

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI  
O'RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA'LIMI MARKAZI

**M. F. ZIYAYEVA, M. D. XODJASHEVA**

# **QARIYALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI**

*Kasb-hunar kollejlari uchun o'quv qo'llanma*

*Uchinchi nashr*

TOSHKENT  
«NISO POLIGRAF»  
2017

UO‘K:610.255-053.9  
KBK 51.1(5ŷ)2  
Z63

**Ziyayeva, M. va boshq.**

**Qariyalarda hamshiralik parvarishi.** Kasb-hunar kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma. /M. F. Ziyayeva, M. D. Xodjasheva. O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi – T.: «Niso Poligraf», 2014. – 184 b.

**UO‘K: 610.255-053.9**  
**KBK 51.1(5ŷ)2**

**Taqrizchilar:**

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi «Terapiya» kafedrası mudiri,  
professor *N. N. Nasriddinova*

Toshkent shahar hokimiyati o‘rta maxsus, kasb-hunar ta‘limi boshqarmasi,  
boshqarma boshlig‘i *F. Sh. Inoyatov*

O‘rta maxsus, kasb-hunar ta‘limi markazi ilmiy-metodik  
Kengashi tomonidan nashrga tavsia etilgan

ISBN 978-9943-375-75-8

© M. Ziyayeva va boshq., 2017  
© «NISO POLIGRAF», 2012–2017

---

---

## SO‘ZBOSHI

Respublikamiz mustaqillikka erishgandan keyin xalq xo‘jaligining hamma jabhalarida, shu jumladan, ta‘lim va tibbiyot sohalarida ham tub islohotlar amalga oshirilmoqda. O‘zbekiston Respublikasining «Ta‘lim to‘g‘risida»gi qonuni, «Kadrlar tayyorlash Milliy dasturi», «Sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish Davlat dasturi», «Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash to‘g‘risida»gi qonunlarining qabul qilinishi ham ta‘lim va tibbiyot tizimi rivojiga katta ta‘sir ko‘rsatdi.

«Kadrlar tayyorlash Milliy dasturi»ning 2-bosqichi ta‘lim tizimining barcha sohaları qatori o‘rta maxsus ta‘lim muassasalari oldiga qator muhim vazifalarni qo‘ydi. Bu kadrlarni har tomonlama yetuk, malakali mutaxassislar qilib tayyorlashdan iborat bo‘lib, asosiy e‘tibor ham shunga qaratilgan. Yetuk va bilimdon kadrlarni tayyorlashda o‘qitilayotgan o‘quv adabiyotlarining mazmun-mohiyati va ta‘lim tizimida dars berayotgan mutaxassis pedagoglarning bilim saviyasi va mahorati muhim rol o‘ynaydi. Shu maqsadda, o‘qituvchi-pedagoglarning doimiy harakatdagi malaka oshirish kurslarini tashkil etish, ularning saviyasi va salohiyatini oshirish bugungi kun talabidir. Ushbu talablardan kelib chiqqan holda kollejlarda, litseylarda yangi dastur, darslik va ma‘ruza matnlari yaratilmoqda.

«Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fanidan yaratilgan darslik hozirgi zamon talabidan kelib chiqqan holda, jahon standartlariga mos yetuk hamshiralar tayyorlashda qo‘l keladigan ma‘lumotlar bilan yanada boyitilgan.

Darslik O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Oliy va o‘rta ta‘lim o‘quv-uslubiy idorasi tomonidan tuzilgan: «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» dasturi asosida yozildi.

Xususan, darslikdagi mavzularni yoritishda tibbiyot sohasidagi Internet yangiliklaridan hamda qo‘shimcha o‘quv adabiyotlardan foydalanildi.

Ushbu darslik o‘quvchilarning «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fani bo‘yicha bilim va malakalarini kengaytirishga yordam beradi, degan umiddamiz.

Darslik bo‘yicha bildirilgan barcha fikr va mulohazalar mualliflar tomonidan samimiyat bilan qabul qilinadi.

---

---

## **I bob. «QARIYALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI» FANINING MAQSADI VA VAZIFALARI**

### **I.1. «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fani haqida tushuncha**

Sogʻliqni saqlash tizimining dolzarb muammolaridan biri boʻlgan «Gerontologiya» insonning qarish jarayonini oʻrganadigan fan boʻlib, yunoncha «geros» – qari va «logos» – fan degan maʼnoni anglatadi.

«Qariyalarda hamshiralik parvarishi»ning asosiy maqsadi insonning faol va toʻlaqonli hayotini uzaytirish yoʻllarini izlab topishdir. Keksa yoshdagi bemorlarga xizmat qilish aksariyat tibbiyot xodimlarining kundalik vazifasi, chunki tibbiy xizmatga muhtoj barcha bemorlarning 25–30% keksa yoshdagi bemorlardir. Jahondagi barcha mamlakatlarda demografik koʻrsatkichlar qariyalar hisobiga oshib bormoqda.

2004-yilgi Sogʻliqni saqlash statistik maʼlumotlariga koʻra Oʻzbekistonning qari aholisi:

T/r	Yoshi	Soni
1	60<	3 mln. 876 mingdan ortiq
2	60–74	2 mln. 98 mingdan ortiq
3	75–89	230 mingga yaqin
4	90–100	28365
5	100<	2476

2017-yilgi maʼlumotga koʻra:

Erkaklar oʻrtasida oʻrtacha yosh – 69,5 yosh;

Ayollar oʻrtasida – 75,7 yosh.

2017-yilda qariyalar umumiy aholi sonining 4,7% ni tashkil etdi.

Qarilik – umrning qonuniy tarzda yuz beradigan yakunlovchi davridir. Biroq muddatidan oldin qarish hodisasi ham hayotda bor haqiqatdir. Shu sababdan S. P. Botkin va I. I. Mechnikovlar fiziologik va barvaqt qarish mavjudligi haqidagi tushunchalarni yoqlab chiqqanda haq edilar. Qarilik bu, eng avvalo, hayotiy tajriba va donolik davridir.

Barvaqt qarish boshdan kechirilgan kasalliklar yoki tashqi muhitning zararli omillari ta'sirida yosh bilan bog'liq o'zgarishlarning birmuncha erda rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Fiziologik qarish aqliy va jismoniy sog'lomlikni, ma'lum darajadagi ish qobiliyatini, dilkashlikni, tevarak-atrofdagi hodisalarga qiziqishni saqlab qolish bilan belgilanadi.

Tashqi muhit ta'siri va organizmning ichki omillari qarish jarayonining tezlashuviga, organizmning erda qarishiga olib keladi, bu jarayon organizmning o'sish va rivojlanishi to'xtaganidan keyin boshlanadi.

«Qarilik» tibbiy biologiya bilan chambarchas bog'liq bo'lib, u molekula va hujayralardan tortib butun organizmning qarish sabablarini o'rganadi.

Qarish – qarilik, ya'ni yosh ulg'aya borishi bilan organizmda paydo bo'ladigan o'zgarishlarning qonuniy tarzda ro'y berish jarayonidir. Umuman olganda, bugungi kunda qarilik muammolarini har tomonlama o'rganadigan turli fan sohalari paydo bo'ldi va ular jadal rivojlanmoqda. Xususan, dunyo aholisi sonining qariyalar hisobiga oshishi «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fanining rivojlanishini yanada jadallashtiradi.

«*Qariyalarda hamshiralik parvarishi*» – qariyalarda kasallikning kechishi xususiyatlarini o'rganadigan fan bo'lib, sog'liqni saqlash tizimi amaliyotiga tobora chuqurroq kirib bormoqda.

«*Gerogigiyena*» esa qariyalar gigiyenasini o'rganmoqda.

«*Gerontopsixologiya*» – qariyalar ruhiy holati va fe'l-atvorini;

«*Gerodiyetika*» – qariyalar ovqatlanishi va uning xususiyatlarini;

«*Gerodermiya*» – qariyalar teri qoplami xususiyatlarini o'rganuvchi bo'lim.

«*Geroekologiya*» – qarish jarayoniga ekologik omillarning ta'sir etishini o'rganuvchi fan.

Bugungi kunda jahonda genetik olimlarning chuqur izlanishlari natijasida, qarish jarayoniga ta'sir etuvchi genlar borligi taxmin qilinmoqda. Agar bu taxmin tasdiqlansa, «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fanida keskin o'zgarishlar yuz berishi va insonning hozirgidan ham uzoqroq umr ko'rishiga erishiladi.

Genetikaning rivojlanishi juda ko‘p geriatric kasalliklarning kamayishiga sabab bo‘ladi.

## **I.2. «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fani asoschilari va rivojlanish tarixi**

Inson organizmida tug‘ilishdan to‘olimiga qadar uzluksiz morfologik, kimyoviy, fiziologik, psixologik o‘zgarishlar kuzatiladi. Qadimdan olimlar qarish sabablari va umrboqiylik sirlarini ochishga uringan, bu haqda falsafiy bahs-munozaralar yuritgan. Uning ildizlari juda qadimdan boshlangan bo‘lib, qadimgi xitoy va hind olimlari asarlarida, Gippokrat to‘plamlarida hamda Ibn Sinoning «Tib qonunlari»da o‘z aksini topgan.

Qarilik muammolari bo‘yicha I. I. Mechnikov, A. A. Bogomoles, I. P. Pavlov, A. V. Nagorniy, I. V. Davidovskiy va boshqa olimlar jiddiy ilmiy izlanishlar olib borishgan.

I. I. Mechnikov qarish jarayonini hujayralararo muntazam aloqalarning buzilishi va organizmda intoksikatsiya oqibatida metabolitlarning to‘planishi bilan bog‘lagan. I. P. Pavlov esa oliy nerv faoliyatidagi o‘zgarishlarning qarish jarayoniga ta‘sirini o‘rgangan. A. A. Bogomoles qarish jarayonini biriktiruvchi to‘qima strukturasi va funksiyasining buzilishi hamda undagi oqsillarning kimyoviy kolloid holatining buzilishi bilan izohlaydi. A. V. Nagorniyning fikricha, qarish – hujayra sitoplazmasining o‘z-o‘zidan yangilani-shining so‘nishiga bog‘liq.

Respublikamizning yetuk olimlaridan biri bo‘lgan professor R. M. Nurmammedovning qariyalardagi oshqozon-ichak tizimi kasalliklarini jarrohlik yo‘li bilan davolash muammolari ustida olib borgan ilmiy ishlari diqqatga sazovordir.

Xo‘sh, umuman qarilik davrini qanday aniqlash mumkin? 1963-yili Kiyevda o‘tkazilgan Butun dunyo sog‘liqni saqlash tashkilotlarining qarilik jarayoni haqidagi seminarida qabul qilingani bo‘yicha:

45 yoshdan 59 yoshgacha	o‘rta yoshlilar
60 yoshdan 74 yoshgacha	keksalar
75 yoshdan 89 yoshgacha	qariyalar
90 yosh va undan katta yoshdagilar	uzoq umr ko‘ruvchilar deb hisoblanadi

---

---

## II bob. QARILIK DAVRINING XUSUSIYATLARI

Hamshiralik ishi bo'yicha yuksak malakali mutaxassislar mavjudligi odamlar sog'lomligi va jamiyat jadal rivojlanishining muhim omillaridan biridir. Respublikamizda jahon andozalariga mos, davr talabiga to'la javob bera oladigan shunday mutaxassislar tayyorlash uchun izlanishlar olib borilmoqda. Shuning uchun «Qariyalarda hamshiralik parvarishi»ga: «Qariyalarda hamshiralik jarayoni», «Qariyalarda kommunikatsiya», «Hamshiralik faoliyati falsafasi» kabi yangi tushunchalar kiritildi.

