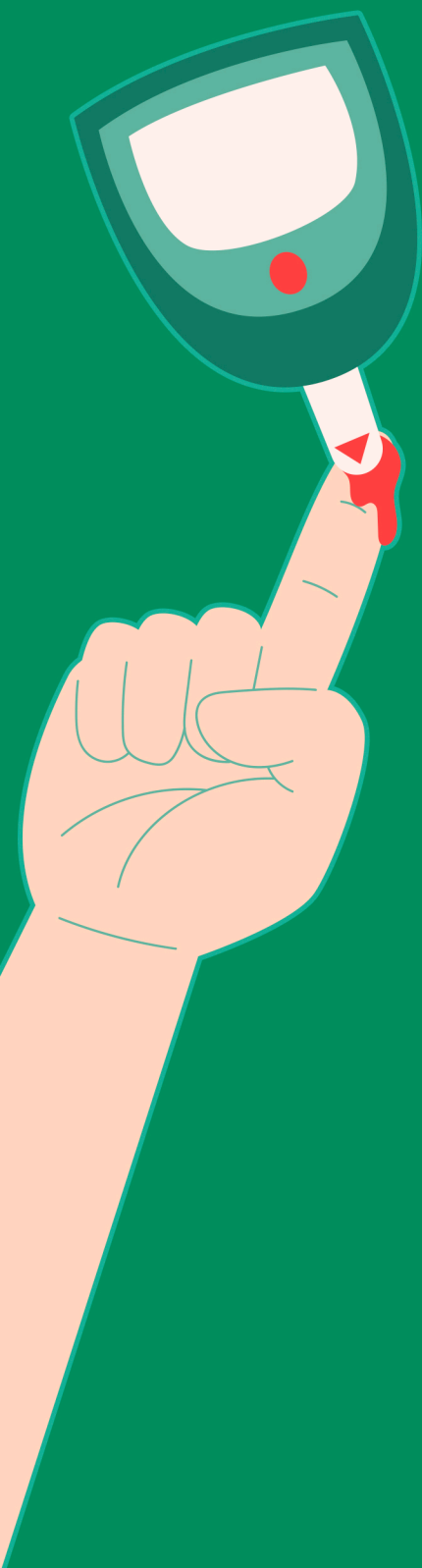


M.D.IRGASHEVA



**QANDLI DIABET BILAN OG'RIGAN
BEMORLARGA HAMSHIRALIK
YORDAMI KO'RSATISHNI
OPTIMALLASHTIRISH**

MONOGRAFIYA


FARG'ONA-2024



Muallif:

**Irgasheva Mahbuba
Davlatjon qizi**

Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Epidemiologiya va yuqumli kasalliklar, hamshiralik
ishi kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

B.A.Xaydarova

Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Epidemiologiya va yuqumli kasalliklar, hamshiralik
ishi kafedrası katta oʻqituvchisi, PhD

I.R.Urazaliyeva

Toshkent tibbiyot akademiyasi Jamoat sogʻliqni
saqlash maktabi t.f.n., dotsent

Hozirgi kunda dunyo miqyosida qandli diabet kasalligiga chalingan bemorlar soni tobora ortib bormoqda. Qandli diabet kasalligi bugungi kunda yoshlar oʻrtasida ham keng tarqalgan. Bugungi kunda qandli diabet yuqori xarajat talab qiladigan surunkali kasallik xisoblanib dunyoda hamma mamlakatlarda sogʻliqni saqlash tizimi uchun jiddiy muammo boʻlib qolmoqda. Qandli diabetning dolzarbligi uning progressiv oʻsishi bilan belgilanadi. Yigirma yil orasida dunyo miqyosida qandli diabet kasalligiga chalingan bemorlar soni olti barobarga koʻpaydi. Qandli diabet kasalligi yondosh kasalliklar oqibatida xam koʻpayib bormoqda. 2020 yilgi koronavirus pandemiyasi diabet kasalligining qanchalik xavfli ekanini yana bir bor koʻrsatdi. Qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlar turli infeksiyalarga moyil boʻladi. Chunki mikroblar tanadagi shakardan ozuqa sifatida foydalanadi. Qandli diabeti boʻlgan bemorlarning deyarli yarmini ayollar tashkil qiladi. Bu esa kelajak avlod uchun xavfli. Qandli diabetga chalingan bemorlar hayotida hamshiralarning oʻrni katta. Bemorlar bilan hamshiralalar doimiy muloqotda boʻladi.

ANNOTATSIYA

Hozirgi kunda dunyo miqyosida qandli diabet kasalligiga chalingan bemorlar soni tobora ortib bormoqda. Qandli diabet kasalligi bugungi kunda yoshlar o'rtasida ham keng tarqalgan. Bugungi kunda qandli diabet yuqori xarajat talab qiladigan surunkali kasallik xisoblanib dunyoda hamma mamlakatlarda sog'liqni saqlash tizimi uchun jiddiy muammo bo'lib qolmoqda. Qandli diabetning dolzarbligi uning progressiv o'sishi bilan belgilanadi. Yigirma yil orasida dunyo miqyosida qandli diabet kasalligiga chalingan bemorlar soni olti barobarga ko'paydi. Qandli diabet kasalligi yondosh kasalliklar oqibatida xam ko'payib bormoqda. 2020 yilgi koronavirus pandemiyasi diabet kasalligining qanchalik xavfli ekanini yana bir bor ko'rsatdi. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlar turli infeksiyalarga moyil bo'ladi. Chunki mikroblar tanadagi shakardan ozuqa sifatida foydalanadi. Qandli diabeti bo'lgan bemorlarning deyarli yarmini ayollar tashkil qiladi. Bu esa kelajak avlod uchun xavfli. Qandli diabetga chalingan bemorlar xayotida hamshiralarning o'rni katta.

АННОТАЦИЯ

Сегодня во всем мире растёт число больных сахарным диабетом. Сахарный диабет сегодня распространен и среди молодежи. Сегодня сахарный диабет является хроническим заболеванием, требующим больших затрат и остающимся серьёзной проблемой для системы здравоохранения во всех странах мира. Актуальность диабета определяется его прогрессивным ростом. За последние двадцат лет число больных диабетом увеличилось в шесть раз. Диабет растет из-за сопутствующих заболеваний. Пандемия коронавируса 2020 года еще раз показала, насколько опасен диабет. Больные сахарным диабетом склонны к различным инфекциям. Потому что микробы используют сахар в организме в качестве пищи. Почти половина больных диабетом – женщины. Это опасно для будущих поколений. Медсестры играют важную роль в жизни пациентов с диабетом.

ANNOTATION

Today, the number of patients with diabetes is increasing worldwide. Diabetes is also common among young people today. Today, diabetes is a chronic disease is a chronic disease requiring high costs and remains a serious problem for the healthcare system in all countries diabetes is determined by its progressive growth. The number of patients with diabetes has increased sixfold in the last twenty ears. Diabetes is growing due to related diseases. The 2020 coronavirus pandemic has once again shown how dangerous diabetes is. Patients with diabetes are prone to various infections. Because microbes use the sugar in the body as food. Almost half of patients with diabetes are women. This is dangerous for future generations. Nurses play an important role in the lives of patients with diabetes.

I BOB. QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARGA YORDAM KO'RSATISHNI TASHKIL ETISHNING ZAMONAVIY TAMOYILLARI

- 1.1. Qandli diabetning zamonaviy jamiyatning tibbiy va ijtimoiy- 9
iqtisodiy muammosi sifatida tavsifi.
- 1.2. Sog'liqni saqlash tizimida qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga 19
yordam ko'rsatishda hamshiralarning o'rni, ahamiyati va tashkil etilishi
- 1.3. Hamshiralik yordamining samaradorligi va sifatini baholashda 32
uslubiy yondashuvlar.

II-BOB. TADQIQOT BAZASI, TASHKIL ETISH VA USULLARNING TAVSIFI

- 2.1. Tadqiqot bazasi, tashkil etish va usullarning tavsifi 36
- 2.2. Tadqiqot bazasi va ob'ektlarining tavsifi 37
- 2.3. Tadqiqotni tashkil etish va bosqichlari. 39

III-BOB. QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARGA HAMSHIRALIK YORDAMINI TAKOMILLASHTIRISH

- 3.1. Qandli diabet va diabetik oyoq sindromining tarqalganligini tahlil 46
qilish
- 3.2. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga tibbiy-profilaktika 48
yordami ko'rsatishning mavjud tizimining tavsifi
- 3.3. Hamshiralar o'zlari o'zlarining bilimlari yetishmasligini 50
baholashlari

IV-BOB. QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLAR REABILITATSIYASI

- 4.1. Qandli diabetda bemorlar reabilitatsiyasida hamshiralarning tutgan 66
o'rni.
- 4.2. Ruxsat etilgan ovqatlarni glikemik indeksi bo'yicha aniqlash. 73

XULOSA 83

ADABIYOTLAR RO'YXATI 86

KIRISH

So'nggi 30 yil ichida qandli diabet bilan kasallanishning keskin o'sishi kuzatildi, ayniqsa sanoati rivojlangan mamlakatlarda uning tarqalishi 5-6% ni tashkil qiladi va birinchi navbatda 40 yoshdan oshgan yosh guruhlarida yanada ko'payish tendentsiyasi kuzatilmoqda (Gale Ye., 2013). Bu, asosan, 2-tip qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning ko'payishi bilan bog'liq bo'lib, C.R. Kahn (2015) ma'lumotlariga ko'ra ular umumiy aholining taxminan 6-7% ni tashkil qiladi. Yevropada qandli diabet va diagnostika mezonlari bo'yicha Epidemiologik tahlil guruhi (DECODE, 2013) tomonidan amalga oshirilgan hisob-kitoblar shuni ko'rsatadiki, agar o'rtacha umr ko'rish 80 yilgacha ohsa, 2-tip diabet bilan kasallanganlar soni qit'a aholisining 17 foizidan oshadi. JSST va XDF ma'lumotlariga ko'ra (JSST BA 67-sessiyasi, 2014 yil) dunyoda 180 milliondan ortiq odam qandli diabetdan aziyat chekmoqda va 2025 yilga kelib bemorlar soni 330 millionga etishi kutilmoqda.

JSST ma'lumotlariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasi qandli diabet bilan kasallanish darajasi nisbatan yuqori bo'lgan davlatlar qatoriga kiradi. Rasmiy ma'lumotlarga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida 190 865 ming nafar QD bilan kasallangan bemor ro'yxatga olingan, ammo QDning amaldagi tarqalishi qayd etilganidan kamida 2-3 baravar yuqori va 0,5 million bemorni tashkil etadi.

Qandli diabetning ijtimoiy ahamiyatining kattaligi uning asoratlar berishi, jumladan, makroangiopatiya va neyropatiya rivojlanishi tufayli erta nogironlikka olib kelishi bilan bog'liq. Bu omillar diabetik bemorlarning 70% dan ortig'ida oyoqlarning zararlanishiga olib keladi va bu diabetik tovon sindromi (DTS) deb ham ataladi (Ansiferov M.B. i dr., 2011; Dedov I.I., 2015). Oyoqlarning zararlanishi juda kamdan-kam hollarda bemorlarning o'limining bevosita sababi bo'lsada, aksariyat hollarda nogironlikka olib keladi va hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda oyoq-qo'llarni amputatsiya qilish chastotasi umumiy aholiga qaraganda 15-30 baravar yuqori va barcha shikastlanishlarga bog'liq bo'lmagan amputatsiyalarning 50-70% ni tashkil qiladi. (Reiber G.E., 2016; Gal- styan G.R., 2015).

Ushbu toifadagi bemorlarga yordam ko'rsatish tizimida ambulatoriya bo'g'imi ayniqsa aziyat chekadi. Tibbiy yordamga kech murojaat qilish kasallikning rivojlangan shakllari sonining ko'payishiga va amputatsiyalar chastotasining oshishiga olib keladi.

Oyoqlarning diabetik zararlanishi bilan og'rigan bemorlarga yordamni tashkil etish nafaqat muhim tibbiy, balki ijtimoiy muammo ham hisoblanadi. JSST ekspertlarining fikriga ko'ra, qandli diabet va DTS bilan og'rigan bemorlarning muammolarini hal qilishda sohalararo yondashuv nisbatan samarali hisoblanadi (Gureva I.A., 2011). JSST tavsiyalariga ko'ra, diabet bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatadigan sohalararo mutaxassislar guruhi odatda shifokorlar, ijtimoiy xodimlar va maxsus o'qitilgan hamshiralarni o'z ichiga oladi. Ammo, agar ko'pgina mamlakatlarda hamshiralar diabet va uning asoratlari bilan og'rigan bemorlarni davolash tizimida uzoq vaqtdan beri o'zlarining munosib o'rinlarini egallab olishgan bo'lsalarda (Pimenova Ye.A., 2008, Indeykin Ye.N., 2009), Rossiyada uning mutaxassislar jamoalarida ishtiroki minimal darajada (Vaxitov Sh.M., 2004, Pavlov Yu.I., 2005).

O'zbekiston Respublikasida 2010-yillarning boshida hamshiralik ishi ta'limining ko'p bosqichli tizimi joriy etilganiga qaramay, hamshiralik xizmatini takomillashtirishga katta hissa qo'sha oladigan oliy ma'lumotli hamshira - menejerlar salohiyatidan sust foydalanilmoqda (Dvoynikov S.I. i dr., 2010). Bundan tashqari, dasturiy hujjatlarda sog'liqni saqlash va hamshiralik ishi sohasida standartlashtirish tamoyillari e'lon qilinganiga qaramay, diabetik tovon bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatishni tashkil etish uchun standart texnologiyalar va algoritmlarning izchil tizimi hali yaratilmagan. Hozirgi vaqtda bu diabet bilan og'rigan bemorga yordamni yaqinlashtirish va Sent-Vinsent deklaratsiyasining (1989) tamoyillarini bajarishga to'sqinlik qiladi. Bunday sharoitda konsensusga erishish va shifokorlar hamda hamshiralar tomonidan DTS bilan kasallangan bemorlarni olib borishni standartlashtirish aniq zarurati hisoblanadi (Avksenteva M.V., 2000; Vorobev P.A., Goroxova S.G., 2001).

JSST tadqiqot guruhining (2014) xulosasiga ko'ra, Sent-Vinsent deklaratsiyasi va diabetik oyoq bo'yicha xalqaro konventsiya (1999), DTS bilan og'riqan bemorlarga ambulator yordam ko'rsatish oyoqlarning amputatsiyasini oldini olish va bemorlarni maqbul hayot sifatini ta'minlashning kaliti hisoblanadi, bunda malakali hamshiralar muhim o'rin tutadi.

QD bilan og'riqan bemorlarga ambulatoriya bosqichida hamshiralik yordamini tashkil etish masalalarini qamrab olish bo'yicha olib borilgan kompleks tibbiy-ijtimoiy tadqiqotlarning mavjud emasligi tadqiqotning dolzarbligini belgilaydi va keyingi o'rganishlarni talab qiladi, bu esa ilmiy yo'nalishini tanlashga asos bo'ldi.

I-BOB. QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARGA YORDAM KO'RSATISHNI TASHKIL ETISHNING ZAMONAVIY TAMOYILLARI

1.1. Qandli diabetning zamonaviy jamiyatning tibbiy va ijtimoiy-iqtisodiy muammosi sifatida tavsifi.

21-asr diabetologiya sohasida katta o'zgarishlar va taraqqiyotlarni olib keldi. Shu bilan birga, qandli diabetning butun dunyoda keng tarqalganligi sababli, tibbiyot xodimlari uchun ushbu kasallikni boshqarish bo'yicha bilim va ko'nikmalarini oshirish juda muhim ahamiyatga ega bo'ldi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, 422 million odam diabet bilan kasallangan va bu raqam 2030 yilda 629 millionni tashkil etishi kutilmoqda. [16, 51, 52, 58].

Diabetik asoratlarni oldini olish va samarali boshqarish uchun tibbiyot xodimlarini o'qitishning zamonaviy ta'lim tizimini yaratish zarur. Bu tibbiyot xodimlariga diabet kasalligini tushunish, uning asoratlarini erta aniqlash va bemorlarga samarali davolashni ta'minlash imkonini beradi.[42], shundan 26 milliondan ortiq AQSh aholisi, ularning 95% 2-tip diabet bilan kasallangan [90, 96]. Kanadada 2015 yilda 2,2 milliondan ortiq odam diabet bilan kasallangan [95]. Rossiyada qandli diabet keng tarqalgan kasallik bo'lib, uning o'sishi tobora tezlashib bormoqda. Mutaxassislarning bahosida mamlakatda 8 milliondan ortiq odam diabet bilan kasallangan [59], bu esa har yili o'rtacha 6% ga o'smoqda [57]. Epidemiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ko'plab holatlarda diabet tashxis qilinmagan yoki aniqlanmagan. Bu degani, rasmiy ma'lumotlar haqiqiy kasallanishning faqat bir qismini aks ettirishi mumkin, hatto rivojlangan mamlakatlarda ham [23, 43]. Toshkent shahrida o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, 2-tip qandli diabetning haqiqiy tarqalishi rasmiy ma'lumotlardan sezilarli darajada yuqori. Tadqiqot natijalariga ko'ra, erkaklar orasida bu kasallikning tarqalishi 2,0 barobar, ayollar orasida esa 1,7 barobarga ko'proq. Bu esa diabetning yashirin ko'rinishi va uning jamoatchilik salomatligi uchun jiddiy tahdid ekanligini ko'rsatadi. Bu nisbat bemorlarning yoshiga sezilarli darajada bog'liq. Bu ko'rsatkich 40-49 yosh guruhida 4,01 teng bo'lgan bo'lsa, 60-

69 yosh guruhida u atigi 1,64 ni tashkil etdi. Keksa odamlar orasida 2-tip diabetning haqiqiy va qayd etilgan tarqalishi orasidagi farq nisbati kichik bo'lishi, ular orasida diabetning ushbu turini aniqlanishining yuqori darajada ekanligi bilan bog'liq. [9].

Ma'lumki, QD orasida 2-tip diabet ko'proq uchraydi, bu birinchi navbatda ko'plab uzoq muddatli asoratlarning rivojlanishi bilan xavfli hisoblanadi. [5, 16]. Diabetik tovon sindromi (DTS) — bemorlarning 70% dan ortig'ida rivojlanadigan qandli diabetning eng xavfli asoratlardan biri. [11, 23, 24, 61, 136]. DTS - qandli diabet natijasida yuzaga kelgan, oyoqning distal qismining qon tomirlari va (yoki) innervatsiyasining buzilishining klinik, laboratoriya va instrumental belgilarining kombinatsiyasi bilan belgilanadigan, yumshoq to'qimalarda yarali nekrotik jarayonlarning rivojlanishi, suyak-bo'g'im apparatining parchalanishi va oyoqning tayanch vazifasining buzilishi bilan tavsiflanadigan holat. DTS qandli diabetning mustaqil asorati sifatida birinchi marta 1987-yilda JSST Tadqiqot guruhining hisobotida aytib o'tilgan.

Oyoqlarning zararlanishi kamdan-kam hollarda bemorlarning bevosita o'limiga sabab bo'lsada (o'rtacha 3,2%), aksariyat hollarda nogironlikka olib keladi [7, 49]. QD bilan og'rigan bemorlarda oyoqlarini amputatsiya qilish chastotasi umumiy aholiga qaraganda 15-30 baravar yuqoriroqni tashkil qiladi [16,24,76]. Dunyoda diabetning tarqalishi 1,5 dan 6% gacha bo'lishiga qaramay [167, 170] turli mamlakatlarda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatadiki, oyoqlarning jarohatlarga bog'liq bo'lmagan amputatsiyasi umumiy sonining 50-70% diabetik oyoq sindromi bilan og'rigan bemorlarda amalga oshiriladi [87,98]. Oyoq yarasi 70% hollarda amputatsiyadan oldin sodir bo'ladi

[151]. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda amputatsiya darajasi yoshga qarab ortadi va odatda ayollarga qaraganda erkaklarda yuqori bo'ladi [96]. Amputatsiyadan keyingi birinchi yil davomida o'lim darajasi 11-41% bo'lishi ham katta ahamiyatga ega [147], reamputatsiyalarning umumiy chastotasi taxminan 26% ni tashkil qiladi [17, 20, 24].

Turli mamlakatlarda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, diabetik yaralar tufayli pastki ekstremitalarning amputatsiyalari (shu jumladan, oyoqdagi "kichik" amputatsiyalar) 1000 bemorga taxminan 60 ni, ya'ni 6% tashkil qiladi [16, 37]. Rossiyada bu ko'rsatkich, turli manbalarga ko'ra 20 dan 70% gachani tashkil qiladi va har yili barcha DTS bilan og'rikan bemorlarda oyoqlarning 10 000 dan ortiq amputatsiyasi amalga oshiriladi. Birinchi amputatsiyadan keyin bemorlarning taxminan 50% harakat qilish qobiliyatini yo'qotadi [115]. Shu bilan birga, DTS natijasida amalga oshirilgan amputatsiyalarning yarmini adekvat davolash strategiyasini qo'llash orqali oldini olish mumkin deb hisoblanadi [171].

Oyoqlarning amputatsiyasi bemorning o'zi uchun ham, uning oilasi uchun ham jarohatli operatsiya bo'lib, jamiyat uchun katta iqtisodiy yo'qotishlarga olib keladi. Shuning uchun amputatsiyalar chastotasini kamaytirish Sent-Vinsent deklaratsiyasida JSSTning eng muhim vazifalaridan biri deb e'lon qilingan (1989).

Ma'lumotlarning sezilarli farq qilishi rivojlangan va rivojlanayotgan mamlakatlarda aholi orasida o'rganishga asoslangan epidemiologik tadqiqotlarning kam sonli olib borilganligi bilan bog'liq. Amputatsiyalar chastotasidagi farqlar tadqiqotni rejalashtirishning o'ziga xos xususiyatlari, demografik omillar, ro'yxatga olish tizimlaridagi farqlar va QDning tarqalishining teng emasligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. QD tashxisi birinchi marta amputatsiya qilingan bemorlarning 15-19 foizida jarrohlik aralashuvlari paytida qo'yiladi. Bundan tashqari, QD bilan og'rikan bemorlarda to'piq bo'g'imidan past bo'lgan amputatsiyalar boshqa bemorlarga qaraganda tez-tez amalga oshiriladi va bu hisobga olinmaydi. [58].

Yuqoridagi omillarni hisobga olgan holda, QDda amputatsiyalarning ehtimoli yiliga 100 000 aholiga 5-24 tani yoki 1000 bemorga 6-8 tani, epidemiologik vaziyat noqulay hududlarda esa 1000 bemorga 24 tagachani tashkil qilishi mumkin [82, 44]. Turli tadqiqotlar tajribasi shuni ko'rsatadiki, rivojlangan mamlakatlarda diabetning asoratlari keltirib chiqaradigan iqtisodiy zararining eng katta qismi DTS hissasiga to'g'ri keladi [31].

Diabetik oyoq sindromi— (*diabetik oyoq inglizcha: diabetic foot*) diabetik

neyropatiya, mikro va makroangiopatiya, osteoartropatiya fonida rivojlanadigan anatomik va funktsional o'zgarishlar majmuasi bo'lib, oyoqning yumshoq to'qimalarining shikastlanishi va infektsiyasining kuchayishiga, yiringli-nekrotik jarayonning rivojlanishi bilan yuzaga chiqadigan kasallik. Juda ko'p hollarda oyoqlarni amputatsiya qilinishiga olib keladi^[1]. Diabetik oyoq sindromi – bu qandli diabetning kech asoratlari guruhini birlashtirgan umumiy tushuncha bo'lib, unda bemorning oyoqlarida patologik o'zgarishlar yiringli-nekrotik jarayonlar shaklida rivojlanadi, ular periferik o'ziga xos o'zgarishlar fonida yuzaga keladi. Diabetik oyoq sindromini tashxislash tashqi tekshiruvni, sezgirlikning har xil turlarini aniqlashni, Doppler va qon tomir angiografiyasini, oyoq rentgenografiyasini, oshqozon yarasi tarkibini mikrobiologik tekshirishni va boshqalarni o'z ichiga oladi.

Diabetik oyoq sindromi diabet bilan og'rikan bemorlarda oyoq va qo'llarning amputatsiyasining asosiy sababidir. Diabetik oyoqni tavsiflovchi o'zgarishlar odatda diabet boshlanganidan 15—20 yil o'tgach rivojlanadi. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlarning taxminan 8—10% zarar ko'radi va ularning 40—50% xavf ostida qolmoqda. Diabetik oyoq holatlarining kamida 90% 2-toifa diabet bilan bog'liq. 2-toifa diabet bilan og'rikan odamlarda diabetik oyoq sindromi rivojlanish ehtimoli 10 barobar ko'p. Bemorlarning kamida 47% da davolanish imkon qadar kechroq boshlanadi. Natijada oyoq-qo'llarning amputatsiyasi bo'lib, bu bemorlar o'limini 2 barobarga oshiradi va bemorlarni davolash va reabilitatsiya qilishning keyingi xarajatlarini 3 barobar oshiradi. Bemorlarni tashxislash, tibbiy ko'rikdan o'tkazish, davolash taktikasini takomillashtirish bemorlarda amputatsiyalar chastotasini 43—85% ga kamaytirishi mumkin.

Shakl bo'yicha

Neyropatik shakl. Diabetik polinevropatiya fonida oyoqdagi halokatli jarayon bilan namoyon bo'ladi. Neyropatik oyoqning belgilari: quruq teri, giperkeratoz, oyoq-qo'llarning angidrozi, har xil turdagi sezgilarning pasayishi (issiq, og'riq,

tak'til va boshqalar), oyoq suyaklarining deformatsiyasi, yassi oyoqlar, o'z-o'zidan yoriqlar bo'lib hisoblanadi.

