**Цикл: «Оилавий тиббиет асослари»**

**Амалий машғулот № 1**

**►Мавзу: «Оилавий тиббиёт асослари. УАШ фаолияти. Ишнинг хусусиятлари. Тиббий хужжатлар. Беморларни уйда кўриш. Жамоани жалб қилиш. Бемор ва шифокорнинг хуқуқлари. УАШ ишида этика ва деонтология. Мавзуни тушунтириш услублари».**

**►Мавзунинг мақсади:** Оилавий тиббиёт фалсафаси – талабаларни УАШ иш услубида билиши керак бўлган калитли холатлар ва аргументларни билишни ўргатиш, ОП/ҚВП шароитидаги ишни ташкил қилишни билиш. Оилавий тиббиёт услубларини билишдаги билимлари талабаларнинг келажакда уларнинг ишлашдан мақсадларини чунишга ёрдам беради.

**►Ўқитишнинг мақсади:** Қайта шаклланиш системасидаги қайта шаклланиш саволларини кўриб чиқиш. Оилавий тиббиёт асосидаги асосий услубларни талабаларга етказиш.

**►Ўқитишдаги вазифалар:**

1. Соғлиқни сақлаш тизимида қайта шаклланиш саволларини кўриб чиқиш
2. Соғлиқни сақлаш тизимида икки этапли қурилишнинг ахамиятини талабаларга етказиш
3. Оилавий тиббиёт аспектларига боғлиқ бўлган саволларни кўриб чиқиш
4. УАШ иш фаолиятидаги функция ва хусусиятларини ўрганиш, хамда тиббий хужжатлар билан ишлашни ўрганиш.
5. УАШ иш фаолиятида этика ва деонтология саволларини кўриб чиқиш

**►Кутилаётган натижалар:** Ушбу дарснинг ўтказилиши таълим олаётган талабаларнинг оилавий тиббиёт асосларининг негизигни тушунишига ёрдам беради, ва бундай тиббиёт модели Узбекистонда хозирги кунда қулай.

**►УАШ билиши керак:**

1. Тиббиётни қайта шакллантиришПредпосылки реформирования медицины

2. Тиббиётнинг фалсафий аспектлари

3. УАШ иш фаолиятидаги функция ва хусусиятлари

4. Тиббий хужжатлар (МЗ Руз қарорига биноан № 80 23.03.2009й)

5. УАШ иш фаолиятида этика ва деонтологияга доир саволлар

**►УАШ қила олиши керак:**

1. Оилавий тиббиёт асосларини билган холда УАШ иш услубини санаб ўтиши
2. УАШ иш фаолиятида этикага риоя қилган холда унга жавобгарлик хис қилиши.

**► УАШ қилиши керак:**

1.Умумий амалиёт шифокори иши томонидан берилган маълумотларни тахлил қилиш

2.УАШ иш фаолиятидаги функция ва хусусиятларни белгилаш

3. Поликлиника шароитида тиббий хужжатларни тўлдириш ва уни тахлил қилиши керак

4. УАШ сифатида беморни сифатли кўрикдан ўтказиш

**►Машғулот ўтказиш жойи :**

1. Ўқув тематик хона.

2. Касаллар хонаси.

**► Ўкув машғулотининг структураси**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вақт**  | **Тадбирлар**  | **Таркиби**  | **Материаллар** | **Машғулотнинг давомийлиги** |
| 8.30– 9.30 | Эрталабки конференция | Навбатчи шифокорлар ва субординаторларнинг навбатчилик доклади | Касаллик тарихи, ЭКГ, кодоскоп. | 1 соат |
| 9.15-10.00 | Чиқиб кетаётган беморлар клиник аудити  | Талабалар томонидан чиқиб кетаётган беморларни тўлиқ доклади |  | 45 минут |
| 10.05-10.45 | Мавзуни теоретик мухокама қилиш  | Талабалар билимини бахолаш «галереядаги тур» методидан фойдаланган холда. Талабаларга тиббий хужжат берилади. | Жадваллар, мавзуга доир бўлган, керакли тиббий хужжатлар | 40 минут |
| 10.45 -11.05. | Амалий кўникмаларни мустахкамлаш | Талаба ўқитувчи назоратида иккита амалий кўникмани қилиши керак | Бемор ёки волонтёр | 20 минут |
| 11.05-11.45 | Кардиологии ва кардиореанимация бўлимида беморлар Курацияси | Беморларни кўриш, анамнез еғиш, бемордарни тўлиқ текшириш,лаборатор-инструментал текширувлар, уларнинг натижалари, тахминий ва якуний клиник ташхисни асослаш. Келгусидаги тактика танлаш. | Бемор, фонендоскоп, тонометр. Клиник- лаборатор маълумотлар, беморнинг амбулатор картаси | 40 минут |
| 11.45-12.15 | Танаффус  |  |  | 30 мин |
| 12.20-14.00 | Тематик беморлар тахлили | Ўқитувчи томонидан мавзуга доир чиқиб кетаётган Беморларни кўриш, анамнез еғиш, бемордарни тўлиқ текшириш,лаборатор-инструментал текширувлар, уларнинг натижалари, тахминий ва якуний клиник ташхисни асослаш. Олиб бориш тактикасини танлаш  | Бемор, фонендоскоп, тонометр. Касаллик тарихи. (Клиник- лаборатор маълумотлар.) | 1 соат |