Zamon qariyalarda hamshiralik parvarishini «fan» sifatida rivojlantirishni taqozo etmoqda. Bugungi hamshira kasallik belgilariga asoslanib, bemorga «Hamshira tashxisi» qo'ya olishi lozim. Qariyalarning dardini eshita, tushuna olish, ular bilan insoniy muloqotga kirisha bilish, bemor oldida javobgarlikni to'la his etib, uning sog'lig'ini ijobiy tomonga o'zgartirish shu kunning talabidir.

Hamshiralik ishini fan va sanoat darajasiga ko'targan amerikalik nazariyotchilardan biri V. Xenderson tibbiyot hamshiralariining noyob vazifasi – inson, sog'lom odam yoki bemorga o'zining sog'lig'ini tiklashi, mustahkamlashi, umrini osoyishta yashab o'tishiga ko'mak bera oladigan darajada malaka va bilimga ega bo'lishdan iborat, deb hisoblaydi.

Demak, «Qariyalarda hamshiralik parvarishi»ning maqsadi quyidagilardan iborat:

- Qariyalarning asosiy ehtiyojlarini tushunmoq;
- Qariyalarning sog'lom bo'lishiga, sog'lig'ini saqlashga va tiklashga erishish;
- Qariyalarning o'zini o'zi parvarishlashga erishish;
- Vaqti-soati kelgan yoki og'ir, tuzalmas kasallik bilan og'riqan qariyalarning umrini osoyishta yashab o'tishiga imkoniyat yaratish;

– Qariyalar uchun sog‘lom turmush tarzini yuzaga keltirish va rivojlantirish zarur.

**Qariyalarda hamshiralik jarayoni** – hamshira tafakkurining va harakatining alohida bir turi. Chunki qariyalarga qarash, ularni davolash hamshiralardan alohida mas’uliyat, muomala madaniyati, ilmini talab etadi. Qariyalarda yoshi o‘tgan, keksaygan shaxsning muammosini hal etishda hamshira rejali ravishda ish olib borishi zarur. Hamshiralik jarayoni – dinamik, o‘sib boruvchi va o‘zgaruvchan harakatli jarayondir.

Keksa, qari kishi yoki bemorlarning dardi ko‘p. Demak, ularning parvarishiga bo‘lgan munosabat ham shunga mos ko‘p qirrali bo‘lishi lozim. Boshqacha aytganda, qariyalarni parvarishlash rejasi vaziyatga qarab muttasil o‘zgarib turadi. Bu jarayon ularning ehtiyojlarida mujassamlangan. Demak, parvarish rejasi bunday bemorlarning asosiy ehtiyojlariga asoslanib tuziladi.

Hamshiralik jarayoni aniq bir maqsadga yo‘naltirilgan, moslashuvchan jarayon. Hamshiraning ishi shifoxonalarda, oilalarda, qariyalar uylarida, poliklinikalarda olib boriladi. Hamshira bu jarayonda o‘z mutaxassisligi bo‘yicha bilimi, iste’dodi, tajribasi va mantiqiy fikrlash qobiliyatini bemorning sog‘lig‘ini tiklash, uni parvarish qilishga, muammolarini hal etishga sarflashi zarur.

Hamshiralik jarayoni 5 ta bosqichdan iborat:

**1-bosqich.** *Ma’lumot to‘plash, tahlil qilish va ularni baholash.* Bu – shaxs muammolarini aniqlash va parvarishni rejalashtirish uchun bajariladi. Ushbu bosqichda bemorning holatini kuzatish – o‘zidan, yaqinlaridan, tanishlaridan, tibbiy kartasidan ma’lumot to‘plashdan iborat. Bu bosqichda to‘plangan ma’lumot bo‘yicha hech qanday xulosa qilinmaydi. Lekin bemorning muammosini bilish uchun undagi kasallikning obyektiv va subyektiv belgilari bilan bir qatorda, bemorning asosiy ehtiyoji aniqlanadi. Demak, bemor bilan muloqotda uning asosiy ehtiyojlarini bilish uchun biz har tomonlama mutaxassislik kommunikatsiyasidan foydalanishimiz lozim. Qariyalarda kommunikatsiya – qariyalar bilan hamshira o‘rtasidagi muloqot bo‘lib, bu – bemorning shaxsiyatiga tegmaydigan tarzda uning ruhiy kechinmalarini bilish, agar sog‘lig‘iga salbiy ta’sir etsa, ularni



bartaraf etish yoki yengillashtirish usullarini aniqlab, bemor atrofida psixoemotsional osoyishtalik yaratib, parvarishni olib borishdir.

Hamshira qariya bemor bilan muloqotda mutaxassislik kommunikatsiyasi tamoyillari qoidasiga amal qilishi kerak:

1. Muloqotda aniq va ravshan murojaat etish.
2. Faol ravishda eshitish – bemorning dardini tinglay bilish.
3. Savol berish texnikasidan foydalanish.
4. Qariyalarni suhbatga – dardlashishga chorlovchi, tinch, osoyishta muhitni yaratish.

Qariyalarning ruhiyati, emotsional holatidan kelib chiqqan holda muloqot ko‘proq ularni qiziqtiruvchi yo‘nalishda olib boriladi. Buning uchun alohida faol ravishda eshitish qoidalarini qo‘llash zarur:

- Tashqi qiyofasi bilan (bosh qimirlatish, tasdiqlash).
- Fikrni davom ettiruvchi so‘zlarni ishlatish. Misol uchun:
  - Keyin nima bo‘ldi?
  - Siz uchun ma‘qulmi? va hokazo.
- Bemorning fikrini bilish, buning muhimligini bildirish.
- Avaylash, g‘amxo‘rlikni his qildirish.
- So‘zlashanda yuz va tana harakatlariga e‘tibor berish.

Qariyalarning tashvish-muammosini hal etish uchun uning mohiyati negizini qayta-qayta aniqlash va bilib olishga erishish.

Buning uchun verbal (so‘z orqali), noverbal (harakat orqali) muloqot turidan foydalanish zarur.

Inson yoshi o‘tganda, keksayganda katta hayotiy tajribaga ega bo‘ladi. Bunday odamlar hamshiraning muloqotidan o‘ziga nisbatan munosabatni va hamshira haqidagi ma‘lumotni ham bilib olish qobiliyatiga ega bo‘ladi.

Muloqotda ma‘lumotning 30% i gapda ifodalanadi: bunda 7% so‘zdan; 13% ohangidan; 10% mazmunidan bilib olinadi. 70% ni esa tashqi ko‘rinish: qo‘l, yuz, tana harakati bilan, hatto hid orqali bilib olish mumkin.

Kommunikatsiyada savol berish usulidan to‘g‘ri foydalanish zarur.

Savollar uch xil yo‘nalishda beriladi:

**Yopiq savollar** – izoh talab qilmaydigan savollar.

Misol: – Siz bugun yaxshi uxladigizmi? – Ha yoki yo‘q.

**Ochiq savollar** – izoh talab qiladigan savollar.

Misol: – Nega bugun yaxshi uxlay olmadingiz?

**Yo‘naltiruvchi savol** – fikrni davom ettirishga undovchi savol.

Misol: – Balki havo ta‘sir qilgandir?

Demak, savol berish qoidasi bemorning muammosini chuqur aniqlash uchun yordamchi vosita hisoblanadi.

Hamshiralik jarayonining barcha bosqichlarida hamshira kommunikatsiya tamoyillariga amal qilishi kerak.

**2-bosqich.** *Hamshiralik tashxisi.* Ya‘ni, kasallik etiologiyasi va klinik belgilarga asoslanib, bemorning asosiy muammosi aniqlanadi va belgilab olinadi.

«Hamshira tashxisi» – hamshiralik jarayonining asosidir. Hamshira tashxisini qo‘yishdan maqsad, bemorning ahvoriga va kasallikning kechishiga to‘g‘ri baho berishdir. Bemor bilan kommunikatsiyada bo‘lish bemorda kasallik oqibatida paydo bo‘lgan muammolarni aniqlash, shu asosida bemorni kuzatuv kundaligini olib borish, bemorni sog‘lomlashtirishni tashkil qilishdir. Hamshira tashxisi qo‘yishda nazariy bilimlarni egallash bilan birgalikda mukammal amaliy ko‘nikmalarga ham ega bo‘lishi kerak. Bemor muammosini aniqlashda **MASLOU ehtiyojlar pog‘onasidan** foydalanish maqsadga muvofiqdir.

**MASLOU pog‘onasida** qariyalarning o‘z kasaliga yoki holatiga munosabati, kasallikni yengishiga ishonchi, umuman, fiziologik jarayonlar kechishiga qanday munosabatda bo‘lishi va bunga nima ta‘sir ko‘rsatishi, tashqi muhitning ta‘siridan o‘zini himoya qila olish-olmasligi, yordamga muhtoj-muhtoj emasligi, o‘zini jamiyat, yaqinlari bilan hamnafas his etishi yoki yolg‘izlanib qolganligi kabi holatlar aniqlandi. MASLOU pog‘onasiga asoslanadigan bo‘lsak, inson pog‘onaning eng pastki qatoridagi ehtiyojlarini qondirgandagina yuqori pog‘onadagi ehtiyojlarga intilishi mumkin. Ehtiyojlar va talab pog‘onasi pastdan yuqoriga qarab quyidagi tarzda joylashadi:

1. Hayotiy zaruratdan kelib chiqqan holda ehtiyojlarni qondirish.
2. Xavfsizlikka ishonch, barqarorlik, erkinlikni his qilish (pul, sug‘urta, oila, do‘stlar).

3. Odamlar bilan muloqotga bo'lgan ehtiyojini qondirish (yolg'izlik – katta muammo).
4. O'zini o'zi hurmat qilish (ehtiyoj qondirilmasa odam o'zini kuchsiz, ishonchsiz sezadi).
5. Yaratishga, yashnatishga, rivojlantirishga ehtiyoj (san'at, sport, ijod) sezishi zarur.

**3-bosqich.** *Muammoni hal qilish yo'llarini rejalashtirish.* Rejalashtirish imkoni boricha bemor bilan birgalikda olib boriladi. Hamshira bemor holatini yengillashtirish, kasallik asoratlarining oldini olish, ya'ni bemorning sog'lig'i muammolarini hal qilish rejasini tuzadi va buni hamshiraning kuzatish kartasiga belgilab boradi.

**4-bosqich.** *Rejalashtirilgan vazifani bajarish va uni hujjatlashtirish.*

Bu bemorni parvarishlash va ma'lumotlarni navbatchi hamshiraga topshirish uchun parvarishlash jarayonini qayd etib borishdir.

**5-bosqich.** *Yakuniy natijani, xulosani baholash* yoki parvarish rejasi asosida olib borilgan ishlardan ijobiy natija olingan yoki olinmaganligini baholash, agar kerak bo'lsa, hamshiralik tashxisini o'zgartirib, yangi tashxis asosida boshqa reja tuzish va muolajani shu asosda olib borishdan iborat.

Xulosa qilib aytganda, hozirgi zamon talabiga javob bera oladigan yetuk hamshira «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» faniga tayangan holda, qariyalarga nafaqat kasallik paytida, balki fiziologik qarish jarayoniga moslashish, to'laqonli hayot faoliyatini davom ettirishda yordamchi mutaxassis bo'lishi shart.

## **II.1. Inson hayotida qarish jarayonining kechishi**

### **Qariyalarning jismoniy xususiyatlari**

Qarilik – yosh ulg'aya borishi bilan organizmda ro'y beradigan qonuniy o'zgarishlarning yakuniy bosqichidir. Qarish biologik parchalanuvchi jarayon bo'lib, bunda organizmning moslashish qobiliyati cheklana borib, turli patologik o'zgarishlar rivojlanadi va o'lim muqarrarligi tezlashadi.