Neyroishemik shakl. Diabetik angiopatiya fonida paydo bo'ladi. Diabetik oyoqning ishemik shaklida katta va kichik tomirlarning shikastlanishi tufayli oyoq-qo'llarga qon ta'minoti buzilishi ustunlik qiladi. Ishemik sindrom aniq doimiy shish, oqsoqlanish, oyoq og'rig'i, oyoqlarning tez charchashi, terining pigmentatsiyasi va boshqalar bilan kechadi.

Osteoartropatik shakl.

- O'tkir bosqich
 - Rentgen nurlanishining salbiy davri.
 - Rentgen nurlanishining ijobiy davri
- Subakut bosqich
- Surunkali bosqich

Asoratlarning mavjudligiga ko'ra

- Oyoq-qo'llarining surunkali kritik ishemiyasi
- Oshqozon yarasi, joylashuvi, Vagner darajasi (1-5)
- Menkeberg sindromi
- Patologik sinish
- Oyoq deformatsiyasi

Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning taxminan 40-50% xavf ostida yashashi achinarli holatlardan biridir. Bemorni diabetik oyoq sindromi uchun xavf guruhiga tasniflash mezonlari:

- periferik neyropatiya holatlari,
- oyoq tomirlarida puls yetishmovchiligi,
- oyoq deformatsiyasi,
- oyoqning aniq giperkeratozi,

- avval yaralar, yiringli-nekrotik jarayonlar, amputatsiyalar mavjudligi.

Uchta xavf guruhini ajratish odatiy holdir:

- **I.** Barcha nuqtalarda sezuvchanlik saqlanib qolgan, oyoq arteriyalarida pulsatsiya yaxshi. Har yili tekshiriladi.
- **II** . Sezuvchanlik pasayadi, distal puls yo‘q, deformatsiyalar mavjud. Har yarim yilda tekshiriladi.
- **III** . Oyoqda yaralar va avvalgi amputatsiyalar, sezilarli neyropatiya mavjud. Har 3 oyda tekshiriladi.

Diabetik oyoqni davolash asosiy (barcha bemorlar uchun majburiy) va qo‘shimcha (ko‘rsatmalarga muvofiq qo‘llanadigan) choralarni o‘z ichiga oladi.

Asosiylariga quyidagilar kiradi:

- polinevropatiyaning oldini olish: glyukoza, arterial bosim, giperlipidemiya nazorat qilish;
- podiatrik oyoq parvarishi;
- oyoqni tushirish.

Qo‘shimcha uchun:

- mikroblarga qarshi terapiya (keng spektrli antibiotiklar, oshqozon yarasidan olingan material natijalariga ko‘ra; dozasi individualdir);
- og‘riq sindromini davolash (og‘riq qoldiruvchi vositalar);
- neyropatiyani davolash;
- oyoqni terapevtik tushirish va immobilizatsiya qilish;
- qon oqimini yaxshilash orqali angiopatiyani davolash;
- yaralar va yaralarni mahalliy davolash (mahalliy antiseptik va antibakterial preparatlar).

Infektsiyalangan diabetik oyoq uchun antibakterial terapiya

Davolashning dastlabki bosqichida antibiotik terapiyasi sxemasini tanlash mumkin bo'lgan yuqumli mikroorganizmlar spektrini va oyoq - qo'l ishemiyasining og'irligini baholashni va qo'shimcha ravishda preparatni qo'llash yo'lini aniqlashni o'z ichiga oladi. O'rtacha og'irlikdagi yengil va asoratlanmagan infeksiyalar uchun aerob grammusbat kokklarga qarshi faol bo'lgan va og'iz orqali (sefalekssin, klindamitsin, linkomitsin, ko-trimoksazol) antibiotiklarni yuborish tavsiya etiladi. Og'ir infeksiyalarni, shuningdek, o'rtacha og'irlikdagi keng tarqalgan, surunkali infeksiyalarni davolash uchun empirik terapiya uchun keng spektrli antibiotiklar qo'llanadi. Davolash rejimi grammusbat kokklarga (shu jumladan metitsillinga chidamli *Staphylococcus aureus*) va grammamfiy bakteriyalarga va majburiy anaeroblarga (levofloksatsin, siprofloksatsin, klindamitsin, imipenem, metronidazol bilan birgalikda seftazidim) qarshi faol bo'lgan dorilarni o'z ichiga olishi kerak. Antibiotikni qo'llash yo'nalishi parenteral bo'lishi kerak, ayniqsa davolashning dastlabki bosqichida, oshqozon yarasi hududida preparatning samarali kontsentratsiyasiga tezda erishish uchun^[2]. Konservativ davoga javob bermaydigan pastki ekstremitalarning jiddiy shikastlanishi jarrohlik aralashuvni talab qiladi. Diabetik oyoqning ishemik shakli bilan periferik arteriyalarning endovaskulyar kengayishi va stentlanishi, tromboembolektomiya, oyoq tomirlarining arterializatsiyasi va boshqalar qo'llanadi. Katta yara nuqsonlarini yopish uchun teri yaralari plastikasidan foydalaniladi. Ko'rsatmalarga ko'ra, chuqur yiringli o'choqlarni (xo'ppoz, flegmona) drenajlash amalga oshiriladi. Gangrenada va osteomiyelitda barmoqlar yoki oyoqlarning amputatsiyasi yoki eksartikulyatsiyasi amalga oshiriladi. Diabetik oyoq rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarni nafaqat endokrinolog-diabetolog, balki podolog, qon tomir jarroh, ortoped ham kuzatishi kerak. O'zgarishlarni aniqlashda o'z - o'zini tekshirish muhim rol o'ynaydi, uning maqsadi diabetik oyoqqa xos bo'lgan belgilarni o'z vaqtida aniqlashdir: terining rangi o'zgarishi, quruqlik, shishish va og'riq paydo bo'lishi, barmoqlarning egriligi, qo'ziqorin infeksiyalari va boshqalar. Diabetik oyoq sindromida laboratoriya diagnostikasi ma'lumotlariga – qon glyukoza, glikozillangan gemoglobin, xolesterin,

lipoproteinlar ko'rsatkichlariga alohida e'tibor beriladi; siydikda qand va keton tanalari mavjudligi tekshiriladi. Diabetik oyoqning ishemik shakli bilan oyoq tomirlari ultratovush tekshiruvi, radioizotop angiografiyasi, periferik KT arteriografiyasi amalga oshiriladi. Agar osteoartropatiyaga shubha qilingan bo'lsa, oyoqning rentgenografiyasi 2 proektsiyada, rentgen va ultratovushli tekshiruvlar amalga oshiriladi. Diabetik oyoq sindromi 1-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida kasallikning boshlanishidan 7-10 yil o'tgach rivojlanadi. 2-toifa diabet bilan og'rigan bemorlarda kasallikning boshlanishidan boshlab paydo bo'lishi mumkin. 85% hollarda u turli zararlanishlar natijasida oyoqlarda yaralar paydo bo'ladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, diabetga chalingan odamlarda hayot davomida kasallik bilan kasallanish darajasi taxminan 15% ni tashkil qiladi va eng yuqori darajasi 25% gacha chiqishi mumkin.



Diabetik tovon sindromini (DTS) davolash qiymatini tahlil qilish farmakoiqtisodiyotning bir qismi bo'lib - sog'liqni saqlashning yangi yo'nalishi hisoblanadi [106]. Sog'liqni saqlashning zamonaviy tuzilmasi shundan iboratki, tibbiy yordam ko'rsatish shaklini tanlashda uning narxi hisobga olinadi. Qandli diabet va uning asoratlari farmakoiqtisodiyoti eng harakatchan sohalardan biri sanaladi [59, 73, 83]. QDni davolash xarajatlarini o'rganish xarajatlar-foyda nisbati bilan bog'liq bo'lib, bu jamiyatda sezilarli darajada farqlanadi (masalan, shifokor, bemor, hissa qo'shuvchi yoki umuman jamiyat uchun). Tibbiy yordamning iqtisodiy tahlili harajatlarning, foydaning turiga va tahlil

o'tkaziladigan jamiyatning qismining qarashlariga bog'liq. Soddalashtirilgan ko'rinishda buni tarozi sifatida ifodalanishi mumkin, uning bir pallasida davolanish narxi, ikkinchisida esa olingan foyda turadi. DTS davolashning samaradorligi xarajatlarning iqtisodiy jihatdan maqsadga muvofiqligi, shuningdek, jamoatchilik fikri bilan belgilanadi [104].

Diabetik oyoqni jarrohlik davolash kontseptsiyasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Absesslarning ochilishi, flegmonalar, nekrektomiya ;
- Oyoqning arterial qon aylanishini tiklash bo'yicha jarrohlik aralashuvlari: – pastki oyoqning arteriyalarini angioplastika va stentlash, avtovenoz manevr, endarterektomiya ;
- amputatsiyalar va rezektsiyalar.

Yangi muolajalar

Dunyo doimiy ravishda diabetik oyoq sindromini davolashning yangi usullarini o'rganmoqda. Tadqiqotning asosiy maqsadlari kasallik natijasida paydo bo'lgan yaralarni davolashning yanada samarali va tezroq usullarini olishdir. Yangi usullar oyoq-qo'llarning amputatsiyasiga bo'lgan ehtiyojni sezilarli darajada kamaytiradi. Germaniyada diabetik oyoqni davolashning bir qator usullari allaqachon o'rganilgan va amaliyotga tatbiq etilgan. Turli klinik tadqiqotlar va sinovlar asosida terapiyaning yangi usullari jahon tibbiyot hamjamiyati tomonidan juda istiqbolli deb baholanmoqda.

Bularga quyidagilar kiradi:

- Ekstrakorporeal zarba to'lqinlari terapiyasi usuli;
- O'sish omillari terapiyasi;
- Ildiz hujayralarini qo'llash orqali davolash;
- plazma reaktiv terapiyasi;

- Biomexanik usul;

Diabetik oyoqning rivojlanishi (va undan ham ko‘proq gangrena) inson salomatligi uchun juda xavflidir. Bemorlar tomonidan o‘z vaqtida amalga oshirilgan oldini olishning oddiy tamoyillari ko‘p hollarda diabetik yaralar paydo bo‘lishining oldini oladi[1]. Qandli diabet va uning oqibatlari, masalan, diabetik oyoq, oyoq amputatsiyasining asosiy sababidir. Diabetik oyoqdagi yara nuqsonlari konservativ terapiyaga yaxshi javob bermaydi, uzoq muddatli mahalliy va tizimli davolanishni talab qiladi. Oyoq yarasining rivojlanishi bilan amputatsiya bemorlarning 10—24%ini talab qiladi, bu nogironlik va rivojlanayotgan asoratlardan o‘limning ko‘payishi bilan birga keladi. Diabetik oyoq muammosi diabetga chalingan bemorlarni tashxislash, davolash va tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish darajasini yaxshilash zarurligini taqozo etadi.

Qandli diabetni davolash xarajatlarini tahlil qilganda, bevosita va bilvosita xarajatlarni farqlash kerak. Xarajatlarning bevosita turiga diabet va uning asoratlarni davolashni, bilvositaga ishlab chiqarishning yo‘qotilishi kiradi. Bevosita va bilvosita xarajatlarni hisobini to‘g‘ri yuritishdagi qiyinchiliklar vaqtini uzoq muddatligi, shuningdek, QD boshqa surunkali kasalliklar bilan birgalikda rivojlanishi bilan bog‘liq. O‘z navbatida QD mehnat qobiliyatining yo‘qotilishining bevosita sababi sifatida ro‘yxatga olinmasligi mumkin (masalan, angiopatiya tufayli mehnat qobiliyati yo‘qotilganda, qandli diabetda ikkilamchi kasallanishni baholash talab qilinadi).

AQSh sog‘liqni saqlash sohasida har yettinchi dollar qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarga (bevosita va bilvosita xarajatlar 92 milliard dollarni tashkil qiladi) va shundan taxminan 40 senti DTS bilan kasallangan bemorlarga yordam ko‘rsatishga sarflanadi. [17, 56].

Jamiyatga eng katta iqtisodiy zarar DTSda amputatsiyalar oqibatlaridan kelib chiqadi [48]. Shunday qilib, DTSda amputatsiyalar paytida birlamchi davolanish narxi 7-10 ming dollarga teng bo‘ladi [34], Amputatsiyadan keyingi rehabilitatsiya rivojlangan mamlakatlarda amputatsiya va ishemiya darajasiga qarab

bemorlarga 8-65 ming dollarga tushadi [51, 53, 56, 57, 92].

DTSning nafaqat muhim tibbiy, balki ijtimoiy muammo sifatidagi ahamiyatini ko'rsatadigan bunday ko'rsatkichlar rivojlangan mamlakatlar sog'liqni saqlash tizimidan ushbu toifasiga kiruvchi bemorlarga klinik va iqtisodiy jihatdan samarali ko'p bosqichli yordam ko'rsatish tizimini yaratishni talab qildi.

1.2. Sog'liqni saqlash tizimida qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatishda hamshiralarning o'rni, ahamiyati va tashkil etilishi

Yuqorida aytib o'tilganlar barcha rivojlangan mamlakatlarda qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatish tizimiga taalluqlidir. Ushbu sindromni davolashda ko'psohali yondashish qabul qilingan [39, 64]. Shuni ta'kidlash kerakki, ko'plab adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, turli davlatlarda va hatto bir mamlakatning turli hududlarida (masalan, AQShda) QD yordam ko'rsatishning yagona tizimi mavjud emas, ammo uni ta'minlashning aniq yagona tamoyillari mavjud. Birinchi navbatda, bu yordam ko'rsatishning ikki bosqichidir [31, 62]:

- Birlamchi (primary sage),
- Ikkilamchi (secondary sage),

Qandli diabet uchun birlamchi yordam skrining, xavf omillarini aniqlash, diagnostika va bemorni o'qitish dasturini o'z ichiga oladi [47, 48]. U turli toifadagi mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi: oilaviy shifokorlar va hamshiralar, qandli diabet shifokorlari va hamshiralar, ambulator podiatr va podiatr hamshiralari, diabet bo'yicha o'qituvchilari va boshqalar [86]. AQShda barcha tibbiyot xodimlari qandli diabet bilan og'rigan odamlarda nevrologik, qon tomir, teri va tayanch-harakat tizimi kasalliklarini oddiy skriningdan o'tkazishi kerak, deb hisoblanadi. Podiatriya bo'yicha ixtisoslik olmoqchi bo'lgan mutaxassislar qo'shimcha o'qishlari va yuqori xavfli tovon holatlarini maqsadli olib borishni ta'minlashlari kerak [87]. Amerika diabet assotsiatsiyasining oyoqlarni parvarish qilish bo'yicha profilaktik qo'llanmalari (2009) shuni ko'rsatadiki, bu mutaxassislar bemorni o'qitish, ortopedik poyabzal, tirnoq va qadoqlarni parvarish

qilishi va oyoq jarrohligi bo'yicha qo'shimcha kurslardan foydalanishlari mumkin.

Qandli diabet va DTS bilan og'rigan bemorlarni olib borish bo'yicha G'arb mamlakatlari ko'rsatmalarining aksariyati [12] diabet bilan og'rigan barcha odamlar yuqori xavfli tovon holatini aniqlash uchun yiliga kamida bir marta oyoqlarini to'liq tekshiruvdan o'tkazishlari kerak. Ushbu tekshiruv oyoq sezgirligini, tuzilishi va biomexanikasini, qon aylanish holatini va terining yaxlitligini baholashni o'z ichiga olishi lozim. Yuqori xavf ostida bo'lgan odamlar asoratlar rivojlanishini nazorat qilish uchun tez-tez ko'rikdan o'tib turishlari kerak. Neyropatiya bilan og'rigan bemorlar har safar shifokorga tashrif buyurganlarida oyoqlarini tekshirtirishlari kerak. [1].

Amerika Plastik va Rekonstruktiv Jarrohlik Assotsiatsiyasining ko'rsatmalari [89] diabetik tovon yaralarini jarrohlik amaliyoti bilan davolagandan so'ng kasalxonadan chiqarilgach, bemor birinchi yil davomida har chorakda bir marta ko'rikdan o'tib turish kerakligini ko'rsatadi. Bunday holda, bemorning muvofiqligi albatta baholanishi kerak.



Yordamning birinchi bosqichida qo'llaniladigan odatda skrining tekshiruv usullari xorijiy mualliflar oyoqning nevrologik holatini baholashni o'z ichiga oladi, bu somatosensor chegara testini yoki tebranish (vibratsiya) sezuvchanligini aniqlashni o'z ichiga olishi kerak [123]. Periferik qon tomir kasalliklarining dastlabki skriningi oqsoqlik tarixini va pulsni baholashni o'z ichiga olishi kerak.

Terining yaxlitligi, ayniqsa, oyoq barmoqlari orasidagi va metatarsal boshlar ostida baholanishi kerak. Eritema, gipertermiya yoki qadoqlarning shakllanishining mavjudligi to'qimalarning shikastlanish joylarini ko'rsatishi mumkin. Suyak deformatsiyasi, bo'g'imlar harakatlanishining cheklanganligi, yurish va muvozanatning buzilishi ham baholanishi kerak [40].

Ushbu bosqichda diabet bilan og'rikan bemorlarga nafaqat tibbiy, psixologik va ma'rifiy, balki ijtimoiy va huquqiy-maslahat yordam ko'rsatiladi. Misol uchun, AQShda Medicare dasturi tomonidan sug'urtalangan bemor yiliga uch juft ortopedik poyabzal yoki buyurtma asosida bir juft poyabzal olish huquqiga ega.[86].



Shunga qaramay, profilaktika yordamining bunday batafsil tizimi bilan ham, zamonaviy G'arb tadqiqotchilari aholini xavf guruhlari to'liq qamrab olishdan imkoniyatidan uzoq

ekanligini ta'kidlamodalar [97]. Albatta, bu, birinchi navbatda, sog'liqni saqlashning g'arb modelini qabul qilgan rivojlanayotgan mamlakatlar aholisiga tegishli [42]. Biroq, bu muammo mamlakatlarni ham chetlab o'tmadi - G'arb dunyosi rahbarlari, masalan, Qo'shma Shtatlardagi 2-tip diabet bilan og'rikan bemorlarning atigi 30 foizi diabet maktablari va markazlarida ta'lim dasturlarida qatnashadi [51]. Bu holat asosida butun tashkiliy, ijtimoiy- madaniy, etnik, diniy va boshqa sabablar yotadi [57].

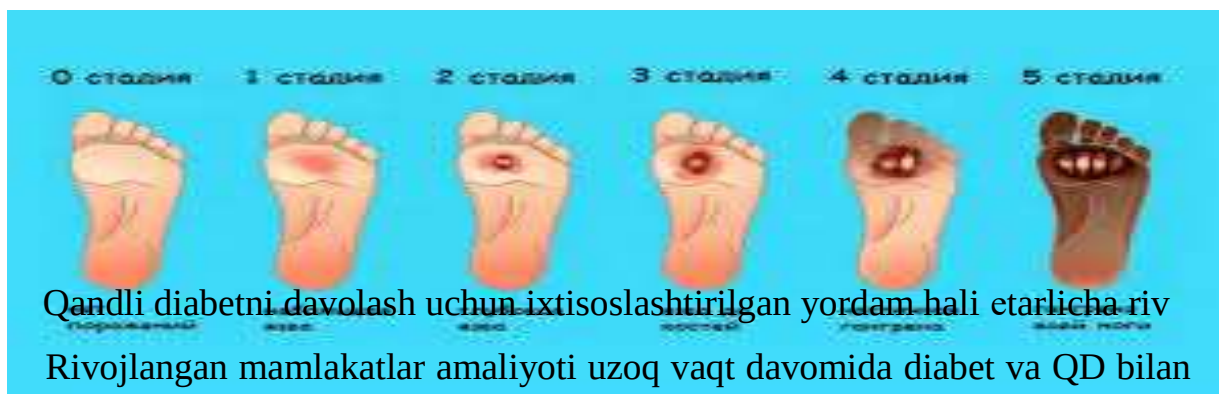
Ikkilamchi yordam jarrohlik yoki ixtisoslashtirilgan podiatrik klinikalarda ko'rsatiladi

[12, 81, 82]. Bunday klinikalar nafaqat zarur jarrohlik aralashuvlarni olib boradi, balki chuqur tekshiruv o'tkazib, tashxisni va bemorni olib borish strategiyasini aniqlab beradi. Bundan tashqari, ular qandli diabet bilan og'rikan bemorlarga birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishni ilmiy va uslubiy jihatdan qo'llab-

quvvatlashi kerak. Cochrane shahri [50] ko'rsatishicha, QD mutaxassislari tomonidan BTSYo shifokorlari va hamshiralari uchun o'tkaziladigan o'quv tashriflari va konferensiyalar QDni aniqlashni oshirishi va uning prognozini yaxshilashi mumkin. Diabetik tovon markazlari va klinikalari G'arb dunyosining barcha sog'liqni saqlash tizimlarida mavjud.

O'zbekiston Respublikasida yaqin vaqtgacha qandli diabet bilan og'riqan bemorlarga yordam ko'rsatishning yagona tizimigina emas, balki uning qoniqarli konsepsiyasi ham mavjud emas edi. Bularning barchasi QDni faqat sog'liqni saqlash doirasida hal qilib bo'lmaydigan muhim tibbiy-ijtimoiy muammo sifatida talqin qilishda yagona yondashuvning yo'qligidan kelib chiqdi. Bu holat tibbiy-ijtimoiy sohaga ta'sir etuvchi makroiqtisodiy va siyosiy o'zgarishlar fonida yuzaga keldi. Natijada, diabet bilan kasallanish ko'paymoqda va diabet bilan og'riqan bemorlarning hayot sifati tobora pasayib bormoqda [74, 84, 101].

Ma'lumki, hozirgi kunda dunyo aholisining qarishi kuzatilmoqda. Bu, ayniqsa, QD bilan og'riqan bemorlar uchun juda muhimdir, ularning aksariyati keksalar va qari odamlar bo'lib, bu kasallikning patogenezi bilan bog'liq. [14, 24, 28]. Bemorlarning ushbu toifasi uchun odatda tananing turli organlari va tizimlaridan birga keladigan og'ir kasalliklar mavjudligi odatiy holat hisoblanadi. Ko'pincha bunday bemorlar poliklinikaga mustaqil ravishda bora olmaydi, bizning sog'liqni saqlash tizimimizda tibbiy yordam va uy sharoitida alohida parvarish xizmatlarini ko'rsatish hali mukammal shakllanmagan, malakali kadrlar va texnik vositalar bilan etarlicha ta'minlanmagan. [34]. Aksariyat hollarda, ushbu bemorlarga "yordam tizimi" BTSYodan boshlanadi, bu erda asosiy harakatlar esa davolashni amalga oshirishga qaratilgan [24, 42]. Biroq, bu sa'y-harakatlar ambulatoriya va statsionar yordam o'rtasidagi uzviylik yo'qligi tufayli butunlay qimmatini yo'qotadi [31, 32]. Tibbiy va ijtimoiy xodimlardan kerakli bilim va yordam olmagan bemorlar diabetning kechishini samarali nazorat qila olmaydilar va takroriy asoratlarga duchor bo'lishadi, o'lim darajasi esa 10% ga etadi va hayot sifati keskin pasayadi [43].



og‘rigan bemorlarning muammolarini hal qilishda ko‘psohali yondashuvni eng samarali ekanligini aniqlab berdi [19, 53]. JSSTning qandli diabet bo‘yicha tadqiqot guruhining 1999 yildagi hisobotida [14, 62] shunday deyilgan: “... ko‘pchilik rivojlangan mamlakatlarda birlamchi tibbiy yordam tizimining asosiy bo‘g‘ini shifokorlar, hamshiralar va dietolog mutaxassislardan tashkil topgan brigada hisoblanadi”. Turli xil profildagi mutaxassislarning birgalikdagi sa'y-harakatlari eng katta natijalarni beradi va diabetning asoratlarini samarali oldini olish imkonini yaratadi.

Van Acker K. [53] Yevropa davlatlaridan birida 200 ming aholiga ega bo‘lgan hududda qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarga xizmat ko‘rsatish uchun brigada resurslariga qo‘yilgan minimal talablarni belgilab berdi:

1. Diabetologiya bo‘yicha tajribaga ega shifokor.
1. Qandli diabet bo‘yicha ixtisoslashgan kamida ikkita hamshira.
3. Qandli diabet bilan og‘rigan odamlarni o‘rgatish uchun bitta dietolog.
4. Tovon bo‘yicha mutaxassisi (xiropodist).
5. Kunduzgi o‘qitish va davolash bo‘limining mavjudligi.
6. Barcha shifokorlar, hamshiralar, ovqatlanish mutaxassisi maslahat berishlari uchun alohida xonalar.
7. Guruh mashg‘ulotlar olib borish uchun xona.
8. Tegishli xodimlarni tayyorlash uchun resurslar.
9. Yozma va audiovizual materiallarni sotib olish uchun minimal mablag‘.

Og‘ir diabetga chalingan, amputatsiya qilingan va yondash kasalliklardan aziyat chekadigan bemorlar bilan ishlashda jamoa turli profilli mutaxassislar - ortoped, reabilitatsiya bo‘yicha mutaxassis va boshqalar bilan to‘ldiriladi.