**►ОИЛАВИЙ ТИББИЁТ** хозирги кунда жамиятнинг соғлиқни сақлашда керакли ва нисбатан янги босқич хисобланади. Бирламчи тиббий- санитар ёрдам системаси, оилавий тиббиёт тамойили асосида қурилган бўлиб, рациоанал маблағларни ишлатиш, материал ва и кадрли ресурслар, тиббий ёрдамни амбулатор шароитда қулай ва сифатли бўлишини таъминлайди. Соғлиқни сақлашнинг бирламчи звеносида асосий рол бўлиб янги йўналиш – ***оилавий шифокор/умумий амалиёт шифокори*** хисобланади**.** Оилавий шифокор нафақат кенг йўналишдаги специалист , бальки турли хил касалликларни эрта даврларда текшириш, аниқлаш хамда уларни даволай оладию. Ахоли ўртасида профилактик тадбирларни ўтказади. Ахоли орасида касалликларни эрта аниқлаш ва уларни даволаш ва ахолининг соғлиғини сақлаш каби вазифаларни бажаради.

|  |
| --- |
| **►ОИЛАВИЙ ШИФОКОР**/ **УМУМИЙ АМАЛИЁТ ШИФОКОРИ**– бу олий ўқув юртини тамомлаган мутахассис бўлиб, дипломдан сўнг малака ошириб ахоли ўртасида бирламчи тиббий санитар ёрдамни сифатли кўрсатиш, ***ёши, жинси, ирқи, миллати, дини, социал келиб чиқиши ва касаллик туридан қатий назар.******►***У юқори малакага эга бўлган шифокор бўлиб, чуқур билим ва кўникмаларга эга бўлиб ахоли орасида ***кўп учрайдиган касалликлар ва патологик холатларни*** олдини олиш ва даволаш ишларини олиб боради**.*****►***Оилавий шифокор амбулатор шароитда сифатли ва мақсадга йўналтирилган холда амалий билим/ кўникмаларни амалга оширади, керак бўлса беморларни тор мутахассисга юборади ёки сиационар даво олиш учун йўлланма беради.  |

Оилавий шифокор ишининг асосида клиник тиббиётнинг асосий вазифаси бўлмиш беморнинг муаммоси ётади: ***беморга нима бўлган?*** Оилавий шифокор ва «тор мутахассис» орасидаги фикрларнинг фарқлари бунда яққол фарқланади. Бунда мутахассис : ***менинг беморимми ёки меники эмасми?***деган савол ётади. Агар бемор ***« меники эмас» бўлса,*** унда беморга қизиқиш йўқолади ва уни ***«бошқа мутахассисга»*** юборидади. Агар тўғри йўналтирилсаку майли. Агар ундай бўлмаса бемор турли мутахассислар орасида адашиб юради. Оилавий шифокорнинг вазифаси бемор муаммосини хал қилиш, унинг ёши, жинси ва касаллигининг туридан қатъий назар. Доимий равишда ахоли ўртасида татвиқот ишларини оли боради.

Албатта оилавий шифокор кенг кўламли мутахассис бўлади. У хам бошқа клиницист шифокорлар каби юқори малакага эга бўлиши керак. Алохида оилалар ва шахсларга тиббий ёрдам кўрсатиш, ўзиниг беморларини уйда кўриш, амбулатор шароитда қабул қилиш ва баъзи холларда стационар шароитда кўриш хуқуқига эгадирлар. Беморнинг муаммосини хал қилишда бирламчи қарорлар қабул қилиш керак бўлса тор мутахассислар билан маслахатлашган холда муаммони хал қилишда жавобгарликни олади. Хамда оилавий шифокор турли ёшдаги ахоли билан ишлаш кўникмаларига эгадирлар.

Оилавий шифокорга нисбатан (WONCA) 1991 йил бутун дунё организацияси томонидан миллий колледжлар, академиялар ва академик ассоциациялар умумий амалиёт/ оилавий шифокорларга нисбатан талаблар ва қонунлар қабул қилинди. Бу хужжатда оилавий шифокор томонидан тиббий ёрдам кўрсатиш, нафақат даволаш балки реабилитация ва профилактика ва соғлиқни мустахкамлаш каби вазифалар берилган. Бундай ёрдам осон ва тез кўрсатилиши керак.

Соғлиққа доир кўп масалалар оилавий шифокор томонидан хал қилиниши керак лекин у керак бўлса ўз вақтида тор сутахассисларга юбориши керак.

Охирги йилларда кўплаб Европа давлатларида соғлиқни сақлашни реформ тизимига ўтишган. Бу реформлар соғлиқни сақлаш хизматларининг такомиллашишига олиб келади, бунда умумий амалиётда мавжуд бўлган тизимлар реорганизацияси қўлланилади. Умумий амалиётдаги муаммоларга бағишланган ВОЗ томонидан бир қанча хужжатлар ишлаб чиқилди. Унда оилавий тиббиётнинг ноинфекцион касалликлар профилактикасида асосий роли ёритилган, марказий ва шарқий Европада умумий амалиёт шифокорларининг хиссаси ва оилавий тажрибани ривожлантириш ёритилган.

 1995 йил « Европа давлатларида умумий амалиёт/оилавий тиббиётга Хартия яратилди». 1998 йил ВОЗ томонидан « Европа давлатларида умумий амалиёт/оилавий шифокор профессионал ва административ аспектларни ривожлантириш қўлланмаси ишлаб чиқилди. 2001 йили умумий амалиёт шифокорининг иш фаолияти ва вазифалари куриб чиқилди, Европа давлатларида қандай ташкил қилинганлиги ва умумпрактик шифокорнинг нима иш қилиши маълумотлари йеғилди.

Оилавий тиббиётда бирламчи тиббий санитар ёрдам кўрсатишда специалистлар тайёрлаш ахамиятли хисобланади. Хозирги кунгача илмий билим беморлар билан ишлашдаги амалиётдан устун турарди.

Умумий амалиётнинг Эдинбургдаги тиббий мактабдаги 200-йиллик тарихи, Лейден университетидан олинган тажрибалар, тиббий тайёргарликка эга бўлган пионер , беморларни намойиш қилишга асосланган. Здесь следует упомянуть, что первая академическая кафедра по общей практике была создана лишь в 1963 йил умумий амалиётдаги биринчи кафедра очилган.