Ko'p hujayrali murakkab organizmlar umri davomida nafaqat anatomik, balki funksional jihatdan ham ma'lum bir o'zgarishlarni boshidan

kechiradi. Bu o'zgarishlar yoshi o'tgan sari ularning tashqi ko'rinishi yoki ularning «habitus»ida ham namoyon bo'ladi. Qarilikda yuz terisi quruq, burishgan, serajin, ilvillagan, rangsiz tus oladi, yupqalashganligi natijasida teri ostidagi tomirlar bo'rtib ko'rinib turadi. Bosh qismida soch tolalari oqargan, siyraklashgan, ko'zlari nursiz, og'iz bo'shlig'ida tishlar yetishmaydi, umurtqa pog'onasi bukchaygan, harakatlari sustlashgan, qiyinlashgan – mana shular qarilikka xos bo'lgan ayrim belgilardir.

Ko'rish va eshitish qarilikda pasayadi. Qariyalarning eti tez-tez junjikadi. Bo'yi pasayib, vazni ham kamayadi. Erkak kishi 50–85 yoshlar o'rtasida kamida 3 sm ga, ayollar esa 4 sm ga pasayadi. Me'yorda erkaklarda tana vazni 40 yoshda, ayollarda esa 50 yoshda maksimal holatda bo'ladi. Qarigan odam organizmining barcha fiziologiya tizimida asta-sekin o'zgarishlar rivojlanadi va ularning pasaygan imkoniyatlarga moslashuvi yuz beradi.

Organizmدا chuqur anatomik va funksional o'zgarishlar qarilik involutsion jarayoni tushunchasini anglatadi va bu jarayon uzoq vaqt davom etadi. Anatomik o'zgarishlar qarilik atrofiyasi ko'rinishida, sklerozga moyillik holatida xarakterlanadi. Bu holat moddalar almashinuvining boshqacha bo'lib qolishiga, shuningdek, jinsiy bezlar funksiyasining susayishiga hamda endokrin muvozanatining buzilishiga, ya'ni yangilanish va yemirilish muvozanatining buzilishiga olib keladi. Qarilikda ro'y beradigan anoreksiya – ishtahaning pasayib ketishi holati bunga yorqin misoldir. Bu holat to'qimalarning yashash uchun zarur bo'lgan energiya manbayi, ozuqa moddalariga bo'lgan talabining pasayib ketishi ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Qarilik atrofiyasi deganda, hujayralarda yuz beradigan regressiv o'zgarishlar yig'indisi, ya'ni hujayralar hajmining, sonining kamayishi havda ular protoplazmasida fizikaviy va morfologik o'zgarishlar ro'y berishi, terining yupqalashuvi, suyak va tog'ay to'qimalarining mo'rtlashuvi, teri osti yog' qatlamining yo'qolishi tushuniladi. Ayollarda «mensis» tugaganidan keyin, ya'ni «klimaks» boshlanganidan keyin tuxumdonlar va bachadon kichrayadi. Involutsion jarayonida bosh miya vazni ham kamayadi. Nerv to'qimalarida pigmentli-yog'li degeneratsiya va trofik o'zgarishlar ro'y beradi.

Qon aylanish tizimida – ateroskleroz holati vazomotor o'zgarishlarga sababchi bo'ladi. Bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi bilan ifodalanadi, arterial bosim ko'pincha ko'tariladi.

Yurakda miokardioskleroz qayd etiladi, bu esa yurak faoliyatini susaytiradi, qon aylanish tizimining yetishmovchiligiga, organlarning ozuqa moddalariga va kislorodga to'yinmasligiga va ma'lum bir klinik simptomlarning kelib chiqishiga sababchi bo'ladi. Bular bosh aylanishida, xotiraning pasayishida, uyquning buzilishida, oyoq-qo'llarning kuchsizlanishi, qaltirashida va boshqa belgilarda namoyon bo'ladi.

Qarilik har bir organizmda individual rivojlanadi. Insonning yoshini kalendar, ya'ni xronologik tarzda o'rganish mumkin. Ko'pincha, qarish jarayoni insonning yoshiga mos kelmaydi. Masalan, 60 yoshli odam organizmida 70 yoshga kirgan odam organizmiga xos bo'lgan struktur o'zgarishlar, funksiyalar buzilishi kuzatilishi mumkin. Demak, fiziologik qarish bilan bir qatorda, erta qarish jarayoni ham mavjud ekan. Insonning kalendar yoshi biologik yoshidan qancha katta bo'lsa, qarish jarayoni shuncha sekin kechadi, umri uzayadi. Hozirgi tibbiyotning vazifasi erta qarishning oldini olish va unga qarshi kurashdan iborat. Insonning turmush tarzi, ijtimoiy muhit qarishga ta'sir etadigan omillardir.

Qarish jarayoni organizm hayot faoliyatining molekulyar, hujayra, organ, tizim va butun organizm darajasida rivojlanadi va bu o'zgarishlar bir-biri bilan o'zaro bog'liq. V.V. Frolkis nazariyasiga binoan, organizm qarishida adaptatsion-regular mexanizmining buzilishi sodir bo'ladi.

Qarish – murakkab biologik jarayon. Organizm hayoti mobaynida unga ta'sir etayotgan endogen va ekzogen omillar muhim fiziologik funksiyalar ishini izdan chiqaradi.

Qarishning oldini olish uchun ekzogen omillar ta'sirini kamaytirish, toza ekologik turmush tarzini yaratish zarur, bu umrni uzaytiradi. Evolutsiya mobaynida organizm hayot faoliyatida qarish bilan qarama-qarshi bo'lgan jarayon – vitaukt mavjuddir. Vitaukt (lotincha «vitac» – hayot, uzun degani) organizm moslashishi qobiliyatini oshiradi,

umrni uzaytiradi. Qarish va vitaukt jarayonlarining o‘zaro aloqasi inson organizmi tuzilishi bilan paydo bo‘ladi va umrni uzaytirishini ifodalaydi. Gerontologlarning fikricha, organizmning qarish jarayonida tabiiy yoki fiziologik va erda, tezlashgan qarish tafovut qilinadi.

Fiziologik qarish organizmda asta-sekinlik bilan sodir bo‘ladigan tabiiy o‘zgarishlar bo‘lib, organizmning biologik xususiyatlariga mos keladi, atrof-muhitga moslashuvi cheklanadi.

Erta qarish – yoshga bog‘liq o‘zgarishlarning ertaroq paydo bo‘lishi, bunda insonning biologik yoshi uning kalendar yoshidan o‘zib ketadi. Turli xil kasalliklar, stresslar, neyrogumoral omillar, radioaktiv moddalar bilan nurlanish qarish jarayonini tezlashtiradi. Masalan, yurak ishemik kasalligi, me‘da yarasi, qandli diabet kabi kasalliklarda bemorlarning tashqi qiyofasi o‘z yoshiga qaraganda ancha qariroq ko‘rinadi.

Erta qarish sabablari 2 xil omildan iborat:

1. Endogen omillar.
2. Ekzogen omillar.

*Endogen omillarga* organizmning turli kasalliklari, irsiy omillar, xromosom kasalliklari kiradi.

*Ekzogen omillarga* ruhiy stresslar, gipodinamiya, noto‘g‘ri ovqatlanish, semirish, zararli odatlar, ekologik muhit ta‘siri kiradi.

Organizmning erda qarishiga eng ko‘p sababchi bo‘lgan kasalliklar: ateroskleroz, arterial gipertoniya, surunkali o‘pka kasalliklari, oshqozon, jigar kasalliklari, asab va endokrin kasalliklaridir. Qarish jarayonida irsiyat muhim ahamiyat kasb etadi. Erda qarish yoki uzoq umr ko‘rish nasldan naslga o‘tishi isbotlangan.

Ayollarda qarish jarayonining ancha sekin borishi ham genetik apparat xususiyatlariga, ham ayollarda zararli odatlarning yo‘qligi bilan izohlanadi. Erda qarishga sabab bo‘ladigan omillardan biri bo‘lgan chekish bemorlarda ateroskleroz, miokard infarkti, arterial gipertoniya kabi kasalliklarni avj oldiradi.

Qarish – ko‘p o‘choqli umumbiologik jarayon bo‘lib, hujayralarning yadrosida, sitoplazmasida, membranalarida, mitoxondriya va boshqa strukturalarida namoyon bo‘ladi. Qarish jarayoni rivojlanishida 4 xil xususiyat farq qilinadi:

1. Geteroxronlik.
2. Geterotoplik.
3. Geterokinetiklik.
4. Geterokateftenlik.

*Geteroxronlik xususiyat* qarish jarayonining turli organ, to‘qima, tizim hujayralarida har xil muddatda boshlanishidir. Masalan, ayrisimon bezning atrofiyasi 13–15 yoshlarda boshlansa, jinsiy bezlarning atrofiyasi klimakterik davrda boshlanadi. Markaziy asab tizimi va endokrin tizimning turli bo‘limlarida ham geteroxron qarish kuzatiladi.

*Geterotoplik xususiyat* mas’ul bir organning turli qismlarida qarish belgilarining namoyon bo‘lishidir. Masalan, yurak miokard to‘qimasida turli kardiotsitlar bo‘lishi mumkin.

*Geterokinetik xususiyat* organizm to‘qimalarida qarish jarayonining turlicha tezlik bilan kechishidir. Masalan, ayrim to‘qimada erta boshlangan qarish belgilari sust rivojlanib borishi mumkin, aksincha, boshqa to‘qimada kechroq boshlangan qarish belgilari tez rivojlanib borib, organizm funksional holatiga ta’sir etishi mumkin.

*Geterokateftenlik xususiyat* organizmdagi yoshga bog‘liq o‘zgarishlarning turli xil yo‘nalishlarda, organizmdagi hayotiy jarayonlardan birining so‘nishi va ikkinchisining faollashuvi bilan kechishidir.

Demak, qarish jarayoni murakkab morfologik o‘zgarishlar va funksiyalarning so‘nishi bilan kechadigan jarayon ekan. Qarish jarayonini ko‘p olimlar hujayraning genetik apparatidagi va oqsil biosintezidagi buzilishlar bilan bog‘lashadi.

O‘zgarishlar DNKning genetik ma’lumotlar uzatish bo‘g‘inida sodir bo‘ladi. Oqsil sintezida oqsil molekulasidagi o‘zgarishlar hujayra funksiyasining buzilishiga olib keladi. O‘zgarishlar hujayrada energiya-ning paydo bo‘lishi, uzatilishi va sarflanishida kuzatiladi. Hujayrada kislorodga bo‘lgan ehtiyoj kamayadi, fermentlar faolligi pasayadi. Lipidlar almashinuvi ham izdan chiqib, hujayra membranasining fosfolipid tarkibi buziladi, qonda xolesterin, triglitseridlar, lipoproteidlar miqdori oshib ketadi, natijada ateroskleroz rivojlanadi. Bu esa qarish jarayonini tezlashtiradi.

Qarish jarayonida hujayralar funksiyasining buzilishi va o'limi, organ to'qimalarini hamda organizm faoliyatini izdan chiqaradi, hujayrada distrofik va kompensator o'zgarishlar bo'ladi. Qarish oqibatida miya neyronlari 30–40% ga, buyrak netronlari, o'pka alveollari 30–50% ga kamayadi.