Hozirgi vaqtda ko‘plab mahalliy tadqiqotchilar xalqaro tavsiyalarni moslashtirish va sog‘liqni saqlashda diabet bilan kasallangan bemorlarni olib borishda sohalararo yondashuvni joriy etish zarurligini ta’kidlamoqda [75, 105]. O‘zbekiston Respublikasi hukumati tomonidan 2018-yilda qabul qilingan “Qandli diabet” Respublika dasturida ham o‘zgarishlar zarurligi o‘z ifodasini topgan [59]. Biroq, O‘zbekiston Respublikasida qandli diabetni davolash tizimini modernizatsiya qilishga diabetologiyaning moddiy bazasining past darajada ekanligi, fikrlashning ma’lum inertsiasini, an’anaviylik va me’yoriy hujjatlar hamda dalillarga asoslangan tibbiyot ma’lumotlarining yo‘qligi ham to‘sqinlik qilmoqda. [36, 37]. “Podiatriya” ixtisosligi tasdiqlanmasdan turib, tegishli idora va markazlar ishini tashkil etish qiyin kechadi [99, 100, 101]. Podiatrist oyoq, to‘piq va oyoqning tegishli tuzilmalari kasalliklarini davolashga bag‘ishlangan tibbiyot mutaxassisi [1]. Ushbu atama Shimoliy Amerikada paydo bo‘lgan, ammo hozirda ingliz tilida so‘zlashadigan dunyoda podiatrik tibbiyotning barcha amaliyotchilari uchun qabul qilingan atama bo‘ldi.



Biroq, bizning sog‘liqni saqlash tizimimizda qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarga yordam berishda tarmoqlararo hamkorlik, ya’ni jamoat faoliyatining turli sohalarida mutaxassislari sa’y-harakatlarini muvofiqlashtirish muhim ahamiyatga ega [32]. JSST tibbiyotning aholi salomatligiga qo‘shgan hisssasi 10%

dan, turmush tarzi 50%, irsiyat - 20%, atrof-muhit holati esa 20% dan ko'p emas deb hisoblaydi [162]. Shunday qilib, ushbu toifadagi bemorlarga samarali yordam ko'rsatish uchun tibbiyot xodimlari, ijtimoiy, xizmat ko'rsatish va dam olish tuzilmalari va boshqa ko'plab sohalarning sa'y-harakatlarini muvofiqlashtirish kerak. Afsuski, hozirgacha bunday o'zaro ta'sir deklaratsiyadan nariga o'tmaydi.

Faqat so'nggi yillarda sog'liqni saqlashda standartlashtirishning rivojlanishi va bir qator ilmiy markazlarning faol faoliyati bilan bog'liq ijobiy o'zgarishlar kuzatildi.

Respublika endokrinologiya markazi [49] mutaxassislarning fikricha, xalqaro tavsiyalarni o'zimizning ish tajribasiga moslashtirib, bizning sharoitimiz uchun tibbiy yordamni tashkil etishning birlamchi darajasini aniqlash mumkin - bular umumiy amaliyot shifokorlari, endokrinologlar, nevropatologlar, ambulator jarrohlari hisoblanib, ular qandli diabetga chalingan bemorlar va xavf guruhiga kiruvchilarni o'z vaqtida aniqlab va ikkinchi darajali muassasalarga yuborishlari kerak bo'ladi. Ikkinchi darajadagi tashkilotlar hududiy, shahar yoki tuman ahamiyatga ega bo'lgan poliklinikalarning diabetik tovon kabinetlari, shuningdek endokrinologik yoki jarrohlik profilining ixtisoslashtirilgan bo'limlari bo'lishi



kerak. Tashkilotning uchinchi darajasi diabetik oyoq markazlari bo'lib, ular tibbiy yordam ko'rsatish metodologiyasi va standartlarini ishlab chiqish, shuningdek, oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim sohasida mutaxassislarni tayyorlash maqsadida ishlab chiqilgan klinik va diagnostika muassasalari hisoblanadi. Bemorlarni kichik ortopediya buyumlari - ortezlar, pataklar, oddiy va murakkab ortopedik poyabzallar bilan ta'minlash masalasini hal qilishga qodir bo'lgan protez-ortopediya muassasalari bilan aloqa va o'zaro hamkorlik qilishga ehtiyoj mavjud [80].

QD bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatishni tashkil etish bo'yicha yana bir taniqli mutaxassis M.B. Antsiferov [11] tavsiyasiga ko'ra, ushbu toifadagi bemorlarga xizmat ko'rsatish tizimi xavf guruhiga qarab tuzilishi kerak, shu bilan birga QD uchun ixtisoslashtirilgan yordamning ikkita bo'g'ini - poliklinika va statsionar etarli hisoblanadi. Biroq, ko'pchilik diabet bilan og'rigan bemorlarning

harakatchanligining kamayishi va ularning uy xo'jaligidagi qiyinchiliklarga duch kelishini etarlicha baholanmaydi. Bemorlar tibbiyot xodimlariga o'z vaqtida murojaat qila olishmasligi mumkin [76, 91].

Ko'pgina mualliflar [25, 26] ta'kidlaganidek, Rossiyada DFS bilan og'riqan bemorlarga yordam ko'rsatishning mavjud tizimi etarli emas, ayniqsa asoratlarni oldini olishning kaliti hisoblangan ambulator yordam bosqichiga katta aziyat chekadi. DTS bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilishning yagona tamoyillari va uning samaradorligi mezonlarining yo'qligi bemorlar amputatsiyalarining oldini olish va munosib hayot sifatini ta'minlash imkoniyatlarini pasaytiradi.

Qandli diabet bilan og'riqan bemorlar va ularning oilalari uchun ambulatoriya bosqichida yordam ko'rsatish katta ahamiyatga ega, chunki eng ko'p yordam ushbu darajada olib boriladi [95, 96, 99]. Sog'liqni saqlash xodimlarini rejalashtirish qandli diabet bilan kasallangan odamlarga kompleks ambulator yordam ko'rsatishning asosiy elementi hisoblanadi. Nisbatan kam xarajat qilgan holda ko'p sonli aholini qamrab olishni maqsad qilgan har qanday tizim malakali hamshiralar ishtirokiga tayanishi va ikkinchi (shifoxona) va uchinchi darajali (ixtisosilashtirilgan) tibbiy muassasa tizimlari tomonidan tegishli yordam ko'rsatilishini ta'minlashi kerak. Biroq, rivojlangan mamlakatlarda hamshiralar uzoq vaqtdan beri QD bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish tizimida munosib o'rin egallagan bo'lsalarda [122], bizning sog'liqni saqlash tizimimizda ularning tibbiy brigadalardagi ishtiroki minimal darajaga tushirilgan. Hamshiralik ishining yangi etakchilari menejer-hamshiralarning salohiyatidan foydalanilmayapti [53, 54]. Oliy o'quv yurtlari darajasida mutaxassislar tayyorlash ishlari olib borilmoqda, biroq Respublika Sog'liqni saqlash vazirligi darajasida bu mutaxassislarning amaliy sog'liqni saqlashdagi roli va o'rni aniqlanmagan [11], bu aholiga tibbiy va tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishda hamshiralik xodimlarining ahamiyatini va samaradorligini oshirish uchun maqbul shart-sharoitlarni yaratishni talab qiladi. Bugungi kunda G'arb mamlakatlari tajribasidan kelib chiqib, hamshiralar, ayniqsa, menejerlar hamshiralarning kompetentsiyasini

kengaytirish zarurati mavjud.

Qandli diabetni davolashni tashkil etishda barcha bosqichlarda hamshiralik xodimlaridan faol foydalanish bemorlarga bilim va yordamni to'g'ridan-to'g'ri etkazish, mutaxassis shifokorlarni yuklamalarini kamaytirish va tegishli klinik va iqtisodiy samarani olish imkonini beradi [28, 94]. Bu qoida jahon amaliyotida tasdiqlangan va endilikda uni ichki sharoitga moslashtirish va turli darajadagi malakali hamshiralarni qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga yordam ko'rsatishning yagona tizimida munosib o'rin egallashini ta'minlash zarur.

QD bilan og'rikan bemorlarga yordam ko'rsatish tizimida hamshiralarning rolini oshirish modernizatsiyaning yana bir yo'nalishi - shifoxona o'rnini bosuvchi texnologiyalarni keng qo'llash bilan uzviy bog'liq [62]. Kunduzgi kasalxona, uyda kasalxona tashkil etish, tibbiy va hamshiralik patronajining har xil turlari shular jumlasidandir. Chet elda kunduzgi statsionar shakllari diabet bilan og'rikan bemorlarga yordam berishda faol qo'llaniladi, ular "protogospital" sifatida nomlanadi [141, 127]. Ularning samaradorligi ko'plab tadqiqotlarda o'z tasdig'ini topgan, mahalliy adabiyotlar ma'lumotlari ham diabet bilan og'rikan bemorlarga ushbu yordam shaklining kelachagi porloq ekanligini ko'rsatadi [79].

Ushbu muammolarning barchasini hisobga olgan holda, diabet bilan og'rikan bemorlarni olib borish va davolash strategiyasi hamda taktikasini standartlashtirish bo'yicha kelishuvga erishish zarurligi ayon bo'ladi. Ushbu yondashuv so'nggi yillardagi me'yoriy hujjatlarda belgilab berilgan sog'liqni saqlashda standartlashtirish kontseptsiyasiga to'liq mos keladi. [38]. Sog'liqni saqlashda standartlashtirishning yagona tizimini yaratish tarmoqni boshqarishni takomillashtirish, rejalashtirish, tartibga solish, litsenziyalash va sertifikatlashtirishga yagona yondashuvlar orqali uning yaxlitligini ta'minlash, tibbiy yordam sifatini oshirish, inson va moddiy resurslardan oqilona foydalanish, sog'liqni saqlash sohasini optimallashtirishga, diagnostika va davolash jarayoni, mahalliy sog'liqni saqlashni jahon tibbiyot amaliyotiga integratsiya qilishga qaratilgan.

O'zbekiston Respublikasi SSV 2017 yil oxiridagi qo'shma kengashida sog'liqni saqlashda standartlashtirish tizimi maqsad va vazifalari belgilab berilgan bo'lib, o'shandan boshlab rejali tartibda yaratilib kelinmoqda. Bugungi kunga qadar tizimni tashkil etuvchi asosiy hujjatlar tasdiqlandi, sog'liqni saqlash sohasida standartlarni ishlab chiqish tartibi, ularni amalga oshirish va standartlar talablariga rioya etilishini nazorat qilishni tartibga soluvchi hujjatlar ishlab chiqilgan. Normativ-huquqiy hujjatlar loyihalarini ularni yaratishning barcha bosqichlarida ko'rib chiqish O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining normativ-huquqiy hujjatlari loyihalarini ko'rib chiqish bo'yicha Milliy sog'liqni saqlash palatasi tomonidan amalga oshiriladi. Standartlashtirish tizimi sohasidagi rivojlanishning asosiy yo'nalishi tibbiy texnologiyalarni standartlashtirish bo'lib, uning asosini bemorlarni olib borish protokollari tashkil etadi. [1-4, 35, 37, 116].

Standartlashtirish imkoniyati protokolda "bemor modellari" sifatida tavsiflanuvchi bemorlarning nisbatan bir xil guruhlarini ajratib olish orqali erishiladi. Ularning har biri uchun majburiy va qo'shimcha tibbiy xizmatlar hamda davolash usullari ro'yxati belgilanadi. [39].

Hozirgi vaqtda majburiy va qo'shimcha ro'yxatlarni shakllantirishda bir-birini to'ldiruvchi yondashuvlar qo'llaniladi: ekspert baholash, klinik dalillar va iqtisodiy usullar. Protokolni ishlab chiqishda optimal echimni tanlash uchun klinik iqtisodiy tahlil va dalillarga asoslangan tibbiyot usullaridan foydalanish [47, 63, 125] zarurligi shubhasizdir. Hisob-kitobga uslublar yoki dorilarning mutlaq narxi emas, balki boshqa vositalar yoki texnologiyalar bilan solishtirganda "xarajat-samaradorlik" nisbatini aniqlash bilan tahlil natijasi olinadi.

O'qitish shakllari va usullaridagi farq, parvarish va davolashning ko'plab sxemalari va usullari qat'iy ravishda standartlashtirishni, ba'zi oddiy va tushunarli ko'rsatmalarni talab qiladi. Standart tibbiy texnologiyalar foydasiga yana bir dalil - tibbiy yordam sifati uchun aniq mezonlarga muhtoj bo'lgan sug'urta tibbiyotining rivojlanishidir. Xorijda bu vazifa shifokorlar va hamshiralar uchun foydali bo'lgan parvarish va davolash masalalari bo'yicha ko'plab qo'llanmalar (guidelines) bilan

amalgaga oshiriladi. Shu bilan birga, qat'iy markazlashtirilgan tartibga solish ishlari olib borilmasa bir mamlakat hududida ma'lum bir muammo bo'yicha o'nlab ko'rsatmalar bo'lishi mumkin [122].

Diabetik oyoq bo'yicha ishchi guruhining deyarli o'n yillik qo'shma faoliyati natijasi 1999 yilda QD bilan kasallangan bemorlarni boshqarishning umumiy tamoyillarini tartibga soluvchi Xalqaro shartnoma [190] ishlab chiqilgan. Ushbu hujjatning rus tiliga tarjimasi 2000 yilda nashr etildi. [50, 87]. Biroq, ishlab chiquvchilarning o'zlari ta'kidlaganidek, Bitim faqat yordamning asosiy yo'nalishlarini belgilab, har bir mamlakatning o'ziga xos tashkiliy, tibbiy, ijtimoiy, madaniy va boshqa xususiyatlariga ehtiyotkorlik bilan moslashishni talab qiladi. [51, 90].

Ayni paytda mahalliy sog'liqni saqlash sohasida bu borada jadal ishlar amalga oshirilmoqda. Ko'pgina mualliflar QD bilan og'rikan bemorlarni boshqarish bo'yicha milliy standartning asosini tashkil eta oladigan texnologiyalarni ishlab chiqmoqdalar [54, 82]. Biroq, alohida jamoalar harakatlarining tarqoqligi, sog'liqni saqlashda standartlashtirish tizimining qoidalarini etarli darajada bilmasligi va ko'plab tadqiqotlarda dalillar bazasining yo'qligi bilan jarayon biroz murakkablashadi. Natijada, atamalar va tasniflashda ko'pincha chalkashliklar, ba'zi tushunchalarni boshqalar bilan almashtirish holatlari bo'lishi mumkin [66]. Qandli diabetni tashxislash va davolash uchun mualliflar tomonidan "standartlar" deb nomlangan ko'plab hujjatlar va tushunchalarning aslida hammasi ham to'g'ri emas [57, 118].

Standartni faqat dalillarga asoslangan tibbiyot asosida ishlab chiqish mumkin, bu yangi ming yillikning klinik amaliyoti na'munaga aylangan [37, 87]. Tavsiyalarning asosiligi va ishonchliligini tekshirish uchun nafaqat ob'yektiv usullarni (masalan, ko'p markazli randomizatsiyalangan tadqiqotlar ma'lumotlarini), balki farmakoiqtisodiyot tomonidan qabul qilingan sub'yektiv usullarni ham jalb qilish kerak [64, 133]. Avvalo, bu ekspert baholash usullari va bemorlarning hayot sifatini o'rganish hisoblanadi. "Hayot sifati" tushunchasi so'nggi o'n yil ichida mahalliy tibbiyot lug'atiga kira boshladi, ammo uning

umum qabul qilingan ta'rifi hali ham mavjud emas. Hayot sifatining barcha jihatlarini birlashtirishga harakat qiladigan quyidagicha ta'rif berilgan: "bemor tomonidan jismoniy va ruhiy farovonlikning ma'lum darajasi sifatida qabul qilinadigan jismoniy va ijtimoiy faoliyat imkoniyatlari" [89]. Tibbiy aralashuvlarga qo'yiladigan zamonaviy talablar ularning samaradorligi va xavfsizligini baholashda turli anketalar yordamida hisoblangan hayot sifati ko'rsatkichlarini kiritish zarurligini taqozo etadi. Diabetologiyada umumiy so'rovnomalar (masalan, MOS SF-36) va mualliflar tomonidan ma'lum bir tadqiqot maqsadlari uchun tuzilgan maxsus so'rovnomalar qo'llaniladi. Biz QD bilan og'riqan bemorlarning hayot sifati bo'yicha amalda umumiy qabul qilingan so'rovnomani topa olmadik.

Bemorlarni olib borish protokollarini kompleks klinik va iqtisodiy baholashning zamonaviy usullari o'zaro bog'liq qiymat va samaradorlikni tahlil qilishga asoslangan [1].

Samaradorlik va xavfsizlik tadqiqot natijalari asosida baholanadi, ammo ilmiy tadqiqotlar natijalarining samaradorligi odatiy amaliyot natijalari bilan mos kelmasligi mumkin.

Majmuaviy klinik va iqtisodiy tahlilda kaliti ta'sirni (natijani) baholash, uni amalga oshirish metodologiyasi ham tibbiyot xodimlari, ham iqtisodchilar, ham sog'liqni saqlash tashkilotchilarining qiziqish sohasi hisoblanadi.

Hozirgi kunga qadar jahon amaliyotida klinik va iqtisodiy tahlilning 4 ta asosiy usuli qo'llaniladi [2]:

- "xarajatlarni minimallashtirish" tahlili;
- "xarajat-samaradorlik" tahlili;
- "xarajat-foydalilik" tahlili;
- "xarajat-foyda" tahlili.

Haqiqiy iqtisodiy tahlil ta'sirni o'lchash usullari bilan farq qiluvchi to'rtta usuldan biri bilan amalga oshiriladi. Bugungi kunda usullardan eng ko'p qo'llaniladigan "xarajat-samaradorlik" usuli, eng istiqbollisi "xarajat-foydalilik" usulidir.

Keng qamrovli klinik va iqtisodiy tahlil natijalarini talqin qilish tadqiqotchi tanlagan pozitsiyaga bog‘liq. Ma’lum aholining guruhi, muassasa yoki umuman jamiyatning manfaatlari hisobga olinadi [78].

Klinik tibbiyotda keng qamrovli klinik va iqtisodiy tahlildan foydalanish ma’lum bir bemor uchun aralashuvni tanlashni o‘z ichiga oladi. Sog‘liqni saqlash tashkilotida keng qamrovli klinik va iqtisodiy tahlildan foydalanish tahlil natijalarini hisobga olgan holda shifokorni ushbu tanlovni qilishga undaydigan yoki majburlaydigan tashkiliy texnologiyalarni ishlab chiqishni o‘z ichiga oladi [63].

Shubhasiz, bu vazifalar diabetologiya va diabetning oldini olish hamda davolash muammolari bilan to‘liq bog‘liq.

1.3.Hamshiralik yordamining samaradorligi va sifatini baholashda uslubiy yondashuvlar.

Tibbiy xizmatlar bozorining shakllanishi va sog‘liqni saqlash tizimida, xususan, majburiy tibbiy sug‘urta sohasida marketing munosabatlari shakllanishi sharoitida tibbiy yordam sifati va uning ekspertizasi muammosi nihoyatda dolzarbdir. Hamshiralik parvarishi tibbiy yordam tizimining ajralmas qismi bo‘lib, xuddi shu tamoyillarga muvofiq baholanadi. [28, 53, 54].

Adabiyot ma'lumotlarining umumlashtirilgan tahlili shuni ko‘rsatadiki, [71, 103, 111, 113, 117], ko‘rsatilgan muammo tadqiqotchilar, amaliy sog‘liqni saqlash mutaxassislari va boshqa manfaatdor tuzilmalar xodimlari tomonidan tibbiy yordam ko‘rsatish tuzilmasi va natijalari, standartlari, ekspert tavsiflari, so‘rovlar bo‘yicha sifatni baholashni o‘z ichiga oluvchi turli yo‘llar bilan hal qilinadi.

JSST kontsepsiyasiga ko‘ra (1999) tibbiy yordam sifatining uchta jihati mavjud [77]:

- Tuzulmaning sifati (ta’minot)
- Jarayonning sifati (tibbiy xizmatlarni ko‘rsatish)
- Natijalar sifati (ekspertlarning baholashlari bo‘yicha tibbiy yordam natijalari).

Xuddi shu mezonlar hamshiralik xizmatining sifatiga ham tegishli. Shunday qilib, biz uning yakuniy bahosiga ta'sir qiluvchi omillarning uchta guruhini ajratib ko'rsatishimiz mumkin [93].

Hamshiralik parvarishi sifatining tuzilmaviy omillariga (nisbatan doimiy mezon) quyidagilar kiradi:

- Xodimlarni baholash.
- Tibbiy asbob-uskunalarini baholash.
- Yordamchi va tashkiliy vositalarni baholash.
- Turli resurslarni, jumladan, dori vositalarini baholash.

Hamshiralik parvarishi sifatining ikkinchi komponenti jarayonning sifati hisoblanadi. Bu texnologik mezon bo'lib, u tibbiy va boshqaruv texnologiyalarini hisobga oladi. Hamshiralik yordamini ko'rsatish juda katta miqdordagi resurslar, asbob-uskunalar ishlatishni talab qiladigan murakkab jarayon hisoblanadi, shuning uchun tibbiy yordam ko'rsatishni standartlashtirishga zarurat tug'iladi [122, 127].

Hamshiralik tomonidan turli xizmatlar ko'rsatish texnologiyasini baholashda tibbiy-texnologik va tibbiy-iqtisodiy standartlar ko'rib chiqiladi va tahlil qilinadi. Hamshiralik amaliyoti standartlarini qo'llamasdan nazorat qilish ko'pincha ob'yektiv bo'lmaydi [84].

Bular dinamik omillar guruhiga kirib, sifatni baholashda ko'pincha diqqat markazida bo'ladi.

Natija mezonlari bu faoliyat va natijadorlik ko'rsatkichlarini (tibbiy, iqtisodiy, ijtimoiy) hisobga oladigan samaradorlik mezonlari. Samaradorlik yoki natijadorlik tushunchasi bilan bog'liq ko'rsatkichlar to'plami standartlashtirilmaydi. Samaradorlik va natijadorlik tegishli ko'rsatkichlarni belgilovchi omillar bilan sabab-ta'sir munosabatlarini o'rnatish orqali baholanadi. Bu omillar kamdan-kam hollarda hamshiralik yordami sifatini baholashda alohida hisobga olinadi, qoida tariqasida, ular barcha mutaxassislar va tibbiy va hamshiralik darajasining ko'rsatkichlari hisoblanadi [54].

Sifatni ta'minlash deganda tibbiy yordamning ilmiy-texnik darajasi, ya'ni hozirgi vaqtda mavjud tibbiy bilimlarni, tibbiy texnologiyalarni hamshiralik

yordamini ko'rsatishda qo'llash darajasi tushuniladi. Sifat kafolati haqida gapirganda, shuningdek, texnik jihozlar, xavfsizlik, bemorlarning qoniqishi (bemorning shaxsiyati, uning ishonchi va qulayligini hisobga olgan holda), resurslardan tejamkor foydalanish, turli iqtisodiy maqomga ega shaxslarning tibbiy yordam olish imkoniyati tengligi haqida gapirish kerak [72].

O'rganishlar shuni ko'rsatdiki, tibbiy yordam ko'rsatishning ko'p bosqichli tizimi joriy etilishi munosabati bilan parvarishning har bir bosqichining hamshiralik xizmati oldida bir qator vazifalar turadi [76]:

- Hamshiralik xizmati sifatini oshirish uchun shart-sharoitlarni shakllantirish.
- Yangi hamshiralik texnologiyalarini joriy etish.
- Aholiga hamshiralik yordami ko'rsatishning uzluksizligi.
- Hamshiralik parvarishi sifatini nazorat qilish tizimini ishlab chiqish.

Birinchi vazifani bajarish uchun majburiy shartlar quyidagilardir: hamshiralik hujjatlarini yuritish va bemor, oila va odamlar guruhlar bilan ishlashda madaniyat va axloq normalariga rioya qilish. Hamshiralar faoliyatida ularning buzilishi, shuningdek, kasbiy standartlar va me'yorlarning buzilishiga yo'l qo'yib bo'lmaydi. Hamshiralik hujjatlari hamshiralik jarayonida amalga oshirilgan ishlarni ro'yxatdan o'tkazish, qabul qilingan standartlarga amal qilishni va hamshiralik parvarishi sifatini, uning xavfsizligini va ijrochining malaka darajasini baholashga imkon beradi [72].

Rivojlangan mamlakatlarning sog'liqni saqlash sohasida hamshiralik jarayonini hujjatlashtirishning odatda ikkita shakli qabul qilinadi: bemorning algoritmlangan hamshiralik jadvali va parvarishlashni rejalashtirish kundaligini o'z ichiga olgan kuzatuv varag'i. Hozirgi vaqtda Rossiyada amaliy sog'liqni saqlash sohasida ko'proq ikkinchi shaklga ehtiyojga ega, bu esa ushbu hujjatlardan minimal vaqt va pul sarflash bilan foydalanishga imkon beradi. Ishlab chiqilgan hujjatlar asosida hamshiralik faoliyatini ekspert baholash bo'limning bosh hamshirasi va bo'lim boshlig'i, zarur hollarda esa mustaqil ekspertlar tomonidan amalga oshiriladi. [54, 82].

