Вируслар | Бактериялар | Паразитлар ва содда жониворлар |
|--|--|---|---|
| Вакцинация | Полиомиелит, қизамик, қизилча, паротит, грипп, Вгепатити, сувчечак, А гепатити | Дифтерия, кўкйўтал, қоқшол, сил, куйдирги, бруцеллез, пневмококкли пневмония. В гемофил инфлюэнцаси | — |
| Ташувчилар ва юқиш йўллари нозорат қилиш | Чивинлар ва каналар орқали юқадиган А гепатити, ротавируслар, полиомиелит, арбовируслар, | Салмонеллез, шигеллез вабо, легионерлар касалликлари, бруцеллез, сил | Безгак, онхоцеркоз, дракункулёз, шистосомоз, гельминтоз |
| Тиббий йўл билан юқишнинг олдини олиш | СПИД, Вгепатити | Стафилококк | — |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Хонаки ва қишлоқ хўжалиги ҳайвонларини назоратлаш Даволаш | Кутуриш Цитомегаловируслар | Бруцеллез, салмонеллез, колиформалар Сил, венерик касалликлар | Гельминтозлар Малярия, гельминтоз, дракункулёз, онхоцеркоз, шистосомоз |
| Тиббий саводхонликни ошириш, яшаш тарзини ўзгартириш | СПИД, Вгепатити | Диареяли ва венерик касалликлар | Безгак, қичима онхоцеркоз дракункулёз |

Инфекцион касалликлар назоратини ташкиллаштириш

Инфекцион касалликларни тўғри назорат қилиш учун ахборотлар тизими ва яхши йўлга қўйилган эпидемиологик назорат база бўлиб хизмат қилади. Давлат регионларидаги эпидемиологик аҳвол тўғрисида мунтазам ҳисоботлар тайёрланиши лозим.

4.3 илова

КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КУРАШИШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ФЕДЕРАЛ МАРКАЗ (КБКМ)

КБКМ 1942 йили АҚШ соғлиқни сақлаш Федерал хизмати қошида ҳарбий ҳаракатлар зонасида безгакни назорат қилиш учун ташкил этилган эди. Кейинчалик унинг фаолияти кенгайди ва 1993 йилга келиб бюджети 1.5 млрд долларга, ходимларининг сони эса 7300 тага етди, булар эпидемиологлар, микробиологлар ва бошқа касб эгалари.

КБКМ нинг таркибига қуйидаги институтлар киради: атроф муҳит ва травматизм, хроник касалликларнинг профилактикаси ва саломатликни мустаҳкамлаш: инфекцион касалликлар: профилактик тиббиёт; меҳнатни муҳофаза қилиш ва профессионал касалликлар: тиббий статистика: халқаро эпидемиология

КБКМ таркибига ёш клиницистларни эпидемиология соҳаси бўйича стажировкасини ташкил этиш билан шуғуланувчи эпидемиологик разведка хизмати ҳам киради.

КБКМ «Касалланиш ва ўлимнинг ҳафталик доклади» номли муҳим халқаро эпидемиологик ахборот манбаи ҳисобланган. КБКМ, ЖССТ ва бошқа тиббий ташкилотларнинг шарҳларига асосланган ҳолда АҚШ да бошқа давлатларда чоп этади

Соғлиқни сақлаш тизимидаги марказий талаб-барча манфаатдорлар учун инфекциян касалликлар тарқалиш эҳтимоли билан боғлиқ тиббий ва гигиеник маълумотларни йиғиш ва тарқатишдир. Бунда бирламчи маълумотни етказувчи қўйи звенодаги ходимлар учун янада юқорироқ даражадаги (округ, штат, давлат) соғлиқни сақлаш органлари билан тескари қайта алоқа бўлишининг аҳамияти катта. Давлат соғлиқни сақлаш хизмати томонидан ўтказиладиган эпидемиологик таҳлил нодавлат ташкилотлар томонидан аҳолининг айрим қатламлари учун йиғилган тиббий демографик маълумотлар билан тўлдирилиши лозим. Бу материалларнинг ҳаммаси мунтазам чоп этилиб тиббий мактаблар ва университетларнинг ўқув мақсадлар ва илмий ходимлари учун етказилиши керак. Бир қанча касалликлар борки, улар ҳақида врач юқумлилиги, хавфлилиги ва тарқалиш даражаси ҳақида миллий ёки маҳаллий соғлиқни сақлаш ташкилотларига ахборот бериб туриши лозим.

Эмлаш орқали олди олинадиган инфекциян касалликлар

Вакцина касаллик юқиш эҳтимоли бўлган организмга иммун тизимини ҳосил қилиш учун киритилади. Тўлиқ иммунизация учун 100% вакцинация лозим, аҳолининг 90% қисми эмланадиган бўлса инфекциян касаллик ўчоғи пайдо бўлиши учун шароит пайдо бўлади. Иммунизация билан қамраб олиш кўрсаткичи пропорцияда ифодаланади, бунда суратда маълум ёшдаги эмланган одамлар, махражда эса йил мобайнида шу ёшдаги одамлар сони кўрсатилади. Масалан, бир ёшгача бўлган болаларни эмлаш даражасини қўйидаги формула билан топиш мумкин:

$$\text{Иммунлаш даражаси} = \frac{\text{иммунизацияланган болалар сони}}{\text{шу ёшдаги болалар сони}} 100\%$$

Ҳозирги пайтда ҳамма, юқумли касалликларни ҳам эмлаш орқали олдини олиб бўлмайди. Кўзгатувчининг бошқа штамми билан контактда бўлган хўжайин янги штаммларга нисбатан заиф иммунитетли бўлиши мумкин. А-грипп вируси штаммининг ўзгариши грипп эпидемиялари ва пандемияларининг бот бот такрорланиб туришига сабаб бўлмоқди. Полимерит вирусининг янги штамлари эскиларига ўхшайди, шу боисдан ҳам биттасига орттирилган иммунитет бошқаларининг ҳам юқмаслигига сабаб бўлади. Ҳозирги пайтда мавжуд вакциналар миллионлаб болалар ва катталарнинг ҳаётини сақлаб қолиши ва турмуш сифатини яхшилаши мумкин. Эмлаш соғлиқни сақлашнинг энг арзон тадбирига киради, аммо маблағларнинг мувофиқ тақсимланишига катта эътибор бериш лозим. В гепатити вакцинасини янги технологиялар асосида ишлаб чиқариш келажакда бу касаллик билан самарали курашиш имконларини кенгайтиради.

АҚШда эмлаш орқали баргараф этиладиган юқумли касалликлар билан бирламчи касаланишлар сони, 1950-1995 йиллар мобайнида 100 минг киши ҳисобида

| Касаллик | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1085 | 1990 | 1995 |
|-------------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|
| Бўғма | 3.8 | 05 | 0.2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| В гепатит | - | - | 4.1 | 8.4 | 11.5 | 8.5 | 4.2 |
| Полиомиелит | 22.0 | 1.8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Паротит | - | - | 55.6 | 3.9 | 1.3 | 2.2 | 0.4 |
| Кўк-йўтал | 79.8 | 8.2 | 2.1 | 0.8 | 1.5 | 1.8 | 2.0 |
| Қизилча | - | - | 27.8 | 1.7 | 0.3 | 0.5 | 0.1 |
| Қизамиқ | 211.0 | 254.0 | 23.2 | 6.0 | 1.2 | 11.2 | 0.1 |
| Сувчечак | - | - | 96.7 | 123.0 | 120.0 | 118.0 | |

Ривожланаётган давлатларда болаларни эмлаш даражаси ҳам кескин ортмоқда: 1980-йилда БЦЖ билан эмлаш 31%ни, 1990 йилда эса 85%ни ташкил қилди. Қоқшолга қарши эмлаш эса мувофиқ равишда 24%дан 80%гача кўпайди. Аммо 1991 йилдан кейин Африканинг Сахарадан жанубда жойлашган давлатларида эмлаш даражаси анча пасайди, бу эса келажакда юқумли касалликларнинг янги ўчоқларини пайдо қилиши мумкин.

ЖССТ ва ЮНИСЕФ томонидан ўтказилаётган «Саломатлик ҳамма учун» дастурининг узвий қисми қизамиқ, бўғма, полиомиелит, кўкйўтал ва қоқшолга қарши эмлашдир. Дастурнинг кенгайтирилган вариантда сариқ иситма ва В гепатитига ҳам қарши эмлаш ҳамда йод ва А витамини танқислигини баргараф этиш ҳам кўзда тутилган.

Бўғма

Бўғма-жиддий касаллик бўлиб, яширин даври 2-5 кунни ташкил этгани ҳолда юқори нафас йўллари яллиғлайди. Бўғма киши вақти учун характерли бўлиб, бир хўжайиндан бошқасига тез ўтиши билан ифодаланади. Вакцинация ва антибиотиклар даврига қадар бўғма энг кенг тарқалган болалар касаллиги бўлиб, кўплаб ўлимга сабаб бўлган. 40-йиллардан бошлаб эмлаш йўлга қўйилганидан кейин бўғма билан касалланиш кескин камайди, аммо шунга қарамасдан сўнгги йилларда Россия, Буюк Британия, Швеция каби айрим давлатларда катталар орасида бу касаллик тез тез учрамоқда. Буни кейинги йилларда эмлашнинг камайганлиги билан изоҳлаш мумкин.

БЎҒМАГА ҚАРШИ ТЎҒРИ ЭМЛАШ

1. Ҳаётнинг биринчи йилида АКДС нинг 4 дозаси
2. Мактабга боришдан олдин 1 доза (бустер)
3. 16-18 ёшда бир доза (бустер)
4. Катталарга ҳар 10 йилда 1 доза (бустер)

50-80 йилларда эмлашнинг босқичма босқич ўтказилиши натижасида Россия ва собиқ совет республикаларида бўғма билан касалланиш кескин камайди, аммо Россияда бустер эмлашлари ўтказилмаганлиги боис касаллик учоклари қайта пайдо булди. ҳозирги аҳволни тўғрилаш учун катталарга ҳам ДС эмлаши ўтказилиши керак.

Бундан ташқари эмлаш схемасини ҳам кучайтириш керак: бола ҳаётининг биринчи йилида 4 доза, мактабга боришдан ва битиришдан олдин 1 дозадан ва катталарга ҳар 10 йилда 1 доза эмлаш лозим. Бундай эмлаш схемаси халқаро стандартларга мосдир.

Кўкйўтал

Кўкйўтал - нафас йўлларининг ўткир микробли касаллигидир. Унинг катарал давридан сўнг қаттиқ йўтал бошланади ва аста секинлик билан кучайиб 2 ойгача давом этади. Хуружлари оғир шаклга эга бўлиб, хурганга ўхшаган йўталлар орасида хуштаксимон товушлар эшитилади. Иммунитети заиф болаларда зотилжам ривожланиб ўлим билан тугаши мумкин.

Кўкйўтал болалигида заиф иммунизацияланган аҳоли гуруҳини кўпроқ касаллантиради. (АКДСнинг 3 дозасидан кам). АҚШ да 2 ёшгача бўлган болаларнинг 70% қисми эмланган, 1993 йилда йирик кўкйўтал эпидемияси кузатилди. 1993 йил АҚШ да бу касалликнинг охириги 30 йилдаги энг катта касалланиш кўрсаткичи кузатилди, аммо бу кўрсаткич эмлаш давридан олдинги (1948) кўрсаткичларга қараганда 96% га камдир. Муаммонинг бошқа томони ҳам бор, охириги йилларда касалланганларнинг фақат 10% га яқинигина соғлиқни сақлаш статистик хизмати томонидан қайд этилмоқда.

Қоқшол

Қоқшол жароҳатланган жойда анаэроб кўпаювчи қоқшол бацилланиннинг экзотоксини томонидан чақирилувчи ўткир касаллик бўлиб, кучли

мушак тортишишлари билан намоён бўлади ва 30-90% ҳолда ўлим билан тугайди, леталлик кўрсаткичи ёш болалар ва кексалар орасида жуда юқори.

Қоқшолга қарши зардоб 1890 йилда, анатоксин эса 1933 йилда топилган. Биринчи Жаҳон уруши даврида қоқшолга қарши зардоб минглаб одамларнинг ҳаётини сақлаб қолган. Қоқшолни фақат эмлаш билангина бартараф қилиш мумкин, аммо уни бутунлай ер юзидан йўқотиб юборишнинг асло имкони йўқ, нега деганда у тупроқда, ва бошқа табиий муҳитда жуда кўплаб учрайди. Чақалоқлик ва мактаб ёшида бир неча марталаб, катталарда эса ҳар 10 йилда бир марта эмлаш орқали қоқшол юқиш хавфини бутунлай йўқотиш мумкин. 1981-91 йиллар мобайнида ҳомиладорларни қоқшолга қарши 2 доза билан эмлаш 14% гача ошди ва бу кўрсаткич барча ҳомиладорларнинг 54% қисмини ташкил этди. Болалар муаммолари бўйича 1990-йилда ўтказилиган халқаро кенгаш 2000 йилга чақалоқлар қоқшолини бутунлай йўқотишни мақсад қилиб қўйганди. 90 йилда ЮНИСЕФ да қилинган маърузага кўра бу касалликдан ўлган чақалоқлар сони 600 мингни, оналар сони эса 50 мингни ташкил этган. Ҳомиладорларни эмлаш 50% ни ташкил этган, аммо бу жуда кичик кўрсаткичдир. Чунки қоқшол СПИД дан ҳам кўпроқ инсон умрини олиб кетмоқда.

Қизамиқ

Қизамиққа қарши вакцина пайдо бўлгунча бутун ер шари бўйлаб кенг тарқалган эди, ҳатто бугунги кунда ҳам ўлим ва ногиронлик кўрсаткичи бўйича энг кўп тарқалган болалар инфекциясига киради. 1992-йилда ЮНИСЕФ томонидан қилинган маърузага кўра 5 ёшгача бўлган 1.1 млн бола қизамиқдан ўлган, бу кўрсаткич 1983 йилда 2.5 млн ни ташкил қилган эди.

Қизамиқ айниқса чақалоқлар ва катталарда оғир, болаларда эса бир мунча энгил кечади. Ривожланаётган давлатларда қизамиқ асоратлари энцефалит ва зотилжам билан асоратланиши айниқса кўп учрайди. Қизамиқ ер шарида глобал муаммолардан бири бўлиб турибди. Айниқса кам ривожланган давлатларда у жиддий муаммоларни келтириб чиқармоқда. Шунингдек ривожланган давлатларда ҳам қизамиқ ҳали бутунлай бартараф этилмаган, чунки бир марталик эмлаш етарли эмас экан.

Қизамиққа қарши эмлаш сиёсати турли йилларда турлича олиб борилди. Илк марта эмлаш 1960 йилда йўлга қўйилган, 1963 йилда лицензияланган аъло даражали тирик вакцина бор-йўғи 4-8% ҳолда ҳимоя антителасини ишлаб чиқара олмади. АҚШда касалланиш 97% гача камайди, аммо 80 йилларга келиб АҚШ мактаб ва институтларида бир қанча қизамиқ эпидемия ўчоқлари кузатилди. Шундан кейин мактабга

боришдан аввал бир марта қўшимча эмлаш таклиф қилинди. Шундай қилиб 1989-йилдан бошлаб АҚШ да, 1993 йилдан бошлаб Канадада икки марталик эмлашга ўтилди. Янги асрнинг энг катта мақсадларидан бири қизамиқни ер юзидан бутунлай йўқотишдир.

Полиомиелит

Полиомиелит ўткир вирусли касаллик бўлиб, РНК вирус томонидан чақирилади. У асептик менингитнинг оғир даражаси, шол ва ўлим билан намоён бўлиши мумкин. Полиомиелит билан оғриганлар аксарият ҳолда фалаж бўлиб қоладилар. Касаллик асосан контакт йўли билан юқади. 40-50-йилларда касаллик ёппасига тарқалиб аҳолини ваҳимага солган эди. Унга қарши илк вакцина АҚШ да Д. Солк томонидан ишлаб чиқарилган бўлиб, 50 йилларда Альберт Сэбин янги тирик заифлаштирилган вакцинани ишлаб чиқарди, уни қўллаш ҳам ўнғай ҳам арзон эканлиги намоён бўлди. Кейинчалик бу иккала вакцина голланд Ван Вецел томонидан такомиллаштирилиб бугунги кунда бутун дунёда кенг қўлланилмоқда.

Учламчи орал поливакцина заифлаштирилган тирик вируслардан тайёрланади ва гуморал ҳамда ҳужайра иммунитетини рағбатлантиради. Қонда бу поливакцинани айланиб юриши ревакцинация самарасини беради ва жамоа иммунитетини юзага келтиради. Бу вакцинанинг камчилиги шундан иборатки, айрим ҳолларда полиомиелитнинг оғир клиник шаклини келтириб чиқаради. Ҳар йили АҚШ бўйича вакцинациянинг асорати сифатида 8-10 та полиомиелит касаллиги юзага келади. Барқарор иммунитет ҳосил қилиш учун қайта вакцинация қилиш лозим, аммо баъзан 3-4 марталик қайта эмлашдан кейин ҳам касалликнинг ёввойи вирус чақирадиган тури билан оғриш мумкин. Аммо шунга қарамасдан вакцинациянинг бу тури ўзига юклатилган вазифани тўлиқ оқлади дейиш мумкин. Вакцинациянинг афзаллиги тўғрисида мутахассислар орасида қарама-қарши фикрлар борлигига қарамасдан учламчи орал поливакцина жаҳонда энг кўп қўлланилмоқда. Аммо кучайтирилган ўлдирилган поливакцинани қўллаш ҳам ҳанузгача давом этмоқда. 80 йилларда Исроилда вакцинанинг иккала тури ҳам уйғунлаштирилиб қўлланилиши оқибатида касалланишни анча камайишига олиб келди. Серологик реакциялар иккала вакцинани ҳам олган болаларда фақат кучайтирилган ўлдирилган вакцина олганларга қараганда яхшироқ иммунитет пайдо бўлганлигини кўрсатди. Кучайтирилган вакцина антителанинг юқори концентрациясини ҳосил қилади ва асорат чақирмайди.

Бугунги кунда қайси вакцинани қўллаш тўғрисидаги мунозаралар тўхтагани йўқ. Шимолий ва Жанубий Америкада учламчи орал поливакцина айниқса кенг қўлланилмоқда. Айрим олимларнинг фикрларига кўра вакцинанинг фақат битта турини қўллаш билангина полиомиелитни ер юзидан бутунлай йўқотиб юбориш имкони йўқ.

Паротит

Паротит- парамиксовируслар томонидан чақириладиган ўткир вирусли касаллик бўлиб, юқори ҳарорат, қулоқ атрофи сулак безларининг яллиғланиши билан характерланади, баъзан унга тонзиллитларнинг ҳам қўшилиб келиши кузатилади. Бундан ташқари 30% гача ҳолларда мойкнинг, 5% ҳолларда эса аёлларда тухумдоннинг яллиғланиши билан кечади. 1000 та касалликнинг 5 таси асептик менингит ёки энцефалит билан асоратланади ва у 1,4% леталликка олиб келади. Кам учрайдиган асоратларга панкреатит, неврит, карлик, нефрит, перикардит киради. 1957 йилгача туғилганларнинг кўпчилигида паротитга нисбатан туғма иммунитет кузатилди. Унга қарши заифлаштирилган моновакцина ва қизамиқ, паротит ва қизилчага қарши учламчи вакцина кенг қўлланилади. Эмлаш ҳаётнинг 12-15 ойларида, 6 ёшда ва 12 ёшда қилинади. Эмлаш натижасида паротит инсониятга унчалик хавф туғдирмай қолди ва яқин келажакда бутунлай бартараф этилишига умид бор.

Қизилча

Қизилча умуман олганда унчалик ҳам оғир бўлмаган юқумли касаллик бўлиб, экзантемалари билан ўхшашлиги учун кўп ҳолларда қизамиқ билан адаштиришади. Яширин даври субфебрил ҳарорат, умумий аҳволнинг ёмонлашиши, лимфа безларининг катталашиши билан ифодаланиб 15-18 кунгача давом этади. Бу инфекциянинг соғлиқни сақлаш учун муаммоли жиҳати аёлларда ҳомиладорликда болалар кўп ҳолларда асоратлар билан туғилиши мумкин. Биринчи марта аёллар қизилча билан касалланса бу ҳолат инглиз офтальмологи Норман Грегг томонидан аниқланган бўлиб у қизилча билан оғриган ҳомиладорлардан туғма катаракта билан бола туғилишини исботлади. Кейинчалик бу борадаги тадқиқотлар қизилча билан боғлиқ бўлган туғма асоратлар спектри кенглигини ва уларга карлик, глаукома, микроцефалия, юрак нуқсонлари кириши исботланди. Туғма нуқсонлар бола туғилган заҳотиёқ юзага келиши мумкин, аммо қандли диабет каби асорат бир неча ойлардан кейин билинади. Тирик заифлаштирилган вакцина 1969 йили яратилган, унга қадар ҳар 6-9 йилда касаллик эндемик тарзда тез-тез қайд этилиб турди. 70-йиллардан бошлаб

кенг қамровли иммунизация қўлланилди ва қизилча билан оғриш кескин камайди. 1978 йилда қизилча эпидемиясидан сўнг туғма қизилча синдроми 1976-78, 1988-1990 йилларда кўпайди. АҚШ даги амишей диний сектаси иштирокчилари эмланишдан бутунлай бош тортганликлари сабабли улар орасида туғма қизилчанинг 7 та ҳодисаси қайд этилди.

Қизилча билан турли давлатларда турлича курашилган. Масалан, Буюк Британияда 80 йилларда 12 ёшдан катта қизларни иммунизациялаш мажбурий бўлган. Бундан ташқари албатта ҳомиладорликдан аввал текширилган. Агар қизилча билан оғриган бўлса ҳомиладорлик тўхтатилган. Энг яхши эмлаш чақалоқлик ва мактаб олди даврларида қизамиқ-паротит ва қизилчага қарши учламчи вакцинани қўллашдир.

4.5 илова

ТУҒМА ҚИЗИЛЧА СИНДРОМИНИ ТУГАТИШ

1. Иммунизация дастурини яхши ташкиллаштириш.
2. Ҳаётнинг биринчи икки йилида иммунизация даражасини ошириш.
3. Мактабга қайси ёшда боришидан қатъий назар икки доза вакцина билан эмлаш.
4. Қизилчага қарши икки доза олмаганларни мактабни тугатиш даврида мажбурий эмлаш.
5. Мактаб, коллеж, қамоқхона, армия, ётоқхона, интернатлар учун профилактик дастурлар ишлаб чиқиш.
6. Турли диний оқимлар орасида қизилчага қарши иммунизацияланишни кучайтириш.
7. Мигрантлар билан алоқада бўлган гуруҳларда вакцинациялашни рабатлантириш.

Қизилчанинг профилактикаси ўзини оқлайди ва туғма қизилча синдроми каби оилага ва давлатга катта зарар келтирувчи касалликларни олдини олади. Иқтисодий жиҳатдан ҳам профилактик тадбирлар ўзини оқлайди, чунки туғма қизилча натижасида пайдо бўлган ногиронни бир умр даволаш давлатга катта зафар келтиради.

Вирусли инфекциялар

Гепатитлар

Вирус касалликларининг бу гуруҳи ўзининг клиник-эпидемиологик ва вирусологик характеристикасига кўра бир неча гепатит турларини ўз ичига олади. Соғлиқни сақлаш тизими учун уни бу касалликлар қанча

кўп учраши ва оғир асоратлар билан кечиши билангина эмас, балки уни профилактика йўли билан олдини олиш имкони борлиги учун ҳам аҳамиятлидир.

A гепатити

A гепатити аксарият давлатларда эндемик бўлиб, сўнгги йилларда аҳолининг санитария даражаси ошиши билан анча кам учрамоқда. Шунга қарамадан ривожланаётган давлатларда ёшлар орасида нисбатан кўп учрамоқда. Санитария шароити ёмон давлатларда касаллик эндемик бўлиб яширин шакллари ҳам кўп учраб туради. Касалликнинг манбаи бўлиб хасталанган одам, айрим ҳолларда приматлар рол ўйнайди. Касалликнинг профилактикаси ичимлик сувини хлорлаш, овқат маҳсулотларини назорат қилиш, болалар муассасаларида тозаликни сақлаш, шахсий гигиенага риоя қилиш, вирус ташувчилар билан контактда бўлганларга иммуноглобулин қўллашни ўз ичига олади. Ҳозирги пайтда A гепатитига қарши вакцинага лицензия олинган бўлиб, 2000 йилдан бошлаб мажбурий режага киритилган.

B гепатити

Илгарилари B гепатитни қўзғатувчиси қонда мунтазам айланиб юради, шунинг учун унинг юқиши фақат қон қуйиш, инъекция қилиш, очик жароҳат орқали юз беради деб ҳисобланарди. Аммо бугунги кунда вирус ташувчининг барча биологик суюқликларида мавжудлиги аниқланиб, у жинсий йўл билан ҳамда эмизиш йўли билан ҳам юқиши мумкинлиги исботланган. Шунинг учун ҳам B гепатит айрим давлатлар учун эндемик бўлиб унинг частотаси турмуш даражасига тескари пропорционалдир. Барча донор қонларини Австралия антигенига текшириш, қон қуйишда касаллик юқишининг олдини олади.

Касалликнинг симптомларига: иштаҳа сусайиши, кўнгил айнаши ва қусиш, қорин оғриғи, тери ва кўз оқининг сарғайиши киради. Айрим ҳолларда хасталик жадал ривожланиб жигар некрози ва ўлим билан тугалланади. Касалликни бошдан кечирганлар аксарият ҳолларда ташувчига айланиб қолади. Бугунги кунда АҚШ аҳолисининг 1%, дунёнинг айрим регионларида 20% B гепатити вирусини ташувчилар ҳисобланади. Ривожланган давлатларда гомосексуалистлар, наркоманлар, жинсий жуфтини тез-тез алмаштирувчилар, турма хизматчилари, маҳбуслар, қон қуйиш марказининг ходимлари хавфли гуруҳлар қаторига киради. Ташувчиларда гепатоцеллюляр рак ривожланиш эҳтимоли юқори бўлади. B гепатити жаҳонда кенг тарқалган бўлиб, 80% дан ортиқ бирламчи жигар

ракининг сабабчиси ҳисобланади. Олимлар фикрича В гепатити канцерогенлиги жиҳати бўйича чекишдан кейинги иккинчи ўринда туради. Россия ва Хитойда В гепатитининг кўп учрашига олиб келувчи сабаблардан бири-бир марталиқ шприцнинг етарли эмаслигидандир. Жаҳонда 350 млн дан ортиқ В гепатити ташувчилари бор бўлиб, улардан ҳар йили 1.5 млн нафари цирроз ва жигар ракидан ўлиб кетади.

Сўнгги йилларда В гепатитга қарши заифлаштирилган вакцинанинг иккита типи мавжуд. Биринчи типиде вирус ташувчиларнинг қонидан олиниб инактивацияланади, иккинчиси эса вирус геномини рекомбинация қилиш йўли билан олинади. Иккинчи тури анча арзон бўлиб бир ёшгача болаларни иммунизация қилишда кенг қўлланилади.

С гепатити

Гепатитнинг бу тури узоқ муддат А ҳам, В ҳам бўлмаган гепатит деб юритилганди. Унинг аломатларига қайфиятнинг ёмонлашиши, иштаҳанинг бузилиши, кўнгил айнаши, қусиш, сарғайиш киради. Касаллик А ва В шаклига кўра энгилроқ кечса ҳам, сурункали шаклга ўтиши кўпроқ кузатилади. Қон препаратлари орқали юқиши ва умумий шприц қўлланилганида ўтиши исботланган. Шунингдек оилавий ҳамда жинсий йўл билан юқиши ҳам мумкин. Осиёнинг Ҳиндистон ва бошқа регионларида фекал-орал йўл билан юқиши аниқланган. Сунъий иммунитетни кучайтириш учун гамма глобулин қўлланилади. Яқинда АҚШ да гепатит С га қарши вакцинага лицензия берилган, кейинчалик бу аҳолини иммунлашнинг ажралмас дастурига айланиши мумкин.

Д гепатити

Дельта вирус чақирадиган гепатит тури ўткир ва сурункали шаклларга бўлинади. Вируссимон, Австралия антигени пардаси ва ичида РНК антигени бор заррачалар томонидан чақирилади. Наркоманлар ва жинсий жуфти кўп бўлган одамлар хавфли гуруҳга киради. Пассив иммунитет ишлаб чиқиш учун беморларга ва хавфли гуруҳга кирувчи одамларга В гепатити вакцинаси билан биргаликда иммуноглобулин киритилади. D гепатитига қарши вакцина ҳанузгача ишлаб чиқилмаган.

Е гепатити

Клинико-эпидемиологик хусусиятларига кўра А гепатитига ўхшаб кетади, аммо сурункали шаклга ўтмайди. Вируссимон заррачалар томонидан чақирилади. Осиё, Африка ва Россияда эпидемик характерга

эга. Кўзгатувчи сув ёки фекал-орал йўл билан юқади. Даволаш — пассив иммунизациялашга асосланган.

Грипп

Кенг тарқалган вирусли касаллик бўлиб, нафас йўлларининг яллиғланиши, юқори ҳарорат, бош ва мушак оғриғи, йўталиш, бурун оқиши, дармонсизлик билан кечади. Инфекция хаво томчи, ёки контакт йўл билан юқади. Инкубацион даври 1-5 кунни ташкил этади. Касаллик айниқса зич ёпиқ жойларда одамга тез юқади. Нисбатан грипп енгил кечади ва 5-7 кунда тузалади. Ҳозирги даврда гриппдан ўлим ҳоллари кам, аммо оммавий эпидемия даврида ўлим сезиларли даражада ошиши мумкин.

4.6 илова

ГРИППГА ҚАРШИ ҲАР ЙИЛИ ВАКЦИНАЦИЯ ЎТКАЗИШ ЛОЗИМ БЎЛГАН ХАВФЛИ ГУРУҲЛАР

1. Нафас олиш ва юрак қон томир тизими касаллиги билан оғриган болалар ва катталар.
2. Қариялар ва ногиронлар парвариши билан шуғулланувчи муассаса ходимлари ва пациентлари.
3. 65 ёшдан катта одамлар.
4. Мунтазам аспириин билан даволанувчилар ва гриппнинг Рея синдроми билан асоратланишга мойил кишилар.
5. СПИД ва бошқа иммун танқислиги билан оғриганлар.
6. Тиббиёт ходимлари.
7. Уйда беморларни парваришлаш билан шуғулланувчилар ва ҳамширалар.
8. Грипп билан касалланиш эҳтимоли юқори бўлган ҳар қандай индивидлар.

Гриппнинг локал эпидемиялари ҳар йили кузатилгани ҳолда 1889, 1918, 1958, 1968 йилларда гриппнинг глобал пандемиялари кузатилган. Биргина 1918 йилдаги пандемия даврида биринчи жаҳон урушида ҳалок бўлганлардан ҳам кўп одамнинг ёстиғи қуриган. АҚШ соғлиқни сақлаш органлари эпидемияларни такрорланишидан хавотирга тушиб бир неча юз минг доллар турувчи ялписига иммунизациялаш компаниясини ўтказди.

Гриппнинг учта асосий А, В, С турлари турли хил эпидемиологик характеристикага эга, А гриппи ва унинг айрим турлари оғир ва кенг пандемияларни келтириб чиқаради. В гриппи эса чегараланган эпидемияларни чақирса, С локал ўчоқлар пайдо қилади.

Бошқа вирусли касалликлар

Герпес вируси томонидан чақириладиган кенг тарқалган касалликларга сувчечак ва ўраб олувчи лишай киради. Иммуниети пасайган одамларда лейкоз, СПИД ва ўсмалар билан оғриганларда сувчечакнинг кучли асоратлари ўта оғир бўлиши мумкин.

90 йилларда сувчечакка қарши вакцина синовдан ўтган бўлиб, АКДС ва гепатит вакцинаси таркибига киритиш мўлжалланган.

Пневмококкли касалликлар

Пневмококк илк марта 1881 йили Луи Пастер ва унинг ҳамкасби Штернберг томонидан ўстирилган. Инактивацияланган вакцинанинг самарадорлиги Штернберг томонидан 1882 йили қуёнларда синаб кўрилган. Аммо одамларда яхши самара берадиган биринчи вакцинага 1984 йили лицензия берилган. У антигенлар ва стрептококк пневмониясини 23 хил капсулани қўзғатувчи типи асосида яратилган бўлиб, бугунги кунда барча пневмонияларнинг 90 % қисмининг қўзғатувчиларига қарши иммунитет ҳосил қила олади. Ҳар йили фақат АҚШнинг ўзидагина пневмониядан 40 минг киши ўлади. Ундан ташқари пневмококкли бактеремия, менингит ва ўрта қулоқнинг яллиғланишига олиб келувчи асосий сабаб ҳисобланади.

4.7 илова

ҲАР 6 ЙИЛДА ПНЕВМОКОКК ВАКЦИНАСИНИ ОЛИШИ ЛОЗИМ БЎЛГАН ХАВФЛИ ГУРУҲЛАР

1. 65 ёшдан катта одамлар
2. Сурункали касаллар (нафас аъзолари, жигар, қандли диабет касалликлар, юрак қон томир касалликлари)
3. Иммуни танқислиги ҳолатлари (ВИЧ инфекция) 4 ёшдан катта иммуни танқислиги билан хроник оғриган болалар
4. Хорижга чиқмоқчи бўлган саёҳатчилар

Самарали вакцина яратиш пневмококкли инфекцияни назорат қилишда муҳим қадам ҳисобланди. Уни қўллаш биринчи навбатда иммуни танқислиги ҳолатларида яхши самара беради, аммо ҳар қандай шахсга қўллаш ҳам фойдадан холи эмас. Ҳозирги пайтда менингитнинг профилактикаси сифатида пневмококкли вакцинани календар режасига киритиш масалалари муҳокама қилинмоқда.

Иммунизация дастурининг асослари

Ҳар қандай вакцинация дастурининг асосий вазифаси маълум давр оралиғида аҳолининг 95% қисмидан кўпроғини эмлаш ва айниқса чақалоқлар, мактаб ёшидаги болаларга асосий диққат эътиборни қаратишдир. Иммунизациялаш сиёсати соғлиқни сақлаш тизимининг диққат марказида туриши ва вақти вақти билан соғлиқни сақлашдаги янгиликлар ҳисобига қайта кўриб чиқилиши керак.

Эмлашга қарши монеликлар қатъий чегараланиши ҳамда етакчи халқаро экспертлар ва ташкилотлар томонидан текширилиши керак. Юқори сифатли вакциналар билан узлуксиз таъминлаш, унинг ҳар бир партияси қатъий текширилиши лозим. Вакцина ва зардобларни ташиш, сақлаш учун ўнғай холодильниклар ва транспорт воситалари билан таъминланиши лозим. Инфекция тарқалишини олдини олиш ва аҳоли ишончини қозониш учун эмлаш бир марталик шприцлар билан ўтказилиши керак.

Иммунизация билан шуғулланувчи ходимлар касбий жиҳатдан яхши тайёрланган, аҳолининг бу борадаги саволларига тўлиқ жавоб бера оладиган даражада юқори билимга эга бўлиши шарт. Вакцина ва зардобларнинг заҳиралари ва эмланган болалар сони мунтазам қайдланиши керак.

Замонавий жамоат соғлиғини сақлаш юқумли касалликлар профилактикаси учун мўлжалланган кенг қамровли иммунизациялашга боғлиқ. У иқтисодий жиҳатдан ҳам ўзини тўлиқ оқлайди. Янги вакциналарни ишлаб чиқиш йўлида жадал изланишлар қилинмоқда, булар эса келажакда юқумли касалликлар устидан инсоният тўлиқ назорат қила олишига ишонч туғдиради.

Аммо бир қанча тўсиқлар борки, улар босқичма-босқич енгиб ўтилиши керак. Бунга аҳоли саводхонлигини ошириш, тиббий муассасаларни яшаш жойларга яқинроқ қилиб қуриш, қашшоқ аҳоли учун давлат томонидан бепул вакциналар ажратиш, вакциналарни сақлаш ва ташиш қоидаларига қатъий риоя қилиш, юқори сифатли вакциналар таъминотида узилишларга йўл қўймаслик каби ҳолатлар киради. Иммунизация графиги доимий назорат остида бўлиши, халқаро тажрибалар асосида янги вакциналар киритиш йўлга қўйилиши шарт.

4.6 жадвалда 1998-йили АҚШ жамоат соғлиқни сақлаш хизмати томонидан тавсия этилган болаларни иммунизациялаш схемаси келтирилган.

ПЕДИАТРИЯДА ИММУНИЗАЦИЯЛАШ СТАНДАРТЛАРИ

1. Иммунизацияланиш имконияти ҳаммага берилиши шарт.
2. Иммунизациянинг барчага бараварлиги ва қарши кўрсатмаларнинг минималлиги.
3. Иммунизация бепул ёки минимал пул тўлаш йўли билан ўтказилиши.
4. Тиббиёт ходимларининг ота-оналар билан ҳар қандай мулоқоти боланинг иммун ҳолатини текширишга ва вакцинациялашга қаратилган бўлиши.
5. Тиббий хизматни кўрсатувчи барча муассасалар ота-оналарга иммунизациялашнинг заруриятини тушунтириши.
6. Ота оналардан иммунизацияга моненьликлар бор-йўқлигини суриштириш, иммунизация афзалликлари ва камчиликларидан уларни бохабар қилиш.
7. Вакцинациядан аниқ кўриниб турган моненьликлар борлигидагина воз кечиш. Қуйидагилар эса унга кирмайди:
 - боланинг ҳарорати ошиши,
 - антибиотиклар олганлиги,
 - касалликдан тузалаётган даври,
 - инфекция манбаи билан яқинда контактда бўлганлиги,
 - аввалги эмлашларга заиф реакция берганлиги,
 - анамнезида тутқаноқ бўлганлиги, оиладаги бошқа фарзандда кўққисдан ўлиш синдроми бўлганлиги.
8. Бола мазкур ёшда олиши лозим бўлган барча вакциналарни бир варакайига киритиш.
9. Боланинг амбулатор картасида эмлаш тўғрисида барча маълумотлар муфассал ёзилиши.
10. Она-оталарга вакцинация муддатларини тўғри тушунтириш.
11. Ҳар қандай эмлашдан кейин юз берган ножўя таъсирларни қайдлаб бориш.
12. Ота-оналарга турли йўллар билан эмлаш вақти, афзаллиги, заруриятини тарғиб ташвиқот қилиш.
13. Вакциналарни тўғри ҳисобга олиш ва сақлаш.
14. Ҳар ярим йилда болаларнинг иммунизацияланишга жалб қилинганлиги хусусида ҳисобот бериш.
15. Вакцинация дозаси, қарши кўрсатмаси, ножўя таъсирлари хусусида тиббий тафсилотномани мунтазам тўлдириб бориш.
16. Иммунизация ўтказишда жамоат ва мижоз манфаатларига ён босиш.
17. Эмлаш билан шуғулланувчи ходим малакасининг юқори бўлиши.
18. Эмлаш билан шуғулланувчи ходимлар малакасини мунтазам ошириб бориш

АҚШ да болаларни иммунизациялаш схемаси, 1998 йил

| Эмлаш ёш | В гепатити | АКДС | гемофилик инфл- люэнца | полиомие- лит | қизамиқ паротит қизилча | варицелла, Зостер вируси |
|-------------|---------------|--------|------------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| туғилганида | ГепВ1 | | | | | |
| 1 ой | ГепВ2 | | | | | |
| 2 ой | ГепВ2 | АКДС11 | Hib | 1-2 эмлаш | | |
| 4 ой | ГепВ2 | АКДС2 | Hib | 1-2 эмлаш | | |
| 6 ой | ГепВ3 | АКДС3 | Hib | 3 эмлаш | | |
| 12 ой | Геп 3 | АКДС4 | Hib | 3 эмлаш | 1 эмлаш | VZV1 |
| 15 ой | Геп 3 | АКДС4 | | 3 эмлаш | 1 эмлаш | VZV1 |
| 4-6 ёш | | АКДС5 | | 4 эмлаш | 2 эмлаш | VZV2 |
| 11-12 ёш | Геп В | АКДС | | | 2 эмлаш | 2 эмлаш |
| 14-16 ёш | | АКДС | | | | |

Жамоат соғлиғини сақлашнинг муҳим элементларидан бири иммунизациянинг миллий стандартларини яратиш бўлиб унинг мақсади аҳолини эмлашга максимал жалб қилишдир. ҳар бир давлатда иммунизациянинг миллий календари эпидемиологик ҳолатнинг ўзгариши ва янги вакциналар пайдо бўлиши билан мунтазам янгиланиб тўлдирилиб бориши керак. Аксарият давлатларда соғлиқни сақлаш вазирлиги қошида малакатда иммунизациялаш аҳволи ва давлатнинг иқтисодий имкониятларига кўра эмлаш дастурини ўзгартиришни назорат қилувчи комиссия фаолият кўрсатади.

4.9 илова

ВОЗ ТОМОНИДАН ТАВСИЯ ЭТИЛГАН ИММУНИЗАЦИЯ ДАСТУРИ

Ёши

Мактаб ёшигача

0-1 ой BCG+IPV+Геп В1

2-3 DPT (1)+OPV 1+IPV 2 +Геп В (2)+ НІВ (1)

3-3 DPT (2)+OPV (2)+НІВ (2)

6 DPT (3)+OPV (2)+D3

12 DPT (4)+OPV (4)+НІВ (3)

12-15 MMR1 (қизамиқ, қизилча, паротит)

Мактаб ёши

5 ёш DT (5)+OPV (5)+MMR

15 DT (16)+OPV (6)

Катталар ҳар 10 йилда DT (7+)

Кексалар ва сурункали хасталар ҳар йили грип ва пневмококка қарши вакцина

Мазкур иловада ЖССТ томонидан тавсия этилган эмлаш схемаси кўрсатилган, ammo ривожланган давлатларда ўзининг иммунизациялаш дастурлари бор. Иммунизациялаш сиёсати мунтазам янгиликларни киритиб туришни талаб қилади. Масалан АҚШ да БЦЖ билан эмлаш режага киритилмаган, шунингдек қизамиқ кўп учрайдиган айрим давлатларда вакцина кўрсатилган муддатдан эртaroқ қилинади.

Бу иловада кўрсатилган схема аксарият давлатлар учун дастуриламал бўлиб хизмат қилади.

Вакциналарни қўллаш ва уларнинг сифати устидан назорат қилиш

Вакциналар биологик маҳсулотлар бўлганлиги боис соғлиқни сақлашнинг миллий органлари томонидан уларнинг қўлланилиши мунтазам назорат остида бўлиши шарт. Ривожланган давлатларда вакциналарни қўллаш ва сифатини назоратлаш миллий қонуният билан кафолатланган. Вакциналарни хавфсизлигини тозаллигини ва самарадорлигини текшириш соғлиқни сақлаш органларининг вазифасининг ажралмас қисмига киради. Хавфсизлиги-нохуш таъсирнинг бўлмаслиги, тозаллиги эса таркибида нохуш ҳодиса чақирувчи бегона унсурларнинг бўлмаслиги билан ифодаланади. Самарадорлиги эса киритиладиган антигенга нисбатан организмнинг реакцияси билан баҳоланади. Вакциналар ўзини оқлайдиган нуфузли ишлаб чиқарувчилардан олиниши керак.

Вакцинациядан келиб чиқадиган зарар ва уларни қоплаш

Сифатсиз эмлашдан зарар топган шахслар томонидан судга берилган даъво аризалари мураккаб ва узоқ муддатлик характерга эга: суд жараёнларига кетган харажатлар ишлаб чиқарувчиларни вакциналар нархини оширишга мажбур қилади. АҚШ да «Эмлаш оқибатида болага етказилган зарар» деган федерал қонун 1988 йилда қабул қилинган бўлиб унинг асосида барча даъво аризалар кўриб чиқилади. Бу қонунга биноан даъвогар вакцина ишлаб чиқарувчилар ва тиббий муассасаларнинг айбларини исботлашлари шарт эмас, улар фақат эмлаш ва бола саломатлиги орасидаги сабаб оқибат боғлиқлигини кўрсата олсалар бас.

Бундай даъво аризалар энг кўп полиомиелитга қарши эмлаш натижасида келиб чиққан зарар оқибатида кўриб чиқилмоқда. Америкада йилига 10-12 та шундай ариза тушади, бундай суд можаролари оқибатида вакциналарнинг таннархи кескин ошди ва ҳатто фабрикаларнинг ёпилишига ҳам тўғри келди. Сўнгги йилларда ҳатто Франция ва Канададан ҳам АҚШ га шундай даъво аризалари келиб тушмоқда.

Аҳвол шу даражага бориб етдики, 70 йилларда Буюк Британияда болалар ва катталарга хизмат кўрсатувчи терапевтлар эмлаш оқибатларидан қўрқиб ўз миждоғларига вакцинация қилмай қўйдилар. Бунинг оқибатида эса 80 йилларга келиб полиомиелит ва кўкйўтал билан оғриш кескин кўпайди. Шундан кейин Соғлиқни сақлаш департаменти ҳар бир эмлаш сони учун терапевтларга қўшимча ҳақ тўлашга мажбур бўлди, бу эса ўз навбатида эмлаш фоизини оширди. 80 -йиллар ўртасида қизамиққа қарши эмлаш 80% ни, охирида эса 90% ни ташкил этди. Бундай салбий ҳолатлар собиқ совет иттифоқида ва Шарқий Европа ва ривожланаётган давлатларда ҳам кузатилди. Бу давлатларда эмлашга қарши кўрсатмалар рўйхати шунчалик каттаки, эмлаш қамрови 60% дан ошмайди. Собиқ совет педиатрлари орасида бир неча эмлашни бирдан ўтказиб бўлмайди деган хато тушунча мавжуд, шу боисдан ҳам эмлаш муддати асоссиз равишда узайиб кетади.

АҚШ йирик шаҳарларидаги қашшоқ квартал аҳолиси ҳам иммунизацияга етарли жалб этилмаган, улар тиббий суғуртага эга эмаслиги сабабли фақат болаларнинг ўткир касалликлардагина касалхона қабул бўлимларига мурожаат қиладилар, у жойда эса эмлаш ўтказилмайди.

Иммунизациянинг ечилмаган ва мунозарали муаммолари

Иммунизация сиёсати қизгин профессионал мунозараларга сабаб бўлади. Технологияларнинг жадал ўзгариши, бир хил маълумотни ҳар хил мутахассислар турлича талқин қилишлари бунга сабаб бўлади. Улкан моддий имкониятларга эга бўлган ривожланган давлатлар соғлиқни сақлаш тизимлари янги вакциналар пайдо бўлиши ва эмлаш схемаси такомиллашиши биланоқ уларни ўзлаштириб олади. Юқумли касалликлардан кўпроқ ривожланаётган ва кам ривожланган давлатлар зарар кўриши боис ЖССТ ўз тавсияларини биринчи навбатда уларга нисбатан ишлаб чиқаради.

ИММУНИЗАЦИЯЛАШ СИЁСАТИДАГИ АЙРИМ МУНОЗАРАЛИ САВОЛЛАР

1. Сил профилактикаси учун БЦЖ вакцинаси АҚШдан бўлак барча давлатларда кенг қўлланилади, ана шунга қарамасдан АҚШ да сил билан оғриш кўпайиб бормоқда.
2. Полимиелитни бартараф этиш учун учламчи орал вакцинага ўлдирилган кучайтирилган вакцина қўшиб қўлланилади, иккаласини қўшиб қўллаш вакцина оқибатида келиб чиқадиган фалажликни олдини олади.
3. Ҳозир болаликда амалиётда қўлланилаётган АҚДС нинг 2-3 дозасидан кўра 4 дозасини қўллаш.
4. В гепатитига қарши эмлашнинг иқтисодий самарадорлиги.
5. А гепатитига қарши янги вакцинани ялписига, ёки фақат хавфли гуруҳларга қўллаш.
6. Қизилчанинг элиминацияси ва эрадикацияси.
7. Қизамиқнинг элиминацияси ва эрадикацияси. Бир бора эмлаш ўрнига икки мартаба эмлаш.
8. Сувчечакка қарши вакцина ишлаб чиқаришнинг мақсадга мувофиқлиги ва иқтисодий самарадорлиги.
9. В гемофилик инфлюэнцага қарши қимматбаҳо вакцинани қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги.
10. Безгак-вакцинасининг яратилмаганлиги ва ташқи муҳитдаги ташувчилар билан курашиш сусайганлиги.
11. Паротит-бартараф этилишининг юқумли касалликлар билан курашишдаги ўрни.
12. СПИД-вакцинасини яратилиши ва специфик даво усулларини ишлаб чиқариш.
13. Иммунизацияга аҳолининг кўпроқ қисмини жалб этиш мақсадида монёликларни аниқлаш ва стандартлаш.

Айрим давлатларда иммунизацияга қарши кўрсатмалар ҳаддан ташқари кўплиги боис болаларнинг кўпчилигини иммунлашнинг иложи бўлмапти. Монёликларга олиб келувчи тушунчалардан бири шуки, бир неча вакцина бирга қўлланилганида антигенлар ўзаро аралашиб зарарли таъсир кўрсатиши мумкин, шу боисдан уларни ўзаро қўллаб бўлмайти деб фикрлашадилар. Бу хато тушунча Фарб мутахассислари томонидан танқид остига олинган. Имкон қадар бир неча вакцина уйғунлаштириб қўлланилиши инъекциялар сонини ва эмлаш муддатини қисқартиришга олиб келади.

Аксарият юқумли касалликларни тўлиқ бартараф этиш мумкин. Чинчечакни тугатиш айнан шунга мисол бўлади.

Чинчечак қандай бартараф этилди?

1-бобда ўта хавфли, ўрта асрларда, миллионлаб одамлар ҳаётига завол бўлган-чинчечак касаллиги қандай бартараф этилгани хусусида муфассал маълумотлар берилди. Э. Дженнер томонидан очилган вакцинация чинчечак билан курашишда кескин бурилиш ясади, аммо эмлашга жуда кўп қаршилар ҳам топилди (ҳатто шифокорлар орасида ҳам)

Аммо шунга қарамасдан ялписига эмлаш зарурияти Европа ва Америкада XIX асрда ошиб борди, XX аср ўрталарига келиб чинчечак ривожланган давлатларда тўлиқ бартараф этилди. Вирулентлиги юқори бўлган чечакнинг Осие леталлик кўрсаткичи формасидан ўлим 20%ни, кичик чечакда эса 1% ни ташкил этади.

1930-йилда АҚШ бўйича 49 мингта чинчечак билан касалланиш ҳодисаси қайд этилган бўлса, 1939 йилга келиб у 10 мингтани ташкил этди. Энг охириги чинчечак АҚШ Техасда 1949 йилда қайд этилиб касаллик Мексикалик бемор эмигрантдан юққанлиги аниқланди. 1959 йилга келиб, Марказий Америка ва Жанубий Американинг айрим давлатларида чинчечак бутунлай йўқотилди. Аммо чинчечакнинг Осие формаси Ҳиндистонда эндемиклигича сақланиб қолди ва 1974-75 йилларда 23546 та касалланиш ҳодисаси қайд этилиб ўлим кўрсаткичи 17,5% ни ташкил этди. (4103 та)

1958 йилда ЖССТ Ассамблеясида Совет Иттифоқи чинчечакни дунё миқёсида йўқотиш таклифи билан чиқди ва бунинг учун йилига зарур бўладиган 250 млн доза вакцинанинг 140 млн қисмини етказиб беришни зиммасига олди. 1967-йилда ЖССТ чинчечакни ер юзидан бутунлай супуриб ташлашни ўз олдига мақсад қилиб қўйди. Аҳолини имкон қадар кенгроқ эмланишга жалб этиш бўйича дастур ишлаб чиқилди, эндемик бўлган жойларда аҳолининг энг камида 80% қисми эмланиши йўлга қўйилди.

Техник прогресс бутун дунё аҳолисини вакциналашдаги қийинчиликларни енгиш имконини берди. 1920 йилларда вакцина турли йўллар билан олинарди. 1930 йилларга келиб уларни стандартлаш, вакцинация учун қўлланиладиган вируслар вирулентлигини камайтириш бўйича изланишлар қилинди. Англияда вакцинани лиофилизация усули билан тайёрлаш (вакуумда қуйи ҳароратда қуритиш) ихтиро қилинганидан кейин тропик давлатлардаги юқори ҳароратга ҳам бардошли вакцина пайдо бўлди. Бернард Рубин томонидан 1961 йилда бифуркацион игнанинг ихтиро қилиниши вакцинация усулини соддалаштирди ва кенг қўлланишга имкон берди. 1967 йили 33 давлатда фақат эндемик ўчоқларгина кузатилди. 1970 йилда бу ўчоқлар сони 17 тани ташкил этди. 1973 йилга келиб эса 6 та давлат шу жумладан Ҳиндистон, Покистон,

Бангладеш, Непаллар эндемик ўчоқлар сифатида қайд этилди. 1977 йили Сомалида охирги эндемик ўчоқ қайд этилди ва ЖССТ 1080 йили чечак ер юзидан тўлалигича йўқотилди деб эълон қилди. 1994-йилда АҚШ ва МДХ махсус лабораторияларида ўстирилаётган чинчечак вируслари йўқ қилинди. Чинчечакни йўқотишга кетган умумий харажат 112 млн долларни, яъни йилига 8 млн долларни ташкил этди, ҳолбуки чинчечак касаллигидан бевақт ўлиш ва уни даволашга кетган харажатлар йилига 1 млрд долларни ташкил этган эди.

Инфекцион касалликларни тугатиш ёки элиминацияси

Бирор бир юқумли касалликнинг ликвидацияси (эрадикацияси) деб ер шарида бирорта ҳам касаллик ҳодисаси қайд этилмаслигига айтилади, шунинг учун айнан унга нисбатан эпидемик назорат тўхтатилиши мумкин. Буни чинчечак мисолида кўришимиз мумкин. Бугунги кунда аксарият юқумли касалликларни бутунлай йўқотиб юбориш мумкин бўлмай турибди, шу сабабли уларнинг сонини минимал даражага тушириш вазифаси турибди (элиминация). Агар касалликнинг ликвидациясида эпидемиологик назорат бутунлай тўхтатилса, элиминациясида аксинча кучайтирилади.

Чинчечак устидан тўла галаба қозонилганидан кейин бошқа бир қанча юқумли касалликларни бартараф этиш бўйича муҳокамалар ўтказилмоқда. Кун тартибида безгак, қизамиқ, сил ва айрим тропик касалликлар турибди. Моддий ва технологик имкониятлар чегараланганлиги сабабли уларнинг аксариятини орқага суришга тўғри келмоқда. 50 йилларда безгак элиминацияси реал туюлганди. Бу борада бир қанча ютуқларга эришилганлигига қарамасдан самарали вакцина яратилмаганлиги сабабли касалликни ер шаридан йўқотиб юбориш имкони бўлмай турибди.

80 йилларда Осиё ва Африкада безгакнинг қайта қайта ўчоқлари пайдо бўлди. Безгак ўчоқларини бутунлай йўқотиш янги ёндошишлар лозимлигини тақозо қилмоқда. Масалан, Колумбияда 90 йиллари безгак билан курашиш дастури эндемик районлардаги жамоат соғлиғини сақлаш ходимларини ҳам фаолиятга жалб қилишни тақозо қилди, натижада безгак билан касалланиш ва ўлимни анча камайтиришга эришилди. Жамоат соғлиқни сақлаш ходимлари ҳар қандай шубҳали ҳодисаларни назорат остига олиб клиник касаллик тарихларини таҳлил қилди ва қон анализиди безгак қўзғатувчиси топилганидан кейин ташхис қўйилиб стационарда даволаш ўтказилди.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ БАРТАРАФ ЭТИШ ДАСТУРИНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИНГ ХАЛҚАРО ПРИНЦИПЛАРИ

Илмий асослаш

мазкур касалликнинг эпидемиологик аҳамиятини асослаш, «одамдан ташқари» инфекция ўчоги йўқлиги ёки кичиклиги,; айрим одамларда табиий иммунитет мавжудлиги, қайталаниш эхтимоли борлиги

— муолажанинг амалий имконияти борлиги: барқарор иммунитет яратувчи вакцина борлиги, ташувчиларга қарши қўлланиладиган инсектицидларнинг одамга зиёнсизлиги

— чегараланган ҳудудларда бартараф этилганлиги

— хасталаниб ўтганлар -ташувчилар эмаслиги

— ҳайвон, ҳашарот ва бошқа табиий манбаларнинг йўқлиги

— иқтисодий самарадорлик исботланганлиги

вакциналарни ишлаб чиқиш, ташиш ва сақлаш технологияси

Сиёсий ва ижтимоий қўллаб қувватлаш:

— касаллик жамият учун оғир юк ҳисобланади, шунинг учун жамият ундан қутулишга астойдил ҳаракат қилади

— касалликни олдини олишга кетган харажатлар уни даволашга кетган харажатдан кўп эмас

— аҳоли орасида ўтказиладиган тадбирларга профилактик тадбирлар уйғунлашиб кетади

— айнан ликвадициялаш сиёсати (назорат сиёсати эмас) устун туради

4.7 жадвал

Айриа касалликларни бартараф этишнинг потенциал имкониятлари: халқаро вазифалар

| Касалликлар | Жаҳон бўйича касалликнинг оқибати: бир йилдаги ўлим ва ногиронлик кўрсаткичлари билан баҳо-лаш | Тўсқинлиги | Бартараф этиш имконияти |
|-------------|--|---------------------|----------------------------|
| Дракункулёз | - | - | Бор |
| Полиомиелит | - | - | Бор |
| Паротит | Номаълум | Ташхислаш қийинлиги | Бор |
| Қизилча | Номаълум | Ташхис қийинлиги | Бор |
| В гепатити | 1-1.5 млн | - | Юқиш занжирини узиш мумкин |

| Касалликлар | жаҳон бўйича касалликнинг оқибати: бир йилдаги ўлим ва ногиронлик кўрсаткичлари билан баҳолаш | Тўсқинлиги | Бартараф этиш имконияти |
|--------------------|---|---|---|
| Чақалоқлар қоқшоли | 500-750 минг | ҳамма жойда тупроқда мавжудлиги | - |
| Бўғма | номаълум | Ташувчанлик борлиги | Элиминация мумкин, эрадикация бугунги кунда мумкин эмас |
| Кўкйўтал | 750 минг | Вакцинацияга реакция | Элиминация мумкин, эрадикация мумкин эмас |
| Сариқ иситма | 10 000 | Инфекциянинг табиий резервуарлари борлиги | Элиминация мумкин, эрадикация мумкин эмас |

70 йилларнинг охирида тиббий адабиётларда қизамиқнинг ликвидацияси тўғрисида қизгин баҳслар кетди. Қизамиқ енгилган деб ҳисоблангани боис вакцинация даражаси пасайди ва АҚШ ва Канадада жамоа иммунитетни заифлашгани сабабли бир қанча ўчоқлар пайдо бўлди. Қизамиқ вакцинаси жуда самарали эканлиги боис касаланиш 95% гача камайди, аммо қолган 5% касалланиш эса мактаб ёшида қайта эмлаш лозимлигини кўрсатди.

1988 йилда хавфли касалликларни бартараф этиш бўйича Халқаро ишчи комиссияси тузилди, у юқумли касалликларни ликвидациялаш имкониятларини излайди ва тавсиялар беради. XXI аср бўсағасида техник прогресс инфекцион касалликларга қарши курашда ва иммунизациялаш усул ҳамда воситаларига жиддий таъсир кўрсатмоқда. Чинчечак билан курашда эришилган ютуқлар келажакда бошқа юқумли касалликларни ҳам жиловлаш имконияти борлигини кўрсатиб турибди.