Халқаро оилавий шифокорлар гурухи 1974 йилда Европада умумий амалиётни тарғибот этди. УАШ таййёрлашда ўқитиш мақсади уч кичик гурухларга бўлинди.

|  |  |
| --- | --- |
| **Гурухчалар**  | **Ахамияти**  |
| **1-билим** | * Касалликнинг кечишини билиш ва тушуниш: умумий ва сурункали;
* Профилактика услубларни билган холда умумий амалиётда эрта диагностика қилиш;
* Беморнинг социал хаёт тарзи ва атроф мухитни таъсирини инобатга олган холда касалликка ва соғлиқга таъсири;
* Билим ва аралашувлврни кераклигини бажариш;
* Текширув режаларини билиш ва умумий амалиётда қўллай олиш.
 |
| **2- - билим ва кўникмалар**  | * Ташхис қўйишни билиш;
* Беморларнинг муаммоларини хал қилиб бирламчи қарор қабул қилиш;
* Эпидемиология ва статистика принципларини қўллай олиш.
 |
| **3-–муносабат**  | * Шифокор томонидан беморни муаммосини хал қилиш ва даволаш унинг вазифаси эканини англаш;
* Ўзининг ишини критик бахолаш ва ёндошиш;
* УАШ тайёрлаш мақсади умумий тиббий еғини ўқитиш комитети томонидан (Великобритания) 1983 йил ташкил қилинган ва 1993 йил кўриб чиқилган.
 |

Буюк Британияда ўртача статистика бўйича УАШ тахминан 2 минг ахоли билан иш тутади. (бу бошқа европа давлатларидан кўпроқ). Англия ва Уэльс даги касалликлар маълумотларга кўра бир йил ичида УАШ 78% қайд қилинган беморларни кўрган. Улардан 24% ОРИ сабабли мурожаат қилган, 15% – тери ва тери ости касалликлари, 11% – енгил жарохатлар, 10,1% – қулоқ касалликлари, 6,5% –невротик синдромлар, 5,4% – ўпканинг сурункали касалликлари, 4,2% – артериалм гипертония, 4,0% – ичак инфекциялари, 1,7% – ЮИК, 1,2% – қандли диабет.

Оилавий тиббиётнинг асосий тартиби хамкасблар томонидан тан олиниши мухим ахамиятга эга. Оилавий тиббиётнинг тартибида эволюциянинг учта тартиби фарқланади:

1. **Оилавий шифокорлар махсус тегишли билимларга эгадир ва шу билимларни академик структурага солиш ва уларни мукаммаллаштириш лозим.**
2. **Шундай академик структурани шакллантириш.**
3. **Амалиётда қўлланиладиган интизомлар натижалари баён қилинадиган махсус адабиётларни ташкил**

Ушбу уч босқичлар (фазалар) Буюк Британия ва Нидерландияда ушбу амалиётларни ривожлантирилганлиги ва амалиётда қўлланилганлигини кузатиш мумкин. 1952 йилда Қироллик УАШ колледжига асос солинган, лекин унинг фаолиятига профессионал мутахассислар ташкилоти тўсқинлик қилган. Хал қилувчи нуқта бўлиб Голландия колледжининг Ваудсотенс конференцияси бўлган, у ерда голландия УАШ ишининг асосли изохи ишлаб чиқилган,бунинг натижасида Левенхорст гурухига асос солинди. Иккала колледжлар хам ўзлигининг илмий журналларини ташкил қилишди.

Юқорида таъкидланганидек илк кафедра 1963 йили Эдинбургда ташкил қилинган, иккинчи –Утрехтда 1965йили. Бу УАШ ни академик тан олиниши бўлди. Илмий мақолалар ва китобларни нашр эттирилиши, юқори академик фаолият , шунингдек янада юқори даражага эришган шифокорларнинг сонининг кўплиги, УАШ даражасини ана шу икки давлатда яна хам мустахкамлади. Буюк Британия ва Нидерландияда умумий амалиёт тайёёрлашда дипломдан кейинги ва тўхтовсиз тайёрлов программалари мавжуд. УАШ манфаатларини химояловчи ташкилотлар.

Хулоса қилиб айтганда хамма давлатларда хам УАШ тушунчаси бир хил қабул қилинмайди. Қатор мамлакатларда биринчи тиббий- санитар ёрдам сифатида поликлиника моделини самарали қўлланилмоқда,бирламчи бўғимда рационал тиббий ёрдам кўрсатиш асоссиз хиобланмайди. Участка шифокорининг вазифаси беморларга бирламчи бўғимда ёрдам кўрсатишга қаратилган. Поликлиникада участка шифокори тор мутахассис шифокори билан хамкорликда фаолият кўрсатади ва ахолига мукаммал ёрдам кўрсатишни таъминлайди.

Лекин оилавий шифокорнинг иш фаолиятида мухим ўринни касалликларнинг эрта даврларда аниқлаш ва даволаш. У беморларга ва кенг кўламли ахолига уларни соғлиғини ва умрини узайтиришга қаратилган самарали тавсиялар беришга хуқуқли.

**► Оилавий тиббиёт тарихи**

Амалий машғулотларда теоретик қисмларда қуйидаги саволларни кўриб чиқиш лозим.

Худди бошқа мутахассисликлар сингари оилавий тиббиёт илми хам ўзига тегишли фалсафаларга эга.Нега биз оилавийтиббиётни танладик ва нима учун бундай қайта шакллантириш киритдик? Оила тиббиёт фалсафаси қандай бўлиши керак?