Nazorat usullari uning vazifalariga mos kelishi kerak. A.S. Xeyfesning [26]

fikriga ko‘ra, shifoxona bosh hamshiralari ishida ko‘pincha quyidagi nazorat usullari qo‘llaniladi:

- tibbiyot muassasalarining bo‘linmalari katta hamshiralari, hamshira va kichik tibbiyot xodimlari ishini kompleks tekshirish;
- sog‘liqni saqlash muassasalarining bo‘limlari va boshqa bo‘linmalarini ko‘rib chiqish;
- maxsus vakolatli xodimlar tomonidan bo‘limlar va boshqa bo‘linmalarda reydlar o‘tkazish;
- katta hamshiralar, hamshiralar va kichik tibbiyot xodimlari ishining ayrim bo‘limlarini tekshirish;
- katta hamshiralar va hamshiralar tomonidan hisob va hisobot hujjatlarining to‘liqligi va to‘g‘riligini o‘rganish;
- o‘rta va kichik tibbiyot xodimlari jamoalarida yuzaga keladigan ziddiyatli vaziyatlarni tahlil qilish, ularni keltirib chiqaradigan sabablarni aniqlash;
- Hamshiralar kengashida bo‘limlarning katta hamshiralarining ishi to‘g‘risidagi hisobotlarini ularning eshitish va ularni tekshirish.

Bemorning ahvoli va muammolarini muhokama qilishda bemor, uning oilasi, qarindoshlari, bo‘limi xodimlari bilan smena almashish, navbatchilik paytida hamkorlik qilish samarali va xavfsiz hamshiralik parvarishining muhim komponenti hisoblanadi. Boshqa muassasalar va xizmatlar, masalan, ijtimoiy va psixologik yordam bilan hamkorlikni yo‘lga qo‘yish kerak. Shunday qilib, kasalxona va poliklinika hamshiralari bemor uyga chiqarilganda hamshiralik parvarishi rejasini, rejani amalga oshirishda ijtimoiy ishchi, psixolog va kommunal xizmatchini jalb qilishning maqsadga muvofiqligini muhokama qilishlari mumkin, bu esa ishda uzluksizlikni, sifat va xavfsizlikni ta’minlashga yordam beradi [99].

Bemorlarning hamshiralik xizmatidan qoniqish haqidagi fikrlari hamshiralik parvarishining muhim tavsiflaridan biridir, shuning uchun hamshiralik ishi sifatini nazorat qilishda bu fikrlarni hisobga olish kerak. [12, 64].

Hozirgi vaqtda mavjud adabiyotlarda ambulatoriya bosqichida QD bilan og‘rigan bemorlarga hamshiralik yordami sifatini baholashning uslubiy

yondashuvlari va misollari bo'yicha kam sonli tadqiqotlarni topish mumkin.

Adabiyotlarni tahlil qilish oyoqlarni diabetik zararlanishi bilan og'rigan bemorlarga hamshiralik yordamini ko'rsatishni tashkil etish sohasidagi tadqiqotlarning dolzarbligini ko'rsatdi, bu esa ushbu ish mavzusini tanlash uchun asoslardan biri bo'ldi.

II-BOB. TADQIQOT BAZASI, TASHKIL ETISH VA USULLARNING TAVSIFI

2.1. § Tadqiqot bazasi, tashkil etish va usullarning tavsifi

Rossiya sog'liqni saqlash sohasidagi islohotlar doirasida hamshiralik ishi rivojlanishining hozirgi tendentsiyalari aholining turli toifalariga tibbiy-profilaktika yordamini ko'rsatishda turli darajadagi bilim va tayyorgarlik darajasidagi hamshiralarning roli ortib borayotganidan dalolat beradi (Perfileva G. M., 2003). Murakkab tibbiy-ijtimoiy muammolarni hal qilishda zamonaviy tashkiliy yondashuvlardan foydalanish bizga qandli diabet asoratlarning tibbiy-ijtimoiy profilaktikasini yaxshilashni ta'minlaydigan tashkiliy-uslubiy tavsiyalarni ishlab chiqish imkonini beradi.

Tadqiqot ishning o'rganish ob'yekti katta shaharda diabet bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatish tizimiga jalb qilingan hamshiralar va ushbu toifadagi bemorlarning guruhi. Kuzatuv birliklari qandli diabet bilan og'rigan bemorlar va ushbu toifadagi bemorlarga yordam ko'rsatadigan hamshiralardir.

QD bilan og'rigan bemorlarga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishni tashkil etish tizimining sub'yektlariga boshqaruv qarorlarini qabul qiluvchi sog'liqni saqlash organlari, shuningdek, asoratlari bo'lgan bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan profilaktika va terapevtik chora-tadbirlarni (parvarish) amalga oshiradigan tibbiy muassasalar kiradi. Har qanday ijtimoiy ahamiyatga ega patologiyada bo'lgani kabi, asoratlangan diabet kasalligini davolash tizimi ham u yoki bu darajada, faoliyati hayot va sog'liq sifatiga ta'sir qiluvchi turli xil quyi tizimlarni, shu jumladan qonun chiqaruvchi va ijro etuvchi hokimiyat organlarini,

aholini ijtimoiy himoya qilish, davolash va davolashni o'z ichiga oladi. profilaktika va ilmiy-tadqiqot muassasalari, kommunal xizmatlar, jamoat tashkilotlari, ommaviy axborot vositalari. Bunday sharoitda qandli diabet bilan og'riqan bemorning oilasi ham tibbiyot xodimlarining sa'y-harakatlari ob'yekti, ham ta'siri bemorning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin bo'lgan parvarish tizimining sub'yekti sifatida ko'rib chiqilishi mumkin.

2.2. Tadqiqot bazasi va ob'yektlarining tavsifi

Tadqiqot 2022-2023 yillarda Farg'ona viloyatining ma'muriy markazi bo'lgan yirik shahar Farg'ona shahrida o'tkazildi. Farg'ona shahri aholisi 2021 -yil 1-yanvar holatiga ko'ra 164322 nafarni tashkil etdi. Aholining gender tarkibida ayollar ustunlik qiladi - 54,9% (erkaklar - 45,1%). Farg'ona shahrida 2021 -yil 1-yanvar holatiga ko'ra, 2 va 1-tip qandli diabet bilan kasallangan 16102 nafar bemor ro'yxatga olingan bo'lib, har yili 1500 dan ortiq yangi bemor aniqlanmoqda.

Tadqiqot viloyat endokrinologiya dispanser dispanserida olib borildi.

Respublikamizda 1996-1998-yillarda "Qandli diabet" dasturini amalga oshirish doirasida diabetologiya bo'limi tashkil etilgan. Markaz tarkibiga endokrinolog kabineti, diabetik oyoq kabineti, qandli diabet bilan og'riqan bemorlar uchun maktab va endokrinologiya bo'limidagi ixtisoslashtirilgan yotoqxonalar va yiringli jarrohlik bo'limi kiradi (2.1-rasm).

2.1-jadval

Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga yordam ko'rsatish bo'limining tuzilishi

FVED			
Endokrinolog Xonasi	Diabetik tovon xonasi	Ixtisoslashtirilgan o'rinlar (koykalar)	Diabetlar maktabi

Ushbu bo'limlarning barchasida diabetologiya va podiatriya bo'yicha

o'qitilgan mutaxassislar ishlaydi. Mazkur tuzilmalar faoliyatini ilmiy-uslubiy ta'minlash Respublika endokrinologiya ilmiy-amaliy markazi xodimlari tomonidan amalga oshiriladi. Shunday qilib, tashkiliy jihatdan ushbu bo'linmalar shifoxonadagi ixtisoslashtirilgan o'rinlarni (koyka) va tashkillashtirilgan dispanser kuzatuv tizimiga ega bo'lgan ambulatoriya qabulxonasini va diabet bilan kasallangan bemorlar uchun maktabni o'z ichiga olgan kompleksni ifodalaydi. Dissertatsiya tadqiqotini bajarish jarayonida ular bazasi qandli diabet maktabida hamshiralik parvarishining ishlab chiqilgan tashkiliy modeli joriy etildi.

Tadqiqot davomida diabetik tovon xonalari ham ambulatoriya hamda statsionar hamshiralik yordamini ko'rsatdi. DTS bilan og'riqan bemorlarga yordam ko'rsatiladigan yiringli jarrohlik bo'limlari quvvati (o'rinlar soni) va diabetga chalingan tovon xonalari o'zlarining xodimlariga mos keladi - 2.2-jadval.

2.2-jadval

FVEDning diabetik tovon xonalari va bo'limlari faoliyatining ayrim ko'rsatkichlari

Davolash-profilaktika Muassasasi	Bo'limning quvvati (o'rinlar soni)	Diabetik tovon xonasi		
		Shifokorlar	Hamshiralar	Smenadagi qatnovlar soni
FVED	120	3	3	20

Xizmati ko'rsatish hududi va tadqiqot davrida (20020-2022-yillar) FVEDga birlashtirilgan aholi soni ma'muriy tartibda ko'rib chiqildi. Xizmat ko'rsatish hududlaridagi farqni hisobga olgan holda, aniqlangan QD bilan kasallangan bemorlarning bir qismi diabetik tovon bo'limidagi dispanserga, ba'zilari esa yashash joyidagi poliklinikalarga yo'naltirilmoqda.

FVED diabetik tovon bo'limlarida 2021-yilda Farg'ona viloyatining tuman va shaharlaridan endokrinologlar tomonidan yo'naltirilgan 1646 nafar bemorlar podiatr shifokorlar tomonidan tibbiy ko'rikdan o'tkazilgan.

Ulardan DTSning turli bosqichlari bo'lgan 290 nafar bemor dispanser kuzatuvda bo'lgan (2.3-jadval).

2.3-jadval

Diabetik tovon xonalarida dispanser nazoratida turganlar

Diabetik tovon xonalari	atr tomomnidan ko'rilganlar	Ulardan dispanser nazoratida turganlar	
		Abs.	%
FVED	1646	290	17,6

2.3. TADQIQOTNI TASHKIL ETISH VA BOSQICHLARI.

Tadqiqot jarayonida biz yirik shaharda qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga tibbiy profilaktika yordamini tashkil etish tizimini o'rgandik. Boshqaruv modellashtirish nuqtai nazaridan diabet bilan og'rigan bemorlar bilan ishlaydigan hamshiralarning tibbiy, ijtimoiy va kasbiy xususiyatlari berilgan. Qandli diabet bilan kasallanish dinamikasi 2020-2021 yillar, shuningdek, QD bilan kasallangan bemorlarga ambulator hamshiralik yordamini tashkil etish xususiyatlari o'rganildi. Ushbu patologiyani kasalxonadan oldingi va keyingi profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlar ishlab chiqildi. QD bilan og'rigan bemorlarda asoratlarning tibbiy-ijtimoiy profilaktikasi samaradorligini oshirishni ta'minlaydigan ko'p bosqichli hamshiralik jamoasining tashkiliy modeli yaratildi va hamshiralik guruhining samaradorligi bir yillik tajribada baholandi. Tadqiqot jarayonida sog'liqni saqlashda standartlashtirish tizimining "Oddiy tibbiy xizmatlar texnologiyalari" va "Bemorlarni boshqarish protokoli" me'yoriy hujjatlari ishlab chiqildi va joriy etildi.

Tadqiqotda quyidagi usullardan foydalanilgan:

- tibbiy hujjatlarni retrospektiv tahlil qilish;
- qandli diabet bilan og'rigan hamshiralik va bemorlarning standartlashtirilgan suhbat shaklidagi ijtimoiy so'rov usuli;
- ekspert baholash usuli (hamshiralik faoliyati sifatini baholash, standartlashtirish

tizimining me'yoriy hujjatlarini ishlab chiqish);

Tadqiqot ishlab chiqilgan dasturning bo'limlariga mos keladigan besh bosqichda o'tkazildi 2.1-jadval.

Tadqiqotning birinchi bosqichi - tayyorgarlik. Birinchi bosqichda harakatlar ketma-ketligi aniqlandi, ilmiy tadqiqot rejasi va dasturi tuzildi, adabiyotlar to'plandi va o'rganildi, masalaning o'rganilganlik darajasi aniqlandi, tadqiqotning maqsad va vazifalari shakllantirildi.

Tadqiqot ishining dasturi

2.2.1

Tadqiqot bosqichlari	Tadqiqot bosqichlarining asosiy vazifalari	O‘rganish ob’ekti	Asosiy tadqiqot usullari	O‘rganilayotgan material
Birinchi bosqich	Tadqiqot dasturini va rejasini tuzish, adabiyotlarni ko‘rib chiqish, maqsad va vazifalarni shakllantirish .	Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga yordam ko‘rsatishni tashkil etish tizimi.	Ijtimoiy-gigiyenik.	Adabiyotlar ma’lumotlari. Me’yoriy hujjatlar.
Ikkinchi bosqich	Farg‘ona shahrida qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga tibbiy profilaktika yordamini tashkil etishning tahlili, bu tizimda hamshiralarning o‘rni va ahamiyati.	Farg‘ona shahrida qandli diabet bilan kasallangan bemorlar va ularning oila a’zolariga yordam ko‘rsatishni tashkil etish tizimi.	Ijtimoiy-gigiyenik. Ijtimoiy	Me’yoriy hujjatlar Hisobot hujjatlari, 156 ta hamshiralarning anketasi.
Uchinchi bosqich	QD bilan og‘rigan bemorlarga hamshiralik yordamining tashkiliy modelini ishlab chiqish va samaradorligini baholash. Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarni olib borish protokolini ishlab chiqish.	Farg‘onada shahrida QD bilan og‘rigan bemorlar. Ushbu toifadagi bemorlarga yordam ko‘rsatadigan hamshiralarning	Ijtimoiy . Matematik-statistik..	Hamshiralarning 206 ta anketasi. 386 bemor anketasi. 675 ta kasallik tarixi namunasi. DTS bilan kasallangan bemorlarning 267 ta dispanser kartalari.

Tadqiqotning ikkinchi bosqichida QD bilan kasallangan bemorlarga profilaktik tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishning tahlili o'tkazildi.

Tadqiqotning ushbu bosqichini amalga oshirish jarayonida quyidagi vazifalar bajarildi:

- qandli diabetning tarqalish darajasini o'rganish,
- kasallanishning yosh-jins bo'yicha tuzilishini o'rganish.
- qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga yordam ko'rsatishni tashkil etish tizimida hamshiralarning rolini o'rganish.
- qandli diabet bilan og'riqan bemorlarga yordam ko'rsatuvchi hamshiralarning diabetologiya va podiatriya sohasida bilim va ko'nikmalarini baholash.

Hisobot usulida 2020 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrni qamrab oladi. Qandli diabet kasalligining tarqalishini baholashda Farg'ona shahar sog'liqni saqlash boshqarmasining hisobot shakllaridan - o'rganilayotgan tibbiyot muassasalarining yillik hisobotlari va rasmiy birlamchi hujjatlaridan foydalanildi. Ko'chirmalar olingan materiallarga statistik tahlil qilindi.

FVED bazasida respondentlarning diabetologiya va podiatriya sohasidagi dastlabki bilim va ko'nikmalarini aniqlash maqsadida diabet bilan og'riqan bemorlarga uning turli bosqichlarida yordam ko'rsatadigan 156 nafar hamshiralalar guruhida tadqiqot o'tkazildi.

Hamshiralarning tibbiy, ijtimoiy va kasbiy xususiyatlarini o'rganish uchun kompleks ijtimoiy-gigienik tadqiqotlarida keng qo'llaniladigan anketa usuli qo'llanildi. Shu maqsadda 25 ta yopiq, yarim yopiq va ochiq turdagi savollarni o'z ichiga olgan so'rovnoma ishlab chiqildi (1-lova). Anketa N. A. Semashko nomidagi Ijtimoiy gigiena, iqtisodiyot va sog'liqni saqlashni boshqarish ilmiy-tadqiqot institutining (Pepin O. P., 1993) uslubiy tavsiyalariga va respondentlar faoliyatining o'ziga xos xususiyatlariga muvofiq ishlab chiqilgan.

Hamshiralarni anketa usulida o'rganish 2021-yilning yanvaridan dekabrigacha bo'lgan muddatda o'tkazildi.

Tadqiqotga hamshiralarni jalb qilish mezonlari quyidagilardan iborat bo'ldi:

- endokrinologik va jarrohlik bo'limlarida, poliklinikada ishlashi

- qandli diabet bilan kasallangan bemorlar bilan doimiy ishlash,
- tadqiqotda ishtirok etishga roziligi.

Cheklash mezonlari: tadqiqotda qatnashishdan bosh tortish.

Hamshiralarni tibbiy-ijtimoiy o'rganish yoppasiga olib borildi, chunki 156 nafar respondent savolnomada qatnashgan bo'lib, bu general majmuaning 96% tashkil qiladi.

So'rovnoma quyidagi bo'limlar bo'yicha o'tkazildi:

- ijtimoiy-demografik blok (yoshi, ish staji, oilaviy ahvoli, ma'lumoti, toifasi va sertifikati);
- hamshiralar hayotining ijtimoiy-iqtisodiy jihatlarini o'rganish (oilaviy va aholi jon boshiga to'g'ri keladigan daromadlar, salomatlik holati, turmush sharoiti);
- diabetologiya va podiatriya sohasidagi kasbiy savodxonlikni aniqlash uchun savollar (davolash, shoshilinch tibbiy yordam, kasalliklarni nazorat qilish, DTS parvarishi tamoyillari bo'yicha bilim darajasi);

Tadqiqotning 3-bosqichining asosiy maqsadi turli darajadagi malakali hamshiralar yordamida qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga tibbiy-profilaktika yordamining tashkiliy modelini ishlab chiqish va samaradorligini baholashdan iborat.

Tibbiy-ijtimoiy profilaktika samaradorligini va hamshiralik yordami sifatini baholash uchun QD bilan kasallangan bemorlardan asosiy guruh va taqqoslash guruhi tuzildi. Majmua 334 kuzatish birligini o'z ichiga oldi.

Tadqiqotga jalb qilish mezonlari quyidagilar:

- FVEDda tekshiruvdan o'tish va davolanish;
- flegmona, gangrena yoki oyoqlarning kritik ishemiyasi ko'rinishidagi og'ir asoratlari bo'lmagan DTSning rivojlanish xavfi yoki dastlabki belgilarining namoyon bo'lishi,
- Tadqiqotga qatnashishga rozilik.

Tibbiy yordam samaradorligini qiyosiy o'rganish uchun bemorlar ikki guruhga ajratildi.

O'rganilgan 386 nafar bemordan birinchi guruhga shaharda yashovchi 143

nafar bemor kirdi, ular harakatlanishining cheklanlik belgilari bo'lganligi sababli hamshiralik patronaji bilan ta'minlangan. Bu bemorlar yil davomida hamshiralar guruhlaridan tomonidan faol kuzatildi. Kuzatuv davomida boshqa joyga ko'chirilganligi, ishtirok etishdan bosh tortganligi yoki boshqa sabablarga ko'ra 6 nafar bemor tadqiqotdan chiqarildi. Shunday qilib, oxir-oqibat ushbu guruh 137 nafar bemordan tashkil topdi. Bu guruh keyinchalik A guruhi yoki faol hamshiralik nazorati (patronaj) guruhi deb ataldi.

Ikkinchi guruhga shahardan tashqarida, xizmat ko'rsatish hududi hududlarida yashovchi, yashash joyi uzoqligi sababli patronaj qilinmagan 243 nafar QD bilan kasallangan bemorlar tashkil etildi. Tadqiqotga kiritilgan kundan boshlab bir yil davomida ular an'anaviy sxema bo'yicha kuzatuvni davom ettirdilar, vaqti-vaqti bilan ularni klinik tekshiruv qoidalariga muvofiq diabetik tovon bo'limiga qabul qilishdi. Kuzatuv davomida 4 nafar bemor turli sabablarga ko'ra tadqiqotdan chetlashtirildi. Shunday qilib, yakunda bu guruh 239 bemordan iborat bo'ldi. U B guruhi yoki odatiy amaliyot guruhi deb belgilandi.

Kuzatuv davrida bemorlarning ikkala guruhi diabetning turi va kechishiga, va shakliga qarab diagnostika va davolash muolajalarining standart to'plamini olishdi.

QD bilan og'riq bemorlarning tibbiy va ijtimoiy xususiyatlarini o'rganish uchun biz yopiq va yarim yopiq turdagi 66 ta savolni o'z ichiga olgan so'rovnomanini ishlab chiqdik (2-ilova). Anketa usuli bo'yicha o'rganish dinamikada 2021 yil yanvaridan 2022 yil dekabr gacha ikkala guruhdagi bemorlarda olib borildi.

Anketada quyidagi savollar bloklari mavjud:

- ijtimoiy-demografik blok (jinsi, yoshi, oilaviy ahvoli, ijtimoiy mavqei, ta'lim darajasi, nogironligi);
- ijtimoiy-iqtisodiy blok (uy-joy va turmush sharoiti xususiyatlari, oila va aholi jon boshiga daromad, davolanish xarajatlari va boshqalar).;
- kasallikning harakatlanish va odatiy turmush tarziga ta'sir qilish darajasi; respondentlarning ijtimoiy va tibbiy-profilaktika faoliyati, ularning kasalligi

va qandli diabet bilan kasallangan turmush tarzi haqidagi bilimlari (qandli diabetda o'zini-o'zi parvarishlash va nazorat qilish bo'yicha bilim darajasi, zararli odatlarning mavjudligi, tibbiyot xodimlarining faoliyatini baholash);

- keyingi profilaktika chora-tadbirlarini, jumladan, bemorlar uchun ta'lim dasturlarini rejalashtirish maqsadida kasallik haqida ma'lumot manbalarini o'rganish.

Kuzatuv birliklari QD bilan og'rigan bemor bo'lib, ular ixtisoslashtirilgan ambulatoriya, hamshiralik patronaji va tibbiy-ijtimoiy va reabilitatsiya yordamini olishgan.

Sog'liqni saqlashda standartlashtirish tizimi uchun "Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish texnologiyalari" va "Bemorlarni boshqarish protokoli" uchun me'yoriy hujjatlarni ishlab chiqish. Diabetik tovon sindromi, dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan (Evidence-based medicine).

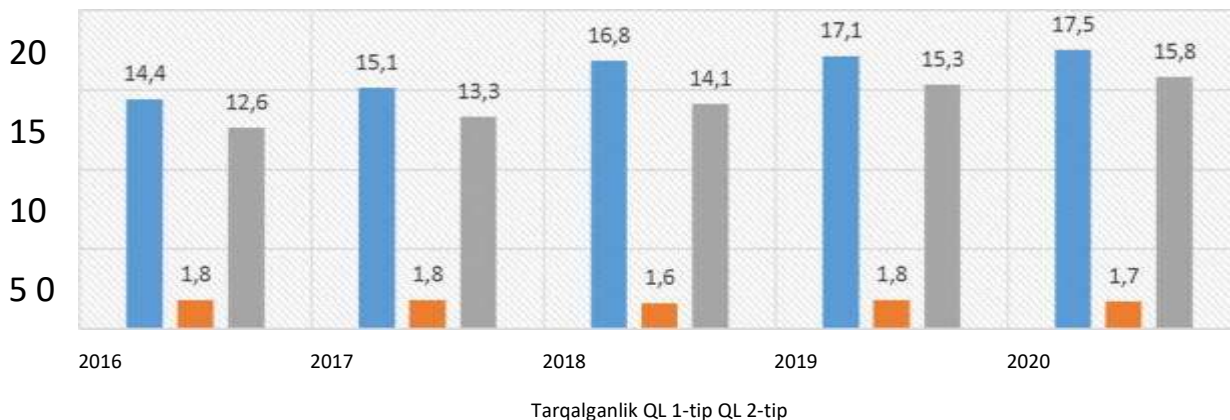
III-BOB. QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARGA HAMSHIRALIK YORDAMINI TAKOMILLASHTIRISH

3.1. Qandli diabet va diabetik oyoq sindromining tarqalganligini tahlil qilish

Ijtimoiy ahamiyatga ega patologiyasi bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish, birinchi navbatda, uning tarqalishi, tuzilishi, dinamikasi va boshqa ijtimoiy-gigiyenik xususiyatlarini o'rganishni o'z ichiga oladi.

Farg'ona viloyati sog'liqni saqlash boshqarmasi ma'lumotlariga ko'ra, 2020-2021-yillarda shahar aholisi o'rtasida endokrin tizim kasalliklarining tarqalishi umumiy kasallanish 4,6%, birlamchi kasallanish 40,9 %ga oshgan. Buning sababi ham o'limning kamayishi, sog'liqni saqlash darajasi yuqori bo'lgan hududda diagnostikaning yaxshilanishi ham bo'lishi mumkin.

Qandli diabet endokrin kasalliklar orasida eng katta ulushga ega va mintaqqa aholisi uchun jiddiy tibbiy-ijtimoiy muammo hisoblanadi.



3.1. Katta yoshdagi aholi orasida qandli diabetning tarqalganlik dinamikasi (%«).

Viloyatda qandli diabetning tarqalishi 2020 yilda har 1000 aholiga 17,5 holatni tashkil etdi. So'nggi besh yil ichida QD tarqalishi progressiv o'sish suratini saqlab qoldi: 2016 yildan 2020 yilgacha u 1000 katta yoshli aholiga nisbatan 14,4 dan 17,5 tagacha ko'tarildi (o'sish 17,7%). Xuddi shu davrda birlamchi kasallanish 37,7% ga, 2020 yilda esa 9% ga oshdi, bunda 2-toifa qandli diabet ustunlik qildi. Mintaqaning katta yoshli aholisi orasida qandli diabetning tarqalish

dinamikasi 3.1- rasmda batafsil ko'rsatilgan.

Qandli diabet moddiy va nomoddiy ishlab chiqarish sohasida katta yo'qotishlarga olib keladi. Masalan 2018-2020 yillarda diabet tufayli vaqtincha mehnat qobiliyatining yo'qotilishi bilan kasallanish holatlari soni har 100 nafar xodimga 0,16 ni tashkil etgan (endokrinologik kasallanish tarkibida 57%). Qandli diabet tufayli vaqtincha mehnatga layoqatsizlik holatining o'rtacha davomiyligi 20,6 kunni tashkil etdi (3.1.1-jadval).