Инфекциянинг янги ҳужуми

Одамларнинг турмуш тарзи ва ташқи муҳит мунтазам ўзгариши билан юқумли касалликлар спектри ҳам ўзгариб боради. Аҳоли ўсиш суръатларининг тезлиги, қашшоқ одамларнинг кўпайиши, турар жойларнинг зичлиги, уйсизлик, аҳолининг ялписига миграцияси, туризм, бир

замонлар эндемик бўлган касалликларни қитъаларга тарқалишига олиб келади. Антибиотикларни кенг қўллаш уларга сезувчанлиги йўқолган микроорганизмларнинг пайдо бўлишига олиб келди. Масалан, СПИД ва силнинг қўшилиб келиши беморлар учун прогнозни кескин ёмонлаштириб касалликнинг тарқалишига олиб келади. Ҳозир «антибиотикдан кейинги эра» бошланди, яъни бир пайтлар ўзини оқлаган антибиотиклар ҳеч нарсага ярамай қолди, янги инфекцияга қарши воситалар эса ҳали ишлаб чиқилмаган. Такроран эпидемиялар даврига қайтмаслигимиз учун биомедицина фанлари ва соғлиқни сақлаш амалиёти юқумли касалликлар билан курашишнинг янги чораларини излаб топиши керак. СПИД, Е. коли 0157:H7, криптоспоридиоз, кокцидомикоз, антибиотикларга бардошли пневмококкоз, сил энтерококк инфекцияси, гриппнинг А 32/92 штамми, хантавирус инфекцияси, лейшманиоз, легионерлар касаллиги, Лайм касаллиги бугунги кунда АҚШ соғлиқни сақлаш тизмини жиддий ташвишга солмоқда.

СПИД, турли препаратларга бардошли безгак, вабо, сариқ иситма, вабонинг 0139 вибриони, Рифт—Вилли иситмаси, дориларга бардошли шигеллалар томонидан чақириладиган дизентерия, дифтерия, денге иситмаси, Ласс иситмаси, Эбол вируси, маймунлар орқали юқадиган марбург вируси, Оропуче арбовируси, Хунин вируси, Мачупо вируси бугунги кунда жаҳоннинг турли мамлакатларида тарқалиб соғлиққа жиддий зарар келтирмоқда.

Сўнгги йилларда сурункали касалликлар пайдо бўлишига сабаб бўлувчи инфекциялар ҳақида маълумотлар кўпаймоқда. Инфекцион касалликлар олис муддатларда қайғули туговчи сурункали касалликларга сабаб бўлади. Масалан, В гепатити, жигар циррози, цирроз ва карциномалар хавfli гуруҳлардаги одамларда иммунизация ўтказишни тақозо қилади. Одам папилломавируслари бачадон бўйинчаси ракини келтириб чиқаради, ўраб олувчи лишайга сабаб булувчи варицелла вируси эса постгерпетик невралгия ва ақлий заифликни келтириб чиқаради. Хеликобактериялар чақирувчи меъда ичак яралари, захм ва сўзакнинг оғир асоратлари кўпчиликка маълум.

**Янги ёки қайтадан долзарб бўлган инфекцион касалликларда
соғлиқни сақлаш стратегияси**

| Жабҳа | Тадбир | Мисол |
|-------------------------|--|--|
| Тиббий кузатув | Патогенларни аниқлаш, зудлик билан текшириш ва улар чақираётган касалликларнинг ҳамда омилларнинг мониторинги. | Навбатчи тиббий хизматдаги мониторинг (қон банки, қабул бўлимида, лабораторяда, клиник касалхонада) бутун аҳолининг тиббий кузатув, инфекция хуружида интенсив текширишлар: олинган маълумотларни соғлиқни сақлаш тизимига тарқатиш: юқумли касалликлар мониторинги |
| Амалий тадқиқотлар | Клиник хизмат фаолияти-ини яхшилаш учун лаборатор ва эпидемиологик текширишларни уйғунлаштириш | Маълумотларни қайдлаш ва улар шакида навбатчи лабораторияларга ҳисобот бериш: лаборатор диагностика усулларини такомиллаштириш, бактерияларнинг тури ва туққуми бўйича классификация ва карта тузиш |
| Профилактика ва даволаш | Юқумли касалликлар тўғрисида ахборотларни тарқатиш тизимини такомиллаштириш, профилактика тадбирларни амалиётга жадал жорий қилиш | Юқумли касалликлар тўғрисида тиббий ходимлар, ва хавfli гуруҳга кирувчи аҳоли орасида информацияни тез тарқатиш, юқумли касалликлар профилактикаси бўйича тиббий ходимларни тайёрлаш |
| Инфратузилма | Маҳаллий, регионал ва давлат даражасида аҳолини тиббий назорат қилиш, профилактика ва даволаш тадбирларининг инфраструктурасини кучайтириш | Лаборатория, ҳисобот тизими ва ходимлар тайёрлаш тизимини такомиллаштириш. |

Юқумли касалликларнинг олис муддатдаги асоратларига қандли диабет, энтеровирус, ўпка инфекциялари, қизилўнғач ва ўт қопи раки киради.

Сил

Сил касаллигининг кўзгатувчиси лотинча номи *Mycobacterium tuberculosis* ва *M. africanus*, молларда эса *M.bovis* ҳисобланади. Ўтиш йўли-нафас йўллари сил билан зарарланган бемордан ҳаво-томчи йўли орқали даставвал, туберкулин синамаси ижобий бўлсада, инфекция намоён бўлмаслиги мумкин. 95 % га яқин сил билан оғриганлар жуда узоқ муддатлик, баъзан

умрбод яширин даврини бошдан кечиради, уларда ҳамма вақт касаллик ўткир стадияга ўтиш эҳтимоли бўлади. Аммо юқтирганларнинг фақат 5% қисмидагина ўпка ёки бошқа аъзолар сили ривожланади. Даво тадбирлари ўтказилмаса беморларнинг ярми икки йил ичида ўлиб кетади, аммо замонавий химиотерапия деярли юз фоиз даволаниб кетишига кафолат беради. Даво мобайнида мижознинг аҳволи клиник (йўтал, балғам ажралиши, вазн камайиши) инструментал (рентгенологик), лаборатория (бактериологик) усулида текширишлар мобайнида назорат этиб турилади. Сил асосан 80-90% ҳолларда 15-49 ёшгача бўлган аҳолини хасталайди. Силнинг меҳнатга яроқли аҳолига ва давлатнинг иқтисодий ривожига кўрсатадиган улкан зарари эътиборга олинса у билан курашиш мақсадга қанчалик мувофиқ эканлиги аён бўлади.

XIX аср мобайнида силдан ўлим Буюк Британияда 1815 йилдаги ҳар 100000 аҳолига 450 тадан, 1890 йилда 180 тагача камайди. Булар аҳоли санитария ҳолати ва озиқланишнинг яхшиланиши ҳисобига бўлди. Сутни пастерлаб қўллаш, сил билан оғриган молларни йўқотиш «оқ ўлат» билан курашишда катта аҳамиятга эга бўлди. Кам таъминланган оилаларда ва айрим ирсий мойил оилаларда одамлар кўплаб сил билан хасталаниши кузатилади. Кох 1882 йили сил таёқчасини топди ва унга қарши антибактериал терапияга кенг йўл топилди.

Бугунги кунда ер шарида сил таёқчаси юққан 1,7 млрд аҳоли бор. Ҳар йили 7-8 млн одамга сил янгидан юқади ва 2-3 млн одам бу хасталиқдан ўлиб кетади. 1990 йили ЖССТ 4.9 млн янги хасталаниш ҳолларини қайд қилди. Шулардан 66% қисми Жануби-Шарқий Осиё ва Тинч океани регионларига тўғри келди. 1.2 млн бемор Ҳиндистонга, 1.3 млн бемор Хитойга ва 0.4 млн Индонезияга тўғри келди. 2005 йилда ер шарида касалланиш суръати кўпайиб 119 млн ни ташкил этиши мумкин. Экспертлар ҳисоб-китобларига кўра 90 йиллар мобайнида 30 млн га яқин одам силдан ўлган, шулардан 2.9 млн таси СПИД билан уйғунлашиб келган. Бу кўрсаткич 2000 йилда 3.5 млн кишига тўғри келган.

Жадал суръатлар билан ривожланаётган Жануби-Шарқий Осиё, Шарқий Ўрта ер денгизи, Лотин Америкасида яшаш шароити ва озиқланишнинг яхшиланиши ҳисобига сил билан касалланишни камайиши кутилмоқда. Фарбий Европа ва Шимолий Америкада эса силнинг антибиотикка сезувчанлиги камайиши ҳисобига касалланиш даражаси кўпайиши мумкин. Сўнгги йилларда АҚШ да сил билан касалланиш кўпаймоқда, бу айниқса Нью-Йоркдаги касалхоналар ходимлари, колониялар маҳбуслари ва бошқа хавфли гуруҳларда кўп кузатилмоқда. 1993-94-йилларда рўй берган сил ўчоқларида фаол аниқлаш ва бу борада кескин тадбирлар ўтказиш билан камайтиришга эришилди.

Дорига сезувчанлиги камайган беморлар учун сил санаторийлари очилди. Шу билан бирга уй-жойсиз сил касаллари учун интернатлар яратилди

Ривожланган давлатларда ижтимоий ва профессионал доираларнинг сил касаллигига бўлган қизиқишлари анча сўнган, чунки у йўқолиб бораётган касаллик ҳисобланган. СПИД эпидемияси олдидаги кўрқув биринчи ўринга чиқиб сил хавфини иккинчи ўринга сиқиб чиқарган. Аммо сил бугунги кунгача кенг тарқалган касаллик ҳисобланиб, унга қарши курашда миллий ва халқаро кучларни жалб қилиш керак.

4.9 жавдвал

АҚШ аҳолиси орасидаги касалликлар сони ва касалликлар кўрсаткичи (1950-1995) 100 минг аҳолига

| Кўрсаткич | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Беморлар минг киши ҳисобида | 121,7 | 55,5 | 37,1 | 27,7 | 22,7 | 22,9 |
| Касалланиш, % ҳисобида | 80,5 | 30,8 | 18,3 | 12,3 | 10,3 | 8,7 |

1994-йилда ЖССТ янги шароитларда силни профилактика қилиш ва даволаш бўйича стратегик дастур қабул қилди. Дастур янги назорат қилиш принципларини ўз ичига олади. ЖССТ маълумотларига кўра ер шарида йилига 3 млн одам силдан ўлади, аҳолининг 30% га яқин қисми бацилла ташувчилардан ҳисобланади. Янги принциплар қисқа муддатлик кенг қамровлик химиотерапияни ўз ичига олади, у беморларнинг 85% дан ортиқ қисмини даволайди. ЖССТ таклиф этган химиотерапия усули ҳатто асоратлар берганида ҳам яхши таъсир кўрсатади. Ривожланаётган давлатларда бундай даво курслари Япония, Швейцария ва Нидерландия мутахассислари ёрдамида ўтказилмоқда. Сил профилактикаси силнинг заифлаштирилган штаммлари-БЦЖ вакцинаси билан ўтказилади. У айниқса сил кенг кўп тарқалган жойларда кенг қўлланилмоқда. Эмланганларнинг 90% дан ортиқ қисмида силга қарши антитела ҳосил бўлади. Хасталик кам тарқалган жойларда БЦЖ фақат хавфли гуруҳларгагина қўлланилади. АҚШ да эса БЦЖ ни ялписига қўллаш қабул қилинмаган.

СИЛ БИЛАН КУРАШИШ

1. Касалликнинг клиник фаол шакллари билан оғриган беморларни аниқлаш
2. Клиник, бактериологик ва гистологик текширишлар, тери туберкулин тести, кўкрак қафаси рентгенографияси, балғамни текшириш каби ташҳис усуллари кенг қўллаш
3. Хавфли гуруҳдаги аҳолини текшириш ва касалликларни ўз вақтида аниқлаш
4. Беморлар билан контактда бўлганларни аниқлаш
5. Инфекцияни тарқалишини олдини олиш мақсадида беморни бошланғич даволаш этапларида изоляциялаш
7. Контактда бўлганлари бошланғич кузатиш ва профилактик даволар ўтказиш
8. Шубҳали шикоятлар ва аломатлар пайдо бўлганида умумий текшириш
9. Хаво-томчи йўли билан юқиш йўлини қирқиш мақсадида атроф муҳитни назорат қилиш
10. Тиббий ходимларни сил бўйича билимларини ошириш

1994-йили Гарвард жамоат соғлиқни сақлаш мактаби мавжуд адабиётларни таҳлил қилиш натижасида қуйидаги хулосага келди «БЦЖ вакцинасини қўллаш сил билан оғриш эхтимолини 50% гача камайтиради. Эмланаётганнинг ёши бунда аҳамиятга эга эмас. Сил менингитидан ўлиш ва касалликнинг миляр шаклини профилактика қилиш сил билан оғришдан афзал бўлиб чиқди».

БЦЖ самарадорлиги хусусида мунозара узоқ давом этиши мумкин. ЖССТ бу вакцинани имкон қадар кенг қўллашни аъзо давлатларга тавсия қилди.

Замонавий тиббиёт ва соғлиқни сақлаш тизими сил билан самарали курашиш усулларига эга. Силнинг СПИД билан уйғунлашиб келиши ва антибиотикка сезувчанлиги йўқолган сил штамmlарининг пайдо бўлиш ҳоллари бугунги кунда айниқса катта муаммоларни келтириб чиқармоқда. Аммо шунга қарамасдан силга қарши фаол курашиш уни аста-секинлик билан камайишига олиб келади.

Стрептококклар чақирувчи касалликлар

А стрептококки томонидан чақирилувчи касалликларга қуйидагилар киради: тонзиллит, фарингит, скарлатина, сепсис, рожа, целлюлит, мастоидит, ўрта қулоқнинг яллиғланиши, пневмонит, жароҳатларнинг йиринглаши, токсик шок синдроми ва бошқалар. А стрептококки 80 дан

ортиқ серотиплардан ташкил топган бўлиб, турли географик зоналарда учрайди. Касаллик бевосита контакт ва овқат орқали юқади. Ўткир ревматик иситма ва гломерулонефрит билан асоратланиши мумкин.

Ўткир ревматик иситма ривожланган давлатларда яшаш шароитининг яшиланиши ва антибиотиклар билан кенг даволаш натижасида бутунлай йўқолди. Аммо 80 йилларнинг ўрталари ва 90 йилларнинг бошида АҚШда унинг локал ўчоқлари пайдо бўлди. Ривожланаётган давлатларда у мактаб ёшидаги болаларда айниқса интернатларда кенг тарқалган. Касалликнинг ўткир асоратларига юрак нуқсонлари киради. Инфекциядан кейин буйрак етишмаслиги юзага келиши мумкин.

Касаллик ўз вақтида аниқланса пенициллин билан самарали даволаш мумкин. АҚШ да ревматик иситмани локал ўчоқлари пайдо бўлиши аҳолининг катта қисми бирламчи тиббий ёрдам олишдан маҳрум эканлигини кўрсатиб турибди.

Зоонозлар

Ҳайвонлардан одамларга юқиши мумкин бўлган касалликларга зоонозлар дейилади. Кутуриш ва бруцеллезлар зоонозларга киради. Касалликни мунтазам назорат остига олиш учун ветеринария ва эпидемиология хизматлари биргаликда фаолият кўрсатишлари лозим.

Бруцеллез

Бруцеллез-Мальта ёки Ўрта ер денгизи иситмаси ҳам деб юритилади, системали бактериал касалликларга киради. У ўткир бошланади: бош оғриғи, дармонсизлик, тер қуйилиши, титраш, бўғимлар оғриши ва вазн камайиши билан намоён бўлади. Хасталанган жониворларнинг ажратмалари, сути ва гўшти орқали касаллик юқади. Касалликнинг кечиш даври бир неча кундан бир неча йилларгача давом этиши ҳамда қайталаниши мумкин. Ўлим 2% ни ташкил қилади, аммо бруцеллездан кейин ногиронлик кўп ва оғир шаклларда учрайди. У ветеринарлар, молбоқарлар, чўпонлар, тери билан шуғулланувчилар, қассоблар ва ветеринария лабораториялари ходимлари учун профессионал касаллик ҳисобланади. Ўртаер денгизи соҳилларида, Ҳиндистонда, Марказий Осиё ва Жанубий Америкада айниқса кенг тарқалган. Ёввойи жониворлар ҳам бруцеллез ташувчилар бўлиши мумкин, шу сабабдан ҳам касалликни бутунлай ер юзидан йўқотиб юбориш мураккаб масала. Диагноз қонда ёки сутда бруцелла лаборатория йўли билан топилганда ойдинлашади.

Профилактика учун сотишга мўлжалланган сутни пастерлаш, ҳайвонлар билан ишлаган қўлга албатта резина қўлқоп кийиш профилакти-

канинг асосий элементларидан ҳисобланиши лозим. Бруцеллез фақатгина иқтисодий муаммо бўлмай жамоат балки, соғлиқни сақлаш муаммоси ҳам бўлиб, соғлиқни сақлаш ҳамда қишлоқ хўжалик вазирликларини биргаликда ишлашларини талаб қилади.

Кутуриш

Бу асосан ёввойи ҳайвонларда учрайдиган вирусли касаллик бўлиб, тулкилар, бўрилар, кўршапалаклар, итлар ва мушуклар табиий резервуарлар бўлиб хизмат қилади. Одам учун асосан касалланган итлар кўпроқ хавф туғдиради. Касал беморнинг сўлаги орқали вирус қонга ўтиб организмга тез тарқалади. Касалланиш хавфи тишлаш кучига ва бошга қанчалик яқин жойдан тишланганига боғлиқ. Яширин даври 2-8 ҳафтани ташкил қилади, аммо ундан ҳам қисқа бўлиши мумкин. Шунинг учун превентив давони имкон қадар эртaroқ бошлаш лозим. Клиник манзараси кўркув, бош оғриғи, тана ҳароратининг ошиши, мушаклар тортишиши, ўткир энцефалит, тўла фалажлик ва ўлим билан намоён бўлади. Кутуришнинг бошқа типик белгиларига сувдан кўрқиш ва овқат ютишдан кўрқишлар киради. Кутуриш аксарият вақт ўлим билан тугайди.

4.13 илова

ҚУТУРГАН ҲАЙВОНЛАР ТИШЛАГАНДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ЧОРА ТАДБИРЛАР

1. Жароҳатни зудликда тозалаш ва тоза сув билан ювиш
2. Имкон бўлса тишлаган жониворни нейтраллаш (ўлдириш ёки қамаб олиш)
3. Жароҳатга тиббий муассасада ишлов бериш
4. Иммуноглобулин ёки вакцина киритиш (кўрсатмаларга кўра)
—кутуришга қарши пассив иммунизация: иммуноглобулиннинг бир дозаси ҳар бир кг тана вазнига 20 иммун бирлиги ҳисобида, ярми жароҳатга, ярми эса мушак орасига.
—актив иммунизация одамнинг диплоид ҳужайра вакцинасини 1-5 мл дозадан мушак орасига, дельтасимон мушак, тишланганининг 1-3-7-14-28-35 кунлари.
5. Қоқшолга қарши ва антимикроб терапия ўтказиш
6. Жароҳатни имкон қадар очиқ қолдириш
7. Контактда бўлганларни иммунизациялаш
8. Қутурган жонивор сўлаги билан ифлосланган предметларни дезинфекциялаш
9. Тишлаган жониворни агар у соғ бўлса 10 кун карантинда ушлаш, агар қутурган бўлса ўлдириш

Жаҳонда ҳар йили қутуришдан 30 мингдан ортиқ одам ўлади, унинг катта фоизи ривожланаётган давлатларга тўғри келади. АҚШ да касаллик жуда кам учрайди, масалан 1980-89 йиллари 12 та ҳодиса кузатилган бўлиб, шулардан 7 таси хориждан келганларда қайд қилинган. Австралия, Янги Зеландия, Янги Гвинея, Япония, Гавайи, Фарбий ва Шимолий Европанинг айрим давлатларидаги жониворлар қутуриш вирусларининг ташувчилари бўлмай қолди. Ташқаридан ёввойи жониворлар кирмайдиган ёпиқ ҳудудларда (оролларда) ҳам касаллик локал йўқотилиши мумкин.

Профилактика тадбирлари касалланган жониворларни тутиб йўқотиш, уй ҳайвонларини вакцинациялашдан иборат. Эмланмаган уй ҳайвони, ёввойи ҳайвон томонидан тишланган бўлса, у эгаси учун хавфли ҳисобланади ва йўқотилади. Касалланган ҳайвон билан ишлаган ва тишланган одам эмланиши шарт. Бугунги кунда қўлланилаётган вакцина тишланган куни, ундан 7-21-28 кунлар ўтиб қўлланилади. Иммуноглобулин билан пассив иммунизациялаш ҳам фойда бериши мумкин, аммо унинг самарадорлиги жароҳатларнинг сони, ҳолати ва тишлаган жониворнинг аҳволига боғлиқ.

1978-йилдан бошлаб қутуришга қарши перорал вакцинация қўлланилмоқда. Бу воситанинг самарадор эканлиги аниқланди, уни кенг қўллаш табиий резервуарларни ҳам камайишига олиб келди. Швейцария бу дастурни кенг қўллаб ўзининг ҳудудида қутуришни бутунлай йўқотди. 1989 йилдан бошлаб Бельгия, Франция, Германия, Италия ва Люксембург каби давлатлар алоҳида ҳудудларига самолётдан тулкиларни қутуришига қарши вакциналанган озиқ махсулотларини ташлаш йўли билан курашиш йўлга қўйилган. Бу тадбирлар самара бериб қутуришни 70% гача камайтириш имконини берди.

Ҳозирги пайтда одам диплоид ҳужайра вакцинаси кенг қўлланилмоқда, у одамнинг диплоид ҳужайрасидан инактивациялаштириб олинади. АҚШ да эса айнан шундай вакцина макак резус маймунларидан олинмоқда.

Легионерлар касаллиги

Грам манфий бациллалар томонидан чақириладиган ўткир бактериал касаллик бўлиб, бугунги кунда 28 хил бактерия ва 45 та серотиплари топилган. Касалликнинг биринчи ҳодисаси 1947 йили АҚШ да қайд этилган, 1957 йилда эса уруш ветеранлари миллий форуми қатнашчилари орасида касаллик тарқалганлиги кузатилган. Аломатлари: кайфиятнинг тушиб кетиши, иштаҳанинг йўқолиши, мушак оғриғи, қорин оғриғи ва ич кетиши. Айрим ҳолларда пневмония билан ҳам асоратланиши мумкин. Госпитализацияланганларнинг 15% қисмида ўлим юз беради. Бу

касалликнинг анча енгил шакли-Понтиак иситмасида камроқ ўлим кузатилади.

Қўзғатувчи сув манбаларида кўпайиб водопроводлар орқали тарқалади. Касаллик ўчоқлари Австралия, Исроил, Европа ва Жанубий Америкада қайд этилган. Водопроводлар ва сув ҳавзаларини тозалаш, зарарсизлантириш, касаллик топилганида хлорлаш ва филтрлаш профилактик тадбирларга киради. Эритромицин билан даволаш яхши самара беради.

Касалхона ичи (нозокомиал) инфекциялари

АҚШда госпитализацияланган беморларнинг 5-10% қисмида касалхона ичи инфекцияси қайд қилинади, бу эса госпитализация муддатини узайтиради. Ҳар йили касалхона ичи инфекциясидан 30 мингдан ортиқ одам ҳаётдан кўз юмади. Ривожланаётган давлатларда касалхона ичи инфекцияси 65% гача етади. Сийдик йўллариининг, операция жароҳатининг ва нафас йўллариининг яллиғланиши касалхона ичи инфекциясининг энг катта фоизини ташкил қилади.

Сўнгги йилларда иммунитетни заифлашган беморлар: СПИД, аъзолари кўчириб ўтказилганлар, ракка қарши терапия олувчилар кўпайганлиги боис касалхона ичи инфекцияси профилактикаси айниқса катта аҳамиятга эга бўлиб бормоқда. Айрим ҳолларда медиклар ҳам касалхона ичи инфекциясидан зарар топомқдалар: Эбол вирусини юқиб бир гуруҳ врачлар ва ҳамширалар ўлиб кетгани адабиётларда ёзилган.

Антисептика ва асептикага қатъий риоя қилиш, бир марталик жиҳозларни қўллаш, қайд қилинган инфекцияни жадал аниқлаб даволаш касалликнинг профилактикасига киради. Бугунги кунда ҳар бир касалхонада ички инфекция профилактикаси учун масъул эпидемиолог штати бор.

Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар

Ҳар йили бу касалликлар 250 млн дан ортиқ одамда аниқланади. Шулардан 1 млн дан ортиғи СПИД га тўғри келади. Янги ва айни вақтда бедаво дард ҳисобланган СПИД ҳамманинг диққатини ўзига тортди, шундай бўлса-да, жинсий йўл билан юқувчи эски касалликлар ҳам долзарблигича қолмоқда. Яширин ёки ўтиб кетган дардлар аёлларда кичик чаноқ аъзоларининг сурункали хасталикларига олиб келади, бунинг оқибатида бепуштлиқ ва бачадон бўйинчаси раки ривожланади. Заҳм, сўзак ва СПИД онадан болага юқиши мумкин. Туғма захм ва сўзак боланинг ўлик туғилишига ёки ногиронлигига олиб келади. Эраклар

ҳам бепушт бўлиб қолади ва эрта ўлимга олиб келувчи турли асоратлар кузатилади. Шунинг учун жинсий йўл билан юқувчи касалликлар бутун дунё соғлиқни сақлаш сиёсатида катта ижтимоий аҳмиятга эга.

4.10 жадвал

Жинсий йўл билан юқувчи хасталиклар билан бирламчи касаланишлар (1990-1996)

| Касаллик | Кўзгатувчи | Ҳар йили касалланишнинг янги ҳолати, млн одам ҳисобида | |
|--------------|------------------------------|--|------|
| | | 1990 | 1996 |
| Трихомоноз | Вагинал трихомоназ | — | 170 |
| Хламидиоз | Хламидия трахоматис | — | 89 |
| Папилломатоз | Папиллома вируси | — | 30 |
| Сўзак | Нейссер гонорреяси | 24 | 62 |
| Герпес | Герпес симплекс вирус | 20 | 20 |
| Заҳм | Кок трепанома | 4 | 12 |
| Юмшоқ шанкр | Дукрей гемофилиси | 2 | 2 |
| СПИД | Одам иммун танқислиги вируси | 1 | 3 |

Заҳм оқ спирохета ва трепанома томонидан чақирилади ва яширин даври 10-90 кунга тенг бўлиб таносил аъзосида, оғизда ёки анал тешик олдида оғриқсиз яра пайдо бўлади. Кейинчалик регионар лимфа безлари катталашади ва бу даврда касаллик энг юқумли ҳисобланади. Касалликнинг иккинчи даврида, яъни юққанидан бир йил ўтиб танада тошмалар пайдо бўлади, сочлар тўкилиб артрит ва гепатитлар билан асоратланади. Учламчи давр эса касаллик юққанидан 5-20 йил ўтиб кузатилади, унинг учун асаб тизимини издан чиқиши характерлидир. Антибиотикларнинг катта дозаси билан эрта даврда даволаш самарали, агар анча муддат ўтган бўлса даво муддати узаяди.

Сўзак кўзгатувчиси — *Neisseria gonorrhoeae* яширин даври 1-14 кунга тенг. Аёлларда сузак жинсий йўллардан патологик ажралма чиқиши, сийганда ачишиш ва қорин остидаги оғриқлар билан, эркаларда эса сийганда оғриқ, чиқинди ажралиши билан ифодаланади. Бепуштлиқ билан асоратланиши мумкин. Даволаш антибиотикларни комбинациялаб қўллаш билан амалга оширилади.

Юмшоқ шанкр лотинча номи *Neisseria ducreyi* аёлларда қин ва анус соҳасидаги оғриқли яралар, алоқа ва пешоб ажралиш маҳалидаги

оғриқлар билан намоён бўлади. Айрим ҳолларда симптомсиз кечиши ҳам мумкин. Яширин даври 3-15 кунга тенг. Бемор яра сақланадиган 1-3 ой мобайнида юқумли ҳисобланади. Сульфаниламидлар, тетрациклин ва стрептомицин билан даволанади.

Герпес бир номли икки турдаги вируслар томонидан чақирилади. Яширин даври 1-12 кун, таносил аъзолари атрофида тошмалар билан намоён бўлади. Менингит билан асоратланиши, онадан болага ўтиши мумкин.

Хламидиознинг асосий белгилари қин ёки уретрадан чиқинди ажралиши, сийгандаги оғриқ, қорин пастадаги оғриқлар билан намоён бўлади. Яширин даври 1-21 кун, юқумли даври аниқланмаган.

Трихомонознинг яширин даври 4-20 кун, эркакларда аломат бермаслиги, баъзан сийганда оғриқ бериши билан ифодаланади. Аёлларда қиндан кўпikli ва йирингли чиқинди келиши, сийганда ва алоқа қилганда оғриқ бериши билан намоён бўлади. Даволанмаса бир неча йиллаб давом этади. Метронидазол билан даволанади.

Кондилома (генитал сўгал) одам папиллома вируси томонидан чақирилади ва бачадон бўйин рақини келтириб чиқаришда катта ўрин тутди. СПИД одам иммун танқислиги вируси билан касалланиш иммун ва асаб тизимини бетўхтов сусайтира боради. Даставвал касаллик енгил тез ўтувчи хасталиклар билан ифодаланса, касаллик юққанидан бир неча ой ёки йил ўтиб оғир, бартараф этилиши қийин инфекциялар бот-бот кузатила бошлайди. Касалликнинг бу босқичи СПИД деб аталади. Даво муолажалари беморни бутунлай даволаб юбора олмайди, балки ҳаётини бир неча муддатга узайтиради, холос.

4.14 шлова

ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚУВЧИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар билан курашиш соғлиқни сақлаш тизимининг узвий бир қисмидир.

Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар профилактикаси билан СПИД профилактикаси уйғунлаштириб олиб борилиши лозим

Жинсий йўл билан юқувчи касалликларни аниқлаш ва даволаш тиббиётнинг бирламчи звеносида олиб борилиши керак.

Врачга биринчи муурожаат қилинган заҳотиёқ ташхислаш ва даволаш

Хавфли гуруҳга кирувчиларни презервативлар ва дори-дармонлар билан таъминлаш

Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар профилактикасида тиббий-руҳий консультация муҳим усулдир

4.14 илова давоми

Тиббиёт ходимларини бирламчи ёрдам учун тайёрлаш
Умумий амалиёт ва хусусий амалиёт билан шугулланувчи врачларни ихтисослашган клиникаларда махсус тайёрлаш
Ахоли тиббий саводхонлигини давомли нашрлар ва ялпи ахборот воситалари ёрдамида ошириш
Қўзғатувчиларнинг дориларга сезувчанлиги бор-йўқлигини синчиклаб текшириш
Ҳомиладорларни заҳмга мажбурий текшириш
Юқори хавф гуруҳидаги-ўсмирлар, ҳарбий хизматчилар, танасини сотиш билан шугулланувчи аёллар, олис йўлларда юривчи юк машина ҳайдовчиларини, гомосексуалистларни тиббий саводхонлигини ошириш
Аёлларда аломатсиз кечувчи касалликларни фаол аниқлаш ва даволаш

СПИД илк марта 1981-йили Нью Йорк ва Лос-Анжелесда аниқланган бўлиб, АҚШ нинг бошқа йирик шаҳарларида эпидемик деб қабул қилинди. Ўша йиллари СПИД фақат гомосексуалистлар ва наркоманлар орасида бўлган. Кейинчалик касаллик борган сари кенг тарқалди ва соғлиқни сақлашнинг глобал муаммосига айланди. Африканинг Сахара жанубидаги давлатларда аҳолининг 25% гача қисми СПИД билан касалланган.

СПИДнинг клиник аломатларига иштаҳа пасайиши, ич кетиши, озиб кетиш юқумли касалликларга ва ўсмаларга тез берилувчанлик ҳамда ўлим билан тугаш киради. ВИЧ инфекция жинсий йўл, қон қуйиш ва бемор ажралмалари орқали юқиб, яширин даври 10 йилгача чўзилади. Юқувчанлик даври ҳали аниқланмаган. СПИД ни даволашда фақат паллиатив терапия қўлланилади.

4.11 жадвал

АҚШ да катталар ва 13 ёшгача бўлган болалар орасида (1985-1995)
СПИД билан касалланишлар сони минг киши ҳисобиغا

| Касаллар | 1985 | 1987 | 1990 | 1991 | 1992 | 1995 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| Эркалар | 7,6 | 36,4 | 37,7 | 38,8 | 38,8 | 57,4 |
| Аёллар | 0,5 | 1,7 | 4,6 | 5,4 | 5,9 | 13,1 |
| Болалар орасида | 0,1 | 0,3 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Ҳаммаси | 8,2 | 21,1 | 41,1 | 41,7 | 43,8 | 45,4 |

1992-йили АҚШ да СПИД дан 33 590 та одам ўлди, уларнинг 2% қисми 25 ёшгача, 73% қисми 26-44 ёшгача, 25% қисми эса 45 ёшгача эди. 25-44 ёшгача бўлган одамларни ўлимга олиб келувчи сабаблар орасида СПИД 8 ўринни эгаллаб турибди. Ҳозирги пайтда 950 минг одам АҚШ бўйича СПИД билан оғриган деб ҳисобланмоқда

1990 йилда 9 млн одам, 2000 йилда эса 26 млн одам СПИД вируси ташувчиси ҳисобланади. Ташувчининг 80% ривожланаётган давлатларга тўғри келади. 85% ҳолда касаллик гетеросексуал йўл билан юққан. Бугунги кунда Таиландда ҳар 50 одамга битта СПИД ташувчиси тўғри келади. Бу кўрсаткич Африканинг Сахара жанубидаги давлатларида ҳар 40 одамга 1 та тўғри келади. Ҳар йили СПИД билан 2 млн га одам қайтадан касалланадилар.

СПИД пайдо бўлишининг глобал сабаблари ҳанузгача аниқ эмас ва ўрганилмоқда. Инфекциянинг портлашга ўхшаб кенгайиб тарқалиши инсоният ҳали бу инфекциянинг пандемиялари пайдо бўлиши мумкинлигидан дарак бериб турибди. XX аср охирида одамлар ва товарларнинг беқийс равишда юқувчанлиги, туризм, халқаро бизнес, қон маҳсулотларининг халқаро бозори пайдо бўлиши, наркотикларнинг ноқонуний савдоси, сексуал революция пандемия тарқалишига олиб келадиган асосий омилларга киради.

СПИД бугунги кунда жаҳоннинг барча давлатларида қайд этилмоқда, аммо АҚШда касалланиш жадаллиги камаяётганлиги қайд этилмоқда. Аммо бу пасайиш суръати бўрон олдидаги сукунат бўлиши ҳам мумкин. Ривожланган диагностик хизмат етишмаган жойларда синдромга кўра ёндошиш талаб қилинади, яъни беморда СПИД га хос бўлган аломатларни аниқлаш талаб қилинади. Бу эса врачга бир неча марталаб қатнаш ҳамда қиммат турадиган лаборатория текширишларини ўтказишдан воз кечиш имконини беради. Юқори хавfli омилга кирувчиларни (маҳбуслар, енгилоеқ аёллар) ҳамда перенатал кузатиш клиникаларида профилактик текширишлар ўтказиш жинсий йўл билан берилувчи касалликларни эрта босқичида аниқлаш ва даволаш имконини беради. Бу муолажалар юқори иқтисодий самара беради. (битта лаборатория тести 10 цент, узоқ муддатта таъсир қилувчи пенициллиннинг бир дозаси 40 цент). Беморнинг сексуал партнерини излаб топиш узоқ муддатлик оғир вазифа бўлса-да, харажатлар ўзини оқлайди, чунки айнан шу йўллар билан инфекциянинг тарқалиб кетишига тўсиқ қўйилади.

**АҚШ аҳолисида жинсий йўллар орқали юқувчи асосий касалликлар
(1950-1965), 100 минг аҳолига**

| Касаллик | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Заҳм | 146 | 69 | 45 | 31 | 29 | 54 | 25 |
| Сўзак | 192 | 145 | 297 | 445 | 384 | 278 | 150 |
| Юмшоқ шанкр | 3,3 | 0,9 | 0,7 | 0,4 | 0,9 | 1,7 | 0,2 |

Жинсий йўллар билан юқувчан касалликлар профилактикаси моногамияни, ёки ҳар бир жинсий алоқада албатта презервативдан фойдаланиш заруратини талаб қилади. СПИД олдидаги ваҳима, шу тариқа жинсий йўл билан юқувчи касалликларнинг олдидаги қалқон бўлиши мумкин.

Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар тарқалишини олдини олиш тиббий хизмат бирламчи звеноси ва жамоат соғлиғини сақлаш ходимларининг биргаликда фаолият юритишини талаб қилади.

Риккетсиозлар

Бу гуруҳдаги касалликлар бир-бирига қариндош бўлган олти хил кўзгатувчи-риккетсиялар томонидан чақирилади. Огир бош оғриғи, юқори ҳарорат, танада тошмалар пайдо бўлиши, томирлар тортишиши, мия, ўпка юрак ва буйрақларга қон қуйилиши билан кечади. Риккетсиялар фақат тирик ҳужайралар ичида кўпаяди. Бургалар, каналар каби паразит ҳашаротлар томонидан тарқатилади. Антибиотиклар пайдо бўлгунига қадар бу касалликдан миллионлаб одамларнинг ёстиғи қуриган. Риккетсиознинг асосий клиник шаклига тиф киради. У 1836 йилда аниқланган бўлиб, кийим бити орқали юқади. Тиф урушлар, очлик табиий офатлар даврида эпидемия тусига киради ва 4-40% гача ўлим билан тугалланади. Ҳозирги пайтда Марказий Африка, Шарқий Европа, Жанубий Америкада эндемик ўчоқлар сифатида учрайди. Шахсий гигиенага қатъий риоя қилиш, ДДТ ва линдан каби химикатларни кенг қўллаш профилактик тадбирларга киради. Тиббий ходимларни ҳимоялаш учун вакцина ишлаб чиқарилган. Тиф касалликларининг тўрт шакли бор бўлиб, барчасини антимиқроб дорилар билан даволаш мумкин.

Эндемик бурга тифи улар орасида энг енгил тури ҳисобланади. АҚШ нинг Шарқида кенг тарқалган, кемирувчилар касалликнинг табиий резервуарлари ҳисобланади.

Цуцугамуши, ёки бошқача айтганда Япон дарё иситмаси Тинч океан ороллари ва узоқ шарқда кенг тарқалган. Цуцугамуши риккетсиялари томонидан чақирилади ҳамда енгил, ўртача ва оғир турлари фарқланади.

Қояли тоғларнинг доғли иситмаси яхши ўрганилган оғир касаллик бўлиб, Шимолий Америка, Европа ва Осиё ғарбида учрайди. Касаллик каналар чақиши орқали унинг қўзғатувчи *R.rickeffsii* нинг қонга ўтиши туфайли пайдо бўлади.

Ку-иситмаси каналар чақиши оқибатида юқадиган касаллик бўлиб ҳамма жойда кенг тарқалган. Одатда қишлоқ хўжалик ходимларида, ўткир ва сурункали шаклларда учрайди. Йирик ва майда шохли қорамолларни мунтазам дезинфекциялаш қишлоқ хўжалиги ходимларида бу касаллик ривожланишининг олдини олади.

Лайм касаллиги

Эритема борлигига қараб бу касаллик фарқланади. У терининг чегараланган ёки тарқоқ қизариши бўлиб, суяк, мушак, юрак қон томир ва асаб тизимлари томонидан асоратлар чақиради. Бу касаллик асосан 5-14 ёшгача бўлган болаларни хасталайди, аммо 30-49 ёшлар атрофидаги катталарга ҳам юқиши мумкин. Каналар чақиши орқали юқади. Касаллик АҚШнинг айрим ҳудудларида чегараланган. Репеллентлар ва ёпиқ кийимлар воситасида каналардан ҳимояланиш, каналарга қирғин келтириш профилактик тадбирларга кирилади. 1993-йилдан бошлаб АҚШ да Лайм касаллигига қарши вакцина клиник синовдан ўтмоқда.

Тропик касалликлар

Асосан иссиқ мамлакатларда тарқалувчи касалликлар тропик касалликлар гуруҳига бирлаштирилган. Бу асосан Осиё, Африка, Лотин Америкаси давлатларининг яшаш даражаси паст бўлган аҳолисига характерлидир. Аммо бугунги кунда тропик касалликлар айнан бир минтақада локаллашиб қолмасдан балки бутун дунё бўйича тарқалиб кетган. Бу касалликларни фақат уларнинг тарқалиш маҳалида назорат қилиш мумкин, уни специфик даволаш ва самарали вакциналар билан бартараф этиш ҳали йўлга қўйилмаган.

Безгак

Безгак резервуари одам популяцияси, тарқатувчиси эса анофелес чивинининг урғочисидир. Қўзғатувчисининг малярия, ўроқсимон ва овал плазмодий деган учта тури мавжуд. Яширин даври 12-30 кунни ташкил қилади. Қўзғатувчининг айрим турлари 10 ойгача яширин даврини ўташи

мумкин. Шунингдек зарарланган қонни қуйиш ҳам безгакка олиб келиши мумкин. Безгакнинг клиник белгиларига иситма, терлаш, бош оғриғи, шок, ўткир жигар ва буйрак етишмаслиги, энцефалопатия ва кома киради. Даво тадбирлари ўтказилмаса ўлим 10% гача боради. Даво ўтказилмаса биринчи хуруж ҳафталаб ҳатто ойлаб давом этиши мумкин, рецидивлар эса биринчи хуруждан кейин 2-5 йил ўтиб (айрим ҳолларда ҳатто 50 йилдан кейин) такрорланиши мумкин. Қонда лаборатор йўли билан безгак плазмодиясини топиш ташхисни ойдинлаштиришга асос бўлади.

50-йилларда ривожланаётган давлатларда безгакни назорат қилиш яхши йўлга қўйилганди, аммо кейинчалик назорат сусайиши оқибатида безгакнинг янги хуружлари кузатилди. Кейинчалик безгакнинг дориларга сезувчанлиги камайган штаммлари пайдо бўлди. Вакцинациялаш зарурияти яна бир бор таъкидланди, аммо бу йўналишдаги изланишлар ҳанузгача бирор бир натижа бергани йўқ.

1991-йили Ҳиндистонда 2.1 млн безгак ҳолати қайд этилди, бу жаҳондаги барча кўрсаткичларнинг учдан бирини ташкил қилади. Таиландда касалланиш суръати бироз камайган бўлса-да, хининга бардошли штаммлари пайдо бўлди.

Ҳозирги пайтда Колумбияда безгакка қарши вакцина яратилган бўлиб у фақатгина клиник текширишлар босқичида турибди. Вакциналарнинг самара бермаётганига асосий сабаб плазмодийларнинг турли генетик типлари мавжудлигидандир. Безгакни тадқиқ қилиш уни фармакологик аспектларига қаратилган. Кўзгатувчиларнинг дориларга сезувчанлиги пасайганлиги сабабли асосий йўналиш касалликни имкон қадар эрта босқичларда аниқлаш, янги терапевтик воситаларни ишлаб чиқиш, кўзгатувчиларга қирғин келтиришдан иборатдир. Аммо самарали, арзон ва хавфсиз вакцина яратилмас экан бу касалликни ер юзидан бутунлай йўқотиб юбориш имкони йўқ. Бугунги кунда безгакни дори-дармонлар билан даволаш касаллик билан курашиш йўлидаги ягона чора бўлиб турибди.

Дракункулёз

Бу паразитар касаллик Ҳиндистон, Покистон ва Африкада кент тарқалган бўлиб, тери ости ёғ қаватида паразитлик қилувчи гижжа томонидан чақирилади. Асосан оёқларда жойлашиб оғриқ ва ҳаракатсизликни келтириб чиқаради. Паразит тухумини қўйганидан кейин терида улкан, оғриқли чипқон пайдо бўлади, оёқ сувга тикилганида чипқон ёрилиб ичидан паразитлар сувга чиқади. Зарарланган сув орқали личинка бошқа одамларнинг меъда-ичак йўлига кириб аста секинлик билан висцерал тўқималар орқали оёқ териси ости тўқималарига тарқалади. Яширин даври бир йилга яқин.

Дракункулёз Фарбий Африка ва Яқин Шарқ, Ҳиндистон ва Марказий Осиё кенгликларидан тарқалган. Эрон ва Осиё мамлакатларида уни йўқотишга эришилган. Бугунги кунда у Африкада миллионлаб одамларда учрамоқда.

Профилактика зарарланган сувни тозалашга, оёғида чипкони бор беморларнинг сувни қайта зарарлашига йўл қўймасликка асосланган. Эндемик зоналарда ичимлик сувни филтёрлаш ва хлорлаш катта аҳамиятга эга. Унга қарши вакцина ҳали ишлаб чиқилмаган, мавжуд дори-дармонлар беморнинг аҳволини анча яхшилайдди, аммо паразитларни тўлалигича бартараф эта олмайди.

ЖССТ дракункулёзни ер шаридан бутунлай йўқотишга қаратилган чоратадбирлар мажмуини ишлаб чиққан. Аста секинлик билан унинг камаё бориши кузатилмоқда, агар 1980 йилда 12 млн касалланиш ҳодисаси рўйхатга олинган бўлса, бу кўрсаткич 1990 йилга келиб 3 млн га тушди.

Мохов

Бу оғир дард кўп асрлар мобайнида Европа ва Ўртаер денгизи соҳилларида яшовчи одамларни маҳв этиб келди. 1300 йилда 19 мингдан ортиқ лепрозорийлар ташкил этилган эди. ХIУ -ХУII асрларга келиб ўлатнинг бубон шакли эпидемияси фонида касалликнинг тарқалиши анча камайди. Мохов сурункали бактериал касаллик бўлиб, тери, нерв тизими ва юқори нафас йўлларининг яллиғланиши билан кечади. Касалликнинг лепроматоз шаклида тери ва тўқималарда қаттиқ, аста секинлик билан ярага айланувчи тугунлар пайдо бўлади, асаб тизими фаолияти издан чиқа бошлайдди. Силсимон шаклида эса тери чегараланган соҳаларида ва асаб тизимида ўзгаришлар кузатилади. Ташхис клиник ва бактериал текширишлар асосида ойдинлаштирилади.

Кўзгатувчи-лепра микобактерияси -касал одамдан бевосита контакт йўли орқали юқади. Яширин даври 9 ойдан 20 йилгача (ўртача 4-8 йил). Рифамицин ва бошқа препаратларни қўллаш қисқа муддатда касалликни юқувчанлигини йўқотади, ва амбулатория шароитида даволаш имконини беради. Комплекс терапевтик давонинг самарадорлиги анча юқори бўлиб қайталаниш кам кузатилади. Профилактика касалликни ўз вақтида аниқлаш ва узок муддатга комплекс даволашга асосланган. БЦЖ вакцинасини қўллаш касалликнинг силсимон шакли билан оғриш эҳтимолини анча камайтиради. Бемор билан контактда бўлган шахс беш йил мобайнида тиббий назорат остида бўлиши лозим.

Мохов асосан бешта давлатда (Ҳиндистон, Бразилия, Индонезия, Миярмар, Бангладеш) кенг тарқалган, аммо Филиппин, Бирма, Африканинг Сахарадан жанубидаги давлатларда, Миср, Эрон, Мексика, Колумбия каби давлатларда ҳам учраб туради. АҚШнинг айрим штатларида ҳам аҳён-аҳёнда қайд этилади. 1980 йилда ер куррасида 10,5 млн бемор қайд этилган бўлса, 1990 йилга келиб бу кўрсаткич 5.5 млн га тушди. ВОЗ 2000 йилга келиб бу касалликни элиминациялаш вазифасини ўз олдига мақсад қилиб қўйганди ва экспертларнинг ҳисоб-китобларига кўра 2000 йилда ер юзида 300 минг бемор қолиши керак эди.

Бошқа тропик касалликлар ва уларга қарши кураш

Юқорида тилга олинганлардан ташқари онхоцеркоз, шистосомоз, лейшманиоз каби тропик касалликлар ҳам катта хавф туғдирмоқда. Халқаро ва миллий соғлиқни сақлаш ташкилотлари касалланиш ва улардан ўлиш ҳолларини камайтиришга қаратилган барча чора тадбирларни кўрмоқда. Масалан 1974 йили Африканинг Сахарадан жанубидаги 11 та давлатда ВОЗ онхоцеркознинг ташувчиси бўлган қора пашшани инсектицидлар ёрдамида қириб 30 млн га яқин одамни қутқариб колди.

Шистосомоз одамдан одамга трематодлар орқали юқади. Ҳозирги пайтда қўзғатувчининг уччала турига таъсир қилувчи самарали даво тадбирлари ишлаб чиқилган. Профилактик тадбирлар сув ҳавзаларнинг тозалигини сақлаш, трематодларни кириш, беморларнинг пешоби ва ахлати билан сув ҳавзаларининг ифлосланишини олдини олишга қаратилган.

Лейшманиоз тери ва висцерал турларга бўлинади. Ҳиндистон, Хитой, Собиқ СССРнинг жанубий республикаларида Яқин Шарқда, Лотин Америкасида, Африканинг Сахарадан жанубидаги давлатларида кенг тарқалган, чала турдаги қўзғатувчиларнинг резервуарлари бўлиб кемирувчилар популяцияси рол ўйнайди. Қум пашшаси ташувчи бўлиб хизмат қилади, унинг меъдасида қўзғатувчилар кўпаяди. Пашшаларни ва кемирувчиларни кириш билан касалликни назорат қилиш мумкин. Антибиотиклар ва антимоид препаратлар билан даволаш самара беради, ammo вакциналар ишлаб чиқилмаган. Безгак қарши инсектицидлар касаллик тарқалишини анча камайтиради. Итлар популяцияси кам ҳудудларда касаллик ҳам кам учрайди. Аҳолининг тиббий билимларини ошириш, санитария меъёрларига қўниктириш, шахсий гигиена қоидаларга ўргатиш касалланиш даражасини камайтиради.

Паразитозлар

Юқорида тилга олинган тропик касалликларнинг бир қисми (безгак, лейшманиоз, шистосомоз) паразитозлар тоифасига киради, яъни улардан ногиронлик ва ўлим кўрсаткичлари жуда юқоридир. Шунингдек, трихомоноз, лямблиоз, ичак гельминтозлари, заиф клиник симптоматика берса-да, оғир асоратларга олиб келиши туфайли паразитозларга киритилган.

Амебиаз — протозой паразитлар гуруҳига мансуб бўлиб, одамлар табиий резервуарлар бўлиб хизмат қилади.

Аскаридоз иссиқ иқлимли давлатларда кенг тарқалган бўлиб аҳолининг қарийб ярмида учраши мумкин. Айниқса болалар орасида касаллик кенг тарқалган. У организмни заифлаштириб қонни камайтириб юборади.

Энтеробиоз — жаҳоннинг ҳамма жойида кенг тарқалган бўлиб аҳоли зич жойлашган, санитария ва гигиена қоидаларига риоя қилинмайдиган жойларда, айниқса болалар орасида катта кўрсаткичга эга.

Паразитлар орасида ўлимга олиб келувчи турларидан бирига эхинококклар томонидан чақирилувчи эхинококкоз (бир камерали гидатид эхинококкоз) киради. У қопсимон шаклдаги гижжа бўлиб диаметри 10 см гача етиши мумкин. Етук эхинококклар ит ичагида яшайди. Касаллик айниқса итлардан фойдаланишга асосланган молчилик ва қўйчилик хўжаликларидан кенг тарқалган. Яқин Шарқ, Греция Сардиния, Шимолий Африка, Жанубий Америка, АҚШ ва Канаданинг айрим ҳудудлари касалликнинг эндемик зоналарига киради. Кипр ва Австралияда касалликнинг одамда паразитлик қилувчи турлари бутунлай йўқотилган. Бош хўжайин ит, оралиқ хўжайин эса майда шохли қорамол, чўчқа, от ва бўрилардир.

Касалликнинг яна бир шакли-кўп камерали гидатид эхинококкоз Шимолий ярим шарда кенг тарқалган бўлиб Собиқ СССР, Япония, Аляска, Канада ва АҚШ, Марказий Европа давлатларида учрайди.

Тасмасимон гижжа санитария даражаси жуда паст бўлган тропик давлатларда кенг тарқалган. 2-3 ёшгача бўлган болаларда итларнинг тасмасимон гижжаси билан касаланиш ҳоллари кўп учраб туради. Паразитозлар ҳақида гапирилганда уларга карши курашишнинг энг самарали усулларида аҳолининг санитария ва гигиена бўйича билимларини ошириш ҳамда уларга риоя қилиш, ахлат ва нажасларни зарарсизлантириб йўқотиш ҳамда қаттиқ ветеринария назоратини киритишини таъқидлаб ўтишимиз лозим.

Эктопаразитлар- одамлар тери ва териси остида паразитлик қилувчи майда ҳашаротлар тушунилади. Кўтир канаси, тўшак кандаласи, бурга ва битлар эктопаразитларга киради. Улардан келадиган зарар оддий қулайликдан тортиб жиддий касалликларгача бўлиши мумкин. Масалан, соч бити бутун дунёда кенг тарқалган бўлиб тез йўқотиш мумкин ҳамда катта хавф туғдирмайди, аксинча тўшак бити эса қайталама тиф касаллигини тарқатиши мумкин. Бургалар ўлатни кемирувчилардан одамга ўтказиши мумкин, шу сабабли кемирувчиларга қиргин келтириш катта тиббий аҳамиятга эга. Аммо урушлар, очарчиликлар ва табиий офатлар маҳали каламушлар ҳам бит ва бургалар каби катта тезликда кўпаядилар ва эпидемик аҳволни янада ёмонлашувига олиб келадилар. **Кўтир** бевосита контакт орқали юқади ва қўзғатувчиси тери остига чуқур кириб қаттиқ қичимани қўзитади.

Улар айниқса болалар жамоаларида жадал кўпайиши туфайли ўқитувчилар ва тарбиячилар паразитларга қарши курашиш чора тадбирларини яхши эгаллаган бўлишлари керак.

Арбовирус касалликлари (вирусли иситмалар)

Ўткир инфекцион касалликларнинг бу тури қон сўрувчи бўғим-оёқлилар-чивинлар, каналар, қум пашшалари орқали ҳамда бевосита контакт йўли билан юқади. Улар орасида эндемик кана энцефалити катта аҳамиятга эга бўлиб, Сибир, АҚШ ва Канадада кенг тарқалган. ҳар бир арбовирус ўзининг тарқалиш ҳудуди, ташувчиси ва клиник-вирусологик характеристикасига эга. Арбовируслар ҳашаротларнинг сўлак безларида кўпаяди ва чаққан махали одам ва қишлоқ хўжалик хайвонларининг организмига тушади. Арбовирус инфекциялари марказий асаб тизими яллиғланиши, геморрагик иситма ёки носпецифик вирус касалликларига ўхшаб кечади. Айрим ҳолларда энцефалитлар ва жигар касалликлари билан асоратланади.

Арбовирус инфекциялари халқаро аҳамиятга эга бўлган касаллик бўлиб, ташҳис эндемиклиги, эпидемиянинг борлиги ҳамда серологик реакциялар ёрдамида қўйилади.

Энцефалитлар

Бу гуруҳга аспетик менингит, энцефалит, энцефаломиелитлар киради, улар баъзан сурункали асоратлар бериши мумкин. Чивин чақиши орқали юқадиган энцефалитларга Фарбий ва Шарқий сап, Япон, Венесеула, Австралия энцефалитлари киради. Уларнинг ҳар бири ўзининг географик ҳудуди ва эпидемиологик характеристикасига эга.

Арбовируслар чақирадиган кана энцефалитларига вақти вақти билан АҚШ ҳамда Канадада учраб турадиган повассан энцефалитлари киради. Кана энцефалитлари Фарбий Европа, Скандинавия ва собиқ СССРда кенг тарқалган. Касалликнинг юқиш йўли аниқланмаган, аммо унинг тарқалишида кемирувчилар ҳам, чивинлар ҳам қатнашмаслиги аниқланган.

Геморрагик иситма

Бу гуруҳга тана ҳароратининг кескин кўтарилиши, кўплаб қон қуйилиш (ички ва ташқи), жигар фаолиятининг бузилиши шок ҳамда аксарият ҳолларда ўлим билан тугалланувчи оғир арбовирус касалликлари киради.

Рифт водийси иситмасининг ташувчиси чивин ва бошқа ҳашаротлардир. Касаллик касал жонивор гўшти ҳамда қони билан контактда бўлган одамларга ҳам юқади.

Библиография

Anderson, R. 1992. Infectious Diseases of Humans: Dynamic and Control. Oxford: Oxford University Press. 1992.

Basch, P. 1994. Vaccines and World Health: Science, Policy, and Practice. New York: Oxford University Press. Benenson, A. S. (ed). 1995. Control of Communicable Diseases Manual, Sixteenth Edition. Washington, DC: American Public Health Association.

Brooks, O. E., Butel, J. S., Morse, S. A. 1998. Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology, Twenty-first Edition. Stamford, CT: Appleton & Lange.

Cassens, B. 1992. Preventive Medicine and Public Health, Second Edition. Malvern, PA: Harwal Co. Colditz, G. A., Brewer, T. F., Berkey, C. S., Wilson, M. E., Burdick, E., Fineberg, H. V., and Mosteller, F. 1994. Efficacy of BCG vaccine in the prevention tuberculosis. Meta-analysis of the published literature. Journal of the American Medical Association, 271:698-702. (See also Brewer et al., 1996. Evaluation of tuberculosis control policies using computer simulation. JAMA, 246:1898- 1903 and related articles.)

Cook, G. C. 1996. Manson "s Tropical Diseases, Twentieth edition. London: Saunders.

Cutts, F. T., Smith, P. G. (eds). 1994. Vaccinations and World Health. Chichester: Wiley and Sons.

Mandel, O.L. 1994. Principles Practice of Infectious Diseases. Edinburgh: Churchill, Livingstone Plotkin, S. A., Mortimer, E. A. 1994. Vaccines, Second Edition. Philadelphia: WB Saunders.

Vaccine-preventable disease

American Academy of Pediatrics. 1997. Immunization of adolescents: recommendations of the advisory Committee on Immunization Practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians and the American Medical Association. Pediatrics, 99:479-488 (<http://www.aap.org/policy/re97 I I.html>)

American Academy of Pediatrics. 1999. Combination vaccines for childhood immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians and the American Medical Association. Pediatrics, 103:1064-1077,

American Academy of Pediatrics, Committee of Infectious Diseases. 1999. Poliomyelitis prevention: Revised recommendations for use of inactivated and live oral poliovirus vaccines. Pediatrics, 103:171-172.

Centers for Disease Control. 1993. Diphtheria outbreak — Russian Federation, 1990 — 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report, 42:840-841, 847.

Centers for Disease Control. 1993, Resurgence of pertussis — United States, 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report, 42:952 — 953, 959 — 960.

Centers for Disease Control. 1994. Rubella and congenital rubella syndrome — United States, January 1, 1991-May 7, 1994. Morbidity and Mortality Weekly Report, 43:397 — 401.

Centers for Disease Control. 1996. Compendium of animal rabies control, 1996: National Association of State Public Health Veterinarians. Morbidity and Mortality Weekly Report, 45(RR-3):1-9.

Centers for Disease Control. 1998. Progress toward elimination of Haemophilus influenzae type B disease among infants and children in the United States, 1987-1997. Morbidity and Mortality Weekly Report, 47:993-998.