Qarishning asosiy morfologik ko'rinishi organ va to'qimalarning atrofiyasi bo'lib, bu hujayralarning kamayishi hisobiga paydo bo'ladi. Har bir organ to'qimalarida atrofik hujayralar bilan bir qatorda normal hujayralar ham uchraydi. Atrofiyaga uchragan hujayralar hisobiga normal hujayralarda giperfunksiya va gipertrofiya sodir bo'ladi. Hujayraning qarish jarayoniga moslashuvi tufayli undagi yadro soni ko'payib, DNK miqdori ortib boradi. Mitoxondriyalarning umumiy miqdori kamayishi oqibatida gigant formadagi mitoxondriyalar paydo bo'ladi, hujayralarda organoidlarning parchalanish mahsuloti bo'lgan ferment – lipofutsin to'planadi. Hujayralarning funksional o'zgarishlari kuzatiladi, hujayra funksiyasi susayadi, neyronlarning ma'lumot qabul qilish qobiliyati pasayadi. Sekretor hujayralarda moddalarni sintezlash va ajratish jarayoni kamayadi, yurak hujayralarining qisqarishi pasayadi, hujayra membranasining qo'zg'alishi va bioelektrik xususiyati buziladi. Hujayralarda kalsiy ionlarining faol transporti buziladi, bu esa hujayra funksiyasini izdan chiqaradi.

Biriktiruvchi to'qimalarda qarish jarayoni kollagen tolasining fibrillyar xususiyati yo'qola borishi va o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi.

**Asab tizimi.** Organizm qarishida miya oraliq'i kamayadi, miya pushtalari yupqalashadi, egatchalari kengayadi, qorinchalar bo'shliqlari kattalashadi. Neyronlarda distrofik va atrofik o'zgarishlar ro'y beradi. Markaziy nerv tizimidagi yoshga bog'liq o'zgarishlar oqibatida qarilik belgilari namoyon bo'ladi: aqliy va jismoniy qobiliyatning pasayishi, organizm ichki muhiti faoliyatining buzilishi, xotira pasayishi kuzatiladi.

I. P. Pavlovning fikricha, qarilikda miyadagi qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarining bir-biri bilan almashishi sustlashadi, shartli reflekslar paydo bo'ladi.



**Endokrin tizimi.** Qarilikda endokrin bezlarida atrofik va sklerotik o'zgarishlar paydo bo'ladi, sekretor funksiyalar pasayadi. Gipofizda bazofil hujayralar soni ko'payib, atsidofil hujayralar soni kamayib ketadi. Bu hujayralarda DNK miqdori kamayadi, kolloid to'planadi.

Qalqonsimon hujayralarda DNK miqdori kamayib ketadi. Me'da osti bezida destruktiv o'zgarishlar oqibatida yirik orolchalar kamayib, mayda orolchalar ko'payadi. B-hujayralar soni kamayib, qandli diabet rivojlanadi. Striopallidar tizimda katexolamin almashinuvining buzilishi parkinsonizm rivojlanishiga sabab bo'ladi.

**Yurak-tomir tizimi.** Bizning mahalliy sharoitimizda qariyalarda yurak kasalliklari ko'proq uchraydi.

Yurak-tomir kasalliklarining rivojlanishiga irsiy moyillik, no-sog'lom turmush tarzi, noto'g'ri ovqatlanish, ichki va tashqi muhit omillari turtki bo'ladi.

Ovqat tarkibida uglevodlar, oqsillar va mikroelementlar nisbatining noto'g'ri bo'lishi, o'ta yog'li ovqatlarni iste'mol qilish, tamaki, nos chekish, spirtli ichimliklarni ichish, asablarni zo'riqtirish, kam harakatlanish va hokazolar kasalliklarning kelib chiqish omili hisoblanadi.

60 yoshdan o'tgan odam yuragining vazni kamayadi, bo'shliqlari kengayadi, endokard qalinlashadi, kardiomiotsitlar atrofiyaga uchraydi. Qon tomirlarining ichki qavati qalinlashadi, elastikligi kamayadi. Yurak qisqarishlari ritmi sekinlashadi, gemodinamika va kardiodinamika o'zgaradi. EKG da P, R, T tishchalari kichrayadi, yurak o'tkazuvchanligi pasayadi. Miokardning qisqarish qobiliyati va undagi energetik jarayonning sustlashishi yurak yetishmovchiligiga olib keladi. Qon aylanishining gipotalamik regulatsiyasi buzilishi, qonda vazopressin miqdorining ortib ketishi, buyraklarda qon aylanishining pasayishi arterial gipertenziyaga olib keladi. Koronar qon tomirlarining sklerozi esa yurakning ishemik kasalliklariga sabab bo'ladi. Shuning uchun yurak muammolari bor bo'lgan qariyalarda yengil jismoniy harakatlardan keyin qiynalib nafas olish, hansirash, uyquda astmaga o'xshash xurujlarning kuchayishi (yurak astmasi), pulsning tezlashuvi,

uning kuchsiz va notekis bo'lishi, peshindan so'ng oyoq shishlari kuchayishi belgilari uchraydi.

**Nafas olish tizimi.** Qarish jarayonida nafas organlarining shilliq qavatlarida atrofik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Bronx devorlarida distrofik, sklerotik o'zgarishlar ro'y beradi. O'pkada alveolalar shakli o'zgaradi, ba'zan membra qalinlashadi, alveolalar chuqurligi kamayadi. Nafas olish ritmi tezlashib, aritmiyalar vujudga keladi. O'pkaning hayotiy sig'imi kamayadi, bu esa bronxlar o'tkazuvchanligining, nafas mushaklari kuchining pasayishi, ko'krak qafas rigidligining oshishiga bog'liq.

**Hazm tizimi.** Qarish jarayonida me'da va ichak yo'llari epiteliysida atrofik o'zgarishlar bo'ladi. Jigar massasi kamayadi, dezintoksikatsion funksiyasi pasayadi. Me'da osti bezining evakuator va motor funksiyasi sustlashadi. So'lak bezlari funksiyasining pasayishi, tishlarning tushib ketishi og'iz bo'shlig'ida ovqatning mexanik maydalanishini yomonlashtiradi, ovqat hazm bo'lishini buzadi. Me'da sekretsiasining pasayishi gipoasid gastritni keltirib chiqaradi. Ingichka ichakda so'rilish jarayoni buziladi, peristaltika pasayadi, natijada qarilik qabziyati paydo bo'ladi.

Buyrakda qon aylanishi, filtratsiya, reabsorbsiya pasayadi. Suyak va bo'g'imlarda osteoporoz, osteoxondroz va atrofik o'zgarishlar sodir bo'ladi.

**Qarish jarayonida neyrogumoral mexanizm.** Qarish jarayonida organizmdagi barcha funksiyalarning neyrogumoral boshqaruvi buzilishi, moddalar almashinuvining izdan chiqishi, gipotalamo-limbik tizimning disfunktsiyasi kuzatiladi.

**Psixika.** Qarilikda inson ruhiy faoliyati – bilish, idrok, fikr qilish, tafakkur, emotsiyalar pasayadi. Yoshga aloqador o'zgarishlar, ya'ni moddalar almashinuvining buzilishi, jinsiy bezlar funksiyasining susayishi, endokrin muvozanatining buzilishi natijasida involutsion psixozlar paydo bo'ladi. Bemorlar ko'nglida xavotirlanish, bezovtalanish, besaramjonlik, gunohkorlik, vasvasa paydo bo'ladi, kayfiyati va ruhiyati beqaror bo'lib qoladi. Xotira pasayadi, sekin-asta aql pasayishi rivojlanadi, o'z joniga suiqasd qilish hollari kuzatiladi.

## **Qariyalarning ruhiy-ijtimoiy xususiyatlari**

**Nafaqaga chiqish va foyda kamayishiga moslashish.** Ko'p qarilar-ning ishdan ketishiga to'g'ri keladi. Lekin davlat nafaqa ajratadi va ularning moliyaviy ahvoli avvalgidek qoladi. Nafaqaga chiqish faqatgina ishdan ketish emas, balki ko'plab moliyaviy muammolar va hayot qadrini yo'qotish kabilarni keltirib chiqaradi.

**Turmush o'rtog'ining o'limidan so'ng moslashish.** Ishni yo'qotish, nafaqaga chiqish kabi turmush o'rtog'ini yo'qotish ham qarilar uchun ruhiy jarohatdir.

Yillar o'tar ekan, yaqin kishisini yo'qotishdan qochib bo'lmaydi. Shuning uchun yaqin kishisini yo'qotgan inson yashashdan maqsadini yo'qotmasligi, aksincha, qolgan yaqinlari bilan yashashda davom etishi yoki yangi oila qurishi kerak.

**Bir xil yoshdagi odamlar orasidagi muloqot.** Keksa odamlar o'z xotiralari bilan bo'lishishni yaxshi ko'rishadi. Ular hayotlaridagi qiyinchiliklar, har xil holatlar haqida so'zlab berishadi. O'zi haqida gapirib turib, keksa odam tinglovchiga aylanadi. Keksa kishilar suhbatdosh bo'lgani uchun, bir-birini yaxshi tushunishadi.

**Yangi ijtimoiy-fuqarolik majburiyatlarini qabul qilish.** Xizmatdan ketish natijasida, qari kishilar ish mobaynida o'rnatilgan munosabatlar va jamiyatdagi faoliyatini yo'qotadi. Shuning uchun bu odamlar hayot qadrini yo'qotmasliklari uchun, biz ularga yangi ijtimoiy va fuqarolik majburiyatlarini taqdim etib, ularni amalga oshirish uchun sharoitlar yaratib berishimiz kerak.

## **Qariyalarning ruhiy xususiyatlari**

**Qariyalarning individual emotsional xususiyatlari.** Yosh o'tishi bilan kishilar noemotsional bo'lib boradi, aniqrog'i, o'z his-tuyg'ularini, xursandchilik, jahl va boshqalarga emotsional javobini ko'rsatmaydi.

Keksalarda emotsional reaksiyani chaqirish juda qiyin, chunki ular uzoq yashagan va ko'p narsa ko'rishgan.

## **Qariyalarning intellektual rivojlanish xususiyatlari**

Qariyalarda intellekt ko'rsatkichlarining pasayishi qisman reaksiya tezligining sekinlashuvi bilan bog'liq bo'lib, vazifani bajarish uchun

kerak vaqt uzayadi. Agar vaqtni qat'iy chegaralamasa, vazifani muvaffaqiyatli bajarishi mumkin. Qarilikda yig'ilgan tajriba va axborotlarga asoslangan holda vazifalarni bajarish qobiliyati asosiy rol o'ynaydi.

### **Qariyalarda kayfiyati bilan bog'liq muammolar**

Qariyalarda yosh o'tishi bilan sezgi organlari funksiyasi yomonlashadi, natijada axborot qabul qilish pasayadi. Shuning uchun qariyalar o'zlarini jamiyatdan begonadek sezadilar, qarilikda arzimagan narsaga ham darrov xavotirlanadigan bo'lib qoladi. Ko'pincha xavotir o'zining sog'lig'i bilan bog'liq bo'ladi. Bunda ularga yaqinlari g'amxo'rlik qilayotgandek tuyuladi. Bunday salbiy emotsiyalar hayotiy tonusni pasaytirib yuboradi va bu, o'z navbatida, qarilik kechishini og'irlashtiradi.

Qariyalar va keksalarga e'tibor, sabr-toqat bilan qaralsa, ular qarilik kechinmalaridan qutulishadi. Xavotir, xavfsirash, qo'rquv real biologik va ijtimoiy sabablar bilan tushuntiriladi. Ba'zida ularni oshirib yuborishadi. Turli stress-omillarga sezgirlik oshadi, hattoki arzimagan jismoniy va ruhiy ta'sirlovchilar qariyalarda turli ruhiy va somatik kasalliklarni paydo bo'lishiga yoki rivojlanib ketishiga sabab bo'ladi.