3.1.1-jadval

**Farg'ona viloyatida 2018-2020 yillarda diabet kasalligi bilan
kasallanish natijasida vaqtincha mehnatga layoqatsiz holatlarining
tavsifi (har 100 nafar ishchiga)**

Kasallik nomi	Holatlar soni			Holatlarning o'rtacha davomiyligi, kunlarda		
	2018 g.	2019 g.	2020 g.	2018 g.	2019 g.	2020 g.
Qandli diabet	0,17	0,17	0,15	21,2	20,4	20,1
- shu jumladan 1-tip	0,08	0,08	0,08	20,5	20,3	20,0

Farg'ona viloyati aholisining nogiron bo'lib qolishi jarayonida qandli diabet kasalligining o'рни nisbatan yuqori. Shaharning kattalar aholisining birlamchi nogironlik tarkibi bo'yicha ushbu kasallik 2020 yilda 7-o'rinni, bolalar aholisi orasida - 86-o'rinni egalladi.

Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda nogironlikning asosiy sabablaridan biri bu oyoq va ko'zlarning diabetik shikastlanishidir. Shu bilan birga, QD ko'pincha yuzaga kelgan asoratlar bilan kech murojaat qilish aniqlanadi, bu esa tashxisni qiyinlashtiradi. Tibbiy amaliyotda QDni aniqlashning ikkita asosiy usuli mavjud: ambulatoriya bosqichida birlamchi yo'llanma bilan yoki kasalxonaga yotqizish paytida, bu erda QD asosiy yoki yondosh patologiya sifatida bo'lishi mumkin.

Ushbu toifadagi bemorlar to'g'risida asosiy ma'lumot manbai 2003 yilda "Qandli diabet" Respublika dasturi doirasida joriy qilingan Qandli diabetning davlat reestri (GRDM) bo'lib - bu epidemiologik vaziyat, tibbiy yordam sifati va bemorlarning sog'lig'i holatini monitoring qilishning avtomatlashtirilgan tizimi hisoblanadi.

Yuqorida aytilganlarga asoslanib, sog'liqni saqlash sohasida QDning haqiqiy tarqalishini taxmin qilish qiyin, chunki bu diabet bilan kasallangan bemorlarning barcha kontingentini skrining qilishni talab qiladi. Shuning uchun biz ma'lum tashxisi bo'lgan bemorlarning namunasida QDning klinik shakllarining tarqalishini o'rganishga harakat qildik.

Kasalxonaga yotqizilgan kontingentning dispanser guruhiga nisbatan sezilarli ustunligini aholining tabiiy harakati bilan ham, kasalxonadan keyin bemorlarning yashash joyida nazoratga olinmasligi bilan ham izohlash mumkin.

3.2.- § Qandli diabet bilan og'rgan bemorlarga tibbiy-profilaktika yordami ko'rsatishning mavjud tizimining tavsifi

Qandli diabet bilan og'rgan bemorlarga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish muntazam takomillashtirilmoqda. Qandli diabet bilan og'rgan bemorlarga yordam endokrinologiya xizmati tomonidan amalga oshiriladi.

Uning asosiy vazifalari kasallikni erta tashxislash, aholining qandli diabetning oldini olish bo'yicha bilim darajasini oshirish, ixtisoslashtirilgan markazlar faoliyati samaradorligini oshirish, bemorlarni zamonaviy samarali dori vositalari, individual nazorat vositalari va insulin yuborish vositalari bilan ta'minlash kafolatlash, qandli diabet bilan og'rgan bemorlar uchun yangi maktablar ochishdan iborat bo'ldi.

Hozirgi vaqtda qandli diabet bilan og'rgan bemorlarga yordam 2 bosqichda ambulator va statsionar sharoitda ko'rsatilmoqda. Ambulatoriya bosqichida barcha birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarida yordam ko'rsatiladi. Shuningdek, QD ko'pincha dastlabki murojatdayoq aniqlanadi, bu imkoniyat

barcha birlamchi tibbiy yordam muassasalarida ham mavjud. Hisobot ko'rsatkichlaridan kelib chiqqan holda, ambulatoriya bosqichida endokrinologik yordam ko'rsatish hajmi juda keng va ahamiyatli.

3.2-jadval

Ambulator yordam ko'rsatish hajmi (katta yoshli 1000 aholining tashriflar sonida).

Ixtisoslik	Tavsiya etilgan me'yorlar	Amalda taqdim etilgan		
		2018 g.	2019 g.	2020 g.
Endokrinologiya	107	177	196	197

Sog'liqni saqlash boshqarmasi ma'lumotlariga ko'ra, ambulator va statsionar tibbiyot muassasalari yuqori malakali sertifikatlangan endokrinologlar bilan yetarli darajada ta'minlangan (3.4-jadval).

3.3-jadval

Aholini endokrinologlar bilan ta'minlanganligi (2018-2020 yillarda)

Jismoniy shaxslar			10000 aholiga			Mavjudalari (%)		
						Malaka toifalari		Sertifikatlar
2018 g.	2019 g.	2020 g.	2018 g.	2019 g.	2020 g.	2018 g.	2019 g.	2020 g.
56	53	54	0,5	0,5	0,5	52,8	55,6	98,1

Aholini ushbu profildagi mutaxassislar bilan ta'minlash me'yorlar talablariga javob beradi.

Markaz shifokorlari va hamshiralari nafaqat ishlab chiqarish kurslarida, balki Toshkent shahridagi yetakchi klinikalarda ham ixtisoslik o'tashgan.

QD bilan og'riqan bemorlarga sohalararo yordam ko'rsatish tuzilmasi hamshiralarni o'z ichiga olganligi sababli, biz ushbu professional guruhni QD bilan kasallangan bemorlarga yordam berish tizimining istiqbolli zaxirasi sifatida tavsiflashga qaror qildik.

3.3.- § BOSHQARUV MODELLASHTIRISH NUQTAI NAZARIDAN DIABET BILAN OG'RIGAN BEMORLAR BILAN ISHLAYDIGAN HAMSHIRALARNING TIBBIY VA IJTIMOIIY PORTRETI

Hamshiralalar Rossiya tibbiyot xodimlarining eng katta guruhi hisoblanadi (Slepshenko I. O., 2005). Chelyabinskda DTS bilan kasallangan bemorlarga ambulator va statsionar bosqichlarda yordam ko'rsatish tizimida hamshiralalar tibbiy xodimlarning ko'p qismini tashkil qiladi. Tibbiyot xodimlarining salohiyatini aniqlash, ulardan diabet bilan kasallangan bemorlarni davolash tizimida samaraliroq foydalanish imkoniyatlarini baholash kerak.

Farg'ona viloyati endokrinologiya dispanserida qandli diabet bilan og'riqan bemorlar bilan ishlayotgan 206 nafar hamshiralalar guruhi orasida tadqiqot o'tkazdik.

O'rganilayotgan hamshiralar guruhining yosh tarkibi

Tadqiqot guruhida hamshiralarning 88 foizi oilali bo'lib, 12 foizi turmushga chiqmagan. Respondentlarning ko'pchiligi (70%) bo'limda 5 yil va undan ortiq ish tajribasiga ega. Hamshiralar kontingentining malaka darajasi ham yuqorini tashkil qildi ularning 48 foizi oliy yoki birinchi malaka toifasiga ega. So'rov vaqtida barcha respondentlar o'rta maxsus ma'lumotga ega bo'lib, ularning atigi 2 foizi oliy ta'lim muassasalarining oliy hamshiralik ishi fakultetlarining bitiruvchilari sanaladi.

Hamshiralarning o'zlarining kasbiy darajasini sub'yektiv baholashlari qiziqarli ma'lumotlarni berdi. Respondentlarning 66,7 foizi uni yuqori, 33 foizi esa o'rtacha deb baholagan. O'z salohiyatlarini o'rtacha deb baholagan hamshiralar guruhiga yetarlicha tajribaga ega bo'lmagan yosh mutaxassislar, shuningdek o'z-o'zini pasaytirib baholash xususiyatlarga ega bo'lgan shaxslar ham bor.

Moliyaviy vaziyatni sub'yektiv baholash haqidagi savolga hamshiralar quyidagicha javob berishdi:

- pul faqat eng zarur ehtiyojlarni qondirishga yetadi - 40%,
- pul eng zarur ehtiyojlarni qondirishga ham yetmaydi - 30%.
- katta xaridlardan o'zlarini cheklashga to'g'ri keladi - 25%,
- jiddiy moddiy muammolarni duch kelishmaydi - 5%,

Bu ko'plab tadqiqotlarda qayd etilgan tibbiyot xodimlarini rag'batlantirishda moddiy rag'batlantirishning odatdagidek yuqori ahamiyatga ega ekanligini ta'kidlaydi.

Respondentlarning ko'pchiligi (80%) o'z ishidan qoniqish hosil qilmaydi, faqat 15% bu savolga ijobiy javob bergan, 5% esa javob berishga qiynalgan. Hamshiralar ish joyini tashkil etishdan mamnun emas - 80% buni yaxshilash kerak, deb javob berishdi. Bu nima uchun faqatgina 68% respondentlar "Siz muolajalarni har doim yuqori sifatli bajarasizmi?" degan savolga ijobiy javob berganini izohlashi mumkin. Sifatli ishlashga xalaqit beradigan asosiy muammolar orasida hamshiralar quyidagilarni ko'rsatishdi:

- ushbu muolajalar olish uchun ko'p sonli bemorlarning murojaat qilishi 55%,

- moddiy ta'minotning yetishmasligi - 30%,
- ustma-ust kelishi sababli vaqt yetishmasligi - 15%,
- bo'lim rahbarlari tomonidan ishni yomon tashkil etilishi - 5%.

Javoblarning tartibli taqsimlanishiga asoslanib, respondentlar bemorlar bilan ishlashga vaqtlari yetishmaydi deyish mumkin. Bu, birinchidan, kichik tibbiyot xodimlari o'rniga past malakali ishlarda hamshiralardan noratsional foydalanish bilan bog'liq. Ikkinchidan, ba'zida o'z ish jadvalini oqilona tuzishni bilmaydigan va aybdorlarni "tomonda" qidiradigan tibbiyot xodimlarining sub'yektivligi o'rin egallashi mumkin. Bularning barchasi diabetga chalingan bemorlarga yordam ko'rsatish tizimida hamshiralik yordamini tashkil etishda muammolar mavjudligini ko'rsatdi.

Ideal hamshiraning kasbiy fazilatlarini orasida respondentlar tartib bo'yicha quyidagilarni ko'rsatishdi:

- shifokorlarning barcha manipulyatsiyalari va ko'rsatmalarini aniq bajarish qobiliyati;
- hamkasblar va bemorlar bilan muloqotda o'z his-tuyg'ularini yaxshi boshqarish qobiliyati;
- bemorlar va ularning yaqinlari bilan odobli muloqot qilish qobiliyati;
- mehnatda faollik, ixtirochilik qobiliyati;
- bemorlarning ehtiyojlarini yaxshi tushunish qobiliyati;
- o'z vazifalarini bajarishda harakat erkinligiga ega bo'lish imkoniyati.

Respondentlarning javoblaridan kelib chiqadiki, ular psixologik jihatdan tibbiyotning shifokor modeli doirasida qat'iy bo'lib, unda hamshiralar bo'ysunuvchi rol o'ynaydi.

So'rovda qatnashgan hamshiralarning 86 foizi professional muloqot san'atini o'rganish zarurligini his qilgan. Hamshiralarning 79% bemorlar bilan o'z muammolari haqida bajonidil gapirgan va bu ularning kasbiy burchlarining bir qismi deb hisoblagan, 10% buni istamay qilgan va 10% vaqtni tejash uchun bemorlar bilan kamroq gaplashishga harakat qilgan. Turli sabablarga ko'ra

bemorlar bilan muloqot qilmaydigan hamshiralarning mavjudligi hamshiralik xizmatlarini boshqarish uchun tashvishli alomatdir.

Hamshiralar kasbiy faoliyatida qanday bilim sohalariga yetarlicha ega emasligi soʻralgan. Javoblar 3.3-rasmda koʻrsatilgan.



2-rasm.

Hamshiralalar o‘zlari o‘zlarining bilimlari yetishmasligini baholashlari.

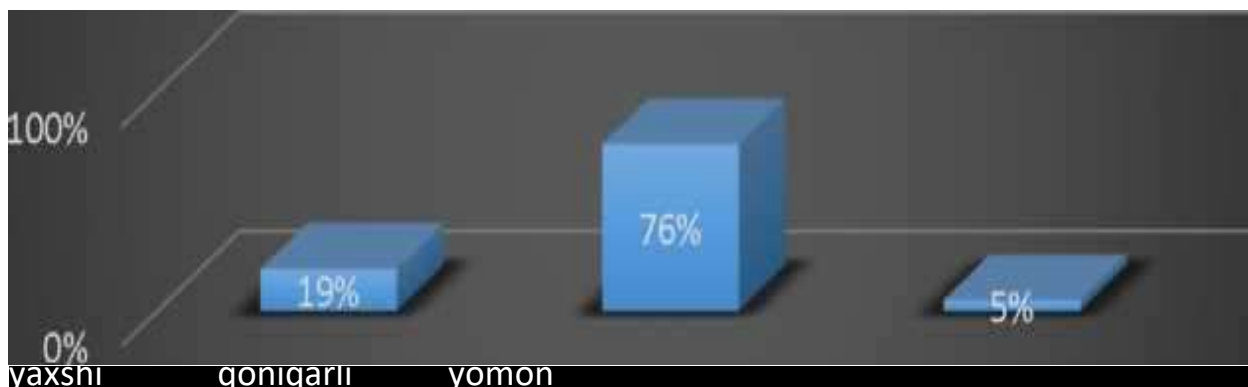
Biroq, so‘rovda qatnashgan hamshiralarning atigi 16 foizi ishni har qanday ta'lim muassasasida o‘qish bilan olib borish mumkin deyishgan. Shubhasiz, faqat yuqori ishtiyoqli va oqilona shaxslar o‘qishni hamshiralik bilan bog‘lashi mumkin. Umuman olganda, DTS bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish tizimida ishlaydigan hamshiralalar maxsus tibbiy bilimlarga qiziqish bildirgan, ammo huquq, iqtisod va psixologiya sohalarida yetarli bilimga ega emas deb aytish mumkin. Tabiiyki, bilim mutaxassisning malaka xususiyatlariga, uning maqsad va vazifalariga mos kelishi kerak. Hamshiralarning umumlashtirilgan fikri ularning ishi va kasbiy tayyorgarligi masalalarini tuzatish uchun asos bo‘lib xizmat qilishi mumkin.

Umuman olganda, hamshiralik kasbining asosiy muammolari orasida suhbatdoshlar tartib bo‘yicha quyidagilarni belgiladilar:

- ish haqining pastligi;
- kasbning ijtimoiy mavqeining pastligi;
- jamiyat tomonidan kasbga hurmatsizlik;
- yuqori jismoniy faollik;
- yuqori ruhiy-emotsional stress;
- jamoadagi murakkab munosabatlar.

Shubhasiz, shuning uchun respondentlarning barchasi - 100% farzandining hamshiralik kasbini tanlashini xohlashmagan. Biroq, respondentlarning o‘zlari ish joyini o‘zgartirishga shoshilmaganlar, shuning uchun ular uchun boshqa nomoddiy rag‘batlantirish ham muhim ahamiyatga ega. Bunda jamoadagi qulay psixologik muhit, adekvat yetakchilik uslubi va boshqa sabablar ta'sir qilishi mumkin.

Quyida respondentlarning o‘z sog‘lig‘i haqidagi fikrlari keltirilgan (3.4-rasm). Shunisi e'tiborga loyiqki, hamshiralalar o‘zlarining sog‘lig‘iga optimistik baho berishadi. Bunga salomatlik haqida ko‘proq ma'lumotga ega ekanliklari va tibbiy ma'lumotlarni olish imkoniyatlarining osonligi sabab bo‘lishi mumkin.



3.4- rasm. Hamshiralalar o'zlarning sog'lig'ini sub'yektiv baholashi.

Shunday qilib, so'rovda qatnashgan hamshiralarning 95 foizi o'zlarining sog'lig'ini o'zlarining kasbiy vazifalarini kerakli darajada bajarishlari uchun yetarli deb baholadilar.

Hamshiralalar ishida nizolar bo'lib turishi muqarrar. So'ralgan hamshiralarning 40% vaqti-vaqti bilan bemorlar bilan, 16 foizi esa bo'limdagi hamkasblari bilan ziddiyatga borishlarini bildirishgan.

Mojarolar stressli vaziyatlarga olib keladi. Shubhasiz, yuqori professionallik ularga qarshi eng yaxshi himoya hisoblanadi. Shu sababli, so'rovda qatnashgan hamshiralarning 46 foizi tanqidiy vaziyatlarda adekvat javob berish uchun maxsus adabiyotlarni muntazam ravishda o'qishlarini ko'rsatdilar.

Anketaning keyingi blokidan foydalanib, hamshiralarning QD va ushbu toifadagi bemorlarni parvarish qilish tamoyillari haqidagi bilimlari tekshirildi. Respondentlarga ham umumiy nazariy, ham amaliy xarakterdagi 20 ta savol berildi va javoblar asosida 4 balllik tizim bo'yicha baholash shakllantirildi. Integratsiyalashgan test natijalari 3.5-jadvalda keltirilgan.

3.4-jadval

DTS bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish bo'yicha hamshiralarni testdan o'tkazishning integratsiyalangan natijalari (p=156).

Savollar toifasi	A'lo		Yaxshi		Qoniqarli		Qoniqarsiz	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Nazariy	30	21,8	52	32,5	68	41,7	5	3,8
Amaliy	19	11,2	43	23,7	91	62,2	3	2,9
Umumiy baho	21	16,5	41	28,2	90	51,9	4	3,4

Baholashni shakllantirishda umume'tirof etilgan, xususan, Oliy hamshiralik ta'limi va menejment fakultetida sertifikatlash uchun qabul qilingan mezonlardan foydalanildi:

- to'g'ri javoblar 90% va undan ko'p - "a'lo",
- to'g'ri javoblar 80%-90%- "yaxshi",
- to'g'ri javoblar 60-80%- "qoniqarli",
- to'g'ri javoblar 60% dan kam - "qoniqarsiz".

Respondentlarning qandli diabet bilan og'rgan bemorlarga yordam va parvarish masalalari bo'yicha bilim darajasi past, umumiy baholashning o'rtacha balli 3,58 ni tashkil etdi. Respondentlar guruhining nazariy savollar bo'yicha o'rtacha balli 3,72, amaliy savollar bo'yicha esa 3,43 ballni tashkil etdi. Hamshiralarning amaliy ko'nikmalarini nazariy savollarga nisbatan pastroq baholash qiziqarli holat. Ko'rinishidan, shifokor model doirasida hamshiralar ijrochilarning o'rnini egallaydi va o'z tibbiyot sohasidagi parvarishning amaliy jihatlarini ancha yaxshi bilishi kerak. Biroq, hamshiralar odatda diabetning sabablari, belgilari va diagnostika mezonlari haqida ma'lumotga egalar, ammo diabet bilan og'rgan bemorlarni qanday parvarish qilish va to'g'ri o'rgatish kerakligini bilishmaydi.

Biz, hamshiralarning qandli diabet bilan og'rgan bemorlarga yordam ko'rsatish sohasidagi bilim darajasi pastligi, tadqiqotda aniqlangan nazariy bilimlar va amaliy ko'nikmalar o'rtasidagi nomutanosiblik sababi oliy o'quv yurtidan keyingi uzluksiz ta'lim tizimi bilan bog'liq deb hisoblaymiz.

Ambulatoriya bosqichida diabet bilan ogʻrigan bemorlarni olib borish boʻyicha hamshiralar guruhining tashkiliy modeli.

Tadqiqotimizning bir qismi sifatida biz diabet bilan ogʻrigan bemorlarni parvarish qilish tizimining qiyosiy xususiyatlarini oʻrgandik. Tadqiqot G. McEwan (Edmonton shahri) nomidagi Kanada kollejida hamshiralarni tayyorlashga oid adabiyotlar boʻyicha amalga oshirildi.

3.5-jadval

Oʻzbekiston Respublikasi va Kanadada qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga yordam koʻrsatish tizimida hamshiralarning roli va malakasining qiyosiy tavsifi (2020-yil uchun).

Faoliyat doirasi va vakolat chegaralari meditsinskix	OʻzR	Kanada
QDning birlamchi diagnostikasi	Amalga oshirilmaydi	Ambulatoriya sharoitida ixtisoslashgan hamshiralar tomonidan amalga oshiriladi
Statsionar va ambulator yordamni tashkil etish	Shifokorning koʻrsatmalarini bajarish	Tibbiy brigadalar tarkibiga bogʻliq boʻlgan va mustaqil harakatlarning kombinatsiyasi
Bemorlarni oʻqitishda ishtirok etish	Minimal - faqat texnik vazifalar	Qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlarni oʻqitish yuqori malakali hamshiralarning vazifalaridan biri
Yordam koʻrsatish tizimida tashkiliy funktsiyalarni bajarish	Minimal - faqat hamshira xodimlarni boshqarish	Sogʻliqni saqlash sohasidagi boshqaruv lavozimlarining 80 foizini hamshira menejerlari egallaydi

O'rganilayotgan guruhning tibbiy, ijtimoiy va kasbiy xususiyatlarini hisobga olgan holda va turli sog'liqni saqlash tizimlarida diabet bilan og'riqan bemorlarga yordamni tashkil etish tizimida hamshiralarning rolini taqqoslab, biz ushbu toifadagi bemorlarga hamshiralik yordamini ko'rsatishning tashkiliy modelini ishlab chiqdik. Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarga ambulator yordam ko'rsatish bo'yicha hamshiralar guruhi to'g'risidagi nizom. Model surunkali bemorlarning turli toifalariga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishning zamonaviy tamoyillari asosida tuzilgan:

- Profilaktikaga yo'naltirilganlik;
- bemorga yordamni yaqinlashtirish, uning "og'irlik markazini" ambulatoriya bosqichiga o'tkazish;
- turli darajadagi malakali hamshira xodimlaridan keng foydalanish;
- zamonaviy parvarish texnologiyalaridan foydalanish (hamshiralik jarayoni);
- kontingentning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda ko'psohali yondashuv.

Taklif etilayotgan modelning mohiyati sog'liqni saqlash tizimining ambulatoriya muassasalari negizida QD bilan og'riqan bemorlarga ambulator yordam ko'rsatish bo'yicha hamshiralar guruhlarini shakllantirishdan iborat bo'lib, ular ikkala hamshira QD bilan og'riqan bemorlarni parvarishlash, muolaja qilish texnikasi va o'qitish bo'yicha mutaxassislar va menejer-hamshiralardan iborat bo'ladi. Bunday jamoaning asosiy faoliyati ambulatoriya sharoitida ishlab chiqilishi, ya'ni uyda diabet bilan og'riqan bemorlarning patronajini o'z ichiga olishi kerak

FVED tuzilmasida ambulator yordam ko'rsatish uchun integratsiyalashgan hamshiralar brigadasi tashkil etilgan va faoliyat olib bormoqda. Uning asosiy vazifalari:

1. Qandli diabetga chalingan va kasalxonaga yotqizishdan oldingi hamda keyingi bosqichlarda o'zini o'zi nazorat va o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyati cheklangan bemorlarga yordam ko'rsatishni tashkil etish.

2. Sanitar targ'ibot ishlarini olib borish, o'z-o'zini nazorat qilish, o'ziga va boshqalarga yordam ko'rsatishga o'rgatish, oyoqni to'g'ri parvarish qilish.
3. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarni tibbiy ko'rikdan o'tkazish, shifokorlar - mutaxassislariga qabulini rejalashtirish, uy sharoitida dispanserga olish.
4. Uyda shifokor tafsiyalarini va muolajalarini bajarish, hayot uchun xavfli bo'lgan vaziyatlarda shoshilinch yordam ko'rsatish.
5. QD bilan og'rigan bemorlarni ijtimoiy-psixologik qo'llab-quvvatlash, hamshiralik tashxisini qo'yish va hamshiralik jarayonida bemorning qarindoshlari va yaqinlari, uning hamkasblari, sog'liqni saqlash va aholini ijtimoiy himoya qilish organlari bilan hamkorlik qilish.
6. FVED doirasidagi o'z faoliyatini integratsiyalashuvi, endokrinologik xizmat, podiatriya kabineti, ortopedik korreksiya xonasi, diabetga chalinganlar maktabi, lipid markazi, jarrohlik xizmati va boshqa bo'limlar bilan ishlashning uzluksizligi.
7. Tibbiy hujjatlarni yuritish, qandli diabet bilan kasallangan bemorlar reestrini to'ldirishda va ilmiy ishlarda ishtirok etish, bemorlar va tibbiyot xodimlarini o'qitish uchun uslubiy materiallar tayyorlash.

Biz hamshiralar jamoasi a'zolarining funksional majburiyatlarini ishlab chiqdik va uni Nizomda (6-ilova) tasdiqladik hamda 2020 yilda FVEDning diabetik tovon bo'limlari asosida sinovdan o'tkazdik. Oliy ma'lumotli hamshiralar sinov paytida hamshiralar guruhining rahbari sifatida qatnashdi.

Oliy ma'lumotli hamshiralardan qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatishni tashkil etishda yetakchi sifatida foydalanish maqsadga muvofiqligini bilvosita tasdiqlash orqali "Hamshiralik ishi" mutaxassisligi bo'yicha oliy tibbiy ma'lumotli mutaxassislar uchun sog'liqni saqlash muassasalarida lavozimlar ro'yxati belgilandi. Bizning tadqiqotimiz doirasida tavsiya etilgan tarkibiy bo'linmalar rahbarlari lavozimlaridan biri bu "qandli diabet maktabi rahbari" hisoblanadi.

