

Tibbiyotning oliy maqsadi – inson salomatligiga erishishdir

Ўзбекистонда sog'liqni saqlash Здравоохранение Узбекистана



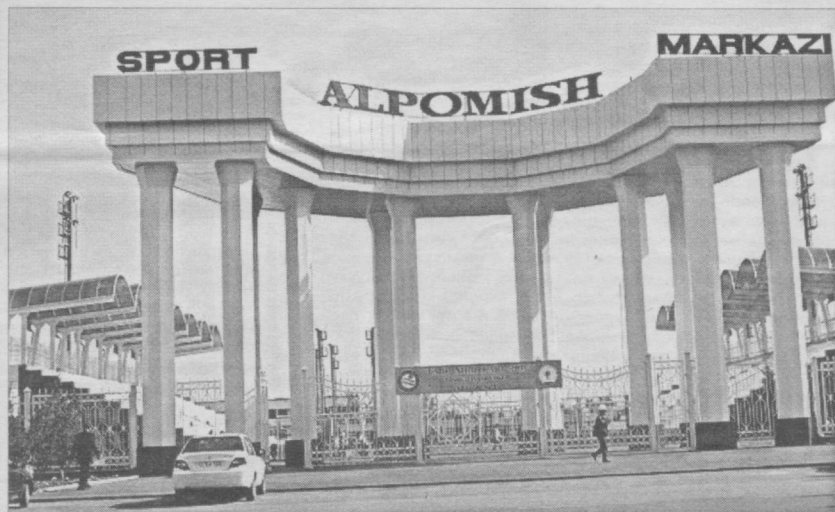
Газета 1995 йил октябрь ойидан чиқа бошлаган • www.uzssgzf.uz, uzss@med.uz • 2009 йил, 29 май • № 21 (640)

«Умид ниҳоллари – 2009»

ҲАЯЖОНЛИ ДАҚИҚАЛАР ЯҚИН

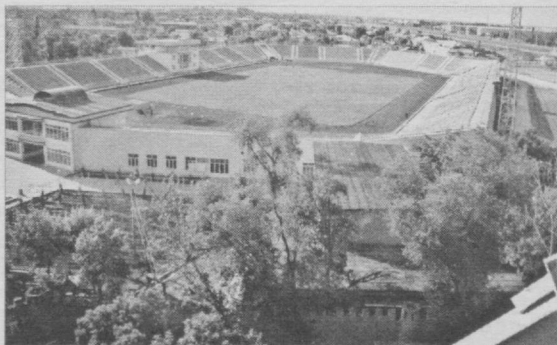
Мамлакатимизда ёшларнинг спортга бўлган ҳавас ва интилишини ошириш, жамиятимизда соғлом турмуш тарзи тамойилларини янада кучайтириш, ўқувчи ва талабаларни спорт машғулотларига узлуксиз жалб этишга қаратилган уч босқичли «Умид ниҳоллари», «Баркамол авлод» ва «Универсиада» спорт мусобақалари тизим-

ли равишда ўтказиб келинмоқда. Давлатимиз раҳбарининг бевосита ташаббуси билан ташкил этилган мазкур спорт мусобақалари мана бир неча йилдирки, ўзининг юксак самарасини бериши билан бирга, ёшларни жаҳон олимпиадаларида ҳам фахрли ўрин олишларига катта имконият яратмоқда.



Бу йилги «Умид ниҳоллари» спорт мусобақаларининг Мирзачўл марвариди бўлган Гулистон шаҳрида ўтказилиши ҳам сирдарёлик ёшлар қалбини фахр-ифтихорга тўлдириши табиий. Қисқа вақт ичида таниб бўлмас қиёфа кашф этган Гулистон шаҳрида олиб борилган ободонлаштириш, янгидан бунёд бўлган ва қайта таъмирланган кўркам бинолар эса ҳар қандай кишини бефарқ қолдирмайди, десак хато бўлмайди. Айниқса, гулларга бурканган равон кўчалар, қайта таъмирдан чиқарилган марказий ўйингоҳ, «Алпомиш» спорт саройи, спорт мажмуалари, Гулистон Давлат университети, 1-академик лицей, Гулистон 1- ва 2-педагогика коллежлари бинолари, ўқувчилар тураржойлари шаҳар кўрकिга кўрк қўшиб турибди. Яна шуниси эътиборга моликки, бу йил нафақат Гулистонда, балки вилоятнинг барча шаҳару қишлоқларида бунёдкорлик ишлари авж олди. Вилоят ҳудудларида мусобақанинг туман, шаҳар, вилоят

босқичлари ўтказилиш баробарида ободончилик тадбирлари ҳам катта ташаббус ва уюшқоқлик асосида амалга оширилди.



Бу албатта, мусобақанинг янада кўтаринкилик руҳида ўтишидан далолат беради. Айтиб ўтиш жоизки, «Умид ниҳоллари – 2009» мусобақасининг вилоят босқичларида 457 миңг 632 нафар ўқувчи ўзаро беллашди. Улар орасидан саралаб олинган 1792 нафар ўқувчи финал босқичида бадий гимнас-

тика, кўл тўпи, сузиш, футбол, волейбол, енгил атлетика, шахмат, стол тенниси, теннис, баскетбол, кураш ва белбоғ-

ли кураш каби 12 та спорт тури буйича мардона кураш майдонида чиқади. Ўз ўрнида биз ҳам барча иштирокчиларга омад тилаб қолаемиз.

СУРАТДА: спорт иншоотларидан лавҳа.

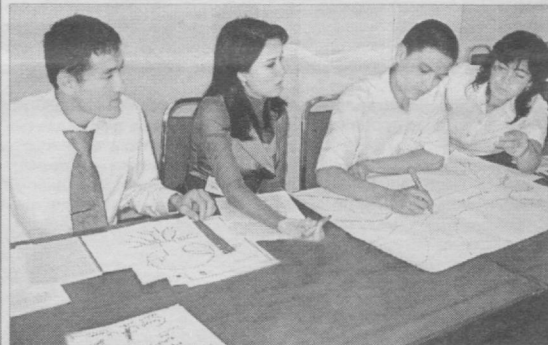
Суратлар
www.umidnihollari.uz
сайтдан олинди.

Намоз ТОЛИПОВ.

Семинар

ИЖТИМОЙ ҲИМОЯ – ЖУРНАЛИСТЛАР НИГОҲИДА

БМТ Тараққиёт дастури ҳамда Меҳнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлигининг ACCESS лойиҳаси доирасида 28-30 май кунлари «Ногиронлик муаммолари ва уларни оммавий ахборот воситаларида ёритиш»га бағишланган амалий ўқув-тренинги бўлиб ўтмоқда. Унда республикамиздаги барча оммавий ахборот воситалари вакиллари иштирок этди.



Семинарни ташкил этишдан мақсад иштирокчиларнинг ногиронлик мавзусини ёритиш борасидаги малакасини ошириш ҳамда ногиронлик мавзусини тақдим этиш буйича аниқ билим, кўникмалар ва касбий маҳоратни шакллантиришдан иборатдир. Ўқув-машғулотларида қатнашчилар ногиронлик ҳақидаги тушунчалар, этика меъёрлари ва ногиронлар билан мулоқотда ишлатилиши мумкин бўлган сўз ва иборалар, меъёрий-ҳуқуқий қонун ҳужжатларидан фойдаланишни ўрганиш, танқидий фикр юритишни ривожлантириш, фаол таълим тизимларини қўллаш орқали ижодий фикрларни шакллантириш каби устувор мавзуларда билимларини бойитдилар.

Тажрибали тренерлар томонидан олиб борилган назарий ва амалий дарс жараёнлари замонавий ўқитиш стандартлари доирасида ташкил этилган бўлиб, бу журналистларни янада кенгроқ ва янгичароқ услубда фаолият юритишларини белгилаб беради. Таъкидлаш жоизки, мамлакатимизда ногиронларни ижтимоий, иқтисодий ва ҳуқуқий ҳимоя қилишга алоҳида эътибор қаратилган. Айниқса, улар соғлигини мустаҳкамлаш, кераклик имтиёз ва ҳақ-ҳуқуқлар-

дан унумли фойдаланишлари каби кўпгина хайрли ишларни келтириш мумкин. Шу боис, жойларда фаолият кўрсатаётган тиббий меҳнат-эксперт комиссияларининг ҳам бу борадаги фаолияти эътирофга сазовор. Айни кунларда пойтахтимизда 16 та шундай комиссия иш олиб бораёпти. Улар томонидан фуқароларимиз тиббий кўриқдан ўтказилиб, ногирон деб топилган кишилар реабилитация марказларида даволаниш учун тавсия қилинмоқда. Шунингдек, тиббий меҳнат-эксперт комиссиялари ҳулосалари асосида бундай юртдошларимиз протез-ортопедия воситалари билан таъминланмоқда. Ана шундай ижтимоий таъминотга қаратилган қатор лойиҳаларнинг мақсад-вазифаларини ёритишда бевосита оммавий ахборот воситаларининг алоҳида ўрни борлигини таъкидлаш жоиз.

Семинар давомида тингловчилар олинган билимлар асосида мавзуга доир лавҳалар, таҳлилий материал ва мақолалар тайёрлашди. Умид қилаемиз, мазкур мавзу доирасида журналистлар ўзлаштирган билимларини касбий фаолиятларида самарали қўллайдилар.