Centers for Disease Control. 1997. Tetanus surveillance — United States, 1991-1994. Morbidity and Mortality Weekly Report, 46(SS-2): 15-25. Centers for Disease Control. 1998. Recommendations and reports — Vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of measles: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Morbidity and Mortality Weekly Report, 47(RR-8):1 — 59.

Centers for Disease Control. 1998. National, state and urban area vaccination coverage levels among children aged 19-35 months — United States, July, 1996-June, 1997. Morbidity and Mortality Weekly Report, 47:108 — 116.

Centers for Disease Control. 1998. Varicella related deaths among children — United States, 1997. Morbidity and Mortality Weekly Report, 47:365 — 368.

Centers for Disease Control. 1999. Progress toward global poliomyelitis eradication. Morbidity and Mortality Weekly Report, 48:416 — 421.

Centers for Disease Control. 1999. Ten great public health achievements United States, 1900-1999. Morbidity and Mortality Weekly Report, 48:241 — 243, 243 — 248.

Tulchinsky, T. H., Abed, Y., Shaheen, S., Toubassi, N., Sever, Y., Schoenbaum, M., Handsher, R. 1989. A ten-year experience in control of poliomyelitis through a combination of live and killed vaccines in two developing areas. American Journal of Public Health, 79:1648-1652.

Tulchinsky, T. H., Ginsberg, G. M., Abed, Y., Angeles, M. T., Akukwe, C., Bonn, J. 1993. Measles control in developing and developed countries: the case for a two-dose policy. Bulletin of the World Health Organization, 71:93 — 103.

World Health Organization. 1999. Integration of vitamin A supplementation with immunization. Weekly Epidemiological Record, 74:1-6.

Other communicable diseases

Anderson, C. 1991. Cholera epidemic traced to risk miscalculation. Nature, 354:255.

Centers for Disease Control. 1993. Update cholera — Western hemisphere, 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report, 42:89 — 91.

Centers for Disease Control. 1993. Isolation of Vibrio cholerae 01 from oysters — Mobile Bay, 1991- 1992. Morbidity and Mortality Weekly Report, 42:91-93.

Centers for Disease Control. 1993. Estimates of future global tuberculosis morbidity and mortality. Morbidity and Mortality Weekly Report, 42:961-964.

Centers for Disease Control. 1994. Arbovirus disease — United States, 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report, 43:385-387.

Centers for Disease Control. 1994. Update: outbreak of Legionnaire's disease associated with a ship, 1994. Morbidity and Mortality Weekly Report, 43:574 — 575.

Centers for Disease Control. 1994. Rift Valley Fever — Egypt 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report, 43:693, 699 — 700.

Centers for Disease Control. 1996. The role of BCG vaccine in the prevention and control of tuberculosis in the United States: A joint statement by the Advisor, Council for the Elimination of Tuberculosis and the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45(RR-4):1-18.

Centers for Disease Control. 1997. Update: Trends in AIDS incidence — United States, 1964. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:861-867.

Centers for Disease Control. 1997. Case definition for infectious conditions under public health surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46(RR-10): 1-55.

Centers for Disease Control. 1998. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47(RR-1):1-118.

Centers for Disease Control. 1998. Primary and secondary syphilis — United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:493 — 497.

Dolin, P. J., Raviglione, M. C., Kochi, A. 1994. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990 — 2000. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:213-220.

Halstead, S. B. 1992. The 20th century pandemic: Need for surveillance and research. *World Health Statistics Quarterly*, 45:292-298.

Slutsker, L., Ries, A. A., Greene, K. D., Wells, J. G., Hutwagner, I., Griffin, P. M. 1997. *Escherichia coli* O157:H7 diarrhoea in the United States: clinical and epidemiologic features. *Annals of Internal Medicine*, 126:505 — 513.

UNICEF. (1995-1998). *The State of the World's Children 1995, 1996, 1997, and 1998*. New York: United Nations Children's Fund, Oxford Press.

World Health Organization. 1990. *The Rational Use of Drugs in the Management of Acute Diarrhoea in Children*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1994. The malaria situation in 1991. *Bulletin of the World Health Organization*, 72: 160 — 164.

World Health Organization. 1994. *AIDS: Images of the Epidemic*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1996. *Dracunculiasis: Global surveillance summary*. *Weekly Epidemiologic Record*, 71:141 — 148.

World Health Organization. 1996. Progress toward the elimination of leprosy as a public health problem. *Weekly Epidemiologic Record*, 71:149 — 156.

World Health Organization. 1996. *The World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1997. *The World/ Health Report 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1998. *Health for all in the Twenty-first Century: EB101/8*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1998. *The World Health Report 1998: Life in the Twenty first Century: A Vision for All*. Geneva: WHO.

World Health Organization. 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: WHO.

НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРГА ҚАРШИ КУРАШ

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари * Кириш * Эпидемиологик ўтиш * Хроник касалликларнинг тарқалганлик кўрсаткичлари * Ноинфекцион касалликларга қарши кураш * Хроник касалликларнинг социал-иқтисодий оқибатлари * Юрак қон-томир касалликлари * Қандли диабет * Буйрак етишмовчилигининг оғир тури * Рак * Шикастланиш * Тазйиқ * Жигарник хроник касалликлари * Артрит ва таянч-ҳаракат аппарати функцияларининг бузилишлари * Неврологик бузилишлар * Хроник бузилишлар ва ҳозирги замон жамоат соғлиқни сақлаши * Хулоса * Реферат мавзулари * Библиография

Ўқув мақсадлари

Бу бобни ўрганиб, талаба

- эпидемиологик ўтиш нима
- ноинфекцион касалликларнинг хавfli омиллари қандай
- ноинфекцион касалликларга қарши курашда индивидуал ва жамоа профилактик хизматларининг ролини билиб олади.

Кириш

«Цивилизация касалликлари» деган ном олган хроник ноинфекцион касалликлар ҳозирги вақтда ривожланган мамлакатларда касалланиш ва ўлимнинг даражасини белгилайди. Бундай эпидемиологик шароит кўпгина ривожланаётган мамлакатларда ҳам кузатиляпти. Хроник касалликларнинг этиологияси ғоят мураккаб, шунинг учун уларнинг профилактикасида кўп сонли хавfli омилларини ҳисобга олиш керак. Масала қийин бўлишига қарамай, сўнгги 20 йил ичида кўпгина мамлакатларда бош мия инсульти ва юрак ишемик касаллигидан ўлимни қисқартиришда талайгина муваффақиятлар қўлга киритилди. Хавfli рак касалликлари ва травматизмдан ўлим ҳамда касалланиш бир қадар кам пасаймоқда.

Эпидемиологик ўтиш даври

Иккинчи жаҳон урушидан кейин бошланган эпидемиологик ўтиш даври вақтидан илгари ўлим юз беришининг энг тарқалган сабабларидан бўлиб, инфекция касалликлардан ноинфекцион касалликларга ўтиш ҳисобланади. Кенг қўламдаги вакцинация болалар ва чақалоқлар ўлимнинг пасайишига ва бу ёш гуруҳларида функционал бузилишлар миқдорининг қисқаришига олиб келди. Турмуш шароитларининг яхшиланиши, санитария меъёрлари, овқатланиш ва ичимлик сувни тозалаш билан бир қаторда антибиотиклар қўлланиш юқумли касалликлардан ўлимни пасайтирди ва ўртача умр кўриш давомлилигини узайтирди. Бунинг натижасида инфекция касалликлар муҳим омиллигича қолгани ҳолда ривожланган мамлакатларда эпидемиологик шароитни белгиламайдиган бўлди; бу жараён ривожланаётган мамлакатларда ҳам тобора кўпроқ кузатилади.

Ноинфекцион касалликлар инфекция касалликларидан устунлик қила бошлагандан сўнг эпидемиологик шароит тубдан ўзгаришга учради. Бу қуйидаги 5.1 жадвалда АҚШ мисолида (1900-1995 йилларда) акс эттирилган.

Ҳозирги замон эпидемиологиясида ва жамоат соғлиқни сақлашда ноинфекцион, ёки хроник касалликларнинг аҳамияти инфекция касалликлар билан касалланиш, ўлишнинг пасайиши билан боғлиқ, бу улар кўринишининг узайишига олиб келади, натижада кўп сонли кишилар юрак касалликлари ва рак учун хос бўлган ёшгача яшайдиган бўладилар. Айни вақтда юрак қон-томир касалликлари, травматизм ва рак билан касалланиш ва ўлим сони ошади. Бу чекиш, атроф муҳитнинг ифлосланганлиги ва ортиқча овқатланиш сингари хавф омилларининг таъсири билан боғлиқ. Бундан ташқари бундай касалликларни пасайтиришга қаратилган тиббий аралашувлар ишлаб чиқилди. Бунда хроник касалликларни ва травматизм оқибатлари бўлган касалликларни даволаш қиймати ошиб боришини ҳам унутмаслик керак.

Эпидемиологик шароит ўзгариши туфайли жамоат соғлиқни сақлаши ўз таъсир доирасини кенгайтириш, унга ноинфекцион касалликларга алоқадор касалланиш ва ўлимни пасайтириш муаммосини киритиши керак бўлиб қолади. Бу умрнинг узайишига ва кекса ёшдаги кишилар орасида функционал бузилишлар тарқалганлигини камайтиришга олиб келади.

**АҚШ аҳолисининг ўлимнинг асосий сабабларидан ўлими (1900-1995),
100 минг кишига**

| Ўлим сабаблари (1900) | Миқдорий кўрсаткич | Ўлим сабаблари | Миқдорий кўрсаткич |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Пневмония, грипп | 202 | Юрак касалликлари | 281 |
| Гастрит, энтерит, олит | 143 | Хавфли ўсмалар | 204 |
| Сил | 194 | Цереброваскуляр бузилишлари | 60 |
| Юрак касалликлари | 137 | Бахтсиз ҳодисалар натijasида шикастлар | 40 |
| Кексалик ёшдаги касалликлар, хроник функционал бузилишлар | 118 | Ўпканинг хроник обст- руктив касалликлари | 34 |
| Марказий нерв систе- масининг томир бузи- лишлари | 107 | Пневмония, грипп | 32 |
| Хроник нефрит, склероз | 81 | Қандли диабет | 23 |
| Бахтсиз ҳодисалар на- тижасида шикастлар | 72 | Жонига суиқасд қилишлар | 16 |
| Хавфли ўсмалар | 64 | ВИЧ инфекция | 10 |
| Дифтерия | 40 | Цврроз ва хроник буйрак касалликлари | 12 |
| Ҳамма касалликлар | 1719 | Ҳамма касалликлар | 880 |

**Хроник касалликларнинг тарқалганлик кўрсаткичлари
Инфекцион касалликларга қарши кураш**

Ноинфекцион ёки хроник касалликларнинг миқдорий кўрсаткичлари ўз ичига касалланиш, ўлим ва маълум хавф омиллари таъсирининг индикаторларини, уларни ҳисоблаш учун турли манбалардан олинган маълумотларни ўз ичига олади. Хроник касалликларга қарши кураш ҳам индивидуал, ҳам ялпи профилактика чораларини кўзда тутди. Агар ташқи

муҳит омиллари касаллик этиологиясида муҳим роль ўйнайдиган бўлса, миқдорий таҳлил ва хавф омиллари таъсирини пасайтириш жамоат соғлиқни сақлашнинг реал вазифаси бўлиши мумкин. Агар касаллик ривожланишининг асосий омиллари (масалан, юрак ишемик касаллиги ёки ўпка раки) одамларнинг индивидуал одатлари ва ҳаёт тарзи ҳисобланса, юу ҳолда социал меъёрларни ва айрим кишиларнинг юриш-туришларини ўзгартиришнинг асосий усули индивидуал ва ялпи тиббий билимлар беришдир.

Хроник касалликларга қарши кураш методлари таъсирчан тиббий хизматни (масалан, гипертонияни аниқлаш ва даволаш учун), қонун бўйича назорат чораларини кўриш, қабул қилинган қоидалар ва меъёрларга риоя қилишни (масалан, йўл ва ишлаб чиқариш травматизми даражасини пасайтириш), иқтисодий механизмларни ишга солишни (масалан, сигаретлар ва ичкилик истеъмолини камайтириш учун уларга солиқларни ошириш) талаб қилади. Бу соҳада ҳамкорликдаги ҳаракатларни мувофиқлаштириш соҳалараро ҳамкорлик номини олган ва жамоат соғлиқни сақлашнинг энг муҳим функцияларидан бири ҳисобланади.

Ҳар бир хроник касаллик биринчи галда аҳолининг муайян гуруҳи, бошқача қилиб айтганда хавф гуруҳини зарарлантиради. Овқатланишдаги етишмовчиликни профилактика қилиш кўкрак ёшидаги болаларга, туғадиган ёшдаги аёлларга, эркаклар ва қарияларга, мактабгача ва мактаб ёшидаги ўсмирларга, яъни умуман аҳолига қаратилиши керак. Мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар ўртасида травматизм профилактикасини олайлик, у тарбия ва маорифнинг ҳар хил методлари билан амалга оширилиши керак, чунки бу гуруҳларда хавф омиллари ҳар хил бўлади.

Хроник касалликларнинг социал-иқтисодий оқибатлари

Хроник касалликлар айрим одам ва унинг оиласига оғир мусибатлар олиб келиши билан бирга умуман жамиятга ҳам таъсир кўрсатади. Клиник ва эпидемиологик маънода касаллик оқибати касалланиш ва ўлим атамалари билан ифода қилинади. Ҳозирги вақтда ҳамма ривожланган мамлакатларда қабул қилинган аҳолининг соғлиғини муҳофаза қилиш учун социал-этик масъулият (10-13 бобларга қаранг) касаллик оқибатига иқтисодий нуқтаи назардан ҳам баҳо беришни кўзда тутди. Зарур сарфлар атамаси билан белгиланадиган тиббий таъминот нархи у бевосита давлат томонидан молияланадими ёки аралаш, давлат-хусусий мулкдан молияланадими, бундан қатъи назар, касалликнинг иқтисодий юкнинг кўрсаткичи ҳисобланади. Бу 5.2 жадвалда АҚШ мисолида кўрсатилган.

АҚШ да касалликларнинг гуруҳлари бўйича тиббий хизматга сарфлар (1987)

| Касалликлар гуруҳлари | Сарфлар, млн дол. | Сарфлар тузилмаси, % |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------|
| Юрак қон-томир касалликлари | 79,6 | 13,9 |
| Шикастлар | 69,1 | 12,1 |
| Ўсмалар | 49,6 | 8,7 |
| Сийдик-таносил тизими касалликлари | 49,3 | 8,7 |
| Ҳомиладорлик ва туғруқлар | 39,7 | 6,9 |
| Нафас аъзолари касалликлари | 38,3 | 6,7 |
| Ҳазм аъзолари касалликлари | 35,9 | 6,3 |
| Таянч-ҳаракат аппарати касалликлари | 27,7 | 4,8 |
| Қон айланиш тизими касалликлари | 20,2 | 3,5 |
| Руҳий касалликлар | 19,3 | 3,4 |
| Жорий тиббий хизмат | 17,4 | 3,0 |
| Туғма бузилишлар | 8,7 | 1,5 |
| Ятроген касалликлар | 6,9 | 1,2 |
| Бошқалар | 110,6 | 19,3 |

Эслатма: Давлат ва хусусий манбалардан молиялашнинг умумий сарфлари кўрсатилан.

Хавф омиллари ва хроник касалликлар этилогияси

3-бобда кўриб чиқилган инфекциян касалликларининг этиологик мезонлари Кох-Хенле постулатлари сифатида маълум. Бу тамойиллар хроник касалликларнинг этиологик мезонларини ишлаб чиқиш учун фойдаланилган ва Эванс мезонлари номи билан машҳур бўлган (5.1 иловага қаранг). Улар хроник касалликларнинг ривожланишида мойиллик ва хавф омилларга нисбий ролни ифодалайди ва у ёки бу касаллик тарқалишида турли хил омилларнинг аҳамиятига баҳо беришда муҳим ўрин тутди.

ЭВАНСНИНГ ЭТИОЛОГИЯ МЕЗОНЛАРИ

1. Аҳоли гуруҳида тахмин қилинаётган омилнинг тақсимланиши касалликнинг тақсимланиши билан бир хил бўлиши керак.
2. Тахмин қилинаётган омил таъсирига учраган шахслар ўртасидаги касалланиш даражаси бундай таъсирга учрамаган шахслар ўртасидаги касалланиш даражасидан ишончли равишда ошиши керак.
3. Шу касаллик билан касалланган шахслар анамнезида тахмин қилинаётган омил бошқа омилларнинг бир хил таъсирида соғлом кишилардагига қараганда кўпроқ учраши керак.
4. Тахмин қилинаётган омил таъсири вақт нуқтаи назаридан касаллик юз беришидан олдин бўлиши керак.
5. Тахмин қилинаётган омил нечоғли кучли ёки давомли бўлса, касалликнинг юз бериш эҳтимоли кўпроқ бўлади.
6. Айрим касалликлар учун одам биологик реакциясининг юзага чиққанлиги (кучсиздан то аниқ ифодаланишгача) тахмин қилинаётган омилнинг таъсир даражасига мос келади.
7. Касаллик билан тахмин қилинаётган омиллар ўртасидаги алоқадорлик аҳолининг ҳар хил гуруҳларида ва турли хил текшириш методларида кузатилади.
8. Касаллик билан омил ўртасидаги алоқадорликни бошқача тушунтириб бўлмайди.
9. Тахмин қилинаётган омилни йўқотиш ёки узайтириш янги касаллик ҳоллари миқдорининг пасайишига олиб келиши мумкин.
10. Айрим ҳолларда организмнинг тахмин қилинаётган омил таъсирига реакциясининг ўзгариши касалланишнинг пасайишига олиб келиши мумкин.
11. Эксперимент шароитида тахмин қилинаётган омил таъсирига учраган аҳоли гуруҳида касаллик назорат гуруҳидагига нисбатан кўпроқ учраши мумкин.
12. Аниқланган ҳамма боғланишлар оқилона биологик ва эпидемиологик изоҳланадиган бўлиши мумкин.

Ноинфекцион касаллик этиологияси унинг ривожланишига сабаб бўладиган кўп сонли омиллари борлигидан, одатда, **ғоят мураккаб**; **хроник** касаллик ривожланишида ягона омил зарур ва ет **хизмат** қиладиган ҳоллари жуда кам учрайди. Хроник **демологияси** бўйича Америка жамоат соғлиқни сақла **нашр** қилган маълумотномада хроник касалликлар р **хавф** омиллари 5.3 жадвалда келтирилган. Паст социал- **касаллик** гуруҳларидаги амалда ҳамма тадқиқотларда **тида** иштирок қилишини таъкидлаб ўтиш зарур.

Ноинфекцион касалликлар учун хавф омиллари сўнги 40 йил ичида ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар натижасида аниқланган эди. Ж.Морриснинг классик ишида Лондондаги ҳайдовчилар ва қондукторлар ўртасида юрак ишемик касаллиги билан касалланиш даражасидаги тафовут очиб берилган эди. Бир томондан, доимо автобус зинаси бўйлаб кўтарилиб ва пастга тушиб туришга мажбур автобус қондукторлари орасида, иккинчи томондан эса – касб стрессларига камроқ учрайдиган одамларда юракнинг ишемик касаллигидан ўлим меҳнати кўпроқ диққат-этиборни талаб этадиган ҳайдовчилар орасидагига қараганда пастроқ эканлиги маълум бўлган.

50-йилларда Долл ва Хилл ўтказган узоқ муддатли тадқиқотлар натижасида чекиш кўпгина касалликлар ривожланишида хавф омиллари эканлиги исботланган. Тадқиқотларда 35 йиллик стажи бўлган чекувчиларда (73%) чекмайдиганларга (85%) қараганда 65 ёшгача умр кўриш имқонияти камлиги маълум бўлди. Чекишнинг ўпка раки, юракнинг ишемик касаллиги, ўпка хроник обструктив касалликлари ва бош мия инсулти ривожланиши учун асосий хавф омиллари эканлиги ҳақида хулоса чиқарилган. Чекиш 30% ҳолларда ўпканинг хроник юрак ишемик касаллигига ва 80-90% ҳолларда ўпканинг хроник обструктив касалликларига сабаб бўлиши аниқланган.

Массачусетс штатида ўтказилган тадқиқотда қондаги холестерин даражаси тўғридан-тўғри хавф омиллари эканлигига оид муҳим эпидемиологик маълумотлар олинган. Кейинги тадқиқотлар овқат рационидаги бошқа ёғларнинг юрак ишемик касаллиги ривожланишида омил сифатида аҳамиятини кўрсатган. Бу тадқиқот юрак қон-томир касалликлари сабабларини ўрганишга эпидемиологик ёндашувни қўлланишга имқон берган.

Юрак ишемик касаллиги ривожланиши билан зичлиги паст липопротеинлар холестерин фракциясининг миқдори ўртасида бевосита боғланиш мавжудлиги тўғрисидаги маълумотлар асосида қон зардобидаги умумий холестериннинг атероген таъсири исботланган. Зичлиги юқори липопротеинлар, аксинча, юрак ишемик касаллиги ривожланишига тўсқинлик қилади, чунки организмдан тўқима холестерини чиқарилишига имқон беради. Юрак ишемик касаллигининг ривожланиш хавфи бу фракцияларнинг ҳар бирига боғлиқ. Шундай қилиб, юқори зичликдаги липопротеинларнинг қондаги липопротеинлар умумий миқдорига нисбати юрак ишемик касаллигининг ривожланиш хавфига баҳо беришнинг муҳим мезони ҳисобланади.

Хроник касалликлар ривожланишининг хавф омиллари

| Хавф омили | Юрак-томир касалликлари | Рак | Хроник ўпка касалликлари | Диабет | Цирроз | Таянч-ҳаракат аппарати касалликлари | Неврологик бузилишлар |
|-------------------------------------|-------------------------|-----|--------------------------|--------|--------|-------------------------------------|-----------------------|
| Чекиш | + | + | + | 0 | 0 | + | ? |
| Ичкиликни сууистеъмол қилиш | + | + | 0 | 0 | + | + | + |
| Қонда холестериннинг юқори даражаси | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Гипертензия | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Нотўғри овқатланиш | + | + | 0 | + | 0 | + | ? |
| Гиподинамия | + | + | 0 | + | 0 | + | 0 |
| Ёғ босиши | + | + | 0 | + | 0 | + | 0 |
| Стресс | ? | ? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Пассив чекиш | ? | + | + | 0 | ? | + | ? |
| Касбга оид зарарли омиллар | ? | + | + | 0 | ? | + | ? |
| Атроф муҳит (ҳаво) ифлосланиши | + | + | + | 0 | 0 | 0 | + |
| Паст социал-иқтисодий статус | + | + | + | + | + | + | - |

Ошган артериал босим (гипертензия) — касалланиш ва ўлим даражасининг ўсиш сабабларидан биридир. Ошган артериал босим миокард инфаркти, масалан, буйрак фаолияти бузилиши хавфини оширади. Нормал қон босими одатда систолик босим учун 130 мм атрофида ва диастолик босим учун 85 мм чегарасида аниқланади, ҳақиқий қимматлари, одатда, бир неча марта ўлчашларда аниқланади. Артерия босимининг бир марта ошиши стресс ёки жисмоний фаолликда пайдо бўлиши мумкин. Буйрак касалликлари ёки эндокрин бузилишлар оқибатида ривожланган барқарор, иккиламчи каби (органик гипертензия) юрак, бош мия, буйраклар, кўз қон томирларида ва перифирик артериялар, масалан оёқларда патологик ўзгаришлар келтириб чиқарди.

Юрак қон-томир касалликлари

Қон айланиш тизими касалликлари синфига юрак ишемик касаллиги, гипертензия, мия қон айланиш бузилишлари ва юрак рематик касаллиги (ИБС) ва мия қон айланиш бузулишлари ривожланган, шунингдек ривожланиб келаётган кўпгина мамлакатларда ўлимнинг асосий сабаблари ҳисобланди. Уларни «цивилизация касалликлари» деб аталади, чунки улар этиологик жиҳатидан чекиш, гиподинамия ва ҳайвонот ёғларига бой овқат сингари омилларига боғлиқ. Бу учлик « ҳаёт тарзи омиллари» умумий номи остида маълум, уларнинг таъсири тегишли индивидуал ва ижтимоий профилактик чоралар билан тузатилиб туради, бу сўнги 30 йил ичидаги соғлиқни сақлаш амалиёти билан тасдиқланади.

Бу касалликларнинг аҳолининг турли гуруҳлари ўртасида тарқалганлигига аниқ баҳо бериш ҳозирги вақтда қийин ёки мумкин эмас, чунки стандарт диагностик мезонлари ва терминологияси ишлаб чиқилмаган, бу эса мазкур касалликларнинг тарқалганлигига доир эпидемиологик асосланган тадқиқодлар ўтказишни қийинлаштиради. Ўлим даражаси ва госпитализация тўғрисидаги маълумотлар каби кўрсаткичлар вақтинчалик тенденциялар тўғрисида муҳим ахборатлар беради ва турли регионлардаги касаланишни таққослашга имқон беради, бу аҳолининг ҳар хил гуруҳларига қаратилган соғлиқни сақлаш тадбирларини режалаштириш учун фоят муҳим, бироқ улар бу касалликларнинг тарқалганлигини акс эттирмайди. Юрак қон-томир касалликлари патогенезида ва уларга кўп сонли кишиларнинг мойиллигида кўпгина умумий жиҳатлар бўлишига карамай, юрак ишемик касаллиги ва мия қон айланиши бузилишларининг бир-биридан ажратилиши фоят муҳимдир.

Юрак қон-томир касалликларидан ўлимнинг ўзгариш тенденцияси

XX-асрнинг 20 йилда юрак ишемик касаллиги (ИСБ)дан ва мия қон айланиши бузилишларидан ўлим тез суръатлар билан ўсди ва 60 йилда энг юқори даражага етади. Сўнгра инсультлардан ўлим аста секин пасая боради, бу ҳолат 90 йилда ҳам сақланиб турди. Кейинчалик юрак ишемик касаллигидан ўлим пасая бошлади, бу 90 йил ўрталарида ҳам давом этмоқда.

АҚШ аҳолисида умумий ўлим ва айрим касалликлардан ўлимнинг стандартланган кўрсаткичлари (1950-1995), 100 минг кишига.

| Ўлим сабаблари | 1950 йил | 1960 йил | 1970 йил | 1980 йил | 1985 йил | 1990 йил | 1995 йил | Ўзгаришлар (1950—1995), % |
|----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|
| Умумий ўлим | 842 | 761 | 714 | 586 | 549 | 520 | 504 | -42 |
| ЮИК | 307 | 286 | 254 | 202 | 181 | 152 | 138 | -50 |
| Инсулт | 89 | 80 | 66 | 41 | 33 | 28 | 27 | -70 |

1950 йилдан 1991 йилгача АҚШ юрак ишемик касаллигидан стандартланган (стандарт — АҚШ ёш таркиби) ўлим кўрсаткичлари 50% дан кўпроққа, боғ мия инсултларидан ўлим кўрсаткичлари- тахминан 69% га пасайган. Пасайиш суръатлари турли регионларда ва аҳолининг айрим гуруҳлари бўйича фарқ қилади. Ўрта ҳисобда аёллар ўлими даражаси йилига 3 % га, эркеклар ўлими 3,8 % га пасайган. Кўрсаткичлар турли регионда бир-биридан кескин фарқ қилган, масалан, Нью-Йорк штатида аёллар ўлими мамлакат бўйича ўртача даражада 49%га юқори, эркеклар ўлими — 33% га юқори бўлган. 5.4 жадвалда келтирилган маълумотлар юрак-томир касалликларидан ўлим даражасининг умумий ва қасддан юз берган ўлим кўрсаткичларига нисбатан бирмунча юқори пасайиш суръатларидан далолат беради.

Юрак қон-томир касалликларидан ўлимнинг пасайиш суръатлари турли мамлакатларда, ва аёллар ўртасида, шунингдек битта мамлакатнинг ўзида турли вақтларда ҳар хил.

Айрим индустриал мамлакатларда юрак қон-томир касалликларидан ўлим ҳолатидаги ўзгаришлар (1952-1967, 1970-1985)

| Мамлакат | Ўлимдаги ўзгаришлар, % | | | |
|---------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Эркеклар | | Аёллар | |
| | 1952-1967 йй | 1970-1995 йй | 1952-1967 йй | 1970-1985 йй |
| Япония | -0,84 | -51,7 | -31,7 | -57,5 |
| АҚШ | -7,9 | -38,8 | -25,5 | -38,9 |
| Канада | -6,4 | 38,8 | 33,3 | -42,8 |
| Янги Зеландия | + 17,7 | -31,9 | -19,0 | -33,6 |
| Швеция | +2,0 | -6,4 | -38,8 | -30,3 |
| Буюк Британия | +5,2 | -20,9 | -22,0 | -26,7 |
| Польша | - | +35,7 | - | +12,7 |
| Венгрия | +13,7 | +29,5 | -21,4 | +4,9 |

Таҳлилий баҳолар ва керакли хулосаларнинг йўқлиги олдини олиш мумкин бўлган кўпгина ҳаётлар ва иш потенциалининг йўқотилишига сабаб бўлмоқда. Бир мамлакатда тўпланган тажрибадан ҳаммавақт ҳам бошқасида фойдаланиб бўлмайди, бироқ кўпчилик мамлакатларда ўлимнинг 40-50% га пасайишга аниқ тенденцияси ўлим даражаси доимо ўсиб бораётган мамлакатлар ёки айрим регионлар соғлиқни сақлаш органларининг дастурлари ва устувор вазифаларини қайта кўриб чиқишлари кераклигини тақозо қилади.

Бир мамлакатнинг айрим туманларидаги кўрсаткичларнинг қиёсий таҳлили ҳам соғлиқни сақлашда муҳим аҳамият касб этиши ва қонкрет амалий натижаларга олиб келиши мумкин. Нью-Йорк штатидаги ўлим кўпгина ўн йилликлар мобайнида Қўшма Штатлар бўйича ўртача кўрсаткичга нисбатан юқори бўлган. Штатнинг ўзида ўлим Нью-Йорк шаҳрида ва унинг чегараларидан ташқарида кескин фарқ қилади, бундан ташқари, этник келиб чиқиш, иқтисодий омиллар ва турмуш тарзи муҳим роль ўйнайди. Юрак қон-томир касалликларидан ўлимнинг ўзгариш тенденцияларига қарамай, юрак ишемик касаллиги натижасида ўлим Нью-Йорк шаҳри аҳолиси ўртасида умуман юқори, бош мия инсультдан ўлим даражаси эса штатнинг шаҳар чегараларидан ташқарисидаги аҳоли ўртасида 5.6 жадвалда кўрсатилганидек юқори.

Битта штат аҳолисининг иккита гуруҳлари ўртасидаги бу тафовутлар талайгина саволлар қўйди, масалан, нима учун Нью-Йорк штатида яшовчи оқ танли эркаклар орасида инсультдан ўлим даражаси қора танли Нью-Йоркликлар орасидаги даража билан ўхшаш, айна вақтда Нью-Йорк шаҳрида яшайдиган оқ танли эркакларда инсультдан ўлим кўрсаткичлари бирмунча паст ва ИБС дан бирмунча юқори. Юрак қон-томир касалликлари хавфли омилларига доир кўп сонли тадқиқотлар ирққа оид омилларни аниқлади, бироқ улар кўп жиҳатдан иқтисодий омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин, чунки оқ танли аҳоли умуман бирмунча юқори социал-иқтисодий мавқени эгаллайди ва у тиббий суғурта ва тиббий хизматлардан кўпроқ баҳраманд бўлади, натижада у Нью-Йорк шаҳридаги қора танли аҳоли ва штат қишлоғидаги қора ва оқ танли аҳолига нисбатан бу гуруҳдаги инсульт хавфи омилларини (гипертензия) эрта ва тўлиқ аниқлай олади.

**Нью-Йорк штати аҳолисининг юрак қон-томир касалликларидан ўлимнинг
стандартланган кўрсаткичлари (1987-1991), 100 минг кишига**

| Регион | Касаллик | 1987 й. | 1988 й. | 1989 й. | 1990 й. | 1991 й. | Ўртача кўрсаткич (1987- 1991) |
|------------------------------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|--|
| Штатнинг шимолий қисми | ИБС | 447 | 442 | 415 | 405 | 405 | 417 |
| | Инсулт | 63 | 62 | 57 | 55 | 55 | 57 |
| Нью- Йорк шаҳри | ИБС | 314 | 312 | 291 | 293 | 304 | 302 |
| | Инсулт | 41 | 40 | 41 | 38 | 36 | 39 |
| Нью- Йорк штати | ИБС | 293 | 290 | 272 | 267 | 269 | 276 |
| | Инсулт | 54 | 53 | 50 | 48 | 47 | 50 |

Эслатма: Нью-Йорк штати аҳолисининг 1990 йил учун ёш таркиби бўйича стандартланган кўрсаткичлари, кўрсаткичлар қийматлари яхлитланган.

Лабил ёки доимий, систолик ёки диастолик, енгил ёки оғир формада ўтадиган гипертензия ҳар қандай жинс-ёш гуруҳлари учун ИБС ривожланишига мойиллик келтириб чиқарадиган омил ҳисобланади, гарчи одатда у бошқа хавфли омиллар билан бирга учрайди. Глюкозани кўтара олмаслик ва диабет айниқса аёллар учун атеросклероз ривожланишига сабаб бўладиган хавфли омиллар ҳисобланади. Оила аъзоларидаги ИБС ҳам касалликнинг ошган хавфидан дарак беради. Кўпгина кўрсаткичларни таҳлил қилиш асосида хавфли омиллар аниқ белгилаб чиқилган, бу энг оддий профилактик дастурларни ишлаб чиқиш имқонини берди. Хавфли омилларига: юрак касалликлари, аритмия, систолик гипертензия, чап қоринча гипертрофияси, диабет, чекиш киритилади. Шундай қилиб, юрак-томир касалликлари ўз этиологияси ва патогенизига кўра кўп омилли ҳисобланиб, бу 5.7 жадвалда кўрсатилган.

Инсулт хавфининг қўшимча омилларига: ёғ босиши, холестерин миқдорининг ошганлиги, ёғларга бой овқатлар, юракнинг бўлиб ўтган касалликлари, анамнездаги мия қон айланиши бузилишлари, алкогольни суистеъмол қилиш ва гиподинамия киради.

Гипертензия эпидемиологияси ва аҳоли ўртасида унинг тарқалганлигига баҳо беришда стресс, овқатланиш характери, этник ва ирқий мансублик каби омилларни, шунингдек артериал гипертензия аниқланган беморларни кузатиш ва даволаш методлари ролини эътиборга олиш керак. Бош мия инсультдан ўлимни қисқартиришнинг негизи гипертензияни аниқлаш ва турмуш тарзида тегишли ўзгаришлар қилиш ҳамда узоқ муддат тиббий кузатишда қувватлантириб турадиган терапияни олиб боришдан иборат.

5.7 жадвал

Юрак ишемик касаллиги ривожланишида ошган хавфнинг индивидуал омиллари

| Индивидуал хусусиятлар | Турмуш тарзи | Биокимёвий, физиологик кўрсаткичлар |
|--|--|--|
| Ёш, жинс, миллат, паст социал-иқтисодий мавқе . Юрак қон-томир касалликлари ёки анамнезда глюкозани кўтара олмаслик. Навқироу ёшдаги (эркакларда 55 ёшдан кичик, аёлларда 65 ёшдан кичик) қариндошлар ўртасидаги юрак қон-томир касалликлари | Тўйинган ёғлар ва холестеринга бой овқат, юқори калорияли рацион. Чекиш. Гиподинамия. Ичкиликни суистеъмол қилиш. | Холестериннинг ошган умумий даражаси (зичлиги паст липопротеинлар). Гипергликемия. Зичлиги юқори липопротеинлар паст даражаси Ошган артериал босим. Ёғ босиши. |

Юрак қон-томир касалликларининг профилактикаси

Юрак қон-томир касалликларидан ўлимнинг ҳамма индустриал мамлакатларда сўнгги 25 йил ичида пасайганлигини кўпгина омиллар таъсири билан изоҳлашга ҳаракат қилинди. Бунда омилларнинг биронтасига устунлик мавқеи берилмади. Турмуш даражасининг ўсиши, дам олиш имқониятларининг кўпайиши ва турмуш тарзининг ўзгариши, хавфли омиллар тўғрисида билимларни кўпроқ эгаллаш, тиббий хизмат кўрсатиш сифатининг ошганлиги ва ундан фойдаланиш осонлиги кабилар ҳисобига хавфли омилларнинг камайганлиги касалланишнинг пасайишига имқон берди. Шунингдек, беморларни юрак-ўпка етишмовчилигида реанимация методлари ва техникасининг таъсири етарлича ўрганилмаган.

Соғлиқни сақлаш учун омилларнинг аҳамияти ғоят муҳим, гарчи улардан ҳар бирининг ўлим даражасининг пасайишига таъсирини аниқ таърифлаш қийин, чунки ҳозирги вақтдаги мавжуд маълумотлар кифоя қилмайди. Соғлиқни сақлаш соҳасида юқорида санаб ўтилган ҳамма

омилларга эътибор беришни давом эттириш, шу тариқа ўлимнинг пасайишига эришиш долзарб масалалардан бири саналади.

Даволаш ва профилактиканинг асосий тамойиллари юрак ишемик касаллигини интенсиф даволаш, одат бўлиб қолган овқатланишни ўзгартириш, чекишдан бутунлай воз кечиш, мунтазам жисмоний юклама ва атрофдаги соғлом социал-психологик муҳит ҳисобланади. Бу муаммонинг индивидуал жиҳатлари ва катта ижтимоий аҳамиятга молик жиҳатлари бор. Тиббиёт ходими юрак қон-томирлар касаллигининг жиддий симптомлари борлигидан қатъи назар, бемор эътиборини мавжуд хавф омилларига қарагиши лозим, бироқ бу соҳада жамоат соғлиқни сақлашининг пухта ўйланган сиёсати бўлмаса, бунинг фойдаси йўқ. Индивидуал профилактиканинг аҳамияти муҳим, яъни: гипертонияли беморларни кузатиб бориш ва изчиллик билан даволаш, қонда холестерин миқдорини пасайтириш, вазн ортиқлигини йўқотиш, диабетли беморларни кузатиш ва даволаш ва юрак ишемик касаллигини агрессив даволаш.

1974 йилда Канадада нашр этилган Лалонд ҳисоботида (2-бобга қаранг) хулқ-атворнинг индивидуал кўриниши, ирсият, атроф муҳит ва тиббий таъминотининг аҳволи айрим кишилар соғлиқ ҳолатини белгилайдиган омиллардан эканлиги кўрсатиб ўтилган эди. Бу нуқтаи назар Канадада аҳоли соғлиғини мустаҳкамлашга қаратилган соғлиқни сақлаш тадбирларининг муҳимлигини кенг маънода тушунишга олиб келди. 80 ва 90-йилларда бундай ёндашув бутун дунёда соғлиқни сақлаш дастурларига негиз бўлди.

80-йиллар бошланишида Финляндияда — юрак қон-томир касалликларидан ўлим даражаси дунёда энг юқори мамлакатда — Шимолий Карелия лойиҳасини амалга оширишга киришилди. Бу юрак қон-томирлар касаллиги билан касалланишни бутун бир регион миқёсида қисқартиришга қилинган биринчи уриниш эди. Бу овқатланиш, ичкилик истеъмол қилиш ва ортиқча вазни йўқотиш билан боғлиқ одатларни ўзгартириш учун кенг жамоатчилик иштирокини ва касбий қўллаб-қувватлашни талаб қилди. Лойиҳанинг амалга оширилиши хулқ-атвордаги баъзи бир хусусиятлар касаллик ва ишемик юрак касаллигидан ўлим хавфини кўпайтиришни кўрсатадиган эпидемиологик текширувлар билан ўтган. Аҳолининг бу соҳада билимини ошириш касалликнинг ривожланиш хавфини камайтиради. Шимолий Карелия лойиҳаси ҳеч қандай натижалар бермаганлигига қарамай, аҳоли орасида юрак-томир касалликлари профилактикасида ахборотларнинг муҳимлигини тушунишга ёрдам берди. Бу лойиҳа Оврпада кенг тарқалган профилактик методларни ишлаб чиқишга ҳисса қўшди.

Айрим регионларга мўлжалланган кўпгина дастурлар ишемик юрак касаллиги хавфини пасайтириш учун юриш-турмушдаги одатларни ўзгартиришга имқон беришга хизмат қилади. Шунга ўхшаш профилактик дастурлар, масалан Миннесотадаги «бешта шаҳарлар» лойиҳаси ёки Стенфорд лойиҳаси аҳолининг кенг қамраб олганлигидан кутилган натижаларни бермади. Бироқ дастурлар аҳолининг қонкрет гуруҳига мўлжалланган ҳолларда, масалан, ўсмирлар орасида чекишдан воз кечиш дастури бирмунча самарали бўлиб чиқди. Хулқ-атвор хусусиятлари, иқтисодий мавқе, маълумот даражаси, миллий хусусиятлари ва бошқаларни ўрганадиган социологик тадқиқотлар ошган хавфли гуруҳларни ажратишга ва тегишли профилактик ёндашув ишлаб чиқишга имқон беради.

Давлат сиёсати ва саноат рекламаси ҳам зарарли одатларнинг тарқалишига, масалан, чекишга ва ичкилик ичишга сабаб бўлиши мумкин. Давлат органлари алкоголь ва сигарета рекламасига қаршилик қилмаса ёки жамоат жойларида чекишни чегаралашга эриша олмаса, уларнинг бундай амалиётни гап-сўзсиз қувватлашидан далолат беради. Маҳсулот тайёрловчилар ўзи ишлаб чиқарадиган товарларни сотиш учун рекламада таниқли шахслар, масалан, машҳур спортчилар ёки жозибадор навқирон ёшлардан фойдаланадилар. Улар ўз маҳсулотини ривожланаётган мамлакатларда ва аҳолининг кам таъминланган қатламлари орасида тарқатадилар. Бундай аҳоли гуруҳларида хавфли омиллар тўғрисида тушунчалар бўлмайди. Агар давлат ўз даромадининг улушини сигарета ва ичкилик сотишдан оладиган бўлса, соғлиқни сақлаш манфаатлари билан давлат хазинасига тушумлар ўртасида қарама-қаршилик вужудга келади.

Гипертензияни даволаш ва профилактика қилиш

5.2 илова

ЮРАК ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИГА ҚАРШИ КУРАШГА КОМПЛЕКС ЁНДОШУВ

1. Кенг жамоатчилик, тиббиёт ходимлари, маҳаллий фаоллар, шунингдек ҳамма даражалардаги давлат муассасалари ходимларига хавфли омиллар таъсирини қисқартириш зарурлиги тўғрисида билимлар бериш.
2. Овқат маҳсулотларини ишлаб чиқаришдаги сиёсат: сут ва гўшт маҳсулотларида ёғлар миқдорини изчил пасайтириб бориб, ёғлар миқдори кам муқобил маҳсулотлар билан таъминлаш, озиқ-овқат ярим фабрикатларида туз миқдорини камайтириш, бу масалада қишлоқ хўжалиги, саноат ва савдо вазирликлари, шунингдек сут, гўшт ва бошқа озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарувчилар билан ҳамкорлик қилиш.

5.2 илова давоми

3. Чекишга қарши қарши: тамаки маҳсулотларига солиқларни ошириш, уларни реклама қилишни таъқиқлаш, иш жойида ва жамоат жойларида чекишни таъқиқлаш, тамаки саноатини солиққа тортиш натижасида олинмаган маблағлардан аҳоли соғлиғини сақлаши учун фойдаланиш, аҳоли билан тушунтирув ишлари олиб бориш.
4. Жисмоний тарбия ва спорт машғулоти: аҳолини мунтазам жисмоний фаолликка, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланишга қорлайдиган индивидуал ва жамоат миқёсида шароитларни яратиш.
5. Ортиқча вазни йўқотиш: парҳез бўйича индивидуал маслаҳатлар олиш ва аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш бўйича ижтимоий дастурларни амалга ошириш.
6. Соғлом турмуш тарзини қарор топдириш бўйича маҳаллий жамоа дастурлари, жумладан чекишдан воз кечиш ва жисмоний тарбияни тарғиб қилиш, аҳолига соғлиқни мустаҳкамлаш бўйича индивидуал чораларнинг муҳимлигини тушунтириш, юрак-ўпка етишмовчилигида реанимация методларига ўрганиш.
7. Тиббий таъминот: беморлар ҳар қандай ихтисосликдаги тиббиёт мутахассисларига қатнаганларида юрак қон-томир касалликлари ривожланиш хавфи омиллари аниқлаш дастурларини ривожлантириш, тиббиёт ходимларининг бирламчи профилактика методикаларини ўргатиши, жумладан гипертензияда даволаш методикаси ва беморларга хавфи омиллари ва стресс ҳолатларини енгишда маслаҳатлар бериш.
8. Аҳолини диабет, гипертензия ва қонда холестерин миқдори оширилганга текшириш, нормадан четга чиқиш аниқланганда маслаҳатлар бериш.
9. Тез ёрдам хизмати ва стационарда тиббий хизмат кўрсатиш: леталликни пасайтириш мақсадида шошилиш ҳолларида малакали тиббий ёрдамни таъминлаш. Йирик марказларда ва туман касалхоналарида ўпка-юрак етишмовчилигида ва интенсив терапияда замонавий реанимация методларини ўргатиш (антитромботик воситалар, стрептокиназа ёки ТСР дан фойдаланиш).
10. Реабилитация: соғайишнинг энг юқори кўрсаткичларига эришиш ва касбий фаолият ва шахсий ҳаётнинг функцияларини тўлиқ тиклаш, касаллик қайталаниши ва патологик жараёнларни профилактика қилиш.

Гипертензия ва бош миёна инсулти ўртасидаги алоқадорлик тиббиётга қадимдан маълум. 50-йилларда тиазид диуретик воситалар яратилиши ва улардан гипертензияни даволаш учун фойдаланиш билан бирга инсултга ёғ босиш, чекиш ва тузни ортиқча истеъмол қилишнинг имкон бериши аниқланди. Бу ҳол профилактик амалиётни тегишлича тўлдиришга ёрдам берди. Гипертензия билан касалланган кўпгина беморларни текширишлар тегишлича даво олган беморларда инсулт тарқалганлиги кўрсатди. АҚШ да, кейинроқ бошқа мамлакатларда сўнгги 40 йил мобайнида инсулт билан касалланиш ва ўлимнинг кескин қисқарганлиги бу жиддий касалликнинг профилактикаси самарадорлигидан далолат беради.

80 йиллардан бошлаб, нофармакологик ёндашувларнинг қўлланиши, шунингдек даволаш ўта қийин бўлган ҳолларда янги дори воситаларини ишлатиш артериал гипертензияни даволашга катта ҳисса қўшди. Ҳатто кекса ёшдаги систолик гипертензияли беморларда ҳам даволаш яхши натижалар берди ва ривожланган мамлакатларда юрак қон-томир касалликларидан ўлим 2—3 марта қисқартирилди.

5.3 илова

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

1. Артериал гипертензияни диагностика қилиш ва даволаш юрак қон-томир касалликлари, айниқса миокард инфарктлари ва бош мия инсультларидан ўлимни қисқартиришда муҳим роль ўйнайди.
2. Гипертензияни аниқлаш мақсадида артериал босимни назорат қилиш аҳолининг қуйидаги гуруҳлари учун тавсия этилади:
 - аёллар ҳомиладорлик даврида;
 - 16—64 ёшдаги шахслар беш йилда камида бир марта*, ёки ҳар йили, ёки икки йилда бир марта** **, диастолик артериал босим кўрсаткичларига алоҳида эътибор берган ҳолда;
3. Артериал гипертензияни даволаш тегишли парҳезга риоя қилиш, чекишдан воз кечиш, стресслардан ҳоли бўлиш, озиш, ортиқча туз истеъмол қилишдан ўзини тийиш ва диуретиклар ҳамда бошқа антигипертензия препаратлар қабул қилиш зарурлигидан иборат.

Эслатма: * Канада диагностик вазифалари ишланмаларига мувофиқ (1979); ** ** Америка профилактик тиббиёт вазифалари ишланмаларига мувофиқ (1989).

Викториядаги анжуман ва «Соғлом юрак» декларацияси

1992 йилда Виктория шаҳрида (Канада) бўлиб ўтган кардиологик анжуман жаҳондаги ҳамма мамлакатларнинг жамоатчилигига тегишли қонунлар асосида чоралар кўриш ва профилактик тадбирлар ҳамда аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш бўйича дастурларни амалга ошириш йўли билан юрак қон-томир касалликларининг ҳозирги замондаги эпидемиясига қарши курашда барча куч-ғайратларини бирлаштириш чақириғи билан мурожаат қилди.

Анжуман тиббиёт ходимларини оммавий ахборот воситалари, таълим тизими, социология ютуқлари, касаба бирлашмалари, қишлоқ хўжалиғи учун масъул давлат органлари, саноат ва савдо, хусусий сектор, халқаро

ташкilotлар ва соғлиқни сақлаш ва иқтисодий ривожланиш билан боғлиқ жамоат ташкilotлари, соғлиқни сақлаш тизимига кўмаклашувчи кўнгилли бирлашмалар, шунингдек иш берувчилар ва ёлланма ходимлар ташкilotларидан фойдаланиб санитария маорифи ишларини олиб боришга даъват қилди. Юрак қон-томир касалликларининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси бўйича тадбирларни амалга ошириш деганда ташкилий қувватлар тизимини яратиш, аҳолини билимли қилиш, хавфли омилларни қисқартиришга қаратилган жамоат тадбирларини ўтказиш, соғлом меҳнат шароитларини ва ўлим ҳамда хавфли омиллар кўрсаткичларини таҳлил қила оладиган ахборот тизимларини вужудга келтириш назарда тутилади. Жамоат соғлиқни сақлаш тизимининг энг долзарб вазифаларидан бири – ривожланган мамлакатларда юрак қон-томир касалликларини камайтириш бўйича тўпланган ижобий тажрибани ўзлаштиришдан иборат.

5.4 илова

ВИКТОРИЯДА ЮРАК СОҒЛОМЛИГИ МУАММОЛАРИ БЎЙИЧА АНЖУМАН

Бундан 30 йил муқаддам юрак қон-томир касалликлари тақдир тақозоси билан айрим кишилар бошига тушадиган хасталик деб ҳисобланарди. Бунинг ажабланарли томони йўқ, чунки у даврда касалликнинг авж олишига олиб келадиган омиллар ҳали аниқ маълум эмас эди, профилактика методлари амалда мавжуд эмас эди, юрак қон-томир касалликларининг олдини олишга қаратилган соғломлаштириш фаолиятида бутун аҳолининг қатнашиши кераклиги мутлақо номаълум эди.

50-йиллардан бошлаб, Франция ва Япониядан ташқари, кўпчилик индустриал мамлакатларда юрак қон-томир касалликларининг сакрашга ўхшаш ўсиши соғлиқни сақлаш тизимини юз берган шароитга мос ҳолда ташхис қўйиш, даволаш ва реабилитация методларини излашга мажбур этди. Кўпчилик мамлакатлар юрак қон-томир касалликлари жамоат соғлигини сақлашга асосий хавф туғдиришини тушуниб етдилар. Айни вақтда касаллик авж олишига мойиллик қиладиган асосий омилларни билиш ва аниқлашда аста-секин силжиш юрак қон-томир касалликларининг олдини олса бўлади, деган хулосага олиб келди. Бунинг натижасида баъзи мамлакатларда янги ёндошувлар қўлланила бошлади, улар иқтисодий жиҳатдан юқори самарали бўлиб, муайян ижобий натижалар бера бошлади. Бу ёндошувлар аҳоли ўртасида касаллик авж олишини соғлом турмуш тарзини қарор топдириш, кишилар саломатлигини яхшилашга қулай шароитларни яратиш имқонини берадиган ижтимоий муҳитни вужудга келтириш йўли билан тўхтатишга асосланган эди.

Гарчи юрак қон-томир касалликлари индустриал дунёнинг катта қисмида ўлимнинг асосий сабабчиси бўлгани ҳолда кўпгина мамлакатларда ўлимнинг кескин камайишига муваффақ бўлинди. Масалан, АҚШ да 1992 йилда юрак қон-томир касалликлари 1975 йилга нисбатан 40% дан кам инсонлар ҳаётларини

5.4 илова давоми

олиб кетди. Шундай жараёнлар Канада ва Австралияда ҳам кузатилди. Юрак қон-томир касалликларидан касалланиш ва ўлим кўпчилик ривожланаётган мамлакатларда ва айрим индустриал мамлакатларда тез ўсиб бормоқда. Марказий ва Шарқий Оврупонинг айрим мамлакатларида сўнгги 20 йил ичида бу кўрсаткичларнинг кескин ўсиши (30-80%) кузатилган.

Юрак қон-томир касалликлари ривожланиши билан овқат характери, жисмоний фаоллик даражаси ва ҳаёт тарзининг бошқа хусусиятлари ўртасида боғланишни белгилашда анчагина ютуқларга эришилди. Маълумки, масалан, Япония учун анъанавий овқат рациони ўлим даражасининг пастлиги билан боғланган. Лотин Америкасидаги ҳаёт тарзи таъсирида юрак қон-томир касалликларидан касалланиш ва ўлим ҳозирги вақтда бирмунча ошган. Бу региондаги кўпгина мамлакатларда анъанавий турмуш тарзи (кундалик одатлар, овқатланиш тури, чекиш ва бошқалар) юрак қон-томир касалликлари пайдо бўлиши учун асосий хавфли омил ҳисобланади.

Тадқиқотлар юрак қон-томир касалликларининг этиологиясида социал ва иқтисодий шароитларнинг муҳим роль ўйнашини кўрсатди. Кўпчилик мамлакатларда бу касалликлардан ўлим даражасининг кескин пасайишига қарамай, у глобал табиатга эга эмас.

Жуғрофий ва социал-иқтисодий тафовутлар, шунингдек қисқа давр мобайнида кузатилган юрак қон-томир касалликларининг тарқалганлик кўрсаткичларидаги ҳар хилликлар профилактик методларнинг катта аҳамияти борлигини кўрсатади.

Илмий тадқиқотларда асосий омиллар таъсирининг олдини олиш ёки чегаралаш мумкинлиги исботланди. Сўнгги 30 йил ичида юз минглаб касаллик ҳолларини ўрганиш чекиш, юқори артериал босим, қон зардобидида холестерин микдорининг ошганлиги ва диабет шубҳасиз юрак қон-томир касалликларининг ривожланиш хавфини оширишни кўрсатиб берди. Бу омилларнинг ўзи, ўз навбатида, бевосита ортиқча вазн, ёғлиқ овқатлар тановул қилиш ва жисмоний фаолликнинг етарли эмаслиги билан боғлиқ. Ҳар қандай профилактик чоранинг ибтидоси кишиларнинг ва уларнинг атрофидагиларнинг турмуш тарзи борлигини даражали муҳим муаммо ҳисобланади.

Кордиологик касалланиш ва ўлим юксак даражада бўлган мамлакатлар умумдават ва маҳаллий миқёсларда жадал профилактика бўйича комплекс давлат дастурларини ишлаб чиқишлари керак. Соғлиқни сақлаш дастурлари ҳукумат ва ноҳукумат ташкилотлари, овқат маҳсулотларини ишлаб чиқарувчилар, тиббиёт ходимлари, оммавий ахборот воситалари ва кенг жамоатчиликни жалб этган ҳолда кенг қўламдаги тадбирларни ўз ичига олиши лозим. Бу Шимолий Оврупо мамлакатларига айниқса тегишли, уларнинг вазифаси илгаригидек юқори ўлим даражасини пасайтириш ва Шарқий Оврупода юрак ишемик касаллигидан ўлимнинг ўсишини тўхтатиш зарур.

**2000 ЙИЛГАЧА ЮРАК ҚОН-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ
ПРОФИЛАКТИКАСИ СОҲАСИДАГИ ВАЗИФАЛАР, ЖССТ
ОВРУПО БЮРОСИ**

ЖССТ нинг Оврупо региони учун белгилаган вазифаси: Юрак қон-томир касалликлар тарқалганлигини пасайтириш.

... 2000 йилга келиб, қон айланиши тизими касалликларидан ўлим 65 ёшгача бўлган ёш гуруҳида камида 15% га пасайтирилиши лозим. Юрак қон-томир касалликларидан азият тортаётган кишилар ҳаёти сифатини оширишга эришиш керак. Бу вазифа қуйидаги шароитларда бажарилиши мумкин:

— ҳамма аҳоли учун маъқул келадиган ва асосий хавфли омиллар: чекиш, гипертензия, гиперхолестеринемия, ортиқча вазн ва гиподинамияни пасайтиришга қаратилган профилактик тадбирларни амалга ошириш;

— диагностика ва даволашнинг самарали методларидан фойдаланишни ошириш;

— юрак қон-томир касалликларига учраган кишиларнинг жисмоний, руҳий ва социал реабилитациясини таъминлаш.

Мазкур муаммо ривожланаётган мамлакатларнинг, айниқса ривожланишнинг ўртача даражасида турган мамлакатларнинг давлат сиёсатининг қисми бўлиб қолиши керак, чунки уларда эпидемиологик ўтиш бошланиб бўлган ва юрак қон-томир касалликлари ўлимнинг асосий сабабчисига айланган. Ривожланаётган мамлакатларда юрак қон-томир касалликлари муаммосини бундан зарур муаммолар эгаллайди — инфекциян касалликлар билан касалланиш ва ўлимнинг юқори даражаси, шунингдек она ва бола соғлиғи масалалари шулар жумласига киради. Айни вақтда ўрта синф вакиллари ўртасида юрак қон-томир касалликлари билан касалланиш ва ўлим даражасининг ўсиб бориши кузатилмоқда, бу биринчи галда турмуш тарзидаги ўзгаришларга боғлиқ. Мисрда, масалан, юрак қон-томир касалликларидан ўлимнинг ёшга оид кўрсаткичлари кўпчилик Оврупо мамлакатларидаги шундай кўрсаткичлардан анчагина ошади (3-бобга қаранг.), юрак қон-томир касалликлари талайгина ривожланаётган мамлакатларда ўлимнинг асосий сабаби ҳисобланади. Ривожланаётган мамлакатларда чекишнинг тарқалишига сигарета ишлаб чиқарувчиларнинг тижоратдан манфаатдорлиги имқон бермоқда. Сигарета қутиларида чекишнинг зарарига оид огоҳлантиришлар ёзиб қўйилмайди, уларни

реклама қилиш чегараланмаган, ғарб мамлакатларида қабул қилинган кўпгина қонунчиликка оид чегараланишлар йўқ. Ривожланаётган мамлакатларнинг соғлиқни сақлаш органлари бу муаммога аҳамият беришлари, ривожланган мамлакатларда бу масала бўйича сўнгги 30 йил ичида тўпланган тажрибадан фойдаланишлари шарт.

Ўпканинг хроник касалликлари

Бу, бир томондан, касалланиш ва ўлим даражаси юқори ва иккинчи томондан, олдини олса бўладиган касалликларнинг катта гуруҳидир. АҚШ да ўпканинг хроник касалликлари тарқалганлиги бўйича ўлимнинг тўртинчи сабабчиси (4%) ва 4-6% аҳолида (аҳолининг айрим гуруҳлари орасида 13% гача) нафас функцияси жиддий бузилишларининг сабабчисидир. Ўпканинг хроник касалликлари шунингдек ўткир респиратор инфекциялар (грипп, пневмония)нинг юқори хавфи билан боғланган, улар билан бирга қўшилиб учраганда хроник беморлар ва кекса кишилар ҳаётига жиддий хавф солади. Йўтал, нафас қисиши, жисмоний ҳаракатларни кўтара олмаслик (масалан, зинапоядан кўтарилиш), уйқу вақтида нафас олиш қийинлашуви тез-тез учраб турадиган симптомлар бўлиб, бузилган балғам клиренсида, ўпканинг функционал сифими кичрайганда ва кўкрак қафаси аъзолари инфекциясига мойилликда кўпгинча узоқ вақтгача касалхонада ётиш заруратини туғдиради.