### **Qariyalarning ijtimoiy xususiyatlari**

Qarilar ijtimoiy statusining o'zgarishi turli omillarga bog'liq, masalan, pensiyaga chiqish, yaqin qarindoshi yoki do'stini yo'qotish yoki o'limi va boshqalar.

Jamiyatdan ketish natijasida qari kishilar ish davrida o'rnatgan munosabatlar va jamiyatdagi faoliyatidan ayriladi. Yaqinlari, do'stlarining o'limi tufayli munosabatlar yana ham qisqaradi. Aynan shu holat ularda yolg'izlik va depressiya hissini paydo qiladi.

**Oiladagi rolining o'zgarishi.** Qariyalar shu kungacha oilani ta'minlab kelishgan bo'lsa, bolalari mustaqil bo'lib, yangi oilaviy hayot boshlaganidan so'ng, asta-sekin ularning bu roli tugaydi. Xizmatdan ketish yoki nafaqaga chiqish oila boquvchisi va bosh rolning tugashini bildiradi. Va qariyalar hayoti bolalariga bog'liq bo'lib qolib, qaramlik hayoti bilan almashinadi.

## **Individuallik va ruhiy-ijtimoiy xususiyatlarning ahamiyati**

Qariyalardagi ruhiy-ijtimoiy xususiyatlar nafaqaga chiqish va yaqin kishisini yo‘qotishga bog‘liq bo‘ladi. Nafaqaga chiqish faqatgina ishdan ketish emas, balki ko‘plab moliyaviy muammolar va hayot qadrini yo‘qotish kabilarni keltirib chiqaradi. Hamma ham nafaqa yoshiga yetgach, ishdan ketmaydi va ijtimoiy munosabatlarini yo‘qotmaydi. Shuni unutmaslik kerakki, har bir kishi ishdan ketgandan so‘ng o‘z hayotini rejalashtiradi va yashashdan maqsadini aniqlaydi. Ba‘zan qariyalar atrofdagilar ta‘sirida yolg‘izlik va tushkunlik holatiga tushib qolishadi. Bu holatning oldini olish uchun oila ularni qo‘llab-quvvatlashi va ularga yaxshi munosabatda bo‘lishi kerak.

### **II.2. Qariyalarda moddalar almashinuvining buzilishi**

Organizm qarishining asosini moddalar almashinuvining izdan chiqishi tashkil etadi. Qarishning birlamchi mexanizmlari genetik apparatdagi siljishlar bilan bog‘liq holda kechadi. Bu nuklein kislotasi almashinuvining konsentratsiyasi pasayishi bilan ifodalangan. Buning natijasi sifatida oqsillar almashinuvi, fermentlar miqdori va faolligi buziladi, energiya almashinuvi kamayib, kislorodning to‘qimalarda o‘zlashtirilishi progressiv ravishda pasayadi, to‘qimalar nafas olishi kamayadi.

Qarish jarayoni neyroqumoral regulatsiyasidagi yoshga aloqador o‘zgarishlar qarish jarayonining asosini tashkil etadi. Natijada organizmda moddalar almashinuvi va hujayralar funksiyasi izdan chiqadi. Qarilik bilan birga kechadigan ateroskleroz oqibatida bemorning ruhiy va emotsional dunyosida nevroz, maqtanchoqlik, laqmalik, ezmalik, xotiraning pasayishi kabi o‘ziga xos belgilar namoyon bo‘ladi.

Gipotalamus funksiyasining izdan chiqishi gomeostazning buzilishiga, ya‘ni organizm ichki muhiti haqidagi ma‘lumotlar MNSga keladi, gormonal regulatsiya ham izdan chiqadi. Tibbiyot xodimlari gerontologik bemorlarda kechadigan kasalliklarning o‘ziga xos xususiyatlarini bilishlari lozim. Ularni qanday parvarishlash, davolash, ular bilan qanday suhbatlashish zarurligini bilishlari, ularda o‘zlariga nisbatan ishonch uyg‘otishlari kerak.

Qariyalar tekshirilganda, ko'pincha ularda birdaniga 5–6 ta kasallik aniqlanadi. Bular yurakning ishemik kasalligi, aterosklerotik ensefalopatiya, gipertoniya kasalligi, o'pka emfizemasi, umurtqa pog'onasi osteoxondrozi, katarakta, quloq og'irligi, prostata bezi adenomasi va boshqalar.

Qariyalar organizmida surunkali kechadigan kasalliklar ko'proq uchraydi, ammo o'tkir va yuqumli kasalliklar ham uchrab turadi. Ular organizmidagi patologik jarayon juda sekinlik bilan rivojlanadi va tibbiy yordamga kech murojaat qiladilar.

O'tkir kasalliklar klinikasi esa organizmning qarshilik qobiliyati pasaygani sababli sust ifodalangan bo'ladi.

### **II.3. Qariyalarni klinik tekshirishning o'ziga xos xususiyatlari**

Qariyalar tekshirilganda, ular organizmida patologiyaning turli-tumanligi kuzatiladi: ateroskleroz, ensefalopatiyalar, gipertoniya, surunkali o'pka kasalliklari, osteoxondroz, onkologik kasalliklar va boshqalar. Shuning uchun tibbiyot xodimlaridan katta yoshdagi odamlarni tekshirishda, davolashda, parvarishlashda alohida ko'nikmalarni bilish talab qilinadi.

Kasalliklarning turli-tuman ko'rinishlarini o'rganish va tashxisni aniqlash bemorlarni tekshirishning har xil usullari: so'rab-surishtirish va ko'zdan kechirish, tana haroratini o'lchashdan tortib, laboratoriya tekshirishlari, funksional tekshirishlar o'tkazish yo'llari bilan aniqlanadi.

Gerontologik bemorlarni tekshirish subyektiv va obyektiv tekshirishdan tarkib topadi.

*Subyektiv tekshirish*, ya'ni so'rab-surishtirish qariyalarning kasallik munosabati bilan sezadigan his-tuyg'ulari, mazkur kasallik tarixi, hayot yo'li, boshidan kechirgan kasalliklari, oilasi, turmushi to'g'risidagi ma'lumotlar, irsiyat to'g'risidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Bemorlarni so'rab-surishtirish, anamnez to'plash, ularning xotiralariga taalluqli bo'lib, quyidagi tartibda olib boriladi:

- Organ va tizimlar bo‘yicha so‘rab-surishtirish.
- Tibbiy anamnez (boshdan kechirgan kasalliklari, operatsiyalari).
- Oilaviy hayot anamnezi.
- Ijtimoiy anamnez.
- Ovqatlanish tartibi.
- O‘tkazilgan davolash turlari va uning natijalari.
- Ruhiy va jinsiy hayot anamnezi.

Geriatrik bemordan anamnez to‘plash tibbiyot xodimidan ustalikni talab qiladi, chunki bunday bemorlarda eshitish, ko‘rishning pasayishi, o‘z ahvolidan noroziligi, injiqligi va ezmaligi anamnez to‘plash vaqtini uzaytirib yuboradi. Geriatrik bemorni so‘rab-surishtirish paytida bemorlarga bemalol eshitish apparatidan foydalanishlarini taklif qilish kerak. Bunda bemorning qulog‘iga baqirib gapirish, jerkish yaramaydi. Aksincha, sekinroq, ravon gapirish va hamshira yuzida g‘amxo‘rlik va unga qiziqish alomatlari aks etishi kerak, shundagina bemor bilan hamshira o‘rtasida bir-birlariga ishonch uyg‘onadi.

Agar bemor kasalxonaga qarindoshlari bilan kelgan bo‘lsa, unda hamshira avval ular bilan alohida suhbatlashib olishi kerak.

Bemorning shikoyatlari turli-tuman bo‘ladi. Bemorlar kasallikning asosiy belgilariga uncha e‘tibor bermay, qarilik sababli deb tushuntirishga urinadilar. Siydik va axlatni tutib turolmaslik yoki qabziyat, kamquvvatlik, bosh aylanishi kabi belgilar og‘ir patologik holatning belgisi bo‘lishi mumkin. Ijtimoiy anamnez to‘plashda qari bemorning hayoti, turmushi so‘rab-surishtiriladi, uning turarjoy, maishiy sharoitlari, sanitariya sharoitlari bilib olinadi.

Bemorning oilaviy munosabatlari, kim bilan yashaydi, tibbiy yoki ijtimoiy yordamga murojaat qilganmi va uning natijalari qanday bo‘lganligi o‘rganiladi. Juda ehtiyotkorlik bilan er yoki xotinning o‘limini qanday qabul qilganligi so‘raladi.

Qari bemorning ovqatlanish tartibi so‘rab-surishtirilganda ular to‘g‘ri va ratsional ovqatlanadimi, yog‘lar va uglevodlar cheklanganmi, oqsilga boy ovqatlar (go‘sht, baliq, tuxum, sut mahsulotlari)ni muntazam iste‘mol qiladimi va ovqatni chaynashda tish protezlaridan foydalanadimi, degan savollarga javob topish kerak. Ilgari boshidan

kechirilgan kasalliklar va o'tkazilgan davolash muolajalari, qabul qilgan dori-darmonlar va uning natijasi so'rab o'rganiladi. Bemordan ruhiy anamnez yig'ishdan maqsad, unda xavotirli depressiv holatlar, o'z joniga qasd qilish, ruhiy tushkunlikka tushish holatlari kuzatiladimi va bu holatlarni bemor nima bilan bog'lashligini bilib olishdir. Bemordan jinsiy anamnez yig'ilganda, jinsiy hayot bilan yashash-yashamasligi, farzandlari bor-yo'qligi, klimaks va unga aloqador kasallik ko'rinishlari (boshga duv etib qon quyilib kelishi, bosh og'riqlari, qo'zg'aluvchanlik) qachon paydo bo'lganligi to'g'risida so'rab ko'riladi.

Qari bemorlarni *obyektiv tekshirilganda*, ayrim organlarning zararlanish butun organizm faoliyatining buzilishiga sabab bo'lishini esda tutishi zarur.

Bemorlarni obyektiv tekshirish quyidagi ketma-ketlikda amalga oshiriladi:

- a) bemorlarni ko'zdan kechirish;
- b) palpatsiya;
- d) perkussiya;
- e) auskultatsiya;
- f) asboblar bilan va laboratoriya tekshirish usullari.

Dunyo aholisi sonining qariyalar hisobiga oshishi iqtisodiy siyosatga ta'sir etadi va sog'liqni saqlash tizimiga murakkab ma'suliyatni yuklaydi. Bu esa, uchastka shifokorlari va hamshiralardan alohida bilim va ko'nikmalarni talab etadi. Tibbiyot xodimlari qariyalarni alohida parvarish qilishlari, kommunikatsiya qoidalariga vijdonan amal qilishlari, qari yoshdagi bemorlar ruhiy holatini tushuna bilishlari zarur.

Qariyalar tibbiy yordamga murojaat qilishganda, ularni jamiyatning teng huquqli a'zosi deb bilish va ularga alohida hurmat va ehtirom ko'rsatish zarur.

Bunday bemorlarni davolashda ularning kasallik tarixi bilan bir qatorda ijtimoiy, psixologik ahvoli bilan ham tanishish kerak. Uchastka shifokorlari yoki hamshirasi qariyalar ahvoli bilan yaqindan tanishib chiqib, tez-tez uylariga borib, ulardan xabar olishlari zarur. Ayniqsa, yolg'iz yashaydigan qariyalarning ijtimoiy, ruhiy va jismoniy ahvolini bilish geriatrik yordamning asosiy vazifalaridan biridir.