Ўзбекистон
Республикаси



Халқаро тараққиёт
уюшмаси



Осиё тараққиёт
банки



Озиқланишни Яхшилаш
Глобал Алянси

2009 й.
№ 4

«Саломатлик – 2», «Аёллар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш» ва «Унни бойитиш миллий дастури» лойиҳалари

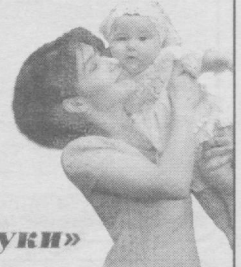
«Health – 2»

«Women and Child Health Development,
and «National flour fortification program» Projects

Проекты «Здоровье – 2»

«Укрепление здоровья женщин и детей»

и «Национальная программа по фортификации муки»



2009 йил – Қишлоқ тараққиёти ва фаровонлиги йили

ТИББИЙ СИФАТ ДАРАЖАСИНИ КЎТАРИШ

Республикамиз тиббиёт тизимида кейинги пайтларда кадрларнинг малакасини ошириш, қайта тайёрлаш ва узлуксиз таълим жараёнига катта эътибор қаратилмоқда. Айниқса, Соғлиқни сақлаш вазир-

лиги, «Саломатлик1-2» ва «Аёллар болалар соғлигини мустаҳкамлаш» қўшма лойиҳаларининг бир неча йиллардан буён ҳамкорлик борасида олиб бораётган фаолиятлари ҳам бундан мустасно эмас.

Жорий йилнинг апрель ойида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Марказий Осиё Тараққиёт банкининг «Аёллар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш» лойиҳаси дастури асосида пойтахтимизда «Репродуктив саломатлик» ва «Бехатар оналик» бўйича семинар-тренинг бўлиб ўтган эди.

Мазкур семинарни Республика Репродуктив саломатлик марказининг тажрибали мута-

саломатлик маркази вилоят филиаллари мутахассис ва ҳамширалари иштирок этдилар. Жаҳон стандартлари даражасида олиб борилган ўқув-семинар тажрибали тренерлар томонидан ўзига хос баҳс ва мунозарага бой тарзда ўтди.

Дилфуза ҲАСАНОВА,
Республика репродуктив саломатлик маркази директори, тренер:

– Беш кунлик ўқув давомида тингловчиларга репродуктив са-

да улар тиббиёт муассасаларида фаолият юритаётган ўрта тиббиёт ходимлари билимларини бойитиш мақсадида тренер сифатида машгулотлари олиб боришди. Мутахассис сифатида ҳар бир тингловчининг мавзу доирасидаги билимлари борлигига ва янги стандартлар бўйича ўзаро фикрлашувлари, таклиф ва мулоҳазалари дарслар янада қизиқарли ўтишига сабаб бўлди. Аслини олганда репродуктив саломатлик ва бехатар оналик бу оилاداги соғлиқнинг асосий негизи ҳисобланиб, ўрта тиббиёт ходимидан катта масъулият талаб қилиши табиийдир.

Вилоятлардан келган бош ва катта ҳамшира ҳамда Республика репродуктив саломатлик маркази филиаллари мутахассисларининг семинарда фаол иштироки уларнинг аҳоли билан ишлаш даражаси юқори эканлигини кўрсатди, десам янглишмаган бўламан.

Роза МИШЕНОВА,
Қорақалпоғистон Республикаси Ҳамширалар Ассоциацияси раиси:

– Ўтказилган ўқув-семинардан катта билимий тажрибага эга бўлдим, десам янглишмайман. Айниқса, репродуктив саломатлик оилаларда тиббий маданиятни ошириш, шунингдек, халқнинг ўз соғлигига бўлган эътиборини кучайтириш, ундан ташқари, бехатар оналик, кўрак сутининг моҳияти, баркамол авлодни дунёга келтириш, она



ва боланинг саломатлигини муҳофаза қилиш каби муҳим масалаларга эътибор қаратиш кераклигини машгулот давомида тажрибали тренерлар батафсил ёритиб берди.

Биз олган барча билим ва тажрибаларимизни тиббиёт муассасаларимиздаги ўрта тиббиёт ходимлари, айниқса, патронаж ҳамшираларга чуқур ўргатиб, аҳолига кўрсатилаётган сифатли тиббий хизмат даражасини янада оширишда бор имкониятларни яратиб, улар билан бирга астойдил меҳнат қилишга ҳаракат қиламиз.

Эшдавлат САДАТОВ,
Сурхондарё вилоят репродуктив саломатлик маркази директори:

– Жаҳон стандартларига мос тарзда ва турли ўқув қўлланмалар асосидаги ушбу семинар билимларимизни янада бойитишда кўл келди, десам муболага бўлмайди. Айниқса, ишчи гуруҳларга бўлиниб ўтказилган дарс жараёнлари ҳам жуда қизиқарли ва баҳс-мунозара тарзида ўтди. Бу албатта, кўп йиллик тажрибага эга тренерларнинг ўзига хос интерактив

усулда олиб борган машгулотлари самараси эди. Эндилкида олган билимларимизни махсус дастур асосида вилоятдаги ҳаммаслар ўртасида ўтказишни режалаштирганмиз. Чунки, жаҳон андозаларига мос келадиган тренерни тайёрлаш бугунги куннинг энг долзарб, истиқболли лойиҳасига айланиб бормоқда. Оилалардаги соғлом турмуш тарзини шакллантириш, аввало, репродуктив саломатликни тўғри тарғиб қилиш олдимизга қўйилган дастлабки вазифа ҳисобланади. Бизга берилган таркатма материаллар, янги дарсликлар, аудио, CD дисклардаги интерактив слайдлар иш жараёнида кўл келиши шубҳасиз.

Мамлакатимизда бирламчи тиббиёт бўғинини шакллантиришга қаратилган қатор тадбирлар жамиятимиз тараққиёти бўлган инсонлар саломатлигини сақлаш ва муҳофазадада ўз самарасини кўрсатиб, Ватанимиз равнақини ривожлантиришда катта дастурлаш бўлиб хизмат қиладир.

Хулоса ўрнида шунини айтиш жоизки, тиббиётнинг асосий мақсади инсон саломатлигига қаратилган экан, бу йўлда тиббиёт мутахассислари малакасини ошириш, қайта тайёрлаш ва узлуксиз таълимни изчиллик билан давом эттириш эртанги келажак авлоднинг соғлом ва баркамол ўсишида асосий омил бўлиб хизмат қиладир.



хассислари ҳамда маҳаллий тренерлар кенг доирада олиб бордилар. Ўтказилган ушбу ўқув-семинарда республика ва вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаларининг бош ва катта ҳамширалари, Республика Ҳамширалар Ассоциацияси вилоят филиалларининг раислари ҳамда Республика репродуктив

саломатлик ва бехатар оналик мавзулари бўйича жаҳон стандартлари асосида ҳам назарий, ҳам амалий дарс машгулотларини бериб келдик. Тингловчи авваломбор, дарс жараёнида олиб борилаётган ҳар бир мавзуну мукаммал билга олиши шарт. Чунки у кўпроқ аҳоли билан иш олиб боради. Бу жараён-

– Наманган вилоятидаги Кўчор ота қишлоқ врачлик пункти 2001 йил янги қурилган бинода жойлашиб, 50 қатновга мўлжалланган. ҚВПда 13 нафар тиббиёт ходими 3812 нафар аҳолига тиббий хизмат кўрсатади. Мазкур даргоҳда 3 та умий амалиёт шифокори хонаси, 2 та аёллар маслаҳатхонаси, физиотерапия, тахлилхона, муолажа, ҳамшира ва ёрдамчи хоналар мавжуд. Шунингдек, муассасамиз махсус автомашина билан таъминланган, – дейди

КВП мудир Рустамжон ИСОКОВ биз билан сўхбатда. – Галдаги асосий вазифамиз аҳолига сифатли хизмат кўрсатиш ва уларнинг тиббий маданиятини оширишдан иборат. Шу боис, мутахассисларимиз кенг жамоатчилик орасида тарбиёт-ташвиқот ишларини кучайтирмақдалар.

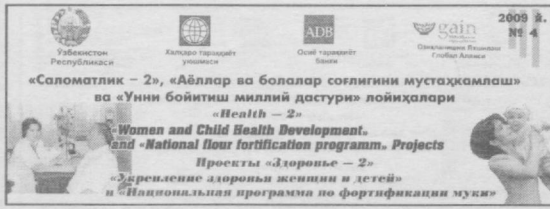
Фикр

ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ БОШ МЕЗОН

Хусусан, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, исталмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш, максумий касалликлар профилактикасини кучайтириш, аҳоли билан ишлашни тўғри йўлга қўйиш каби долзарб вазифалар кундалик фаолиятимизга кирди. Сир эмас, қишлоқ врачлик пунктлари ташкил этилгандан

буён тизимда кўпгина ижобий ютуқларга эришилди. Хавфли ва юкумли касалликлар кўрсаткичи камайди, энг муҳими, аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи туршунчалари шаклланди. Оиладаги тиббий маданият ва саводхонлик даражаси анча ўсди. Бу йўлда бизга камарбаста бўлиб келаётган патронаж ҳамширалари

нинг ўрни алоҳида. Ҳозирги кунда уларнинг узлуксиз таълим олишига эътибор қаратиб, семинар-тренингларда иштирок этиши учун керакли шароитларни яратганмиз. Мақсади-миз – барча тиббиёт ходимлари билан бирга аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш, уларнинг ижтимоий-иқтисодий аҳолини ўрганиш, кенг жамоатчилик билан биргаликда ишлаб, хизмат кўрсатишидан юқори натижаларига эришишдир.