Биламизки 1991 йилда Узбекистан мустақилликка эришди, ва бу сиёсий ривожланишга олиб келди ва бунда бизнинг давлвтимиз миллий моделни ривожлантиришни танлаш керарк эди хамда тиббиёт сохасида хам. Беш босқичли ёрдамдан иборат тиббиёт (1- тиббий ёрдам, шифокоргача бўлган ёрдам, шифокор ёрдами ва квалификациялашган ёрдам ва тор бўғимдаги ёрдам) олдинги пайтларда режали экономика асосида ташкил қилинга ва бозор эканомикасида бу механизмнинг самарасиз бўлиб қолган . **Биринчи босқичдаги** тиббий ёрдам – соғлиқни сақлашдаги биринчи бўғин, бу ерда оилавий шифокор томонидан ёрдам кўрсатилади (умумий амалиёт шифокори) ОП ва ҚВП, ШВП шароитида. **Иккинчи босқич**- тор мутахассислар томонидан ахолига ёрдам кўрсатилади. Нега биз айнан шундай йўлни танладик? Нима сабабдан биз оилавий тиббиётни самарали хисоблаймиз? Бунинг учун биз оилавий тиббиёт фалсафасини хақида билишимиз керак.

**Оилавий тиббиёт –** бу шундай тиббий ёрдамкиахолигабирламчи тиббий- санитар, хартомонлама, тўлиқ, сифатли, узоқ муддатли, қулай, характери бўйича экономик ёрдам кўрсатиштушунилади. Ушбу мутахассислик педиатрияга, гинекология ва терапияга қараганда кенг кўламли хисобланади. Бу алохида ўзиниг мутахассислигида ягона бўлиб, махсус, бошқа тиббиёт мутахассисликлардан фарқли асосли принципларга асосланган. Бошқа мутахассилар сингари бундай академик тартиб ОЎЮ ва тиббий билим сифатида ўрганилади, ўзининг илмий тадқиқот изланишларида доимо ривожланиб боради.

Юқорида қайд этилганидек, оилавий тиббиёт соғлиқни сақлашда биринчи бўғин хисобланади. Соғлиқни сақлашда бирламчи бўғин бўлиб айрим инсонлар билан бирламчи муносабат майдони, оила ва ахолининг соғлиғини химоя қилиш тизими, махаллий яшаш жойидаги тиббий санитар ёрдамни максимал яқинлаштириш, инсонлар иши ва ахоли ўртасидаги соғлиқни химоя қилишда дастлабки босқични ўз ичига олади.

 Оилавий тиббиёт инсонни аъзо ва аъзолар тизимига ажратмаган холда бир бутунлик билан қабул қилади, нафақат клиник муаммолар балки биологик, социал муаммоларни инобатга олган холда нафақат ягона индивидга балки барча оила аъзоларга, ахолининг ёши ва жинсидан қатъий назар барча гурухларини ўз ичига олади.

Оилавий тиббиёт қуйидаги фалсафий аспектларни ўз ичига олади:

1. **Марказда – алохида касалликлар эмас балки бутун бир инсон.** Инсоннинг яхшиланишида биологик, психологик ва социал аспектлар кўриб чиқилади. Оилавий тиббиёт инсонга қаратилган касалликка эмас. Оилавиё тиббиёт хақиқатдан хам касалликни эмас инсонни даволвйди. Оилавий шифокор – бу кўп учрайдиган патологик холатлар ва касалликлар мутахассисидир. У бундай холатларда диагностика ва даволашнинг эксперти хисобланади, хамда оғир ва кам учрайдиган касалликларни хам диагностика қилишни билиши керак, даволашда кам натижага эга касалликлар махсус тор мутахассисларга косултация ва даво учун йўналтирилади.
2. **Кенг тарқалган муаммоларни хал қилиш**, соғлиққа осон ва қийин таъсир қилувчи муаммолар. Тажриба орттиришда ва ўқув жараёнининг ривожлантиришда оддий муаммолардан мураккабига ўтиш керакНеобходима последовательность.
3. **Барча ёшдаги ахоли ва жинсидан қатъий назар ёрдам бериш.**
4. **Инсонни оила ва жамоатдан алохида муаммоларини кўриб чиқиш .**
5. **Оилавий шифокор ўзининг хамкасбларига тор мутахасссиларга ёрдам беради**, яъни уларга айнан уларнинг махсус мутахассислигидаги тиббий ёрдамга мухтож бўлган шахсларни йўналтиради: кимда оғир касаллик аниқланган бўлса, асоратлар келиб чиққан холатларда ёки холатни диагностика қилиш имкони бўлмаган холатлар. Бундай беморларга оилавий шифокор беморга керакли бўлган лаборатор текширувлар буюриб унинг натижаларини тор мутахассисга ўзининг текширув натижалари ва консултацияга йўлланма билан.

Шундай қилиб УАШ (оилавий шифокор ва УАШ Узбекистанда идентичны) - булар давлат хуқуқлари томонидан дипломга ва даволаш хуқуқига эга олий ўқув юртининг битирувчиларидир. Шундай қилиб уларга бириктирилган ахолининг ёши, жинси, ирқи, ижтимоий шароити ва касаллигининг туридан қатъий назар хизмат қилишга қаратилган иш фаолиятидир.

**УАШ иш фаолиятининг вазфаси ва хусусиятлари (оилавий шифокор)** оилавий тиббиётнингқуйидаги тамойилларидан ташкил топган бўлиб оилавий тиббиёт тамойиллари фалсафа асосидан келиб чиқққан холда ушбу касбнинг имкониятлари ва характерини яратади:

**1.**  **Хартомонлилик** (кенгқамровли ).инсоннинг барча шикоятлари унинг муаммоси билан узвий боғлиқдир, уларни алохида қабул қилиб бўлмайди. ОТ тиббий муаммоларни алохидалаштирмайди аксинча уларни бир бирига боғлиқ холатда кўради. Оилавий шифокорга ишончнинг ошишини таъминлайди.