Rivojlangan mamlakatlar tajribasi shuni ko'rsatadiki, QDni tejamkorlik asosida parvarishlash va nazorat qilishda davolash xarajatlarini beqiyos darajada oshirishga olib keladi. Mazkur toifadagi bemorlarga ixtisoslashtirilgan tibbiy

yordam ko'rsatish sifatining yaxshilanishi ham ushbu ko'rsatkichga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun, diabetik oyoq muammolari bo'yicha ta'lim haqida keng ma'noda gapirganda, biz nafaqat bemorlarni, balki faoliyati ushbu muammo bilan bog'liq bo'lgan hamshiralarni o'qitishni ham nazarda tutamiz.

Qandli diabetning asoratlari tez (o'tkir) yoki vaqt o'tishi bilan (surunkali) rivojlanadigan va ko'plab organ tizimlariga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan muammolarni o'z ichiga oladi. Qandli diabetning asoratlari hayot sifatini sezilarli darajada yomonlashishi va uzoq davom etadigan nogironlikka olib kelishi mumkin. Umuman olganda, qondagi qand miqdori yaxshi nazoratda ushlab turiladigan bemorlarda asoratlar juda kam uchraydi va unchalik jiddiy emas. Qandli diabetning boshlanish yoshi, diabet turi, jinsi va genetikasi kabi ba'zi xavf omillari xavfga ta'sir qilishi mumkin. Boshqa sog'liq muammolari chekish, semizlik, yuqori qon bosimi, yuqori xolesterin darajasi va muntazam jismoniy mashqlar etishmasligi kabi diabetning surunkali asoratlarini kuchaytiradi. Qandli diabetning asoratlari COVID-19 kasalligi uchun kuchli xavf omili ekanligi aniqlandi.

Mikroangiopatiya

Kapillyar tomirlarining shikastlanishi mikroangiopatiyaga olib keladi va bu quyidagi asoratlardan birini yoki bir nechtasini keltirib chiqarishi mumkin.

Retinopatiya ko'zlarga ta'sir qiladigan diabetning asoratidir. Bu yorug'likka sezgir qon tomirlarining shikastlanishidan kelib chiqadi ko'zning orqa qismidagi to'qima (retina). Dastlab, diabetik retinopatiya hech qanday alomat yoki ko'rishning yengil muammolariga olib kelishi mumkin. Ammo u ko'rlikka qadar davom etishi mumkin. Vaziyat 1 yoki 2-toifa diabetga chalingan har qanday odamda rivojlanishi mumkin. Qandli diabetga chalinganingiz va qon shakaringiz qanchalik kam nazorat qilinsa, ko'zning ushbu asoratini rivojlanish ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi. Diabetik retinopatiyaning dastlabki bosqichlarida sizda simptomlar bo'lmasligi mumkin. Vaziyat o'sib borishi bilan siz rivojlanishi mumkin:

- Ko‘rishda suzuvchi dog‘lar yoki qorong‘u chiziqlar (flyerlar).
- Xiralashgan ko‘rish.
- To‘lqinli ko‘rish.
- Ko‘rishdagi qorong‘u yoki bo‘sh joylar.
- Ko‘rish qobiliyatining yo‘qolishi.

Vaqt o‘tishi bilan qonda shakarning ko‘p bo‘lishi ko‘zning to‘r pardasini oziqlantiradigan mayda qon tomirlarining tiqilib qolishiga va qon oqimini to‘xtatishiga olib kelishi mumkin. Natijada, ko‘z yangi qon tomirlarini shakllantirishga harakat qiladi. Ammo bu yangi qon tomirlari to‘g‘ri rivojlanmaydi va osongina oqishi mumkin.

Qandli diabet bilan og‘rigan har qanday odamda diabetik retinopatiya rivojlanishi mumkin. Ko‘z kasalliklarini rivojlanish xavfi quyidagi sabablarga ko‘ra oshishi mumkin:

- Uzoq vaqt davomida diabetga chalingan.
- Qon shakar darajasini yomon nazorat qilish.
- Yuqori qon bosimi.
- Yuqori xolesterin.
- Homiladorlik.
- Chekishdan foydalanish.

Diabetik retinopatiya bilan bog‘liq bo‘lgan g‘ayritabiiy qon tomirlari chandiq to‘qimalarining o‘rishini rag‘batlantiradi, bu esa retinani ko‘zning orqa qismidan tortib olishi mumkin. Bundan tashqari, bu ko‘rishda suzuvchi dog‘lar, yorug‘lik chaqnashi yoki jiddiy ko‘rish qobiliyatini yo‘qotishiga olib kelishi mumkin. Odatda, diabetik retinopatiyaning oldini olish har doim ham mumkin emas. Biroq, muntazam ravishda ko‘zni tekshirish, qon shakarini va qon bosimini yaxshi nazorat qilish va ko‘rish muammolariga erta aralashuv jiddiy ko‘rish qobiliyatini yo‘qotishning oldini olishga yordam beradi.

Diabetik nefropatiya , surunkali buyrak kasalligiga olib kelishi mumkin bo‘lgan buyrak shikastlanishi bo‘lib, ohir oqibat buyrak dializini talab qilishi mumkin.

Qandli diabet kattalardagi buyrak yetishmovchiligining eng keng tarqalgan sababidir. Diabetik nefropatiya - buyraklar bilan bog'liq bo'lgan kasallik bo'lib, u quyidagi shaklda yuzaga keladi **diabetes mellitusning asoratlari**. Bu buyrak etishmovchiligining asosiy sabablaridan biridir. Vaziyat asta-sekin buyraklarning tanadan chiqindi mahsulotlar va suyuqliklarni olib tashlashning muntazam funksiyasini bajarish qobiliyatini pasaytiradi. Vaziyat uzoq vaqt davom etsa, filtrlash tizimi butunlay buziladi. Erta davolash asoratlarni oldini oladi. 1-toifa diabet va 2-toifa diabet tufayli yuzaga keladigan diabetik buyrak kasalligi biroz farq qiladi. Birinchisida, alomatlar diabet tashxisi qo'yilganidan keyin birinchi o'n yil ichida boshlanadi, ikkinchisida esa bemorlarda buyraklar tashxis qo'yilishiga qadar ham zarar ko'radi.

Diabetik nefropatiya dastlabki bosqichlarda hech qanday alomat ko'rsatmaydi. Biroq, kasallikning rivojlanishi bilan siz quyidagi belgilar va alomatlarni kuzatishingiz mumkin.

- Qo'l, oyoq va yuzning shishishi
- Uxlash qiyinligi
- Charchoq
- Qichima
- Nazsiz qon bosimi
- Siydik chastotasi
- jamlamoq uchun Ishonchsizlik
- Yomon ishtaha
- Muskulning sezilishi
- Nafaslik
- Siydikdagi oqsil
- Metall ta'm
- Siydik rangi o'zgarishi

Diabetik nefropatiyaning asosiy sababi yuqori qon bosimi yoki gipertenziya ekanligi ma'lum. Agar sizda nazoratsiz gipertenziya bo'lsa, siz tezda beshinchi bosqichli diabetik nefropatiyaga o'tasiz. Nomidan ko'rinib turibdiki, diabet kasallikning yana bir asosiy sababidir. Qandli diabet bilan og'rigan barcha bemorlarda nefropatiya rivojlanadi. Yuqori qon bosimi va glyukoza

buyraklarning vaqt o'tishi bilan asta-sekin qalinlashishiga va chandiq paydo bo'lishiga olib keladi. Nefronlar oqib chiqadi, bu albuminning siydikga erkin o'tishiga imkon beradi. Buyrak chiqindilarni filtrlashda yordam beradigan bir necha daqiqali qon tomirlaridan iborat. Ushbu qon tomirlarining har qanday shikastlanishi diabetik nefropatiya yoki buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Davolanmagan diabet bilan bog'liq qon shakar darajasi yuqori bo'lgan odamlarda qon bosimi ortib boradi. Bu filtratsiya tizimidagi bosimni oshirib, buyrakning jiddiy shikastlanishiga olib keladi.

Diabetik nefropatiyaning bosqichlari glomerulyar filtratsiya tezligiga va buyraklarning shikastlanishiga bog'liq. Glomerulyar filtratsiya tezligi buyrak funksiyasini tekshirish uchun o'lchovdir. Past GFR buyrak muammolarini ko'rsatadi. Buyrakning shikastlanish darajasiga qarab, diabetik nefropatiya quyidagi turlarga bo'linadi:

- 1-bosqich - kichik buyrak shikastlanishi, ammo buyrak funksiyasi normaldir. GFR 90 dan yuqori.
- 2-bosqich - buyrak funksiyasining biroz yo'qolishi bilan buyrakning jiddiy shikastlanishi. GFR 60 dan 89 gacha.
- 3-bosqich - GFR 30 dan 59 gacha bo'lgan buyrak funksiyasining engil va og'ir yo'qolishi bilan belgilanadi.
- 4-bosqich - buyrak funksiyasining jiddiy yo'qolishi bilan 15 dan 29 gacha bo'lgan GFR.
- 5-bosqich - GFR 15 dan kam bo'lgan buyrak yetishmovchiligi.

Bir necha yil oldin diabetik nefropatiya qaytarilmas deb hisoblangan. Ammo so'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, bu endi to'g'ri emas. Erta bosqichdagi diabetik nefropatiyani bir necha oddiy qadamlar bilan bartaraf etish mumkin. Bularga qon shakarini va qon bosimini nazorat qilish, kam tuzli dietani iste'mol qilish, chekishni tashlash, spirtli ichimliklarni cheklash va xolesterin darajasini nazorat qilish kiradi. Diabetik nefropatiyani davolashning birinchi bosqichi gipertenziya va diabetes mellitusni davolashni o'z ichiga oladi. Bunga bir xil vaznni saqlash, sog'lom ovqatlanish va muntazam jismoniy mashqlar orqali erishish mumkin. **Dializ:** Bu qondan axlat va suyuqliklarni olib tashlash uchun amalga oshiriladigan muolajadir. Dializ ikkita asosiy turga bo'linadi -

gemodializ va peritoneal dializ. Gemodializ tez-tez uchraydi va bemorni dializ markaziga tashrif buyurishi kerak. Bu chiqindilarni filtrlash funksiyasini bajaradigan mashina orqali qonni o'tkazishni o'z ichiga oladi. Yuqorida aytib o'tganimizdek, buyraklar tanadan ortiqcha chiqindilar va suyuqliklarni olib tashlaydigan muhim organdir. Nefropatiyada buyraklar faoliyati yomonlashadi. Bu tanada xavfli darajada yuqori darajada elektrolitlar, suyuqlik va chiqindilar to'planishiga olib keladi. Davolanmagan diabetik nefropatiya kamqonlik, zaif suyaklar, yomon ovqatlanish va asab shikastlanishi kabi asoratlarni keltirib chiqaradi. Davolash qilinmagan DN bilan yurak-qon tomir kasalliklari xavfi ham ortadi. Diabetik nefropatiya (DN) diabet bilan og'rigan bemorlarda o'lim va kasallanishning asosiy sababidir. Qandli diabet holatlarining ko'payishi bilan DN tarqalishi ham sezilarli darajada oshdi. Davolash, asosan, dori-darmonlar, dializ va turmush tarzini o'zgartirishdan foydalangan holda, ko'tarilgan qon bosimi va shakarni boshqarishga qaratilgan.

- *Diabetik neyropatiya*, g'ayritabiiy va zaif sezuvchanlik, odatda oyoqlardan boshlanadigan "qo'lqop va paypoq" taqsimotida, lekin potentsial boshqa nervlarda, keyinchalik ko'pincha barmoqlar va qo'llarda. Neyropatiya diabetik oyoqqa olib kelishi mumkin. Diabetik neyropatiyaning boshqa shakllari mononevrit yoki otonomik neyropatiya sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Diabetik amyotrofiya - neyropatiya tufayli mushaklarning kuchsizligidir.

Diabetik polineyropatiyaning belgilari

angiopatiya (arterial to'shakda qon tomirlarining yallig'lanishi);

terida trofik yaralar;

oyoq-qo'llarning uyquchanligi, diabetik oyoq;

quruq teri;

mushaklar kuchsizligi, harakat qilish qiyinligi;

ogʻriq sindromi;

tashqi ogohlantirishlarga zaif sezuvchanlik (harorat oʻzgarishi, tebranish va boshqalar);

oyoq-qoʻllarning "oʻlikligi" hissi.

Kasallik asab tizimining ishiga ta'sir qiladi, natijada odam oʻz tanasining ishlashini kamroq nazorat qilishi mumkin va uning ichki organlari va tizimlari yomonroq ishlay boshlaydi.

- *Diabetik retinopatiya*, koʻz retinasida moʻrt va sifatsiz yangi qon tomirlarining oʻsishi, shuningdek, makula shishi (makulaning shishishi), bu koʻrishning jiddiy yoʻqolishiga yoki koʻrlikka olib kelishi mumkin boʻlgan kasallik. Rivojlangan dunyoda keksa boʻlmagan kattalar orasida koʻrlikning eng keng tarqalgan sababi retinopatiyadir.
- *Diabetik ensefalopatiya* - kognitiv funksiyaning pasayishi va demensiya xavfining ortishi, shu jumladan diabetda kuzatiladigan Altsgeymer kasalligi.
- *Diabetik kardiomiopatiya*, yurak mushagining shikastlanishi, yurakning boʻshashishi va diastolik disfunktsiya va natijada yurak yetishmovchiligiga olib keladi; bu holat qon glyukozasining yuqori darajasidan vaqt oʻtishi bilan qon tomirlariga yetkazilgan zarardan mustaqil ravishda yuzaga kelishi mumkin.
- **Eretil disfunktsiya** : Qandli diabet bilan ogʻrigan erkaklarda erekil disfunktsiyaning tarqalishining jinsiy aloqa uchun yetarli darajada ereksiya mustahkamligiga ega boʻla olmaslik erkaklar orasida 20 dan 85% gachaligi aniqlangan. Eretil disfunktsiyasi boʻlgan erkaklar orasida diabetga chalinganlar diabetga chalinmagan erkaklarga qaraganda 10-15 yil oldin ushbu muammoga duch kelishadi.

- Periodontal kasallik (milk kasalligi) diabet bilan bogʻliq, bu diabetni davolashni qiyinlashtirishi mumkin. Bir qator sinovlar tasdiqladiki, 2-guruh qandli diabetli bemorlarning milk kasalligi ham borligi aniqlangan.

Afsuski, ko‘p holatlarda birinchi turdagi diabetni oldini olish murakkab vazifadir. Chunki uning asosiy sabablari irsiy omillar va kichik viruslar sanaladi. Lekin kasallik hamma ham rivojlanavermaydi. Olimlar ko‘krak suti bilan ko‘proq oziqlangan bolalarda qandli diabet kamroq uchrashini ta’kidlashadi, ammo bu hali isbotlanmagan.

Ikkinchi turdagi diabetda esa umuman boshqacha holat. Chunki u noto‘g‘ri ovqatlanish va hayot tarzi natijasida shakllanadi, shuning uchun profilaktik choratadbirlarni qo‘llasa bo‘ladi, demak:

- Tana vaznini normallashtirish;
- Qon bosimi va yog‘lar almashinuvini nazorat qilish;
- Yengil hazm bo‘ladigan ovqat iste’mol qilish;
- Jismoniy faollikka amal qilish va shu bilan birga haddan ziyod zo‘riqishlardan o‘zini tiyish.

IV-BOB. QANDLI DIABET KASALLIGIDA REABLITATSIYA

4.1.Qandli diabetda bemorlar reabilitatsiyasida hamshiralarning tutgan o‘rni.

Qandli diabet uchun reabilitatsiya bemorning hayot sifatini yaxshilash va kasallikni nazorat ostiga olish uchun muhimdir. Bu tananing funksiyalarini normallashtiradigan usullar majmuasini ifodalaydi.

Asosiy maqsad - tana funksiyalarini tiklash va diabetga chalingan odamning normal hayot kechirishiga yordam berishdir.

Vazifalar:

giperglikemiyanı kamaytirish;

insulin ta'sirini kuchaytirish;

xolesterinni kamaytirish;

metabolik jarayonlarni yaxshilash;

bog‘liq kasalliklarning oldini olish;

psixologik holatni yaxshilash;

samaradorlikni oshirish;

yurak-qon tomir, nafas olish tizimlari va oshqozon-ichak traktining faoliyatini yaxshilash;

kasallik uchun barqaror kompensatsiyaga erishish.

Qandli diabet uchun reabilitatsiya dasturiga nima kiradi:

Dastur sogʻlom turmush tarzini saqlashga asoslangan, jumladan:

dori terapiyasi;

massaj;

psixologik reabilitatsiya;

mashqlar terapiyasi;

dietalar;

fizioterapevtik muolajalar.

Reabilitatsiya usullari

Qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlarni tibbiy reabilitatsiya qilish bir vaqtning oʻzida bir nechta usullardan foydalanganda samarali boʻladi. Jismoniy terapiya va parhez tanani tiklash uchun juda muhim, ammo ular qondagi glyukoza miqdorini har doim kerakli darajaga tushira olmaydi.

Dori terapiyasi

Dori-darmonlar shifokor tomonidan belgilanadi. Ularning aksariyati qondagi glyukoza darajasini normallashtirishga qaratilgan. Ba'zi bemorlar 2-3 terapevtik guruhdan dori-darmonlarni qabul qilishlari kerak. 2-toifa diabet uchun ogʻiz orqali yuboriladigan dorilar glikemiyaning nazorat qilishda samarasiz boʻlsa, davolashda insulin ishlatiladi.

Massaj

Massaj metabolik kasalliklar uchun samarali. Bu tinchlantiruvchi ta'sirga ega va qon bosimi va qon shakar darajasini normallashtirishga yordam beradi. Massaj diabet mellitus va 2-toifadagi reabilitatsiya uchun buyuriladi. Bu qon aylanishini normallashtirishga yordam beradi, neyropatiya va boshqa kasalliklarning rivojlanishiga toʻsqinlik qiladi.

Psixologik reabilitatsiya

Qandli diabet bemorning psixologik holatiga yomon ta'sir qiladi. Kasallikning 1 va 2 turlari ko'pincha depressiya va boshqa ruhiy kasalliklarga olib keladi. Gevşeme usullaridan foydalanish qon shakar darajasini kamaytirish, hissiy fonni normallashtirish va ijobiy munosabatni saqlab qolish imkonini beradi.

Bemorlar asabiylashmasligi kerak. Haqiqat shundaki, stress iste'mol qilinadigan glyukoza miqdorini oshiradi va saqlanadigan zahiralar ko'pincha sarflanadi. Bu hissiy tartibsizliklarni yengishga va energiya olishga yordam beradi, ammo qon shakarini oshiradi. Psixologik reabilitatsiya stress bilan kurashishni o'rganishga yordam beradi.

Jismoniy reabilitatsiya

Jismoniy mashqlar terapiyasi 1-toifa diabetda reabilitatsiya uchun muhim bo'lgan insulinni qabul qilish samaradorligini oshiradi. Ular salomatlikni yaxshilaydi, shuningdek, bemorning psixologik holati uchun muhim bo'lgan hissiy yengillikni ta'minlaydi. 2-toifa diabet deyarli har doim semizlik bilan bog'liq, shuning uchun muntazam jismoniy mashqlar zarur. Eng samarali mashqlar terapiyasi shifokorlari tomonidan ishlab chiqilgan maxsus dasturlardir. Mashqlarni bajarish kasallikni nazorat qilishga yordam beradi, shuningdek, yurak-qon tomir tizimi patologiyalari xavfini kamaytiradi.

Diyetoterapiyasi

1-toifa diabet uchun yondashuv individualdir. Buning asosi shundaki, non birliklarida o'lchanadigan uglevodlarning har bir qismi ma'lum miqdorda boshqariladigan gormon bilan qoplanadi.

2-toifa kasallik uchun dieta quyidagilardan iborat bo'lishi kerak:

- uglevodlarni iste'mol qilishni kamaytirish;
 - oziq-ovqatning kaloriya miqdorini kamaytirish;
- Tez uglevodlarni iste'mol qilishni minimallashtirish;
- bemorning vaznini normallashtirish;
 - organizmdagi tolalar miqdorini oshirish;
 - insulin samaradorligini pasaytiradigan ovqatlardan voz keching.

Fizioterapiya va boshqa muolajalar

Fizioterapiya insulin ishlab chiqarishni normallashtirishga, immunitetni, qon aylanishini va sog'lig'ini yaxshilashga yordam beradi. 1-toifa diabetga chalingan odamlar, agar glikemiya 13 m / mol gacha bo'lsa, fizioterapevtik davolanishdan o'tishi mumkin. Qon glyukozaning yuqori darajasi uchun fizioterapiya ko'pincha buyurilmaydi.

Fizioterapiya turlari:

- elektroforez;
- parafin qo'llash;
- balneoterapiya va boshqalar.

Ba'zida shifokorlar aromaterapiya seanslarini buyuradilar. Qandli diabet uchun reabilitatsiya choralari uzoq va to'liq hayot kechirishga yordam beradi. Faqat chora-tadbirlar majmuidan foydalanish ijobiy ta'sirga olib kelishi mumkin.

Qandli diabetni farmakologik bo'lmagan davolash asosan turmush tarzini o'zgartirishga qaratilgan bo'lib, mashqlar va parhez dasturning asosiy mazmunidir. Insulin infuzionini oldini olish uchun turmush tarzini o'zgartirish tavsiya etiladi.

Oziq moddalarni iste'mol qilish

Ushbu bemorlarda ijobiy natijalarga erishish uchun shaxsiylashtirilgan ovqatlanish rejasini integratsiya qilish juda muhimdir. Iste'mol qilinadigan oziq-ovqatning qismi va turlari insulin balansiga va shuning uchun qon glyukoza darajasiga ta'sir qilishi mumkin.

Ma'lum bo'lishicha, iste'mol qilinadigan oziq-ovqat sifati miqdoridan muhimroqdir. Shunday qilib, butun don, meva, sabzavotlar, yong'oqlarga boy parhezlar tavsiya etiladi; kamroq tozalangan donalar, qizil yoki qayta ishlangan go'shtlar va shakar bilan shirin ichimliklar bilan o'rtacha spirtli ichimliklarni iste'mol qilish bilan, chunki ular diabet bilan og'rigan bemorlarda glyukemik nazorat va lipidlarni yaxshilashga yordam beradi.

Diabetik polineyropatiyani reabilitatsiyasi

Diabetik polineyropatiyani reabilitatsiya qilishning asosiy maqsadi oyoq-qo'llarining sezgirligi va bemorning motor faolligini qaytarish, og'riqni yo'qotish, qonda glyukoza darajasini pasaytirish va nazorat qilishdir.

massaj;

Jismoniy mashqlar terapiyasi: har kuni 10 dan 20 minutgacha;

fizioterapiya (magnit terapiya, elektroforez, akupunktur va boshqalar);

kam uglevodli diet (qon shakar darajasini nazorat qilish uchun);

dori terapiyasi (qon shakarini nazorat qilish, periferik nervlarga zarar yetkazadigan erkin radikallar sonini kamaytirish, og'riqni blokirovka qilish va boshqa maqsadlarda shifokorlar antioksidant preparatlar, vitaminlar va og'riq qoldiruvchi vositalarni qabul qilishni tavsiya etadilar).

Diabetik polineyropatiya yuqori sifatli reabilitatsiya qilish uchun kompleks yondashuvni va turli sohalaridagi mutaxassislarning ishtirokini talab qiladi. Bemorni tiklashga kompleks yondashuv, malakali mutaxassislar va eng zamonaviy uskunalar diabetik polineyropatiyada yuqori sifatli tiklanishni kafolatlaydi.

Qandli diabet bilan og'rikan odamlar orasida jismoniy mashqlarni targ'ib qilish kerak.

2-toifa diabet bilan og'rikan bemorlarda jismoniy mashqlar dasturiga rioya qilish muhim maqsaddir, chunki u uzoq muddatli yurak-qon tomir foydalari va o'limni kamaytirish bilan bog'liq.

Bemorlarga g'amxo'rlik qilayotgan birlamchi tibbiy yordam shifokorlari, fizioterapevtlar va diabet hamshiralari ushbu bemorlarga kasallikni davolashning terapevtik varianti sifatida jismoniy mashqlar rejimining ahamiyati haqida ma'lumot berishda muhim rol o'ynaydi.

Klinikaga muntazam tashriflar paytida oddiy xulq-atvor bo'yicha maslahatlar tibbiy tavsiyalarga rioya qilishni yaxshilashda istiqbolli natijalarga ega ekanligini ko'rsatadigan tadqiqotlar o'tkazildi.

Turmush tarzini o'zgartirish, ayniqsa, keksa odamlarda amalga oshirish qiyin bo'lishi mumkin, shuning uchun diabet haqida umumiy bilimga, terapiyaga rioya qilishga, turmush tarzini o'zgartirishga va qon glyukoza darajasini o'z-o'zini nazorat qilishga qaratilgan o'z-o'zini boshqarish ta'limi va yordami, o'tkir va surunkali asoratlarni oldini olish yoki kechiktirish va diabet bilan kasallangan odamlarning hayot sifatini yaxshilash uchun glyukemik nazoratni optimallashtirish uchun asosiy hisoblanadi.

Amerika Diabet Assotsiatsiyasiga ko'ra, diabet bilan og'rigan odamlar kuniga kamida 30 daqiqa davom etadigan va haftasiga 3 dan 7 kungacha bo'lgan o'rtacha intensivlikdagi aerobik mashqlar bilan shug'ullanishlari kerak.