Узлуксиз таълим: Наманган вилояти

машгулотларни олиб бормоқда-ман. Назарий ва амалий билимларни мустаҳкамлаш учун ўқув хонамизда барча шароитлар яратилган. Жумладан, ўқув адабиётлари, зарурий муляжлар, тиббий жиҳозлар, меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар бурчаги, тасвирли стендлар ва ком-

Наманган вилоят туманларида ўтказилаётган семинар-тренинглар асосан бирламчи тиббиёт муассасаларида фаолият юритаётган ҳамшираларнинг узлуксиз малакасини оширишга қаратилган бўлиб, машгулотлар халқаро стандартлар асосида тайёрланган ўқув қўлланмалари, тарқатма материаллар ва хорижлик мутахассислар томонидан тайёрланган маҳаллий тренерлар иштирокида олиб борилмоқда.

КАСБИЙ ФАОЛИЯТ ВА АМАЛИЙ КЎНИКМАНИНГ САМАРАСИ

Ҳамширалар фаолиятида касбий таълимни ривожлантириш, узлуксиз малака оширишни кучайтириш, ҳамширалик иши жараёнида амалий кўникмаларни татбиқ этиш ва тажриба қўламини кенгайтириш борасида Соғлиқни сақлаш вазирлиги, «Саломатлик-2» ва «Аёллар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш», Тиббий таълимни ривожлантириш маркази, USAID/ЗдравПлюс лойиҳалари томонидан кўпгина истиқболли таълим дастурлари ишлаб чиқилиб, жаҳон стандартларига мос ҳолда ўқув-семинарларни ташкил этилмоқда. Шу вақтга қадар «Шахслараро мулоқот», «Кўкрак сути билан боқиш», «Бирламчи тиббий-санитария тизимида ҳамширалар ишининг асосий кўникмалари», «Репродуктив саломатлик ва бехатар оналик» мавзулари бўйича ўқув-семинарларга махсус ўқув хоналари ташкил этилиб, оила ҳамширалари мазкур машгулотларда тренер сифатида тайёрланмоқда. Амалга оширилаётган узлуксиз таълим жараёнларининг сифат-самарадорлигини кузатиш мақсадида дастлабки қадамни Наманган вилоятидан бошладик.

пьютер технологиялари тингловчиларни тайёрлашда кўл келмоқда. Мазкур семинарлар учун кунга мўлжалланган бўлиб, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 100-сонли буйруғи асосида тўлиқ амалга оширилади. Чунки, тингловчилар ишдан ажралмаган ҳолда дарс машгулотларини олиб борадилар.

Эътироф этиш жоизки, давлатимиз томонидан ҳамширалик ишига алоҳида эътибор қаратилган. Айниқса, бирламчи тиббиёт бўғинидаги ҳамширалар касбий малакасини ошириши, узлуксиз таълим олишни таъминлаш ва самарали фаолият юритиши учун етарли шарт-шароитлар ярати берилган. Туман тиббиёт бирлашмаси бош шифокори Шокиржон Юсупов ва катта ҳамшира Умида Раҳматуллаеванинг бевосита ёрдамлари билан ўқув хонамиз замонавий таъмирланди. «Саломатлик-2» лойиҳаси томонидан берилган қўлланмалар баробарида яна керакли зарур жиҳозлар келтирилди. Буларнинг барчаси фаолиятдаги ҳамшираларнинг хизмат кўрсатиш самарадорлигини ошириш, бемор билан мулоқот қилиш маданиятини юксалтириш, аҳолининг тиббиётга бўлган ишончини кучайтиришга қаратилган қатор мақсадлардан биридир. Уйлаيمانки, ҳамширалар ушбу ўқув-семинарлари орқали ўзлари учун муҳим бўлган касб сирларини мукамал эгаллашлари ва уни амалиётда бевосита қўллашга ҳаракат қиладилар.

Ташкилотчилар томонидан тузилган махсус ўқув дастурида ҳамширалик ишининг асосий босқичлари, назарий маълумот ва янгиликлар борасидаги касбий кўникмаларни амалиётда қўллашни ўргатиш қоидалари содда ва осон тилда, машқлар, тестлар ёрдамида кўрсатиб берилган. Жумладан, Наманган туман тиббиёт бирлашмаси таркибида фаолият юритаётган ўқув хонаси ўз замирида ёш ҳамшираларни жалб этганлиги диққатимизни тортди.

– Дарсимизнинг биринчи кунинида иштирокчиларнинг назарий

амалиётга олиб кириш талабини кучайтирмасдан, балки ҳамширалар касб малакасини бойитиш борасида ҳам амалий кўникмаларни оширади, уларни янада масъулият ва шижоат билан ишлаш, аҳолига хизмат кўрсатишга ундайди.

Толибжон МАДУМАРОВ,
Наманган туман тиббиёт бирлашмаси бош шифокори:

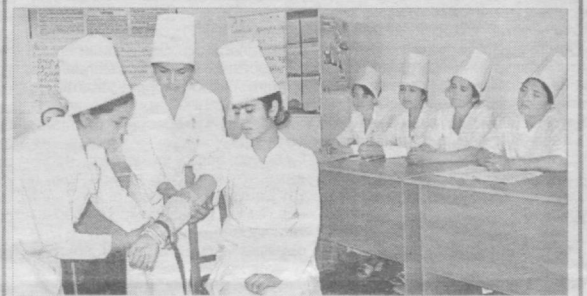
– Аҳамият берган бўлсангиз, туманимиздаги аксарият ҳамшираларни ёшлар ташкил этади. Уларни замон руҳида тарбиялаш, билимларини бойитиш, мавжуд имкониятлардан



Республикамызда бўлгани каби Наманган вилоятининг барча туман тиббиёт бирлашмалари таркибида ҳам ҳамшираларнинг ўқув хоналари ташкил этилган бўлиб, у «Саломатлик-2» лойиҳаси томонидан керакли ўқув адабиётлари, тарқатма материаллар, тиббий жиҳозлар, муляжлар ва ахборот технологиялари билан тўлиқ таъминланган. Ана шундай имкониятлардан бири Тўрақўрғон туман тиббиёт бирлашмасида яратилганини кўриб, ишончимиз янада ортди. Қизиқарли ва уюшқоқлик билан ўтаётган дарс жараёнларини олиб бораётган тренернинг маҳорат билан давом эттиряётган маърузаларини тинглар эканмиз, унинг ўзига хос услубдаги машгулотларни ўтаётганлиги бизни бефарқ қолдирмади. Бунинг баробарида мавзуларни диққат билан тинглаётган тингловчиларнинг фикрлари билан қизиқдик.

Одина БОКИЕВА,
Тўрақўрғон туман тиббиёт бирлашмасининг ички касалликлар бўлими навбатчи ҳамшираси, тингловчи:

– Ташкил этилган мазкур семинар орқали фаолиятим учун зарур билимларни мукамал эгалладим, десам хато бўлмайди. Ҳамшираларнинг турли мавзулардаги касбий кўникмаларини бойитишга қаратилган бу лойиҳалар асосан бирламчи тиббиёт тизимида сифатли ёрдам кўрсатишнинг самарадорлигини оширишга йўналтирилган. Ўқув жараёнида ҳамшираларнинг аҳоли билан ишлашдаги асосий кўникмалари, тиббий талаблари, шахслараро мулоқот, кўкрак сутининг моҳияти тўғрисидаги назарий билимлар амалдаги фаолиятимизда ижобий натижа бермоқда. Хоҳлардимки, ана шундай семинарлар учун кун эмас, балки бир hafta мобайнида ташкил этилса, мақсадга мувофиқ бўларди. Яна шунингдек, бу ёрда ҳамкасбларимиз билан тажриба алмашиш учун яхшигина имконият мавжуд.



билимлари синондан ўтказилди. Сўнгра, семинар якунида улардан қайта тест натижалари олиниб, таҳлил қилинади. Бу албатта, яхши томонга ўзгариш борлигини кўрсатиши шубҳасиз. Чунки, маҳаллий ва хорижлик экспертлар томонидан тузилган ўқув қўлланмаси содда, ихчам кўринишда бўлиб, тингловчига тушунарли тартибда берилганлиги билан алоҳида аҳамиятга эга. Семинар-тренингнинг охири кунларида тингловчилар ол-

самарали фойдаланиш ҳар биримизнинг олдимизга улкан вазифа юклайди. Туманимизда ҳамширалик таълимини ривожлантириш бўйича «Саломатлик-2», «Аёллар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш» лойиҳалари томонидан малака оширган ва долзарб мавзуларда тайёрланган тренерларимиз бор. Уларнинг билим кўникмаларини кенгрок тарғиб қилиш мақсадида махсус ўқув хонамиз ташкил этилди. Унга дои-



Самия ЮЛДОШЕВА,
Тўрақўрғон туман тиббиёт бирлашмасининг болалар поликлиникаси катта ҳамшираси, тренер:
– 25 йилдан бери шу соҳада ишлайман. Борган сари касбимга бўлган садоқат ва қизиқиш кучаймоқда. Сабаби, замонавий таълим стандартларининг амалиётга кириб келиши бизни янада мукамалроқ ишлаб, чуқурроқ изланишга ундаётганлиги табиий. Бошида тренерлик масъулиятини юклатилганидан чўчидим. Лекин касбимга астойдил меҳр боғлаганим учун бу тўсиқларни енгиб ўтдим. 2007-2009 йиллар давомида вилоятимиздаги тажрибали тренерлардан «Шахслараро мулоқот», «Кўкрак сути билан

боқиш» ва «Бирламчи тиббий-санитария тизимида ҳамширалар ишининг асосий кўникмалари» мавзуси бўйича сабоқларни ўзлаштириб, «тренер» деган номга сазовор бўлдим. Эндиликда олган билимларим асосида туманимизга қарашли бўлган ҚВП патронаж ҳамширалари, шифохонамизнинг бўлим ҳамшираларига мазкур йўналишлар бўйича амалий



ган билимларини умумлаштириб, турли мавзуларда мустақил тренерлик фаолиятини намойиш этадилар. Ҳозирга қадар ўқув хонамизда 93 нафарга яқин патронаж ҳамширалар ўқитилди, – дейди катталар аудиториясини ўқитиш бўйича тренер Мавлуда Йўлдошева.