Астма

Астма – нафас йўллари обструкцияси сабабли кўпинча нафас олиш қийинлашуви кузатиладиган касаллик. Аксарият аллергия табиатта эга бўлади. Одатда биринчи марта 5 ёшгача бўлган гўдакларда намоён бўлади, АҚШ да 14-15 млн кишиларда, жумладан 0-18 ёшдаги (6,9%) 4,8 млн шахсларда кузатилади, болалар ўртасида энг тарқалган хроник касаллик ҳисобланади. 1993 йилда астма сабабли 25 ёшгача бўлган 198 минг киши касалхоналарга ётқизилган ва 342 та летал натижа рўйхатга олинган. 1985 йилда Қўшма Штатларда астмадан 4800 киши ўлган, 1990 йилда йўқотилган иш кунлари ҳисобига у 742 млн доллар миқдорида зарар келтирган. Астма бўйича қатновлардан 6,5 млн киши рўйхатга олинган.

80 йилларда астма билан касалланиш ва ўлим АҚШ да ҳам, бошқа мамлакатларда ҳам кўтарилган. 1982 дан 1991 йилгача АҚШ да астмадан ўлим 5-34 ёш гуруҳида айниқса аёлларда ўсган. АҚШ қора танли аҳолисининг астмадан ўлими оқ танлилар ўлимидан 5 баробар кўплигини унутмаслик керак.

Бу давр ичида астма сабабли госпитализация кўрсаткичлари умуман Қўшма Штатлар бўйича бирмунча пасайди, бироқ 1991-1993 йилларда Нью-Йорк штатида 0-4 ёш гуруҳида 1 минг болага 7,7 дан 9,1 гача ўсди. Худди шу ёш гуруҳида астма билан рўйхатга олинadиган касалланиш 42% га, 1 минг аҳолига 35 дан 53 гача (ўғил болалар ўртасида 1000 га 40 дан 51 гача) ва қиз болалар ўртасида 82 % га (1000 га 29 дан 54 гача) ўсди. Шундай қилиб, касалланиш ва ўлим ҳам, кўкрак ёшидаги болалар ва мактабгача ёшдаги болалар ўртасида госпитализация кўрсаткичлари ҳам ўсди.

Гарчи астманинг специфик этиологияси ҳанузгача номаълум бўлса-да, касалликнинг ривожланиши ирсий, инфекцион, аллергик, экологик, социал-психологик ва иқтисодий омиллар оқибати бўлиши мумкин, деб тахмин қилинади. Атмосферанинг ифлосланиши, эҳтимол, касаллик тарқалганлигининг кўпайиш омили бўлиши мумкин: астма билан оғриган 63% одамлар ҳавонинг ифлосланиши йўл қўйиладиган нормалардан ошган туманларда истиқомат қилади. Хавфли омилларга ҳайвонот аллергенлари, кўпинча уй ҳайвонларидан аллергенлар, рўзгор чанги, чекадиган одам ёнида бўлиш, атмосферадаги аллергенлар ва чиқиндилар киради. Дори препаратлари суистеъмол қилинганда, маиший химикатлардан фойдаланишда ва чекишда ўлим даражаси ошиши мумкин.

Автотранспортнинг углеводородлар ва азот оксиди сақлайдиган чиқинди газлардан атмосферанинг ифлосланиши қийналиб нафас олишга, йўталга, кўкракда қисилиш сезгисига сабаб бўлади, натижада одамлар астма хуружлари ва нафас функцияси бузилишларидан шикоят қилиб, касалхоналарнинг қабул бўлимларига мурожаат қилишга мажбур бўладилар. Айниқса бу чанг кўчаларда ва ҳавонинг ифлосланиши юқори жойларда кўп вақт ўйнайдиган болаларда содир бўлади. Астманинг қора танли аҳоли ўртасида кўп тарқалганлигига уларда социал-иқтисодий шароитларнинг ёмонлиги ва шаҳардаги пастқам-каталак уйларда тиғиз яшашлари сабаб бўлади.

Аллергенларни аниқлаш ва йўқотиш, антиспазматик ва бронхларни перорал кенгайтирадиган воситалар, жумладан стероид ишлатиш, инфекцион касалликларни ўз вақтида даволаш астмага қарши курашнинг асосий чоралари ҳисобланади. Беморлар ва уларнинг оила аъзоларини ҳамда мактаб ходимлари ва умуман кенг аҳолини тиббий билимлардан хабардор қилишнинг аҳамияти катта. Тиббиёт ходимлари тайёргарликдан ўтиб, астма хуружларида, айниқса ҳомиладор аёлларда биринчи ёрдам беришни билишлари, шунингдек дори препаратларининг имқониятларида ва уларни қўлланишда эҳтимол тугилган асоратлардан хабардор бўлишлари керак.

Ўпканинг хроник обструктив касаллиги

Ўпканинг хроник обструктив касаллиги деган умумий ном нафас йўллари орқали озод ҳаво оқими ўтишининг бузилиши ёки бузилмаслиги билан ўтадиган хроник респиратор касалликни билдиради. Бунинг таркибига нафас йўллари ёригининг ҳавонинг бемалол ўтишига қаршилиқ қиладиган барқарор торайиши ва обструкциясидан бошлаб, ўпка тўқималарининг шикастланиши ва функцияси бузилишларигача бўлган бир қанча касалликлар киради. 5% аҳолида учрайдиган хроник бронхит ва ўпка эмфиземаси (0,8%) нафас функциясининг жиддий бузилишига олиб келади. 1990 йилда у 82 минг кишининг ўлимига сабаб бўлган.

Хроник бронхит ва астма нафас йўллари зарарлантиради, эмфизема ўпкани кенгайтириш ва ўпка тўқимаси ригидлигининг ошишида намоён бўлади, бу ўпканинг кислородни алмаштириш қобилиятини пасайтиради. Бу учала касаллик одамнинг нормал ҳаёт фаолиятига тўсқинлик қиладиган жиддий функционал бузилишларнинг сабабчисига айланди, инфекциян касалликда эса касалхонага ётқизиш талаб қиланади, камдан-кам ҳолларда летал натижага сабаб бўлиши эҳтимол. Клиник белгилари турли-туман, асосий этиологик сабаблари аллергия, инфекциялар, токсик омилларнинг таъсири (экологик ёки касбга доир).

Хроник обструктив ўпка касаллиги чекиш, атрофдаги ҳавонинг ифлосланиши ва ўпка тўқимасининг тобора йўқотилишига олиб келадиган қайталанадиган бронхиал инфекциялар ва нафас функциясининг бузилиши сабабли келиб чиқади. Касалликнинг асосий сабабчиси чекиш ҳисобланади. Касаллик учун тобора кучайиб борадиган нафас қисиши, йўтал, жисмоний ҳаракатда нафас олиш қийинлашуви, уйқучанлик, қайталанадиган инфекциялар хос, бу стационарларда такрорий курслар билан даволанишни талаб этади. Летал натижа билан тугаши эҳтимол.

Касалликка қарши профилактика чоралари чекишдан воз кечиш ҳамда хоналардаги ҳавонинг ифлосланишини (уйда ва иш жойида) ва атмосферанинг ифлосланишини камайтириш ҳисобланади (9-бобга қаранг). Монанд даволаш иккиламчи ва учдамчи профилактиканинг муҳим омили ҳисобланади. У ҳар йили грипга қарши вакцина олиш ва пневмококка қарши вакцина қўлланишдан иборат (4-бобга қаранг). Беморни уй шароитларида кузатилганда ва инфекция белгилари эрта аниқланганда касалликнинг авж олишини тўхтатиш ва стационарда узоқ вақт ва қимматбаҳо даволашдан ҳоли бўлиш мумкин.

Касбга алоқадор ўпка касалликлари

Бу гуруҳга иш жойида зарарли чанг ва буглар сифатида таъсир кўрсатадиган таъсирловчилар ва иммунактив моддалардан пайдо бўладиган

касалликлар киритилади. Бундай касалликлар тамаки чекилганда ва ҳавонинг ифлосланиши даражаси юқори бўлганда кўпроқ авж олади (9-бобга қаранг).

Шахтёрлар пневмоқониози кўпинча «қора ўпкалар касаллиги» деб юритилади ва кўмир чангининг узоқ муддат таъсири (одатда 10 йил ва бундан кўп) оқибатда келиб чиқиб, унга рентгеноскопия ва биопсия усуллари ёрдамида ташхис қўйилади.

Силикоз кристал кремний заррачаларини тутган чангни узоқ муддат ютиш натижасида ривожланади, жараён йўтал ва мўл балғам ажратишдан бошланиб, 20-40 йил давом қилади ва нафас функциясининг жиддий бузилиши ва ўпка тўқимасининг қалин фибрози билан яқунланади. АҚШ да йил сайин 2 мингга яқин янги касаллик ҳоллари рўйхатга олинади.

Асбестоз — ўпка тўқимасининг фиброз айниши, оқибати ўпка раки билан касалланиш эҳтимолининг юқорилиги (айниқса кашандаларда) ва мезотелиома — раkning тезда летал натижага олиб келадиган формаси, турмушда ва корхонада асбет таъсирига учраган кишилар учун хос.

Биссиноз — пахта, зиғир ёки каноп чанги билан нафас олиш билан боғлиқ пневмоқониоз. Ўткир ва хроник формада учрайди, нафас қисишига, кўкракдаги сиқилиш сезгисига ва хроник йўталга олиб келади. Патоген 10 йил ва бундан ортиқ муддат таъсир қилганда нафас функцияси бузилишига ва хроник обструктив ўпка касаллиги ривожланишига олиб келади.

Касбга алоқадор астма — илгари организмнинг сенсibiliзацияси рўй берган агентлар таъсири натижасида бронхлар бўшлиғининг торайишидир. Нафас йўлларининг обструкция симптомлари бўлган астма ўткир ва хроник бўлиши мумкин. Касалликка кенг касб-кор гуруҳларининг вакиллари, электрон саноати ишчиларидан то сартарошларгача, шу жумладан ўз ҳунари бўйича келиб чиқиши жиҳатдан турли хил чангларга, кимёвий агентларга ва ҳайвонотлардан олинадиган модда-маҳсулотларга дуч келадиган ҳамма одамлар мойил бўлади.

Қандли диабет

Қандли диабет инсулин ишлаб чиқарадиган меъда ости беzi дисфункцияси билан боғланган углевод алмашинувининг бузилишидан иборат, бу қонда қанд моддаси ошишига (гипергликемия) олиб келади. Диабет ўзича жиддий касалликкина бўлиб қолмай, балки юрак қон-томир касалликлари, жумладан ишемик юрак касаллиги, бош мия инсультлари ва периферик қон айланиши бузилишлари, шунингдек буйрак касалликлари, кўриш бузилишлари ва бошқаларнинг даволаниши учун қўшимча хавфли омил ҳисобланади. Касалликнинг иккита асосий тури

мавжуд: инсулинга қарам ва инсулинга қарам бўлмаган диабет. АҚШда диабет тарқалганлиги 1959дан 1960 йилгача 69 %га, 1966дан 1973 йилгача – 41 %га, 1973дан 1980 йилгача – 21 %га, ва 1980дан 1989 йилгача – 4%га ўсди.

5.6 илова

АҚШДА ДИАБЕТ: КАСАЛЛАНИШ, АСОРАТЛАРИ, ДАВОЛАШ ҚИЙМАТИ ВА САҚЛАНИШ

Диабет АҚШда ўлим сабаблари орасида еттинчи ўринни эгаллайди. Диабет билан 16 млнга яқин америкалик касалланган, улардан ярмиси ўзида касаллик борлигини билмайди. Диабетга учраган беморларда диабетнинг ўз белгиларини ҳисобламаганда юракнинг ишемик касаллиги, инсульт, буйрак касалликлари, кўриш бузилишлари ва периферик қон айланиш бузилишлари ривожланиш хавфи ўта юқори. Диабетли беморларда юқори артериал босимга қарши кураш бу қатламда инсультдан ўлимнинг 75–90 % пасайишига, юрак ишемик касаллигидан ўлимнинг 25-50 %га пасайишига олиб келади. Диабет асорати сифатидаги кўринишнинг энг тарқалган сабаби ҳисобланади, ҳар йили 25 минг янги ҳоллари рўйхатга олинади, эрта ташхис қўйилганда ва тегишлича даволашда уларнинг 90 %ини олдини олиш имқони бўлур эди. Оёқларда қон айланишнинг диабетик бузилиши ҳар йили сон, болдир ва оёқ панжаси бармоқларининг 57 минг ампутацияларига сабаб бўлмоқда; бу ҳолларнинг ярмидан кўпроғини олдини олса бўларди. Бунда молиявий сарфлар 600 млн долларга қисқарар эди. Диабет билан боғлиқ бўлган бевосита ва билвосита сарфлар АҚШда йилига 92 млрд долларга етади, бу «Medicare» тиббий таъминот тизимига харажатларнинг 27 %ини, ёки 30 млрд долларни ташкил этади. Айниқса диабетнинг оғир турлари билан касалланган беморлар учун жамоа тиббий ва соғлиқни сақлаш дастурларини ишлаб чиқиш зарур, булар профилактик чоралар, маориф ва диабет асоратларининг оғирлигини пасайтиришга қаратилган монанд стратегияни ўз ичига олиши керак.

АҚШ аҳолисининг 1980-1989 йилларда айрим ёшга оид гуруҳлари учун диабет билан касалланиш кўрсаткичлари 5.8 жадвалда келтирилган. Қора танли аҳолининг касалланиши оқ танлиларга қараганда тахминан икки барабар юқори бўлган. 1980дан 1989 йилгача қора танли эркаклар орасида диабет билан касалланиш 28 %га ўсган.

Асоратлар ривожланишининг олдини олиш учун тегишли парҳезга амал қилиш ва инсулинга қарам қандли диабетда қонда инсулин миқдорини назорат қилиб туриш муҳим. Инсулинга қарам бўлмаган диабетни даволаш аввало парҳезга риоя қилиш ва антигипергликемик препаратлар ёки инсулин билан қувватлаб туришда монанд жисмоний фаол бўлишдан иборат. Диабет, юрак ишемик касаллиги, бош мия инсулти, оёқларнинг

нотравматик ампутациялари, оғир формадаги бўйрак етишмовчилиги, кўр бўлиб қолишнинг энг тарқалган сабаби ҳисобланади. АҚШда диабетиклар орасида бўйрак етишмовчилигининг оғир формаси билан бирламчи касалланиш 1980 дан 1989 йилгача беш баравардан кўпроққа ошди (100 минг кишига 38,4 дан 201,9 гача). Диабет билан касалланган америкаликлар йилига 20 кун ўринда етиб даволаниш тартибига амал қилишлари, улар йилига 40 кун мобайнида чегараланган жисмоний ҳаракатлар бажаришлари лозим.

5.7 илова

ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ ДАВОЛАШ ВА ТАДҚИҚ ҚИЛИШ МУАММОЛАРИ БЎЙИЧА СЕНТ-ВИНСЕНТ ДЕКЛАРАЦИЯСИ

Яқин беш йилга вазифалар:

1. Диабетни аниқлаш ва даволашнинг монанд дастурларини ишлаб чиқиш.
2. Ахоли ва тиббиёт ходимларининг хабардорлигини ошириш.
3. Диабет марказларида тайерлаш ва ўқитишни ташкил қилиш.
4. Диабети бўлган болаларни даволаш учун жамоаларни тор мутахассислар билан таъминлаш.
5. Диабетни даволаш бўйича мавжуд етакчи марказларни кўпайтириш.
6. Диабетиклар учун кўпроқ мустақиллик, тенглик ва ўз-ўзини таъминлаш қобилиятини бериш.
7. Диабетикларнинг жамиятда интеграциясига нисбатан тўсиқларини бартараф этиш.
8. Асоратларнинг профилактикаси бўйича методикалар жорий қилиш, жумладан:
 - диабет асорати сифатидаги янги кўр бўлиб қолиш ҳоллари миқдорини учдан бирга ва бундан кўпроққа пасайтириш;
 - бўйрак етишмовчилигининг летал босқичи ривожланиш ҳоллари миқдорини учдан бирга ва бундан кўпроққа пасайтириш;
 - диабет сабабли гангрена ривожланиши билан боғлиқ оёқларни ампутация қилиш ҳолларини икки мартага ва ундан кўпроққа пасайтириш;
 - диабетиклар орасида хавф омилларини пасайтира бориб, юрак ишемик касаллиги оқибатида касалланиш (ўлим)ни пасайтириш;
 - диабет билан касалланган ҳомиладор аёлларда диабет асоратларини профилактика қилиш; асоратларни соғлом аёллар учун хос даражада камай-тириш.
9. Диабетни даволашда лаборатория текширишлари ва тиббий муолажалар учун ускуналар сифатини таъминлаш.
10. Диабетни тадқиқ қилиш соҳасида Оврупо ва халқаро ҳамкорликни ривожлантириш, Оврупо ва халқаро ташкилотлардан фойдаланиш кўрсатиб ўтилган.

1921 йилда Торонтода Ф. Бантинг ва Ч. Бест томонидан инсулинни ва уни қўлланиш усуллари кашф қилиш диабетнинг (1 типдаги) инсулинга қарам формаси билан касалланган беморлар учун тўлақонли ҳаёт кечириш имкониятини беради. Шу тариқа инсулин етишмаслигини тўлдириб туриш йўли очилди. Ҳозир бирмунча оддий мониторинг методларининг ишлаб чиқилиши, инсулин препаратларини янада такомиллаштириш ва уларни юбориш учун ускуналарни ишлатиш биринчи типдаги диабетни даволашни осон ва самарали қилди. Перорал антигипергликемик воситаларини вазнини пасайтириш бўйича чоралар билан бирга қўлланиш ва тегишлича қатъий белгиланган парҳез иккинчи типдаги диабетни даволашда самарали усул ҳисобланади.

5.8 жадвал

АҚШ аҳолисининг диабет билан касалланиши (1980-1989), бир минг кишига

| Ёш гуруҳлари | 1980 й. | 1983 й. | 1986 й. | 1989 й. |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|
| 45 ешга етмаган | 6,4 | 6,2 | 6,3 | 7,2 |
| 45-64 ёш | 53,7 | 58,2 | 63,2 | 58,2 |
| 65-74 ёш | 97,3 | 79,1 | 91,9 | 89,8 |
| 75 ешдан ошган | 85,7 | 80,0 | 108,6 | 85,7 |
| Ҳамма аҳоли | 25,4 | 24,7 | 27,9 | 26,3 |

Эслатма: Маълумотлар йиллик маълумотномалар тайёрлашда беморлардан сўраб чиқиб олинган. Соғлиқни сақлаш миллий статистика марказида 120 минг амбулатор беморлардан сўраб чиқилган.

1990 йилда ЖССТ анжуманида қабул қилинган Сент-Винсент декларацияси Оврупо учун диабет асоратларининг тарқалганлигини пасайтириш соҳасида унинг вазифаларини белгилади. 1995 йилнинг мартада Оврупонинг 50 ЖССТ аъзолари мамлакатларидан 23тасида диабетга қарши миллий дастурлар ишлаб чиқилди.

Ўлим ва госпитализация даражалари тўғрисидаги маълумотларга асосланиб, диабет ва унинг асоратлари билан боғлиқ касалликларнинг регионал тарқалганлик кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш мумкин, жумладан буйрак ва кўриш функциялари бузилишлари, шунингдек оёқларни ампутация қилиш частотаси, кўз гавҳарини олиб ташлаш, буйрак етишмовчиликларининг оғир формасида гемодиализ қўлланиш каби кўрсаткичлар. Бу касалликлар кўп тарқалган гуруҳларни аниқлаш диабетни эрта диагностика қилиш ва даволашга ёрдам беради.

ДИАБЕТДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН КЎР БЎЛИБ ҚОЛИШ ПРОФИЛАКТИКАСИ, СТОКГОЛЬМ РАЙОНИ (1989-1996)

1989 йилда Швецияда Стокгольм графлигида (аҳолиси 1,7млн киши) диабетиклар ўртасида кўр бўлиб қолишнинг эрта профилактикаси дастури бошланган эди, 100дан ортиқ бирламчи кузатув марказларида рўйхатга олинган 10 минг диабетикларга почта орқали мурожаатномалар юборилган. Дастурда диабетикларни рўйхатини олиб борадиган умумий иктисосликдаги 500 врач, ички касалликлар ва педиатрия бўйича 2та касалхона бўлими қатнашган. Ҳар 2 йилда кўчма тиббий бригадалар беморларни стандарт протокол бўйича текшириб турган. Унда касаллик тарихи бўйича саволлар, фотосуратга олиш ва кўз ичи босимини ўлчаш маълумотларига асосланган беморларнинг ҳозирги ҳолати кўрсатилган. Тегишлича тасниф қилинган фотосуралар маълумотларни ишлаб чиқиш марказида (Лондондаги Хаммерсмит касалхонаси) баҳоланиб таҳлил қилинган. Нормадан ўзгаришлари аниқланган беморлар кузатув остига олинган ва эрта фотокоагуляцияга юборилган. Дастурни амалга ошириш даври ичида мазкур регионда ҳамма формалардаги кўр бўлиб қолиш ҳоллари миқдори йилига 46 %га пасайган (100 минг аҳолига 0,63дан 0,34гача).

Қандли диабет профилактикаси

Қандли диабет профилактикасини бирламчи, иккиламчи ва учламчи даражаларига ўтказса бўлади. Бунга қуйидагилар киради:

1. Кишилар соғлиғини мустаҳкамлаш бўйича чоралар, диабет ва унинг асоратлари бўйича жамoa миқёсида маориф ишлари. Касаллик ривожланиш хавфи юкори шахсларга ва клиник формадаги диабетли беморларга ҳамда уларнинг оила аъзоларига алоҳида аҳамият бериш.

2. Бирламчи профилактика: Рационал овқатланишни тарғиб қилиш йўли билан ортиқча вазнга қарши кураш.

3. Шу касалликнинг жиддий асоратларидан сақланишда катта роль ўйнайдиган иккиламчи профилактика: қонда қанд миқдорини назорат қилиш, жисмоний машқлар ва гипергликемияга қарши даволаш. Диабетни аниқлаш учун режали текширувлар касалликни эрта босқичларда аниқлашга ёрдам беради, бу асоратларнинг оғирлигини пасайтиради. Қуйидаги кишилар текширувдан ўтишлари керак:

- диабетли бўлган шахсларнинг оила аъзолари;
- юрак қон-томир касалликлари, кўз функцияси ва буйрак функцияси пасайган беморлар;
- ҳомиладор аёллар;

— ҳомиладорлик даврида глюкозани қўтара олмайдиган аёллар ва туғилганда - боласи 4 кг дан ошиқ бўлган аёллар;

— ортиқча вазнли шахслар.

Глюкозани қўтара олмайдиган беморлар юрак қон-томир касалликлари хавфли омиллари (артериал гипертензия, ортиқча вазн, чекиш ва қонда холестерин миқдори юқори) учун доимий кузатув остида бўлишлари, шунингдек парҳез ва ҳаёт тарзи хусусида тегишли маслаҳатлар олишлари лозим. Ўзини тегишлича эплай олмайдиган, айниқса кекса, кам таъминланган кишилар ва маълумоти паст шахсларни кузатиб бориш, амбулатория шароитларида ва уйда парваришлаш, шунингдек парҳез, дорилар тайинлаш, маслаҳатлар бериш, сийдик ва қондаги қанд миқдорини мунтазам таҳлил қилиш, шахсий гигиена, оёқларнинг қон айланиш ҳолати ва ижтимоий қувватлаш масалаларида қўмак бериш зарур.

4. Учламчи профилактика диабет асоратлари бўлган беморларга ёрдам беришга қаратилган, уларни малакали тиббий кузатув билан таъминланади, периферик қон айланиш бузилишларида ва гангрена хавфи юзага келганда оёқларни парвариш қилиш ва реабилитацион тадбирлар ампутация вақтини орқага суриши мумкин; ампутация қилинган беморларни реабилитацион парваришлаш умумий ногиронликдан сақланишда муҳим саналади. Диабетик ретинопатия илк босқичларда фотокоагуляция усулида даволанади.

Оғир формадаги буйрак етишмовчилиги

Оғир формадаги буйрак етишмовчилиги беморнинг яшаб кетиши учун гемодиализ қўлланиш ёки буйракни кўчириб ўтказиш талаб этиладиган ҳолат сифатида белгиланади. Касалликнинг тарқалганлик даражаси ғоят кенг: 1998 йилда Австралияда 1 млн кишига 327, АҚШда-598, Японияда-726 ҳоллар рўйхатга олинган. Айрим этник гуруҳларда (келиб чиқиши мексика ва испан бўлган америкаликлар, шимолий америкалик индеецлар, Янги Зеландиядаги маори ва австралиялик аборигенлар) буйрак етишмовчилиги айниқса тарқалган, буни эҳтимол, бу гуруҳлар ўртасида диабет ва артериал гипертензиянинг юқорилиги билан изоҳлаш мумкин.

Бу касалликнинг тарқалганлигини гломерулонефритни профилактика қилиш ва қандли диабетни тўғри даволаш ҳисобига пасайтириш мумкин. АҚШда қандли диабет фонида оғир формадаги буйрак етишмовчилиги оқ танлиларга қараганда қора танли америкаликлар ўртасида кўпроқ учрайди. Бундай тафовутга олиб келадиган омилларга диабетнинг

бирмунча оғир формада кечиши, бактериал гипертензиянинг кенг ёйилганлиги, профилактик ва клиник тиббий хизматнинг ҳаммага етарлича кўрсатилмаслиги сабаб бўлади. Диабетнинг инсулинга қарам бўлмаган формасига йўлиққан беморлар оғир формадаги буйрак етишмовчилиги ҳамма ҳолларининг 90-95 %ини ташкил қилади.

Оғир формадаги буйрак етишмовчилигининг тарқалганлигини пасайтириш бўйича профилактик тадбирлар қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- аҳолини қандли диабетни эрта аниқлаш мақсадида текшириш;
- қанд диабети мониторинги ва уни аниқлашни тўғри олиб бориш;
- сийдик чиқарув йўллари инфекцияларини ўз вақтида даволаш;
- нафас йўллари стрептококк инфекцияларини аниқлаш ва самарали даволаш.

Оғир формадаги буйрак етишмовчилиги — бу соғлиқни сақлашнинг жиддий муаммосидир, чунки, бир томондан, ундан сақланиш мумкин, иккинчи томондан эса уни даволашга соғлиқни сақлаш бюджетидан жуда катта маблағлар сарф қилинади. 1988 йилда АҚШда оғир формадаги буйрак етишмовчилигини даволашга сарфлар 5,4 млрд долларни ташкил қилди. Буйракни кўчириб ўтказиш даволашнинг энг тежамли усули ҳисобланади. Унга сарф-харажатлар йилига бир одамга 35 минг долларни талаб қиладиган узоқ муддатли гемодиализ қийматининг тахминан учдан бир қисмини ташкил қилади. Яқинда ишлаб чиқилган перитонеал диализ усули иқтисодий жиҳатдан ўзини тўлиқ оқлади.

Буюк Британияда оғир формадаги буйрак етишмовчилиги билан касалланишни камайтиришни кўзда тутадиган миллий дастур қабул қилинган. У диабетолог тавсияларига ва Сент-Винсент анжумани ишланмаларига асосланган (2-бобга қ.). АҚШда 1987 йилда оғир формадаги буйрак етишмовчилиги билан касалланишни 100 минг аҳолига 14 дан 2000 йилда 13 гача ва 100 минг қора танли аҳолига 32 дан 30 ҳолларгача пасайтириш вазифаси қўйилган.

Оғир формадаги буйрак етишмовчилигини даволаш муносабати билан ривожланган мамлакатларда ҳам, ривожланаётган мамлакатларда ҳам бирдай долзарб бўлган жиддий этник муаммолар пайдо бўлади. Баъзи бир ривожланган мамлакатларда ихтисослашган тиббий марказлари аҳолининг кам таъминланган қатламларидаги тирик донорлардан олинган буйраклардан трансплантация учун фойдаланадилар. Ваҳоланки, уларни сотиб олишга сарфланадиган маблағни бирламчи тиббий хизматни ташкил қилишга ишлатиш мумкин эди. Ривожланган мамлакатларда оғир формадаги буйрак етишмовчилиги катта ёш гуруҳларида кўпайиб боради, чунки бу ҳолат бевосита ёш билан боғлиқдир.

Рак

Рак ривожланган мамлакатларда ўлим кўрсаткичи бўйича иккинчи ўринни эгаллайди ва ривожланиш даражаси ўртача ривожланаётган мамлакатларда тобора аҳамиятли эпидемиологик омил бўлиб қолмоқда. Ҳозирги вақтда АҚШ да ҳар учинчи одамнинг ўз ҳаёти мобайнида рак билан касалланиш хавфи бор. 1930 йилдан 1990 йилгача онкологик касалликлардан ўлим асосан ўпка раки ҳисобига бирмунча ўсди, айти вақтда унинг ошқозон раки, бачадон, йўғон ва ингичка ичак раки сингари турлари билан касалланиш пасайди. Сут безининг ўсма касаллиги билан касалланиши нисбатан доимий даражада турибди.

Рак — жамоат соғлиғини сақлашнинг жиддий муаммоси, чунки у ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади, раkning айрим турлари доимий равишда ўсиб бормоқда. Рак ривожланишини хавф омилларини пасайтириш билан тўхтатиб қолинмоқда. Энг тарқалган канцерогенлардан бири никотиндир. Раkning олдини олиш ва даволаш соғлиқни сақлаш тизимига жиддий талаблар қўяди ва катта харажатлар талаб этади. Энг катта иқтисодий зарар меҳнат қобилиятини йўқотиш ва бевақт ўлимдир. Ракни профилактика қилишнинг аҳамияти катта, шунинг учун ҳам ҳар қандай соғлиқни сақлаш дастури ўз таркибига шу соҳадаги вазифаларни киритиши шарт.

Гарчи раkning ривожланиш сабаблари ҳанузгача номаълум бўлсада, кўп сонли эмпирик маълумотлар турли-туман хавфли омилларнинг талай роли борлигини кўрсатади. Тегишли соғлиқни сақлаш тадбирлари ёрдамида бу омиллар таъсирини пасайтириш мумкин. Чекиш энг яққол мисол бўла олади, у ўпка ракига олиб келиши ва қовуқ ва бачадон бўйни ракига мойиллик туғдириши мумкин. Канцероген моддалар, масалан, асбест таъсири, алиментар хавфли омиллар сингари соғлиқни сақлаш учун катта муаммо. В гепатитига қарши иммунизация қилиш жигар раки профилактикаси ҳамдир. Алиментар омиллар чамбар ичак ва тўғри ичак раки, сут беши ва эҳтимол ўпка раки ва бачадон раки ривожланишига кўп жиҳатдан имкон беради.

Рак билан касалланиш турли мамлакатлар ва регионларда кенг қўламда ўзгариб туради. Раkning ҳамма турлари оқ танли аҳолига нисбатан қора танли аҳоли ўртасида кўпроқ учрайди. Турли этник гуруҳлар орасида рак билан касалланиш ҳам ҳар хил: японлар, филиппинлар, шимолий америка индеевлари ва мексикалик америкаликларда у паст бўлади, келиб чиқиши япон бўлган америкаликларда Японияда яшовчи японларга қараганда бирмунча катта кўрсаткичларга эга, бу, афтидан, турмуш тарзидаги тафовутлар билан изоҳланади (овқатланиш стереотиплари ва чекишнинг тарқалганлиги).

АҚШда турли хил социал гуруҳларда рақдан ўлимда жиддий тафовутлар қайд қилинади.

Ўпка раки онкологик ўлим даражасига энг кўп улуш қўшади. 1993 йилда АҚШда рақдан ўлимнинг 500 минг ҳолларидан 149 минги ўпка рақдан содир бўлган. Ўпка раки бутун дунёда энг кўп тарқалган рақ туридир. Эрақлар орасида у аёлларга нисбатан 2,3 марта кўпроқ учрайди. Аёллар аксарият сут бези рақдан азият чекадилар. Рақда леталлик бирмунча юқори (АҚШда касалликнинг дастлабки беш йили мобайнида 87%), шундай қилиб, аҳолининг ялпи текширувдан ўтказишнинг аҳамияти катта. Чекишнинг тарқалганлигини камайтиришга йўналтирилган чоралар кўринишидаги бирламчи профилактика соғлиқни сақлаш тизимининг рақ профилактикаси бўйича фаолиятининг муҳим жиҳати ҳисобланади.

5.9 жадвал

АҚШда ўпканинг хавfli ўсмаларидан ўлим (1950-1995), 100 минг кишига

| Ўлим | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1990 й. | 1995 й. |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Умумий ўлим | 12,8 | 19,2 | 28,4 | 36,4 | 41,4 | 39,7 |
| Оқ танли эрақлар | 21,6 | 34,6 | 49,9 | 58,0 | 59,0 | 53,7 |
| Қора танли эрақлар | 16,9 | 36,6 | 60,8 | 82,0 | 91,0 | 80,5 |
| Оқ танли аёллар | 4,6 | 5,1 | 10,1 | 18,2 | 26,5 | 27,9 |
| Қора танли аёллар | 4,1 | 5,5 | 10,9 | 19,5 | 27,5 | 27,8 |

5.10 жадвал

АҚШда 65 ёшгача оқ танли аёллар ўртасида рақдан ўлим (1950-1995), 100 минг кишига

| Ўсманинг жойлашуви | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1990 й. | 1995 й. | Ўзгаришлар (1950-1995), % |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------------------------|
| Нафас йўллари | 5 | 5 | 10 | 18 | 27 | 28 | +400 |
| Чамбар ва тўғри ичак | 19 | 17 | 15 | 13 | 11 | - | - |
| Сут бези | 23 | 22 | 23 | 23 | 23 | 21 | -8,7 |
| Ҳамма турлари | 119 | 110 | 108 | 108 | 111 | 109 | -8,4 |
| Ҳамма касалликлар | 645 | 955 | 502 | 411 | 370 | 365 | -43,4 |

АҚШда 65 ёшгача оқ танли аёллар ўртасида рақ сабабли йўқотилган потенциал ҳаёт йиллари (1970-1990), 100 минг кишига

| Ўсма жойлашуви | 1970 й. | 1980 й. | 1990 й. |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Нафас йўллари | 90 | 133 | 150 |
| Чамбар ва тўғри ичак | 77 | 64 | 52 |
| Сут беги | 233 | 212 | 218 |
| Умумий кўрсаткич (рақнинг ҳамма турлари) | 975 | 858 | 829 |

Англияда 1969 дан 1989 йилгача ўпка рақи ҳоллари миқдори 55-64 ёшдаги эрқақларда 37% га, 45-54 ёш гуруҳида эса 52% га пасайган. Худди шу давр ичида аёллар орасида ўлим 55-64 ёш гуруҳида 71% га ўсиб, айнаи вақтда 45-54 ёш гуруҳида 10% га пасайган. Эрқақларда ўпка рақидан нисбий ўлим хавфи бу давр ичида аёллар билан солиштирилганда 6:1 дан 2,7:1 гача қисқарди. Англияда рақ билан қасалланиш 55-64 ёшдаги гуруҳда 1979 дан 1988 йилгача бўлган даврда 10% га пасайди, айнаи вақтда бу кўрсаткич АҚШ да (15% га), Канадада (15% га), Францияда (26% га) ва Германияда (27% га) ўсди. 1988 йилда Англияда бу кўрсаткич АҚШ дагига қараганда паст ва Канада кўрсаткичига тенг эди.

1950дан 1990 йилгача АҚШ да рақдан умумий ўлим оқ танли аёллар ўртасида (маълумотлар 5.10 жадвалда кўрсатилган) жуда кам пасайди, ўпка рақидан эса кескин ўсди. Айнаи вақтда сут беги рақи билан қасалланиш амалда худди ўша даражада қолди ва 1987 йилда аёлларнинг ўпка рақидан ўлими сут беги рақиға нисбатан юқори эди. Шунга қарамай, аёллар сут беги рақи оқибатида ҳаётнинг кўпроқ потенциал йилларини ўпка рақиға нисбатан кўпроқ потенциал ҳаёт йилларини йўқотадилар.

Келажакда ушбу соҳадаги тадқиқотлар муҳим кашфиётларга: хавфли ўсмаларга ирсий мойиллик учун жавобгар генларни аниқлаш, канцерогенез билан боғлиқ инфекцион агентларни аниқлаш, рақ ўсмасининг ўсишини секинлаштиришга қодир дори воситаларини ишлаб чиқиш ва бошқаларга олиб келиши мумкин. Овқатланишнинг канцерогенез омил сифатида муҳимлигини кишилар тобора кўпроқ тушуниб етмоқдалар.

РАК ПРОФИЛАКТИКАСИ

Бирламчи профилактика

1. Чекишга қарши кураш.
2. Овқат рационада ёғлар миқдори кам, мевалар, сабзавотлар ва клетчатка миқдори эса кўп бўлгани яхши.
3. Асбест унумлари таъсирини пасайтириш.
4. Очиқ қуёш нури остида бўлишни чегаралаш.
5. Кимёвий канцероген моддалар, масалан пестицидлар таъсирини камайтириш ёки бартараф қилиш.
6. В гепатитига қарши вакцинация.
7. Хоналарда радон миқдорини текшириш ва унинг концентрацияси юқори бўлганда уни пасайтириш.
8. Тасодикий ва хавф соладиган жинсий алоқалардан воз кечиш.

Иккиламчи профилактикаси — эрта тапхислаш, скрининг

1. Ўпка раки: Ўпка рентгеноскопияси ва (ёки) цитоскопияси ҳозирги вақтда иқтисодий жиҳатдан самарасиз метод ҳисобланмайди ва касалликнинг яхши натижа билан тугашига имкон бермайди.
2. Сут безларини текшириш: ҳар ойда ўз-ўзини текшириш, 40-50 ёшдаги аёлларда ҳар 2-3 йилда ва 50 ёшдан ошган аёлларда эса ҳар йили маммография текширувини ўтказиш. Социал-иқтисодий статуси юқори 40 ёшдан ошган, бефарзанд ёки болалари кам аёллар, оиласида сут бези раки ҳоллари қайд этилган аёллар, анамнезида хавфсиз сут бези ўсмаси ва сут бези раки бўлган аёллар юқори хавфга эга гуруҳлар қаторига киради.
3. Чамбар ва тўғри ичак раки: 45 ёшдан ошган эркаклар ва аёлларда ҳар йили ректоскопия, ахлатни яширин қон кетишини аниқлашга анализ (3 синама), касаллик ривожланиш хавфи юқори бўлган 50 ёшдан ошган шахсларда эса сигмоидоскопия ўтказиш. Хавф гуруҳлари қаторига-45 ёшдан ошган шахслар, колит билан касалланган беморлар, оила аъзоларида полипоз ҳоллари ва чамбар ичак раки бор кишилар киради.
4. Бачадон бўйни раки: неоплазияни аниқлаш учун Папа-Николау суртмасини олиш хавф гуруҳлари учун иқтисодий жиҳатдан ўзини оқлаган метод ҳисобланади.

АҚШ да 1989 йилда тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасида қабул қилинган қарорларга биноан текшириш ўтказиш учун қуйидаги хавф гуруҳлари аниқланган:

- фаол жинсий турмуш кечирадиган аёллар, хавф омилларига кўра ҳар 1-3 йилда;
- социал-иқтисодий статуси паст шахслар;
- қамалганлар ва фоҳишалар;
- анамнезида жинсий йўл билан ўтадиган касалликлари бўлган шахслар;
- жинсий ҳаётни эрта бошлаган шахслар;
- пала-партиш жинсий алоқа қиладиган шахслар;
- анамнезида аборт бўлган аёллар;
- анамнезида эпителийнинг тангачасимон қатлами дисплазияси бўлган шахслар;

5.9 илова давоми

—ёлғиз-оналар.

5: Простата раки: кўлда текшириш, цитологик текшириш, қон зардобиди кислота фосфатазасига тест (такрор анализ билан). Хавф гуруҳи-65 ёшдан ошган эркаклар.

Ривожланиши овқатланиш характери билан боғлиқ бўлган рак, одатда, оғиз бўшлиғи, ҳиқилдоқ, меъда-ичак йўли, сут безлари, меъда ости беши, ўпка, эндометрий, бачадон бўйни ва простатани зарарлантиради. Ҳозирги вақтда рацион билан муайян аъзолар раки ўртасида боғланиш борлиғи тўғрисида фикрлар тарқалган. Рационда ёғлар миқдорининг кўплиғи ва простата ҳамда чамбар ичак ўртасидаги боғланиш, ортиқча вазн ва эндометрий раки, алкогольни суиистеъмол қилиш ва қизилўнғач раки, дудланган, ўткир ва шўр овқатлар билан меъда раки ўртасидаги боғланиш яққол сезилади. Ўсимлик маҳсулотлари, кўкатлар ва сабзавотларга бой овқатлар ўпка, простата, қовуқ, тўғри ичак, оғиз бўшлиғи, меъда ва қизилўнғач ракининг ривожланиш эҳтимолини камайтиради.

5.10 илова

ОВҚАТЛАНИШ ХАРАКТЕРИ ВА РАК ЎРТАСИДАГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК БОҒЛАНИШ

1. Тадқиқотлар:

- овқатланиш характери ва рак билан касалланиш ўртасидаги боғлиқлик;
- миграцияда ва овқатланиш одатлари ўзгарганда муайян этник гуруҳлар орасида рак билан касалланишдаги ўзгаришлар;
- конкрет касаллик ҳолларини ўрганиш ва беморнинг турли хил даволаш методларини қўлланишга муносабати;
- овқатланишида маълум хусусиятлари бўлган аҳоли гуруҳларини комплекс ўрганиш;
- ҳайвонларда экспериментал текширишлар.

2. Олинган натижалар:

- сут беши раки рационда ёғлар миқдори ва ҳайвотот протеини ошганлиғи билан боғлиқ;
- чамбар ва тўғри ичак раки ёғларнинг юқори миқдори ва клетчатканинг паст миқдорда бўлиши билан боғлиқ;
- простата раки рационда ёғлар миқдори юқори бўлиши билан боғлиқ;
- меъда раки доимо дудланган, шўр ва аччиқ овқатлар тановул қилиш билан боғлиқ.

3. Овқатланиш характери бўйича тавсиялар, рационда

- клетчатканинг юқори миқдори;
- ёғларнинг кам миқдорда бўлиши;
- дудланган, канцероген овқат қўшимчаларини истеъмол қилишни чегаралаш.

Овқатга қўшимчалар озиқ-овқат маҳсулотларига уларнинг таъмини, рангини, консистенциясини, тўйимлилиқ қийматини, ташқи кўринишини ва сақлаш муддатларини ўзгартириш учун қўшса бўладиган моддалардан иборат. Уларнинг айримлари, масалан, қанд, туз ва зираворлар қадим замонлардан буён ишлатилиб келади. Келиб чиқиши жиҳатидан табиий овқат қўшимчалари озиқ-овқат маҳсулотларига ишлов беришда ва овқат тайёрлашда муҳим ўрин тутса, бошқалари соғлиқни сақлаш нуқтаи назаридан витаминлар ва минерал моддаларнинг қўшимча манбаи сифатида катта аҳамиятга эга.

Айрим озиқ-овқат қўшимчаларининг токсик ёки канцероген таъсири борлиги, айниқса улар маҳсулотнинг фақат ташқи кўринишини чиройли қилиш мақсадида қўлланилаётганлиги жиддий ташвишга солмоқда. 1958 йилда АҚШ да озиқ-овқат маҳсулотлари, дорилар ва пардоз воситалари тўғрисидаги қонунга овқат қўшимчаларига доир тузатиш киритилган эди. Бу тузатиш озиқ-овқат саноатига озиқ-овқат қўшимчалари хусусидаги Қонун низомига амал қилиш мажбуриятини юклайди. Кейинчалик машҳур Делане Клоз низоми қабул қилинган. Бу низомга мувофиқ озиқ-овқат маҳсулотларига маълум даражада канцероген таъсир кўрсатиш эҳтимоли бўлган ҳар қандай қўшимчаларни киритиш тақиқланади. Бунинг натижасида овқат қўшимчаларининг кенг қамровли анализлари ўтказилади. Ўша вақтда ишлатилган овқат қўшимчалари “асосан хавфсиз” деб қабул қилинган эди. Кейинги текширувларда айримларининг канцероген таъсири аниқланди, шундан сўнг қонун низомларига биноан улардан фойдаланиш тақиқланди.

5.11 илова

ҚОНУН НИЗОМЛАРИГА КўРА Фойдаланиш тақиқланган ОЗИҚ-ОВҚАТ ҚўШИМЧАЛАРИ

1. Ширин қўшимчалар сифатида ишлатилган ароматик органик моддалар 1970 йилда тақиқланган.
2. Кобальт тузлари пивода тургун кўпик ҳосил қилиши учун ишлатилган. Стенокардия хуружлари билан алоқадорлиги аниқланган, шундан кейин уларни қўллаш тақиқланган.
3. Поливинилхлорид, алкоғолли ичимликлар учун пластик шишалар ишлаб чиқаришда ишлатилган, у шишадаги суюқликда топилгандан сўнг тақиқланган.
4. Овқатга ранг берувчилар, уларда қонцероген таъсирли ҳар хил қатронлар топилган.
5. Пестицидлар, фунгицидлар ва гербицидлар, уларни канцероген таъсири исботланган, АҚШ да фойдаланиш тақиқланган, бироқ уларни ҳанузгача экспорт учун ишлаб чиқарилмоқда.

Хлорланган углеводородлар, диэдрин ва ДДТ каби пестицидларнинг қолдиқ миқдорлари сабзавотлар ва меваларда, яримфабрикатларда, жумладан гўшт ва паррандаларда топилади. Улардан озиқ-овқат маҳсулотларини дунёнинг кўпгина қисмларига денгиз йўли билан экспорт қилган мамлакатларда фойдаланилган. Истеъмолчи озиқ-овқат маҳсулотларини синчиклаб танлай олиши ва уларни овқатга ишлатишдан олдин ювиши лозим, бу уларнинг хавфсизлигини таъминлайди. Пестицидлардан фойдаланиш масалаларида маориф ишлари бирламчи профилактиканинг муҳим чораси ҳисобланади (9-бобга қ).

А витамини танқислиги меъда раки пайдо бўлишига мойиллик туғдирадиган омил саналади. Кўпчилик олимлар гипоавитаминоз даражасига вақтинчалик аниқ корреляция ёки ўртача ифодаланган боғлиқлик бор деган фикрга келганлар. Гарчи раkning айрим турлари ривожланиши билан алиментар омиллар ўртасида боғлиқлик фойдасига маълумотлар бўлса-да, рак этиологиясида кейинги омилларнинг ролига миқдорий баҳо бериш мумкин эмас. Сабзавотлар, мевалар ва цитруслиларга ва ёғларга, айниқса тўйинган ёғларга бой рацион, алкогол, аччиқ, шўр ва дудланган маҳсулотларни меъёрида тановул қилинганда раkning бу турлари билан касалланиш даражаси паст бўлиши маълум бўлди. Шунинг учун ҳам жамоат соғлиқни сақлаши катта ёшдаги аҳоли ўртасида бундай рационнинг имкон борича кенг тарқалишига ёрдам бериши лозим. Давлат, қишлоқ хўжалиги ва молия вазирликлари орқали аҳолини арзон нархдаги мевалар ва сабзавотлар билан таъминлаш чораларини қабул қилиши керак.

5.12 жадвал

Баъзи бир алиментар омиллар ва айрим рак касалликларининг жойлашуви ўртасидаги боғланиш

| Жойлашуви | Вазни | Ёғлар | Клет- чатка | Мева, сабза- воглар | Алко- гол | Дудлан- ган, шўр, ўткир овқат |
|---------------|-------|-------|----------------|---------------------------|--------------|---|
| Ўпка | 0 | 0 | 0 | # | 0 | 0 |
| Сут беzi | * | * | 0 | 0 | * | 0 |
| Чамбар ичак | 0 | ** | # | # | 0 | 0 |
| Простата | 0 | ** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Қовуқ | 0 | 0 | 0 | # | 0 | 0 |
| Тўғри ичак | 0 | * | 0 | # | 0 | 0 |
| Эндометрия | ** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Оғиз бўшлиғи | 0 | 0 | 0 | # | * | 0 |
| Меъда | 0 | 0 | 0 | # | 0 | ** |
| Бачадон бўйни | 0 | 0 | 0 | # | 0 | 0 |
| Қизилўнғач | 0 | 0 | 0 | 0 | ** | * |

Белгилар: * — рақ ривожланишига имқон беради, ** — рақ ривожланишига кўпроқ имқон беради. # — рақ ривожланишига тўсқинлик қилади, 0 — таъсири номаълум.

Шикастланишлар

Сабабчиси бахтсиз ҳодисалар, заҳарланишлар, ўз жонига суиқасд қилишга уриниш ва зўравонлик ҳисобланган қатор жароҳатларга шикастланишлар дейилади. Кўпгина мамлакатларда шикастланишлардан ўлим юрак қон-томир касалликлари ва рақдан кейин учинчи ўринда туради. Айрим ёш гуруҳларида (ёшлар ва ўрта ёшдаги шахслар) травматизм ўлим сабаблари орасида биринчи ўринни эгалайди. Кўпчилик тараққий қилган мамлакатларда шикастланиш потенциал ҳаёт йилларининг максимал йўқотилишига сабаб бўлади. Шикастланиш жиддий муаммо, ва у билан алоқадор масалаларни ҳал қилиш ҳозирги замон жамоат соғлиғини сақлашнинг асосий йўналишларидан бири ҳисобланади.

Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикани ўтказиш шикастланиш оқибатида юз берадиган ўлимнинг анча пасайишига таъсир қилиши мумкин. Бирламчи профилактика шикастланишга сабаб бўладиган омиллар таъсирини камайтириши, масалан, солиқларни ошириш йўли билан алкогольли ичимликлар истеъмол қилишни камайтириш, хавфсизлик камарларидан албатта фойдаланишни йўлга қўйиш ва автотранспорт воситаларининг ҳаракат тезлигини чеклашга олиб келиши мумкин. Иккиламчи профилактика ҳодиса содир бўлган жойда ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатиш ва жароҳат олган шахсни касалхонанинг травматологик бўлимига тез етказишни таъминлайди. Шикастланишдан кейинги асоратлар профилактикаси-юрак фаолияти ва нафас олиш бузилганда реанимация, нафас йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлаш, қон оқишини тўхтатиш ва шокка қарши даволаш-леталликни бир мунча камайтириши мумкин. Учламчи профилактика реабилитацион тадбирларни эрта бошлашни ўз ичига олади.

Бахтсиз ҳодиса тушунчаси шикастланиш юз бериш эҳтимоли бўлган қутилмаган, тасодикий ҳодисани изоҳлаш учун ишлатилади.

Бунда ҳодисани ҳамма вақт ҳам олдиндан пайқаб бўлмайди, чунки у маълум ҳолларда бепарволик ва асосан техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида келиб чиқиши мумкин. Бу бахтсиз ҳодиса хавфини оширади. Автотранспорт воситасини маст ҳолда бошқариш ва тезликни ошириш қонунни бузиш ҳисобланади ва судга тортишга сабаб бўлади. Агар корхонада ишни бошқарувчи зарур эҳтиёт чораларини кўрмай, ишчини хавфли шароитларда ишлашга мажбур қилса, бу бахтсиз ҳодиса эмас, балки фалокат ҳисобланади, чунки унинг олдини олиш ёки олдиндан сезиш мумкин. Бу ўринда ҳам жинойий жавобгарлик хусусида сўз юритилиши мумкин.

Айрим ҳолларда тан жароҳатлари ва ўлим олдиндан мўлжалланиб кўйилган ҳаракатлар- қотиллик, зўрлаш, таҳқирлаш, уриш ва ўз-ўзини ўлдириш натижасидир. Жамоат соғлиғини сақлаш атайлаб етказилган тан жароҳатларига жиддий эътибор қаратиши ва бу ҳодисаларнинг олдини олиш учун тегишли маърифий ва тарбиявий чоралар кўриши, бундай хатти-ҳаракатларнинг оқибатларини пасайтириш мақсадида тегишли кадрлар тайёрлаш ва қутқарув амалиётларини уюштириши зарур.

5.13 жадвал

Травматик шикастланишлар таснифи ва бирламчи профилактика чоралари

| Шикастланишлар тури | Эҳтиёт чоралари | Профилактикаси |
|------------------------|---|---|
| Йўл транспорт ҳодисаси | Ҳаракат тезлигини чегаралаш ва автотранспортни маст ҳолда бошқаришга йўл қўймаслик бўйича қоидаларни бажаришга доир милициянинг ҳаракатлари. Албатта хавфсизлик тасмаларидан фойдаланиш, ҳаракат тезлигини чегаралаш, хавфли гуруҳ вакилларига ҳайдовчилик гувоҳномаси беришни чегаралаш, автотранспортнинг техник кўриги, автотранспортда хавфсизликни таъминлаш учун мосламалар (ҳаво қопчиқлари, техник стандартларга риоя қилиш), пиёдалар учун хавфсиз ўтиш жойлари | ҳайдовчиларни тайёрлаш ва ўқитиш, алкогол ва наркотик истеъмоли қилгандан сўнг ҳайдовчиларни автотранспорт воситасини ҳайдаш нисбатан муросасизлик руҳида тарбиялаш, одамларни, пиёдаларни хавфсизлигини таъминлаш руҳида тарбиялаш |
| Баландликдан йиқилиш | Болалар ва катталар учун хавфсиз мосламалар, сирпанчиқ бўлмаган гилам тўшалган қопламалар, хоналарда кексалар ушлаб юрадиган дасталар, ванналарда дасталар, дори воситаларини қўллашда назорат | Аҳолининг билимларини ва хабардорлигини ошириш |
| Куйишлар | Иситгич системасининг регуляторлари, маиший электр асбобларини тайёрлашда стандартларга амал қилиш, ўтга чидамли ўйинчоқлар, болалар кийими, ўринбош оқликлар Электр ўтказишда стандартларга риоя қилиш, тутунни аниқлаш учун датчиклар ўрнатиш, ташқарига очиладиган эшиклар ўрнатиш | Аҳолини хабардор қилиш, техника хавфсизлиги қоидаларини ишлаб чиқиш, куйишда биринчи ёрдам кўрсатишни ўргатиш |
| Заҳарланишлар | Ёрликлардаги ёзувлар стандартлари, болаларнинг очишига йўл қўймайдиган идишларга жойлаш | Одамга турмушда хавф соладиган нарсаларни тушуниш, маҳсулотларни хавфсиз сақлаш қоидалари, тегишли ёрликлар |

| Шикастланиш-лар тури | Эҳтиёт чоралари | Профилактикаси |
|---------------------------|--|---|
| Турмушда зўравонлик | Ҳуқуқни муҳофаза қилиш органлари ва тиббиёт ходимларининг болалар ва аёллардаги оиладаги зўравонликдан далолат берадиган тан жароҳатларига эътиборини қаратиш, тазйиққа мойил шахсларни бошқалардан ажратиш | Зўравонлик ҳоллари ҳақида тегишли органларга хабар бериш зарурлиги |
| Касбга алоқадор шикастлар | Техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилиш, ходимларининг ишлаб чиқаришда хавфсиз меҳнат шароитларини таъминламагани учун иш берувчиларни жиноий жавобгарликка тортиш, кичик устахоналар, йирик корхоналар, қурилиш майдончалари, балиқ хўжалиги ва ўрмон саноатида меҳнат шароитлари устидан назорат олиб бориш | Иш берувчилар ва ходимларнинг билими ва тайёргарлиги |
| Спорт | Профессионал ва ҳаваскорлар спортида ҳимоя шлемларидан фойдаланишнинг мажбурлиги, жихозлардаги ёки уларнинг конструкциясидаги камчиликлар билан боғлиқ спорт инвентарини ишлаб чиқаришда истеъмолчи хавфсизлигини таъминлаш бўйича комиссиялар тузиш | Спорт машғулотида ва курашнинг контакт турларида хавфсиз усуллар қўллашга ўргатиш |
| Сувда чўкиш | Сув курортлари ва чўмилиш ҳавзалари устидан кузатув бўйича ва сувдаги хавфсизлик масалаларида комиссия тавсияномаларини ишлаб чиқиш, сузиш ҳавзаларини атрофини ўраш, умумий ҳавзаларда ва сузиш ҳавзаларида биринчи ёрдам кўрсатиш учун қўтқарувчилар тайёрлаш | Чўмилишда ва кемада учишда техника хавфсизлиги қоидалари, мактабларда ҳамма болаларни сузишга ўргатиш, ёзги лагерларда, биринчи ёрдам кўрсатиш усулларини ўргатиш |

5.14 жадвал

АҚШ аҳолиси ўртасида шикастланишларнинг айрим турлари натижасида ўлим (1950-1995), 100 минг кишига

| Сабаби | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1985 й. | 1995 й. |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Йўл транспорт ҳодисалари | 23,3 | 22,5 | 27,4 | 22,9 | 18,8 | 16,3 |
| Қотиллик | 5,4 | 5,2 | 9,1 | 10,8 | 8,3 | 10,1 |
| Ўз-ўзини ўлдириш | 11,0 | 10,6 | 11,8 | 11,4 | 11,5 | 11,2 |

Эслатма: Кўрсаткич АҚШ аҳолисининг ёш структураси бўйича стандартланган.

Зўравонлик билан куч ишлатишнинг олдини олиш бўйича чоралар маълум қаршилиққа учрайди. Улар ҳуқуқни муҳофаза қилувчи органлар, социал ва тиббиёт ходимларига ҳамда умуман аҳолининг потенциал зўравонликнинг ва реал ҳолларини (масалан, болалар ва аёллар устидан зулм ўтказишни) аниқлаш муҳим эканлигини тушуниб етишга мажбур этиши керак. Зўравонликнинг олдини олишнинг бошқа шакллари, зулмга учраган кишиларга қўмаклашадиган «шошилич телефон линиялари», тазйиққа учраши мумкин бўлган кишилар учун пана жойлар яратиш, ўз-ўзини ҳимоя қилиш курсларини ташкил этиш, милициянинг тез етиб келишини таъминлаш кабилардир. Шунингдек травматизм профилактикасига, қурол сотиб олиш устидан назорат, мактабларда қурол олиб юришни тақиқлаш, балоғатга етмаган ёшларнинг алкоголь истеъмол қилишини тақиқлайдиган қонунлар қабул қилиш ва ўсмирларнинг маданий дам олишини ташкил қилиш кирази.

Йўл-транспорт ҳодисалари

Травматизм натижасидаги энг кўп ўлим ҳоллари йўл-транспорт ҳодисаларига тўғри келади. 1985 йилда ўлим ёки мажруҳликка сабаб бўлган йўл-транспорт ҳодисаларидан АҚШ га етказилган иқтисодий зарар 75 млрд долларга баҳоланди. Автомобил авариялари оқибатида нобуд бўлганларнинг умумий миқдори йилига 45 минг кишини ташкил қилмоқда, бунда уларнинг 60%-35 ёшгача бўлган кишилардир. Йўл-транспорт ҳодисалари бош ва орқа мия шикастланишларининг асосий сабаби ҳисобланади. АҚШда соғлиқни сақлашнинг вазифаси бундай ҳодисалардан 100 минг аҳолига ўлим даражасини 1987 йили 19 кишидан 2000 йилда 17 кишига камайтиришдан иборат.