Kasalxona sharoitlarida qariyalarga keng sharoitlar yaratish, ular bilan ko'proq suhbatlashish, hayotga qiziqishlarini orttirish kerak. Hamshira bunday bemorlarni nafaqat ovqatlantirishi, yuvintirishi va kiyintirishi balki bunday bemorlar bilan psixologik aloqani o'rnatib, uning sog'ayishiga, o'ziga ishonchini orttirishi kerak. Qariyalar o'z o'tmishlari haqida faxrlanib gapiradilar, ularni ko'proq o'tmish va o'tmish voqealari, yutuqlari qiziqtiradi. Ular kelajak haqida o'ylash va gapirishdan, o'limdan qo'rqadilar.

Shunday paytlarda hamshira bemorlarga hayotlari sermazmun, foydali o'tganligini, o'z ota-onalik burchlarini yaxshi ado etganliklarini, jamiyat uchun katta foyda keltirganliklarini anglatib, ularni qo'llab-quvvatlashi kerak. Bu – qariyalarning sog'ayishiga yordam beradi. Bunday bemorlarni kasalxona ichki tartib-qoidalariga rioya qilishlariga majbur qilmaslik kerak.

Uchastka shifokorlari esa qariyalarni bo'sh vaqtlarida ruhan te tiklashtiruvchi va sog'lomlashtiruvchi tadbirlar, suhbatlar tashkil etishlari, faol harakatlanuvchi tartibni joriy etishlari, ratsional ovqatlanishlarida antisklerotik va energetik sarfni kamaytiruvchi parhez tayinlashlari kerak. Qariyotgan organizm uchun mehnat va dam olish qoidalariga rioya qilish organizmning biologik faolligini oshirish uchun juda muhimligini tushuntirish lozim.

Uyquning ahamiyati katta. Qariyalarda uyqu 7–8 soat, ba'zan kamroq. Uyquning yaxshi bo'lishi uchun hayotiy rejim to'g'ri bo'lishi, har doim bir vaqtda yotish, yotishdan 1,5 soat oldin aqliy ishlarni to'xtatish, uyquga yotishdan 3–4 soat oldin ovqatlanish va yotish oldidan yarim soat oldin sayr qilish.

Uxlashdan oldin xonani shamollatish kerak. Uxlashdan oldin radio, televizorlarni va shovqinli asboblarni o'chirish lozim. Uyquga yotishdan oldin 1 stakan iliq sut ichish lozim. Yoshi o'tgan kishilarga bu juda foydali. Issiq sutga 1 desert qoshiqda asal qo'shish ham mumkin.

Ertalab uyg'onib o'rinda yotavermaslik kerak. Uyg'ongach darhol o'rindan turib, bir nechta mashqlar bajarish.

Organizm funksiyasini normal saqlash uchun mehnat va dam olish, ovqatlanish va harakat faolligini, turmush tarzini oqilona boshqa-

rish lozim. Kun tartibini to'g'ri rejalashtirish (yetarlicha harakatlanish, kechki ovqat uyqudan uch soat oldin berilishi va uyqudan oldingi sayr) tungi uyquni normallashtiradi, uyqusizlik bezovta qilmaydi.

Qariyalarda yuzaki uyqu bo'lib, chuqur uyquga ketib dam olishlari uchun ko'p vaqt ketadi. Oddiy qoidalarga amal qilgan holda uyquni yaxshilash mumkin. Buning uchun:

- Har doim bir vaqtda uxlash.
- Yotoqda faqat uyqu vaqtida yotish (agar bemor yotoqda har doim yotsa, uni ko'proq krovat yoki kresloga o'tqazib qo'yish).
- Tungi vaqtlarda suyuqlik qabul qilmaslik, kunduzgi harakatlarni ko'paytirish (mashg'ulotlar, sayrlar, mashqlarni).
- Tungi uyqu vaqtida, ertalab osoyishtalikni saqlash (telefon, soat qo'ng'irog'i, tovush va b.).

*Dam olishni unutmashlik.* Qariyalarda jismoniy harakatlarning kamayishi bilan dam olish lozim. Qisqa dam olishdan so'ng qariya o'z faoliyatini davom ettirishi mumkin. Qariyalarda kunduzgi uyqu dam olish uchun juda foydali.

Qarilik oqibatida buyrak va siydik ajratish apparati faoliyati ham o'zgaradi, ularning to'plash xususiyati kamayib, tungi diurez ko'payadi, qarilikda uyqu paytida siydik hosil bo'lishining fiziologik kamayishi kuzatilmaydi. Erkaklarda ko'proq prostata bezining adenomasi paydo bo'ladi.

Tungi diurezning ortishi ham qariyalar uyqusining buzilishiga olib keladi. Shuning uchun kechki ovqatda suyuqliklarni, choyni ko'p iste'mol qilish cheklanadi, iloji boricha siydik uchun xonalarda idish beriladi, chunki qariyalar kechqurun yiqilib tushishlari mumkin. Yiqilish va baxtsiz hodisalar qariyalar hayotida tez-tez uchrab turadi, bunga ko'rish va eshitishning pasayishi, muvozanatning buzilishi, bosh aylanishi, kamquvvatlik, oyoq mushaklarining bo'shashganligi sabab bo'ladi.

Qarilikda suyaklarda bo'ladigan osteoporoz holatlari esa suyaklarning sinishini osonlashtiradi. Shuning uchun xonalarda, koridorlarda, vannalarda keksalarning yurishiga xalaqit beradigan ortiqcha narsalar bo'lmasligi kerak. Vannaxonada ularni yolg'iz qoldirib bo'lmaydi, pol

sirpanchiq bo‘lmasligi lozim. Suvning harorati 35°C dan oshmasligi kerak. Vannaxonada tayanch moslamalari bo‘lishi shart. Koridorlarda devor bo‘ylab ushlab yurish uchun maxsus moslamalar bo‘lishi qariyalarning yurishlarini osonlashtiradi, yiqilib tushish xavfini kamaytiradi, zamonaviy davolash muassasalarida barcha xonalarda signalizatsiya, ikki yoqlama telefon aloqalarining bo‘lishi maqsadga muvofiq.

Bemor o‘rin-joyi 60 sm dan past bo‘lmasligi va funksional jihatdan qulay bo‘lishi kerak. Yostiqlari, ko‘rpalari yumshoq, issiq bo‘lishi zarur. Xona yorug‘, shinam, ovqatlanish stoli va alohida lampa ham bo‘lishi kerak. Xona harorati 20–23°C bo‘ladi. Keksa yoshda badan terisining yupqalashishi sababli terining himoya vazifasi buziladi, shuning uchun qariyalarni haftada 1–2 marta cho‘miltirish zarur. Terining quruqlashgan joylariga kremlar surtiladi. Oyoq tirnoqlari mo‘rt, qattiq bo‘lishi sababli ularni issiq yog‘li suvda bug‘lab, qadoqlarni kanakunjut moyi bilan yumshatib, keyin olib tashlanadi.

Qariyalarning tashqi qiyofasiga va kiyinishiga e‘tibor berish, sochlarini turmaklashga, tarab qo‘yishga yordamlashish ularning kayfiyatlarini ko‘taradi va sog‘ayishlariga yordam beradi.

### **Yotoq holatidagi og‘ir bemorlarni parvarish qilish**

Muloyimlik, mehribonlik, xushmuomalalik – yaxshi ish uslubining ajralmas elementidir. Bejiz aytishmagan:

**Hamshiraning avvalam ko‘zi shifoli,  
Qolaversa, ochiq yuzi shifoli,  
Shifo uchun dori-darmonidan ham,  
Ikki og‘iz shirin so‘zi shifoli.**

Qariyalarni parvarish qilish birmuncha murakkab va tibbiyot xodimidan ko‘proq diqqat-e‘tiborni, tibbiy etika va deontologiya qoidalariga rioya etishni talab qiladi. Parvarishning asosiy maqsadi – bemor shaxsini hurmat qilish, uning jismoniy va psixik kamchiliklariga (injiqlik, sergaplik, ba‘zan aqli pastlik va boshqalarga) sabr-toqatli bo‘lishdan iborat.

Pnevmoniyalar, gripp, qon aylanishining buzilishi, uremiya, kaxeksiya, o‘tkir demensiya, anemiya, miokard infarkti va boshqa

bir qator og'ir kasalliklarda qari bemorlar uzoq vaqt holatini o'zgartirmay bir joyda yotib qoladilar. Bu esa ishtahaning pasayishiga, gipostatik pnevmoniyaga, yotoq yaralarining paydo bo'lishiga, tromboemboliyalarga, siyishning qiyinlashuviga va siydik yo'llarining infeksiyasiga olib keladi.

Bunday bemorlarga yotgan joyida gimnastika va yengil massaj qilish zarur. Uzoq vaqt bir joyda yotgan bemorlarning dumg'aza, kurak, tovon va tirsaklarida terining oziqlanishi buzilishi oqibatida yotoq yaralari paydo bo'ladi. Yotoq yaralarining oldini olish uchun kun davomida bir necha marta bemorning vaziyatini o'zgartirib turish, kiyimlari va choyshablarining burmalari bo'lmasligi va terilar ozoda bo'lishi kerak. Agar teri qizarib qolgan bo'lsa, kuniga bir marta 10% li kamfora spirti bilan, so'ng nam sochiq bilan artiladi. Yaralar paydo bo'lgan bo'lsa, ularga kuchli kaliy permanganat eritmasi surilib, Vishnevskiy mazi, sintomitsin linimenti bog'lab qo'yiladi.

Siydigini tuta olmaslik – siydik pufagida yallig'lanish yoki toshning bo'lishi esa prostata bezi kasalliklari, ayollarda esa uretra kasalliklari, miyada qon aylanishining buzilishi, demensiya va miyelit tufayli paydo bo'ladi (bosh miya o'smalari).

Siydikni yig'ish uchun toza rezinali siydikdonlardan foydalaniladi va badan terisi toza saqlab turiladi. Ayollarning tashqi jinsiy organlari har kuni yuvib turiladi va chayiladi. Tagini yuvish uchun kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi ishlatiladi.

Qariyalarda uchraydigan qabziyatlarga ahamiyat berish kerak. Bular ovqatlanishdagi nuqsonlarga bog'liq. Masalan, meva-sabzavotlar, suyuqliklarning ovqat ratsionida bo'lmasligi, noto'g'ri ovqatlanish.

Ba'zi dori-darmonlar va kamharakatlilik ham qabziyatga olib keladi. Ammo keksa kishilarda qabziyatda huqna tayinlash ichaklarni zararlaydi, buning o'rniga esa sutli va o'simliklardan tayyorlangan, meva-sabzavotlarga boy parhez taomlar, surgilar buyuriladi.

Qarilarda axlatni tuta olmaslik – proktit, to'g'ri ichak sfinkteri sohasidagi mahalliy yallig'lanish, o'smalar, nerv kasalliklarida, miyaga qon quyilganda kuzatiladi. Bunday bemorlar alohida xonalarga joylashtiriladi, xona havosi shamollatib turiladi. Qariganda to'g'ri

ovqatlanish alohida ahamiyatga ega. Masalan, juda ko'p, haddan tashqari to'yimli ovqat yeyish zararlidir. Kam harakat qilib, ko'p ovqat yeyish ham salomatlikka putur yetkazadi. Shu bilan birga taom tarkibi darmonlarga boy bo'lishi kerak. Qariganda uxlatadigan, og'riq qoldiradigan, tinchlantiradigan dorilarni, shuningdek, asab tizimiga ta'sir qiladigan quyuq qahva yoki achchiq choy ichmaslik kerak. Qariyalarda moddalar almashinuvi jarayoni susayib, kaloriyali ovqatlarga bo'lgan talab kamayadi. Bunda ovqat ratsionidan hayvon yog'larini va uglevodlarni kamaytirish yaxshi natija beradi.