Ушбу семинар-тренингда қатнашиб, сертификат олган иштирокчилар эндиликда ўз худудларига бориб, олган билимларини амалиётда қўлайдилар. Бундан кўзланган асосий мақсад ҳамширалик иши жараёнидаги янги босқичлар, амалий кўникмалар, замонавий стандартлар асосида иш юритиш талаблари тўғрисидаги маълумотларни етказишдир. Чунки, бундай узлуксиз таълим қундалик янгиликларни

мий равишда узлуксизлик таъминини сақлаган ҳолда патронаж ҳамширалар ўқитилмоқда. Гувоҳи бўлганингиздек, дарс жараёнида интерактив услубда, бевосита мулоқот тарзида қизиқарли қилиб олиб борилмоқда. Бундан кўзланган асосий мақсад – аҳолини тиббиётга бўлган ишончини орттириш, бирламчи тиббиёт бўғинида хизмат кўрсатиш сифатини ошириш ва профилактик тадбирларни мақсадли ташкил этишга қаратилгандир. Бу жараёнда кўпроқ ҳамширалар фаоллиги инобатга олинди, уларга замонавий таълим стандартларини ўргатиш ва эгаллашларига кўмак бериш қилинаётган ишларнинг бош самараси бўлиб қолади, деб ўйлайман.

Международный опыт

СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ: МЕЖДУ УЧАСТКОВЫМ
ВРАЧОМ И СПЕЦИАЛИСТОМ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 84 от 17 января 2005 года утвердил порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача). Новшество вызвало оживленные дискуссии в средствах массовой информации, а также отзывы в интернет-чатах, по большей части негативного свойства.

Между тем поэтапный переход к организации первичной медицинской помощи с опорой на врачей общей практики был провозглашен еще приказом Минздрава РФ № 237 от 26 августа 1992 года. Тогда эта идея не вызвала бурных эмоций, как, впрочем, и заметного эффекта. Служба семейных врачей как система не сложилась повсеместно. Однако в городе Гатчина Ленинградской области новая форма медицинского обслуживания действует с 1992 года.

Мне показалось интересным применить методы антропологии профессиональных групп к специальности, которая находится еще только в стадии формирования, используя тем самым редкий шанс зафиксировать процесс становления новой профессии. Летом 2005 года я провела ряд интервью с врачами и медсестрами; отзывы из них приведены ниже курсивом.

Семейные врачи Гатчины – это специалисты, как правило, с базовым образованием терапевта или педиатра, которые сначала работали участковыми врачами, затем прошли курс переобучения и вернулись к работе в новом качестве. В ноябре 1992 года к работе приступило всего семь врачей – пять в одном из городских отделений и двое – на селе. Сейчас в городе и районе их пятьдесят пять. Они обслуживают около половины населения Гатчины и Гатчинского района.

Подготовка семейных врачей началась в Ленинградском государственном институте усовершенствования врачей, на кафедре судебной медицины. Таким образом, характер и условия работы семейного врача уподобились работе корабельного врача, которому не к кому обратиться за консультацией и приходится решать самому все возникающие проблемы. Вот как вспоминает о подготовке одна из первых семейных врачей города: «Предложили заняться этим кафедре судебной и подводной медицины, потому что считали, что автономное плавание в том и в другом случае, там доктор, который должен все сам делать, здесь примерно то же самое. И поэтому нас, первых семь человек, эта кафедра учила, я бы сказала, очень достойно. Кое-что своими силами, но в основном были все кафедры, и педиатрия, и терапия, в общем, весь ГИДУВ. Я думаю, что все принимали участие в нашем активном обучении».

Эксперимент начался с одного микрорайона, отделенного от центра города. Из пяти врачей, приступивших к работе, двое работали там и раньше. Предполагалось, что они, пользуясь уже заслуженным доверием пациентов, смогут влиять на их мнение и служить проводниками новой политики. Однако не все вышло так, как задумывалось. Как любым первопроходцам, первым семейным врачам пришлось нелегко. И дело было не только в естественном страхе перед новым, существенно более широким кругом обязанностей (хотя терапевтов пугала необходимость работы с маленькими

детьми), и даже не в том, что не хватало инструментов и оборудования, которого семейному врачу нужно заметно больше, чем обычному участковому. Сама система здравоохранения не была готова изменить свою структуру и принять новый элемент. Кроме того, поскольку введение семейной медицины не было предварено практически никакой подготовкой населения, пациенты, естественно, восприняли новшество крайне нервно. Как пишут авторы книги о семейной медицине Гатчины, «за неделю до начала работы в местной газете было помещено объявление об открытии первого отделения врачей общей практики». Видимо, предполагалось, что недели вполне достаточно для осмысления и принятия новой формы работы. На деле внезапные перемены, конечно, вызвали недоверие и непонимание.

Более всего шокировал пациентов тот факт, что теперь один и тот же врач будет лечить всех членов семьи, независимо от возраста и заболевания. Как сказала мне одна из пациенток, «эти доктора – они на нас же и учились, это ужасно». Причем труднее других пришлось именно тем врачам, которые вернулись на свое прежнее рабочее место в новой роли: «Конечно, первые дни – это была сплошная катастрофа, потому что население было абсолютно не готово. Для населения это тоже была какая-то, наверно, шоковая терапия, потому что никак не могли понять: вот три человека пришли из других мест, а вот мы вдвоем работали... одна педиатром, а я терапевтом. И никто не мог понять, почему его ребенка должен лечить врач, который не смотрит. Ну, те врачи, которые пришли извне, им было легче, потому что они были совершенно не знакомыми, и мало кто знал их исходную специальность. Каждый день меня буквально атаковали разными вопросами такие пациенты, которые не хотели воспринимать то, что происходило».

По отзыву медсестры отделения семейных врачей, «многие были против семейной медицины, что доктор наблюдает с маленького возраста и до старости, люди не могли понять, что один доктор в себе должен совмещать, настроенно к этому относились и не доверяли». Чтобы как-то разрядить напряженную ситуацию, пациентам предложили самим выбрать себе врача. При этом были наложены ограничения – врача надо было выбрать для всей семьи, а не для каждого члена отдельно, и сроком не менее чем на полгода. Пациенты стали выработать свои способности приспособления к новой ситуации. Врачи ожидали, что семьи с маленькими детьми постараются выбрать семейного врача с базовым образованием педиатра, если же детей в семье не было или были постарше – бывшего терапевта. В ряде случаев так и произошло, характерна реплика одной из пациенток: «Если я молодая мамочка и у меня маленькие дети, естественно, я заинтересована, чтобы у меня был педиатр».

Однако был и другой критерий, который семейный врач описыва-

ет следующим образом: «В основном они рассредоточились по принципу «нравится или нет». Стало легче работать в том смысле, что уж они его сами выбрали. Ну и, конечно, мы оставили право за семейный выбор, если это необходимо».

Технически выбор осуществлялся довольно просто: было заведено пять журналов (по одному на каждого врача), куда пациенты могли записываться. Тут и сработал принцип «нравится – не нравится»: двое врачей «набрали» положенную норму в тысячу двести пациентов буквально за месяц, а к одному за год записалось четверть. В итоге ему пришлось сменить место работы.

Поначалу пациенты часто переходили от одного семейного врача к другому, со временем ситуация стабилизировалась, и теперь довольно редкие просьбы о перемене мотивируются, как правило, тем, что «пропал контакт с доктором», «не можем найти общий язык». Впрочем, заведующей одним из отделений пришлось услышать и такую мотивировку пациентки для смены врача: «отношения стали слишком близкими». Хотя одна из целей семейной медицины и состоит в том, чтобы приблизить врача к пациенту, его повседневным проблемам, но оказалось, что и в таком полезном деле возможен перебор.

Поскольку в процессе подготовки семейных врачей Гатчины большую роль сыграло сотрудничество со шведскими коллегами, и все врачи имели возможность посетить один из офисов семейных врачей в каком-либо шведском городе, то в своих рассказах наши доктора нередко сравнивают положение дел в двух странах. Одно из самых ярких впечатлений произвело в Швеции «великолепное отношение специалистов поликлиники и стационара к семейной медицине».