Йўл-транспорт ҳодисалари фақат тараққий қилган мамлакатларда эмас, балки ривожланаётган мамлакатларда ҳам жиддий муаммо ҳисобланади, уларда автомобил авариялари сони жуда юқори, чунки ҳайдовчилар ва милиция йўл ҳаракати хавфсизлиги қонунлари билан яхши таниш эмаслар.

Йўл-транспорт ҳодисаларига боғлиқ шикастланишлар миқдорини ва оғирлигини қисқартириш ҳокимиятининг таълим ва техник тараққиёт соҳаси бўйича комплекс қонунларни яратиш ва уни ижро этиш ташаббуси тўғрисидаги чораларга боғлиқ. Йўлларда шикастланиш билан боғлиқ омилларнинг шикаст етишидан олдин, травматик, травмадан кейинги, шошилич ёрдам ва реабилитация вақтида олдини олиш мумкин. Тезликни ошириш, транспортни маст ҳолда бошқариш, ҳайдовчиларнинг чарчаши ёки бепарволиги оқибатида юз берадиган фалокатларнинг олдини олиш инсон омилига боғлиқ бўлиб у ўз навбатида ҳайдовчиларни тегишлича тайёрлаш, йўл ҳаракати қонун-қоидаларига қаттиқ риоя қилишга боғлиқ. Техник омилларга фаралар ва тормозларнинг ҳолати, йўлларнинг ёритилганлиги ва ҳайдовчининг кўриш майдонини торайтирувчи тўсиқлар кирази.

Ҳайдовчиларни, айниқса 25 ёшга етмаган ва 75 ёшдан ошган ҳайдовчиларни жиддий тарзда тестдан ўтказиш лозим. Аёллар машинани эркакларга нисбатан эҳтиёткорлик билан бошқарадилар, шу сабабли аёлларнинг автобус, оғир юк машинаси ва ҳарбий транспортда ишлашларини имкон борича рағбатлантириш лозим. Тезликни соатига 90 км гача (ва юк автотранспорти учун соатига 80 км гача) чеклаш, йўлларда ажратувчи ва ёнлама тўсиқларни ўрнатиш ўлим билан яқунланадиган йўл-транспорт ҳодисалари сонини камайтиради.

Йўл-транспорт ҳодисаларидан травматизмни камайтириш учун хавфсизлик тасмалари ва функционал автомобил ўриндиқлари, ҳаво ёстиқчалари, тезликни чеклайдиган мосламалар ва ҳаракат хавфсизлигини оширадиган бошқа мосламалардан фойдаланишни такозо этади. Шикастланишдан сўнг тиббий ёрдам кўрсатиш ўлимга сабаб бўладиган қон оқиши, нафас йўлларининг бекилиб қолиши ёки орқа мия шикастланиши каби асоратларда тез ва малакали ёрдам кўрсатиш ва шикастланганни транспортда касалхонанинг травматологик бўлимига тез етказишдан иборат.

Йўл ҳаракати қоидаларига риоя қилиш йўл транспорт ҳодисаларида ўлим ва оғир шикастланишлар сонини қисқартиришнинг муҳим омили ҳисобланади. Шикастланишларнинг оғир-енгиллик даражасига хавфсизлик тасмаларидан фойдаланиш катта таъсир кўрсатади. Ҳаракат тезлигини чеклаш устидан назорат ҳам муҳим ўрин тутади ва бундай ҳодисаларнинг камайишига ёрдам беради. Транспортни маст ҳолда бошқариш ҳам шунга тааллуқлидир. Маст ҳолда транспорт ҳайдайдиган ҳайдовчиларга жарималар солиш ва уларни хибсга олиш ҳам йўл транспорт ҳодисаларини камайтиришга имкон бериши муқаррардир.

5.12 илова

Йўл-транспорт ҳодисаларининг олдини олиш ва уларнинг оқибатини пасайтириш бўйича чоралар

1. Олдинги ўриндиқларда хавфсизлик тасмаларидан албатта фойдаланиш тўғрисидаги қонунлар.
2. Алкоголдан мастликни аниқлаш учун стандартлар қабул қилиш ва ҳайдовчиларни тестдан ўтказиш.
3. Вақтинчалик ҳайдаш ҳуқуқларидан маҳрум қилиш.
4. Мотоцикл ва велосипед ҳайдашда ҳимоя шлемларидан албатта фойдаланиш.
5. Халқаро трассаларда ҳаракат тезлигини соатига 90 км гача (юк транспорти учун 80 км гача) чеклаш.
6. Муайян ёшга тўлмаган шахсларга алкогольли ичимликларни сотишни тақиқлашга қаттиқ риоя қилиш.
7. Болалар ўтирадиган ва орқа ўриндиқларда хавфсизлик тасмаларидан албатта фойдаланиш тўғрисидаги қонунлар.
8. Ҳайдовчилар ва йўловчилар учун аварияга қарши ҳаво ёстиқлари.
9. Давлат органларининг тегишли маориф ишлари ва сиёсати.

Тезлик оқибатида содир бўлган шикастнинг оғир-енгиллиги механика қонунларига асосланган. Соатига 90 км тезликда ҳаракатланаётган автомобилдаги одам соатига 45 км тезликдагига нисбатан 4 марта кўпроқ кинетик энергияга эга. Ҳаракат нечоғлик тез бўлса, шикастланиш шунчалик оғир бўлади. Соатига 90 км тезликда ёки жойларда тезликни чеклаш бўйича милиция назорати бўлмаганда бир мунча оғир шикастланишлар юз беради. Маблағларни фақат йўллар қурилишига эмас, балки жамоат транспортини ривожлантиришга сарфлаш лозим.

Ўтган ўн йилликларда травматология ва реанимациянинг жадал ривожланиши шикастланишдан ўлим даражасини пасайтиришга олиб келди. Йирик касалхоналарда кўп сонли кишиларга хизмат кўрсатадиган травматологик бўлимлар асосан бошқа тиббий хизматлардан фойдаланишга имкон беради ва шу туфайли ўз вазифаларини муваффақиятли адо этади.

Зўравонлик

Бизнинг давримизда оилада содир бўладиган қотиллик ҳодисалари ва маиший зўравонлик кўпроқ аниқланмоқда ва жамоатчилик эътиборига илгаригидан тез етказилмоқда. Бинобарин, бундай ҳоллар сонининг ўсишини қисман ошкоралик билан тушунтирилиши мумкин. Оилада зўравонликка аксарият паст социал-иқтисодий шароит, алкогольни сууистеъмол қилиш ва илгари оила аъзоларининг зулмга учраганлиги сабаб бўлади. Болаларга ёки эр-хотинларга нисбатан зўравонлик ҳолларига доир аниқ маълумотлар йўқ. Лекин ҳозирги вақтда йил сайин шу каби ҳоллар илгаригига қараганда кўпроқ рўйхатга олинмоқда.

Ўз-ўзини ўлдириш ва суицидал уринишлар

Дунёда ўз-ўзини ўлдиришлар сони кўп учраб туради. Ўз-ўзини ўлдиришлар сонининг ўсиши ўсмир йигитлар ва кекса одамлар орасида айниқса кўп. 1950 йилдан бошлаб, Канадада 15-24 ёш гуруҳида ўз-ўзини ўлдириш кўрсаткичлари эркаклар орасида 317%га, ва аёллар ўртасида 257% га ўсди. Марказий ва Жанубий Америкада эркаклар орасида ўз-ўзини ўлдиришлар кўрсаткичи 100 минг аҳолига 10 дан ошмайди, АҚШ ва Канадада эса у 100 минг аҳолига 20 дан ортиқ бўлган. Оврупода Ўрта Ер денгизи мамлакатларида (Италия, Испания, Греция) ўз-ўзини ўлдириш кўрсаткичлари энг паст, эркаклар учун у 100 минг аҳолига 20 дан ортиқни ташкил қилади. Кўпчилик мамлакатларда — Франция, Швейцария, Швеция, Дания, Финляндия, Австрия ва Венгрияда 100

минг аҳолига 40 дан кўп. Венгрияда ўз-ўзини ўлдиришлар миқдори 100 минг аҳолига 100 та эркак ва 30 та аёлдан ошади.

Ўз-ўзини ўлдиришлар АҚШ да ўлим сабаблари қаторида 8-ўринни эгалайди, 15-19 ёш гуруҳида 1950 дан 1991 йилгача уларнинг даражаси 100 минг аҳолига 2,7 дан 11,3 гача —4 марта ўсди. Ўз-ўзини ўлдиришга уринишларнинг ҳар ўнтасидан биттаси ўлим билан тугайди, бунга катта ёшдаги эркаклар кўпроқ дучор бўлади. Ўз-ўзини ўлдиришларнинг 30% руҳий бузилишлар сабабли юз беради, ўз-ўзини таҳқирлаш ва вақтинчалик депрессиялар сабаб бўлади. Диний гуруҳларнинг аъзолари ўз-ўзини ўлдиришга кам мойил бўладилар.

Ўз-ўзини ўлдириш воситалари ва усулларини чегаралаш, шунингдек ўз-ўзини ўлдириш ҳоллари тўғрисида ахборот тарқатишни чегаралаш орқали уларнинг даражасини қисқартириш мумкин. Айни вақтда ўз-ўзини ўлдиришга ҳаракатларга жиддий қараш керак; тиббиёт ходимлари, ўқитувчилар, психологлар ва дин аҳллари депрессия ҳолатидаги беморларга психологик ёрдам беришга шай бўлиб туришлари лозим, бу ўз-ўзини ўлдиришнинг профилактика воситаси бўлиши мумкин. Руҳий саломатликни сақлаб ва қувватлаб туриш, психологик маслаҳатлар барча соғлиқни сақлаш муассасаларининг асосий вазифаларидан бири бўлиши керак.

Қотилликлар

Айрим мамлакатларда, масалан, Колумбияда қотилликлар ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлиб қолди. Бу ҳодисанинг эпидемиологик таҳлили унинг наркотик моддалар савдоси билан бевосита алоқа-дорлигини кўрсатди (наркомафиянинг йирик корчалонлари ўртасидаги рақобат, наркотикларнинг чакана савдоси учун жойлар таллашиш билан боғлиқ кўчалардаги зўравонлик). АҚШ да эркаклар орасида 15-24 ёш гуруҳида қотилликлар ўлим сабаблари ичида тўртинчи ўринни эгалайди. Мактаб ёшидаги болалар ўртасида зўравонликдан далолат берадиган ҳоллар кўп учраб, ёш болалар тасодифий отишмалардан қурбон бўладилар. Россияда травматизм оқибатида эркаклар ўлими иккинчи ўринга чиқди, қотилликлар ва ўз-ўзини ўлдиришлар шикастланиш ва заҳарланишлар синфи ичида ўлимнинг асосий сабабларидан ҳисобланади.

Давлат ва маҳаллий полиция маҳкамалари эпидемиологик таҳлил учун маълумот берадиган манбалар саналади. Етказилган майиблик ва яраланиш тўғрисидаги маълумотни касалхона қабул бўлимларида рўйхат-номалардан олиш керак, чунки тазйиқ билан боғлиқ жиноятларнинг қарийб 50% милиция ҳисоботлари бўйича ўтмайди.

Зўравонликнинг ва у билан боғлиқ травматизмнинг олдини олиш

1. Оилада зўравонлик қурбонларини аниқлаш ва тегишли чоралар кўриш.
2. Тиббиёт ходимларининг беморларда зўравонлик аломатларини аниқлашга эътиборини кучайтириш, шахс ҳимоясини таъминлаш учун оиладаги тазйиқ тўғрисидаги хабарларни албатта тегишли органларга етказиш.
3. Тарбиявий методлар билан зўравонликка қарши жамоа дастурларини ишлаб чиқиш ва қонунчиликка амал қилишни таъминлаш.
4. Ўқ отар қуролга эгаллик қилишни қонун билан чегаралаш.
5. Тазйиққа мойиллиги бўлган хроник алкоголиклар ва гиёҳвандларни кузатиб бориш, уларни мажбуран даволаш ёки бошқалардан ажратиш.
6. Болаларни ўз-ўзини ҳимоя қилишга ўргатиш.
7. Жамоатчилик ва мактабларда болаларни тазйиқ ўтказишга мурасасиз руҳда тарбиялаш.
8. Психологик ёрдам хизматларини ривожлантириш, уларнинг мақсади тазйиқни ва суицидал уринишларнинг олдини олишдан иборат.
9. Солиққа тортиш, полиция томонидан назорат ва мактаблардаги тегишли тарбия йўли билан алкоголли ичимликлар истеъмолини пасайтириш.
10. Қалтис шароитларда ёрдам бериш хизматлари, сексуал ёки жисмоний зўравонликка йўлиққан шахслар учун тинч жойлар куриш.
11. Болалар телекўрсатувларни кўрадиган соатларда телевидение орқали бериладиган зўравонлик сахналари миқдорини камайтириш.
12. Тазйиқ қурбонлари учун “шошилич телефон линиялари” ва осойишта жойлар ташкил этиш.
13. Тиббиёт ходимларини зўравонлик қурбонларини аниқлаш ва уларга маслаҳатлар беришга тайёрлаш.
14. Оммавий ахборот воситаларидан жамиятни оилада тазйиқ муаммоларига мурасасиз руҳда тарбиялашда фойдаланиш.

Зўравонликнинг олдини олиш

Кўпгина мамлакатларда зўравонлик, айниқса ўсмирлар ва ёш эркаклар орасида ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Зўравонликнинг ва у билан боғлиқ бўлган шикастланишларнинг олдини олиш соғлиқни сақлаш органлари диққат эътиборининг асосий соҳаларидан бири ҳисобланади. Чунки бунда ўлим даражаси юқори, майиб-мажруҳлик ҳодисалари оғир бўлиб, жамиятга зарар етказилади. Бу ҳодисага қарши кураш чоралари фақат соғлиқни сақлаш тизими билан чегараланиб қолмай, умуман жамиятга қаратилиши лозим. Шунга қарамай, жамоат соғлиқни сақлаш тизими тазйиқни профилактика қилишда ва унинг оқибатларига қарши курашишда муҳим ўрин тутди. Зўравонликка қарши кураш дастурининг айрим жиҳатлари АҚШ да 90-

йилларда тиббиёт ва соғлиқни сақлаш соҳасида қабул қилинган қарорларга асосланади.

Диний, миллий ва сиёсий вазнлар сабабли келиб чиққан зўравонлик илгари барқарор ҳисобланган мамлакатларда ҳам кундалик ҳаётнинг таркибий қисми бўлиб қолди. Автобуслар, метро ёки самолётлардаги портлатишлар, кишиларни гаровга олиб ёки ҳарбий ҳаракатлар жараёнидаги этник "тозалашлар" жуда катта жисмоний кулфатлар келтирмоқда ва руҳий шикастланишларга сабаб бўлмоқда. Баъзан гоёт оғир шароитларда хавфсиз санитария ва турмуш шароитларини таъминлаш билан шуғулланувчи тиббиёт ва соғлиқни сақлаш ходимлари буни унутмасликлари керак.

Хроник жигар касалликлари

1990 йилда АҚШ да жигар циррозидан ўлим кўрсаткичи ўлим сабаблари ичида тўққизинчи ўринни эгаллади (100 минг аҳолига 8,6), 1973 йилдан бошлаб унинг улуши 43% га пасайди. Цирроз ўлимнинг асосий омилларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик алкоғолни доимий истеъмол қилиш, В ва С инфекцион гепатитлар билан бевосита боғлиқ. Касаллик хавфи алкоғолни узок вақтгача катта миқдорда истеъмол қиладиган шахслар ўртасида энг юқори. Бошқа алиментар омиллар алкоғолни суиистеъмол қилиш бўйича таққосланганда иккинчи даражали аҳамиятга эга. Кўп мамлакатларда тарқалган В гепатити цирроз ва жигар функцияси бузилишига сабаб бўлмоқда. Жигар функциясининг бузилиши билан боғлиқ бўлган асоратларнинг, масалан ички қон кетишининг кенг тарқалганлиги туфайли кўплаб беморлар стационарларга ётқизилмоқда. Цирроз профилактикаси биринчи навбатда алкоғол ичишни камайтириш ва В гепатитга қарши иммунизация қилишга қаратилиши лозим (4-бобга қ.).

Артрит ва таянч-ҳаракат аппарати функцияларининг бузилишлари

Артрит ва таянч-ҳаракат аппарати функцияларининг бузилишлари ногиронлик, врачга мурожаат қилишлар ва госпитализацияларнинг энг тарқалган сабаби ҳисобланади. 1992 йилда артрит АҚШ да ногиронликнинг етакчи сабаби бўлган; ушбу хасталик билан алоқадор бўлган бевосита ва билвосита моддий зарар тахминан 65 млрд долларни ташкил қилган. Аҳолининг қаришини эътиборга олган ҳолда, АҚШ соғлиқни сақлаш хизмати марказининг ҳисобларига кўра, 2020 йилда АҚШ нинг 18% аҳолиси артрит билан касалланади.

Айниқса чаноқ-сон ва тизза бўғимларини деформациясига олиб келувчи остеоартрит ортиқча тана вазнига боғлиқ бўлиб, у ёш улғайган сайин кўпайиб боради.

Ортиқча вазни йўқотиш профилактиканинг асосий турларидан бири ҳисобланади. Бунинг учун тиббиёт ходими билан индивидуал маслаҳатларгина эмас, балки жамиятда, айниқса ёши улуғ ва ўрта ёшдаги шахслар ўртасида ортиқча вазни пасайтиришга имқон берувчи шароитни яратиш зарур. Симптомларни –камайтиришга ва бўғимларнинг ҳаракатини оширишга қаратилган даволаш ишлари кўпинча сунъий чаноқ-сон ёки тизза бўғимини хирургик трансплантация қилиш билан алмаштирилади, бу остеоартрити бўлган одамнинг турмуш сифатини оширади. Доридармонлар, физиотерапия ва бошқа тиббий тикланиш тадбирлари бемор аҳволининг ёмонлашувига тўсқинлик қилади, ўз-ўзини эплаб яшашга имкон ҳозирлайди.

Ревматоид артрит ва подагра-оғир ногиронликка олиб келиши мумкин бўлган касалликлардир. Ревматоид артрит-бўғимларни хроник яллиғлантирадиган, контрактура, оғриқ,бўғимлар деформациясини пайдо қиладиган аутоиммун касаллик, бу кундалик функцияларни бажаришга одамни лаёқатсиз қилиб қўяди. Генетик бутун оила аъзоларида учрайдиган омилларга боғлиқ бўлган ревматоид артрит билан аҳолининг 1% касалланади. Ревматоид артрит нафас йўллариининг инфекцион касалликларидан бевақт ўлимга олиб келади. Кувватловчи терапия грипп ва пневмакокк инфекциялари каби касалликлардан иммунизация қилишни ва касалликларни бошланғич босқичларида даволашни ўз ичига олиши керак.

Подагра метаболизмнинг бузилиши ҳисобланади, бунда урат кислота кристаллари бўғимлар ичида ва уларнинг атрофида, айниқса оёқларнинг панжаларида йиғилади. Ирсий ва алиментар омилларнинг таъсири маълум дори воситалари, масалан, урат кислотанинг миқдори ошишига олиб келадиган диуретиклар орқали янада кучайиши мумкин. Рассомлар, сантехниклар, кемасозлик корхоналарининг ишчиларида касбга алоқадор бўлган қўрғошин унумларининг давомли таъсири иккинчи омил ҳисобланади. АҚШ да подагра билан касалланиш 1 минг аҳолига 6 аёл ва 13 эркакни ташкил этади. Қўрғошин таъсирини камайтириш, эрта ташхис қўйиш ва даволаш касаллик кечишини осонлаштиради ва турмуш сифатини оширади. Бундан кейин ҳам подаграни кузатиб бориш ва даволаш муҳим тадбир саналган.

Остеопороз-суяк моддасининг сийраклашувидир. Ҳар йили АҚШ да 65 ва ундан катта ёшдаги гуруҳларда 850 минг суяк синиш ҳоллари рўйхатга олинади. Суяклар зичлиги ва массасининг камайиши ҳисобига 25 млн одамда суяк синишларининг юқори хавфи мавжуд. Бу гуруҳдаги аҳоли учун синишларни даволашга ҳар йили 7 млрд дан 13,8 млрд гача ҳаражатлар қилинади. “Медикэр” тизими аъзоларига стационар ва амбулатор хизмат кўрсатишда суяк синишларининг энг тарқалган жойлари қуйидагилар эканлиги маълум бўлди: сон суяги бўйни (10 минг

кишига 74), билак(38), елка суяги проксимал (22), чаноқ (13), елка ва билак суяклари (8), катта ва кичик болдир суяклари болдир товон бўғимларидан ташқари (7), сон суяги чаноқ-сон бўғимидан ташқари (7), елка суяги диафизининг дистал бўлими (6) ва тизза қопқоғи синиши (10 минг кишига 6 та).

АҚШ соғлиқни сақлаш хизмати касалликларни назорат қилиш марказининг баҳолашига кўра касалликнинг профилактикаси хавфли омилларни камайтириш ва даволаш методларини такомиллаштириш ҳисобига яхши натижалар бериши мумкин. Бирламчи профилактика қизларга ва ёш аёлларни жисмоний машқларга тортиш кальцийга бой овқатлар билан таъминлашдан иборат.

Неврологик бузилишлар

Неврологик бузилишлар-жамият учун оғир ташвишдир. Улар ногиронлик, меҳнатга лаёқатсизликка, бевақт ўлим ва соғлиқни сақлаш тизимида ҳаражатларнинг ўсишига олиб келади. АҚШ да неврологик бузилишлар билан боғлиқ бўлган йиллик сарфлар 140 млрд доллардан ошади, бундан ташқари, ҳар йили 400 млн ишчи куни йўқотилади. Бу касалликларнинг гуруҳига тарқоқ склероз, Паркинсон касаллиги, нейродегенератив бузилишлар ва Альцгеймер касаллиги киради. Бу касалликларнинг ҳар бири ногиронликка ва бевақт ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Нейродегенератив бузилишларга марказий ва периферик нерв системасининг ўткир ва хроник шикасти, бошдан кечирилган инфекцион касаллик олиб келиши мумкин. Масалан, 1918-1919 йилдаги грипп (инфлюэнца) пандемияси Паркинсон касаллигининг кейинги бир неча ўн йилликларда ўсишига олиб келди.

Альцгеймер касаллиги-(миянинг, асосан мия пўстлоғининг умумий атрофияси): 50-60% ҳолларда катта ёшдаги кишилар орасида деменциянинг асосий сабаби ҳисобланади, нерв хужайралари ва ақлнинг парчаланиши билан ўтади, кўпинча 50 ёшдан ошган кишиларда, эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди (1,6:1). Бошнинг доимо шикастланиб туриши, масалан, боксчиларда, алюминий ва органик эритувчиларнинг таъсири мойиллик келтириб чиқарадиган омиллар ҳисобланади. Касалликни бирламчи профилактика қилиш мумкин эмас, даволаш эса касалланган одам оиласини социал ва тиббий қувватлаб туришни талаб қилади, акс ҳолда беморни узоқ муддат парвариш қилинадиган даволаш муассасасига ётқизиш зарур бўлади.

Паркинсон касаллиги асосан 50 ёшдан ошган одамларда учрайдиган касаллик, ўзига хос тремор, ҳаракатлар, одимлашнинг қийинлиги, одимлаш бузилиши, мушак ригидлиги билан юзага чиқади. Касалликнинг

тарқалганлиги 100 минг аҳолига 20 тани ташкил этади, бироқ бу рақам ўзгариб туради ва Шимолий Оврўпода 100 минг аҳолига 108-347 тага этади, Осиё, Африка ва Ўрта Ер денгизи мамлакатларида у бир мунча кам: 100 минг аҳолига 44-81 тани ташкил этади. 1918-1919 йилдаги инфлюэнца пандемияси билан солиштириш унинг вирусли этиологияга эга деб тахмин қилишга имкон беради, бироқ генетик омилнинг таъсири ҳақида ҳам маълумотлар бор. Даволаш функционал статусни яхшилашга ва беморни ўз-ўзини эплаши учун ёрдам берадиган тадбирларни ўтказишдан иборат.

Тарқоқ склероз-нерв толаларининг миелин пардасини шикастлантирадиган касаллик. Бунда нейронлар ўртасидаги алоқалар узилади, бу кўриш қобилиятининг бузилиши, ҳаракатлар координациясини издан чиқиши, беҳоллик, тремор, парезларга, беихтиёр сийдик ва ахлат ажратишга сабаб бўлади. Касаллик 20-25 ёшли аҳоли гуруҳида, биринчи галда экватор чизигидан олисдан жойлашган мамлакатларда, масалан, Австралия, Канада ва Шимолий Оврўпо мамлакатларида тарқалган. Унинг ирсий келиб чиқишига оид фикрлар мавжуд, бироқ инфекция табиатга эгалиги ҳақида ҳам мулоҳазалар бор. Профилактикаси асоратларни пасайтириш учун синчиклаб даволаш ва имкон борича реабилитация қилишдан иборат. Янги дори воситалари, эҳтимол, қайталанишларининг олдини олишда ва давомли ремиссия даврларига эришишга ёрдам берса керак.

Тутқаноқ. Бош мия участкаларининг специфик таъсирланишлари оқибатида такрор-такрор эпилепсия хуружлари рўй беради. Булар энцефалограммада аниқланади. Улар келиб чиқиши жиҳатидан эпилептик бўлган умумий ёки маҳаллий талваса пайдо қилади. Бош мия гипоксияси, гипогликемия ёки болаларда юқори ҳарорат оқибатида ҳар қандай одамда эпилепсияга ўхшаш бир марталик хуруж рўй бериши мумкин. Эпилепсия ёшга боғлиқ ҳолда 100 минг аҳолига 29-53 та кузатилади. 50% ҳолларда касаллик болаликдан бошланади, бу кўпинча пўстлоқ фалажи, инфекция касалликлар, кўкйўталга қарши вакцинациялар, бош миянинг травматик шикастланишлари ва менингит натижасида юз беради. Хавфли омилларга: гипоксия, туғма аномалиялар, марказий нерв системасининг шикастланишлари, алкоголь ва героин истеъмол қилиш, бош мия ўсмалари, мияда қон айланиши бузилиши ва қарилик ёшидаги Альцгеймер касаллиги киради.

Бош мия шикастланишлари ва инфекция касалликларни профилактика қилиш эпилепсия тарқалишининг пасайишига имқон беради.

Бош мия шикастланишлари АҚШ да 52 мингта ўлим ҳолларига ва ҳамма ўлим ҳолларининг тахминан учдан бирига сабаб бўлади. Бош мия шикастига учраган тахминан 80 минг киши қолдиқ асоратлар туфайли

оғир-енгиллиги турли даражадаги функционал бузилишлардан азият чекади. Улар тез-тез тиббий ёрдамга мурожаат қилишга мажбур бўладилар. Калла суяги-мия шикасти узоқ вақт касалхонада ётишга мажбур қилади ва аксарият бош мия функцияларининг қайтмас бузилишларига олиб келади. Шикастланишга кўпинча йўл-транспорт ҳодисаларидан шикастланиш (40-50%), йиқилиш (25-30%), жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш (5-10%) сабаб бўлади. Бахтсиз ҳодисалар натижасида калла суяги-мия шикастларнинг профилактикаси йўл ҳаракати қоидаларига амал қилиш, автотранспортни мастлик ҳолатда ҳайдашнинг мумкин эмаслиги, олдинги ва орқа ўриндиқларда хавфсизлик тасмаларидан фойдаланиш, хавфсиз болалар ўриндиқлари, тезликни чегаралаш ва шу қабилардан ташкил топади. Шикастланганларни хавфсиз транспортировка қилиш ва касалхоналарнинг реанимацион бўлимларида малакали биринчи ёрдам кўрсатиш калла суяги-мия шикастлари оқибатларининг оғирлигини камайтиришда катта аҳамиятга эга. Спортчиларнинг шлемлардан фойдаланишлари бош мияни шикастлардан асрашда асқотиши мумкин. Бош мия-суяги шикастларида пайдо бўлган коматоз ҳолат тарқалган ва хавфли ҳодиса ҳисобланиб, у қисқа ва узоқ муддатгача тиббий тикланиш ва кейинчалик кузатиб боришни талаб этади, чунки кейинчалик ёмон оқибатлар рўй бериши эҳтимол. Соғлиқни сақлаш тизимининг бош суяги-мия шикастлари ва орқа мия шикастларини даволашга ҳаражатлари ниҳоятда юқори, шунинг учун уларни профилактикаси аҳоли соғлиғини давлат ва маҳаллий миқёсда муҳофаза қилишни таъминлаш дастурларида биринчи даражали аҳамият касб этади.

Умуртқа поғонаси ва орқа миянинг травматик шикастланишлари: энг кўп сабабчиси автомобилдан фалокат юз бериши (50% ҳоллар), жисмоний тарбия ва спорт машғулотлари (15%) ва йиқилишдир (15%). Орқа миянинг умуртқанинг бўйин бўлими сатҳида шикастланиши параплегияга, бирмунча паст бўлимларининг шикастланиши гемиплегияга олиб келади. Бу шикаст кўпинча 15-24 ёш гуруҳида кузатилади. Йил сайин 110-200 минг киши шундай шикастларга учрайди, бу кўп миқдорда касалхона ўринларини ва реабилитация хизматларини талаб қилади. Бахтсиз ҳодисаларнинг олдини олиш ҳаётий муҳим муаммо саналсада, аҳамияти бўйича иккинчи муаммо-шикастланганларни хавфсиз транспотировка қилишдан иборат. Тиббиёт ҳамширасини уйда малакали парвариш қилиши беморлар ҳаёт сифатини яхшилайти ва стационарларда тиббий хизмат кўрсатишга эҳтиёжни камайтиради.

Умуртқанинг пастки қисми шикастланиш синдроми: умуртқа поғонасининг қуйи қисмидаги оғриқлар мушаклар шикастланиши, умуртқалар, умуртқалараро дисклар ва бойламлар аномалияси, шунингдек бел нервлари қисилганда (ишиалгия деб аталадиган) ва

қисилиш бўлмаганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳодиса АҚШ иқтисодиётига йилига 15-25 млрд доллар бевосита ва билвосита зиён келтиради. Бу синдром кўпинча 20-40 ёшдаги саноат ишчиларида (аёлларда ҳам, эркакларда ҳам бир хил) учрайди. Касаллик оқибати одатда яхши (90%), бироқ хроник ҳолатлар аксарият хирургик операциялар ўтказишга сабаб бўлади, афсуски, булар кам самара беради. Профилактикаси орқа мушакларига оғир юк кўтаришда тушадиган босимни камайтирадиган тегишли техник мосламалардан фойдаланишни талаб қилади.

Хроник касалликлар ва янги жамоат соғлиқни сақлаши

Хроник касалликлар соғлиқни сақлашнинг асосий масалаларидан бири ҳисобланади. Янги жамоат соғлиқни сақлаш қонцепциясида бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактикага соғлиқни сақлашда ҳам, клиник тиббиётда ҳам муҳим ўрин берилади. Клиник тиббиёт билан жамоат соғлиқни сақлаши ўртасида алоқа хроник беморларни жамоат ҳаётида ва турмушда узоқ вақт қўллаб-қувватлайдиган услублар яратишга қаратилиши лозим. Бу соҳадаги сиёсатни аниқлашда соғлиқни сақлаш иқтисодиёти зарур таркибий қисм ҳисобланади. Иқтисодий жиҳатдан ўзини оқлайдиган даволаш услубларини излаш, касалликлар ва функционал бузилишлар профилактикаси тиббий таъминотнинг ажралмас қисмини ташкил этади.

Кўпинча ўткир инфекциялар ва врачлик хатолари сабабли биологик мувозанатнинг бузилишлари, профилактиканинг мос келмаслиги туфайли пайдо бўлган хроник касалликлар шошилишча кўрсатмалар бўйича касалхонага жойлаштиришга ва у ерда узоқ муддат ётишга мажбур қилади. Соғлиқни сақлаш тизимлари ҳар куни пайдо бўлиб турадиган бундай муаммоларни енга олиши керак. Касалхоналарнинг жадал терапия бўлимлари қиш ойларида кўпинча кекса ва хроник беморлар билан тўлган бўлади. Ўз вақтида ва тегишлича даволаш ўтказилмаслиги оқибатида уларнинг аҳволи ёмонлашади. Профилактика ва жадал даволаш тадбирларини ўтказиш масъулияти Янги жамоа соғлиғини сақлашнинг зиммасига тушади.

Хулоса

Хроник касалликлар кўпгина индустриал мамлакатларда соғлиқни сақлашнинг асосий муаммоларидир, уларнинг тарқалиши кўпчилик ривожланаётган мамлакатларда ҳам ўсиб бормоқда. Юрак қон-томир касалликлари, рак ва шикастланишлар кўпчилик гарб мамлакатларида ўлим даражасини белгилайди. Аммо шикастланишлар потенциал ҳаётнинг

йўқотилган йиллари сони бўйича етакчи ўринни эгалайди. Ўткир инфекция касалликлардан ноинфекцион касалликларга эпидемиологик жиҳатдан ўтиш жамоат соғлиғини сақлашда янги йўналиш пайдо бўлишига олиб келади. Умр кўришнинг узайиши, овқатланишнинг яхшиланиши, социал таъминот, тиббий хизмат кўрсатишнинг яхшиланганлиги каби омиллар хроник касалликларга йўлиққан кекса одамлар сонининг кўпайишига олиб келади. Жамоат соғлиғини сақлашнинг янги вазифаси ёши улур ва кексайиб қолган кишиларнинг соғлиғини сақлаш учун хавф омилларини камайтириш, аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш ва самарали тиббий хизмат кўрсатишга қаратилган чоралар кўришдан иборат бўлиб қолди.

Янги жамоат соғлиғини сақлаш клиник хизматлар билан ҳамкорлик қилиб, хроник касалларга қарши кураш олиб боради, бу масалада у тўлиқ муваффақият қозона олмаса-да, асоратларининг олдини олиши ёки уларнинг юз беришини узоклаштириши мумкин.

Рефератлар мавзулари

1. Индустириал мамлакатларда энг тарқалган ўлим сабаблари, сўнгги 30 йил ичида бу соҳадаги тенденциялар.

2. Хроник касалликларнинг профилактикасида айрим кишилар ва умуман жамиятнинг роли.

3. Соғлиқни сақлаш сиёсатини шакллантиришда ва ресурсларни тақсимлашда хроник касалликларнинг хусусиятлари ва уларнинг тарқалганлигига оид билимлардан фойдаланиш.

4. 15-44 ёшдаги гуруҳда эркаклар ва аёлларда касалланиш ва ўлимнинг энг кўп тарқалган сабаблари, уларни пасайтириш бўйича эҳтимол тутилган соғлиқни сақлаш чоралари.

5. 45-64 ёшдаги гуруҳда аёллар ўртасида ўлимнинг энг кўп тарқалган сабаблари, уни пасайтириш бўйича эҳтимол тутилган соғлиқни сақлаш чоралари.

6. 65 ва бундан катта ёшдаги гуруҳда эркаклар ва аёллар ўлимнинг энг кўп тарқалган сабаблари, уни пасайтириш бўйича эҳтимол тутилган соғлиқни сақлаш чоралари.

7. Юрак қон-томир касалликлари патогенезида хавфли омилларнинг роли.

8. Хроник касалликларнинг ривожланишида социал-иқтисодий омилларнинг роли, тиббий хизмат кўрсатиш ҳатто ҳаммабоп бўлганда ҳам уларнинг аҳамияти.

9. Бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика дастурлари: травматизм; юрак қон-томир касалликлари; рақ; диабетга доир.

10. Тиббиётда ўртача умр кўришга техник тараққиётнинг таъсири.

11. Одатдаги профилактик дастурлар учун хроник касалларнинг умумий белгилари ва хавф омилларининг аҳамияти.

Тавсия этиладиган адабиёт

Andrews, H. F., Кеплер, J. F., Zauber, A. G., Mandelblatt, J., Pittman, J., Struening, E. 1994. Using census and mortality data to target small areas for breast, colorectal, and cervical cancer screening *American Journal of Public Health*, 84:56-61.

Braunwald, E. 1997. Shattuck lecture — Cardiovascular medicine at the turn of the millennium: Tri. umphs, concerns, and opportunities. *New England Journal of Medicine*, 337:1360 — 1369.

Breslow, L., Breslow, N. 1993. Health practices and disability: Some evidence from Alameda County Preventive Medicine, 22:86 — 95.

Campbell, L.A., Kuo, C.-C., Grayston, J. T. 1998. Chlamydia pneumoniae and cardiovascular disease *Emerging Infectious Diseases*. 4:571-579.

Centers for Disease Control. 1992. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:649-656.

Centers for Disease Control. 1997. National diabetes awareness month. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:1013-1027.

Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900 — 1999. Decline in deaths from heart disease and stroke, 1900-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:649 — 656.

Elders, M. J., Репу, C. I., Erikson, M. P., Giovano, G. A. 1994. The Report of the Surgeon General: Preventing tobacco use among young people. *American Journal of Public Health*, 84:543-547.

Heise, L. 1993. Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46:78 — 85.

Hoffman, C., Rice, D., Sung, H- Y. 1996. Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association*, 276:1473-1479.

Jeanneret, O., Sand, E. A. 1993. Intentional violence among adolescents»4 young adults: An epidemiological perspective. *World Health Statistics Quarterly*; 46:34 — 51.

Kannel, W. B., Wolf, P.A. [editorial]. 1992. Inferences from secular trend analysis of hypertension control. *American Journal Public Health*, 82:1593 — 1595.

LeBoff, M. S., Kohlmeister, L., Hurwitz, S., Frankin, J., Wright, J., Glowacki, J. 1999. Occult vitamin D deficiency in postmenopausal U.S. women with acute hip fracture. *Journal of the American Medical Association*, 281:1505-1511.

Mosterd, A., D'Agostino, R. B., Silbershatz, H., Sytkowski, P.A., Kannel, W. B., Grobbee, D. E., Levy, D. 1999. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *New England Journal of Medicine*, 340:1221-1238.

Sytkowski, P. A., D'Agostino, R. B., Belanger, A., Kannel, W. B. 1996. Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: The Framingham Heart Study, 1950-1989. *American Journal of Epidemiology*, 143:338-350.

Winkleby, M. A., Taylor, C. B., Jatulis, D., Fortmann, S. P. 1996. The long-term effects of a cardiovascular disease prevention: The Stanford Five-City Project. *American Journal of Public Health*, 86:1773-1779.

Библиография

Advisory Board, International Heart Health Conference, 1992. The Victoria Declaration on Heart Health. Ottawa: Health and Welfare, Canada.

Blaser, M. 1997. *Helicobacter pylori* persistence and injury of the human stomach. In Brown, F., Burton, D., Doherty, P., Breslow, L., Beck, J. L., Morgenstern, H., Fielding, J. E., Moore, A., Carmel, M., Higa, J. (eds). Development of a health risk appraisal for the elderly (HRA-E). *American Journal of Health Promotion*, 11:337-343.

Brownson, R. C., Remington, P. L., Davis, J. L. (ed.). 1998. Second Edition. *Chronic Disease Epidemiology and Control*. Washington, DC: American Public Health Association.

Canadian Task Force on Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada.

Centers for Disease Control. 1993. Public health focus: Prevention of blindness associated with diabetic retinopathy. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:191 — 195.

Centers for Disease Control. 1993. Public health focus: Physical activity and the prevention of coronary heart disease. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:669 — 672.

Centers for Disease Control. 1993. Mortality trends for selected smoking related cancers and breast cancer — United States, 1950 — 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:857-866.

Centers for Disease Control. 1993. Surveillance for diabetes mellitus, United States, 1980-1989. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42:SS-2:1 — 20.

Centers for Disease Control. 1994. Deaths resulting from firearm and motor-vehicle-related injuries— United States, 1968 — 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43:37-42.

Centers for Disease Control. 1994. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost, by state — United States, 1990. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43:SS-1 1 — 8.

Centers for Disease Control 1995. Asthma — United States, 1982-1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:952-955.

Centers for Disease Control. 1996. Asthma mortality and hospitalization among children and young adults — United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:350-353.

Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public Health, 1900 — 1999. Motor vehicle safety a 20th century public health achievement. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:369-374.

Centers for Disease Control. 1999. Tobacco use United States, 1900 — 1999; and cigarette smoking among adults — United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:986 — 993 993-996.

Cole, P., Amoateng-Adjepong, Y. [editorial]. 1994. Cancer prevention: Accomplishments and prospects. *American Journal of Public Health*, 84:8 — 10.

Diekstra, R. F., Gulbinat, W. 1993. The epidemiology of suicidal behavior: A review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*, 46:52-68.

Dobrossy, L. (ed). 1994. *Prevention in Primary Care: Recommendations for Promoting Good Practice*. CINDI 2000. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Doll, R., Peto, R. 1976. Mortality in relation to smoking: 20 years observation on male British doctors *British Medical Journal*, 2:1525 — 1536.

Guide to Clinical Preventive Services. 1996. Report of the II S. Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins.

Hunink, M. G. M., Goldman, I... Tosteson, A. N. A., Mittleman, M. A., Goldman, P. A., Williams, L W., Tsevat, J., Weinstein, M. C. 1997. The recent decline in mortality from coronary heart disease 1980-1990: The effect of secular trends in risk factors and treatment. *Journal of the American Medical Association*, 277:535-542.

Jousilahti, P., Tuomilehto, I., Korhonen, H. J., Vartiainen, E., Puska, P., Nissinen, A. 1994. Trends in cardiovascular disease risk factor clustering in eastern Finland: Results of 15-year follow-up of the North Karelia Project. *Preventive Medicine*, 23:6 — 14.

Manson, J. E., Tosteson, H., Ridker, P. M., Satterfield, S., Hebert, P., O' Connor, G. T., Buring, J. E. Hennekens, C. H. 1992. The primary prevention of myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine*, 326:1406-1416.

Marmot, M., Elliott, P. (eds). 1994. *Coronary Heart Disease Epidemiology: From Aetiology to Public Health*. New York: Oxford Medical Publications.

- Morse, S. S. 1993. *Emerging Infectious Diseases*. New York: Oxford University Press.
- National Institute of Health Consensus Statement. 1994. *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease NIH Consensus Statement, Feb. 7-9, 12:1-23.
- Nichols, E. S., Peruga, A., Restrepo, H. E. 1993. Cardiovascular disease mortality in the Americas *World Health Statistics Quarterly*, 46:134 — 150.
- Perry, C. L., Kelder, S. H., Murray, D. M., Klepp, D. 1. 1992. Community wide smoking prevention Long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *American Journal of Public Health*, 82:1210-1216.
- Uemura, K., Pisa, Z. 1988. The trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Quarterly*, 41:155 — 178.
- United States Public Health Service. 1964. *The Surgeon General's Report on Smoking and Health 1964*. Washington, DC: U.S. Department of Health Education and Welfare.
- United States Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health, and Human Services. 1996. *Action Alert, The Nation's Health*. Washington, D.C.: American Public Health Association.
- Wailer, J. A. 1994. Reflections on a half century of injury control. *American Journal of Public Health* 84:664-670.
- World Health Organization. 1992. Epidemiology and public health aspects of diabetes. *World Health Statistics Quarterly*, 45:314-381.
- World Health Organization MONICA Project. 1988. Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35 — 64 years. *World Health Statistics Quarterly*, 41:115-140.
- World Health Organization. 1994. *Prevention of Diabetes Mellitus. Technical Report Series 844*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 1996. *The World Health Report 1996: Fighting Disease, Fostering Development*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1997. *The World Health Report 1997: Conquering Sneering and Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1998. *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century: A Vision for All*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1990. *Is the Fair to the Disabled? European Series No. 29*. Copenhagen: Regional Office for Europe.

Оиланинг саломатлиги

Бобнинг мазмуни

Ўқув мақсадлари. Кириш. Оиланинг соғлиғи. Аёл соғлиғининг муаммолари. Ҳаётининг биринчи йилидаги болалар соғлиғининг муаммолари. Чақалоқни парвариш қилиш ва боқиш. Хужжатлаштириш, рўйхатга олиш ва мониторинг. Мактабгача ёшдаги бола (1 ёшдан 5 ёшгача). Мактаб ёшидаги болалар соғлиғи. Ўмирлар. Никотинга, алкогольга ва наркотикларга қарамлик. Аёлнинг соғлиғи. Эракнинг соғлиғи. Қарияларнинг соғлиғи. Хулоса. Рефератлар мавзулари. Тавсия этиладиган адабиёт. Библиография.

Ўқув мақсадлари

Ушбу бобдаги материал талабага:

- Оила аъзолари соғлиғини улар ҳаётининг турли босқичларида муҳофаза қилишнинг специфик жиҳатларини аниқлаш;
- Оила ва унинг аъзолари ҳаётининг ҳар бир босқичи учун жамоат соғлиқни сақлашининг стратегиясини таърифлашга ёрдам беради.

Кириш

Оила бир, иккита ва бундан ортиқ авлодларнинг вакилларида ташкил топган бўлиши мумкин. Оила соғлиғини муҳофаза қилиш тизимида фертилик (репродуктивлик ёки фарзанд кўриш ёши), чақалоқлик, болалик, ёшлик, навқиронлик ва қарилик, шунингдек оила аъзолари ўртасидаги ўзаро муносабатлар фарқ қилинади. Оила аъзоларининг ҳар бирида соғлиққа доир специфик муаммолар бўлиб, уларни ҳал қилишда профилактика катта роль ўйнайди. Мазкур боб оила аъзоларининг улар ҳаётининг турли босқичларидаги соғлиғини бошқалардан ажратган ҳолда кўздан кечириб бўлмайди-она соғлиғи, масалан, боланинг соғлиғи ва эсон-омонлигини таъминлаш учун муҳим ҳаётий омил. Нормадан четланишлар ҳомиладор онага, болага, оилага ва охир-оқибатда, умуман жамиятга салбий таъсир қилади. Корхонада аварияда ёки йўл-транспорт ҳодисасида майиб-мажруҳ ёки ҳалок бўлган кишининг оиласи ғам-ғусса

чекибгина қолмай, балки иқтисодий ва социал зарар кўради, бу эса, ўз навбатида жамиятга ҳам таъсир кўрсатади.

Жамоат соғлиғини сақлаш ва тиббий хизмат кўрсатиш тизими оиланинг специфик эҳтиёжларини ҳисобга олиши, ҳар бир оила аъзосининг соғлиғини муҳофаза қилиш ва профилактик дастурларини ишлаб чиқиши ва ҳаётга татбиқ этиши лозим. Янги жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси беморнинг даволашда қатнашиши, унинг маъносини тушуниб етиши ва муваффақиятдан манфаатдор бўлишига боғлиқ. Ҳар қандай соғлиқни сақлаш тизими оила қуршовидаги шахс билан иш кўриши керак.

Оиланинг саломатлиги

Кўпчилик жамиятларда таърифланганидек, оила-никоҳ муносабатлари ва яқин қариндошлик, болалар туғилиши ёки уларнинг асраб олиниши билан боғлиқ бўлган ва биргаликда хўжалик юритадиган иккита ёки бундан ортиқ кишилар гуруҳидир. Ривожланаётган мамлакатларда билим даражаси паст кўп болали оилалар одатда камбағал яшайдилар, бу болаларнинг ҳам, ота-оналарнинг ҳам соғлиғига жиддий хавф туғдиради. Кенгайган оилалар илгариги каби ғарб давлатларида ҳам бор, бироқ улар кўпинча шакли ўзгарган ҳолда учрайди. Бизнинг давримизда болали-ёлғиз (эридан ажралган ёки бева қолган) аёллардан иборат оилалар кўп. Бу қўйди-чиқдилар сонининг кўплиги, болаларни ёлғиз ўзи тарбиялаш ва аёллар ўртасида умр кўришининг узайганлиги билан боғлиқ. Эр-хотиннинг ажралиши ва болаларни она ёки отанинг ўзи тарбиялаши нисбатан қашшоқликка сабаб бўлади, оила ҳаётида қўшимча стресслар юзага келтиради. Ота-оналардан бирининг, одатда эркакнинг йўқлиги оилада барқарорлик бўлмаслигига олиб келади. Бундан ташқари, тўлатўкис оилада ҳам агрессив тарбия (жумладан руҳий шикастлар етказиш, сексуал суистеъмолликлар ва оиладаги зуравонликнинг бошқа кўринишлари) энг таъсирчан ёшдаги бола учун оғир изтиробга айланади.

Айни оиладагина шахс бирламчи синовдан ўтади, руҳан ва эмоционал ривожланади, бу жамиятнинг соғлом бўлишига имкон беради. Кишининг оилавий аҳволи билан унинг соғлиқ ҳолати ўртасидаги боғланиш муҳим, чунки оиладаги нотинчлик, келишмовчиликлар кўпинча бир қатор касалликлар ривожланишига ва бевақт ўлимга олиб келади. Шундай қилиб, оила соғлиғи жамият ва умуман миллатнинг фаровонлиги экан, жамоат соғлиғини сақлаш оила соғлиғини қувватлаб туришга хизмат қилиши лозим.

Сўнгги 20 йил ичида АҚШ да оилада иккала ота-она иштирокида ўсаётган болалар сони сезиларли даражада камайиб кетди. Оила бошлиғи

асосан аёл бўлган нотўлиқ оилалар кўпинча молиявий жиҳатдан ночор ва қониқарли бўлмаган тиббий суғурта билан камбағал яшайдилар. Бу тахминан 25% 6 ёшгача бўлган Америкалик болалар соғлиғига салбий таъсир кўрсатади. Канадада нотўлиқ оилалар умумий оилалар сонининг 13% ини ташкил этади, бироқ уларнинг ҳаммаси ягона тиббий таъминот тизими билан қамраб олинган. Буюк Британияда болаларнинг тўртдан бир қисмидан кўпроғи эрсиз оналардан (жумладан рўйхатга олинмаган никоҳлар) туғилади, бироқ уларнинг катта қисми ҳақиқатан ёлғиз оналар ҳисобланади. Бундай оилалар ҳам Буюк Британия соғлиқни сақлашининг бепул миллий хизмати билан қамраб олинган.

Оила структурасидаги ўзгаришлар катта ёшдаги кишиларнинг ҳам, болаларнинг ҳам соғлиғига таъсир кўрсатади. Умр кўришнинг узайиши, бунинг эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ кузатилиши, қўйди-чиқдилар сонининг кўплиги соғлиғи нисбатан дуруст бўлган ёши улғайган аёллар сонини ўсишига олиб келади. Бу аёлларнинг рўй берган шароитга мослашувига ривожланган мамлакатларда социал таъминотнинг яхши йўлга қўйилганлиги, қарилик бўйича нафақаларнинг етарли даражада юқорилиги нисбатан яхши таъминланган ёши улғайган аҳоли гуруҳи шаклланишига олиб келди. Бу гуруҳда ўрта ёшдан бошлаб, юрак ишемик касаллиги, остеопороз ва бошқа дегенератив касалликлар учраб туради.

Аёллар саломатлиги муаммолари

Фертилик

Оналикни муҳофаза қилиш соғлиқни сақлаш хизматларининг анъанавий биринчи ғамхўрлиги бўлиб келган, чунки аҳолининг ушбу гуруҳи турли касалликларга мойил бўлади. Ҳомиладорлик даврида туғруққа қадар тўғри кузатиш ва туғруқ даврида малакали ёрдам кўрсатиш туғадиган аёллар ўртасида ўлимни камайтирди. Ривожланган мамлакатларда туғруқларда ўлим юз бериши камдан-кам учрайдиган ходисага айланди, бироқ ривожланаётган мамлакатларда бу муаммо ўзининг биринчи даражали аҳамиятини йўқотганича йўқ. Турли мамлакатларда аёлларнинг саломатлиги ўртасидаги катта тафовутлар уларнинг маълумоти, социал-иқтисодий шароитлари, туғруқлар сони, ҳомиладорликлар ўртасидаги муддат, репродуктив ёшдаги аёлнинг умумий соғлиғи ва соғлиқни сақлаш тизимлари томонидан кўрсатиладиган парваришнинг умумий даражасига боғлиқ.

Тўғри овқатланиши ва яхши маълумот олгани боис аёллар оналикка жисмоний ва маънавий жиҳатдан тайёр ҳолда фертил ёшга етадилар. Аёлнинг билим даражаси ҳомиладорликнинг яхши кечишига ва аёлнинг

оналик вазифасини бекаму кўст бажаришига, болага гамхўрлик қилишга ва уни тарбиялашга имкон беради. Аёлнинг билимли эканлиги ҳаётининг биринчи йилидаги болаларнинг яшаб кетишига имкон беради, чунки билимли она болага нима кераклигини яхшироқ тушунади ва соғлиқни сақлаш муассасалари билан юзага келадиган мураккаб шароитларни енгишни удалай олади. Шунингдек маълумотининг юқорилиги ишга жойлашишига ва кўпроқ даромад олишига имкон беради.

Репродуктив функциялар билан боғланган соғлиқни муҳофаза қилиш муаммолари ҳомиладорликка тайёргарлик, ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейинги даврда тўғри парвариш қилишни ўз ичига олади. Ривожланаётган мамлакатлар учун оилани режалаштириш ва аёл соғлиғини тиклаш учун ҳомиладорликлар орасидаги керакли муддатга риоя қилиш ҳаётининг муҳим омил ҳисобланади, чунки аёл организмга тез-тез ҳомиладор бўлиш билан боғлиқ салбий ҳолатлар оналар ва болалар ўлимининг юқори бўлишига олиб келади.

6.1 жадвал

**АҚШ да турли ёш гуруҳларидаги аёлларда туғилиш кўрсаткичи
(1950-1995), 1 минг кишига**

| Онанинг ёши | 1950 йил | 1960 йил | 1970 йил | 1980 йил | 1985 йил | 1990 йил | 1995 йил |
|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| CBR | 24 | 24 | 18 | 16 | 16 | 17 | 15 |
| 15-19 | 82 | 86 | 68 | 53 | 51 | 60 | 57 |
| 20-24 | 197 | 258 | 168 | 115 | 108 | 117 | 110 |
| 25-29 | 166 | 197 | 145 | 113 | 111 | 120 | 112 |
| 30-34 | 104 | 113 | 73 | 62 | 69 | 81 | 83 |
| 35-39 | 53 | 56 | 32 | 20 | 24 | 32 | 34 |
| 40-44 | 15 | 16 | 8 | 4 | 4 | 6 | 7 |
| 45-49 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Эслатма. *CBR (crude birth rate)* — 1 минг кишига умумий туғилиш коэффициентини.

Иккинчи жаҳон урушидан сўнг дастлабки йилларда кўпгина ривожланган мамлакатларда туғилиш даражаси сезиларли даражада пасайди. Ҳозирги вақтда туғилиш айрим мамлакатларда аҳолининг табиий ўсиши учун зарур бўлган даражадан паст, бу давлат миқёсида ташвишларга сабаб бўлмоқда. Ривожланаётган мамлакатларда эса бунга қарама-қарши масала кўндаланг бўлиб турибди: юқори туғилиш даражаси иқтисодиётга, социал соҳага ва соғлиқни сақлашга оғир юк бўлиб тушмоқда, бироқ маданий, диний, ахлоқ нормалари оилани режалаш-

тириш тизимининг жорий этилишига имкон бермаяпти. Бу мамлакатларда туғруқни чегаралашнинг анъанавий усуларига болани узоқ вақтгача кўкрак сути билан боқиш ва туғруқдан кейин жинсий турмушдан тийилиш киради. Аёлнинг маърифий савиясини ошириш, неонатал ва чақалоқлар ўлимини пасайтириш, оилани режалаштириш хизматларини кучайтириш контрацепция воситаларидан кенгроқ фойдаланишга имкон берса керак, бу ривожланаётган мамлакатларда туғилишни камайтириши мумкин.

Самарали, оммабоп, хавфсиз контрацепция воситалари топилиши муносабати билан, шунингдек аёллар билим даражасининг ошиши ва уларнинг жамоат ишлаб чиқаришида қатнашиши туфайли ривожланган мамлакатларда туғилиш даражаси ўзгариб борган (6.2 жадвалга ҳ.).

Аёллар саломатлигининг фертилик билан боғлиқ муаммолари

Ҳомиладорлик вақтида ва туғруқдан кейинги даврда парвариш қилиш ҳар қандай тиббий хизматлар тизимида марказий ўринлардан бирини эгаллайди. Саноати ривожланган мамлакатларда ўтган асрларда туғадиган аёллар ўртасидаги юқори ўлим даражасини ривожланаётган мамлакатларда туғадиган аёллар ўртасидаги ўлимнинг бундан ҳам юқорилиги билан таққослаш мумкин. Чунки бу мамлакатларда туғруққа асосан касб таёргарлиги бўлмаган доялар ёрдам берадилар, уларнинг туғруқ вақтида гигиеник талабларга риоя қилиш имконияти чекланган, туғруқ асоратларини эса улар даволай олмайдилар. Бу аёлларнинг саломатлик ҳолатининг ёмонлашиб боришига сабаб бўлади. Тиббий назорат ва тегишлича акушерлик тажрибаси туғадиган аёлни яхши парвариш қилишга ва туғруқнинг эсон-омон якунланишига ёрдам беради.

Ривожланган мамлакатларда перинатал даврда ва туғруқлар вақтида тўғри парвариш қилиш, аёлнинг умумий соғлиғини яхшилаш туғадиган аёллар ўртасидаги ўлимни анча пасайтирди: 100 минг тирик туғилган чақалоқларга 10 та. Суст тараққий қилган мамлакатларда 1980-1992 йилда туғадиган аёллар ўртасида ўлим 100 минг тирик туғилган чақалоқларга ўрта ҳисобда 607 ҳолларни ташкил қилди.

Сўнгги ўн йилликлар ичида жаҳоннинг кўпгина мамлакатларда фертиликнинг пасайиши кузатилмоқда. Бу кишиларнинг ўзларини ва болаларини яхши таъминлашга интилишлари, туғруқни тартибга соладиган контрацепция воситаларининг кенг тарқалганлиги билан изоҳланади. Жаҳон банкининг 1993 йилда «Ривожланиш тўғрисидаги ҳисоботи» даги маълумотлар ҳатто Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африкада ҳам 80-йилларгача фертиликнинг ошганлигидан далолат беради.

**Жаҳондаги минтақалар бўйича фертиллик кўрсатлиги
(1955-1996)**

| Минтақа ёки мамлакатлар гуруҳи | 1955 йил | 1965 йил | 1975 йил | 1985 йил | 1996 йил |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Саҳрои Кабирдан жануб томондаги Африка | 5,6 | 6,3 | 6,4 | 6,6 | 5,9 |
| Ҳиндистон | 5,6 | 5,6 | 5,3 | 4,7 | 3,2 |
| Хитой | 6,1 | 5,6 | 3,9 | 2,3 | 1,8 |
| Жанубий Осиё | 6,8 | 6,8 | 5,0 | 4,0 | 3,5 |
| Лотин Америкаси | 5,1 | 5,6 | 4,7 | 3,8 | 2,8 |
| Яқин Шарқ | 5,4 | 6,6 | 5,8 | 5,2 | 4,5 |
| Оврўподаги собиқ социалистик мамлакатлар | 2,7 | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 1,9 |
| Ривожланган мамлакатлар | 2,7 | 2,6 | 2,0 | 1,8 | 1,7 |

Эслатма. Умумий туғилиш кўрсаткичлари (3-бобга қ.).

Бепуштлик ҳозирги замон соғлиқни сақлашининг энг муҳим муаммоларидан бирidir. Уни ҳал қилиш тиббиёт амалиётининг ҳуқуқий асоси, катта молиявий сарфлар, шунингдек жиддий эмоционал стресслар билан боғлиқдир. Иккиламчи бепуштликнинг бош сабабларидан бири венерик касалликлардир. Шунинг учун таносил йўл билан юқадиган касалликлар профилактикаси жамоат соғлиқни сақлаши тизимининг муҳим жиҳати ҳисобланади. Бундан ташқари, захм, сўзак, шунингдек СПИД каби касалликлар янги туғилган болаларни ҳам зарарлантириши мумкин.