 **2.** **Бемор кузатувининг давомийлиги** бунда инсон туғилганидан бошлаб то ўлимига қадар давом этади. Даво фақатгина бир маротаба даволаш билан чекланиб қолмайди. Беморни ва унинг оила аъзоларини узоқ вақт кузатув хавф омилларини аниқлаш, профилактика ва даволаш ишларини олиб боришда қатор имкониятлар яратади. Шифокор ишининг самараси ошади, беморнинг тиббий ёрдам олишдан қониқиш хисси ўсиб боради .

**3. Интеграция – тиббиётнинг барча аспектларини ўз ичига олади -** даволаш, реабилитация, профилактик ва инсон соғлиғини химоя қилиш

**4**. **Санитар оқартув ва профилактика иши.** Профилактика иши – оилавий шифокорнинг ва унинг хамкасбларининг йўналтирилган иш фаолиятидир . Оилавий тиббиёт соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва тарғибот қилишга, хамда касалликларни эрта диагностика қилишда уларни соғлиғини режали доимо ушлаб туриш ва оқартув ишларини олиб боришга қаратилган. Инсоннинг соғлиғи нафақат тиббий балки ижтимоий тушунчадир, оилавий тиббиёт ахолининг ижтимоий мухитига хам таъсир кўрсатади ва экологик хамда бошқа муаммоларни хал қилишга қаратилган. Оилавий шифокор секин асталик билан инсон хаётидаги ана шундай муаммоларга хам таъсир кўрсатишни бошлайди

**5. Координация – даволашни назорат қилиш**. Оилавий тиббиёт кўп саволларни хал қилади лекин у барча тиббий ёрдамни кўрсата олмайди. Керак бўлса оилавий шифокор тор мутахассислар билан маслахатлашади ёки беморни стационар даво олиш учун юборади, лекин шунда хам беморни кузатишда ва унинг даволанишини назоратда ушлаб туради.

Бу тизим бирламчи тиббий -санитар ёрдам ва стационар ёрдам орасидаги бўлинишни йўқотади, беморни соғлиғини сақлашдаги турли даволаниш этапларида назоратини ушлаб туради.

**6.** **Ишончли ўзаромуносабат.** Кузатувнинг давомийлиги бемор ва шифокор орасидаги ўзаро муносабатга боғлиқдир. Оилавий шифокор бемор хуқуқлари ва нафсониятнинг химоячиси бўлиб ўзиниг хамдардлиги билан бирга сир сақлайди. Бемор уни хурмат қилмоқдалигини, эшитмоқдалигини ва тушунишмоқдалигини хис қилиши керак. Хамшира ушбу вазифада шифокорга ёрдам беради. Кўп холларда хамшира бемор билан тез ўзаро муносабат ўрнатади. Бемордан ўзиниг соғлиғи учун қайғуриши ва шифокорлар бтлан хамкорлик талаб қилинади.

**7.** **Тиббиёт ходимлари орасидаги хамжихатлилик (хамжихатли иш).** Оилавий шифокор, хамшира, барча тиббий штат бир бутун кўптармоқли гурух бўлиб ишлаши. Оилавий шифокорнинг вазифаси – гурухдаги хар бир ишчининг билими, кўникмаси ва беморнинг талабига кўра ишини ташкиллаштириши керак.

**8. Бирламчи тиббий ёрдамни олишга имконият.**

Хар бир оилада ўзиниг оилавий шифокори бўлиши керак, унинг иши шундай ташкиллаштирилган бўлиши керакки у тезда кам вақт ичида самарали ёрдам кўрсата олиши . иш шундай ташкил қилинган бўлиши керакки шифокор куннинг хохлаган соатида ва хафтанинг исталган кунида тез тиббий ёрдамни кўрсата олиши керак.

**9. Беморнинг ўз соғлиғига, оила аъзоларининг соғлиғига эътиборли бўлиб шифокорлар билан хамкорлик қилиши .** Беморни ўз соғлиғини сақлаш ва тиклашда фаол иштирокчига айлантириш лозим. Уни ушбу жараёнда иштирок этишига имкон яратиб жалб этиш осондир . Бу билан боғлиқ холда беморларга қисқа тавсиялар бериш ва уларни билимини ошириш беморларда касалликнинг негизи, хавф омиллари, ўзини назорат қилиш, профилактика ва даволанишга қизиқиш ортади. Оилавий шифокор ва бемор хамкорликда иш олиб боришлари керак бу келгусида янада юқори самарага эришишга имконият яратади.

**10. Тиббий ёрдамнинг арзон бўлиши унинг сифати ошиши билан.** Оилавий тиббиёт нафақат даволашнинг сифатини яхшилаш балки унинг чиқимини камайтиради. Тиббий ёрдамнинг сифатини ошиши унинг ёқимлилигига олиб келади. Агар беморни шифокор регуляр ва сифатли кузатса, касалликларни олдини олиши ёки эрта даврларда аниқлаши ва даволаш имкониятига эга бўлиб чиқимнинг кам сарфланишига сабаб бўлади . Соғлиқни сақлашда иқтисодий манбалар чекланган бўлса, диагностиканинг сифати ва нархи, профилактика ва даволашни инобатга олиш керак. Идеал холатда – соғлиқни сақлаш тизимида ва беморнинг индивидуал имкониятларининг мос келиши билан боғлиқ. Оилавий тиббиёт нафақат манбаларни тежайди балки беморлар турли хил тор мутахассислар кўригига юбориш, лаборатор текширувлар ва госпитализация қилишни камайтириш хисобига беморлар вақтини тежайди. Шуни хам ёддан чиқармаслик керакки давлвт учун тор мутахассислар тайёрлашдан кўра оилавий шифокорларни тайёрлаш арзон тушади .

УАШ хуқуқлари ва вазифалари хамда тиббий хужжатлар хақида маълумот МЗ РУз томонидан 2013йилги №100 буйруқда кўрсатилган.