В России семейным врачам приходилось преодолевать, мягко говоря, негативное отношение терапевтов, педиатров и узких специалистов, иногда даже отказывавшихся принимать пациентов, пришедших на прием по направлению «семейников». В некоторой степени этот конфликт был спровоцирован незаметными действиями администрации. Одна из семейных врачей вспоминала: «Мы пришли, я помню, в поликлинику вместе с главным врачом, и вот там он объявил, что у нас теперь есть семейные врачи... «а вы, вот сидящие здесь узкие специалисты, должны стараться очень хорошо работать, потому что из вас останутся только лучшие, а остальные – будут ликвидированы как класс», хотя конечно, не случилось. Не было никакого планирования, на сколько процентов кого сокращать, но это была такая мысль, которая витала в воздухе, что если семейный врач берет на себя такие, скажем, обязанности узких специалистов, то в будущем они нам будут оказывать только консультативную помощь».

Естественно, при такой постановке дела трудно было бы ожидать благожелательного отношения к семейным врачам со стороны коллег. Прежде всего, семейных врачей обвиняли в некомпетентности. Особенно непримиримыми противниками семейной медицины были (и остаются) педиатры. Как заметила представительница уже второй «волны» семейных врачей, «...Мы, когда пришли, в газете была статья «Верните педиатра!». Нас еще не знали, но нас уже не хотели». Другой семейный врач

уверен, что «...настраивали так народ те педиатры, которые переучиваться не желали, а уходя, хлопали громко дверями».

Даже такой фактор, как географическое расположение места работы, играл немаловажную роль в повседневной работе семейного доктора. Сельским врачам переход к новой работе давался легче, чем городским. При затрудненном сообщении с городом они просто в силу необходимости выполняли многие функции, выходящие за рамки обязанностей обычного участкового, и до переобучения. Особенно нелегко пришлось врачам того отделения семейных врачей, на территории которого была расположена детская поликлиника: «Мамы, которые рожали деток и ходили в детскую поликлинику, не всегда доверяли и поначалу мало обращались сюда. Но дальше произошла реорганизация и в детской поликлинике, ставки, рассчитанные территориально на эту площадь, были сокращены, и эти детки, которые приходили с территории отделений семейных врачей, – уже были не особо им рады в детской поликлинике, и приходилось идти к другим врачам. У них не было своего участкового педиатра, а тут первые появляющиеся детки были встречены с любовью, расцелованы и так далее...»

Таким образом, был упущен уникальный шанс – наладить сотрудничество опытных педиатров и начинающих работу семейных врачей. Руководство городского здравоохранения постаралось исправить испорченные отношения «семейников» и «специалистов». В рамках международного проекта была организована поездка в Швецию для районных специалистов по кардиологии, терапии, травматологии, педиатрии, фармакологии. Темой семинаров, проведенных шведскими коллегами, стало сотрудничество врачей больницы и семейных врачей. В результате были созданы стандарты разделения функциональных обязанностей между специалистами семейной медицины, стационара и поликлиники. Стандарты по каждой специальности разрабатывали группы из трех человек – специалист поликлиники, специалист стационара и семейный врач.

В стандартах были описаны границы ответственности семейного врача, врача поликлиники и стационара, однако в поликлинике отношение к пациентам, приписаным к участковым и к семейным врачам, неодинаково – последним, по утверждению семейных врачей, периодически отказывают в приеме: «Например, у человека в паспорте и в полисе стоит прописка. Прописан по территории, обслуживаемой семейными врачами. Приходит в поликлинику, ему говорят: «У вас есть семейный врач, пусть он лечит ваш отит. Если у него не получится, пусть он вам напишет направление, тогда приходите». Мы отправляли пациента на рентген, а они их заворачивают к травматологу. Не котировались наши направления. Особенно специалист неврологического профиля, им бесполезно писать направления».

В этой области ситуация тоже изменилась. Нарекания на семейных врачей остались, правда, по другой причине. Если раньше их обвиняли в некомпетентности, то теперь врачи поликлиники обижаются на то, что к ним мало обращаются за советом, предпочитают более квалифицированных врачей больницы. Семейные врачи при-

знают, что «...сегодня к некоторым специалистам мы вообще не направляем, потому что уровень консультации не устраивает. У нас есть областная больница, есть масса других мест, куда можно послать, и если это случай какой-то сложный, где нужна действительно работа мысли, более тонкие исследования, которые не смогли здесь сделать, то мы отправляем сразу дальше. Мы пользуемся услугами стационара».

Отягощенные отношения убеждением в несправедливом неравенстве в оплате труда семейных врачей и специалистов. Укрепился миф о высоких зарплатах «семейников», многие специалисты заняли позицию: «вот вы там зарабатываете, вы там все время учитесь – вот и работайте».

Вот что говорят сами работники семейной медицины: «Ну, первые годы это, конечно, совершенно не соответствовало истине, то есть обещание, но опять же обещание на уровне главного врача было, что семейный врач будет получать заработную плату в полтора раза выше, чем, допустим, терапевт или педиатр. Но, скажем так, обещание первые годы абсолютно не выполнялось». Впрочем, и в дальнейшей ситуации не сильно изменилась. Медсестра из четвертого по счету отделения семейных врачей, открытого несколькими годами позже, рассказывает: «Обещали большую зарплату, сначала она неплоха была в сравнении с поликлиникой и стационаром, потом нам стали уменьшать, и за три года мы сравнялись с поликлиникой и стационаром, и медсестры стали уходить, потому что там работы меньше. Пять сестер у нас ушло».

И еще один миф – о лучшем оборудовании и вообще о внимании со стороны начальства: «У семейных врачей больше оборудования, им дают его и ЦРБ, и шведы, у них выше зарплата и отношение к работе лучше, вот было бы еще отношение к пациенту», – уверена врач районной поликлиники.

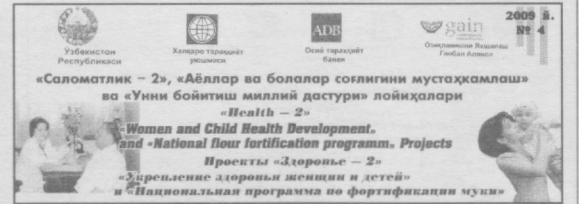
Богатство в области оборудования на поверку тоже оказалось мифическим. Как вспоминает семейный врач: «Инструменты собирали с борю по сосенке, потом стали покупать, потом медичке доктора подарили».

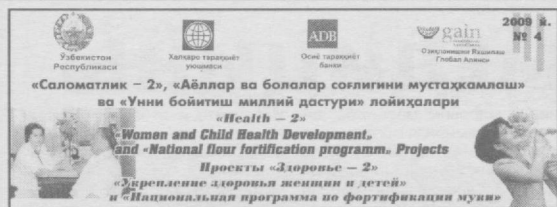
Неприязненное и ревнивое отношение специалистов к семейным врачам не осталось внутренним конфликтом системы здравоохранения. Врачи поликлиники не упускали случая настраивать пациентов против «семейников». Во всяком случае, одна из семейных врачей свидетельствует, что «есть два специалиста узких, которые нашим пациентам говорят, что ваши семейные доктора получают запрещенные деньги, ничего не делают, вас только к нам коняют».

Таким образом, пациент вместо клиента, который в теории должен передаваться из группы с одним уровнем компетенции в другую в целях оптимизации его лечения, на практике становится жертвой выяснения отношений между разными группами врачей.

За методами совершенствования системы и разрешения этой коллизии обращаются взыры на сторону Швеции. Шведские

(Продолжение на 5-й стр.).





СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ: МЕЖДУ УЧАСТКОВЫМ ВРАЧОМ И СПЕЦИАЛИСТОМ

(Окончание.
Начало на 4-й стр.)

кое первичное здравоохранение опирается на хорошо развитую социальную службу и, в свою очередь, служит опорой для врачей, работающих в больницах. Собственно в систему первичного здравоохранения входят медицинские секретари, медсестры и семейные врачи.

Медицинский секретарь выполняет две функции – дает телефонные консультации и заносит в электронную базу данных результаты работы врача в течение дня. В России же попытки ввести такую новую форму работы, как консультации по телефону, – даже не у секретаря, а у своего же врача, – вызвали негодование пациентов: «Попробовали – не получилось у нас, больные возмущены: «как это так, вы нас не видите, как это можно так заочно ставить диагноз и назначать лечение...» То есть ни к чему хорошему это не привело».

И врачи, даже если они одобряют такую форму работы (а это далеко не все), сомневаются в ее возможности в России, ссылаясь на неприятие ее пациентами: «В Швеции отлажена работа регистраторов, они имеют право давать консультацию по телефону... У нас человеку надо триста раз сказать, он еще придет и поругается в регистратуре. У нас население тяжело».

Однако другая функция медицинского секретаря – расшифровка записей врача – экономит массу времени врачу, который значительную часть дня тратит на записи, а у семейных врачей их намного больше, чем у терапевтов. Если доктор-терапевт пишет отчет по пациентам от 18 лет и старше, то семейный врач – «отдельный отчет от нуля до пятнадцати, отдельный отчет от пятнадцати до восемнадцати и отдельный отчет от восемнадцати и старше. Мы отчитываемся за прививочную работу, за охват флюорографией, за Манту...» Естественно, составление отчетов отнимает время работы, которой у семейного врача оказывается больше, чем у специалиста. «Раньше я смотрела детей до года, лечила ОРЗ, рахиты. А с жалобой на боли в ухе отправляла к лору, пальчик поранит – к хирургу. А теперь зашиваю я сама», – говорит семейный врач из педиатров.