**Qariyalar uchun ovqatlanish ratsioniga kiritilgan mahsulotlarning sutkalik to'plami va miqdori (Y. G. Grigorov, 1978-yil)**

<b>Mahsulot</b>	<b>Miqdor, g</b>	<b>Mahsulot</b>	<b>Miqdor, g</b>
Non (bug'doy va b.)	300	Smetana	20
Tvorog	70	Pishloq	8
Yormalar, bug'doy uni	63	Kartoshka	200

*davomi*

Sabzavotlar	640	Mevalar, sharbat	300
Tuxum	25	Sut, kefir	400
Go'sht mahsulotlari	170	Baliq mahsulotlari	35
Asal	20	Qand	35

Qari odamlarning ovqatlanish rejimini tashkil etishda ularda uchraydigan ateroskleroz, gipertoniya, diabet, osteoporoz, onkologik kasalliklar, semirishining oldini olish maqsadida askorbin kislotasi, «E», «A» vitaminlari, osteoporozning oldini olish maqsadida «D» vitamini va kalsiy kerak.

Qarilikda ovqat tarkibidagi oqsil, yog'lar va uglevodlarning nisbati 1,0:0,8:3,6 tartibida bo'lishi kerak. Ovqatda uglevodlar miqdori cheklangan bo'lib, osh tuzi esa 5–8 gr gacha kamaytiriladi, bu esa arterial bosimning oshishi, shishlar paydo bo'lishining oldini oladi.

Shuningdek, ratsionda meva sharbati, kompotlar kiritilishi ichak funksiyasiga yaxshi ta'sir ko'rsatib, peristaltikasini stimulatsiya qiladi. Shuni esda tutish kerakki, ularda tish yo'qligi sababli, chaynash

apparati faoliyati izdan chiqib, me'daning, me'da osti bezining, jigarning sekretor funksiyasi susayadi. Bu holat ovqat mahsulotlariga yetarli ishlov berishni talab qiladi. Qariyalar ko'proq salatlar iste'mol qilishlari kerak. Petrushka buyrak yo'llarini yaxshilab, siydik qopini tozalaydi, ayrim ovqat mahsulotlariga qizdiruvchi ta'sir etib, qariyalar badan harakatining pasayib ketishidan asraydi. Sarimsoqni ko'proq iste'mol qilish kerak, uni salatlarga qo'shib, ovqatga solib yoki nonga surib yeyish foydalidir. Sarimsoq qorin dam bo'lishini yo'qotadi, qabziyatning oldini oladi.

Ibn Sino anjir va olxo'ring qariyalarga foydasi haqida alohida to'xtagan. Ular ichni bo'shashtirib, qabziyatni yo'qotadi. Agar anjir, uzum, xurmo birga yeyilsa, odamni to'q tutadi.

Sut qariyalarning ovqat ratsionida alohida o'rin tutadi. Ibn Sino sutni inson qoniga tenglashtirib, uni qariyalar uchun juda muhim taom deb hisoblaydi (lekin har kim o'z imkoniyatiga qarab iste'mol qilishi kerak).

Qariyalar 1 kunda 4 marta ovqatlangani ma'qul. Birinchi nonushta ovqatning umumiy sutkalik energetik qiymatining 25% ini, ikkinchi nonushta 15% ini, tushlik 35% ini, kechki ovqat 25% ini tashkil etishi lozim. Kechki ovqat uxlashdan 2 soat oldin berilgani ma'qul.

---

---

### **III bob. QARILIKDA SALOMATLIKNI TIKLASH VA KASALLIKLARNING OLDINI OLIISH**

#### **III.1. Geriatrik moddalarning qo'llanishi**

**Dori moddalarini qo'llashning o'ziga xos xususiyatlari.** Qariyalarga dorilarni oqilona va kamroq ishlatishni o'rgatish tibbiyot xodimlarining muhim vazifalaridan biridir.

Dori-darmonlarni noto'g'ri tayinlash oqibatida 60 yoshdan o'tgan bemorlarda dori intoksikatsiyasi va uning turli asoratlari kuzatiladi. Qari bemorlar organizmidagi yoshga aloqador o'zgarishlar dorilarning salbiy ta'sirini oshirib, kummulatsiyaga olib keladi.

Hazm tizimining yoshga aloqador fiziologik o'zgarishlari peroral qabul qilingan dorilarning so'rilishini izdan chiqarib, sekinlashtiradi. Qariyalarda me'da devorining tonusi pasayib, uning ichakka evolutsiyasi sekinlashadi. Bu esa, ayrim kislotali muhitga chidamsiz bo'lgan dori-darmonlardan, masalan, penitsillinlardan foydalanganda xavflidir.

Me'daning sekretor qobiliyatining yoshga aloqador pasayishi ham dorilar absorbsiyasini sekinlashtiradi. Dori moddalari parenteral yuborilganda ham qon aylanishining va kapillarlar devori o'tkazuvchanligining pasayishi oqibatida dori absorbsiyasi sustlashadi, dorining ta'siri kechikadi.

Qariyalarga dori moddalarini tana og'irligiga nisbatan tayinlab bo'lmaydi, chunki tana og'irligi 25 yoshdan 60 yoshgacha 20% ga, organizmdagi yog' miqdori 15–20% ga kamayadi, barcha parenximatoz organlarning massasi ham kamayadi. Jigarning og'irligi 10–15% ga qisqaradi, gepatotsitlar soni kamayib, atrofiyaga uchraydi. Dorilar parchalanishida asosiy o'rin egallagan jigarning funksiyasi o'zgartirilishi sababli dori intoksikatsiyasi tez rivojlanadi.

Dori moddalarining parchalanish mahsulotlari buyraklar orqali organizmdan chiqariladi. Qarilikda buyraklarning qon aylanish funk-

siyalari 2–3 barobar kamaygan bo‘ladi, shuning uchun dori moddalarini juda kam miqdordan boshlash kerak.

Ayniqsa, buyrak xastaligi bor bemorlarga xlorpropamid, sulfanilamidlar, tetratsiklinlar, furadonin kabi dorilarni buyurib bo‘lmaydi. Yoshi o‘tishi bilan bir nechta dori moddalarini birdaniga qo‘llash salbiy natijalarga olib keladi. Qari bemorlarning ijtimoiy ahvoli, ruhiy holatini e‘tiborga olgan holda, agar moddalari zarur bo‘lgandagina «farmakoterapiya» uzoq muddatga, kichik dozalarda tayinlanishi kerak. Bunday bemorlar dori moddalarini muntazam qabul qilishlari zarur, buning uchun hamshira dorilarni har gal bemorning qo‘liga berishi va nazorat qilishi zarur. Bemorning qo‘llari qaltirashi, xotira va ko‘rishning pasayishi oqibatida dorilarni to‘kib yuborishi, qabul qilishni esidan chiqarishi, tomchi dorilarni noto‘g‘ri o‘lchashi mumkin. Bunday paytda dori berishda bemorning yaqinlari va hamshira unga ko‘maklashishlari zarur.

Qariyalarga dori tayinlashning o‘ziga xos xususiyatlari quyidagilar hisoblanadi:

1. Qari bemorlar organizmidagi yoshga aloqador o‘zgarishlar, bir qator patologik o‘zgarishlar sababli dorilarning salbiy ta’siri yoshlarga nisbatan yuqoriroq bo‘ladi.

2. Organizmning dori moddalari va ularning tabiiy metabolitlari ta’siriga chidamliligi pasayib, intoksikatsiya rivojlanishi ortadi.

3. Polipragmaziya, ya’ni bir nechta dori moddalarini birdaniga qo‘llash noxush oqibatlarga olib keladi. Iloji boricha dorilar qabul qilish oralig‘iga rioya qilish kerak.

4. Davolovchi doza o‘rta yoshdagilarga nisbatan 2 barobar kam miqdorda tayinlanadi. Ijobiy o‘zgarishlarga erishilgach, dozani yana kamaytirish kerak.

5. Antibakterial kimyoviy preparatlar tayinlashda bu preparatlarning keksa yoshdagi odamlarda intoksikatsiyasi kuchli bo‘lganligini inobatga olib, kamroq dozalarda buyuriladi.

6. Dori tayinlashda bemorlarning suv-tuz ratsioni, sutkalik siydik ajralishi, keksalarning suyuqlik kam iste’mol qilishlarini e‘tiborga olish kerak, organizmda suyuqlikning kamayishi dori intoksikatsiyasini kuchaytiradi.



7. Dori allergiyasi kabi asorat bo'lishini esda tutish kerak.

8. Qariyalarda o'sma kasalliklarining rivojlanish xavfi tug'ilishi munosabati bilan vitaminlarni va biostimulyatorlarni chegaralash lozim.

### III.2. Geriatrik moddalar

Erta qarishning oldini olish uchun qo'llaniladigan dori moddalari **geriatrik moddalar** deb ataladi. Ular organizmdagi moddalar almashinuvini me'yorga keltiradi, asab tizimi va boshqa funksiyalar ishini yaxshilaydi, ya'ni yoshartiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

**Vitaminlar.** Yosh o'tgan sari organizmning vitaminlarga talabi ortadi. Vitaminlar moddalar almashinuvining katalizatori bo'lib, fermentlar ta'sirini amalga oshiradi. Aterosklerozning oldini olish va davolashda C, P, E, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, PP vitaminlari va folat kislotasi qo'llanadi. Askorbin kislotasi (C vitamin) ateroskleroz kasalligida lipid almashinuvini yaxshilaydi, qonda xolesterin miqdorini kamaytiradi.

P vitamini askorbin kislotasi bilan birga qo'llanganda, kapillarlar o'tkazuvchanligini yaxshilaydi, gialuronidaza ta'sirini tormozlaydi, gistamin hosil bo'lishini kamaytiradi.

Piridoksin, B<sub>12</sub> vitamini, folat kislotasi ham lipotrop ta'sir ko'rsatadi. Stenokardiyada, trombangitda, ishemik holatlarda nikotin kislotasi keng qo'llanadi.

D vitaminini keksa yoshli odamlarga tayinlab bo'lmaydi, chunki ateroskleroz holatini tezlatadi. Dekamevit, undevit, meteonin kabi vitaminlar kompleksi gerontologik bemorlarga yaxshi naf beradi. Geriatrik bemorlarni mikroelementlar, novokainoterapiya, gormonlar va biogen stimulyatorlar bilan davolash organizmning qarshilik qobiliyatini oshiradi, fiziologik funksiyalar ishini quvvatlaydi.

Qariyalarga fizioterapevtik muolajalarni tayinlashda yurak va tomirlar tizimidagi yoshga aloqador o'zgarishlarni e'tiborga olib, tekshirishlar o'tkazib, keyin tayinlanadi. Bunday bemorlarga dorilar elektroforezi, ultratovush bilan davolash, mahalliy ultra yuqori chastotali davo, past dozalarda Bernard toki, galvanizatsiya yaxshi naf beradi. Ultrabinafsha nurlariga sezgirlik qarilikda oshib ketadi. Suv muolajalarni tayinlashda albatta elektrokardiografiya o'tkazilgach, ruxsat berilgani ma'qul. Bemorlar kislorodli, azotli, yod bromli vannalarni

yaxshi ko'radilar, sulfidli va narzan vannalari, suv osti massaji yurak xastaliklarida tayinlanmaydi. Sanatoriya va kurortlarga 65–70 yoshlardan keyin tavsiya etish noo'rindir.

### **III.3. Geriatrik yordamni tashkil qilish**

Aholi sonining qariyalar hisobiga ortib borishi geriatrik yordamni to'g'ri tashkil qilish, uning tibbiy va ijtimoiy asoslarini bilishni taqozo etadi.