Шундай қилиб, УАШ ва оилавий – тасодиф эмас, у ўзида уникал тиббий мутахассисликни ўзининг хусусий фалсафаси ва тамойиллари билан изохлайди.

УАШ/ОШ нинг биргаликда бўлиши инсон хаёт сифатини яхшилашга қаратилган бўлиб соғлиқни сақлашнинг самаралиги ва унинг кам чиқимлилиги ахамиятлидир.

Оилавий тиббиёт хақидаги фалсафа ва тамойилларни тушунган холда биз соғлиқни сақлашнинг эски моделидаги камчиликларни кўрсата оламиз:

* Тор мутахассилар тизимининг устунлиги, инсонга эмас касалликка йўналтирилганликни исботлайди.
* Қишлоқ ва водийларда тиббий ёрдамни амалга оширилишнинг қийин лиги
* Қиммат ва кўпчиқимли тизим
* Беморлар мутахассис кўригига навбатда кўп вақт сарф этадилар
* Марказлашган тизим хамда иқтисодиётнинг тақсимланишида хам
* Иккилачи госпитал звено устунлик қилади Большой штат поликлиник
* Катта бинолар
* Штатларда УАШ нинг, хамширалар, менеджерларнинг йўқлиги.
* УАШ нинг обрўсининг пастлиги ва унга бўлган эхтиёжнинг камлиги
* Рационал даво буюришнинг кўпинча бўлмаслиги
* Даволашнинг турли хил даражалари
* Қиммат диагностик тестларни кўп буюриш (рентген, эндоскопия, эхокардиография, ЭКГ, биохимик анализлар ваб.).
* Кўп Частое госпитализация учун йўлланма
* Поликлиникалар суткада 24 ичида тез тиббий ёрдам кўрсата олмаслиги
* Ишни бахолаш ноадекват олиб борилади
* Кўп миқдордаги хисоботлар ва хужжатлар.

**Оилавий тиббиётни қайта шакллантиришни киритиш билан бирга биз нималарни кутишимиз:**

* УАШ, хамшира, менеджерларни ва бошқа мутахассисларни тайёрлаш
* Маблағларни тақсимлашни қайта марказлаштириш
* УАШ га бўлган талабнинг ва обрўсининг ошиши
* Бирламчи тиббий санитар хизматнинг структурасини аниқлаш (ҚВП, ШВП, оилавий поликлиника)
* ПМСПга ориентация индивидумларга ва жамиятга мухтожлик
* ПМСП Экономик эффектив система
* Бирламчи бўғинда рационал тиббий ёрдам ва ресурсларни қуллаш
* Госпитализация сонини камайтириш
* Соғлом турмуш тарзини кенг тарғибот этиш ва асосан профилактикага урғу бериш

**Клиник холат мисолида оилавий тиббиётнинг аспектларини кўриб чиқамиз:**

Бемор– 36-ёшли аёл М., охирги 3 йил ичида брониал астма қўзиши сабабли 6 марта госпитализация қилинган. Охирги 3 госпитализацияда интенсивная терапия керак бўлди, ва бир марта беморда ўлим хавфи кузатилди. Бу касалхона шифокорларини ва даволовчи шифокорни хайратлантирди– бу даво режасининг тартибини бажармасликдандир. Беморга тушунтириш ишлари олиб борилди, теофиллин ва орал стероидли ингалятордан қандай фойдаланиш кераклиги тушунтирилди, лекин бемор касалхонага оғир ахволда қайта тушганида бемор буюрилган дориларни кўпини мунтазам қабул қилмаганлиги маълум бўлди.

 Бемо М. касалхонадан 48 километр узоқда яшайди, унинг давоси бир неча бор узилган. Беморда уни доимо назорат қилиб даволаб турадиган доимий шифокор бўлмаган. Доимо уни интенсив терапия бўлимидан оддий палатага олинганда шифокорлар алмашган. Унинг даволаниш мобайнида бир неча мутахассислар алмашган. Бундан ташқари бемор билан унинг соғлига доир бўлган профилактика ишлари ва касаллик авж олиши ва узоқ муддатга соғлиқни ушлаб туриш саволлари мухокама қилинмаган ва бундай хужжатлар юргизилмаган . Бундай холатда даволашнинг **давомийлиги принципига** амал қилинмаган**.**

 Бемор унинг касаллигида самарали даво. Текширувлар ўтказилган: умумий қон тахлили, биохимик кўрсаткичлар, ўпка функцияси, ва б. Лекин касаллик тарихида беморда хавотирланиш ва депрессия симптомлари мавжудлиги кўрсатилмаган. Бир шифокор сўзига кўра: « дастлаб биз органик ўзгаришларни инкор қилиўимиз керак. Сўнгра эса психосоциал аспектлар хақида ўйлаймиз».

Иккита ташхис қўйишдан чўчимаслик керак. Беморда депрессия ва асосий касаллик бўлиши мумкуни. Ана шу икки муаммони хал қилиш зарурдир. Яни **хартомонлама даво** олиб бориш керак.

 Стациоанр ва амбулатор касаллик тарихини текшириш мобайнида даволовчи шифокорлар орасида ўзаромуносабат йўқлиги аниқланди. Амбулатор даво олиб борган шифокор беморнинг госпитализация сонини ва сабабини билмаган. Хамда стационардаги шифокор бемор М нинг қандай амбулатор даво олганлигини аниқламаган. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки кўп текширувлар бир муассада топширилиб бошқа муассада қайтарилган ва бу тўловни ошишига олиб келган. Бу коммуникация ва **координациянинг йўқлиги** бу соғлиқни сақлаш тизимида беморнинг ва унинг оиласига нисбатан совуққонлик.