Кроме того, в Швеции часть врачебной работы возложена на медсестру, которая ведет самостоятельный прием, что у нас запрещено законом. Это тоже лишает врача возможности отдать часть пациентов медсестре и заняться более серьезными случаями. Однако другое нововведе-

Разумеется, сложно сравнивать достижения гатчинской семейной медицины с положением дел в западных странах, в той же Швеции, где эта система планомерно развивалась более двадцати лет и базируется на принципиально другом медицинском и трудовом законодательстве. Однако развитие постепенное, шаг за шагом продолжается. Приступили к работе врачи, закончившие интернатуру уже по специальности «семейный врач». В настоящий момент проводится курс обучения для группы регистраторов, которые будут работать медицинскими секретарями. Возможно, и в нашей стране когда-нибудь исчезнут недовольные пациенты и измученные работой врачи.

Валерия КОЛОСОВА.

Статья подготовлена по материалам Интернета.

ние (также по примеру Швеции) уже было применено и успешно функционирует. Речь идет о работе медсестер по выделенным заболеваниям. Довольно большое число пациентов с такими заболеваниями, как диабет, гипертония, бронхиальная астма не требуют постоянного внимания врача. Поэтому те медсестры, которые захотели освоить новые навыки, прошли курс дополнительного образования. Такая система устроила и врачей, и пациентов. Тем не менее нормы работы шведских врачей – около десяти пациентов в день на приеме и один-два вызова на дом в месяц – конечно, остаются недостижимой мечтой.

Каких результатов удалось достичь за прошедшие тринадцать лет? Пациенты привыкли к семейному врачу. Теперь сменить врача хотят не более двух-трех семей в год. Пациенты оценили преимущественно системы, «когда знают семью целиком. Они даже знают в чем-то психологами. И врачу легче работать, когда он знает несколько поколений, всю обстановку в семье». И эта перемена замечена семейными врачами: «...есть единичные люди, которые так и остались на том уровне – не доверять семейному доктору, но многие изменились, к нам легче попасть, более внимательное отношение. Хотят даже с других участков приписаться к нам».

Среди основных причин растущей популярности семейных врачей пациенты называют доступность. Для приема в поликлинике требуются паспорт и полис. Семейные врачи формально также должны принимать пациентов по прописке. На деле разные члены семьи могут быть прописаны в разных местах или же семья может просто снимать комнату. Более того, нередки случаи, когда к семейному врачу стараются попасть пациенты, чей район пока не охвачен семейной медициной.

По всей видимости, права семейный доктор, уверенная, что ее пациенты «...увидели, что их правильно лечат и ими занимаются. Они просто не понимали всей проблемы. Они услышали, причем это было не после того, как сходили на прием к семейному врачу, а как у нас бывает, сплетен наслушались – сделали выводы, неправильные совершенно, потом пообщались – поправились, еще пообщались – и поправились».

В процессе складывания новой системы не обошлось без неожиданностей и парадоксов. Так, предполагалось, что желание пройти переобучение выразят в основном узкие специалисты, ведь именно они грозила потеря рабочих мест. Однако подавляющее большинство семейных врачей – бывшие педиатры и терапевты.

В помощь врачу общей практики ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

По сравнению с многими доверительными беседами в обычной жизни, взаимодействие пациента с врачом имеет вполне четкие цели. Пациент и врач – это два индивида с разными взглядами, цель встречи которых заключается в том, чтобы за короткое время прийти к общему пониманию того, в какой помощи нуждается пациент, и выработать единое мнение о том, как справиться с проблемами наилучшим образом.

Если в беседе вовлечены два человека, как сделать общение продуктивным и приятным?

Можно использовать приемы «активного слушания»: мимику, жесты, включая в диалог слова, одобряющие и поддерживающие активный рассказ пациента. Эмоциональная поддержка диалога в некоторых ситуациях может стать более значимой, чем информационная составляющая врачебной консультации, однако не следует полностью погружаться в поток эмоций, иначе трудно будет избежать эмоционального выгорания. Вопросы, приводящие пациентов к врачу, очень разнообразны: одни из них очевидны, иные – замаскированы, а некоторые и вовсе не осознаваемые самими пациентами. Во всех этих ситуациях комфортность и эффективность общения будут зависеть от нескольких составляющих – стиля общения в паре, соответствия информации, полученной пациентом, его ожиданиям и от вовлеченности пациента в процесс принятия решения. Необходимо упомянуть и о таком понятии как *скорость беседы*.

Разные люди говорят и думают с различной «скоростью», процесс восприятия и переработки информации зависит от множества факторов. Но еще важную роль играет возраст: чем старше мы становимся, тем больше времени нам требуется для восприятия и переработки новой информации. Именно поэтому для общения с пожилыми пациентами требуется более сдержанный темп речи, повторение отдельных фраз, хорошо бы написать ему советы. В практике мы все чаще пишем советы и назначения на небольших листочках, утешая себя надеждой, что именно это пациент обязательно сделает. Но, торопясь, мы часто забываем написать – кому, когда и кто записал рекомендации, а без этих важных данных наша бумага останется просто бумажкой с перечислением какой-то никому не адресованной информации. Можно посоветовать постоянным пациентам, часто обращающимся по поводу длительно существующих проблем, вести блокноты-дневники, в которые (вместо бумажек) можно вносить текущие рекомендации.

Другая модель, где врач выступает в роли опекуна или няни, названа *патерналистской*. Многие врачи и пациенты придерживаются этой модели, но в таких взаимоотношениях мало учитываются мнение и желания пациента. В этом случае от пациента уходит ответственность за ситуацию – раз врач взял на себя опеку, он и отвечает за развитие событий. Противоположной моделью может стать позиция «пациент всегда прав», которая провозглашается в некоторых коммерческих центрах. В таком общении тоже скрыты подводные камни – от излишнего потакания поведению пациентов до вынужденного следования их многочисленным пожеланиям.

Каждый раз, работая индивидуально с пациентом, мы имеем дело с другим миром, другой «планетой». У каждого есть своя история, дом, мир, семья, представления о мире и о себе. Все проявления и влияния этого мира тесно переплетены в человеке, на его планете существуют его собственные законы, праздники и табу, верования и заблуждения. И этот мир нам необходимо понять и принять, научиться взаимодействовать с ним, помогать и любить.

Л. ДЕГТЯРЕВА,
Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования.

Совместное бюро реализации проектов «Здоровье-2», «Укрепление здоровья женщин и детей».
И.О. исполнительного директора Максумов Джамшид Джалолович.
700007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51,
ТашИУБ, административный корпус, 3-й этаж.
Контактные телефоны: 268-08-19, 267-73-47.
Факс 268-25-39, E-mail: office @ jpiib.uz. com.uz.

Лойиха материаллари Ибодат СОАТОВА ва Намоз ТОЛИПОВ тайёрлади.
Суратлар муаллифи Намоз ТОЛИПОВ, Собир МАЖИДОВ.

Мазкур мақолалар Ўзбекистон Республикаси мустақил босма оммавий ахборот воситалари ва ахборот агентликлари қўлаб-қувватлаш ва ривожлантириш жамоат фонднинг «Соғлом оила-жамият мустаҳкамлиги ва мамлакат барқарорлиги омили» лойиҳаси асосида тайёрланди.

Вершины науки

ОБИТЕЛЬ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНЫ



В последнее время библиотечное дело во всем мире интенсивно развивается под воздействием меняющихся требований общества и путем внедрения новых электронных технологий. Современные библиотеки являются неотъемлемой составляющей национальной инфраструктуры. Их ресурсы – это не только идеи, мысли и технологии, содержащиеся на традиционных носителях (книги, журналы и т.д.), но и автоматизированные информационные комплексы, основанные на использовании новых компьютерных технологий, собственные базы данных и ряд услуг, оказание которых требует применения средств автоматизации.

Наряду с необходимостью предоставления информационных услуг с учетом возможностей фондов и справочно-поискового аппарата одной библиотеки возникает необходимость открытого доступа к удаленной информации. Поэтому объективно возникают новые требования общества к библиотечной профессии – знание и использование новых электронных технологий, корпоративное взаимодействие и объединение усилий библиотек, сотрудничество со всевозможными информационными структурами, усиление роли обслуживания в деятельности библиотеки в целом.

Максимально эффективное использование возможностей современных библиотек достигается последовательным внедрением информационных технологий. Библиотека как информационно-образовательный центр и основной источник открытого доступа к информации ежедневно сталкивается с изменяющимися запросами своих читателей, ростом требований к объему, содержанию и качеству обслуживания. Эти задачи были отражены в постановлении Кабинета Министров «Об организации информационно-библиотечного обеспечения населения республики» от 20 июня 2006 года.

Система медицинских библиотек играет особую роль в современном обществе, поскольку медицина является быстро прогрессирующей отраслью, остро нуждающейся в оперативной и полной информации о достижениях науки и практического здравоохранения. Медицинские библиотеки оказывают большое влияние на процесс повышения квалификации медицинских кадров, углубление их знаний, расширение кругозора и рост научного уровня специалистов. Для этого они должны иметь богатые книжные фонды, оперативно информировать медицинских работников о новейших мировых достижениях в области медицины, должны быть оснащены современными компьютерными технологиями, с помощью которых можно сотрудничать и совместно использовать ресурсы друг друга (книжные фонды и электронные базы) для информирования и приближения документов непосредственно к рабочему месту медицинского работника.