Оилани режалаштириш

Оилани режалаштириш нормал жинсий ҳаёт кечирган ҳолда ҳомиладорликнинг олдини олиш усулларини ўз таркибига олади. Ривожланган ва кўпгина ривожланаётган мамлакатларда безарар ва

самарали контрацепция воситаларини ишлаб чиқариш технологиясидаги тараққиёт уларнинг оммабоп ва арзон бўлишини таъминлади. Туғилишни идора қилиш бўйича масъулият соғлиқни сақлаш тизимига юклатилган. Туғилишни бошқариш бўйича билимларни етишмаслиги ёки нотўғри ёндошув унинг даражасини ошишига ва кейинги ҳомиладорликларнинг кечилишини қийинлаштирадиган абортлар сонининг ўсишига олиб келади. Туғилишнинг юқори даражаси ва кечиккан ҳомиладорликлар ҳам чақалоқнинг, ҳам онанинг соғлиғига таҳдид солади.

Замонавий контрацептивлар фармакологик (гормонал препаратлар, спермицидлар) ва механик (эркак ва аёл презервативлари ва ВМС-бачадон ичи спираллари) воситаларни ўз ичига олади. Ҳомиладорликнинг олдини оладиган анъанавий усуллар: кўкрак бериб боқиш, тақвим усули, жинсий алоқани узиб қўйиш ёки овуляция даврида жинсий тийилиш замонавий, айниқса фармакологик ва бачадон ичига қўйиладиган воситалардан кўра камроқ самара беради.

6.3 жадвал

Жаҳоннинг турли минтақаларида турмуш кўрган аёлларнинг контрацептик воситаларни ишлатиши (1960-1965, 1998 йил), %

| Минтақа | 1960-1965 йй. | 1998 йил |
|----------------------------------|---------------|----------|
| Саҳрои Кабирдан жанубдаги Африка | 5 | 16 |
| Яқин Шарқ ва Шимолий Африка | 2 | 50 |
| Жанубий Осиё | 15 | 39 |
| Лотин Америкаси | 11 | 64 |
| Шарқий Осиё | 17 | 75 |

Ҳомиладорликни замонавий контрацепция усуллари билан режалаштириш аёлнинг асосий ҳуқуқидир. Жаҳоннинг кўпгина минтақаларида туғилишни бошқариш жинслар ўртасидаги тенг ҳуқуқлилиқ учун кураш сингари диний ва сиёсий эътиқод ҳисобланади. Баъзи бир собиқ совет республикаларида ва ривожланаётган мамлакатларда оилани режалаштириш зарурлиги ҳанузгача яхши тушуниб етилмайди. Католик черков ва айрим сиёсий режимлар туғилишни бошқариш ғоясига ҳалигача қаршилиқ кўрсатиб келдилар. Шунга қарамай, кўпгина католик мамлакатларда туғилиш аҳолининг табиий кўпайиши учун зарур даражадан пастга тушган. Бир неча ўн йилликлар мобайнида контрацептик воситалардан фойдаланиш Лотин Америкасида яшовчи аёлларда 11 дан 60% гача ва Шарқий Осиёда эса 17 дан 70% гача кескин ўсди (6.3 жадвалга қ.).

Контрацептив воситаларнинг оммабоплигига қарамай АҚШ да туғилишлар умумий миқдорининг талайгина қисмини ўсмирликдаги ҳомиладорликлардан туғилишлар ташкил этади. Ривожланаётган мамлакатларда ўсмирлар ва ҳатто болаларнинг никоҳдан ўтиш ҳоллари онанинг соғлиғи билан алоқадор кўп сонли муаммоларга олиб келмоқда, ёш оналарнинг жисмоний ва эмоционал жихатдан вояга етмаганлиги уларнинг илм олишига, ишлашига ва турмушда ўз ўрнини топишга имкон бермаяпти.

Оналарнинг касаланиши ва ўлими

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг таърифига кўра оналар ўлими-аёлнинг ҳомиладорлик даврида ёки ҳомиладорлик тугаллангандан сўнг 42 кун ичида ҳомиладорликнинг қийин кечиши ва даволаш билан боғлиқ бўлган барча сабабларга кўра (биноқ авария ёки бахтсиз ҳодиса натижасида эмас) содир бўлган ўлимдир. Онанинг ўлими сабаблари икки гуруҳга бўлинади:

- бевосита – ҳомиладорлик ёки туғруқ асоратлари натижасидаги ўлими;
- билвосита - илгари мавжуд бўлган, аммо ҳомиладорлик ёки туғруқлар билан бевосита боғлиқ бўлмаган ёки сабаблар, касалликлар оқибатида кўра ўлим.

Ўтган асрларда бола туғиш аёллар ҳаёти учун катта хавф солган. 1664 йилда Париж госпиталининг ҳисоботида туғадиган ҳар уч аёлнинг биттаси ўлганлиги кўрсатилган. Англияда 1660-1680 йилда 44та туққан аёлдан биттаси ўлган. XIX аср ўрталарида Венада И.Ф. Земмельвейс тиббиёт ходимлари томонидан гигиеник нормаларга риоя қилинган тақдирда туғадиган аёлларнинг ўлими фақат 2% ҳолларда юз беришини, асептиканинг бузилиши эса туғруқ иситмаси оқибатида 10% ҳолларда ўлимга сабаб бўлганлигини кўрсатган. Унинг илмий иши туфайли туғадиган аёллар ўлимининг асосий сабаби-стрептококк септицемияси устидан голиб чиқилган. Махсус туғруқ палаталарини ташкил қилиш ҳам бола туғиш хавфсизлигини анчагина оширган.

АҚШ да туғадиган аёлларнинг ўлими 1930 йилда 100 минг тирик туғилган чақалоқларга 670та дан, 1950 йилда 80тагача ва 1995 йилда эса бтагача пасайган. Энг ривожланган мамлакатларда кузатилаётган бундай кескин пасайиш кўпчилик омилларга, жумладан турмуш даражасининг ўсиши ва соғлом овқатланиш, тиббий парваришнинг яхшиланиши ва акушерлик фони амалиётининг ривожланиши ҳисобига киритилиши мумкин. Шунингдек бу тиббий хизмат кўрсатишнинг оммабоплигини акс эттиради, чунки кўпчилик Америкаликлар тиббий суғуртага эга ёки хусусий врачларга ҳақ тўлашга қодир. Бу давр ичида фертиллик кўрсаткичи пасаяди, ҳомила-

дорликнинг олдини оладиган воситалардан тенг фойдаланиладиган бўлинди, натижада ҳомиладорликлар орасидаги даврлар узайди

Буларнинг ҳаммаси охир-оқибатда ҳомиладорлар ва туғадиган аёллар ўртасида касалланиш ва ўлимни камайтирадиган муҳим омиллар бўлди.

6.4 жадвал

АҚШ да оналар ўлими (1930-1995)

| 1930 й. | 1940 й. | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1995 й. | |
|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----|
| Оқ танли аёллар | – | – | 53 | 22 | 14 | 7 | 4 |
| Қора танли аёллар | – | – | – | 92 | 66 | 25 | 21 |
| Жами аҳоли бўйича | 670 | 380 | 74 | 32 | 22 | 9 | 6 |

Эслатмалар. Кўрсаткичлар 100 минг тирик туғилган чақалоқларга ҳисобланган ва яхлитлаштирилган. Соғлиқни сақлаш тизимининг 1990 йил учун қўйилган вазифасига кўра - бутун аҳоли ёки ҳар бир этник гуруҳ учун оналар ўлимини 100 минг тирик туғилган чақалоққа 5тагача камайтириши кўзда тутилган.

ЮНИСЕФнинг 1993 йилдаги маълумотларига кўра жаҳонда ҳар йили ҳомиладорлик ва туғруқ асоратларидан 500 минг аёл нобуд бўлмоқда, бу рақамнинг 99% ривожланаётган мамлакатларга тўғри келади. Бу мамлакатларда 1980 дан 1996 йилгача туғадиган аёллар ўлими 477 га, кам тараққий қилган мамлакатларда эса 100 минг тирик туғилган чақалоққа 1052 тани ташкил этади.

6.5 жадвал

Мамлакатларнинг ривожланиш даражасига кўра аёллар саломатлигининг кўрсаткичлари (1990-1996).

| Мамлакатларнинг ривожланиш даражаси | Умумий туғилиш | Контрацептивлардан фойдаланиш (1990-1996), % | Махсус ўргатилган ходимлар томонидан қабул қилинган туғруқлар (1990-1996), % | Оналар ўлими (1980-1996), 100 тирик туғилган чақалоққа |
|-------------------------------------|----------------|--|--|--|
| Суст тараққий қилган | 42 | 8 | 29 | 1052 |
| Ривожланаётган | 28 | 54 | 53 | 477 |
| Индустриал мамлакатлар | 13 | 72 | 99 | 13 |

Жаҳон банкининг маълумотига кўра «ҳомиладорлик, туғруқларда ва туғруқдан кейинги даврларда 80% аҳолини қамраб оладиган тиббий хизмат тизимининг барпо этилиши қўшилиб келадиган касалликларни даволаш билан боғлиқ сарфларнинг 40% га пасайишига олиб келади ва туғруқларга сарфларни 90-255 долларга пасайтиради» ва у 1та аҳоли ҳисобига 1 – 9 долларни ташкил этади.

Оналар ўлими тўғрисидаги ҳисоботлар оналар ўлимини текшириш учун ғоят керакли ахборот таҳлилий материал беради. Бу ҳисоботлар оналар ўлими сабабларини аниқлайди, улар шифокорлар, акушерлар ва жамоа тиббиёт марказларига тегишли ахборотлар тақдим қилади.

Ҳомиладорлик даврида кузатув

Перинатал, неонатал ва туғруқдан кейинги даврларда тиббий кузатувнинг мақсади ҳомиладорликнинг яхши яқунланишига, она ва бола учун чақалоқнинг яшаб кетиши ва нормал ривожланишига имкон берадиган зарур шароитларни яратиб беришдан иборат. Ҳомиладорлик она учун ҳам, ҳомила учун ҳам кўп сонли муаммоларни юзага келтиргани боис туғруққача малакали кузатувни ва ҳомиладор аёлнинг ўз-ўзини тўғри парвариш қилишни талаб қилади. Туғруқлар хавфсиз жойда, стерилликка риоя қилиниб ўтказилишига, онанинг чақалоқ билан алоқаси сақланиб қолишига катта эътибор берилиши керак.

Жамоат соғлиғини сақлаш дастурлари туфайли аҳоли тиббиёт муассасалари тармоғида, ихтисослашган акушерлик хизматларида ёки хусусий даволаш муассасаларида пренатал тиббий кузатув остида бўлиши керак. Ҳозирги вақтда жамоат соғлиғини сақлаш шунингдек бўлажак ҳомиладорликка тайёргарлик билан ҳам шуғуланади. Ҳомиладорликдан олдинги даврда анемия ва овқатда темир етишмовчилигининг зарарли оқибатлари бўлади. Ҳомиладорлик олдидан рационга фолат кислота ва бошқа микроэлементларни қўшиш ҳомилада туғма нуқсонлар ривожланишининг олдини олади (бу препаратларни ҳомиладорлик бошлангандан кейин қабул қилиш кам фойда беради). Режалаштирилган ҳомиладорликка тайёргарлик ВИЧ-инфекция ва таносил инфекцияларга тестлар ўтказиш, гемоглобинга қон таҳлили, сийдик таҳлили, артериал босимни ўлчаш, овқат рационига фолат кислота ва темир сақловчи препаратларни қўшиш, жисмоний тайёргарлик, парҳез ва гигиена масалалари бўйича маслаҳатлар бериш, шунингдек ҳомиладорлик ва оналик муаммолари бўйича ўқиш учун адабиётлар билан таъминлашни ўз ичига олиши керак.

Жамоат тиббиёт муассасаларида перинатал кузатув ҳомиладорлик хавфига баҳо бериш ва текшириш учун мутахассис врачларга юборишни ўз ичига олиши керак. Туғруқларни тиббиёт муассасалари, умумий ихтисослашган касалхоналардаги тажрибали врачлар қабул қилишлари керак. Ҳомиладорликни эрта аниқлаш жуда муҳим, бу аёлга перинатал кузатув билан боғлиқ муаммоларни бошлашга имкон беради. Илк муддатларда перинатал кузатув онанинг умумий соғлиқ ҳолатини баҳолашга ва овқатланиши ва ўзини парвариш қилиши бўйича тегишлича маслаҳатлар олишига имкон беради. Бундан ташқари, она билан тиббиёт ходими ўртасида ҳамкорлик муносабатлари ўрнатилади.

80-йилларнинг охирида Америка акушерлик ва гинекология коллежи ва АҚШ соғлиқни сақлаш ва социал таъминот федерал департаменти томонидан ишлаб чиқилган перинатал кузатув учта тамойилга асосланади:

- хавфни эрта ва узлуксиз баҳолаш;
- соғлиқнинг профилактикаси;
- зарур бўлганда врачлик ва психологик аралашув.

Айрим мамлакатларда, масалан, Исроил ва Россияда ҳомиладорлар ва туғадиган аёллар учун одатдаги амбулатория тиббиёт хизматидан ажратилган ва уларнинг парвариши она ва бола соғлиғини сақлаш бўйича ихтисослашган марказларда ёки гинекологик клиникаларда амалга оширилади. Голландия ва Буюк Британия каби мамлакатларда даволовчи оила врачлари гинекологик ва акушерлик хизматларини ҳам кўрсатади. АҚШ ва Канадада туғруққа қадар хизматлар мутахассис акушерлар ва умумий ихтисосликдаги терапевт томонидан кўрсатилади. Айрим мамлакатларда (масалан, Исроилда) ҳомиладорлик ва туғруқлар вақтида тиббий кузатувнинг талайгина қисмини акушеркалар ва тиббиёт ҳамширалари амалга оширадилар. Кузатув умумий поликлиника тиббиёт муассасасида ёки ихтисослашган хизматда бўладими, барибир унинг мақсади ҳомиладорликнинг илк босқичларидан бошлаб, хавфли омилларга баҳо бериш ва зарур бўлса, мутахассис врачларга юборишдан иборат.

Аёлнинг ҳомиладорлик тарихини қайд этиш ва унинг врачга мунтазам қатнашларини рўйхатга олиш унинг туғруқ бўлимига келиб тушганидан сўнг ходимларни зарур ахборотлар билан таъминлайди. Туғруқни қабул қилаётган врач туғадиган бу аёлни ҳатто кўрмаган бўлса-да, рўйхатга олиш маълумотлари ҳомиладорликни олиб боришда аёлга ҳам, врачга ҳам асқотади.

Асоратланмаган ҳомиладорликда перинатал кузатувнинг тавсия этиладиган дастури.

1. **Ҳомиладорликка тайёргарлик.** Тарихи: Олдинги туғруқлардан буён ўтган давр, ҳомиладорликлар орасидаги давр экологик ифлосланган жойда бўлиш ёки касбга алоқадор зарарлар. Вазни ва бўйи. Тана конституцияси. Фолат кислота ва темир сақловчи бошқа препаратларни қабул қилиш. СПИД ва таносил касалликларга тестлар. Юзага келиши мумкин бўлган генетик ўзгаришларга тестлар: Тей-Сакс касаллиги, талассемия, ўроқсимон хужайра анемияси. Қариндошларида руҳий бузилишлар борлиги. Овқатланиш бўйича тавсиялар. Чекишдан воз кечиш, наркотиклар ва алкогольни истеъмол қилмаслик бўйича тавсиялар. Хроник касалликлар: диабет ва гипертонияда ҳомиладор аёлнинг ҳатти-ҳаракати. Қабул қилинадиган тиббий препаратлар.

2. **Ҳомиладорлиқни эрта аниқлаш.** Хавфли омиллар, жумладан социал-иқтисодий аҳволи, гинекологик касалликлар, оилавий, шахсий ва тиббий муаммолар, меҳнат фаолияти тарихи. Жисмоний ҳолатни текшириш. Гемоглабин, гематокрит, сийдик таҳлили, қон группаси ва резус-омилни аниқлаш, резус-мосликка Кумбс тести, Вассерман реакцияси, гонококка, В гепатити антигенига, қизилча антитаналарига тестлар. Ҳомиладорлик даврида икки марта қоқшолга қарши вакцинациялаш. Хавфнинг умумий даражасига баҳо бериш ва мутахассис-врачларга текширувга юбориш. Педиатр консултацияси.

3. **Нормал ҳомиладорликда врачга мунтазам қатнашлар.** Ҳомиладорликнинг 28 - ҳафтасигача 4 ҳафтада бир марта, 36 ҳафтасигача ҳар 2-3 ҳафтада, 36 ҳафтадан ортиқ муддатда эса ҳафтасига бир марта-жами 13-15 марта қатнаш. Ҳомиладорликнинг ривожланиши устидан кузатиш.

4. **Ҳомиладорлар учун гуруҳлар.** Гимнастика, жисмоний тайёргарлик. Соғлиқни мустаҳкамлаш, гигиена ва ўзини парваришга доир тавсиялар. Кўкрак бериб боқиш ва бола парваришига тайёргарлик.

5. **Мунтазам кўриклар.** Қон кетганда, вазн қўшилганда, протеинурия, қон босимини текширганда, оёқлар шишганда, рефлекслар нормаллигида, ҳомила кардио-васкуляр тизимининг ривожланиш шароитлари, ҳомиланинг кун сайин ривожланиши, ҳомила қимирлаши, онанинг овқатланиши, гемоглабин даражаси, анемиялар, эҳтимол тutilган асоратлар.

6. **Махсус текширишлар.** Қизилча, В гепатити антитаналарига тестлар. Резус-фактори манфий бўлган аёллар қўшимча текширувлардан ўтадилар. Анатомиқ четланишларни аниқлаш учун ультратовуш текширувлари, кўп ҳомилаликда (зарур бўлса, ҳомиладорликнинг биринчи ва учинчи триместрларида қиёсий текширувлар) плацента локализациясини аниқлаш учун, нерв найчасида нуқсонлар борлигини аниқлаш учун она зардоби альфафетопротеини. Амниоцентез ва (ёки) хорион тукчалари биопсияси, масалан, талассемияда.

Хавф даражаси юқори ҳомиладорлик.

6.2 илова

| ХАВФ ДАРАЖАСИ ЮҚОРИ ҲОМИЛАДОРЛИКНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ ВА ТЕКШИРИШГА ЮБОРИШ ФОРМАСИ | | |
|--|--|--|
| Шахсий маълумотлар | Социал маълумотлар | Акушерлик тарихи |
| Фамилияси ва исми Шахснинг гувоҳномаси № Туғилган йили Манзили Шаҳар (қишлоқ) Поликлиника Охирги ҳайз куни Врач ёки акушерканинг биринчи борган куни | Ёши (17 гача, 35 дан ошган) Маълумоти (6 синфдан паст) Оилавий аҳволи Иқтисодий таъминланганлиги Яқин қариндош билан никоҳ Чекиш Алкогол Наркотиклар Тураржой шароитлари Хулоса | Ҳомидалар сони (1 ёки 5 дан ортиқ) Олдинги ҳомиладорликлари (0 ёки 5 дан ортиқ) Абортлар (2 дан ортиқ) Бола ташлаш (1 ва бундан ортиқ) ҳомила ўлиши (1) Қон кетиши Т3 Ўлик ҳомила туғилиши Олдинги кесар қирқиши (1) Барвақт туғруқлар Туғилгандаги вазн (1) 1 ёшгача болалар ўлими (1) Токсинемия (1) Туғма нуқсонлар Хулоса |

АВС

АВС

| Тиббий тарихи | Жорий ҳомиладорлик | Хавфли омиллар бўйича хулоса |
|---|--|--|
| Диабет Гипертония Буйрак касалликлари Юрак - қон томир касалликлари Ўпканинг хроник касаллиги Қон касалликлари Эндокрин касалликлар Флебитлар Бошқалар Хулоса АВС | Ҳисоб бўйича нечанчи Врачга биринчи қатнаш Т1 Т2 Т3* Вазни 50 кг дан кам Бўйи-145 см дан паст Қон кетишлар Презклампсия Rh (резус) Кўп ҳомидалари Нормадан четланишлар Хулоса АВС | Шахсий АВС Социал АВС Акушерлик тарихи АВС Тиббий тарихи АВС Жорий ҳомиладорлик АВС Жами: АВС |

6.2 илова охири

| Текширишга юборишга кўрсатмалар тўғрисида хулоса |
|--|
| Куни Имзо Лавозими |

| Ҳомиладорлик патологияси бўлимининг хулосаси |
|--|
| Куни Имзо Лавозими |

Белгилар: * Т1, Т2, Т3-ҳомиладорликнинг биринчи, иккинчи ва учинчи триместри.

Эслатма: *Инструкцияга биноан хавф омиллари тўғарак билан белгилансин.*

Юқори хавф даражасига эга бўлган ҳомиладор аёллар имкон борича эрта аниқланиши, аёл алоҳида кузатувда бўлиши керак. Хавфли омилларни олдиндан ва ҳомиладорлик мобайнида аниқлаш уларни йўқотиш она ва чақалоқ учун ҳомиладорликнинг эсон-омон яқун топишига имкон беради. Айрим хавфли омилларга аёлнинг ёши, асоратланган туғруқлар, анамнездаги гинекологик ва венерик касалликлар, етарлича овқатланмаслик, қашшоқлик, бундан олдин бўлиб ўтган кўп сонли ҳомиладорликлар, онанинг ёшлиги ёки қарилги, чекиш, алкоғол ёки наркотикларни суиистеъмол қилиши, тураржой шароитларининг ёмонлиги, кам даромадлиги, ишдаги ёмон шароитлар ва иқтисодий муаммолар киради.

Ҳомиладорлик хавфини балл тизими бўйича баҳолашнинг ягона методикаси тиббиёт ходимига поликлиникада объектив мезонларга асосланиб хавфли омилларни эрта аниқлаш ва объектив баҳолаш ва ҳомиладор аёлни текширувга юбориш имконини беради. Хавфли омилларга баҳо бериш стандартларини таъминлаш учун батафсил тавсияномалар ишлаб чиқилган.

Хавф даражаси юқори бўлган ҳомиладорликларга баҳо бериш схемаси ва текширувга йўлланма қишлоқ жойларда амбулаторияда биринчи марта текширишга берилди ва ривожланаётган мамлакатлар соғлиқни сақлаш тизимларида жорий қилинган. Схема формаси ва баллар тизими ўзгариб туриши мумкин, мазкур ҳолда А - хавф даражаси паст, В-ўртача ва С-юқори. Схема ходимларга аниқ мезонлар ва инструкцияларни таклиф қилади. Айрим ҳолларда С гуруҳи текширишга (масалан, гипертонияда) йўлланмалар талаб қилади, С ёки В бир неча балл бўлса, шошилчинч

госпитализация ва текширувлар даркор. Ихтисослашган клиника ҳомиладор аёлни уни йўллаган муассасага текширув натижалари билан бирга қайта ўтказиш ва кейинги даволаш бўйича тавсиялар бериши мумкин. Жиддий хавфли омиллар бўлганда бемор аёлни госпитализация қилиш мумкин, бироқ уни йўллаган муассасага бу ҳақда хабар бериш ва даволаш курси ўтказилишига имконият яратилиши лозим.

Ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда бу масалага ёндошув турлича бўлиши мумкин, лекин принциплари ўхшаш бўлади. АҚШ да молиявий ёки буйруқбозлик сабабли перинатал кузатувда бўла олмайдиган талайгина аҳоли гуруҳлари мавжуд. Агар Россия юқори даражадаги оналар ўлимини пасайтиришга интиладиган бўлса, хавфли омиллар даражаси юқори бўлган ҳомиладорликларни аниқлаш бу мамлакат учун ҳаётий муҳимдир. Тиббий ёрдам оммабоп, юқори сифатли акушерлик ёрдами мавжуд бўлган ва ҳомиладорликларнинг хавфли омилларини аниқлашнинг аниқ функционал тизими бўлган мамлакатларда, юқорида қайд этилганидек, оналар ўлими даражаси паст (Австралия, Бельгия, Дания, Исроил, Норвегия).

Туғруқ фаолияти ва туғруқлар

Туғруқлар ғоят пинҳоний, шахсий воқеа бўлиши билан бирга жамоат соғлиғини сақлашининг муҳим жиҳати ҳисобланади. Туғруқнинг хатарсиз ўтишини таъминлаш онага ҳам, болага ҳам ижобий таъсир кўрсатади. Агар қадимда туғруқлар уйда қабул қилинган бўлса, ҳозирги асрнинг бошидан буён аёллар умумий ихтисосликдаги касалхоналарнинг туғиш бўлимларида туғадилар. Ривожланган мамлакатларда туғруқ бўлимларининг ташкил этилиши туғадиган аёллар ва чақалоқлар ўртасида ўлим даражасини камайтиришда катта рол ўйнайди ва соғлиқни сақлаш дастурларида ҳам у биринчи галдаги муҳим вазифа деб қаралиши керак. Кўпчилик мамлакатларда касалхоналарда туғруқни қабул қилиш туғруқ учун махсус дотациялар билан рағбатлантирилиб, туғадиган аёлларга пулни миллий суғурта ва социал таъминот тизими тўлайди. Туғруқ фаолияти ва туғруқ даврида тиббий ёрдам ҳомиладорликнинг ўтиши ҳақида ахборот бўлишини талаб қилади, шунинг учун перинатал кузатув дастурлари туғиш бўлимига ҳомиладорликнинг кечилишига доир маълумотларни бериши керак.

Умумий ихтисосликдаги касалхоналарнинг туғруқ бўлимларида туғруққа ёрдам врач-гинекологлар бошчилигида ва тегишли тайёргарликдан ўтган акушеркалар иштирокида кўрсатилади. Туғруқни ўтказиш шароитлари тиббий стандартларга юксак даражада риоя қилган ҳолда имкон борича уй шароитларига яқинлаштириш, жумладан эр ёки оиланинг бошқа аъзолари иштирок этишлари, керак. Ҳомиладорликнинг кечилишига баҳо беришда онанинг ҳолати, врачга қатновлар сони, ҳомиланинг ҳолати, охирги ҳайз куни, ҳомилани ривожланиш

кўрсаткичлари, тўлғоқлар бошланган вақт, ҳомила қопининг очилиши, қон кетиш, она билан ҳомиланинг омонлигига таҳдид соладиган бошқа ҳар қандай омиллар ҳисобга олиниши керак.

Туғруқ бўлимига тушган аёлнинг юрак қон-томирлар системаси ҳолатини, бачадон туби ҳолатини, ҳомиланинг ҳолати ва юрак тонлари, тўлғоқлар сони ва кучи, бачадон бўйнининг очилиш даражасини аниқлаш учун қин орқали ва (ёки) ректал текшириш, чаноқ ўлчамлари ва ҳомила қопининг ҳолатини аниқлаш учун кўздан кечирилади. Туғадиган аёлларнинг умумий ҳолати, руҳий ва неврологик статуси, ва туғруқ фаолиятининг ривожланиш даражаси ҳамиша аниқланади.

Туғруқ фаолиятининг нормал кечиши ёки четланишлар билан ўтадиган туғруқлар туғрисидаги хулоса туғруқни олиб бориш стратегиясини аниқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Туғруқ жараёнида эҳтимол тутилган эпизиотомия билан мустақил туғруқ билан яқунладиган нормал туғруқ фаолиятида ҳомила қисмининг пайдо бўлиши энг тарқалган ҳодиса ҳисобланади. Туғруқ фаолияти боришининг секинлашуви уни рағбатлантиришга, ҳомила қопини сунъий ёришга, туғруқ фаолиятини кучайтирадиган фармакологик воситалар қўллашга кўрсатма бўлиши мумкин (окситоцин). Шошилиш акушерлик ҳолатлари (плацентанинг олдинда ётиши, унинг кўчиши, қон кетиши, она ва ҳомиланинг умуман аҳволи танглиги, преэклампсия, анамнезда кесар қирқиш борлиги, кўп ҳомилалик, анормал келиши, туғадиган аёлнинг ҳоли қуриганлиги) кесар қирқишга кўрсатма бўлиши мумкин. Умумий туғруқлар сонидан кесар қирқишини қўлланиш улуши турли мамлакатларда турлича. Омбур солиш ёки ҳомилани вакуум экстракцияси врач томонидан амалга оширилади.

6.6 жадвал

Туғруқ фаолияти ва туғруқларнинг ҳар хил босқичларидаги муаммолар.

| Жиҳати | Муаммолар |
|---|--|
| Туғруқ фаолияти ва туғруқлар Туғруқларда ҳомила ҳолатига баҳо бериш | Туғруқ фаолиятининг нормал бориши, четланишлар борлиги Ҳомиладаги камчиликни аниқлаш, туғруқ фаолияти ривож ва кечишига баҳо бериш |
| Туғруқни кўзгатиш ва туғруқ фаолиятини рағбатлантириш | Мустақил, вакуум экстракция, омбурлар солиш |
| Табиий таносил йўллар орқали туғиш Кесарча қирқиш | Она ёки ҳомиладаги ўткир салбий ҳолатлар, ҳомиланинг олд томондан келиши, туғруқ фаолиятининг давомлилиги |
| Оғриқсизлантириш | Маҳаллий, систем ёки умумий |
| Туғруқдан кейинги парвариш | Плацентани тўлиқ чиқариш, туғруқдан кейинги қон кетиши, бачадон атопияси, инфекция, мастит, лактация, эпизиотомия, сийдик ажра- тиш тугилиши, флебит, дам олиш ва тикланиш. |

Туғруқ фаолиятининг ҳар бир босқичида таҳдид соладиган шошилини ҳолатлар ривожланиши мумкин, уларни бартараф қилиш мақсадида кесар қирқиши, умумий анестезия, ҳомилани реанимация қилиш бўйича чоралар ва чақалоқлар респиратор дистресс-синдромини даволаш олиб борилади, шунинг учун уй ёки хусусий туғруқхонага нисбатан касалхонанинг туғруқ бўлимида туғиш афзалроқ. Ҳомила ҳаёт фаолиятини туғруқ фаолияти жараёнида электрон ва сканирлаш калла суяги-мия туғруқ шикастлари, олигофрения ва чақалоқларнинг пўстлоқ фалажи учраш сонини камайтирмайди ва шу тариқа туғруқларда ҳомилани текширишга мажбур этадиган талаб бўла олмайди.

Касалхонада ва уйда туғиш

Касалхоналардаги туғруқ бўлимлари она, бола ва оила учун, шунингдек акушеркалар ва хизмат қиладиган ходимлар учун ҳар томонлама қулай ва уй сингари шинам бўлиши керак. Касалхона бўлимидаги туғруқларда кутилмаган асоратлар юзага келган тақдирда ундаги ҳамма асбоб-ускуналардан фойдаланиш мумкин бўлади. Касалхоналардаги туғиш марказларида илиқ оилавий муҳит ўрнатилган бўлиб, туғруқда отанинг иштирок этишига йўл қўйилади.

Тажрибали анестезиолог ва педиатр ҳар бир туғруқда иштирок этгани маъқул ва хавф даражаси ошган ҳолларда уларнинг бўлиши шартдир. Туғруқлар вақтида педиатрлар ва педиатрия ҳамширасининг қатнашиши янги туғилган чақалоқни эрта парвариш қилишни таъминлайди. Бу туғилган боланинг вазни паст бўлганда, респиратор дистресс-синдромда ва илк неонатал даврдаги бошқа асоратларда айниқса муҳимдир. Гўдаклар умумий ўлими паст бўлган мамлакатларда унинг таркибий асосийни илк неонатал даврдаги ўлим ташкил этади. Бу кўрсаткични пасайтириш учун чақалоқни реанимация қилиш бўйича чоралар ва унинг ҳаётини қутқариб қолишга оид бошқа муолажалар талаб этилиши мумкин.

Сўнгги йилларда АҚШ да тажрибали акушерка иштирокида ва зарурий кафолатланган тиббий ёрдам таъминланганда уй шароитларида туғруқ қабул қилиш амалиёти қайта тикланган. Буюк Британияда уйда туғруқлар қабул қилиш улуши камайиб бораёпти. Уйда туғдиришда тажрибали акушерканинг бўлиши шарт, бу ҳолда зарур бўлиб қолганда қийин шароитни енгиш учун тез ёрдам машинаси шифокорлар гуруҳи билан ёрдамга келади. Туғруқ қабул қилинадиган жой ва усулини танлашда туғадиган аёлнинг хоҳиши ҳисобга олинади, бироқ она ва бола учун хавфсизликни таъминлаш ҳал қилувчи омил саналади. Хавфли даражаси юқори бўлган, жумладан биринчи марта туғадиган ҳомиладор аёллар имкон борица касалхона шароитларида туғишлари шарт.

Уйда туғиш тиббий туғруқхона муассасалари бўлмаган ривожланаётган мамлакатларда ҳозиргача сақланиб қолган. Туғруқни доя, энага қабул қиладилар. Кўпинча бу туғадиган аёл учун бирдан-бир вариант, бу ҳолда жамоат соғлиқни сақлашининг раҳбарлари дояга қўшимча касб маҳоратини бериши ва уларнинг ишини кузатиб бориши керак. Гигиена масалаларига, қоқшол профилактикасига, хавфлилик даражаси юқори ҳомиладор аёлларни аниқлашга ва уларни текширишга юборишга катта эътибор берилиши лозим.

Доялар (энага аёллар) фаолияти устидан назорат уларни доимо кузатиб бориш, тиббий стандартларга амал қилишларини текшириб боришдан иборат. Дояларни малака ошириш дастурларида қатнашишга қизиқиш, уларни зарур жиҳозлар ва дори-дармонлар билан таъминлаб рағбатлантириш зарур. Улар биринчи марта туғаётган аёлларда туғруқни қабул қилмасликлари (шошилинич ҳоллар бундан мустасно) керак ва давлат қайд қилиш журналларида туғруқларни рўйхатга олиб, уларнинг асосий деталлари ва натижасини кўрсатишларини улардан талаб қилиш лозим.

Жамоат соғлиғини сақлаш тизими идоралари профессионал акушеркалар ва тиббиёт ҳамшираларининг доялар фаолияти устидан назорат ўрнатишларига вакиллик қилиш вазифасини юклашлари керак. Соғлиқни сақлаш тизими доялар хавfli омили юқори бўлган ҳомиладор аёлларни туғдириш ҳолларини (шошилинич ҳоллар бундан мустасно) аниқлаганларида жарима ундиришлари керак. Биринчи марта туғадиган аёллар, хавfli гуруҳдаги бошқа аёллар, кўп болали оналар, 35 ёшдан ошган аёллар, кўп ҳомилали ҳомиладор аёллар, ҳомиладорликнинг кеч муддатида врач томонидан биринчи марта кўздан кечирилган аёллар, анамнезида асоратли туғруқлар бўлган ёки лоақал бир марта ўлик бола туққан аёллар, тўйиб овқат емайдиган ва хроник касалликлари бўлган аёллар округ касалхоналарига жўнатилиши зарур.

Уйда туғруқ қабул қиладиган доялар венерик касалликлар, СПИД, анемияни, йод етишмовчилиги ва акушерлик ҳамда тиббий хавф даражасини аниқлаш бўйича кўникмаларга эга бўлишлари лозим.

Округ ва жамоа акушерлик марказлари нормал туғруқларни қабул қиладиган, хавфсиз абортлар қила оладиган, шошилинич ҳолатлар ва асоратларда (преэклампсия ва бачадондан қон кетиши, плацентани мануал чиқариш зарурати) ёрдам бера оладиган ходимлар билан таъминланиши ва зарур асбоб-ускуналарга эга бўлиши керак. Ходимлар неонатал реанимация ва янги туғилган чақалоқни парвариш қилишни, хавфи юқори оналарни округ касалхоналарига транспортда юбора оладиган бўлишлари лозим.

Округ касалхоналари шошилинич акушерлик ҳолатларда ишлатиш учун зарур хирургик жиҳозларга: қон банки, анестезиологик реанимацион ускуналар, нормал туғруқ ва кесирча кесиш учун асбобларга эга бўлиши

керак. Жамоа тиббий марказларида ва доялар томонидан кўрсатиладиган барча тиббий ёрдам жамоат соғлиқни сақлаш идоралари ишлаб чиққан қайд этиш журналларига ёзиб борилиши керак.

Нормал туғилган чақалоқларни парвариш қилиш

Янги туғилган чақалоқларни парвариш қилишда респиратор дистресс-синдромда, аспирацияда ва асфиксияни олдини олиш учун реанимацион тадбирларни кўриш талаб этилиши, булар эса бош миянинг жиддий зарарланишларига олиб келиши мумкин.

Янги туғилган чақалоқ атроф муҳитга мутлақо боғлиқ ва ҳатто энг оптимал шароитларда ҳам мавжуд касалликларнинг кўзгатувчиларига сезувчан. Бу алоқадорлик ҳали аёлнинг ҳомиладор бўлишидан олдин бошланади ва перинатал давр мобайнида, туғруқлар вақтида ва ҳаётининг биринчи йилигача давом этади. Бола туғилиши билан чақалоқнинг мустақил нафас олишини таъминлаш чораларини кўриш керак. Туғруқдан сўнг тезлик билан кўкрак бериб боқиш ҳақида ғамхўрлик қилиш. Таҳдид соладиган кўпгина ҳолатларни кўкрак бериб эмизиш йўли билан йўқотиш мумкин.

Чақалоқларнинг саломатлик ҳолати туғилгандаги вазнига, лаборатория анализлари натижаларига ва Апгар шкаласи деб аталадиган функционал шкалага кўра баҳо берилади. ҳомиланинг расолиги ҳомиладорликнинг қанча давом этганлигига боғлиқ, бироқ туғилгандаги вазни ҳам муҳим. 50-йилларнинг бошида В. Апгар ишлаб чиққан шкала чақалоқ туғилгандан сўнг биринчи ва бешинчи минутлардаги ҳолатига баҳо бериш ва қайд қилиш учун кенг қўлланилади. У чақалоқ болани текшириш ва уни жадал парвариш қилиш мақсадларида чақалоқ ҳолатига стандарт баҳо беришдан иборат.

6.3 жадвал

Апгар шкаласи

| Функциялар | 0 балл | 1 балл | 2 балл |
|-----------------------------------|----------------------------|---|-------------------------------|
| Юрак уришлари минутага | Йўқ | Секинлашган (100 дан кам) | 100+ |
| Нафас ҳаракатлари/ гиповентиляция | Йўқ | Секин қичқирӣқ | Қаттиқ қичқирӣқ |
| Мушак тонуси | Жуда суст | Суст | Актив |
| Рефлектор таъсирчанлик | Таъсиротга жавоб бермайди. | Имо-ишора | Йўтал ёки аксириш |
| Тери қопламлари ранги | Кўкимтир ёки оқимтиқ | Танасида пушти ранг, оёқ-қўлларида кўкимтир | Бутун танаси бўйлаб пуштиранг |

Америка педиатрия академиясининг янги туғилган чақалоқларнинг туғруқдан кейинги парваришига доир тавсиялари.

1. Юқори хавф даражаси бўлган туғруқларда малакали ходимлар албатта реанимацион тадбирларни ўтказишлари керак.
2. Чақалоқ нафас йўллариغا ҳавонинг осон киришини таъминлаш учун оғиз бўшлиғи ва бурнини аспирация қилиш.
3. Чақалоқни артиш, иситиш ва иссиқ ўраб-чирмаб онасига бериш.
4. Янги туғилган чақалоқ орқасини ва товонларини ишқалаш йўли билан стимуляция қилиш.
5. Кўкрак қафасининг олдинги деворида ўпка вентиляцияси қийинлашмаганини текшириш, зарур бўлганда юз ниқоби бўлган болаларга дастаки респиратор ёрдамида кислород бериш.
6. Туғриқдан сўнг 1-минутда Апгар шкаласи бўйича чақалоқ ҳолатига баҳо бериш (балларда)
7. Туғриқдан сўнг 5-минутда Апгар шкаласи бўйича чақалоққа баҳо бериш (балларда).
8. Давомли реанимацияда чақалоқ ҳолатига 10-, 15- ва 20-минутларда Апгар шкаласи бўйича баҳо бериш (балларда).
9. Янги туғилган чақалоқ билан онаси ўртасида эмоционал боғланишнинг ривожланиши ва лактацияни тез бошлаш учун болани онасига имкон борича тезроқ бериш.
10. Янги туғилган чақалоқларда геморрагик касалик пайдо бўлишига йўл қўймаслик мақсадида болага К витаминини мушак орасига ёки перорал режа билан киритиш.
11. Хламидияли ёки гонококк инфекциянинг олдини олиш мақсадида кўзга антибиотик суртма (эритромицин ёки тетрациклин) суртиш.
12. Серологик анализ учун киндикдан қон олиш.
13. Киндикни антисептика талаблари асосида ёки антибиотиклар қўлланиб кесиш ва боғлаш.
14. В гепатитига қарши вакцинация (учтадан биринчиси).
15. Янги туғилган чақалоқни ўраб-чирмаланади, бироқ йўргакланмайди.
16. Янги туғилган чақалоқни онаси билан битта палатага жойлаштирган маъқул.
17. Онанинг ташрифлари ва парваришда иштироки маъқулланади.
18. Кўкрак билан эмизиш қатъиян тавсия этилади.
19. Болани педиатр ёки оила врачлари кўздан кечирилади.
20. Оила аъзоларининг қатнагани маъқул.

Вазн оғирлиги 2500 г, дан паст туғилган чақалоқ хавфли гуруҳга киради. Нормал вазн чегараси 2500-4000 г атрофида. Ривожланган мамлакатларда паст вазн билан туғилган чақалоқлар одатда 7% ни, ривожланаётган мамлакатларда 10% дан кўпни ташкил этади. Туғилганда

вазнининг камайиши билан яшаб кетиши эҳтимоли пасаяди. Туғилганда вазни 1500 г (жуда паст вазн) ва 1000 г дан кам (ўта паст вазн) чақалоқлар камдан-кам яшаб кетади ва уларда ривожланиш нуқсонлари кўпроқ учрайди. Перинатал кузатувнинг энг муҳим мақсади ҳомила-дорликнинг давомлилигини 36 ҳафтадан ошишини таъминлаш ва ҳомиланинг она қорнида ривожланиши учун оптимал шароитлар яратиш учун уни тўлиқ муддатда туғилишини имкон борича яқинлаштиришдан иборат.

Янги туғилган чақалоқ яхши парваришга муҳтож. Бу унинг ҳолатини зудлик билан баҳолаш ва реанимацион чоралар кўриш деганидир. Туғруқхонадан қабул қилинган ҳолларда асоратлари бўлган чақалоқни неонатал ёрдам марказига машинада етказишни таъминлаш туғруққа тайёргарликнинг бир қисми саналади. Асоратларни эрта аниқлаш ва тегишли чоралар кўриш чақалоқларнинг касалланиши ва ўлимини қисқартиради.

Тахминан 20% чақалоқларда қон ивишига имкон берадиган протромбин даражаси паст булади, бу жиддий ва ҳатто фатал қон оқиш (чақалоқларнинг геморрагик касаллиги) хавфини келтириб чиқаради. Янги туғилган чақалоқларга К витаминини инъекция қилиш ёки ичириш бу хавфни бартараф қилади.

Она сути билан боқиш она ва янги туғилган чақалоқ учун ҳаётий муҳим ва уни соғлиқни сақлаш тизими ходимлари қўллаб-қувватлашлари керак. Бунда чақалоқнинг, айниқса ҳаётининг биринчи йилида, ҳатто қўшимча овқатлар берилганда ҳам яхши ривожланишига имкон беради.

Бола туғилиши билан чақалоқнинг бўйини, бош айланасини ўлчаш, вазнини аниқлаш, гестацион баҳо бериш ва сариқ касалига анализ қилиш керак. Натижалар ёзиб қўйилади. Юрак-томирлар ва нерв тизимларининг ҳолати тўғрисида хулоса қилинади. Туғма юрак нуқсонлари, Даун синдроми, туғма сон суяги чиқиши, маймоқлик, моякларнинг тушмаганлиги, фенилкетонурия, гипотиреоз, гемолитик анемиялар (талассемия ва ўроқсимон-ҳужайра анемияси), туғма метаболизм каби нуқсонлар, ёки аномалияларни аниқлайдиган текширишлар кунт билан ўтказилади. Ҳар қандай шубҳа бўлганда ёки анализларнинг мусбат натижаларида синчиклаб текшириш лозим. Нормадан оғишларни эрта диагностика қилиш бирданига даволашни бошлаш имконини беради.

Туғруқдан кейинги тиббий кузатув

Туғруқдан кейинги 6-8 ҳафталик (плацентанинг кўчишидан то нормал овуляция тиклангунча) давр туғруқдан кейинги ёки чилла даври (пуперий) дейилади. Бола эмизадиган онада лактациянинг аёл гормонал

балансига таъсири сабабли тикланиш кечроқ бошланади. Ёш она ва янги туғилган чақалоқ учун туғруқдан кейинги давр, тикланиб олинадиган ва физиологик мосланадиган ҳамда нормал ҳаёт фаолияти тикланадиган давр ғоят муҳим. Шунинг учун она ва болани туғруқдан кейин имкон борича эрта диапансер кузатувиغا олиш ва назорат қилиш лозим: бу асоратлар ривожланишининг олдини олади ва иккаласининг соғ-саломат бўлишини таъминлайди.

Атроф муҳитга тўлиқ қарам бўлган янги туғилган чақалоққа она сутини эмиш, она билан психологик-эмоционал контактда бўлиш, гигиена талабларига риоя қилиш, вазнининг қўшилиши, витаминлар тайинлаш, иммунизацияни бошлаш ва оилага қабул қилиш ҳаётий муҳим тадбир ҳисобланади. Туғруқдан кейиноқ полиомиелит ва гепатитга қарши эмланади, бу бола ҳаётининг дастлабки 6 ҳафтасидаги вакцинация дастурининг бошланиши бўлади (6-бобга қ.).

Аёлда асоратларнинг олдини олиш учун сут безларини кўздан кечириш, цервикал ёрилиш ва инфекциялар борлигини аниқлаш ва қонни гемоглобинга анализ қилиш асосий текширувлардир. Она турли мавзуларда: болани қандай эмизиш, ҳомиладорликлар орасидаги интервални сақлаш ва контрацептив воситалар ҳақидаги маълумотларни олади. Бундан ташқари, врач ва (ёки) тиббиёт ҳамширасининг мунтазам қатнашлари туғруқдан кейинги депрессия ривожланишининг олдини олишда профилактик аҳамиятга эга, чунки бу жиддий бузилишга айланиб кетиши мумкин.

Туғруқлардан кейиноқ плацентанинг тўлиқ ажралиб чиқиши, бачадон қисқаришини, бирор аъзо ёки томирдан қон оқмаслигини таъминлаш керак. Туғруқдан 6 ҳафта ўтгач, режа билан туғруқдан кейинги текширишда бачадон, қин, сут безлари ҳолатининг меъёрдалиги, сийдик-таносил йўлларида тромбозлар йўқлиги ва аёл нормал оила ҳаётига қайтиши лозим. Қолдиқ ҳодисаларни йўқотиш даволаш жараёнининг бир қисми бўлиши керак.

Она рацион ҳомиладорлик даврида ва туғруқларда йўқотилган темир моддасининг ўрнини тўлдирадиган темир сақловчи маҳсулотларни ўзида сақлаши керак. Иммуноглобулин бу соҳадан ихтисосликдан ўтган акушер томонидан тайинланади. Агар минтақада қизилча ўчоқлари тугатилмаган бўлса, туғилажак болада қизилчанинг туғма синдроми ривожланишининг олдини олиш мақсадида туғруқдан кейинги даврда тегишли эмлаш ўтказилади (4-бобга қ.).

Туғруқдан кейинги патронаж ҳомиладорликни сақлаш хизмати билан бирга жамоат соғлиғини сақлашниинг муҳим қисми ҳисобланади, чунки бу даврда туғруқхонадан олиб келинган чақалоқнинг ҳолатига баҳо берилади. Уйда туғруқ қабул қилинганда туғруқдан сўнг дарҳол врач

патронаж ташрифини амалга ошириш керак, у болани тарозида ўлчайди ва ҳолатига баҳо беради, К витаминни буюради, вакцинация дастурини, фенилкетонурия ва гипотиреозга тестлар қўяди, болани эмизиш ва парвариш қилишга доир маслаҳатлар беради.

Малакали тиббиёт ходими маслаҳати ёш она учун жуда фойдали. Бу шунингдек аҳолининг кам таъминланган қатламлари ва ёлғиз оналар учун жуда долзарб масала. Тугруққа ёрдам берадиган ҳамма тиббиёт ходимлари бола парваришига доир тушунтирув ишларини олиб бориш учун тегишлича малакага эга бўлишлари керак.

Генетик нуқсонлар ва туғруқдан шикастланишлар

Соғлиқни сақлаш тизими туғруқ шикастлари ва генетик нуқсонларнинг профилактикасига, диагностикасига ва даволашга масъул ҳисобланади. Бу нуқсонлар кўпгина гуруҳларда кенг тарқалганидан ташқари, молиявий ва социал жиҳатдан қимматга тушади. Ҳозирги вақтда кўп генетик нуқсонларни даволаш ва профилактика қилса бўлади. Замоनावий имкониятлар бола генетик нуқсон билан туғилиши мумкинлигини олдиндан аниқлаши мумкин: замонавий тиббий технологиялар, тиббий билимлар, индивидуал генетик консультациялар шу жумласидан.

Бундай нуқсонлар профилактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади: аҳолига тиббий билимлар бериш, ҳомиладорлик бошланишидан олдин ва ҳомиладорлик даврида фолат кислота қабул қилишни тайинлаш, резус-мос келмасликни аниқлаш, ишда ва уйда тератоген омиллар билан контактда бўлишни камайтириш.

Кўпчилик туғма нуқсонлар генетик табиатга эга. Улар ота ёки онадан ёки иккаласидан ўтади ва улар хромосом бузилишларга боғлиқ. Бузилишларнинг фенотипик юзага чиқиши ҳам доминант, ҳам рецессив генлардаги мутацияларга боғлиқ. Агар аномал доминант ген ташувчи ота-онанинг биттаси бўлса, болаларнинг зарарланиш даражаси 50% га етади. Ота ҳам она ҳам оналар рецессив гени ташувчиси бўлса, болада бу нуқсон 25% гача учраши мумкин, 50% ҳолларда ташувчига айланиши, 25% ҳолларда эса умуман зарарланмаслиги мумкин.

Генетик нуқсонларни аниқлаш учун тестлаш (фенилкетонурия ва гипотиреоз) диагнозни тасдиқлаш, врач кузатувида бўлишни тақазо этади.

Чақалоқларнинг гемолитик касаллиги- она қони резус омили (резус-манфий) билан ҳомила қонининг (резус мусбат) резус омилени бири-бирига мос келмаслиги туфайли қизил қон таначаларининг гемолитик парчаланиши билан боғлиқ жиддий касаллик. Она билан ҳомила қони

аралашганда ҳомила эритроцитлари она қонидаги антителалар билан ўзаро таъсирга киришади. Биринчи ҳомиладорлик даврида она антителалари плацента тўсиғидан ўтиши мумкин, кейинги ҳомиладорликларда бунинг эҳтимоли ошиб, ҳомила қонини гемолизга учратади ва анемия, сариклик, бош мия зарарланиши ва ўлимга олиб келади. Резус-омил бўйича мос келмаслик-ўлик бола туғилиши ва неонатал ўлимнинг энг кўп учрайдиган сабабидир, бироқ янги туғилган чақалоқларга тўлиқ қон қуйиш ўлим кўрсаткичларини камайтиради. 1970 йилда анти-Д иммуноглобулин тавсия қилинган, уни резус-манфий онага резус-мусбат бола туғилиши билан юборилади. Бу иммуноглобинни қўлланиш шу касаллик билан касалланишнинг камайишига олиб келиши керак.

Нерв найчасининг зарарланишлари. Бунда бош ва орқа миянинг ривожланиши зарар кўради. Бу бир қанча жиддий нуқсонларга, жумладан анэнцефалия, умуртқа поғонаси очилиб қолиши сабабли орқа мия тери ости бўшлиғида жойлашган. Шимолий Африкада нерв найчасининг зарарланишлари 1 минг туғилишларга 2 та тўғри келади.

70-йилларнинг аввалида амниоцентезнинг жорий қилинганлиги, амниотик суюқлик анализ қилинадиган бўлгандан кейин нерв найчаси зарарланишлари скрининги учун имконият вужудга келди. Кейин альфа-фетопротенинларга (АФП) қон анализи қилина бошланди. Бундан ташқари, ультратовуш ҳам ишлатилмоқда. 80 йилларда инглиз тадқиқотчилари ҳомиладорлик бошланишидан олдин фолат кислота қабул қилиш бу нуқсони ривожланиш эҳтимолини пасайтиришини кўрсатди.

Болалар церебраль фалажи (БЦФ)- бу 400 туғилишлардан биттасида учрайди. БЦФ-неврологик бузилишлар ақлий қолоқлик, эпилептик тутқаноқлар, ҳаракат-мушак спастиклиги ва сенсор муаммоларни чақиради. Церебрал фалаж частотаси туғилганда вазннинг пастлиги (2500г дан) ва ниҳоятда пастлигига, калла суяги ичига қон қуйилганига, резус-омил бўйича мос келмасликка, она қорнидаги ва туғруқ шикастларига, она организмга оғир металлар, масалан, симобнинг таъсирига ва бошқа омилларга боғлиқ. Церебрал фалажнинг тахминан 20% она қорнидаги ҳомила гипоксиясига боғлиқ. Қолган ҳолларга туғруқ шикастлари ёки калла суяги ичига қон қуйилишлар сабаб бўлади. Профилактик чоралар ҳомиладорлик даврида онанинг овқатланишини яхшилаб, паст вазли чақалоқ туғилишининг олдини олиш, ҳомиладорлик даврида чекишни тўхтатиш, туғруқда малакали ёрдам бериш, бола туғилгандан сўнг К витаминини бериш ва туғруқдан шикастланишнинг сонини камайтиришни ўз ичига олади.

Генетик нуқсонлар, ривожланиш нуқсонлари, туғруқ шикастлари ва уларнинг сабаблари

| Нуқсон | Сабаби | Профилактикаси ва даволаш |
|---|--|--|
| <p>Ақлан қолоқлик, токсик моддаларни қабул қилиш, нормал ривожланиш учун зарур кимёвий элементлар етишмаслиги, инфекциянинг таъсири оқибатида пайдо бўлади</p> <p>Генетик нуқсонлар сабабли пайдо бўлган ақлий қолоқлик</p> <p>Гемолитик анемиялар Талассемия Ўроқсимон-хужайра анемияси</p> <p>Соннинг туғма чиқиши</p> <p>Юракнинг туғма нуқсонлари</p> | <p>Ой-куни тўлмай туғилиш, туғилганда вазн камлиги, Перинатал гипоксия, резус-омил бўйича мос келмаслик.</p> <p>Туғма захм, оддий герпес, сувчечак, CMV инфекция (цитомегаловирус), арбовирус, грипп, токсоплазмоз.</p> <p>Рентгендан нурланиш, ионловчи радиация Алкогол, наркотиклар, кимёвий моддалар</p> <p>Анестезия Йод етишмовчилиги Анемия</p> <p>Туғруқ давридаги шикастлар</p> <p>Тан жароҳатлари Даун синдроми Фенилкетонурия Туғма гипотиреоз Қисқарган Х-хромосома синдроми</p> <p>Ташувчилар ўртасидаги никоҳларда рецессив генларнинг мавжудлиги</p> <p>Генетик нуқсон</p> <p>Қизилча синдроми, талидомид қабул қилиш, туғма захм, анестезия, рентген нурланиш ва ионловчи радиация</p> | <p>Пренатал диагностика Кимёвий моддалар, тешиб ўтадиган нурланиш, ҳомиладорликнинг бошланғич даврида меди-каментоз оғриқсизлантиришлар таъсирини истисно қилиш, туғруқ қабул қилишда хавфсиз шароитлар, чақалоқни реанимация қилишга доир чоралар, яхши неонатал парвариш</p> <p>Аниқлаш ва врач кузатуви</p> <p>Маориф ишлари, никоҳгача тестлаш, пренатал диагностика, ҳомиладорликни тўхтатиш</p> <p>Туғилганда текшириш, даволаш Қизилча тарқалган ўчоқларни йўқотиш Анестезиядан, токсик моддаларни қўллашдан, наркотиклар ва тешиб ўтадиган нурланишдан ҳомиладорликка қадар ва ҳомиладорлик даврида сақланиш: хирургик даволаш</p> |

| Нуқсон | Сабаби | Профилактикаси ва даволаш |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| Нерв найчасининг зарарланиши | Фолат кислота етишмовчилиги | Фолат кислотани ҳомиладорликкача дори шаклида ёки овқат маҳсулотлари билан қабул қилиш |
| Тей-Сакс касаллиги | Ирсий нуқсон | Никоҳгача тестлаш ва перинатал диагностика |

Ақлий заифлик. Оғир ақлий заифлик формаси (ақлий ривожланиш коэффициентини (IQ) 50 дан паст) 1 мингта чақалоққа 3-5 та учрайди ва тахмин қилинишича, перинатал омилларга боғлиқ бўлади. У кўпинча церебрал фалаж ва тутқаноқ синдроми билан асоциланади. Учдан бир қисмидан кўпроғи хромосом четланишлардан бўлади, бироқ бундай ҳоллар улуши 35 ёшдан ошган ҳомиладор аёлларда амниоцентезни кенг қўлланиш туфайли камайиб бормоқда. Фенилкетонурия, туғма қизилча, туғма гипотиреоз, онадаги инфекцион касалликлар (токсоплазмоз ва цитомегаловирусли инфекциялар) ҳам ақлан заифликнинг оғир формалари ривожланишига олиб келади. Ҳомиладорлик асоратлари, масалан токсемия, сийдик-таносил йўллариининг инфекцион яллиғланишлари ва анемия ақлий заифликнинг ривожланиши хавфини кучайтиради. Ўртача оғирликдаги (IQ –50-70) ақлий заифлик перинатал, ҳам постнатал омиллар, жумладан чақалоқ туғилгандаги вазннинг пастлиги, туғруқлардаги асфиксия ва Апгар шкаласи бўйича паст баллдан юзага келиши мумкин.

Даун синдроми-нисбатан кенг тарқалган генетик нуқсон. АҚШ да 650та тирик туғишларга 1 ҳодиса тўғри келади. Онанинг ёши ошган сайин хавф ошиб боради. 40 ёшдан ошган аёллар учун у ҳар 40 туғруққа 1тани ташкил этади. 1960-1972 йилларда Даун синдроми ҳоллари миқдори амниоцентез қўлланиш ва шунингдек, катта ёшдаги аёллар орасида туғишнинг пасайиши муносабати билан 50% га камайди.

Гарчи бу нуқсон катта ёшдаги оналардан туғилган чақалоқларда энг кўп учраса-да, бироқ кўп ҳолларда у ёш аёлларнинг болаларида ҳам кузатилади. Даун синдроми-ривожланган мамлакатларда ақлий заифликнинг энг тарқалган сабабидир. Даун синдромини чақирадиган хромосом аномалияларини перинатал тестлаш жараёнида: амниоцентез, хорион тукчалари биопсияси ва ҳомила қонидан синама олишда аниқлаш мумкин. Эрта ташхис қўйиш оналар олдида муҳим масалани: касал бола ёки абортни танлаш вазифасини қўяди. 35 ёшдан ошган ҳомиладорларга

ҳомиладорликнинг энг илк муддатларида амниоцентез ўтказиш тавсия қилинади.