Беморнинг В амбулатор картасида, касби ва унинг уй шароити кўрсатилмаган, биз биламизки баъзи инсонларда нафас олиш функциясига уй ва иш шароити касалланишга таъсир қилади.

Бемор М. мисолида беморни умумий эмас айнан касалликни даволаш олиб борилган. Касаллик **профилактика принципи** амалга оширилмаган. Бундан ташқари астма касаллигининг профилактикасидан ташқари бошқа профилактик чоралар хужжатларга қайд этилмаган. Бажарилмаган ишлар: кўкрак безларини ўзини ўзи текшириш ўргатилмаган; остеопороз хақида сухбат, юрак қон томир тизими касалликлари ва ўсма профилактикасида жисмоний машқлар ва диета.

Бемор М. нинг оилавий анамнези тўлиқ йеғилмаган. Генограмма кўрсатдики,бемор М. ва унинг хўжайнида уч нафар фарзанд бор (икки қиз ва ўғил). Қизлар соғлом, ўғил эса, бронхиал астма билан касалланган. Бемор Оба родителя М.нинг ота онаси ўтиб кетишган. Отаси алкоголик бўлган. Хўжайниниг ота онаси хаёт. Унинг онаси қарилик ақлизаифлик билан касалланган, отаси– алкоголик. Эриниг ота онаси бемор яшаётган икки хонали домга кўчишган.

Бемор М. оиласиниг схемаси кўрсатилган унда эри ўзи ва учта фарзандлари ташкил этган. Битта фарзанди эмоционал қийинчиликлар туфайли оиладан анча узоқлаштирилган эди. Мария ўзининг оилавий халқасини чизди. Халқанинг бир томонида Мариянинг ўзи жойлашган унинг ортида уч фарзанди, халқанинг бошқа тарафида эри ва унинг ортида ота. Сўнгра Мария ўзининг тарихини баён қилди. Эри кўп ичган пайтида у дори ичишни тўхтатиб қўяркан. Эр ва қайнота ичиб олиб астма билан касалланган ўғлини кўп уриб тураркан. Бу холатни бартараф этиш учун, Мария қийин нафас олишни бошлар ва унда хуруж бошланаркан. Хар бир хуруж оиладаги нотинчлик сабали келиб чиқиши маълум бўлди. Бўғилиш хуружи фарзандини бемор уйда бўлган пайтда қутқариб қолар экан, шунинг учун у хозирги пайтда касалхонада болалари эса уйда отаси билан эканлигидан хавотирда.

 Келтирилган мисолдан кўриниб турибдики касалликнинг асосий негизи турли хил факторлар асосида келиб чиқиши мумкин. Шу маънода оилавий шифокор ютуқли холатда туради: беморни оилавий шароитини билган холатда, муаммоларини билган холатда касалликнинг асосий сабабини тушуниб, оила аъзоларини даволаб ва уларни кузатувга олади.

Хамда оилавий тиббиёт шароитида **тиббий хужжатга** урғу бериш керакдир. УАШ хар бир инсон ва беморга амбулатор карта тўлдиради, у ерда бемор соғлиғига доир ўзгаришлар, қўшимча текширув усуллари, даволаш, қайсидур касаллик хавф гурухига кириши тўлиқ ёзилади. Хозирги кунда тиббий хужжатлар МЗ 535 6.12.2004 йилги буйруқ асосида анча камайган .

Оилавий шифокор– **беморларни уйда кўриш бўйича** ягона шифокордир. Беморларни уйда кўриш умумий амалиёт шифокори томонидан мухим касб этиб, улар нафақат тиббий муаммоларни хал қилишар балки бошқа муаммоларни хам хал қилишади. Шифокор беморнинг қандай шароитда яшаётганлигини билиш, оила аъзолари билан ўзаро муносабати қандайлигини тушуниши мумкин. Улар оила билан шифокор ўртасидаги муносабатни мустахуамлайди.

Жамиятни муаммони хал қилишда жалб этиш жуда мухим ахамиятга эгадир.

**Хулоса :**

Оилавий тиббиёт соғлиқни сақлашда жуда мухим рол ўйнайди, чунки у биламчи тиббий ёрдам кўрсатишда сифатнинг ошиши нархларнинг паслиги билан қўшилиб келади. Бундай натижаларга оилавий тиббиёт тамойилларининг базалари олиб келади:

1. **Хартомонлилик**
2. **Бемор кузатувининг давомийлиги**
3. Интеграция
4. Координация
5. Ишочлилик
6. Хамжихатлик
7. Қулайлик
8. Профилактика
9. Беморнинг масъулиятлиги
10. Экономик эффективлик

Оилавий тиббиётнинг устунликларини татбиқ этиш учун оилавий шифокорлар хаётда барча ана шу принципларни қўллаши керак. Агар соғлиқни сақлашнинг барча тизимлари мана шу принцип асосида иш кўрса ва ушлаб турса бу тезроқ содир бўлади. Узбекистанда соғлиқни сақлашни **қайта шакллантиришда қандай қадамлар амалга оширилмоқда**. Бу биринчи навбатдақонуний актлар:

* Президент И. А. Каримов буйруғи: соғлиқни сақлашда давлат тизимининг реформи (10.11.1998).
* Қишлоқ хўжаликдаги соғлиқни сақлаш тизими реформи (қишлоқ шифокорлари умумий амалиёт ёки оилавий шифокорлар).
* Шахар соғлиқни сақлаш тизими реформи программаси (оилавий шифокорлар)

Оилавий тиббиёт интитуализация процесси узининг ичига согликни саклаш тизимининг юридик ва молиявий узгаришларини ўз ичига олиши керак, янги оилавий шифокорлар учун янги интенсив уқув программаларни ташкиллаштириш ва ахолини қайта переориентациясини ташкиллаштириш иолавий шифокорлар билан мулоқотни яхшилаш мақсадида.