В Республике Узбекистан в помощь здравоохранению функционируют более 200 медицинских библиотек. Это централизованная библиотечная система (ЦБС) Государственной научной медицинской библиотеки и 12 медицинских библиотек-филиалов при научно-исследовательских учреждениях; четыре библиотеки при научно-исследовательских учреждениях, не вошедшие в ЦБС ГНМБ; библиотеки научного центра хирургии им. В. Вахидова, Научного центра кардиологии, института вакцин и сывороток МЗ РУз, Самаркандского НИИ медицинской

паразитологии; 12 областных научно-медицинских библиотек и РНМБ Республики Каракалпакстан; библиотека института усовершенствования врачей; библиотеки медицинских вузов и колледжей, при центральных районных больницах и других лечебно-профилактических учреждениях.

В составе медицинских библиотек Узбекистана насчитываются фонды, содержащие более 5 млн. томов, которыми ежегодно обслуживаются около 250 тысяч специалистов-медиков (научные сотрудники, практические врачи, средний медицинский персонал, курсанты института усовершенствования врачей, стажеры-исследователи, студенты медицинских вузов и колледжей). Им выдается более 3 млн. экземпляров медицинской и общественно-политической литературы.

Во главе структуры стоит Государственная научная медицинская библиотека (ГНМБ) Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, имеющая статус республиканской библиотеки, осуществляющая бесплатное, гарантированное государством, библиотечно-библиографическое и информационное обслуживание. ГНМБ МЗ РУз является научно-информативным, библиографическим и методическим центром для сети медицинских библиотек Узбекистана, а также имеет свою веб-страницу в Интернете (www.medlib.uzsci.net).

Фонд ГНМБ РУз насчитывает около 1 млн. экземпляров книг, периодических изданий, авторефератов, кандидатских и докторских диссертаций как на бумажных, так и на электронных носителях, в том числе более 160 000 экземпляров зарубежных изданий. Среди книг имеются такие редкие издания, как «Канон врачебной науки» Авиценны на арабском языке, труды Гиппократова издания XVII-XIX вв. Широко представлены произведения И. Сеченова, Н. Пирогова, И. Павлова, В. Филатова и других основоположников медицинской науки и здравоохранения, а также выдающихся ученых-медиков Узбекистана. Ежегодно услугами библиотеки пользуются около 25 000 читателей, а количество выданных источников составляет около 1 млн. экземпляров. **Обслуживание медицинских работников осуществляется через:**

- домашний абонемент;
- читальный зал и нестационарные формы обслуживания – пункты выдачи литературы;
- межбиблиотечный и заочный (для иногородних читателей-медиков) абонементы.

ГНМБ выполняет важную роль по формированию Республиканского фонда документов по медицине, распространению информации медицинской тематики и смежным областям знаний. Ежегодно библиотека приобретает около 3 000 наименований книг, издаваемых в Узбекистане и странах дальнего и ближнего зарубежья, а также получает по подписке более 130 наименований российских медицинских журналов и более 20 медицинс-

ких журналов, издаваемых в Республике Узбекистан.

Библиотека ведет картотеку «Медицина в Узбекистане» с 1868 года, на основе которой подготовлено семь выпусков ретроспективного указателя «Медицина в Узбекистане за 100 лет». В настоящее время продолжается ведение картотеки работ ученых-медиков Узбекистана вне зависимости от места публикации; параллельно создается электронная версия картотеки, планируется продолжение издания этой серии. Справочно-поисковый аппарат библиотеки представлен системой каталогов (алфавитным, систематическим и предметным), регистрационными и тематическими картотеками общим объемом свя-



ше 7 млн. карточек, что позволяет читателям без особого труда находить необходимую информацию. С начала 90-х годов в ГНМБ идет автоматизация библиотечных и информационных процессов, внедряются автоматизированные библиотечные системы, обновляются традиционные технологии работы с фондами и обслуживанием читателей. В результате организован программно-технический комплекс, позволяющий создавать электронные каталоги, базы данных и вести автоматизированный поиск информации.

В настоящее время в ГНМБ автоматизированы процессы комплектования отечественной и иностранной литературой; индексирования литературы, выполнения библиографического описания; выпуска библиографических указателей подписки на периодические издания. Начиная с 2000 года, вновь на поступающую литературу создается электронный каталог книг, авторефератов, диссертаций, статей из отечественных и зарубежных журналов и сборников, которые предоставляют возможность проводить поиск литературы по вышеупомянутым категориям.

ГНМБ принимает активное участие в организации выставок медицинской литературы на международных и республиканских съездах, конференциях и семинарах с целью максимального раскрытия своих фондов и информирования иногородних читателей об их содержании. Информационным обеспечением здравоохра-

нения в мировом масштабе занимается Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Для обеспечения функционирования ВОЗ и выполнения программ на всех уровнях организации созданы информационные системы и службы. С 1996 года Государственная научная медицинская библиотека выполняет роль центра документации ВОЗ в Узбекистане и осуществляет широкую пропаганду этих материалов.

Возрастающий спрос медицинских работников на специальную литературу о новейших достижениях в области диагностики и лечения различных заболеваний заставляет постоянно расширять границы поиска новых источников информации, расширять ресурсы.

Следует отметить, что с 2007 года ГНМБ стала полноправной участницей корпоративного сводного электронного каталога медицинской периодики «MedArt», создаваемого медицинскими библиотеками России и Беларуси, выставленного в свободном доступе в Интернет, что позволило информировать мировую меди-

Интернете и с базами данных на электронных носителях. Для этого проводится ряд организационных, методических и учебных мероприятий для обучения практикующих врачей, студентов вузов и молодых ученых-медиков.

В связи с этим становится актуальной задача формирования консорциума медицинских библиотек Узбекистана с единым координирующим центром (ГНМБ) для улучшения библиотечного, библиографического и информационного обслуживания медицинских работников всех уровней в Республике Узбекистан. **Основными задачами консорциума будут:**

1. Объединение возможностей медицинских библиотек с центром в ГНМБ по обеспечению удаленного доступа к базам данных других библиотек.
2. Обеспечение электронной доставки документов к удаленному доступу.
3. Внедрение новых информационных технологий и Интернета в республиканскую систему здравоохранения.
4. Обучение сотрудников других медицинских библиотек компьютерным технологиям, повышение их профессионального уровня для улучшения обслуживания пользователей на местах.
5. Усиление поддержки библиотек экономически, расширение возможностей библиотек за счет дополнительного финансирования, увеличения доступа к информации и, как результат, повышение статуса библиотек.

Организация услуг по подборке электронной медицинской информации по запросам пользователей позволила в условиях ограниченных возможностей комплектования первоисточниками информации на нетрадиционных (бумажных) носителях предоставить нашим читателям электронные версии источников информации по запрашиваемым темам, что значительно расширило границы поиска и дало возможность наиболее полно удовлетворять запросы пользователей как во временном аспекте, так и в предоставленной информации на разных языках.

С сентября 2004 года ГНМБ участвует в международном проекте «Содействие медицинскому информированию и продолжению последипломного медицинского образования Центральной Азии». Одной из важнейших целей проекта является информационное содействие реформированию системы здравоохранения Республики Узбекистан, в результате которого медицинские библиотеки Узбекистана обеспечивают оперативную информацию по актуальным вопросам медицины, полученной через Интернет из крупнейших медицинских библиотек стран ближнего и дальнего зарубежья. Участие ГНМБ в данном проекте содействует обмену медицинской информацией и продолжению последипломного образования врачей, а также всестороннему обмену опытом медицинских работников Узбекистана с коллегами за рубежом.

Используя свои фонды электронной базы данных и ресурсы Интернета, ГНМБ трансформируется в современный отраслевой информационный центр, что позволит значительно повысить уровень библиотечно-библиографического информационного обеспечения медицинских работников в Республике Узбекистан.

Фаина БОЛКУНОВА,
директор Государственной научной медицинской библиотеки Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

31 мая — Всемирный день борьбы с курением

КУРЕНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНЕЙ

Курение табака — одна из наиболее опасных вредных привычек современной жизни. Табачный дым содержит вредные вещества, которые разрушительно действуют на организм человека. К ним относятся: никотин, смолы, радиоактивные элементы, окись углерода, синильная кислота и другие. Никотин — весьма сильный яд, вызывающий спазм (сужение) кровеносных сосудов, нарушающий питание сердечной мышцы.

Органы дыхания первыми принимают на себя табачную атаку и страдают наиболее часто. В результате курения развиваются хроническое заболевание легких, бронхиальная астма, рак легких и другие. Смертельная доза никотина для человека 70-100 мг, т.е. 1-2 капли. Наблюдались случаи, когда от табачного дыма погибали люди, сами некурящие, а только находившиеся в накуреном помещении. Маленькие дети особенно плохо переносят дым, становясь беспокойными, плохо спят, теряют аппетит. В литературе описаны случаи беспричинной смерти грудных детей, находящихся в накуреном помещении. Дети у курящих матерей чаще рождаются хилыми, болезненными. Отравляясь через молоко матери, дети чаще других подвергаются различным заболеваниям, так как защитные силы их организма превращены действием никотина.

Особенно опасен табак для молодого организма. Курящие юноши становятся рассеянными, начинают худеть, отстают в учебе, физическом развитии, мышечные силы слабеют, учащается сердцебиение. Курить — значит сознательно укорачивать себе жизнь.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности и инвалидизации населения. Поэтому борьба с факторами риска возникновения этого заболевания является основной профилактической задачей.