Даун синдромига чалинган болалар кўпинча туғма юрак нуқсонлари ва меъда-ичак йўли тутилиб қолиши каби касалликларга чалинади ва ривожланишдан орқада қолади. Ҳозирги даврда бундай пациентлар кўпинча 30 ёшгача, уларнинг ярми-эса 50 ёшгача яшайди. Битта беморни ихтисослашган шифохонада унинг ҳаёти давомида тиббий кузатиш ва парвариш қилиш учун 300 минг доллар сарфланади. Сўнгги йилларда Даун синдромига чалинган болаларни ўз-ўзига хизмат қилишни яхшилашга, ўқитишга ва ҳаётга мослашувига асосий эътибор берилмоқда.

Муковисцидоз ёки фиброз-кистозли дегенерация. Ўлимга олиб келадиган генетик касаллик. Бу касаллик АҚШ нинг оқ танли аҳолиси орасида кенг тарқалган, у 2000 тирик туғилишлардан биттасида учрайди. Гени оқ танли аҳолининг 5%, қора танли аҳолининг 2%да учрайди. Бу систем касаллик бўлиб ўпка, ичак ва бошқа аъзолар безларида нормал қуюқ шилимшиқ ишланиши билан характерланади. Бузилиш нафас йўллари ўтказувчанлигининг хроник пасайишига, инфекцияларнинг такрорланишига, ўпка тўқимасининг емирилишига олиб келади. Беморни кўпинча касалхонага ётқизишга тўғри келади ва у энг яхши парвариш қилинганда ҳам 30 ёшгача яшайди. Перинатал тестлаш амниоцентез воситасида ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида амалга оширилади. Ушбу касаллик билан оғриган биринчи болали ҳомиладорларни текшириш худди шу нуқсон билан иккинчи бола туғилишининг олдини олишга ёрдам беради, бироқ ҳамма ҳомиладор аёлларни ҳам ҳозирча текширишнинг имконияти йўқ. Эрта ташхис қўйиш, ота-оналарини қўллаб-қувватлаш, шунингдек уларни ўқитиш шу нуқсонни бор одамнинг умрини узайтиришни ва унинг ҳамда оиласининг турмуш сифатини яхшилаши мумкин.

Талассемия. «Катта талассемия» гомозигот ҳолатидаги рецессив генетик нуқсон ҳисобланади. Гетерозигот ҳолатидаги генларни ташувчилар зарарли кўринишлари унча ривожланмаган кичик талассемия билан касаланадилар. Талассемия ҳам бутун Яқин Шарқ бўйлаб, Оврупо жанубида, Ҳиндистон ва Хитойда кенг тарқалган бўлса-да, уни Ўрта Ер денгизи анемияси деб аташади. Катта бета-талассемия генетик омил билан боғлиқ бўлган гемолитик анемия, у барча ҳолларда ўлимга олиб келадиган эрта тури ҳисобланади. Замонавий даволаш методларидан-қон қуйиш, қонда ортиқча темирни камайтириш учун хелат бирикмаларига киришадиган комплексонлар юбориш ва гемохроматоз қўллаш туфайли беморлар 20 ва ҳатто 30 ёшгача яшашлари мумкин.

Жамоат соғлиғини сақлашнинг генетик нуқсонларга қарши курашдаги муваффақияти талассемиянинг профилактикаси ҳисобланади. Никоҳлардан олдин тестлар ўтказиш, мактабларда тарғибот ишларини олиб бориш ва перинатал текширишнинг оммавийлиги буларнинг жами ушбу хасталик билан болаларнинг туғилиш эҳтимолини камайтириш дастурининг бир қисмидир.

Туғма анемияга тестлаш мактаб ёшида ўтказилиши лозим. Ҳар бир ҳомиладорликда ота ҳам, она ҳам талассемия генининг ташувчилари бўлганда ҳомиланинг зарарланганлигини аниқлаш мақсадида хорион тукчалари биопсиясини ўтказиш лозим, бироқ айрим маълумотларга кўра бу муолажанинг ўзи туғма нуқсонларга сабаб бўлиши мумкин. Ҳомила катта талассемия билан зарарланган ҳолларда аборт қилиш тавсия этилган.

Тей-Сакс касаллиги. Лизосомал йиғилиш ёки метаболизмнинг туғма бузилиши касаллиги бўлиб, бунда авж олиб борадиган ақлий деградация, 4-8 ойликда кўзнинг ожиз бўлиб қолиши кузатилади ва 3-4 ёшларда ўлим юз беради. Касаллик 2,5 минг яҳудий-ашкенази (Овруподан чиққан) ва франк-канадалик болаларнинг биттасида учрайди. Бу этник гуруҳларда касалланиш кўрсаткичи бошқа этник гуруҳлар вакилларига нисбатан 100 барабар юқори. Касаллик профилактикаси хавф гуруҳларида никоҳдан олдин ва кейин ёки ҳомиладорликнинг эрта муддатларида тестлашни кўзда тутати. Амниоцентез ёки хорион тукчалари биопсияси воситасидаги перинатал скрининг ҳомиланинг зарарланганми-йўқлиги ҳақидаги саволга жавоб беради.

Фенилкетонурия-метаболизмнинг туғма бузилиши бўлиб, унинг ҳомилага ўтишида рецессив ген масъул. Касаллик ҳар 15 минг тирик туғилишларнинг тахминан биттасида учрайди. Касаллик ДНК молекуласининг мутациясидан келиб чиққан. Она организмидаги метаболизм жараёнлари туфайли фенилаланиннинг чиқарилиши сабабли ҳомила она қорнидаги ривожланиш вақтида зарарланмайди. Аммо янги туғилган чақалоқда зарур миқдордаги энзим етишмайди, чунки қон плазмасида муайян фенилаланин аккумуляцияси рўй беради, бу эса бош миянинг оғир шикастларига ва ақлий заифликка сабаб бўлади. Шу мақсадда ривожланган мамлакатларда янги туғилган барча чақалоқларни тестлаш кенг тарқалган, бу эса касаллик ҳолларини қисқартиришга олиб келади.

Туғма гипотиреоз-оқ танли аҳоли ўртасида нисбатан тарқалган туғма нуқсон (3 минг тирик туғилишларга 1 та). Аҳолининг турли гуруҳларида, генетик хусусиятлар ва яқин қариндошлик никоҳларининг тарқалганлигига кўра бу кўрсаткич 10 мингга 1 дан 20 гача ўзгариб туради. Бу генетик нуқсон қалқонсимон безнинг етарлича тараққий қилмаслигига сабаб бўлади ва йод етишмаслигидан пайдо бўлиши мумкин. Бола

туғилгандан сўнг дастлабки 48 соатда тестлаш туғма гипотиреоз ҳолларини аниқлашга ва кейинчалик даволашни бошлашга имкон беради.

Туғма нуқсонларнинг жамоат профилактикаси. Профилактика дастурлари ўз ичига: никоҳдан олдин, перинатал, мактабгача тестлаш; мактаб, жамоада, социал ва диний соҳаларда тиббий маориф; даволаш-профилактик тадбирлар, масалан ҳомила нуқсонларини аниқлаш учун амниоцентез ва плацента биопсияси; фенилкетонурияда алоҳида парҳез, туғма гипотиреозда тироидлар юбориш, суяк кўмигини трансплантация қилиш ёки талассемияда компенсация қиладиган даволашни олади. Туғма нуқсонлар беморнинг изтиробга тушишидан ташқари, оила ва жамиятга қимматга тушади.

6.5 илова

Туғма генетик нуқсонлар ва ривожланиш нуқсонларининг профилактикаси ва тестлаш

Профилактикаси:

-йод етишмовчилиги сабабли бош мия зарарланишлари ривожланиш эҳтимоли бўлган минтақаларда рационга йод қўшиш;

-нерв найчасининг профилактикаси учун ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида рационга фолат кислота қўшиш;

-туғма захм, гонококкли, цитомегаловирусли инфекция ва ВИЧ-инфекция профилактикаси учун венерик касалликларни даволаш;

-онадан ҳомилага юқишни профилактика қилиш учун В гепатитига қарши иммунизация;

-ҳомиланинг ривожланиш нуқсонларини профилактика қилиш учун чекишни ташлаш, ичкилик ва наркотикларни истемол қилмаслик бўйича маслаҳатлар бериш;

-ҳомиланинг нормал ривожланишини таъминлаш учун ҳомиладорлик бошланишидан олдин ва ҳомиладорлик даврида тўғри овқатланиш масалари бўйича маслаҳатлар бериш;

-туғма қизилча профилактикаси учун ҳомиладорлик юз беришидан уч ой олдин қизилчага қарши иммунизация;

-ҳомиладорликка қадар ва ҳомиладорлик даврида диабет, буйрак ва юрак-томир касалликларини, гипертония, токсемияни тўғри парвариш қилиш ва даволаш;

ҳомиладорликка қадар ва ҳомиладорлик даврида тератоген моддалар (масалан, оғриқсизлантирадиган воситалар) таъсирига йўл қўймаслик;

-туғруқларни седатив воситалардан фойдаланиб хавфсиз олиб бориш ва туғруқ вақтида янги туғилган чақалоқ бош мияси зарарланишининг олдини олиш учун реанимацион тадбирларни ўз вақтида олиб бориш;

-қўрғошин ва симоб сақлайдиган сув, овқат ва препаратлар қабул қилишнинг олдини олиш;

-юқори хавф гуруҳга кирувчи ота-оналар, масалан яқин қариндошлар ўртасидаги никоҳларда улар учун генетик консултациялар ўтказиш;
-гемоглабинга қон анализи, резус-омилга тест, Кумб тести, сийдик анализи;
-ҳомиладорликларда диабетни аниқлаш учун очликда қандга қон анализи;
-ҳомиладорликнинг биринчи триместридан бошлаб, перинатал кузатув журналини тутиш, унга кансултациялар, вазни, қон артериал босимини, рефлекслар, шишлар, сийдикда протеин борлигини ўлчаш натижаларини ёзиб бориш;

вазн қўшилиши (11-14 кг гача);

-юқори хавф даражасига эга ҳомиладорликни кузатиш дастури бўйича хавфли омилга баҳо бериш ва текширишга юбориш;

-кўп ҳомилаликка, ҳомила ва плацентанинг ривожланиш аномалияларига шубҳа қилинганда ультратовуш текшириш;

-ҳомила мониторинги, она вазнига вазн қўшилиши, ҳомиланинг ётиш вазияти ва юрак тонларини аниқлаш.

Генетик ривожланиш нуқсонларини аниқлаш учун танлаб тест-скрининг ўтказиш:

-юқори хавфга эга ҳомиладорликларда ВИЧ, цитомегаловирус, токсоплазмоз, гепатитга анализ, янги туғилган чақалоқ ҳусусида профилактик чоралар кўриш;

-оғир формадаги ақлий ривожланишдан орқада қолишнинг профилактикаси учун фенилкетонурияни даволаш;

-ақлий зайифлик, кретинизм ва гипотиреоз учун профилактика;

-талассемияга никоҳгача, прегестацион ва пренатал тестлаш;

-нерв найчасининг зарарланганлиги ва Даун синдромини аниқлаш учун альфафетопротеинга тестлаш;

-Тей-Сакс касаллигига тестлаш;

-шубҳа бўлганда миковисцидозни аниқлашга тестлаш;

-анамнезда Ўрта Ер денгизи иситмаси борлиги;

-туғма метаболизм нуқсонларини аниқлашга тестлаш.

Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларнинг саломатлик муаммолари.

Болалар соғлигини мустақамлашда соғлиқни сақлаш тизимига етакчи ўрин берилади. Хатти-ҳаракатларнинг энг кўп қисми бола саломатлиги учун қулай шароитлар яратишга, касалликларнинг ривожланишига тўсқинлик қиладиган ва соғлом турмуш тарзини таъминлайдиган шарт-шароитларни вужудга келтиришга қаратилади.

Америка Қўшма Штатларида соғлом болаларни парваришлаш тизимини биринчи марта 1860 йилда Нью-Йоркда илк педиатрия клиникасини очган Авраам Якоби ҳисобланади. У ўша вақтда Германияда фаолият кўрсатаётган муассасадан нусха олган эди. 1873 йилда Америка тиббий

ассоциацияси аёллар ва болаларнинг тиббиётга бўлган алоҳида эҳтиёжини ҳисобга олиб, 1879 йилда болалар касалликлари секциясини, сўнгра 1888 йилда Америка педиатрия жамиятини ташкил қилган. АҚШ да биринчи болалар касалхонаси 1865 йилда Филадельфияда очилган бўлиб бугунги кунда ҳам ишлаб турибди.

Педиатриядан биринчи дарслик Ж. Смит томонидан 1869 йилда ёзилган, кейинчалик 1896 йилда «Гўдаклик ва болалик ёшидаги касалликлар» номли шу мавзуда монография чоп этилган. Ҳозир бу китобнинг 19-нашри босмадан чиқди. У Рудольф «Педиатрияси» номини олган.

1913 йилда АҚШ Федерал ҳукумати оналар ва болалар ўлими статистикасини йиғиш билан шуғулланувчи Болалар бюросини очган. Кейинчалик бу ташкилот Она ва бола саломатлиги муаммолари бюроси номи билан атала бошлади.

Ривожланаётган мамлакатларда болалар саломатлиги муаммоларига Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, ЮНИСЕФ, шунингдек нодавлат ташкилотлар бошчилигида алоҳида эътибор бериладиган бўлди. Бирламчи тиббий ёрдам муаммоси Олмаота анжуманидан кейин (1978) алоҳида аҳамият касб этади. Анжуман болаларнинг оптимол ривожланиши ва улар орасидаги юқори ўлим даражасини пасайтириш учун чақалоқларни иммунизация қилиш, диарея билан ўтадиган касалликларнинг олдини олиш ва тўғри даволаш, болаларни кўкрак сути билан боқиш ва овқатлантириш, у ёки бу моддалар етишмаслигидан келиб чиққан ривожланиш нуқсонлари профилактикасининг аҳамиятини таъкидлаб ўтган эди.

Кўкрак ёшидаги болаларнинг саломатлик ҳолатини баҳолаш мезонлари

Туғилиш ва гўдакларнинг ўлими умуман турмуш даражасини ҳамда соғлиқни сақлаш тизими самарадорлигини кўрсатадиган муҳим индикатор. Улар Болалар ва гўдаклар ўлимини қисқартириш бўйича дастурлар жорий қилинганда яхшиланади.

БМТ, ЖССТ ва АҚШ саломатлик статистикаси миллий маркази таърифи бўйича тирик туғилганлик — она танасидан ҳомиладорликнинг давомлилигидан қатъи назар, бўйида бўлиш маҳсулотини ҳайдаш ёки озод бўлиши билан тўлиқ тугалланган ва ҳомила ажралиб чиққандан сўнг нафас олаётган ва ҳаётнинг бошқа ҳар қандай белгилари—юрак қисқаришлари, киндик пулсацияси ёки ихтиёрий мушаклар ҳаракатларни киндик қирқилганми ёки плацента ҳайдалиши рўй берганми, йўқми бундан қатъи назар намоён қилишидир. Бундай туғилган ҳар бир маҳсулот тирик туғилган деб қаралади. Туғиш ўз-ўзидан, табиий жинсий йўллар орқали,

омбурлар солиш билан, вакуум экстракцияси қўлланилиб, кесар қирқиши йўли билан ва анамнезда табиий кесар қирқиши билан бўлиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг гестацион даври-охирги ҳайз кўришнинг биринчи кунидан туғруқ кунигача бўлган вақт оралиғидир. *Туғилишдаги вазн-янги туғилган чақалоқнинг туғилган захотидаги вазндир. 2500 г дан паст вазн туғилгандаги паст вазн* сифатида белгиланади ва шу вазн билан янги туғилган чақалоқларнинг янги туғилганлар умумий сонидан фоизлардаги улуши туғилишдаги паст вазн кўрсаткичи деб аталади. *Туғилишдаги ўта паст вазн кўрсаткичи-* бу 1500 г дан паст вазн билан туғилган чақалоқларнинг фоиз улушидир. Кўп ҳомилали туғруқлар омилининг бу кўрсаткичларга таъсирини камайтириш учун баъзан уларни фақат бир ҳомилали туғруқларда ҳисоб-китоб қилинади.

Фетал ва гўдаклар ўлими

Ҳомила ўлими ёки ўлик туғилиш —ҳомиладорлик давомлигидан қатъи назар, она танасидан тўлиқ ҳайдалган ёки озод бўлган, бўйида бўлиш маҳсулотининг ўлиמידир. Ажралиб чиққандан сўнг нафас ёки бошқа ҳаёт аломатлари бўлмаслиги, чунончи юрак қисқаришлари, киндик пульсацияси ёки ихтиёрий мушаклар ҳаракатлари бўлмаслиги каби маълумотлар ўлимдан далолат беради.

6.8 жадвал

Кўрсаткичлари энг паст бўлган мамлакатларда гўдаклар ўлими (1960-1996), 1 минг тирик туғилишларга

| Мамлакат | 1961 й. | 1983 й. | 1990 й. | 1993 й. | 1996 й. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Финляндия | 22 | 6 | 6 | 4 | 4 |
| Швеция | 16 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| Сингапур | 31 | 9 | 6 | 5 | 4 |
| Япония | 31 | 6 | 5 | 5 | 4 |
| Дания | 22 | 8 | 8 | 6 | 6 |
| Гонконг | 32 | 10 | 7 | 6 | 6 |
| Ирландия | 32 | 10 | 8 | 6 | 6 |
| Германия | 34 | 11 | 8 | 6 | 5 |
| Норвегия | 34 | 11 | 8 | 6 | 5 |
| Нидерлангия | 15 | 8 | 8 | 6 | 5 |
| Швейцария | 25 | 8 | 7 | 6 | 5 |
| Австрия | 37 | 12 | 8 | 7 | 5 |
| Буюк Британия | 25 | 10 | 8 | 7 | 6 |
| Канада | 25 | 9 | 7 | 7 | 6 |
| Австралия | 21 | 10 | 8 | 7 | 6 |
| Янги Зеландия | 22 | 13 | 8 | 7 | 7 |
| Италия | 25 | 13 | 8 | 7 | 7 |

| Мамлакат | 1961 й. | 1983 й. | 1990 й. | 1993 й. | 1996 й. |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Исроил | 44 | 12 | 9 | 7 | 6 |
| Жанубий Корея | 83 | - | - | 8 | 6 |
| Франция | 29 | 9 | 7 | 7 | 5 |
| Испания | 45 | 11 | 8 | 8 | 5 |
| Бельгия | 30 | 10 | 8 | 8 | 6 |
| Греция | 53 | 15 | 10 | 9 | 8 |
| Чехия | - | - | - | 9 | 6 |
| АҚШ | 25 | 11 | 9 | 9 | 8 |
| Куба | 35 | 17 | 11 | 9 | 10 |

Эслатма. 1993, 1996-1997 йй. кўрсаткичларнинг тутган ўринлари

Гўдаклар ўлими минтақавий ва халқаро қиёсий тадқиқотлар учун аҳолининг саломатдик ҳолатини кўрсатадиган индикатор сифатида қабул қилинган, чунки унинг даражаси социал-иқтисодий, соғлиқни сақлаш ва экологик омилларининг кумулятив таъсирини тавсифлаб беради. Ривожланган мамлакатларда чақалоқлар ўлими, одатда, 1 минг тирик туғилишларга 9 дан паст, уларнинг кўпчилигида эса 1 минг тирик туғилишларга 6 ва ҳатто 5 тани ташкил қилади, кўпгина ўлим ҳоллари туғруқларда ёки чақалоқ ҳаётининг биринчи ҳафтасида (эрта неонатал ўлим) рўй беради ва туғма аномалиялар ва туғруқ шикастларига алоқадор бўлади.

6.6 илова

ГЎДАКЛАР ЎЛИМИНИНГ АСОСИЙ САБАБЛАРИ

Ривожланган мамлакатлар-гўдаклар ўлими 1 минг тирик туғилишларга 20 дан кам.

1. Туғма аномалиялар.
2. Тўсатдан ўлим синдроми (SIDS).
3. Ой-куни тўлмасдан туғилиш (туғилганда вазн пастлиги).
4. Респиратор дистресс-синдром.
5. Ҳомиладорлик асоратлари.

Ривожланаётган мамлакатлар-гўдаклар ўлими 1 минг тирик туғилишларга 30 дан юқори

1. Ўткир респиратор касалликлар.
2. Меъда-ичак касалликлари.
3. Ой-куни тўлмасдан туғилиш / туғилганда вазн пастлиги
4. Қизамиқ.
5. Ҳомиладорлик асоратлари.
6. Неонатал қоқшол.

Ривожланаётган мамлакатларда гўдаклар ўлимининг катта улуши постнеонатал даврга тўғри келади ва ўткир респиратор касалликларга, меъда-ичак касалликларга ва ой-куни тўлмайдиган туғилишга (туғилгандаги паст вазн) боғлиқ, қизамиқ ва қоқшол ҳам ривожланаётган мамлакатларда гўдаклар ўлимининг сабабларидан бўлиб ҳисобланади. Ривожланаётган мамлакатларда умумий гўдаклар ўлими 1 минг туғилишларга 30 тадан кўпроқни ташкил этади. Профилактик чоралар-иммунизация, кўкрак сутини эмизиб боқиш, ўткир респиратор касалликларни тўғри даволаш ва меъда-ичак касалликларида регидратацион терапия постнеонатал даврда ижобий натижалар беради. Сиртдан қараганда соғлом боланинг тўсатдан ўлими синдроми (SIDS) ҳаётининг биринчи йили охирида ва иккинчи йили бошида учрайди. 1990 йилда Буюк Британияда у постнеонатал даврда 45% ўлим ҳолларининг сабабчиси бўлди. SIDS турли-туман сабабларга боғлиқ ва аксарият кам таъминланган ва тўлиқ бўлмаган оилаларда учрайди.

6.9 жадвал

АҚШ да ирқлар бўйича гўдаклар ўлими (1950-1995),
1 минг тирик туғилишларга

| Кўрсаткич | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1985 й. | 1995 й. | Ўзгаришлар (1950-1995),% |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------------------|
| Неонатал оқ танлиларда | 19,4 | 17,2 | 13,8 | 7,4 | 6,0 | 4,1 | -79 |
| Неонатал қора танлиларда | 27,8 | 27,8 | 22,8 | 14,6 | 18,6 | 9,8 | -65 |
| Постнеонатал оқ танлиларда | 7,4 | 5,7 | 4,0 | 5,5 | 3,2 | 2,2 | -70 |
| Постнеонатал қора танлиларда | 16,1 | 16,5 | 9,9 | 7,3 | 6,4 | 5,3 | -67 |
| Аҳоли бўйича ўргача | 29,2 | 26,0 | 20,0 | 12,6 | 10,6 | 7,6 | -74 |

АҚШ жамоат соғлиғини сақлаш соҳаси мақсадга йўналтирилган дастурларни ўрганиш учун қизиқарли мисол бўла олади. Федерал соғлиқни сақлаш органлари мамлакатда гўдаклар ўлимини қисқартиришни мақсад қилиб қўйган ва бу мақсадни қўлга киритиш учун монанд шароитларни таъминлаш бўйича чоралар кўрган. Масалан, перинатал даврда ва бола ҳаётининг биринчи йилида тиббий кузатувнинг оммабоплиги бунга ёрқин мисолдир. 1950 дан 1991 йилгача АҚШ да

гўдаклар ўлими деярли уч барабар камайтирилди. 1979 йилда чақалоқлар ўлими 1 минг тирик туғилишларга 15 ни ташкил қилганда 1990 йилга келиб, бу кўрсаткични 9 дан ошмайдиган даражагача пасайтириш вазифаси қўйилган эди ва бу мақсад амалга ошди. Бироқ, оқ ва қора танли аҳолида бу кўрсаткичлар жиддий равишда фарқ қилади. Гўдаклар ўлими ҳамма этник гуруҳларда пасайган бўлсада, қора танли америкаликларда оқ танлиларга нисбатан у икки барабардан юқори. Бу социал-иқтисодий вазиятни ва аҳолининг ушбу гуруҳи учун тиббий парваришнинг етарли эмаслигини акс эттиради.

Чақалоқни парвариш қилиш ва боқиш (эмизиш)

Янги туғилган чақалоқ оила ва тиббиёт ходимларининг қўллаб-қувватлаши билан таъминланадиган она парваришига бутунлай боғлиқ. Жисмоний ва эмоционал илиқлик, озодалик ва она билан эмоционал алоқа тўғри овқатлантириш каби зарур. Кўкрак бериб боқиш айна муддао, кейинчалик рационга витаминлар, темир ва қуруқ овқатлар киритилиши керак. Болани тўғри овқатлантириш парваришнинг муҳим томони ҳисобланади, бунга тиббиёт ходимлари алоҳида аҳамият беришлари керак. У чақалоқнинг яшаб кетиши ва соғлом бўлиши учун инфекциян касалликларнинг профилактикаси ва иммунизацияси каби муҳим. Шунга кўра овқатлантириш бўйича онага бериладиган маслаҳатлар тиббиёт ходимларининг диққат марказида туриши лозим.

Кўкрак бериб боқишни имкон борича эрта бошлаш лозим. Бу дастлабки 4-6 ой мобайнида овқатлантиришнинг бирдан-бир шакли бўлиши керак, сўнг қаттиқ овқатлар қўшилади. 2-ҳафтадан А ва D витаминларини ҳар куни бера бошлаш лозим, темир сақлайдиган шарбатни С витамини билан бирга 4 ойликдан бошлаб ва бир йилгача кунига 7-15 мг дан боланинг вазнига қараб берган маъқул.

Кўкракдан эмизиш тўхтатилгандан кейин бола рационини темир сақловчи маҳсулотлар билан тўйинтириш, уларни бир ёшгача бериш тавсия қилинади. Биринчи йил охиригача сигир сўтини рационга киритмаслик керак. Бола бир ёшдан оила дастурхони атрофида ўтириб овқат ейиши керак.

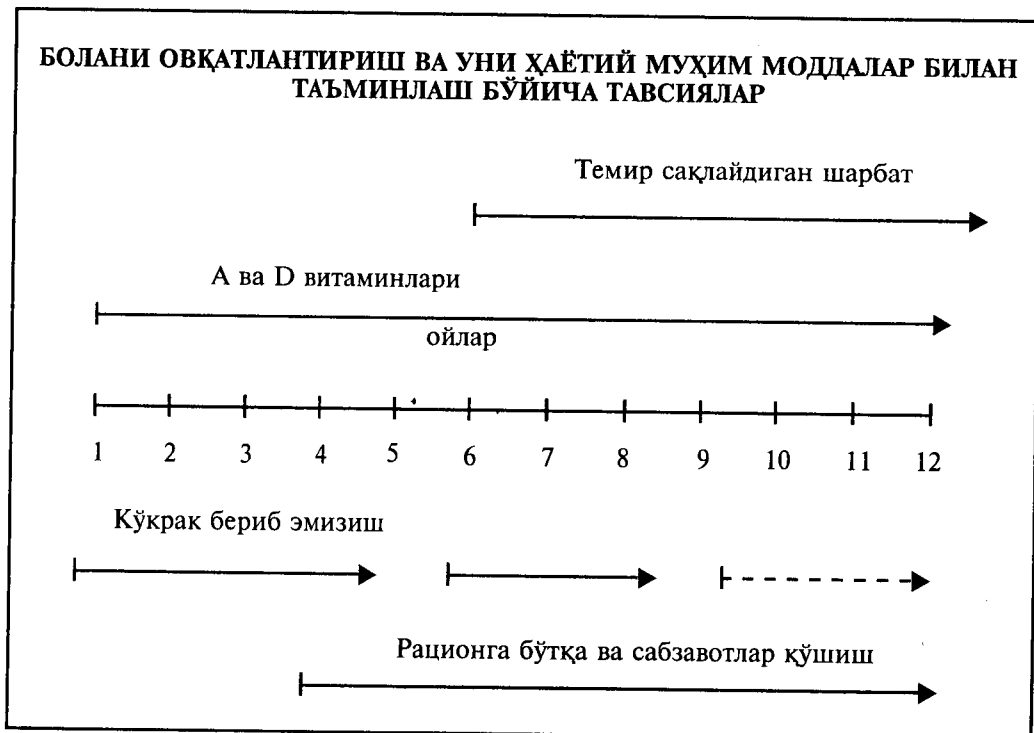
Она, ота ва оиланинг бошқа аъзолари томонидан кўрсатиладиган меҳр-муҳаббат болага ўзини хавф-хатарсиз сезиш имконини беради ва жисмоний, ақлий ва эмоционал ривожланиши учун зарур ҳисобланади. Бола билан ўйнаш ва унга қарата айтилган гап ҳам нормал ривожланишга ёрдам беради.

Ҳаётнинг биринчи 15 ойида (4-бобга қ.) иммунизация дастури қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- комбинацияланган дифтерия-кўкйўтал-қоқшол вакцинаси (АҚДС)-4 доза (мактабда машғулотлар бошланиши олдидан),
- полиомиелитга қарши вакцина (OPV) — перорал вакцинация, 4 доза (мактабда машғулотлар бошланиши олдидан ва 16 ёшда),
- инактивланган полиомиелитга қарши вакцина (IPV) — икки ёки уч доза;
- В гепетитига қарши вакцина — 3 доза;
- қизамиқ, эпидемик паротит, қизилчага қарши вакцина — 1 доза (MMR)-1 доза (ва яна мактабда машғулотлар бошланиши олдидан).
- В гемофил инфлюэнцага қарши вакцина — 3 доза.

БЦЖ ҳанузгача болалар сили тарқалган бўлган минтақаларда эмланиши мумкин. Агар болага БЦЖ қилинмаган бўлса, туберкулин тестини, қизамиққа қарши, эпидемик паротит ва қизилчага қарши вакцинация билан бирга 12-15 ойлик ёшда ўтказиш мумкин. Вакцинацияга оид кўпгина дастурлар мавжуд ва бу масала жуда чигал ва қарама-қаршиликларга бой, бола врачлик кузатувидан ўтса ҳамма вакциналардан, жумладан мактабгача ва мактаб ёшида олса, бу унинг соғлом бўлишига гаров бўлади.

6.7 илова



Ҳужжатлаштириш, рўйхатга олиш ва мониторинг

Болалар поликлиникасида ва она қўлида боланинг типовой, тўлдириш қулай тиббий картаси бўлса тиббий парвариш стандартларини оширишга имкон беради. У шунингдек врачлик амалиётини тартибга солиш усули ҳамдир ва гўё даволаш жараёнига аралашув деб қаралиши ҳам мумкин.

6.8 илова

МАКТАБГАЧА ВА МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАНИНГ ТИББИЙ КАРТАСИ.

I. Ота-онанинг шахсий маълумотлари

Онаси: фамилияси, исми, ёши, оилавий аҳволи, маълумоти, касби.
Отаси: фамилияси, исми, ёши, оилавий аҳволи, маълумоти, касби, манзили, телефони, социал суғурта, уй шароити

II. Ҳомиладорлик / туғруқлар

Ҳомиладорликнинг кечиши
Туғилган жойи
Туғилгандаги вазни
Туғруқ тури
Туғилишдаги ҳолати
Апгар бўйича балл

III. Хавфли омиллар

Туғилишдаги паст вазн
Врачларга қилинган мурожаатлар
Туғруқларни кечиши
Оилавий аҳволи:
Ёлғиз она ёки ота
Социал шароити
Уй шароитлари
Оиланинг тиббий тарихи
Хавфга умумий баҳо

IV. Ривожланиш типи:

Ўсиш эгри чизиғи
график кўринишида
(соғлиқни сақлаш
Миллий статистика
маркази стандартларига
биноан)
Ёшга нисбатан оғирлиги
Ёшга нисбатан бўйи
Бўйга нисбатан вазни
Бош айланаси

V. Эмлаш дозалари ва реакция

БЦЖ
В гепатити
АКДС
Полиомиелит вакцина
ОРV
Инактивланган
полиомиелит вакцинаси
IPV
Қизамиқ, эпидемик
паротит, қизилчага
қарши вакцина
В гемифил инфлюэнцага
қарши вакцина

VI. Боқиш

Кўкрак бериб боқиш
(давомлилиги)
Формула
А ва D витаминлари
Темир
Рационга қаттиқ овқат,
(бўтқалар, мевалар,
сабзавотлар, тухум, гўшт
киритиш)

VII. Интеркуррент касалликлар

Меъда-ичак: ёш,
давомлилиги
Респиратор: ёш

VIII. Ривожланиш

Эшитиш
Кўриш
Атрофга реакция

IX. Тиббий текширишлар

Туғилгандан кейин
6 ҳафта
3 ой

6.8 илова давоми

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| давомлилиги | Оила аъзоларига | 6 ой |
| Госпитализация | муносабат | 12 ой |
| Хирургик аралашувлар | Тортиб олиш, | 24 ой |
| Бошқалар | жилмайиш, ушлаш | 36 ой |
| | Орқадан қоринга | 48 ой |
| | ўгирилиб ётиш | Мактабгача ёшда |
| | Тик туриш, юриш | Мактаб ёшида |
| | Нутқ: сўзлар, гаплар | |
| Х. Хавфли омилларни жамлаш | XI. Лаборатор текширишлар | XII. Иловалар |
| Социал | Фенилкетонурия | Маълумотлар, ривожланиш, |
| Оилавий | Гипотиреоз | мунгазам анализлар, |
| Генетик | Гемоглобин | касаликлар ва даволаш |
| Тиббий | Бошқалар | |
| Бошқалар | | |

Боланинг яхши тузилган тиббий картаси шакли даволовчи врач риоя қилаётган стандартларни белгилайди. Ҳатто боланинг соғлиқни сақлаш тизими билан контакти эпизодик тарзда булсада, тиббий карта болани узлуксиз тиббий кузатувини таъминлайди, даволовчи врачга клиник ёки эпидемиологик аҳамиятга эга бўлган муҳим тенденциялар ҳақида маълумот беради. Айрим маълумотлар ўсмирлик ёшида қизиқиш туғдирса, бошқалари фақат мактабгача ёшда аҳамиятга эга бўлади, шунинг учун уларни рўйхатга олиш турли ёндошувларни талаб қилади. Она қўлидаги карта ўсмирлик даврида ҳам сақлаб турилади ва қаттиқ қоғоздан ишланган иловада, яхшиси пластик конвертда бўлиб, ҳамма ахборотни ўзида сақлаши керак.

Бола ҳаётининг биринчи йили поликлиникага қатнаган даврида боланинг бўйи ва вазни тўғрисидаги ахборот ва ривожланишнинг бошқа кўрсаткичлари кунт билан ҳужжатлаштирилиши лозим. Ўсиш эгри чизиқлари ЖССТ томонидан тавсия этилиб, уларни АҚШ саломатлик статистикаси миллий маркази ишлаб чиққан. Улар халқаро стандартлардан иборат.

Мактабгача ёшдаги бола (1 ёшдан 5 ёшгача)

Мактабгача ёшдаги бола организми тез содир бўладиган ўзгаришлар ва ривожланиш билан характерланади. Америка педиатрия Академияси боланинг саломатлик ҳолатларини баҳолаш учун 12,15,18 ойлик ёшларида

ва 5 ёшда баҳо бериш учун текширишни тавсия қилди. Текширишга, жумладан гилайлик белгилари ва эшитиш бузилишлари ҳам киради. Гемоглобинга анализ (ёки гематокрит) ва сийдик анализини 18 ойлик ва 5 ёшлар ўртасидаги даврларда бир марта ўтказиш керак. Текширишга бола билан суҳбат ва кузатув ҳам киритилади. Аномалиялар топилган тақдирда болаларнинг ривожланиш муаммолари билан шуғулланадиган ихтисослашган муассасага юбориш лозим.

Хавфсизлик муаммолари ва болани рағбатлантириб тарбиялаш ота-оналар билан қатнаш вақтидаги суҳбатларда асосий муҳокама мазмуни ҳисобланади. Бу ёшда бахтсиз ҳодисалар хавфи жуда катта бўлади. Йиқилишлар, заҳарланишлар, овқатдан аспирация, электр токидан зарарланиш, суюқлик ва газдан куйиш хавфи уй шароитида хавфсизлик чоралари тизимини ишлаб чиқишга мажбур қилади. Боланинг иштаҳаси, тозалikka ўрганиши, ортиқча талабчанлиги ва инжиқлиги, ота-онаси, ака-ука ва сингиллари билан муносабатлари, рациони ва мустақил овқат ейиши, психомотор ривожланиши тўғри тиббий кузатувнинг бир қисми ҳисобланади.

Мактабгача ёшдаги боланинг жисмоний ва эмоционал ҳолати соғлиги ва кейинги ривожланиши учун замин бўлиб хизмат қилади. Иммунизация дастурини тўлиқ ўтказиш, тўғри овқатлантириш, рационга витаминлар ва минерал қўшимчалар қўшиш, интеркуррент инфекцион касалликларни тўғри даволаш жуда муҳимдир. Илиқ муносабатда бўлиш, хайрихоҳлик, бола билан суҳбатлашиш, тасвирий санъат ва мусиқага қизиқиш уйғотиш тарбиянинг ва бола билан ўйинлар ўтказишнинг бир қисми ҳисобланади. Ҳатто меҳрибон ва ғамхўр ота-оналар ҳам бола шахси потенциалини тўла-тўқис очиш учун малакали инструкторлар маслаҳатига ва қўллаб-қувватлашига муҳтож бўладилар.

Давлат миқёсидаги соғлиқни сақлаш фаолияти юра бошлаган болалар хавфсизлигини ва соғлиғини муҳофаза қилишда муҳим ўрин тутди. Бунга автомобилда болалар учун хавфсиз ўриндиқлардан фойдаланиш, дорилар ва заҳарларни болалар ололмайдиган шаклда чиқариш, бўёқлар кимёвий таркибидан қўрғошинни чиқариш, болалар учун кийимларни осон алангаланадиган матолардан тикишни тақиқлайдиган стандартларни жорий этиш, тиббиёт ҳамширалари ва ўқитувчилар тайёрлайдиган ўқув юртлари устидан назорат ўрнатиш сингари омиллар киради. Яна бир муҳим омил болаларни зўравонлик, тазйиқ ва турмушдаги бахтсиз ҳодисалардан сақлаш ҳисобланади.

Ишлайдиган аёллар фоизи юқори бўлган ривожланган мамлакатларда болаликни муҳофаза қилиш мактабгача болалар муассасаларини ташкил этишни ўз ичига олади, уларга қатнаш бола соғлиғига ҳам салбий, ҳам

ижобий таъсир кўрсатиши мумкин. АҚШ да рўйхатга олинган болалар муассасаларига қатнайдиغان болаларда меъда-ичак бузилишлари бундай муассасаларга қатнамайдиغان болалардагига нисбатан 3-4 марта юқори. Финляндияда (1984-1989) ўтказилган тадқиқот бир ёшдаги болаларда шамоллаш, ўрта қулоқ яллиғланиши ва зотилжам ҳоллари уй шароитларида эмас, балки болаларнинг кундузги яслиларда бўлиши натижасида 41-85 % ҳолларда учраганини кўрсатди. Иккинчи томондан, яхши ташкил қилинган болалар муассасаларига қатнаш болаларнинг социал кўникмаларни эгаллашига, тўла қимматли овқатланишга ва малакали тарбиячилар диққат-эътиборига сазовор бўлишига имкон беради. Мактабгача болалар муассасалари болаларга гигиеник кўникмалар ва хулқ-атвор қоидаларини ўргатишлари лозим. Бу муассасаларнинг тиббий таъминотида ўз вақтида иммунизация тадбирларини ўтказиш ва ривожланишга баҳо бериш киради, бу ота-оналарнинг болаларини эмоционал ва тиббий эҳтиёжлари билан тўқнашганда асқотиши мумкин.

Мактаб ёшигача ўқитишнинг социал-иқтисодий жиҳатдан қолақ болалар учун айниқса афзаллиги 1960-йилларда АҚШ да қашшоқликка қарши кураш кампанияси вақтида «Хедстарт» дастури билан қамраб олинган болаларнинг ривожланишига доир тадқиқотларида намойиш қилинган. Дастурда қатнашган ночор оилаларнинг болалари дастур билан қамраб олинмаган социал шароити ўхшаш тенгдошларига нисбатан мактабда фанларни яхши ўзлаштирганлар, уларга қарши жинойий ишлар камроқ очилган. Бу жиноятчиликнинг пасайишига, махсус ўқитишга ва жамоат қўллаб-қувватлаши дастурига харажатларни қисқартиришга имкон берди.

Мактаб ёшидаги болалар саломатлиги

Буюк Британияда 5 ёшдан ошган болаларнинг ўлимига асосан бахтсиз ҳодисалар сабаб бўлади, уларнинг учдан икки қисмини йўл-транспортдаги фалокатлар ташкил қилади. Болалар ҳаётига таҳдид соладиган хатарлар шу билан чегараланиб қолмайди. Жамоат соғлигини сақлашнинг мактаб ёшидаги болалар хусусидаги сиёсатининг асосий мақсади соғлом ҳаёт фаолиятини таъминлайдиغان хулқ-атвор кўникмалари ва одатларини тарбиялаш ҳисобланади.

СОҒЛИҚНИ МУҲОҒАЗА ҚИЛИШ МАКТАБ ДАСТУРИ

1. Мактабда соғлом ва хавфсиз муҳит қарор топганлиги.
2. Соғлиқнинг ўқитиш дастурида фан сифатида ўқитилиши.
3. Мактабда тиббий кузатув.
4. Жисмоний тарбия машғулоти.
5. Ривожланишида четланишлар ва нуқсонлар бўлган болаларни одатдаги мактаб дастури доирасида ўқитиш.
6. Ўқитувчи ходимларни санитария-гигиена маорифига ўқитиш ва назорат қилиш.
7. Овқатланиш/озиқ-овқатдан рўй берадиган бузилишлар.
8. Оилавий ҳаёт ва жинсий тарбия дарслари, оналикка, оталикка тайёргарлик, контрацепция.
9. Таносил касалликлар ва СПИД профилактикаси.
10. Тажовузкорлик ва жинсий зўравонлик: олдини олиш ва тегишли идораларга хабар бериш.
11. Хавфсиз хулқ-атвор кўникмалари: ёнғинларнинг олдини олиш, йўловчилар, транспорт воситаларининг ҳайдовчилари ва пассажирларнинг шикастланиши, очиқ сув ҳавзаларида чўмилишда хавфсизлик.
12. Заҳарловчи моддалар билан тасодифий дуч келганда эҳтиёткорлик, чекишнинг хавфини тушуниб етиш.
13. Шахсий гигиена ва спорт.
14. Биринчи ёрдам кўрсатишга тайёргарлик: юракни массаж қилиш, сунъий нафас олдириш.
15. Контагиоз касалликлар тарқалишини назорат қилиш.
16. Руҳий ва эмоционал соғлиқ: ўз жонига қасд қилиш ва зўравонликнинг олдини олиш.
17. Жамоа соғлиғи.

Мактаблардаги саломатлик дастурлари теварак-атрофнинг хавфсиз ва соғломлигини, жумладан санитария шароитлари, зўравонлик йўқлиги, ҳарорат режимини сақлаш, ўқитиш ва дам олиш учун спорт иншоотларини яратишни кафолатлаши керак. Мактаб ошхоналари ўқувчиларни яхши овқат билан таъминлайди. Тиббий назорат мактабга ўқишга киришда ҳамда юқори синфларда иммунизацияни тегишлича фаоллаштирадиган тўлиқ иммунизация йўли билан сунъий иммунитетни қўллаб-қувватлашни ўз ичига олади. Мактаб ёшидаги болаларга соғлом ривожланиш учун жисмоний фаоллик зарур, шунинг учун физкультура машқлари умумий мактаб таълими дастурининг бир қисми бўлиб қолиши керак.

Саломатлик муаммоларига алоқадор бўлган ўқув фанларининг потенциалидан жамоат соғлиқни сақлаш тизими фойдаланиши керак.

Унинг тавсияларига кўра соғлиқни мустаҳкамлаш мавзулари ўқитувчиларни тайёрлаш дастурларига ҳам, мактабда ўқитиш дастурларига ҳам киритилиши керак. Ўқитишнинг дастлабки йилларида унинг ўрганиш доирасига: хавфсизлик (ёнғинлар ва кўча ҳаракати), оғиз бўшлиғини санация қилиш (тишларни ювиш ва чайиш), соғлом овқатланиш одатлари, гигиена, одам ҳаёт фаолияти ва соғлом турмуш тарзи (уйқу ва жисмоний машқлар) киритилиши мумкин. Болага нисбатан зўравонлик ўтказиш, ривожланиш нуқсонлари ва наркотиклар истеъмоли қушимча ўрганилиши мумкин.

Бошланғич ва ўрта мактабларнинг таълим дастурларида индивидуал хулқ-атвор, жумладан оиладаги муносабатлар, жинсий муносабатлар, «йўқ» деб айтиш ҳуқуқи, ота-оналарнинг бурчлари, контрацептив воситалар, таносил касалликлар ва СПИД профилактикасига эътибор берилади. Бу ёш гуруҳида бахтсиз ҳодисаларнинг профилактикаси ҳам муҳимдир. Велосипед ёки мотоцикл ҳайдашда шлемлардан фойдаланиш, ҳатто унчалик оғир бўлмаган шикастланишларда аксарият ўлим билан тугайдиган калла суяги-мия шикастларининг даражасини нечоғлик пасайтиришини ўрганиш билан боғлиқ бўлиши керак.

6.10 жадвал

АҚШ да болалар ва ёшларнинг умумий ўлими
(1950-1995), 100 минг кишига

| Ёш гуруҳи | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1985 й. | 1988 й. | 1996 й. | Ўзгаришлар (1950-1995),% |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------------------|
| 1-4 | 139 | 109 | 85 | 64 | 52 | 52 | 41 | -71 |
| 5-14 | 60 | 47 | 41 | 31 | 27 | 26 | 23 | -62 |
| 15-24 | 128 | 107 | 128 | 115 | 95 | 100 | 95 | -26 |

Болалар ва ўсмирлар ҳамма вақт ҳам қулай социал муҳитда яшамайдилар, бу эрта жинсий фаолликка, чекишга, наркотиклар истеъмол қилишга, овқат бузилишларига, бахтсиз ҳодисаларга, ўз-ўзини ўлдиришлар ва зўравонликка олиб келади. Тўғри жинсий тарбия дастурларига алоҳида эътибор берилиши керак. Мактаб уларнинг ҳаётида муҳим ўрин тутаяди ва фақат ахборот манбаи бўлиб хизмат қилмай, одатлар ва кўникмаларни шакллантиради, орттирилган бу билимлар эса бола умрининг бутун мобайнида сақланиб қолади. Жамоат соғлиқни сақлаш тизими соғлиқ дастурларига фаол ёндошув ўқитиш дастурининг ажралмас қисми бўлиб қолишидан манфаатдор бўлиши керак. Соғлиқ

масалалари бўйича ўқувчилар қўмиталари, ўқитувчилар ва ота-оналар жамоалари иштирокида ўқувчиларнинг санитария-гигиеник маълумотларини кенгайтириш мумкин.

Жисмоний ва руҳий ривожланишда бузилишлар бўлган болаларнинг эҳтиёжларини аниқлаш ва пайқаш ўқув даргоҳи вазифаларидан бирига айланиши керак. Педагогик ходимлар махсус тайёргарликдан ўтишлари, мактаб биноси тегишлича жиҳозланган бўлиши, шу муаммолари бўлган болалар мактабда ўқий оладиган бўлишлари керак. Ўқувчилар етарлича овқатланмаслигидан то болаларга жисмоний зўравонлик ўтказишгача бўлган белгиларни аниқлаш бўйича ўқитувчилар жисмоний ва социал ночорлик зарурлиги тўғрисида тушунчага эга бўлишлари керак.

Инфекцион касалликларнинг профилактикаси чоралари, санитария кузатуви ва вакцинация, мактаб ёшидаги болалар учун овқатланишни яхши йўлга қўйиш туфайли кўпчилик мамлакатларда мактаб ёшидаги болалар, ўсмирлар ва ёшларнинг саломатлиги яхшиланди. Бу ёш гуруҳларидаги умумий ўлим камайган бўлсада, бироқ мактабгача ёшдаги ва кичик мактаб ёшидаги болалар ўртасида ўлим кўпроқ пасайди. Ўсмирлар ва ёшлар саломатлиги ҳам яхшиланди, лекин турли шакллардаги шикастланишлар муаммоси кун тартибидан тушганича йўқ ва кўпгина навқирон ёшларни йўқотишга сабаб бўлмоқда.

Ўсмирлар

Ўсмирлик ёши болалиқдан катта ёшдаги ҳолатга ўтишнинг қийин ва хавфли даври ҳисобланади. Ўсмир ҳали ўзида ишонч сезмайди, бироқ айна вақтда ўзига мустақилликни ва ўз бахт-саодати учун масъулиятни зиммасига олишни талаб қилади. Буларнинг ҳар иккаласи ўта кучли шахсий ва оилавий кечинмаларга олиб келиб, ўсмирнинг жисмоний ва руҳий саломатлиги учун катта хавф-хатарлар туғдиради. Бу ёш гуруҳида (айниқса ўғил болаларда) зўравонлик, бахтсиз ҳодисалар ва ўз жонига қасд қилиш натижасида ўлим ҳоллари анчагина кўп учраб туради. Балоғатга етиш даврида ўсмир қизларнинг ҳомиладор бўлиб қолишлари, ўсмирнинг таносил касалликлар ва СПИД юқтириш хавфи ниҳоятда юқори бўлади. Бу айнақса гиёҳванд моддалар истеъмол қилинганда кўп рўй беради.

Ўсмирлар саломатлигининг асосий муаммолари: овқатланиш, руҳий саломатлик, шикастланишлар, хулқ-атвор ва жинсий муаммолардир.

Ушбу муаммоларнинг ҳар бири ҳар бир одамдан оила, таълим ва жамоат соғлиқни сақлаш тизимидан масъулият талаб этади. Қуйида келтирилган жадвал АҚШ да 1995 йилга қадар ўсмирлар ва ёшлар ўртасида (15-24 ёшда) ўлимнинг пасайганлигини кўрсатади. Бу

кўрсаткичнинг яқинда ошганлиги— миллий жамоат соғлиқни сақлаш тизимининг 1990 йилга келиб, бу ёш гуруҳида ўлимни 100 минг кишига 85 дан ошмайдиган даражага келтиришга уринишлари беҳуда кетганлиги оқибатидир. Бу муваффақиятсизлик, асосан, зўравонлик ва СПИД туфайли содир бўлди.

Кўпинча ўсмирларнинг ҳаёти зўравонлик ёки ўз-ўзини ўлдиришга уринишлар оқибатида хавф остида қолади. Шикастланиш ва зўравонлик-АҚШ да ва бошқа ривожланган мамлакатларда ўсмир ўғил болалар ўлимининг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади. Ўз-ўзини адо қилишнинг бошқа шакллари қаторига овқатланишнинг бузилишлари, наркотик моддалар истеъмол қилиш, чекиш ва ичкиликбозлик киради. 1980-1991 йилларда АҚШ да 15-24 ёшдаги эркак аҳоли орасида ўлим динамикаси ўз жонига қасд қилиш ва оқ танлилар орасида ўлдиришлар улушининг барқарорлигидан далолат беради, айти вақтда қора танли ёш йигитлар орасида ўлдириш кўрсаткичлари деярли икки баравар ўсган, ўз жонига қасд қилишлар сони эса фақат учдан бирга ўсган, йўл-транспорт ҳодисаларидан ўлим иккала гуруҳда пасайган.

6.11 жадвал

АҚШ нинг 15-24 ёшдаги эркак аҳолиси ўртасида ўз жонига қасд қилиш, ўлдириш ва ЙТХ натижасидаги ўлим (1950-1995), 100 минг кишига

| Сабаблари | Оқ танли эркаклар | | | Қора танли эркаклар | | |
|----------------------|-------------------|---------|---------|---------------------|---------|---------|
| | 1950 й. | 1980 й. | 1995 й. | 1950 й. | 1980 й. | 1995 й. |
| Ўз жонига қасд қилиш | 7 | 21 | 24 | 5 | 12 | 18 |
| Ўлдириш | 4 | 16 | 17 | 59 | 84 | 132 |
| ЙТХ | 58 | 74 | 43 | 53 | 42 | 31 |

Эслатма: Ўлдиришга қатл қилиш ҳам кирган.

Эпидемиологик ва психологик нуқтаи назардан ўз-ўзини ўлдириш билан суицидга муваффақиятсиз уриниш ўртасида жиддий тафовутлар бўлади. Ўз-ўзини ўлдиришлар аёлларга қараганда эркаклар орасида кўпроқ учрайди. Бир марта ўз-ўзини ўлдиришга уринган одам яна қайтадан уринишлар қилиши билан хавфли. Шунинг учун депрессия ёки бошқа руҳий бузилишларнинг аниқ белгилари бўлган шахсларга нисбатан тўғри муносабатда бўлиш ва уларга кўпроқ диққат-эътиборни қаратиш ўз-ўзини ўлдириш ҳоллари миқдорини жиддий пасайтирадиган профилактик чоралардан ҳисобланади.

АҚШ соғлиқни сақлаш тизими 2000 йилга келиб, 15-24 ёшдаги гуруҳ орасида ўз жонига қасд қилиш натижасидаги ўлимни 100 минг кишига 11 ҳолларгача қисқартириш вазифасини қўйган эди. Канадада ўз-ўзини ўлдириш эркаклар ўлими сабаблари орасида еттинчи ўринни эгаллайди, у ЙТХ (йўл-транспорти ҳодисалари) натижасидаги ўлим билан деярли тенглашди ва диабетдаги ўлимдан юқори. Шимолий Америкада ва Оврупода суицид хавфи ошган гуруҳ ёш эркаклардир, бу кўрсаткичлар Венгрия, Финляндия ва Швецияда айниқса юқори.

Нотўғри овқатланиш-ўсмир қизлар орасидаги хулқ-атвор бузилишининг тарқалган шакли бўлиб, улар навбатдаги топ-моделга ўхшашга уринадилар. Натижада улар оғир, баъзан эса летал оқибатларга олиб борадиган касалликларга (анорексия ёки булимия) мубтало бўладилар. АҚШ да бу патология катта мактаб ёшидаги ва талабалик ёшидаги 5% гача қизларда учрайди ва спортчи қизлар ва раққосаларнинг муайян қисмини қамраб олган касб касаллиги ҳисобланади. Кўп овқат ейиш оқибатида юзага келадиган семизлик ҳам бу ёшда депрессияларга ва ортиқча сезучанликка олиб келиши мумкин. Профилактикаси санитария билимларини эгаллаш, эрта ташхис қўйиш, тегишли маслаҳатлар бериш ва гуруҳ-гуруҳ қилиб терапия ўтказишдан иборат.

Ўсмирларнинг жинсий турмушни эрта бошлашлари қатор хавф-хатарларга олиб келиши мумкин: режалаштирилмаган ҳомиладорлик, таносил касалликлар, наркотиклар ва алкоголь истеъмол қилиш ва катта ҳаётга тайёргарликнинг етарли эмаслиги шулар жумласига киради. Бу муаммоларнинг профилактикасида мактабдаги ўқитиш дастурларига тегишли билимларни киритиш йўли билан тарқатиладиган маориф муҳим ўрин тутиши керак. Болаларни фоҳишабозликка тортиш, уларнинг уйидан қочиб кетишлари, саёқ ва қаровсиз қолишларига қарши миллий миқёсда кураш олиб борилиши керак. Бундан ташқари, ихтисослашган муассасаларда тарбияланаётган етим ва ногирон болаларни тарбиялашнинг стандарт дастурлари ишлаб чиқиши керак. Бу муаммолар Жанубий Америка ва Жануби-Шарқий Осиё мамлакатларида айниқса долзарб ҳисобланади.

Таълим, социал хизмат ва ҳуқуқни муҳофаза қилувчи органлар тизими ихтиёрига кирувчи ўсмирлар ўлими-жиддий социал муаммо, бироқ унинг тиббий жиҳатлари ғоят муҳим, шунинг учун давлат ва соғлиқни сақлаш тизими уни ҳал қилишда катта рол ўйнайди. Бу хавф гуруҳларига таъсир кўрсатишга машҳур спортчилар, хонандалар ва созандалар жалб этилиши керак, улар ўсмирга ўз-ўзига ишонч сезгисини оширишга, атроф воқеликка мослашишга ва катта ҳаётда ўз ўрнини топишга ёрдам берадилар.

Катта ёшдагилар саломатлиги

Меҳнатга лаёқатли ёшдаги (25-64 ёш) катта кишиларнинг соғлиги, оила саломатлиги учун ва умуман аҳоли фаровонлиги учун алоҳида муҳим ўрин тутати. Аҳолининг энг катта гуруҳи ва жамиятда асосий ишлаб чиқарувчи куч бўлган бу кишилар ноинфекцион касалликларга кўп учраб турадилар. Бу ёш гуруҳидаги эркаклар ўртасидаги ўлим социал дисбалансни вужудга келтириб, унинг оқибатида катта ёш гуруҳларида аёллар эркакларга нисбатан кўпчиликти ташкил қилади. Эркаклар ўртасидаги ўлимнинг юқорилигини клиник тиббиёт ва жамоат соғлигини сақлашдаги мавжуд билимлар ва технологиялар ёрдамида бартараф этиш мумкин. Катта ёшдаги эркаклар хавф омилини пасайтириш ва саломатлик омилининг таъсирини кучайтириш учун профилактик ва клиник тиббиётнинг саъй-ҳаракатлари жамланадиган мақсадли гуруҳ бўлиб қолишлари керак.

Касалланиш ва ўлимга сабаб бўладиган хавфли омиллар орасида организмнинг ўзига хос ички ва унга боғлиқ бўлмаган ташқи омиллари бўлади. Улардан юз берадиган кўпгина касалликлар ва ўлим хавфи ёшга, жинсга ва генетик мойилликка алоқадор ички омиллардан содир бўлишига қарамай, уларнинг талайгина қисми ташқи индивидуал турмуш тарзи ва теварак-атрофга боғлиқ бўлади. АҚШ да 1950 дан 1996 йилгача оқ танли эркаклар ўлимнинг аёллар ўлимига нисбати 6:12,6:13 жадвалларда кўрсатилган. Ҳамма ёш гуруҳларида, айниқса 35-74 ёш гуруҳларида ўлимнинг пасайиши кузатилган. Эркаклар ўлими 1950 ва 1970 йиллар орасида ўсган, бироқ 1970 йилдан бошлаб ўзгармаган ёки пасайиб борган.

Катта ёшдаги аҳоли саломатилиги даражасини ошириш унинг ҳаёт тарзини ўзгартиришга, индивидуал хавфни камайитиришга ва цереброваскуляр касалликлар, юрак ишемик касаллиги, шикастлар ва ракни пасайтиришга қаратилган кенг қўламли бирламчи ва иккиламчи профилактик дастурлар ишлаб чиқишни талаб қилади. Бу ўзгаришларнинг кўпчилиги қуйидаги масалаларга йўналтирилиши керак:

- чекишдан воз кечиш;
- клетчатка миқдори кўп ва ёғлар кам бўлган парҳез таомлар;
- мунтазам жисмоний машқлар;
- йўлларда ва иш жойида хавфсизлик;
- зўравонликка қарши кураш;
- танлаб тестлашга муҳтож беморларни аниқлаш учун диспансеризациялаш;
- гипертонияга умумий тестлаш ва уни даволаш;

- умумий тестлаш ва хавфли ўсмаларга хавф омиллари юқори бўлган гуруҳларни тестлаш ва тегишлича даволаш;
- хроник касалликлар, жумладан қандли диабет ва глаукоманинг илк белгиларига тест ўтказиш ва уларни даволаш;
- психологик ва психиатрик ёрдам бўйича хизматлар;
- инфекцион касалликлар профилактикаси ва тўғри даволаш;
- катта ёшдаги ҳамма аҳолини дифтерия-қоқшол анатоксини, хавф гуруҳларини гриппга ва пневмококк инфекцияларга қарши вакцина билан иммунизация қилиш.