Qandli diabetni davolashning asosini parhez tashkil etadi. Bemorning ratsioni yoshi, jinsi, jismoniy faolligi va vaznini hisobga olgan holda shifokor tomonidan tanlanadi. 1-tipdagi diabetda uglevodlar qat'iy ravishda har kuni aynan bir vaqtda iste'mol qilinadi, bu orqali qondagi shakar darajasini va insulinini kerak paytda yuborishni nazorat qilish mumkin bo'ladi. Yog'li ovqatlardan voz kechish muhimdir.

Agar bemorda 2-tipdagi diabet bo'lsa, unda u umuman shirinliklardan voz kechish lozimdir. Ovqatlarning umumiy kaloriya miqdori ham kamaytiriladi, bo'lib-bo'lib ovqatlanish tavsiya etiladi hamda fruktoza, aspartam va shakar o'rnini bosuvchi moddalarda foydalanish mumkin.

Parhez yordamida faqat yengil darajadagi qandli diabet davolanadi. Agar bemorda kasallikning og'irroq shakllari mavjud bo'lsa, dori-darmonlarsiz davolanishning iloji yo'q. 1-tipdagi diabetda insulin terapiyasi qo'llaniladi, 2-toifa diabetda qondagi qand darajasini pasaytirish uchun maxsus dorilar qo'llaniladi.

Qandli diabet - bu organizmning Yetarli miqdorda glyukoza singdira olmasligi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Bunday metabolik muammolar ko'pincha noto'g'ri ovqatlanish fonida yuzaga keladi. Qandli diabetga chalingan dieta

diabetga chalingan odamning ahvolini yaxshilashi mumkin va ovqatlanishni to'g'ri tanlash kerak. Bu muvaffaqiyatli davolanishning asosiy sharti bo'ladi.

Qandli diabetni davolash va uning ko'plab asoratlarining oldini olish uchun asos dietoterapiya hisoblanadi. To'g'ri ovqatlanish bilan diabet kasalligi shakar darajasining keskin o'zgarishiga yo'l qo'ymasdan, kasallikni nazorat ostida ushlab turishga muvaffaq bo'ladi. Qandli diabet uchun parhez terapiyasi davolovchi shifokor tomonidan ishlab chiqilishi kerak. Bu, albatta, kasallikning xususiyatlarini, masalan, diabetning og'irligi va turini hisobga oladi. Qandli diabetga chalinganlar uchun parhez individual ravishda tuzilishi kerak.

Diabetologiyada to'qqizinchi dietaning ikki turi " № 9-A, № 9-B" ajralib turadi. Ratsionning turi kasallikning turiga bog'liq. Kasallikning insulinga bog'liq 1 turi, qoida tariqasida, genetik moyillik tufayli bolalik va o'smirlik davrida o'zini namoyon qiladi. Oshqozon osti bezi glyukozani (asosiy energiya manbai) tana hujayralariga tashish uchun mas'ul bo'lgan endokrin gormon insulin ishlab chiqarishni to'xtatadi. Insulin-glyukoza muvozanatiga tibbiy insulinni muntazam ravishda yuborish orqali erishiladi.

Preparatning dozasi va dietasi o'zaro kompensatsiya mexanizmi bilan bog'langan. Shuning uchun "Diet 9-B" da murakkab uglevodlarning ko'payishiga ruxsat beriladi. To'qqizinchi jadval (B harfi bilan) non birliklari (XE) hisobiga asoslanadi, bu qiymat 25 g non tarkibidagi 12 g uglevodlarga teng. Insulinga bog'liq bo'lgan bemorning kunlik maksimal miqdori 24 XE ni tashkil qiladi. Ratsionda uglevodlarning taqsimlanishi qo'llaniladigan insulin turiga bog'liq (qisqa yoki uzoq ta'sir qiladi).

2-toifa qandli diabet (insulinga bog'liq bo'lmagan) o'rta va keksa odamlarda tashqi sharoitlar ta'sirida shakllanadi. Avvalo, ortiqcha vazn, shuningdek, stress, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish. Uning o'ziga xosligi shundaki, oshqozon osti bezi insulin sintezini to'xtatmaydi, lekin tananing hujayralari uni qabul qilish va iste'mol qilishdan bosh tortadi. Glyukoza qonda to'planadi, tananing hujayralari "och" bo'lib qoladi. Oziqlantiruvchi glyukoza etishmasligi tufayli bemorda poligafiya (yuqori ishtaha) rivojlanadi, bu esa semirishga olib keladi.

Bu o'ziga xos tsikliklik bo'lib chiqadi: katta tana massasi tufayli hujayralarning insulin qarshiligi rivojlanadi, bu esa o'z navbatida ishtahani va kilogramm ortishini qo'zg'atadi. "Diet 9-A" yanada qattiqroq, chunki u nafaqat shakar ko'rsatkichlarini kamaytirish va barqarorlashtirishga, balki semirishga qarshi kurashishga ham qaratilgan. Qattiq cheklovlar oshqozon osti bezining ishini saqlab qolish zarurati bilan bog'liq bo'lib, vaqt o'tishi bilan talab qilinmagan insulin ishlab chiqarishni to'xtatishi mumkin va diabet insulinga bog'liq shaklni oladi.

Umuman olganda, ikkala parhez ham bir xil oziq-ovqat tanlash mezonlariga bo'ysunadi:

- glisemik indeks;
- kaloriya tarkibi;
- ozuqa moddalarining muvozanati (oqsillar, sekin va tez uglevodlar, yog'lar).

Shifokor to'qqizinchi jadvalning qaysi turi bemorga mos kelishini aniqlashi kerak. Ratsionni tayinlashda kasallikning tabiati, insulin va boshqa dori-darmonlarning dozasi, surunkali patologiyalarning mavjudligi (qandli diabetdan tashqari) va tananing individual xususiyatlari hisobga olinadi.

4.2.RUXSAT ETILGAN OVQATLARNI GLIKEMIK INDEKS (GI YOKI GI) BO'YICHA ANIQLASH

GI organizmdagi biokimyoviy jarayonlarning tezligi (mahsulotlarning parchalanishi, glyukoza hosil bo'lishi va qon oqimiga singishi) ko'rsatkichidir. Oziq-ovqatlarning GI diabetik dietani shakllantirishning asosiy qiymati hisoblanadi. Qandli diabetning dietasi past glisemik indeksga ega (30 birlikdan kam) ovqatlarga asoslangan, chunki ularni qayta ishlash ko'p vaqt talab etadi. Glyukozaning qonga chiqishi va kirib borishi sekin, shakar darajasi barqaror bo'lib qoladi.

30 dan 70 gacha raqamlar bilan indekslangan mahsulotlar cheklangan toifani tashkil qiladi. 2-toifa kasallikda chegara insulinga bog'liq diabetga qaraganda qattiqroq. 70 birlikdan yuqori indeks oziq-ovqatni assimilyatsiya qilishning tezlashtirilgan jarayonini va qonga glyukoza chiqishini ko'rsatadi. Qandli diabet

bilan kasallanganlar bunday ovqatlarni iste'mol qilmaydilar, chunki ular sog'liq uchun potentsial xavflidir.

OZIQ-OVQATLARNI KALORIYA TARKIBIGA QARAB TANLASH

GI ga qo'shimcha ravishda, diabetga chalingan ovqatlar va tayyor ovqatlarning energiya qiymatini hisobga olish kerak. Metabolizmning buzilishi tufayli bemor yuqori kaloriyali ovqatlarni qayta ishlash uchun zarur bo'lgan energiya resurslarining etishmasligini boshdan kechiradi. Ishlatilmagan kaloriyalar qo'shimcha funtga aylanadi, bu esa asoratlar xavfini oshiradi. Kaloriya nazorati vazn yo'qotish va barqaror tana vaznini saqlashga yordam beradi.

To'g'ri tuzilgan dieta kuniga 2200-2500 kkalidan oshmaydi. Bu qiymat bir-biri bilan muvozanatlashgan turli xil mahsulotlardan iborat. Ba'zi yuqori energiyali ovqatlar past glisemik indeksga ega va diabet uchun eng foydali xun tolasi va oqsilni o'z ichiga oladi. Og'irlikni qo'zg'atmaslik uchun ulardan foydalanishga ruxsat beriladi, ammo cheklangan miqdorda.

Qandli diabetdagi ovqatlanish ozuqa moddalarining har qanday toifasini istisno qilmasligi kerak. Bemorlar uchun yog'lar, oqsillar va uglevodlarning mavjudligi bir xil darajada muhimdir.

UGLEVODLAR

Uglevod komponentini ruxsat etilgan va taqiqlangan ovqatlarga ajratish kerak. Birinchisiga polisakkaridlar yoki murakkab uglevodlar kiradi: kraxmal, pektin, tola. Qandli diabet menyusida tolaga urg'u beriladi. Birinchidan, u ovqat hazm qilish tizimini rag'batlantiradi, ikkinchidan, u asta-sekin organizm tomonidan qayta ishlanadi va katta insulin xarajatlarini talab qilmaydi. Avvalo, bu mahsulotlarga sabzavotlar, o'tlar, mevalar kiradi.

Tsellyulozaga (tolaga) boy oziq-ovqatlarni iste'mol qilganda, diabetga chalinganlar qonga glyukozaning keskin chiqishidan qo'rqmasliklari mumkin.

Kraxmalli uglevodlar: kartoshka, don va dukkaklilar. Xun ratsioni ushbu toifadagi mahsulotlardan muntazam foydalanishni ta'minlaydi. Yorma va yonma-yon ovqatlarga 1-toifa kasallik bilan ruxsat beriladi - deyarli hech qanday cheklovlarsiz, insulinga bog'liq bo'lmagan diabet bilan - haftada bir necha marta

(porsiya soni barqaror shakar darajasiga va tananing mahsulotga individual glyukemik reaksiyasiga bog'liq).).

Ruxsat etilgan donlar: arpa, bug'doy, marvarid arpa (cheklangan ruxsat etilgan: jo'xori, grechka). Dukkaklilar parchalanishi va hazm bo'lishi uchun insulinga muhtoj emas, shuning uchun ular parhez menyusi uchun tavsiya etiladi. Bundan tashqari, dukkaklilar metabolik jarayonlarni tiklash uchun zarur bo'lgan makro va mikroelementlarni o'z ichiga oladi. Ratsionda soya, loviya, no'xat, yasmiq, no'xat bo'lishi kerak. Kartoshkani qaynatilgan shaklda ("uniformada") haftada bir marta iste'mol qilish mumkin.

Kraxmalli uglevodlarning so'rilishini sekinlashtirish uchun ularni ozgina qaynatish kerak ("al dente" varianti). Qaynatilgan kraxmal glikemiyaning oshirishi mumkin. Non mahsulotlari uglevodlar va energiya qiymatiga ko'ra ham bo'linadi. Ushbu toifadagi quyidagi mahsulotlarni cheklangan iste'mol qilishga ruxsat beriladi: javdar noni, doktorskiy (non), butun don, kepek qo'shilgan non.

Oddiy uglevodlar (monosakkaridlar va disaxaridlar) diabet bilan og'riq bemorlar uchun kontrendikedir. Ular yuqori GIga ega, ya'ni ular majburiy ravishda hazm qilinadi, bu esa shakar darajasida keskin sakrashga olib keladi. Tez uglevodlar turli qandolat mahsulotlari va shakarli ichimliklarda ko'p miqdorda topiladi. Oziq-ovqat savatidagi shirinliklar faqat diabetga chalingan bo'lishi mumkin. Bu monosaxaridlarni o'z ichiga olmaydigan xamir ovqatlar, marmelad va shirinliklar. Ular ixtisoslashtirilgan ishlab chiqarishda ishlab chiqariladi va supermarketlarda, diabetga chalinganlar bo'limlarida sotiladi.

Tatlandırıcılara kelsak, ulardan foydalanish glyukoza darajasiga ta'sir qilmaydi. Ular ratsionda cheklangan miqdorda ruxsat etiladi, chunki ular tarkibida sintetik komponentlar mavjud. Tavsiya etilgan shakar o'rnini bosuvchi moddalarga quyidagilar kiradi: oziq-ovqat qo'shimchalari E950 (acesulfame kaliy), E951 (aspartam), E952 (natriy siklamat), triklorgalaktozakroz yoki sukraloza, steviya o'simlikining barglaridan glikozid (steviazid). Ksilitol va sorbitol kaloriyalarda yuqori, shuning uchun ulardan voz kechish yaxshiroqdir.

OQSILLAR

Qandli diabetda to'g'ri ovqatlanish kunlik ratsiondagi oqsillarning 20 foizini o'z ichiga oladi. Proteinli mahsulotlardan organizm o'z-o'zidan sintez qila olmaydigan muhim aminokislotalarni oladi. Shu bilan birga, aminokislotalardan glyukozani chiqarish (glyukoneogenez) va uning qon oqimiga so'rilishi (so'rilishi) jarayoni sekin sodir bo'ladi. Proteinni iste'mol qilish qon shakar darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Qandli diabet uchun protein manbai:

- quyon go'shti;
- parranda go'shti (diet go'shti tovuq, kurka);
- yog'siz mol go'shti (dana);
- dengiz mahsulotlari (kalamar, qisqichbaqalar, qisqichbaqalar, midiya va boshqalar);
- qo'ziqorinlar (yangi, quruq, muzlatilgan);
- yog 'miqdori 8% gacha bo'lgan baliqlarga (za'faron cod, pollock, ko'k oqlash) yog'li baliqlarga (yulduzli o't balig'i, skumbriya, halibut) haftada bir marta ruxsat beriladi;
- tuxum va yong'oqlar (yong'oq, qarag'ay yong'og'i, bodom, yeryong'oq).

YOG'LAR

Hayvonlarning yog'laridan foydalanish ikki sababga ko'ra imkon qadar kamaytirilishi kerak: ular glyukozaning tizimli qon aylanishiga rezorbsiyasini tezlashtirish qobiliyatiga ega, qon tomirlari devorlarida xolesterin birikmalarini qo'zg'atadi, bu esa aterosklerozga olib keladi. Siz hayvon yog'larini o'simlik moylari bilan almashtirish orqali lipid (yog') metabolizmini tartibga solishingiz mumkin: zaytun, makkajo'xori, kungaboqar, zig'ir urug'i. Sabzavotli yog'lar shakarni oshiruvchi ta'sirga ega emas. Biroq, mahsulotlarning yuqori kaloriyali tarkibi tufayli ularni suiiste'mol qilmaslik kerak.

QO'SHIMCHA

Qandli diabetga chalinganlarning ovqatlanishida sut va nordon sut mahsulotlari muhim rol o'ynaydi. Nordon sutli ichimliklar ichaklarning to'g'ri ishlashiga

yordam beradi, pishloq va tvorog skelet tizimini mustahkamlashga yordam beradi.

Diyetik parhez uchun siz past yog‘li ovqatlarni tanlashingiz kerak:

- kefir va fermentlangan pishirilgan sut - 2, 5%;
- atsidofil - 3, 2%;
- tabiiy yunon yogurti va tvorog suti - 2, 5%;
- tvorog - 5% gacha;
- Adighe pishloq -18%;
- smetana va qaymoq - 10%.

Meva yogurtlari juda ko‘p shakar bilan ta'mga ega, shuning uchun qo‘shimchalarsiz tabiiy mahsulotlarga ustunlik berib, ulardan voz kechish to‘g‘ri bo‘ladi. Qandli diabetga chalinganlar uchun idishlar faqat tasdiqlangan mahsulotlardan tayyorlanadi.

KATEGORIYA BO‘YICHA TAQIQLANGAN OVQATLAR

Qandli diabetga chalinganlar uchun parhez tarkibida nosog‘lom bo‘lgan idishlarni chiqarib tashlashni hisobga olgan holda ishlab chiqilgan. Menyuda quyidagilar bo‘lmasligi kerak:

Birinchi taom	Cho‘chqa, o‘rdak, qo‘zichoq, teri bilan tovuq go‘shidan tayyorlangan go‘shli bulyonlar. Yog‘li bulyonlar asosida tayyorlangan sho‘rvalar (borscht, karam sho‘rva, hodgepodge, xarcho, shurpa va boshqalar)
Asosiy taomlar	Qiyma, qovurilgan, qovurilgan go‘shdan tayyorlangan idishlar (cho‘chqa, qo‘zichoq, o‘rdak, g‘oz)
yonma-ovqatlar	Kartoshka (qovurilgan, fri fri, kartoshka pyuresi), oq guruch, makaron mahsulotlari B, C, 1 va 2 toifalar
Nonushta taomlari	Qovurilgan tuxum, irmik, pancakes va pancakes
konservalangan gazak	Baliq va go‘sh konservalari (stew, pate), tuzlangan qo‘ziqorin va sabzavotlar, siropi konservalangan mevalar, murabbolar
shirinliklar	Qandolat mahsulotlari (pirojnoe, marshmallow); oq bulochka va kalta nondan tayyorlangan pishiriqlar, boy, puff pasta; shirinliklar, shokolad, muzqaymoq; shirin musslar,

	kremlar; sirlangan tvorog, shirin tvorog massasi
Aperatif mahsulotlar	Chipslar, xushbo'y gazaklar va krutonlar, popkorn
Ichimliklar	Shishalangan choy, shirin kokteyllar, qadoqlangan sharbatlar, 3 tasi 1 ta kakao va kofe tayoqchalari, shirin soda

Bundan tashqari, tez ovqatlanish toifasidagi oziq-ovqatlar, shakar qo'shilgan tez yormalar, dudlangan mahsulotlar (tabiiy yoki suyuq tutun), yuqori glisemik indeksli mevalar (anjir, tarvuz, uzum, papayya, karam, guava) taqiqlanadi. Yog'lar va tuzning yuqori miqdori tufayli diabetga chalinganlar uchun kolbasa (kolbasa, kolbasa) taqiqlanadi.

"9-JADVAL" DIETASINING ASOSIY QOIDALARI

Qandli diabet uchun dietani tashkil qilish uchun siz quyidagi qoidalariga amal qilishingiz kerak:

- oddiy uglevodlarni chiqarib tashlash;
- sariyog ', cho'chqa yog'ini o'simlik moylari bilan almashtiring;
- ichimlik rejimiga rioya qiling (kuniga bir yarim yoki ikki litr suyuqlik);
- ratsional ovqatlanishga rioya qiling (oraliq 4 soatdan oshmasligi kerak);
- nonushta qilishni e'tiborsiz qoldirmang va yotishdan oldin bir stakan fermentlangan sut iching;
- mahsulotlarning energiya qiymatini nazorat qilish;
- ortiqcha ovqatlanmang (bitta porsiyaning hajmi 350-400 g dan oshmasligi kerak);
- qovurish orqali tayyorlangan idishlarni yo'q qiling (faqat pishirish, bug'lash, qaynatishga ruxsat beriladi);
- stol tuzi va sho'r ovqatlardan foydalanishni cheklash;
- ratsionga ko'proq ko'katlar, sabzavotlar va mevalarni past GI bilan kiriting.

Endokrinologlar va dietologlar "diabet kundaligi" ni yuritishni talab qiladilar, unda barcha ovqatlanangan ovqatlar, mast ichimliklar va qabul qilingan dori-darmonlarni qayd etish kerak. Bunday kundalik sizga kasallikning dinamikasini va glikemiyaning ma'lum mahsulotlarga bevosita bog'liqligini tahlil qilish imkonini beradi.

QANDLI DIABET UCHUN MENYU VARIANTLARI

Ruxsat etilgan mahsulotlar to'g'risida qaror qabul qilib, taqiqlangan idishlarni hisobga olmaganda, ular kunlik menyuni tuzadilar. Siz diabetga qarshi an'anaviy retseptlardan foydalanishingiz yoki o'zingiz bilan tanishishingiz mumkin.

Birinchi taom	Asosiy taomlar	Nonushta taomlari	Aperatiflar va tushdan keyin choy uchun mahsulotlar	yonma-ovqatlar	Salatlar
zaif mol go'shti bulonida borscht yoki karam sho'rva	bug'langan tovuq go'shti	ismaloq bilan bug'li omlet	yangi mevalar	grechka yoki arpa pyuresi	"loviya" (qisqichbaqa tayoqchalari, konservalangan loviya, sarimsoq, pomidor)
qo'ziqorin sho'rva (yangi yoki quritilgan qo'ziqorin)	quyon / parranda go'shti bilan pishirilgan karam	mevalar bilan jo'xori uni	meva pyuresi	bug'langan brokkoli (gulkaram)	"Yunon" salatasi (feta pishloqini oq pishloq yoki tofu bilan almashtiring)
no'xat, yasmiq yoki loviya sho'rva	to'ldirilgan yashil qalampir	qaynatilgan tuxum, non, Adighe pishloq	diabetik vafli	ko'ylagi kartoshka	piyoz va yangi bodring bilan dengiz o'tlari salatasi
quloq	tovuqli karam rulolari	bug'doy pyuresi	fermentlangan pishirilgan sut	makaron (A toifasi)	kızılçık bilan tuzlangan karam
sabzavotli sho'rva	bug'langan baliq keklari	arpa pyuresi	yogurt	bug'langan sabzavotlar yoki sabzavotli pyuresi	"Bahor" (sabzi va yangi o'tlar bilan karam)

tovuq go'shti bilan tovuq bulyon	qaynatilgan go'sht yoki baliq	rezavorlar bilan tvorog kostryulkalar	zanjabil non (diabetga chalinganlar uchun)	karam kotletlari	bodring, pomidor va o'tlar bilan sabzavotli salat
dengiz mahsulotlari sho'rva	pomidor va smetana bilan tovuq güveç (10%)	pechda pishirilgan cheesecakes	yangi rezavorlar	pomidor, piyoz, sabzi bilan yasmiq	xom lavlagi, karam va sabzi "Metelka" salatasi

Salat kiyimlarida yog'li mayonezli soslar bo'lmasligi kerak. Ruxsat etilgan sabzavot yoki zaytun moyi, limon sharbati, 10% smetana, cheklangan soya sousi. Ichimliklar: dorivor o'tlarning qaynatmalari, qahva (shakarsiz), choy (oolong, qora, yashil, qizil, gibiskus). Yangi siqilgan sharbat gazsiz mineral suv bilan yarmida suyultirilishi kerak. Hayot sifatini maksimal darajada oshirish va asoratlarning rivojlanishini kechiktirish uchun diabetga chalingan odam shakar darajasini kuzatishi va to'g'ri ovqatlanishi kerak. Bu kasallikning borishini nazorat qilishning yagona yo'li.

Agar bemorga qandli diabetning 2-toifasi yoki modda almashinuvi sindromi tashxisi qo'yilsa, u holda ratsionni yangidan tuzib chiqish kerak. Albatta, salomatlik to'g'ridan to'g'ri kunlik taomnomani tashkil etuvchi oziq-ovqat mahsulotlariga bog'liq. Qandli diabetga duch kelgan kishi avval taqiqlangan oziq-ovqatlar ro'yxati bilan tanishib chiqadi. Foydalilari esa sog'liqni asrash uchun yordam beradi.

Qandli diabetni davolash tamoyillari quyidagi tadbirlardan iborat:

Parhez ovqatlanishga amal qilish;

Jismoniy mashqlar bilan shug'ullanish;

Qonda qand miqdorini tushiruvchi tabletkalar qabul qilish;

Insulin yordamida davolash.

Qayd etilganlar orasida qandli diabet taomnomasi asosida parhez ovqatlanish yetakchi o'rinlardan birini egallab, bemor qandni tushiruvchi tabletkalar yoki

insulin qabul qilganda ham unga amal qilishi lozim. Aks holda, olib borilgan muolajalar yetarlicha samara bermaydi. Shuning uchun qandli diabetga moyilligi bo'lgan yoki unga chalingan kishilar tavsiya etilgan ovqatlanish tartibiga amal qilishlari shart.

Parhezga amal qilish qandli diabet ta'sirida yuzaga keladigan qator ichki a'zolaridagi (yurak, buyrak, asab tizimi, ko'z tubi, oyoqlar va boshqalar) jiddiy o'zgarishlarning oldini olish imkonini yaratadi.

Yuqorida ta'kidlaganimizdek, qand kasalligi turli asoratlar berishi bilan xavfli hisoblanadi. Shuning uchun asoratlar yuzaga kelmasligi uchun organizmni nazorat qilib, a'zolar parvarishiga ham ahamiyat berish lozim. Jumladan, qandli diabetda ayrim bemorlar oyoqlarining og'rishiga shikoyat qilishadi, vaholanki, qandli diabetda ovqatlanish tartibiga amal qilish hamda oyoqlarni to'g'ri parvarishlash orqali bu kabi muammodan forig' bo'lish mumkin.

Tibbiyotda qandli diabetga chalingan kishilar uchun parhez taomnoma tuzishda non birligidan foydalaniladi. Ushbu birlik uglevodlarni o'lchash imkonini beradi. Oziq – ovqat mahsulotlarining tarkibi va sifatidan qat'iy nazar (olma, non yoki boshqa mahsulotlar) 1 non birligida 12-15 gramm yengil hazm bo'ladigan uglevod saqllovchi ozuqa mahsuloti bo'ladi.

Qandli diabetga chalingan bemorlar ovqatlanishda quyidagi tamoyillarga amal qilish lozim:

Kunda kamida 3 marta qandli diabet taomnomasi asosida ovqatlanish;

Hech qachon o'zni och qolish darajasiga olib bormaslik;

Kaloriyasi nisbatan yuqori bo'lgan taomlarni kunning birinchi yarmida iste'mol qilish;

Ovqatlanish orasida biror narsa tamaddi qilishga odatlanmaslik;

Qorin och qolmagan bo'lsa, shunchaki birovga hamroh bo'lib yoki kayfiyatni ko'tarish uchun taom iste'mol qilmaslik;

Ovqatlanish vaqtida kitob o'qimaslik yoki televizor ko'rmaslik;

To'yganlikni his qilganda, kosa yoki laganda ovqat qolsa ham uni iste'mol qilishni to'xtatish;

Masallilarni xarid qilishda ularni kaloriyasi va yog'iga e'tibor berish.