В настоящее время Всемирная организация здравоохранения рассматривает курение как величайшую опасность для здоровья. Важно, что среди прекративших курить уровень смертности занимает промежуточное положение по отношению к курящим и некурящим. Несмотря на то, что факты о вреде курения хорошо известны медицинским работникам, борьба с курением еще не принесла ожидаемых результатов. При этом необходимо информировать население о механизме воздействия курения на организм человека. В составе табачного дыма обнаружено свыше 900 различных компонентов, среди которых немало токсических — алкалоиды, бензпирен, сероводород, синильная и муравьиная кислоты, мышьяк, канцерогенные смолы, окись углерода, радиоактивный полоний, эфирные масла.

В основах биологического

эффекта курения лежит действие никотина, который способствует высвобождению таких биологических активаторов, как адреналин и норадреналин, вазопрессин. С этим связано то удовлетворение, которое получает человек от курения. Но при ряде обстоятельств, особенно при наличии атеросклеротических изменений в сосудах, возможно парадоксальные реакции — нарушения ритма сердечной деятельности. Частая стимуляция никотином выброса катехоламинов приводит к ряду широких нарушений, которые у курящих более выражены, чем у некурящих.

Отсюда ясно, что продолжительность курения, особенно раннее и интенсивное его начало, наносит трудно поправимый вред организму в плане предпосылок к развитию ИБС. Необходимо также иметь в виду, что курение существенно снижает кислородную емкость крови. Вдыхаемая с дымом окись углерода (СО) образует прочное соединение с гемоглобином, который временно превращается в карбоксигемоглобин и теряет способность переносить кислород.

Таким образом, курение, с одной стороны, увеличивает потребность организма в кислороде за счет выброса нитрогормонов-катехоламинов, с другой — понижает способность крови переносить кислород. Отсюда следует, что даже папироса в неблагоприятных условиях (физические и психические перегрузки) может вызвать нарушения деятельности сердца — аритмии, болевые ощущения и т.д. Опасность воздействия окиси углерода на различные органы и ткани усугубляется соединением ее с никотином. Обильное поступление этих веществ в организм увеличивает вероятность резкого снижения парциального давления кислорода в тканях и возникновение инфаркта миокарда. Многочисленные данные указывают, что окись углерода, выделяемая при курении, является первопричиной возрастания числа лиц с ишемической болезнью сердца и другими за-

Бросить курить — задача непростая, но осуществимая. И один из главных факторов, который может успешно повлиять на конечный результат, — это желание самого курящего человека. Думая о своем здоровье, здоровье своего потомства, а также состоянии окружающих людей, на которых негативное воздействие табачного дыма сказывается в большой степени, используя силу своей воли, человек может избавиться от столь вредной привычки и вновь начать жить, придерживаясь правил здорового образа жизни.

Статья подготовлена специалистами Ташкентского городского филиала Института здоровья и медицинской статистики.

болеваниями сердечно-сосудистой системы. Общественные мероприятия по борьбе с курением должны быть дополнены массовой и индивидуальной работой медицинского персонала с курящими.

Массовые мероприятия заключаются в разъяснении необходимости борьбы с курением. Особое большое внимание следует уделять противоникотиновой пропаганде среди подростков, молодых людей, женщин, а также среди тех, у кого появились первые признаки сердечно-сосудистых и других заболеваний. Необходимо обратить внимание на курение в организованных коллективах, где эта вредная привычка иногда распространяется из ложного представления о коллективизме или путем простого подражания. Важно разъяснить, что бросить курить никогда не поздно, но чем раньше это сделано, тем лучше.

Основой успеха является сознательное желание человека избавиться от пагубной привычки. Индивидуальная работа с курящими состоит в выявлении у каждого из них показателем того, чтобы бросить курить — гиперхолестеринемия, нарушение нервной регуляции, отягощающей наследственности и т.д. Необходимо также проверить, не вызывает ли отказ от курения явливший абстиненции — повышенную возбудимость, снижение артериального давления, вегетативный дискомфорт.

Можно пользоваться полосками полости рта слабыми растворами танина, азотнокислого серебра, настойки эвкалипта, после которых табачный дым становится неприятным. В ряде случаев показаны седативные средства, гипнотерапия, иглоукалывание. Необходимо также устранить нарушения обмена веществ, вызванных курением — истощение запасов высокоэнергетических жирных кислот, гиперхолестеринемия. Показаны снижение калорийности питания, ограничение продуктов, богатых холестерином и дополнительное введение витаминов и ненасыщенных жирных кислот. После прекращения курения необходимо продолжение профилактических мероприятий и повторных курсов лечения.

ИНТЕРНЕТ СООБЩАЕТ

Мышечные клетки научили вырабатывать антитела к ВИЧ

Исследователи из Детского госпиталя Филадельфии (штат Пенсильвания) «научили» мышечные клетки вырабатывать антитела, способные нейтрализовать вирус иммунодефицита человека, пишет The New Scientist. Эта методика позволяет обеспечить иммунную защиту от ВИЧ-инфекции без участия клеточной системы, которые являются главными мишенями ВИЧ.

В проведенном американскими учеными эксперименте кодирующие синтетические антитела гены были введены в мышечные клетки макак при помощи безвредного вируса. В результате в мышцах животных началась выработка антител, способных связывать частицы вируса иммунодефицита обезьян, близкого по структуре и свойствам к возбудителю ВИЧ-инфекции у человека. После заражения вирусом иммунодефицита у получивших экспериментальные инъекции животных не наблюдалось никаких признаков развития заболевания в течение как минимум 85 недель. За этот период скончались четыре из шести животных, зараженных тем же вирусом без предварительного введения экспериментального препарата.

По словам ведущего автора исследования Филиппа Джонсона, опробованная на приматах методика позволяет ученым обойти наиболее существенное препятствие на пути иммунопрофилактики ВИЧ-инфекции: вирус иммунодефицита разрушает иммунную систему, которая должна с ним бороться. «Вместо того, чтобы возлагать эту функцию на иммунную систему, мы обеспечиваем организм готовыми антителами против ВИЧ», — пояснил Джонсон.

По мнению ученых, испытанная аналогичной методикой лечения ВИЧ-инфекции на людях станут возможны в течение ближайших двух-трех лет.

Стенокардию будут лечить инъекциями в сердце

Американские ученые проводят клинические испытания метода лечения стенокардии путем введения в сердечную мышцу белка, стимулирующего рост новых кровеносных сосудов. Цель испытаний — определить безопасность применения методики.

Как известно, стенокардия возникает при недостаточном поступлении крови в миокард (сердечную мышцу) из-за атеросклероза артерий сердца. Ученые надеются улучшить кровоснабжение миокарда, вводя в него фактор роста фибробластов 1 (FGF-1) для инициации роста новой сосудистой сети. FGF-1 отвечает в организме за стимуляцию роста и размножения клеток в процессах эмбрионального развития, заживления ран и образования новых кровеносных сосудов.

В мультицентровое двойное слепое плацебо-контролируемое исследование были включены пациенты обоих полов в возрасте от 25 до 75 лет с историей стенокардии не менее трех месяцев, у которых болевой приступ возникает при физической нагрузке и проходит после отдыха или приема нитроглицерина. Перед процедурой строится трехмерная цветная карта сердца пациента. Руководствуясь ею, исследователи помещают через бедренную артерию в сердце катетер и вводят FGF-1 в те участки миокарда, где отмечается снижение кровотока.

После инъекции за пациентами наблюдают в течение года. Программа обследования включает электрокардиографию (ЭКГ), скинтиграфию миокарда, стресс-ЭКГ и анализы крови.

Обнаружен участок мозга за дружелюбие

Исследователи из Кембриджского университета в Великобритании обнаружили связь между строением определенных участков головного мозга человека и тем, насколько он дружелюбен и приветлив с окружающими, сообщает Physorg. Результаты исследования опубликованы в European Journal of Neuroscience.

Мазл Лебретон и его коллеги из отделения психиатрии Кембриджского университета изучали взаимосвязь между особенностями личности и строением мозга у 41 добровольца. Помимо магнитно-резонансного сканирования мозга, участникам исследования предлагалось ответить на вопросы, с помощью которых ученые оценивали эмоциональность и коммуникативность респондентов.

Проанализировав полученные данные, ученые установили следующую зависимость: чем выше концентрация серого вещества в орбитофронтальной коре и полосатом теле головного мозга, тем больше баллов набирал данный респондент по шкале оценки сентиментальности. Ранее было подтверждено участие орбитофронтальной коры и полосатого тела в формировании более простого поведения. По словам исследователей, сделанные открытия помогут в изучении психических заболеваний, проявляющихся в виде расстройств социального поведения, таких, как аутизм или шизофрения.

Материалы основаны на данных Интернета.

Обуна — 2009

«Узбекистонда соғлиқни сақлаш — Здравоохранение Узбекистана» газетасига 2009 йил учун обуна бўлиш мавсуми давом этмокда.

Азиз тиббиёт ходимлари ва муштарийлар! Республика тиббиёт тизимида амалга ошириляётган ижобий ишлар, фаолиятлар ҳамда янгиликлардан хабардор бўлишни истасангиз севимли газетангизга обуна бўлишни унутманг!

Нашр индекси: 128.