6.12 жадвал

**АҚШ да оқ танли эркаларнинг умумий ўлими
(1950-1995), 100 минг кишига**

| Ёш гуруҳи | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1990 й. | 1995 й. | Ўзгаришлар (1950-1995)% |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------------------------|
| 25-34 | 185 | 163 | 177 | 171 | 176 | 178 | -3,80 |
| 35-44 | 381 | 333 | 344 | 257 | 268 | 288 | -24,40 |
| 45-54 | 985 | 932 | 883 | 699 | 549 | 535 | -45,70 |
| 55-64 | 2 304 | 2 225 | 2 203 | 1 729 | 1 467 | 1 331 | -42,20 |
| 65-74 | 4 865 | 4 848 | 4 810 | 4 036 | 3 398 | 3 199 | -34,24 |
| 75-84 | 10 526 | 10 300 | 10 099 | 8 830 | 7 845 | 7 321 | -30,40 |
| 85+ | 22 116 | 21 750 | 18 552 | 19 097 | 18 268 | 18 153 | -17,90 |

6.13 жадвал

**АҚШ да эркалар ва аёллар ўлимининг нисбати
(1950-1995), 100 минг кишига**

| Ёш гуруҳи | 1950 й. | 1960 й. | 1970 й. | 1980 й. | 1990 й. | 1995 й. |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 25-34 | 1,5 | 1,8 | 2,1 | 2,7 | 2,8 | 2,6 |
| 35-44 | 1,5 | 1,6 | 1,7 | 1,9 | 2,3 | 2,2 |
| 45-54 | 1,7 | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,8 | 1,8 |
| 55-64 | 1,7 | 1,9 | 2,1 | 1,9 | 1,8 | 1,7 |
| 65-74 | 1,5 | 1,7 | 1,9 | 1,9 | 1,8 | 1,7 |
| 75-84 | 1,1 | 1,3 | 1,5 | 1,6 | 1,6 | 1,5 |
| 85+ | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 1,2 |

Жамоат соғлиқни сақлаш тизими катта ёшдаги аҳоли касалланганда касалликнинг оғирлигини пасайтириш учун зарур бирламчи профилактика ва тестлаш дастурларини амалга оширишга жавобгар ҳисобланади. Хроник касалликлар 5-бобда бир мунча батафсил баён қилинган.

45-64 ёш гуруҳларидаги шахслар чекиш, ортиқча овқатланиш, етарли бўлмаган жисмоний ҳаракат каби хавфли омилларга айниқса сезувчан бўладилар. Улар шунингдек ўз ишларидан, ишни йўқотганларида эса ижтимоий ва оилавий ихтилофлардан, социал ва иқтисодий ўзгаришлардан, омади юришмаганлигидан ва оиланинг бузилишидан изтиробга тушадилар. Бу омиллар илмли, социал ва касб даражаси юқори кишиларга қараганда билим савияси ва социал мавқеи паст кишиларда кўпроқ учрайди.

Никотин, алкоголь ва наркотикларга қарамлик

Чекиш, алкоголь ва наркотиклар истеъмол қилиш замонавий жамиятларда касалланиш ва эрта юз берадиган ўлимнинг энг кўп тарқалган сабаблари қаторига киради. Хулқ-атвордаги бу индивидуал хусусиятлар ёки «турмуш тарзи» омиллари айрим шахсларнинг соғлиғига путур етказиб, эрта ўлимига сабаб бўлишидан ташқари, жамият зиммасига оғир юк бўлиб тушади. Бу соҳада кўрилаётган чоралар аҳволни ўзгартириши ва бу каби хавфли омилларнинг жамият соғлиғига таъсирини пасайтириши мумкин. Бу қоида янги жамоат соғлиғини сақлаш концепциясининг муҳим қисми ҳисобланади.

Чекиш

Тамаки чекиш юрак қон-томир касалликлари, ўпка раки ва бошқа касалликларнинг ривожланиш сабабларидан биридир. АҚШ тиббий хизмати Бошлиғининг 1964 йилда чекиш ва саломатлик муаммоларига бағишланган ҳисоботида хроник касалликларнинг сабаблари орасида чекишнинг марказий аҳамият касб этишидан далолат берадиган бой материал тақдим қилинган эди. Кейинги ҳисоботларда чекишнинг кейинги оқибатлари, шунингдек уни аҳолининг турли гуруҳларида кенг тарқалганлиги кўрсатиб ўтилди. Кўпинча биринчи сигарета 18 ёшгача чекилади ва кўпчилик чекадиган ўсмирлар никотинга қарам бўлиб қоладилар. Чекишга хавфли социал-психологик омиллар сабаб бўлади ва аксарият тамаки ўсмирлар учун биринчи наркотик модда бўлиб қолади, кейинчалик ўсмир қонун томонидан ман қилинган наркотиклар истеъмол қилишга ўтади. Жамоа миқёсидаги лойиҳалар жамоатчилик ўсмирларнинг тамаки чекишига муваффақиятли таъсир қилиши мумкинлигини кўрсатди.

Чекиш катта ёшдаги эркаклар орасида камайди, бироқ аёллар орасида бундай бўлмади. Шунинг натижасида эркакларда ўпка раки билан касалланиш барқарорлашди, аёлларда эса тобора кўпайиб бораяпти. Ўпка раки кўпгина ривожланган мамлакатларда аёлларнинг онкологик ўлимининг асосий сабабчиси бўлган сут бези ракидан ошиб кетди ёки унга яқинлашди.

Алкогол

Ичкилик ичиш илк цивилизация даврларидан бошланган инсоният маданиятининг бир қисмидир. Ичкиликка ружу қўйиш шахс соғлиғи учун ҳам, жамият учун ҳам жиддий муаммоларга олиб келади. Хроник алкоголизмда жигар циррози, юрак қон-томир касалликлари ва нормал ҳаёт кечириб ҳамда меҳнат қилишга имкон бермайдиган бошқа бузилишлар ривожланади. Ичкиликбозлик дардига мубтало бўлган шахс ўзи учун ҳам, жамият учун хатарли бўлиб қолади, зўравонлик қилади, йўлларда ва ишлаб чиқаришда фалокатларга сабаб бўлади. Ўлим ҳамма сабаблар бўйича алкоголиклар орасида юқори. 1988 йилда АҚШ да алкогольни суистеъмол қилиш оқибатида ўлим тўртинчи ўринни эгаллаган ва ҳамма ўлимларнинг 5% ини ташкил қилган. Бу 65 ёшгача бўлган АҚШ аҳолиси потенциал ҳаётининг 1,5 млн йўқотилган йиллари ва 3 млн потенциал ҳаётнинг йўқотилган йиллари деган гап. Алкогол инсон танасининг ҳамма аъзоларига зарар етказди ва уни ичиш кўпгина касалликлар: гипертония, бош мия инсульти, юрак ишемик касалиғи, жигар, қизилўнғач, ҳиқилдоқ, ўпка, меъда, чамбар ва йўғон ичак раки ва аёлларда сут бези раки учун умумий хавф омилдир. У жинсий тизим бузилишларини, жумладан аменорея, ановуляция, эрта менопауза бошланиши ва ҳомиладорликнинг ёмон оқибатлар билан тугаши, туғилган бола вазнининг пастлиғи ва янги туғилган чақалоқларда алкоголь синдромини келтириб чиқаради.

Аёллар саломатлиғи

Болалик билан менопауза ўртасидаги йилларда аёлларнинг саломатлик муаммолари репродуктивлик (фарзандли бўлиш) билан анъанавий боғланган. Аёлнинг маълумот даражаси ошиши, ҳамма соҳаларда ишлайдиган аёллар сонининг кўпайиши ва бошқа социал-ахлоқий ўзгаришлар туфайли аёлнинг саломатлик муаммолари бошқа соҳаларга ҳам таъсир этади.

Сўнги йилларда жамоат соғлиқни сақлаш тизими аёллар саломатлиғи муаммоларига кўпроқ аҳамият бериб келмоқда. Аёллар аҳолининг бошқа тоифаларига нисбатан тиббий ёрдамга кўпроқ мурожаат қиладилар,

тиббиёт ходимлари ўртасида аёллар кўпчиликни ташкил қилади. Аёллар эркакларга нисбатан узоқ умр кўрадилар, улар эркакларга қараганда врачларга 25% кўпроқ мурожаат қиладилар ва касалхоналарда 15% кўпроқ ётадилар. Аёлларда репродуктивлик билан боғлиқ алоҳида тиббий эҳтиёжлар бўлади, бундан ташқари, аёл соғлиғида бошқа тиббий муаммолар ва эҳтиёжлар ҳам уларда катта ўрин эгаллайди. Ривожланган мамлакатларда ўпка раки биринчи ўринни эгаллайди, аёлларда рак кўринишлари орасида илгари биринчи ўринда турган сут беши раки эди.

Аёлнинг менархе ва менопауза ўртасидаги ҳаёт цикли репродуктивлик функцияси билан боғланган. Жисмоний ва руҳий стресс билан боғланган менархе, ҳайздан олдинги синдром ва менопауза аёллар касалликлари клиникасида ва профилактик дастурларда катта аҳамиятга эга бўлади. Аёлнинг физиологик эҳтиёжларига оилада, ишхонада ва умуман жамиятда тўғри муносабатда бўлинар экан, аёл ҳам ўз эҳтиёжларига эътибор кўрсатилаётганига қараб, оғриқларни енгилроқ ўтказди. Аёл соғлиғининг бошқа жиҳатлари темир танқислиги анемияси ва овқатланишнинг бузилишларига алоқадор ҳолатларни ўз ичига олади.

Аёллар саломатлиги биологик ва ижтимоий омилларга боғлиқ. Аёллар менопаузадан кейин илгари гормонал ҳимоя қилинган юрак қон-томир касалликлари, остеопороз ва улар билан боғлиқ асоратларга мойил бўлиб қоладилар. Аёлларнинг руҳий касалликлар, хусусан патологик кўрқув, депрессия ва овқатланишнинг бузилишларидан касалланиш кўрсаткичларининг ошиши, афтидан, гормонал ва социал омиллар билан изоҳланса керак. Туғруқдан кейинги ва менопаузал депрессия, ишлашни бола парвариши билан бирга олиб бориш билан боғлиқ бўлган стресслар, оила бузилгани боис узоқ даврларгача ёлғиз яшаш — булар оқибат-натияжада аёлларда руҳий хасталиклар устунлик қилишига сабаб бўлади.

Аёлларда специфик рак шакллари-сут беши, тухумдон, бачадон танаси ва бўйни раки ҳам соғлиқни муҳофаза қилишнинг жиҳатларидан бири саналади, чунки уларнинг скрининги эрта ташхис қўйишга ва даволашга имкон беради. Сексуал ва жисмоний зўравонлик, болаларни ёлғиз тарбиялаш, жамиятда аёл учун зарур бўлган тиббий таъминот хизматларининг мазмунини ва йўналишини белгилаб берадиган омиллардан ҳисобланади. Аёллар саломатлигининг кўп жиҳатдан унинг жамиятдаги мавқеига (маълумоти, ишга жойлашиши, меҳнатга барабар ҳақ олиши ва ҳ.к.) боғлиқ. Аёллар ҳуқуқлари ва уларга амал қилиш бўйича чоралар хусусидаги қонунлар турли мамлакатларда турли-туман ва уларнинг соғлиқни сақлаш соҳасидаги ифодаси ҳам бир хил эмас.

Ривожланаётган мамлакатларда аёл соғлиғи бир қатор муаммоларга дуч келади, жумладан ҳомиладорлик ва оналар ўлимининг юқори кўрсаткичлари, таносил касалликлар ва СПИД, контрацепция

воситалари билан етарлича таъминланмаганлик кабилар шулар қаторига киради. Африканинг баъзи бир туманларида ҳомиладор аёлларнинг учдан бир қисми ВИЧ-инфекция ташувчилар ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра жаҳондаги барча аёлларнинг қарийб тўртдан бир қисми оилада зўравонликка ва сексуал шилқимликларга учрайди. Таиланд, Янги-Папуа Гвинея, Кореяда бу кўрсаткичлар 50% дан юқори, Покистон ва Чилида улар 80% гача боради. ЖССТ нинг бошқа маълумотларига кўра ривожланаётган мамлакатларда 85-115 млн аёллар «хатна» (клиторэктомия) қилинган ва йилига қарийб 2 млн қизлар шу маросимни бошдан кечирадilar. Аёлларни «хатна» қилишнинг бевосита асоратларидан қон кетиш, оғриқ шоки ва инфекциян яллиғланиш каби ҳодисаларни санаб ўтиш мумкин. Унинг кейинчалик юз берадиган оқибатлари чаноқ аъзолари яллиғланиши, бепуштлик, психологик шикасталик ва жинсий бузилишлардан иборат. Бу шунингдек туғруқларда туғруқ йўллари тугилиб қолишига сабаб бўлиб, одатда онанинг ўлими билан яқунланади. Клиторэктомия профилактикаси жамиятнинг аёлга бўлган муносабатини тубдан ўзгартиришни, унинг билим даражасини ва жамиятдаги мавқеини, шунингдек унинг социал ролини ва обрўсини оширишни тақозо қилади.

6.10 илова

АЁЛЛАР САЛОМАТЛИГИ УЧУН АҲАМИЯТЛИ БЎЛГАН ЖИҲАТЛАР

1. Маълумот ва хабардорлик.
2. Меҳнатга баравар ҳақ тўлаш ва ишга жойлашиш имкониятлари.
3. Аёлларнинг соғлиқни сақлаш ва социал сиёсатга жалб этилганлиги.
4. Овқат статуси, жумладан темир танқислиги анемияси, кальций ва бошқа минераллар етишмаслиги, овқатланишнинг бузилишлари, остеопороз.
5. Оилавий аҳволи.
6. Ҳомиладорлик ва болани парваришлаш.
7. Болаларни ёлғиз тарбиялаш.
8. Жисмоний ҳолати.
9. Аёлларнинг бадани ва ўз-ўзини ҳис қилиш.
10. Ўзига ишонч ва ўз-ўзига баҳо бериш.
11. Руҳий саломатлиги.
12. Жинсий ҳаёти ва контрацепция.
13. Сут бези ва бачадон бўйни рақини аниқлаш учун такшириш.
14. Таносил касалликлар ва СПИД.
15. Исталмаган сексуал таклифлар, шилқимликлар, зўрлашга уринишларда ўзини ҳимоя қила билиш.
16. Ўз уйида жисмоний ва психологик зўравонликдан ўзини ҳимоя қила билиш.
17. Ҳайз кўришдан олдинги синдромнинг физиологик жиҳатлари.

Аёллар саломатлиги тиббий хизмат билан таъминлаганлигига тааллуқли муаммоларга бағишланган тадқиқотлар соғлиқни сақлашни ташкил этиш, гинекология, социал таъминот, антропология ва этнография, психология ва иқтисодий соҳаларда олиб борилади. Аёлнинг жамиятда қандай ўрин эгаллаши бола туғиш қобилияти, абортлар ва меҳнат фаолияти сингари кўпгина тиббий ва социал жиҳатларда акс этади. Уларнинг баъзи бирлари улкан сиёсий, диний ва социал аҳамиятга эга бўлади. Жамоат соғлиғини сақлаш қўйидаги жиҳатларни: оналарнинг ўлими ва касалланишнинг юқорилигини, ривожланаётган мамлакатларда аёллар ҳуқуқлари ва эркинликларининг чекланишини, сексуал зўравонлик ва бошқа йўл қўйиб бўлмайдиган ҳодисаларни ғоят жиддий равишда ўрганади.

1995 йили Пекинда ўтказилган Жаҳон аёллар анжуманида муҳокама қилинган муаммолар орасида саломатлик ва аёллар репродуктивлиги энг кўп қизиқишга сабаб бўлган мавзулардан бири бўлган. Консерватив-диний ва либерал делегатларнинг туғилиш ва сексуал турмушни назорат қилиш масалалари бўйича қарашларида тафовутлар бўлишига қарамай, аёлнинг ўз танасига ўзи эғалик қилиш ҳуқуқи борлигига келишиб олинди. Анжуманда зўравонлик, билим даражаси ва иқтисодий аҳволнинг пастлиги каби муаммолар ҳам ўртага ташланди, уларнинг ривожланган ва ривожланаётган мамлакатларда аёллар саломатлигини таърифлашда энг асосий жиҳатлар эканлиги тан олинди.

Эркаклар саломатлиги

Катта ёшдаги эркакларнинг саломатлигини умумий муҳофаза қилишга аёллар соғлиғи муаммоларига нисбатан кам эътибор берилди. Эркаклар ўлимга аёлларга нисбатан эрта ва кўпроқ учрайдилар, уларнинг ўртача умр кўришлари аёллардан тахминан 8 йил қисқа, улар кўпинча қўйидагиларга учрайдилар:

- юррак қон-томир касалликлари;
- специфик аъзолаф раки;
- зўравонлик ва шикастланишлар;
- ўз жонига қасд қилишлар;
- касб касалликлари.

Эркакларнинг аёлларга нисбатан қисқароқ ўртача умр кўришларига уларнинг ўз саломатлигига кам эътибор беришлари, социал-психологик мослашувчанликларининг пастлиги, ўз хулқ-атворлари туфайли хавф даражаси юқори бўлган шароитларни атайин вужудга келтиришлари, етук ёшдан қарилкка (45-64 ёш) катта қийинчиликлар билан ўтишлари қисман сабаб бўлади.

Эркаклар саломатлигининг хавfli омиллари ва уларнинг ёш гуруҳлари бўйича профилактикаси

| Ёш гуруҳи | Асосий хавfli омиллари | Тестлаш/ профилактик тадбирлар |
|-----------|---|---|
| 20-34 | Шикастлар, бахтсиз ҳодисалар, ўлдиришлар, зўравонлик. Ўз жонига қасд қилишлар Алкогол, гиёҳванд моддалар истеъмол қилиш Сексуал муаммолар Чекиш Ёғлар, холестерини кўп овқат рацион Жисмоний ҳаракатларнинг етарли эмаслиги | Юксак даражадаги хавф омилларининг олдини олиш учун соғлиқни сақлашдаги маориф ишлари Автомобилни хавфсиз бошқариш, хавфсизлик камари, мотоцикл, велосипед ҳайдашда шлем кийиш Жинсий турмушга оид билимлар Чекишнинг зарари тўғрисида тарғибот Тенгдошларнинг қўллаб-қувватлаши Спорт машғулотлари, тўғри овқатланиш Никоҳгача тестлаш/генетик консултациялар Иммунизация (дифтерия-қоқшол анатоксини) Никоҳ ва оталикка тайёргарлик |
| 35-44 | Нотўғри овқатланиш Гипертония Холестерин миқдорининг юқорилиги Жисмоний ҳаракатларнинг камлиги | Ёғ босишига, гиподинамияга тестлаш, қон босими, холестерин Иммунизация (дифтерия-қоқшол анатоксини) Жисмоний машқлар, тўғри овқатланиш ва вазни назорат қилиш Танглик ҳолатларида маслаҳатлар бериш (қасбга доир, никоҳ, оила масалаларида) |
| 45-64 | Юрак қон-томир касалликлари Гипертония Диабет Тўғри ичак раки, простата раки Глаукома Простата безининг хавфсиз гипертрфияси Депрессия | Вақти-вақтида текшириб туриш Гипертония, диабет, юрак-томир касалликлари, глаукома, тўғри ичак ва простата ракига тестлаш Танглик ҳолатларида маслаҳатлар бериш Иммунизация (дифтерия-қоқшол анатоксини) Нафақага чиқишни олдиндан режалаштириш Жисмоний фаоллик |

Эркакнинг ҳаётида ўз-ўзини намоён қилишида унинг иши ва хизмат пиллапояларидан кўтарилиши асосий ўрин эгаллайди. Ёшларга катта имкониятлар яратиб берилган жамиятларда мусобақадорлик руҳи ўрта ёшлардаги эркак киши ўзидан кўра абжир ёши ҳам касблари-эркаклар

ва аёлларнинг уддабуронликларини кўрганда унда нохуш кечинмалар пайдо бўлиши мумкин. Ишдаги муваффақиятсизликлар, малакаси тўғри келмаганидан ва кўникмалари йўқолганидан ишдан бўшаши ёки молиявий аҳволидаги бошқа кескин ўзгаришлар, турмушида юзага келган шароитларга мослаша олмаган одамнинг ҳаётдан эрта кўз юмишига сабаб бўлиши мумкин. Ишини йўқотиш ва янги жойга ишга ўтиш ҳам салбий ҳис-ҳаяжонлар билан боғлиқ шароитларни вужудга келтириб, эркаклар саломатлиги ҳолатига бевосита таъсир қилади.

Жамоат соғлиғини сақлаш тизими эркак кишининг социал ролини ҳимоя қилиш ва касбга доир муаммоларининг ҳал қилинишига имкон берадиган профессионал жиҳатдан қувватлаб турадиган манба бўлиши керак. Даволовчи врач эркаклар учун хавф омилларини пасайтириш бўйича соғлиқни сақлашга доир билимларнинг кенг имкониятларидан фойдаланади.

Кекса ёшдаги кишилар саломатлиги

Соғлиғинг қадрини билгин,
Хаста бўлмасдан бурун.
Хасталик шукрини қилгин,
Токи ўлмасдан бурун.

Маҳтумқули.

Қарининг сўзи-ақлнинг кўзи.
Қариси бор уйнинг-зари бор.
Одамни йиллар эмас, балки
одатлар қаритади

Ўзбек мақоллари

Кекса кишилар (65 ёш ва ундан ошган) ривожланган мамлакатларда тез суръатлар билан кўпайиб бораётган аҳоли гуруҳларидан биридир. Модомики, навқиронлик ва етуклик ёшидаги ўлим пасайган экан, кўпчилик одамлар 65,75 ёшдан кўпроқ умр кўрмоқдалар. Ривожланган мамлакатларда 65 ёшдан ошган аҳоли гуруҳи бутун аҳолининг талайгина қисмини ташкил қилиб, айрим жойларда унинг умумий салмоғи 15-16% га етади. Аҳолининг кексайиши соғлиқни сақлаш тизими учун муҳим вазифалар қўяди, чунки бу тоифадаги кишилар меҳнатга лаёқатли аҳолининг тобора қисқариши ҳисобига тўланадиган тиббий ёрдамга кўпроқ муҳтож бўладилар. Жамоат соғлиғини сақлашнинг вазифаси ёши улгайган кишилар соғлиғини мустаҳкамлаш ва уларнинг уй шароитларида

имкон борича кўпроқ мустақил ҳаёт кечиришларига имкон берадиган тегишлича қўллаб-қувватлаш ва тиббий хизмат билан таъминлаш ҳисобланади.

6.15 жадвал

Турли мамлакатларда туғилганда ва 65 ёшга етганда кутиладиган умр кўриш давомлиги (1993)

| Мамлакат | Туғилганда кутиладиган умр кўриш давомлиги | | 65 ёшда кутиладиган умр кўриш давомлиги | |
|------------------|--|--------|---|--------|
| | Эркаклар | Аёллар | Эркаклар | Аёллар |
| Япония | 76,5 | 83,1 | 16,7 | 21,3 |
| Швеция | 74,7 | 78,5 | 15,5 | 17,5 |
| Исроил | 74,7 | 78,5 | 15,5 | 17,6 |
| Греция | 75,0 | 80,4 | 16,0 | 18,7 |
| Канада | 74,9 | 81,4 | 16,1 | 20,4 |
| Швейцария | 75,0 | 81,7 | 15,9 | 20,4 |
| Нидерландия | 74,3 | 80,5 | 14,7 | 19,4 |
| Италия | 73,7 | 80,5 | 15,2 | 19,2 |
| Франция | 73,8 | 82,3 | 16,4 | 21,1 |
| Испания | 73,4 | 80,7 | 15,5 | 19,3 |
| Норвегия | 74,2 | 80,5 | 15,0 | 19,2 |
| Англия/УЭЛЬС | 93,9 | 79,5 | 14,6 | 18,5 |
| Австралия | 74,7 | 80,8 | 15,6 | 19,6 |
| Куба | 72,9 | 76,8 | 15,9 | 17,8 |
| Германия | 72,8 | 79,3 | 14,5 | 19,3 |
| Австрия | 72,9 | 79,5 | 14,8 | 18,5 |
| Коста-Рика | 73,3 | 77,8 | 15,2 | 17,6 |
| Сингапур | 72,2 | 78,9 | 15,0 | 18,5 |
| Дания | 72,7 | 77,9 | 14,1 | 17,6 |
| Ирландия | 72,6 | 78,2 | 13,6 | 17,3 |
| Россия | 58,9 | 71,9 | 10,9 | 15,0 |
| Янги Зеландия | 72,2 | 79,2 | 14,7 | 18,8 |
| АҚШ | 72,2 | 78,8 | 15,3 | 18,9 |
| Шимолий Ирландия | 72,7 | 78,7 | 13,8 | 17,7 |

Ёши улғайган кишиларнинг ўртача умр кўриши ва уларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам даражаси турли мамлакатларда бир-биридан кескин фарқ қилади. Ривожланган мамлакатларда эркаклар ҳам, аёллар ҳам ишлайдилар, хонадонлар унчалик катта эмас, бинобарин ёши улғайган кишиларга оқибат қилиш ҳам пасайган. Оилада кекса одамларга ғамхўрлик қилиш анъанаси тобора йўқолиб бормоқда. Бу ҳол, шунингдек аҳолининг умумий таркибида ёши улғайган кишилар улушининг ўсиши

уларни ихтисослашган муассасаларда узоқ муддатли тиббий парвариш қилиш ролини оширди. Фарб мамлакатларида бунга қарама-қарши тенденция ҳам вужудга келди: кексаларнинг соғлиғини қувватлаб турадиган уйда парвариш қилиш бўйича хизматлар ташкил қилинмоқда. Бу каттагина нафақа оладиган, социал таъминот ва умумий тиббий ёрдамнинг афзалликларидан тўлиқ баҳраманд бўладиган соғлом қариялар сонининг кўпайишига олиб келмоқда.

6.11 илова

ҚАРИЯЛАРНИНГ ТИББИЙ ТАЪМИНОТИ: ОВРУПОДА ҲАММА УЧУН СОҒЛИҚ

1. **Соғлиқни сақлашнинг бир хил даражасини таъминлаш:** мамлакатлар ўртасида ва битта мамлакатдаги аҳоли гуруҳлари ўртасида саломатлик кўрсаткичларидаги фарқни қисқартириш.
2. **Ёш-тўла қонли ҳаёт душмани эмас:** соғлом турмуш тарзининг афзалликларидан имкон борича фойдаланиш ва ҳаётдаги қийинчиликларга бардош бериш мақсадида одамнинг ҳамма жисмоний ва руҳий имкониятларини тўлиқ ривожлантириш ва улардан фойдаланиш.
3. **Ёш-саломатлик душмани эмас:** касалланиш ва қариликдаги дармонсизликни камайтириш.
4. **Умр кўриш давомлиғини узайтириш:** вақтидан илгари рўй берадиган ўлимни пасайтириш ва шу тариқа ўртача умрни узайтириш.

Ёшга алоқадор ўзгаришлар

Одамнинг кексайиши ижтимоий, психологик, молиявий ва жисмоний ҳолатдаги, шунингдек бандлик соҳасидаги ўзгаришларга сабаб бўлади. Бу омилларнинг барчаси кекса кишиларнинг саломатлик ҳолатига таъсир қилади ва тегишлича қўллаб-қувватлашни талаб этади. Одамларга турлитуман ҳаракатларни бажаришга имкон берувчи хусусиятлар биологик кексайиш мезонлари ҳисобланади. Ривожланган мамлакатларда аҳолининг саломатлик ҳолати кўрсаткичларининг яхшиланиши кекса кишиларнинг жисмоний, руҳий, социал ва иқтисодий даражаси билан белгиланади.

Қариликда юз берадиган жисмоний ва руҳий тушқунлик кўпинча оилага ва социал ҳамда тиббий таъминот тизимларига оғир юк бўлиб тушади. Хроник хасталиклар-диабет, юрак қон-томир касалликлари ва рак-кексайган ёшдаги шахслар ўртасида жуда кенг тарқалган. Жисмоний чекланишлар ижтимоий мулоқотлар қилишга ва руҳий ҳолатга ўз таъсирини кўрсатмасдан қолмайди.

Руҳий тушқунлик ва хроник касалликлар ёши улғайган кишининг ҳолатига ва унинг тиббий хизматларга бўлган эҳтиёжига таъсир қилади. Ёши улғайган сайин кўпроқ тарқалиб борадиган Альцгеймер касаллиги руҳий ҳолатнинг жиддий бузилишларига сабаб бўлади. Паркинсон касаллиги тобора авж олиб борадиган мушаклар ригидлигига ва ҳаракатларининг чеқлашишига олиб келади.

6.12 илова

КЕКСА ЁШДАГИ КИШИЛАРНИНГ ҲАЁТ ФАОЛИЯТИГА НОҚУЛАЙ ТАЪСИР ҚИЛИШ ЭҲТИМОЛИ БЎЛГАН ЎЗГАРИШЛАР

1. Социал соҳа/Бандлик:

- нафақага чиқиш;
- бевалик, яқинларини йўқотиш;
- турар жойининг ўзгариши;
- дўстлари ва оиласини йўқотиш;
- молиявий мустақилликни йўқотиш;
- касб маҳоратини ва ўз ҳурматини йўқотиш;

2. Физиологик соҳа:

- гормонал ўзгаришлар;
- инсулинга қарам диабет пайдо бўлиши;
- гипертония;
- қалқонсимон без дисфункцияси;
- остеопороз.

3. Физиологияда патологик ўзгаришлар:

- бир ёки бир неча аъзоларининг хроник касалликлари;
- тиббий/хирургик патологиялар, дори-дармонлар қабул қилиш ва ўзгалар ёрдамига муҳтожлиги;
- ҳаракатчанликнинг, фаолликнинг камайиши ва ўзининг кундалик эҳтиёжларини яхши уддалай олмаслиги.

Ўта кекса ёшдаги кишиларнинг саломатлигини муҳофаза қилиш

Айрим касалликларнинг тарқалганлигига қарши муваффақиятли олиб борилаётган кураш туфайли кўпчилик кишилар нисбатан соғлом бўлганлари ҳолда узоқ умр кўрмоқдалар. Илгари етуклик ёшидаги кишиларда учрайдиган кўп сонли касалликлар бизнинг давримизга келиб, бирмунча кексаликда учрамоқда. Соғлиқни сақлаш тизимининг асосий вазифаси соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаб туриш ва кўпчиликка сифатли тиббий хизмат кўрсатишини таъминлашдир. Бунга овқатланиш, жисмоний тайёргарлик, соғлом дам олиш, кундалик меҳнатда фаоллик, тўла қонли оилавий турмуш, ижтимоий ва диний ҳаётда қатнашиш, мунтазам жинсий турмуш киради. Буларнинг ҳаммасида муътадиллика

эришиш, улар одамнинг жисмоний ва эмоционал имкониятларига мос келадиган бўлиши керак.

Кекса ёшдаги кишиларга бир хилда тиббий кузатувини ташкил қилиш комплекс ёндошувни талаб қилади ва давлат ҳамда минтақавий даражада қўллаб-қувватлаб туришга асосланади. Кекса кишилар ривожланаётган мамлакатларда 3,5 % ни ва ривожланган мамлакатларда қарийб 20% ни ташкил қилади. Ривожланган мамлакатларда уларнинг улуши ўсиб бормоқда, айрим жойларда эса 30% гача борди. Бу кенг кўламдаги социал ва тиббий соҳаларни ривожлантириш: уйда тиббий ёрдам кўрсатиш, касалхонадан кейинги тикланиш, қариялар учун қулай транспорт воситалари ва дам олиш жойларини ташил қилишни талаб этади.

Ёши улғайган одамнинг соғлигини сақлашга ҳаётий зарур бўлган: овқатланиш, иқтисодий, социал ва психологик омиллар салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Кўпгина ривожланган мамлакатларда ёши улғайган кишилар социал суғурталаш тизими томонидан тўланадиган меҳнат пенсиялари ёки нафақалари ҳисобига иқтисодий жиҳатдан яхши таъминланган бўладилар. Бироқ, молиявий маблағларсиз қолган ва ночорликда ҳаёт кечирадиган кишилар ҳанузгача бор. Қаровсиз қолишлик, ёлғизлик, камҳаракатлик ва етарлича овқатланмаслик касалликлар ривожланишига сабаб бўладиган омиллардан ҳисобланади. Кўпгина кекса одамларнинг пул маблағлари камлигидан овқат тановул қилишларига ҳам етмайди. Бундан ташқари, кекса одамларнинг маълум қисмида тишлар бутунлай путурдан кетган бўлади. Шу тариқа улар ярим очлик ҳолатида яшаб, қуруқ нон-чоёгагина кунлари қолади. Ҳатто ўзига тўқ ва жисмоний бақувват ёши қайтган одамда баъзан иштаҳа бўлмайди ва у кераклича сифатли овқатлана олмайди. Айниқса камҳаракат бўлиб қолган одамларга бундан ҳам қийин, улар уйдан кўчага мустақил ҳолда чиқа олмайдилар ёки хонадон ичида ҳам бемалол юра олишмайди. Ёши улғайган одамларга тавсия қилинадиган рацион бу гуруҳдаги кишиларнинг кам энергия сарфлашларини назарда тутиш лозим.

Кексалikka тайёргарлик аёллар учун катта аҳамиятга эга, чунки статистик жиҳатдан улар эркаклардан узоқ умр кўрадилар ва улар орасида остеопорознинг ривожланиши ва у билан боғлиқ оёқ-қўл суяқларининг синиш эҳтимоли кўпроқ бўлади. Гиповитаминозлар тарқалган, айниқса қиш ойларида D витамини айниқса етишмайди. Ёши улғайган одамнинг саломатлик ҳолатига баҳо беришда ҳар бир тиббиёт ходими қариянинг овқатланишига, айниқса жисмоний камқувват ва руҳий ҳолати паст ҳамда оғиз бўшлиғи касалликлари бўлган шахсларга кўпроқ эътибор қаратиш керак. Рационда овқатнинг ҳамма асосий турларини таъминлаш жамоат соғлиқни сақлаш ходимларининг касалликларга тез чалинадиган бу аҳоли гуруҳида микроэлементлар етишмаслигини профилактика қилиш

мақсадини кўзлаган энг таъсирчан аралашув усули ҳисобланади. Тўла қимматли рацион ҳамма аҳолини зарур озиқа моддалар билан таъминлабгина қолмай, балки ёши улғайган кишиларга тавсия қилинган В, С, D ва E витаминларининг кундузги нормаларини уларнинг организмга тушишига кафолат беради.

Ёши улғайиб келаётган ва шу ёшга етган кишилар соғлиғини қувватлаб туришнинг муҳим профилактик воситаси жисмоний тайёргарлик ҳисобланади. Спорт машғулотлари билан мунтазам шуғулланиш, индивидуал ёки саломатлик гуруҳларига қатнаш уларда иштаҳа яхшиланишига, қаттиқ ухлашга ва жисмоний жиҳатдан соғлом бўлишга имкон беради, бепарқликни ва организмнинг умумий кучсизланишини йўқотади. Кекса одам жисмоний машқларни ўтирган ёки ётган ҳолда бажариши мумкин.

Ўта кекса кишиларни қўллаб-қувватлашни таъминлаш

6.13 илова

АҚШ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШИНING 2000 ЙИЛГАЧА КЕКСА КИШИЛАР ХУСУСИДАГИ ВАЗИФАЛАРИ

65 ёшдан ошган аҳолининг:

- 20% ҳафтасига 3 маҳал 30 минутдан-фаол жисмоний машқлар бажариши;
- 50% куч ва чидамликни оширадиган жисмоний машқлар бажариш;
- 50% эгиловчанликни ривожлантирадиган жисмоний машқларни мунтазам бажариш;
- ҳамма кекса кишилар қариллик муаммолари ҳақида кўпроқ маълумотга эга бўлишлари, унга кўникишлари ва мунтазам жисмоний машқлар бажаришлари керак.

Ўзининг оилада ва жамиятда ортиқча сезмаслигига имкон берадиган ижтимоий ва оилавий ришталар қариялар учун ғоят муҳимдир. Соғлом оилавий ва ижтимоий муносабатлар қариялар соғлиғига ижобий таъсир кўрсатади ва қариялар уйларида яшашга муҳтож бўлган кишилар сонини қисқартиради. Кекса одамнинг руҳан саломатлиги унинг ўзини қандай ҳис қилишига ва оиладаги ҳамда жамиятдаги ролига ўзининг қандай баҳо беришига боғлиқ. Соғлом ҳордиқ чиқариш, социал фаоллик, жумладан жинсий муносабатлар ёши улғайган соғлом одам турмушининг ажралмас қисми ҳисобланади. Қарияларга дам олиш ва социал фаолликка имкон берадиган муассасаларни ташкил қилиш давлатнинг социал сиёсати доирасида амалга оширилиши керак. Бу муассасалар кекса кишиларнинг социал жиҳатдан ажралиб қолишларини қисман тўлдириши мумкин.

Ёрдамга муҳтож қарияларни аниқлаш ва профилактик хизматни ташкил қилиш

Катта ёш гуруҳларидаги аҳоли улушининг кўпайиши ва айниқса 75 ёшдан ошган ёш гуруҳида умр кўришининг узайганлиги муносабати билан соғлиқни сақлаш тизими ёши улғайган кишиларнинг соғлиғи ва уларнинг фаровонлигини қўллаб-қувватлаб туриш дастурини ишлаб чиқиши керак. Бу хроник касалликларга эрта ташхис қўйиш ва мавжуд бўлган касалликларни ўз вақтида даволаш, организмнинг умуман заифлашиб қолишига олиб келадиган асоратларнинг олдини олишни ўз ичига олади. Кексалик касалликларининг профилактик чораларини кўришга одам 65 ёшга етишидан анча олдин киришиш лозим. 65 ёшдан кейин қариликка тайёргарлик парвариш ва гигиенани ўз таркибига олиши ва профилактикага қаратилиши керак. Кексайган кишиларни доимий тиббий кузатиш тўғри келмайдиган дори воситаларини қабул қилиш, мос бўлмаган овқатланиш билан соғлиқни қувватлаб туриш мумкин эмаслигини тушунмаслик, шунингдек социал ажратиб қўйишнинг баъзи бир оқибатлари сабабли пайдо бўлган асоратларни қисқартириш ёки ҳатто уларга йўл қўймасликка қодир.

Қарияларнинг умрини узайтириш ва соғлиғини сақлаш учун социал мулоқотлар муҳимдир. Бунинг учун ёш, авлод жамиятнинг ёши улғайган аъзоларининг оилавий ва социал эҳтиёжларини тушуниши керак. Ижтимоий фаоллик ҳатто энг кўҳна ва қувватдан кетган кексаларнинг ҳам умрини чўзади, уларда ўзига ишончни мустаҳкамлайди. Кунига бир маҳал телефон қўнғироғи, зарур бўлиб қолган тақдирда кимга мурожаат қилиш мумкинлигини, тиббиёт ва социал ходимлар билан мунтазам учрашиб туришлар-буларнинг ҳаммаси осонлиги ва айна вақтда арзонлигига қарамай, қарияга катта фойда келтиради. Қариялар ва ногиронларга тиббиёт муассасалари ва жамоат тадбирларига қатнашишларига, магазинларда ўзлари харид қилишларига имконият яратилиши лозим. Муниципал автобус компаниялари кўпинча қарияларни ташиш тўғрисида шартномалар тузадилар, улар фақат махсус маршрутларни бажарибгина қолмай, балки йўл ҳақини ҳам пасайтирадилар, ногиронлар ва кексаларнинг оромкурсили аравачаларда жамоат ва муниципал муассасаларга ҳамда савдо марказларига қатнашлари жамоат ҳаётида иштирок этишларига имкон беради.

Озодлик ва истаган жойига бориши мумкинлиги кекса киши ҳаётининг муҳим қисмидир. Пенсияга чиқиш, бир томондан, дам олиш ва вақтни қизиқарли ўтказиш имкониятини беради, иккинчи томондан эса ёлғиз қолишга тўғри келиб, депрессияга сабаб бўлиши эҳтимол. Шунинг учун ҳаётдаги кескин ўзгаришга психологик тайёргарлик жисмоний тайёргарликдан кам аҳамиятга эга эмас. Яқин кишиларининг ўлими ва

жудолик алами ҳаётнинг ажралмас бўлагидир ва кексалар жамоа ҳамда оиланинг қўллаб-қувватлашига муҳтож бўладилар.

6.14 илова

КЕКСАЙИБ ҚОЛГАН КИШИЛАР УЧУН ПРОФИЛАКТИК СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ЧОРАЛАРИ

1. Бирламчи профилактика: эрта етуклик ёшидан бошлаб соғлиқни сақлашга имкон яратиш: чекишни тўхтатиш, тўғри овқатланиш ва жисмоний тайёргарлик.
2. Хроник беморларни мунтазам тиббий кузатиш (гипертония, диабет, юракнинг ишемия касаллиги ва рак).
3. Ўтказиладиган текширишларни ҳужжатлаштириш: ижтимоий ажралиб қолганлик, жисмоний ҳолат, касалликлар мавжудлиги, уларнинг симптоматикаси ва оғир-енгиллиги, функционал бузилишлар. Ногиронлик даражаси, қабул қилинадиган дорилар, вазн, одатдаги рацион, артериал босим, глаукома борлиги, чекиш, алкоголь ва гиёҳванд моддалар истеъмол қилиш, депрессия, яқинлари ўлимдан қаттиқ изтироб чекиш, жисмоний зўравонлик ва саришта эмаслик, терининг рак олди ўзгаришлари.
4. Тиббий текширувлари: эшитув, кўриш, хотира, руҳий статус, кўз туби, оғиз бўшлиғи, артериал босим, юрак (ЭКГ), ўпка, томирлар, нерв системаси, жигар, аневризмалар; ректал қон кетишларда-сигмоидоскопия, Пап-Николау суртмаси.
5. Лаборатория текширувлари: қон холестерини, гемоглобин, лейкоцитлар, BUN (буйракларни текшириш), оч қолишда қандга, ахлатда қон борлигига анализ; кўкрак қафаси рентгенографияси ва йил сайин маммография, бошқа аъзоларни кўрсатмалар бўйича рентгенография қилиш.
6. Хулоса ва муҳокама: ҳамма текшириш натижаларини бемор билан муҳокама қилиш учун йиғиш.
7. Беморни қуйидагилар бўйича консултация: жисмоний машқлар; парҳез ва овқатланиш; зарарли одатлар: чекиш, алкоголь ва гиёҳванд моддалар истеъмол қилиш; травматизм профилактикаси; турмушда ва йўлларда техника хавфсизлигига риоя қилиш; оғиз бўшлиғини парвариш қилиш; иммунизация зарурлиги: дифтерия-қоқшол анатоксини билан ҳар 10 йилда, гриппга қарши вакцинация йил сайин, пневмококк вакцинаси ҳар 5-6 йилда; дорилар билан даволашда эҳтиёт чоралари ва уларнинг қўшимча таъсири; социал қувватлаш хизматларига мурожаат қилиш: вақти-вақтида ўтказиладиган текширувларни режалаштириш.

Манба: АҚШ да 65 ёшдаги ва бундан ошган шахслар учун профилактик соғлиқни сақлаш вазифаси.

Жамоа ва социал муассасалар негизида қарияларни қўллаб-қувватлаш жамоа хизматларини ташкил қилиш соғлиқни сақлаш муассасаларининг фаол иштирокини ва қўллаб-қувватлашларини талаб этади. Аҳолини қарияларнинг эҳтиёжлари тўғрисида хабардор қилиш, жамоа потенциалини профессионал таъминлаш, муайян хизматларни бевосита

кўрсатиш жамоат соғлиқни сақлаши турли-туман фаолиятининг бир қисми саналади. Бундан ташқари, соғлиқни сақлаш тизими мувофиқлаштирувчи вазифасини бажаради, чунки кўпгина хизматлар унинг ваколатига кирмайди, масалан: стационар тиббиёт муассаларининг уйда хизмат кўрсатиши, бу аҳоли гуруҳига хизматлар ва ёрдам кўрсатадиган кўпчилик ташкилотлар фаолияти шулар жумласидандир.

6.15 илова

ҚАРИЯЛАРНИ ҚУВВАТЛАЙДИГАН ЖАМОА ХИЗМАТЛАРИ

Қарияларни имкони борича мустақил ҳаёт кечиришларига ёрдам берадиган жамоат дастурлари бир қатор хизматлар томонидан амалга оширилади:

-клиник хизматлар: диагностика, даволаш, касалхонага ётқизиш ва кейинги тикланиш (реабилитация);

-санитария-гигиена маорифи: кекса кишилар муаммоларининг жамоат томонидан тан олинishi ва хроник касалликлар, ҳаёт фаолияти жараёнлари бузилишларининг барвақт ривожланишини профилактика қилиш;

-нормал овқатланишни таъминлаш: диетолог маслаҳати, уйга иссиқ овқатлар олиб бориш, жамоа марказларида биргаликда овқатланишни уюштириш, бу социал алоқалар ўрнатилишига имкон беради;

-травматизм профилактикаси: хонадонларни инспекция қилиш ва ошган техника хавфсизлиги талабларига мос келадиган маиший асбоблар билан таъминлаш, масалан, полларни сирпанмайдиган қилиб ишлаш;

-тиббиёт асбоблари ва жиҳозларини ижарага олиш хизмати: оромкурсили аравача, кухня ва ванна хонаси учун мосламалар ва ҳ.к.;

-уйда парваришлаш, касалхонадан чиққан кишиларга тиббиёт ҳамширалари ва энагалар хизмати;

-ўзини-ўзи уддалай олмайдиган ва кундалик парваришга муҳтож кексаларга ҳамширалик патронажини таъминлайдиган муассасалар;

-жамоа ошхоналари ва бўш вақтни фаол ўтказиш учун жойлар;

-жамоа марказларида ва уйда бўш вақтни ва меҳнат билан даволашни ташкил этиш;

-йўл ҳаракатини тартибга солиш, жамоат жойларида тозалик ва тартибни сақлаш (боғ ва хиёбонларда) учун кўпчилик ташкилотлар ўзаро ёрдамни уюштиришлар, шунингдек кўнгилчиларни жамоа соғлиқни сақлаш дастурларида қатнашишга жалб этиш;

-шошинч тез тиббий ёрдамни чақириш хизмати: шошинч чақириш, тез хабар беришни ташкил этиш;

-хавфсиз маиший мосламалар ва датчиклар билан жиҳозлаш (водопровод жўмраклари, тутунни аниқлайдиган ёнғинга қарши датчиклар, хавфсиз кулфлар ва деразадаги панжаралар);

-кундалик зарур товарларни харид қилиш бўйича хизмат кўрсатадиган кўнгилли ташкилотлар, бу уйда хўжалик ишларини мустақил юритишга имкон беради;

-уйда ёрдам кўрсатиш хизмати: йиғиштириш, ювиш, енгил уй юмушлари, харид қилиш, кир ювиш, тайёр овқатларни етказиш;

-ўзаро қувватлаб турадиган кундузги хизматлар: ёлғиз қолган кекса одамлар билан мулоқот учун очиқ телефон линияси олдида ўтирадиган кўнгилли навбатчи.

Қарияларнинг уй шароитларига кўникишига ва нормал яшашга имкон берадиган социал қўллаб-қувватлашнинг энг қулай йўллари излаш соғлиқни сақлаш тизимига бу гуруҳдаги аҳолининг эҳтиёжларини самаралироқ қондиришга ёрдам беради. Агар кекса кишининг пенсияси ёки нафақаси етарлича бўлмаса, уни парвариш қилиш оилани оғир молиявий аҳволга солиб қўяди. Бундай шароит оиладаги ўзаро муносабатларга, турмуш даражасига, овқатланишга, тиббий таъминотга, социал мулоқотларга ва бошқа жиҳатларга таъсир кўрсатиши мумкин. Кўпчилик ривожланган мамлакатларда қари кишиларнинг молиявий мустақиллигини таъминлаш учун давлат социал суғурта тизими ташкил этилган бўлиб, одам ўз меҳнат фаолияти мобайнида даромаднинг тегишли қисмини ҳисоб рақамига ўтказиб туради. Кўпчилик мамлакатларда социал суғурта тизимлари молиявий қийинчиликлар ва сиёсий зўравонликни бошдан кечирмоқда. Умр кўришнинг узайиши ва туғилишнинг қисқарганлиги шунга олиб келдики, меҳнатга лаёқатли аҳоли сони жамиятнинг социал таъминотидан фойдаланадиган қисмига нисбатан камчиликни ташкил қиладиган бўлиб қолди. Социал суғурта тизимларнинг инқирозга юз тутиши ҳозирги вақтда кекса кишилар юқори даромад олаётган ва социал қўллаб-қувватлаш хизматларидан фойдаланаётган мамлакатларда ҳаётнинг юқори стандартлари даражасини ва социал таъминотини хавф остида қолдириши мумкин.

Кўпгина мамлакатларда ёши улғайган кишилар аҳолининг каттагина улушини ташкил қилиб, қудратли сиёсий куч ҳисобланади. Шунинг учун сиёсатчилар бу тоифадаги аҳолининг специфик эҳтиёжларини ҳисобга олишлари керак. Ёши улғайган кишилар сиёсий ва ишчилар ҳаракатларида, касаба уюшмаларида, муниципал, минтақавий ва давлат миқёсларидаги сиёсий партияларда жиддий куч ҳисобландилар ва ҳатто глобал сиёсий масалаларни ҳал қилишда рол ўйнайдилар. 65 ёшдан ошган кишилар аҳоли унинг умумий сонининг 15% дан зиёдрогини ташкил қилган Фарбий Оврупо ва Шимолий Америкада жиддий сиёсий омилга айланганлар.

Хулоса

Одам, одатда, умрининг кўп қисмини оила даврасида ўтказди. Соғлиқни сақлашнинг анъанавий концепцияси касалликларга мойил муайян гуруҳларга, масалан, оналик ва болаликка энг кўп эътиборни қаратган. Шунга ўхшаган соғлиқни сақлаш дастурларидан жамият ўзига хос ютуқларни қўлга киритган. Катта ёш гуруҳлари ҳам уларнинг сони тобора ошиб бораётганлиги боис алоҳида эътибор ва ғамхўрликка муҳтож. Ёши улғайган кишиларнинг соғлиғини қувватлаб туришга қаратилган профилактик чоралар қимматбаҳо врач кузатувига вақтидан илгари қарам бўлиб қолишнинг олдини олади.

Аҳолининг бошқа гуруҳлари, масалан, ўрта ёшдаги шахслар бирламчи ва иккиламчи профилактик дастурлар ишлаб чиқарилишида ҳисобга олинмас эдилар. Ҳозирги вақтда ёши улғайган кишилар биринчи навбатда профилактик дастурлар объекти ҳисобланади.

Ҳамма ёш гуруҳлари, янги туғилган чақалоқлардан то ёши улғайган кишиларгача специфик тиббий эҳтиёжлар билан тавсифланади ва жамоат соғлиқни сақлаши учун катта фаолият майдони ҳисобланади. Жамоат соғлиғини сақлашнинг бу жиҳатлари кўпгина тиббий, иқтисодий ва ахлоқий муаммоларга тегишли бўлади. Жамоат соғлиғини сақлаш оилада соғлиқ ҳолатига ва социал шароитларга изчиллик билан баҳо бериши лозим, бу ҳар тамонлама индивидуал тиббий хизмат кўрсатишнинг негизи ҳисобланади. Бу соҳадаги нотўғри сиёсат вақтидан илгари ўлим юз бериши кўпайишига олиб келади ва амбулатория ҳамда стационарда тиббий кузатиш хизматларига оғир вазифалар юклайди.

Рефератлар мавзулари

1. Оила тушунчаси ва оила соғлиғи.
2. Фертиллик (насл қолдириш), унинг ривожланган ва ривожланаётган мамлакатлардаги хусусиятлари.
3. Оилани режалаштириш, репродуктив соғлиқ муаммолари
4. Онанинг касалланиши ва ўлими.
5. Она ва бола соғлиғини муҳофаза қилиш хизматларини ташкил этиш.
6. Юқори хавфи бўлган ҳомиладорлик, хавф омиллари, профилактикаси.
7. Туғруққа ёрдам беришни ташкил қилиш, уйда, туғруқхонада ва касалхонанинг туғруқ бўлимида туғиш.
8. Янги туғилган чақалоқни парвариш қилиш муаммолари.
9. Чақалоқлар ва болалар ўлимини профилактика қилиш дастурлари.
10. Мактабгача ёшдаги, мактаб ёшидаги ва ўсмирларнинг соғлиғи ва бу ёшда касалланиш ва ўлимнинг профилактикаси.
11. Оилада зарарли одатларни профилактика қилиш дастурлари.
12. Аёллар ва эркаклар соғлиғини мустаҳкамлаш дастурлари.
13. Ёши улғайган кишилар соғлиғини мустаҳкамлаш.

Тавсия этиладиган адабиётлар

- American Academy of Pediatrics: Work Group on Breast-Feeding. 1997. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100:1035 — 1039.
- Angastiniotis, M., Kyriakidou, S., Hadjiminis, M. 1986. How thalassemia was controlled in Cyprus. *World Health Forum*, 7:291-297.
- Baker, J. P. 1994. Women and the invention of well child care. *Pediatrics*, 94:527 — 531.

Caravella, S., Clark, D., Dweck, H. S. 1987. Health codes for newborn care. *Pediatrics*, 80:1 — 5.

Heise, L. 1993. Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46:78-85.

Hilgartner, M. W. [editorial]. 1993. Vitamin K and the newborn. *The new England Journal of Medicine*, 329:957 — 958.

Kendig, X W. 1992. Care of the normal newborn. *Pediatrics in Review*, 13:262-268.

Lozoff, B., Brittenham, G. M., Wolf, A. W. 1987. Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance. *Pediatrics*, 79:981-995.

Paneth, N. [editorial]. 1990. Technology at birth. *American Journal of Public Health*, 80:791 — 792.

Rodriguez Trias, H. [editorial]. 1992. Womens health, womens lives, womens rights. *American Journal of Public Health*, 82:663 — 664.

Rowland, D. 1992. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, 11:205-215.

Wegman, M. E. 1996. Infant mortality: Some international comparisons. *Pediatrics*, 98:1020-1027.

Библиография

American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists. 1992. *Guidelines for Perinatal Care. Third Edition.* Washington, DC: ACOG, and Elk Grove Village, IL American Academy of Pediatrics.

American Academy of Pediatrics: Committee on Environmental Health. 1998. Screening for blood lead levels. *Pediatrics*, 101:1072-1078.

American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1989. Iron fortified formulas. *Pediatrics*, 84:1114-1115.

American Academy of Pediatrics: Committee on Nutrition. 1992. The use of whole cow's milk in infancy. *Pediatrics*, 89:1105 — 1109.

American Academy of Pediatrics. 1996. The role of the primary care pediatrician in the management of high-risk new-born infants (RE 9636). *Pediatrics*, 98:786 — 788.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 1989. *Standards for Obstetric and Gynecologic Services. Seventh Edition.* Washington, DC: ACOG.

Belsey, M. A. 1993. Child abuse: Measuring a global problem. *World Health Statistics Quarterly*, 46: 69-77.

Beresford, S. A. 1994. How do we get enough folic acid to prevent some neural tube defects? *American Journal of Public Health*, 84:348-350.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1994. *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.* Ottawa: Health and Welfare Canada.

Centers for Disease Control. 1995. Surveillance for anencephaly and spina bifida and the impact of prenatal diagnosis — United States, 1985 — 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44 SS-4:1 — 13.

Centers for Disease Control. 1995. Economic costs of birth defects and cerebral palsy — United States. 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:694 — 699.

Centers for Disease Control. 1996. Youth risk behavior surveillance — United States 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:SS-4:1 — 84.

Centers for Disease Control. 1997. Children with elevated blood lead levels attributed to home renovation and remodeling activities — New York, 1993 — 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45: 1121-1123.

Centers for Disease Control. 1998. Tobacco use among high school students — United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:229 — 233.

Centers for Disease Control. 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency anemia in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47:RR-3:1 — 30.

Centers for Disease Control. 1999. Prevalence of selected maternal and infant characteristics. Pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48 (SS-5):1-43.

Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1985 — 1988, American Academy of Pediatrics. 1988. Guidelines for Health Supervision 1, 11. Elk Grove Village, IL.: American Academy of Pediatrics.

Cooke, R. E. 1993. The origin of the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*, 92:868 — 871.

Haddad, J. G (editorial). 1992. Vitamin D — Solar rays, the milky way or both? *The New England Journal Medicine*, 326:1213-1215.

Hughes, J. G. 1993. Conception and creation of the American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 92:469-470.

Oski, F. A., Honig, A. S., Helu, B., Howanitz, P. 1983. Effect of iron therapy on behavior performance in nonanemic, iron-deficient infants. *Pediatrics*, 71:877 — 880.

Royston, E., Armstrong, S. (eds). 1989. Preventing Maternal Deaths. Geneva: World Health Organization.

Stopp, O. H. 1994. *International Perspectives on Healthcare for the Elderly*. New York: Peter Lang. Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C. 1989. A case control study of the effectiveness of bicycle safety helmets. *The new England Journal of Medicine*, 320:1361-1367.

UNICEF. 1996 — 1999. *The State of the World's Children 1996, 1997, 1998, 1999*. New York: United Nations Children's Fund; Oxford University Press.

United States Preventive Services Task Force. 1996. *Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition*. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins.

Williams, C. D., Baumslag, N., Jelliffe, B. 1994. *Mother and Child Health: Delivering the Services, Third Edition*. New York: Oxford University Press.

World Health Organization. 1983. Community control of hereditary anaemias: Memorandum from a WHO meeting. *Bulletin of the World Health Organization*, 61:63-80.

World Health Organization. 1992. *The Prevalence of anemia in Women: A Tabulation of Available Information, Second Edition*. Geneva: World Health Organization.

МУНДАРИЖА

| | |
|---|-----|
| Сўз боши | 3 |
| Кўлингиздаги ушбу китоб тўғрисида | 5 |
| Кириш | 9 |
| 1-боб. Соғлиқни сақлаш тарихига бир оз тўхтаб ўтсак | 20 |
| 2-боб. Янги жамоат соғлиғини сақлаш концепцияси | 90 |
| 3-боб. Аҳоли саломатлигини ва соғлиқни сақлаш тизими ҳолатини ўлчаш метод- лари ва баҳолаш мезонлари | 186 |
| 4-боб. Инфекцион касалликларни ўрганиш ва назорат қилиш | 285 |
| 5-боб. Ноинфекцион касалликлар ва уларга қарши кураш | 342 |
| 6-боб. Оиланинг саломатлиги | 398 |

Т. Г. Тульчинский, Е. А. Варавикова
Тиббиёт институтлари талабалари
учун ўқув адабиёти

ЖАМОАТ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШ Янги фан асослари

І қисм

Ношир: Тошкент Давлат иккинчи тиббиёт институти. Тошкент 700109,
С. Раҳимов тумани, Фаробий кўчаси, 2-уй.

Теришга берилди 22.02.03. Босишга рухсат этилди 2.06.03. Қоғоз формати 70×90¹/₁₆. Офсет
босма усулида босилди. Шартли босма т. 22,0. Нашр босма т. 33,93. 2000 нусхада чоп этилди.
Буюртма № 46. Баҳоси шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Матбуот ва ахборот агентлигининг Тошкент китоб-журнал
фабрикасида чоп этилди. Юнусобод даҳаси, Муродов кўчаси, 1.