Yuqorida ta'kidlaganimizdek "qandli diabet kasallik emas, balki hayot tarzidir". Shunga qaramay, ayrimlar qandli diabet bilan xastalanishni, xuddiki, hayotni boy berishdek qabul qilishadi va hech qanday yo'riqnomalarga ahamiyat bermay hayot kechirishadi. Afsuski, bunday hollar ham uchrab turadi, lekin qand kasalligiga bunday munosabatda bo'lish yaramaydi.

Shunday ekan biz qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga o'z-o'zini parvarish qilish ko'nikmalarini o'rgatishimiz zarur. Buning uchun patronaj hamshiralarni diabet maktabi bo'yicha bilimlarini oshirish kerak. Qandi diabet kasallik emasligini bemorlar ongiga singdirish asoratlarni oldini olish bo'yicha bemorlarni o'qitish kerak.

XULOSA

1. 2016 yildan 2020 yilgacha bo'lgan davr uchun Qandli diabetning tarqalishida 1000 kattalarga 14,4 dan 17,5 gacha (18 foizga), birlamchi kasallanish esa 37,7 foizga, asosan 2-toifa qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga an'anaviy ambulator yordam ko'rsatish tizimi hisobga olinmaydi. qandli diabet asoratlarining oldini olish va bemorlarni tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlarni amalga oshirishda turli darajadagi o'qitish hamshiralarning roli va ahamiyatini kengaytirishning joriy tendentsiyalarini hisobga olish. Tashkiliy chora-tadbirlar kompleksida qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga ambulatoriya yordami qurilishi hamshiralik xodimlarining imkoniyatlaridan to'liq foydalanilmayapti.

2. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni davolashning an'anaviy tizimida band bo'lgan hamshiralarning nazariy va amaliy tayyorgarligi darajasi tahlili shuni ko'rsatdiki, xodimlarning 55,3 foizida bilim va ko'nikmalar etarli emas, bu esa ushbu yo'nalishda oliy o'quv yurtidan keyingi kadrlar tayyorlashni takomillashtirishni taqozo etadi. Bu guruhdagi hamshiralarning 86 foizi bemorlar bilan professional muloqot qilish malakasiga ega emas. Hamshiralarning faoliyati respondentlarning 85 foizida kasbiy charchash sindromi fonida 80% ishchilarda mehnat motivatsiyasi va o'z faoliyatidan qoniqishning pasayishi bilan tavsiflanadi.

3. Maxsus tayyorgarlikdan o'tgan hamshiralarning tomonidan hamshiralik parvarishini amalga oshirishda faol kuzatilgan bemorlarning 74,9 foizida hayot sifatini saqlab qolish va nogironlikning og'irligini 2,4 baravar kamaytirish mumkin edi. Hamshiralik guruhlarining faoliyatiga yuqori baho (bemorlarning 90%) bemorning ehtiyojlariga g'amxo'rlik qilishning yondashuvi bilan bog'liq bo'lsa, hamshiralik guruhlarining ijtimoiy samaradorlik koeffitsienti an'anaviy yondashuvga qaraganda 13% yuqori edi.

4. Sog'liqni saqlashda standartlashtirish tizimining me'yoriy hujjatlarini ishlab chiqish va tasdiqlash - DM bilan og'rigan bemorlarga oddiy tibbiy xizmat ko'rsatish texnologiyalari, DM bilan og'rigan bemorlarni boshqarish protokolini amalga oshirish, bunda hamshiralarning muhim roli o'ynaydi. hamshiralik yordami sifati (amputatsiyalar chastotasini va nogironlikning og'irligini kamaytirish,

ijtimoiy

samaradorlik koeffitsientini oshirish), barcha darajadagi sog‘liqni saqlash menejerlarining boshqaruv vositalarini kengaytirish va hamshiralik yordami sifatini nazorat qilishni ob'ektivlashtirish. Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatish tizimini zamonaviy tavsiyalarga muvofiqlashtirish. Barcha tumanlarda maxsus tayyorlangan hamshiralar brigadalarini jalb qilgan holda og‘irlik markazini ambulator yordam ko‘rsatish bosqichiga o‘tkazgan holda “poliklinika - shifoxona” turi bo‘yicha ikki bosqichli kuzatuv va davolash tizimini qurish zarur.

Amaliy tavsiyalar

1. Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarga profilaktik yordam ko‘rsatishning ambulator bosqichida turli darajadagi ta’lim va malakali hamshiralik xodimlaridan foydalanishni kengaytirish. Ta’lim muassasalari diabetologiya, podiatriya bo‘yicha hamshiralik ishi bo‘yicha oliy o‘quv yurtidan keyingi ta’lim dasturlari hamda tadqiqot natijalari asosida ishlab chiqilgan asoratlangan qandli diabet bilan kasallangan bemorlarga yordam ko‘rsatishni tashkil etish bo‘yicha hamshiralik menejerlarini tayyorlash bo‘limlaridan kengroq foydalanishlari kerak.

2. Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarni parvarish qilish tizimida ishtirok etuvchi FVED rahbariyati tavsiya etilgan Ekspert baholash kartasidan va oddiy tibbiy xizmatlarni ko‘rsatishning standart texnologiyalaridan foydalanishi kerak, bu esa hamshiralar guruhi a'zolari yoki hamshiralarning faoliyati sifatini nazorat qilish imkonini beradi. zamonaviy boshqaruv vositalaridan foydalangan holda ish sifatini ob'yektiv baholash kerak.

SHARTLI QISQARTMALAR

ADA	Amerika diabetik assotsiatsiyasi
JSST	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
OKT	oliy kasbiy ta’lim
OHT	Oliy hamshiralik ta’lim
YNA	yiringli-nekroticheskie asoratlar
DTM	Davlat ta’lim muassasalari
QDDR	Qandli diabetning davlat registri
HS	Hayot sifati
HYoS	Hamshiralik yordamining sifati
O‘zR SSV	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi
FYuXT	Faoliyat yuritishning xalqaro tasnifi
XDF	Xalqaro diabet federatsiyasi
NX	Nisbiy xavf
BOB	Bemorlarni olib borish bayonnomasi (protokoli)
QD	Qandli diabet
DTS	Diabetik tovon sindromi

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YHATI

1. Анциферов М. Б. Современные концепции в обучении больных сахарным диабетом. / М.Б. Анциферов // Сахарный диабет. - 1999. - №1 — С. 12-15.
2. Анциферов М.Б. Сахарный диабет: создана специализированная служба. / М.Б. Анциферов // Медицинский вестник. - 2001. - №7. - С. 34-36.
3. Ахманов М. С. Диабет в пожилом возрасте. / М.С. Ахманов. - СПб.: Невский проспект, 2000. - 179 с.
4. Балаболкин М.И. Эндокринология. / М.И. Балаболкин - М.: Универсум паблишинг, 1998. - 554 с.
5. Балаболкин М.И. Возможности лечения сахарного диабета 2 типа на современном этапе./ М.И. Балаболкин, Е.М.Клебанова, В.М. Креминская// Русский медицинский журнал. — 2002. - №11. - С. 16-20
6. Блохина М. В. Экспертные оценки — составная часть процесса обучения медицинского персонала на рабочем месте / М. В. Блохина, Ш. М. Вахитов //Общественное здоровье и здравоохранение. — 2006.- №1. — С. 69-72.
7. Вахитов Ш. М. Роль и место сестринских служб в социальной реабилитatsии инвалидов./ Ш. М. Вахитов, Р.Ш. Хасанов / Социальная реабилитatsия инвалидов: состояние, проблемы, перспективы. - Казань, 1996. - С. 77-78.
8. Вахитов Ш. М. Перспективы развития амбулаторно-поликлинической службы./ Ш. М. Вахитов, М. В. Блохина, Ф. Б. Мубаракшин и др.// Казанский медицинский журнал. - 2004.- №1. - С.64-67.
9. Воробьев Н. С. Реабилитatsия - основа поддержания жизнеспособности пожилых людей. / Н. С. Воробьев // Клиническая геронтология. - 1998. - №3. - С.68.
10. Гайворонский В. С. Доказательность медицинских данных в построении стандартов медицинской помощи. / В. С. Гайворонский, М. И. Шапиро, В. Д. Куликов // Проблемы стандартизatsии в здравоохранении. - 2000. — №1. -С. 118.
11. Герасимчук П.О. Медико-социальные проблемы в лечении синдрома стопы диабетика./П.О.Герасимчук // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. - М., - 2001. - С. 25.
12. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. / С. Гланц. - М.:Практика, 1998. - 459 с.
13. Градов А. П. Концептуальные основы определения медико-экономической эффективности лечебных процессов./ А.П. Градов, В.Б. Гриневич //Гедеон Рихтер в СНГ. - 2000. - №3. - С.24.
14. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. Пер. с англ. /Т. Гринхальх. - М. :ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 240 с
15. Двойников С.И. Подготовка сестринского персонала для оказания

- первичной медико-санитарной помощи населению / С.И. Двойников, А.И. Кузнецов, Е.Ю. Кичатова // Главная мед. сестра. - 2000. - №3.- С. 12-14.
16. Двойников С. И. Менеджмент и лидерство в сестринском деле. /С.И.Двойников, С. В. Лапик, Ю.И. Павлов - М.: ГОУ ВУМЦ. 2005.- 354 с.
 17. Дедов И.И., Фадеева В.В. Введение в диабетологию: Руководство для врачей./ И.И. Дедов, В.В. Фадеева - М.: Берег, 1998. - 146 с.
 18. Доубинс Р. К. Доказательная медицина: сравнение систем здравоохранения./ Р. К. Доубинс // Лечащий врач. - 2001. - №10. — С. 14-16.
 19. Егоров В. В. Особенности течения сахарного диабета у пожилых./ В. В. Егоров, Н. Н. Королева // Клиническая геронтология. — 1998. - №3. - С.39.
 20. Индейкин Е. Н. Стандарты организaции сестринской помощи в больницах США / Е. И. Индейкин //Главный врач.- 1999.- №6. - С. 22-26.
 21. Ионова Т. И. Методология исследования качества жизни в медицине: принцип построения дизайна. / Т. И. Ионова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2000. - №4. - С. 85.
 22. Камынина Н. Н. Менеджмент сестринской деятельности в гериатрии /Н. Н. Камынина, А. Е. Фими́на // Клиническая геронтология. - 2005. - № 7. -С. 12-14.
 23. Камынина Н. Н. Протоколы выполнения простых медицинских манипуляций как средство повышения качества деятельности медсестер /Н. Н. Камынина//Медицинская сестра.- 2005.- N 8.- С. 35-40.
 24. Линденбрaтен А. Л. О качестве медицинcкой помощи / А. Л. Линденбрaтен // Медицинская помощь.- 2005.- N 4.- С. 3-5.
 25. Лысенко Т. В. Синдром диабетической стопы. Организaция амбулаторной помощи. / Т. В.Лысенко, Е. В. Белогурова // Мир медицины. - № 9-10.-С. 57-60 1999
 26. МакДермотт М. Секреты эндокринологии. 2-е изд., пер. с англ. / М. МакДермотт - М., СПб: Бином, Невский диалект, 2001. - 464 с.
 27. Мамедова И. Н. Качество жизни у больных сахарным диабетом второго типа с кардиоваскулярной диабетической автономной нейропатией на фоне терапии препаратом а-липоевой кислоты Берлион. /И.Н. Мамедова, А. С. Аметов // Международный медицинский журнал. - 2002. - №5. - С. 23-26.
 28. Мартынчик С. А. Эффективность скрининговых технологий: методология и результаты исследований./ С. А. Мартынчик, С. К.Кукушкин, Е. М. Маношкина и др.// Проблемы стандартизaции в здравоохранении. - 2000. - №4. - С. 86.
 29. Новик А. А. Концепция исследования качества жизни в

- здравоохранении России./ А.А. Новик // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2000.- №4.-С. 87.
30. Перфильева Г.М. Высшее сестринское образование в России / Г.М. Перфильева // Медицинская сестра.- 2003.- № 1.- С. 2-6.
 31. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни. / В.П. Померанцев //Клиническая медицина. - 1989. - №9 - С. 3-8.
 32. Слепушенко И.О. О реформировании сестринского дела в России /И. О. Слепушенко // Главная медицинская сестра.- 2002.- № 8.- с. 11-19.
 33. Суркова Е. В. Качество жизни как важнейший показатель эффективности лечения сахарного диабета в XXI веке. / Е. В.Суркова, М. Б. Анциферов, А. Ю. Майоров / Сахарный диабет. — 2001 - №12. - С. 14-16.
 34. Тоблер Р. Основные медсестринские процедуры. Пер. с англ./ Р. Тоблер. - М.: Мед., 2004. - 240 с. Уоткинс П. Дж. Сахарный диабет. Пер с англ./ П. Дж. Уоткинс - М.: Бином, - 96 с.
 35. Фатихов Р.Г. Особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи в условиях прогрессивного старения населения. / Р. Г. Фатихов, Л. И. Рыбкин // Клиническая геронтология. - 1998. - №3. - С.72.
 36. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Пер. с англ. / Р.Флетчер, С.Флетчер, Э. Вагнер - М.: Медиасфера, 1998. -352 с.
 37. Хейфец А. С. Планирование работы главных медицинских сестер и качество сестринской помощи /А.С. Хейфец // Главная мед. сестра.- 1999.- N-15-22 с.
 38. Шевченко Ю. Л. Стратегия развития стандартизации в здравоохранении России. / Ю. Л. Шевченко // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2000-№1,-С. 3.
 39. Яновская М.Е. Фармакоэкономические аспекты алгоритмов диагностики и лечения синдрома диабетической стопы./ М.Е. Яновская // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. - М., - 2001. - С. 23-25.
 40. Apelqvist J. Wound healing in diabetes. Outcome and costs. Clin Podiatr Med Surg. 1998 Jan;15(1):21-39.
 41. Apelqvist J., Bakker K., van Houtum W.H., Nabuurs-Franssen M.H., Scha-per N.C. International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. International Working Group on the Diabetic Foot. Diabetes Metab Res Rev. 2000 Sep-Oct;16 Suppl 1:S84-92.
 42. Apelqvist J., Larsson J. What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? Diabetes Metab Res Rev. 2000 Sep-Oct;16 Suppl 1: S75-83.
 43. Apelqvist J., Ragnarson-Tennvall G., Larsson J. Topical treatment of

- diabetic foot ulcers: an economic analysis of treatment alternatives and strategies. *DiabetMed*. 1995 Feb;12(2): 123-8.
44. Apelqvist J., Ragnarson-Tennvall G., Larsson J., Persson U. Long-term costs for foot ulcers in diabetic patients in a multidisciplinary setting. *Foot AnkleInt*.1995 Jul;16(7):388-94.
 45. Apelqvist J., Ragnarson-Tennvall G., Persson U., Larsson J. Diabetic foot ulcers in a multidisciplinary setting. An economic analysis of primary healing and healing with amputation. *J Intern Med*. 1994 May;235(5):463-71.
 46. Bakker K., Dooren J. A specialized outpatient foot clinic for diabetic patients decreases the number of amputations and is cost saving. *Ned Tijdschr Ge- neeskd*. 1994 Mar 12;138(11):565-9.
 47. Brismar K., Beitner H., Swedenborg J. Leg and foot ulcers. Rapid healing and reduced number of amputations with improved treatment. *Lakartidningen*. 1993 Nov 24;90(47):4216-21.
 48. Brod M. Quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and caregivers. *Qual Life Res*. 1998 May;7(4):365-72.
 49. Calle-Pascual A.L., Redondo M.J., Ballesteros M., Martinez-Salinas M.A., Diaz J.A., De Matias P., Calle J.R., Gil E., Jimenez M., Serrano F.J., Martin- Alvarez P.J., Maranes J.P. Nontraumatic lower extremity amputations in diabetic and non-diabetic subjects in Madrid, Spain. *Diabetes Metab*. 1997 Dec;23(6):519-
 50. Campbell LV, Graham AR, Kidd RM, Molloy HF, O'Rourke SR, Colagiuri S. The lower limb in people with diabetes. Position statement of the Australian Diabetes Society. *Med J Aust*. 2000 Oct 2; 173(7):369-72.
 51. Dahmen H.G. Diabetic foot syndrome and its risks: amputation, handicap, high- cost sequelae. *Gesundheitswesen*. 1997 Oct;59(10):566-8.
 52. Davidson J.: *Diabetes-Care*. 1997 Mar; 20(3): 446-51.
 53. Davies S., Gibby O., Phillips C., Price P., Tyrrell W. The health status of diabetic patients receiving orthotic therapy. *Qual Life Res*. 2000 Mar; 9(2):233-40.
 54. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. 1999.
 55. Diabetes Care and Research in Europe: The St Vincent Declaration - The Lisbon Statement. 1997.
 56. Diabetes Care and Research in Europe: The St Vincent Declaration - Istanbul Commitment. 1999.
 57. Diabetes Care and Research in Europe: The St Vincent Declaration. 1989.
 58. Diabetes in America. 2nd ed. Washington: National Diabetes Data Group, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health; 1995
 59. Donohoe M.E., Fletton J.A., Hook A., Powell R., Robinson .1, Stead

- J.W., Sweeney K., Taylor R., Tooke J.E. Improving foot care for people with diabetes mellitus—a randomized controlled trial of an integrated care approach. *Diabet Med.* 2000 Aug;17(8):581-7.
60. Drucquer M., McNally P. Diabetes management. Step by Step. Blackwell Sc, -64 p.
 61. Dunn S.M., Beeney L.J., Hoskins P.L., Turtle J R.: *Soc Sci Med* 31:11351141, 1990.
 62. Dunning T. Care of People with Diabetes. A Manual of Nursing Practice. Blackwell Sc, 1998.-208 p.
 63. Eckman M.H., Greenfield S., Mackey W.C., Wong J.B., Kaplan S., Sullivan L., Dukes K., Pauker S.G. Foot infections in diabetic patients. Decision and cost effectiveness analyses. *JAMA.* 1995 Mar 1;273(9):712-20.
 64. Edmonds M. E.: *Lancet*, Vol. 354(9175). July 24, 1999.270-272.
 65. Edmonds M., Boulton A., Buckenham T., et al. *Diabet Med* 1996; 13 (suppl 4): 27-S42.
 66. Einecke D. How Germany manages it's diabetic patients. *MMW Fortschr Med.* Oct 21;141(42):4-5.
 67. Elinson J. Toward sociomedical health indicators // *Soc. Indicators Res* 1974;1:59- Eron L.J. Parenteral antibiotic therapy in outpatients: quality assurance and other issues in a protohospital. *Chemotherapy.* 1991 ;37 Suppl 2:14-20.
 68. Falkenberg M, Apelqvist J, Rosenqvist U, Lithner F. Foot ulcers in patients with diabetes. Preventive measures reduce the number of amputations. *Lakartid- ningen.* 1993 Nov 24;90(47):4221-4.
 69. Fontana E., Bulliard C., Ruiz J. Diabetic foot: a public health problem too often underestimated. Consequences and therapeutic possibilities. *Schweiz Rundsch MedPrax.* 2001 Dec 20;90(51-52):2261-5.
 70. Frykberg R.G., Armstrong D.G., Giurini J., Edwards A., Kravette M., Kra- vitz S., Ross C., Stavosky J., Stuck R., Vanore J. Diabetic foot disorders. A clinical practice guideline. For the American College of Foot and Ankle Surgeons and the American College of Foot and Ankle Orthopedics and Medicine. *J Foot Ankle Surg.* 2000;Suppl:1-60.
 71. Fuller J.H., Stevens L.K., Lee E.T., Lu M. Risk factors, ethnic differences and mortality associated with lower-extremity gangrene and amputation in diabetes: the WHO MSVDD. *Diabetis Medicine*, 1988, Suppl. 2, v.15, S22.
 72. Gibbons G.W., Marcaccio E.J. Jr., Burgess A.M., Pomposelli F.B. Jr., Freeman V., Campbell D.R., Miller A., LoGerfo F.W. Improved quality of diabetic foot care, 1984 vs 1990. Reduced length of stay and costs, insufficient reimbursement. *Arch Surg.* 1993 May;128(5):576-81.
 73. Hogge J., Krasner D., Nguyen H., Harkless L.B., Armstrong D.G. The potential benefits of advanced therapeutic modalities in the treatment of diabetic foot wounds. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2000 Feb;90(2):57-65.
 74. Holzer S.E., Camerota A., Martens L., Cuerdon T., Crystal-Peters J.,

- Zagari M. Costs and duration of care for lower extremity ulcers in patients with diabetes. *Clin Ther.* 1998 Jan-Feb;20(1): 169-81.
75. Hospital ad. American Diabetes Association. *Diabetes Care*, Volume 23, Supplement 1. 2000. 77. International Consensus and Guidelines on the Diabetic Foot. Amsterdam, 1999.
 76. Jirkovska A. Care of patients with the diabetic foot syndrome based on an international consensus. *Cas Lek Cesk.* 2001 Apr 26;140(8):230-3.
 77. Jiwa F.: *Stat-Bull-Metrop-Insur-Co.* 1997 Jan-Mar; 78(1): 2-8.
 78. Kantor J., Margolis D.J. Treatment options for diabetic neuropathic foot ulcers: a cost-effectiveness analysis. *Dermatol. Surg.* 2001 Apr;27(4):347-51.
 79. Larsson J., Apelqvist J. Towards less amputations in diabetic patients. Incidence, causes, cost, treatment, and prevention—a review. *Acta Orthop Scand.* 1995 Apr;66(2):1 81-92.
 80. Larsson J., Apelqvist J., Agardh C.D., Stenstrom A. *Diabet Med* 1995; 12: 770-76.
 81. Lavery L.A., Armstrong D.G., Vela S.A., Quebedeaux T.L., Fleischli J.G. Practical criteria for screening patients at high risk for diabetic foot ulceration. *Arch Intern Med.* 1998 Jan 26; 158(2): 157-62
 82. Levin M.E., O Neal L.W. *The diabetic foot.* London, 1988. - 350 p.
 83. Meijer J.W., Trip J., Jaegers S.M., Links T.P., Smits A.J., Groothoff J.W., Eisma W.H. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers. *Disabil Rehabil.* 2001 May 20;23(8):336-40.
 84. Melville A. On the evidence. *Diabetes. Health Serv J.* 1999 Aug 19; 109 (5668): 32-3.
 85. Melville A., Richardson R., McIntosh A., O'Keeffe C., Mason J., Peters J., Hutchinson A. Complications of diabetes: screening for retinopathy and management of foot ulcers. *Qual Health Care.* 2000 Jun;9 (2): 137-41.
 86. Meyer-Heintze V. Diabetic foot from the social medicine viewpoint. *Zentralbl Chir.* 1999; 124 Suppl 1:45-8.
 87. National Diabetes Education Program Guiding Principles for Diabetes Care for Health Care Providers and People with Diabetes. NIH Publication No. 99-4343 September 1999.
 88. New guideline: step up efforts to prevent and treat diabetic foot disorders. *Dis Manag Advis.* 2001 Jan;7(1):9-13, 1.
 89. Nieman L.Z., Foxhall L.E., Groff J., Cheng L. Applying practical preventive skills in a preclinical preceptorship. *Acad Med.* 2001 May;76(5):478-83.
 90. Robbins J. M., Ober S., Strauss G., Rusterholtz A. Long-term aftercare and prevention of further amputation.- *Podiatr. Med. Surg.*, 1997 Oct; 14(4): 785-800.
- Thompson C., McWilliams T., Scott D., Simmons D. Importance of diabetic foot admissions at Middlemore Hospital. *N Z Med J.* 1993 May 12;

106(955): 17880.

91. Thomson C., O'Brien M.A., Oxman A.D., Davis D.A., Haynes R.B., Free- mantle N., Harvey E.L. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 4, 2001
92. Umel L. Preventing amputation in older adults with diabetes. *Adv Nurse Pract.* 2006 Jul; 14(7):41 -3, 70.
93. Van Acker K., Oleen-Burkey M., De Decker L., Vanmaele R., Van Schil P., Matricali G., Dys H., De Leeuw I. Cost and resource utilization for prevention and treatment of foot lesions in a diabetic foot clinic in Belgium. *Diabetes Res Clin Pract.* 1999., Oct; 50(2):87-95.
94. Van Acker K., Weyler J., De Leeuw I. The Diabetic Foot Project of Flanders, the northern part of Belgium: implementation of the St Vincent consensus. Sensibilisation and registration in diabetes centers. *Acta Clin Belg.* 2001 Jan- Feb; 56(1):21-31.
95. Van Houtum W.H., Lavery L.A. Methodological issues affect variability in reported incidence of lower extremity amputations due to diabetes. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1997 Jan; 87(1):23-31.
96. Vileikyte L. Diabetic foot ulcers: a quality of life issue. *Diabetes Metab Res Rev.* 2001 Jul-Aug; 17(4):246-9.
97. Ward J. D. The cost of diabetic foot problems. *Pharmacoeconomics.* 1995; 8 Suppl 1:55-7.
98. Wender R.C. Preventive health care for diabetics. A realistic vision. *Arch FamMed.* 1997 Jan-Feb; 6(1):38-41.
99. Wikblad K., Smide B., Bergstrom A., Kessi J., Mugusi F. Outcome of clinical foot examination in relation to self-perceived health and glycaemic control in a group of urban Tanzanian diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract.* 1997 Sep; 37(3):85-92.