Оилавий шифокорлар беморларни даволаш йулида тугри давони ташкиллаштиришни ўз бўйниларига олишлари, ўз вақтида лабаратор текширишлар, консультация ва госпитализацияга йўлланмаларни ўз вақтид берилишини ташкиллаштириши лозим.

Оилавий тиббиёт соғлиқни сақлашнинг биринчи буғин шифокорларни тиббиёт жамияти ва умуман жамиятнинг олдида обрўйини кутарилишига сабаб булади.

Ва нихоят ўқитилиш программалари оилавий шифокорларни оилавий тиббиётни ўзларининг амалиётларида қўллашга йўналтиришлари лозим.

**►УАШ ишида этика ва деонтология**

Бошқа тартиблар сингари УАШ ўзининг амалиёти вохтида маэлум бир этик моментларнинг жавобгарлигини ўз бўйнига олиши лозим, шунингдек деонтология қоидаларига риоя қилиши керак. Этика қуйидаги саволларни ўз ичига олади:

* Конфиденциаллик
* Даволанишга розилик
* Шифокор ва давлат
* Профессионал интизом
* Мехмондўстлик
* Касблараро муносабат
* Шифокорнинг заиф томонлари
* Ресурсларни таксимлаш
* Илмий текширишлар
* Маълумотларга киришнинг чекланиши
* Этик дилеммалар

Маълумотларнинг чекланиши маълумот ресурсларининг кодланиши дейилади. Бу қабулхона, техник ишчилар, ўрта тиббий ходимлар ва шифокорлар учун.

**Этик дилеммалар** қуйидаги саволларни ўз ичига олади:

1. Хомиладорликни тўхтатиш
2. Аёлларнинг репродуктив ва бепуштлик холатларини даволаш
3. Донор спермаси орқали суний уруғлантириш
4. Генетик консультация ва текширувлар
5. Жинсни алмаштириш
6. Орган ва тўқималар трансплантацияси
7. Қон қуйиш
8. Суррогат оналик, скрининг, ривожланиш нуқсони бўлган болалар, ОИВ/ОИТС муаммолари. Эфтаназия ва клонлаш.

**Конфиденциаллик** тиббиёт амалиётида асосий хисобланади ва шифокор ва беморлар орасида муносабатнинг замини хисобланади. Беморлар касалликлари хақидаги маълумот сир сақланишига ишонадилар. Бемор соғлиғи тўғрисидаги холатнинг очилишида шифокор жавобгар шахс хисобланади.

**Даволанишга розилик.** Шифокорлар томонидан тавсиялар берилади, бемор ушбу тавсиларга амал қилиш ва қаерда даволанишни ўзи танлайди.

1. Бемор шифокор томонидан берилган фикрга рози бўлиши ва амал қилиши мумкун.
2. Розилик танлов имкониятини ўз ичига олиши керак.
3. Бир хил шароитдаги ва холатдаги беморлар учун кандай миқдордаги маълумот берилиши хақидаги масалалар бевосита беморлар билан келишган холатда олиб борилади. Розилик учун мустасно булиб қуидагилар саналади:
4. Шошилинч холатлар
5. Катта бўлмаган жарохатлар ва холатлар
6. Психик касалликлар

**Розилик олиш**

1. Яққол намоён бўлган, оғзаки розилик
2. Ёзма розилик

Хар доим шуни эсда тутиш керакки бемор ва шифокор ўртасидаги муносабат ишончга таянади.

**►Тиббий маданият тамойиллари.**

Соғлиқни соқлаш вазирлигининг бошқувидаги беш асосий этик тамойиллари:

1. Инсонлар тиббий ёрдамга хақлари бор.
2. Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизими асосида индивидуумларга тиббий ёрдам мавжуд.
3. Ногиронларга тиббий ёрдам курсатишга ва профилактика ишларига тиббиёт ходимларининг жавобгарлиги.
4. Тиббий ходимларнинг муносабати кооператив ва тиббий шароитлардан келиб чиққан холатда бўлиши керак.
5. Соғликни сақлаш вазирлигидаги барча тиббий ходимлар, тиббий уюшмаларнинг хаммасининг фаолияти одамларнинг соғлиғини сақлашга қаратилган тадбирларга асосланган.
6. ►**тарқатма материал**

Талабарга вароқлар тарқатилади, вароқларга сийдик синдромининг тарифи, протеинурия классификацияси, гематуриялар тури, лейкоцитуриялар, сийдик чукмасида ўзгариш бўладиган бошқа касалликлар, дифференциал диагноз ва критерийлар. Кейингиликда текширув саволлари ва адабиётлар берилади.

**►амалий машғулотнинг таъминланиши.**

Керакли хужжатлар шаблони

Жадваллар.

Слайдлар

**►мустақил иш ва мустақил ўқиш**

*Мавзу:* ***оилавий тиббиёт асослари*** *УАШ функциялари. Фаолият асослари. Беморларни уйда куриги. Оммалаштириш. Бемор ва шифокор хуқуқлари. УАШ фаолиятида этида ва деонтология. (аудиториядан ташқаридаги иш)*

1.уй ёки кутубхога шароитидаги мустақил иш.

2. кафедрадаги эрталабки клиник конференцияда мавзу бўйича доклад билан таёрланиш ва чиқиш.

 **►Дарс вақтидаги ўқув амалиёт.**

Шифохона палаталари

Соатлар 1 соат

**►Саволлар:**

1. Умумий амалиёт врачларининг амалиётининг ўзига хослиги.
2. Керакли булган тиббий хужжатларни тўлдириш.
3. Беморларни уйда кўриш қоидалари.
4. Соғлом турмуш тарзини тарғибот қилишда ахолини жалб этиш нимага асосланган.
5. Шифокор ва бемор хуқуқлари
6. Оилавий амалиётда этика ва деонтология.