Qariyalarga davlat va jamiyat tomonidan diqqat-e'tibor, g'amxo'rlik ko'rsatishni oshirish hamda ularni ijtimoiy muhofaza qilishni, moddiy va ma'naviy qo'llab-quvvatlashni yanada kuchaytirish maqsadida respublikamizda 2002-yil «Qariyalarni qadrlash yili», 2015-yil «Kaksalrtni e'zozlash yili», deb e'lon qilinganligi keksalarni ijtimoiy muhofaza qilish, ularning nafaqa ta'minotini takomillashtirish, malakali tibbiy yordam olishini (hattoki, uzoq tumanlarda yashaydiganlarni ham ta'minlash), qari odamlarning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda maxsus tibbiy xizmatlar kompleksini kengaytirish; har yili poliklinikalarning ixtisoslashtirilgan bo'limlarida profilaktik tibbiy ko'rik va davolash hisobiga amalga oshiriladi. Gerontologik markazlar yaratilib, aynan qariyalar uchun ishlatiladigan dori-darmonlar ishlab chiqariladi va ularni arzon narxlarda yoki bepul tarqatiladi (imtiyozi bor qariyalarga), sanatoriy-kurort, kommunal-maishiy va transport xizmatlari ko'rsatishni yaxshilash borasidagi chora-tadbirlar yanada kuchaytirishga;

– yolg'iz qariyalar, pensionerlar, urush qatnashchilari va nogironlarga g'amxo'rlikni kuchaytirishga, ularning dori-darmonlar va ijtimoiy xizmat ko'rsatish bilan ta'minlanishi darajasini oshirishga;

– jamiyat qurilishidagi faol ishtiroki, sog'lom avlodni tarbiyalash, yoshlarga boy hayotiy va kasbiy tajribalarini, urf-odatlar va madaniy boyliklarni yetkazishlarini yaxshilaydi. Barcha chora-tadbirlar ezgu urf-odatlarini targ'ibot qilishda oila, mahalla, ijodiy uyushmalar, jamoat tashkilotlari, ommaviy axborot vositalarining ahamiyatini oshirishga, har bir oilada tinch va baxtli muhit jamiyatda barqarorlikni shakllantirishda katta yoshdagi odamlarning ulkan hissa qo'shishiga zamin yaratadi;

– bolalar va yoshlar ota-onalar hamda qariyalarni izzat-hurmat qilish, qadrlash va ular to‘g‘risida g‘amxo‘rlik qilish ruhida tarbiyalash hamda ta‘lim berish tizimini takomillashtirishga yo‘naltirilgan.

Bemorlarga tibbiy yordam ko‘rsatish bilan bir qatorda, uning ish qobiliyatini tiklashga, ruhiy tetikligini oshirishga va Qizil Yarim Oy jamiyati bilan aloqa o‘rnatishga yordam bermoq kerak. Yolg‘iz yashaydigan, o‘ziga o‘zi xizmat qila olmaydigan qariyalar uchun qariyalar uyi tashkil qilingan bo‘lib, ularda barcha shart-sharoitlar yaratilgan.

Qariyalarda qon aylanish doirasining yoshga aloqador o‘zgarishlari va kasalliklari, qon tomirlarining morfologik o‘zgarishlari kuzatiladi. Yirik qon tomirlari devorlarida sklerotik o‘zgarishlar, muskul qavatining atrofiyasi va elastikligining susayishi namoyon bo‘ladi. Bu esa qon tomirlarining kengayishi va qisqarishi qobiliyatini pasaytirib, qon aylanishini izdan chiqaradi, arterial bosim ko‘tariladi. Miokarddagi sklerotik o‘zgarishlar yurak qisqartirishlarni kamaytiradi.

Elektrokardiogrammaning barcha usullarida T-tishchanning amplitudasida kamaygan bo‘ladi, I, II, avl, V3-V6 usullarda keksa yoshdagi kishilarda T-tishcha doimo musbat bo‘lib, ST segment esa izochiziqda bo‘ladi. Bu esa yurakning ishemik kasalliklari diagnostikasi uchun muhim ahamiyatga ega.

Kasallikda yurak-tomir kasalliklaridan o‘lim ko‘rsatkichlarining ortib borishi, avvalo, ateroskleroz va uning asoratlari, arterial gipertoniya va bu kasalliklar kechishining o‘ziga xos xususiyatlari, davosi va parvarishining murakkabligiga bog‘liq.

### **III.4. Reabilitatsiya usullari**

Tibbiyot xodimlari geriatrik bemorlarga profilaktik reabilitatsiya tadbirlarini o‘tkazishni bilishlari va uddalashlari kerak. «Reabilitatsiya» yoki sog‘liqni qayta tiklovchi davo choralarining maqsadi geriatrik bemorlarni va nogironlarni oddiy turmush tarziga qaytarish, moslashtirish, begona odamlarga muhtojlikdan qutqarishdir.

Reabilitatsiya murakkab jarayon bo‘lib, to‘rt turdan iborat:

1. Tibbiy reabilitatsiya – bemorlarni davolash.

2. Psixologik reabilitatsiya – bemorlarni ruhiy depressiya, tushkunlikka tushish holatidan chiqarish.

3. Ijtimoiy reabilitatsiya – jamoatchilik va oila davrasidagi hayotini tiklash.

4. Mehnat reabilitatsiyasi – mehnatga layoqatligini qisman yoki to‘liq tiklash.

Bemorlarni davolashning o‘zi tibbiy reabilitatsiya hisoblanib, uning muvaffaqiyati davo nechog‘liq erta boshlanganiga bog‘liq. Reabilitatsiyaning barcha turlari bir-biri bilan chambarchas bog‘liq bo‘lib, bemor sog‘lig‘ini tiklashga qaratilgan.

Qariyalarning reabilitatsiya davrida izdan chiqqan funksiyalarining tiklanishi, ko‘rsatilgan davoning nafi juda sekinlik bilan namoyon bo‘ladi. Reabilitatsiya davrida geriatrik bemorlarga tibbiyot xodimlarining muomalasi, xatti-harakatlari, ularning sog‘ayishiga ishonch hissini uyg‘otishi katta ahamiyatga ega.

Bosh miya o‘tkir qon aylanishning buzilishidan keyingi parez yoki falajliklarda, travmalarda erta boshlangan reabilitatsiya tadbirlari, harakatlar, mashqlar organizm funksiyalarining tiklanishiga yordam beradi. Mashqlarni asta-sekinlik bilan ko‘paytirib borish lozim. Bemor reabilitatsiyasida mehnat bilan mashg‘ul bo‘lish muhim o‘rin egallaydi, bemorlarni ruhan tetiklashtiradi. Bunday bemorlarga mehnat sharoitini yengillashtirish, qulay sharoitlar yaratish kerak.

---

---

## **IV bob. QARIYALARDA KO‘P UCHRAYDIGAN KASALLIKLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI**

### **IV.1. Qariyalarda yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi**

#### **IV.1.1. Ateroskleroz**

Qariyalardagi yurak xastaliklarining asosini aterosklerotik o‘zgarishlar tashkil etib, u geriatriyaning muhim muammolaridan biri hisoblanadi.

Ateroskleroz 45–59 yoshlarda boshlanib, organizmning qarishini tezlashtiradi. Aterosklerozni rivojlantiruvchi omillar quyidagilardir:

- Bemorning yoshi, jinsi.
- Qonda xolesterin va lipoproteidlarning oshib ketishi.
- Arterial bosimning oshib ketishi.
- Chekish va spirtli ichimliklar ichish.
- Qandli diabet.
- Ovqat omillari, semizlik.
- Asabiylashish, ko‘p hayajonlanish.
- Irsiy omillar.
- Kam harakatlanish.
- Qon ivuvchanligining izdan chiqishi.
- Ateroskleroz rivojlanishidagi asosiy omil giperlipoproteinemiya-dir. Aterosklerozning ko‘p uchraydigan belgilari: aorta sklerozi, kardioskleroz, miya tomirlari sklerozi.

Aterosklerozning oldini olish uchun uni keltirib chiqaruvchi omillar bilan kurashish kerak. 40 yoshdan oshgan barcha bemorlarda xolesterin, triglitserid va lipoproteidlar miqdori tekshiriladi va ateroskleroz aniqlanadi. Bemorlarga xolesteringa boy bo‘lmagan ovqat va turmush tarzini o‘zgartirish buyuriladi.

**Antisklerotik moddalar.** Bu moddalar 3 guruhga bo‘linadi:

1. Xolesterinning ichaklardan so‘rilishiga qarshilik qiluvchi moddalar: diosponin, polisponin, dengiz karami.

2. Xolesterinni parchalovchi moddalar: linetol, araxiden, xolesteramin.

3. Xolesterin hosil bo'lishiga qarshilik qiluvchi moddalar: klofibrayt, miskleron, atromiden.

Bundan tashqari, o't haydovchi vositalar, lipotrop moddalar (xolin, metionin, letsitin), yod preparatlari, askorbin kislotasi ham xolesterin miqdorini kamaytiradi. Nikotin kislotasi, B<sub>12</sub>, B<sub>6</sub>, E, P vitaminlari aterosklerozning oldini olish va davolashda qo'llaniladi.

#### **IV.1.2. Yurakning ishemik kasalliklari**

Qariyalarda yurakning ishemik kasalliklari yurak toj arteriyalarining torayib qolishi va miokard ishemiyasining paydo bo'lishi – ateroskleroz oqibatida kelib chiqadi.

Aterosklerozni keltirib chiqaruvchi omillar va qarilikdagi o'ziga xos o'zgarishlar yurak kasalliklarining ortishiga sabab bo'ladi. Eng ko'p uchraydigan yurak ishemik kasalliklari: stenokardiya, miokard infarkti, aterosklerotik kardioskleroz va koronar yetishmovchiligi hisoblanadi.

#### **Stenokardiya**

*Stenokardiya, ko'krak qisish* – miokardning qon bilan yetarlicha ta'minlanmay qolishi bo'lib, 60 yoshdan oshgan bemorlarda yurak-qon aylanish doirasidagi yoshga aloqador, ateroskleroz va organik o'zgarishlar oqibatida paydo bo'ladi. Yurak og'rig'i bunday bemorlarda tipik holda bo'lib, atipik ko'rinishda, masalan, gastralgik, astmatik, og'riqsiz tarzda ham namoyon bo'lishi mumkin.

*Og'riqsiz stenokardiya* 60–69 yoshli bemorlarda 25%, 80–89 yoshlilarda esa 45% kuzatiladi. Stenokardiya bilan og'rish 25–64 yoshlilar o'rtasida 2–3% uchraydi.

Qariyalarda stenokardiya xuruji boshqacharoq kechadi. Xurujning vegetativ alomatlari sust kuzatiladi. Og'riq kuchli bo'lmaydi, balki og'irlik, qisilgan holat kuzatiladi, sekinlik bilan rivojlanadi va faqat jag'larga, bo'yinga irradiatsiya beradi. Ko'proq nevrologik simptomlar namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarda xuruj sababchisi ko'pincha ob-havoning o'zgarishi, ko'p ovqat iste'mol qilish bo'lishi mumkin.

Stenokardiyaning profilaktikasi va davosi og'riq xurujining qanday sharoitlarda paydo bo'lishiga bog'liq. Xurujlar ortiqcha asabiylashishga

aloqador bo'lsa, bemorga tushuntiriladi, turmushda va ishda qulay sharoit yaratish, yetarlicha dam olish, tinchlantiruvchi preparatlar ichib yurish tavsiya qilinadi. Osh tuzi, yog'lar, uglevodlar cheklab qo'yiladi.

Xuruj paytida nitroglitserin yoki validol yordam beradi. Agar bemor nitratlarni ko'tara olmasa, 5 mg. dan til ostiga nifedipin va B-adrenoblokatorlar buyuriladi.

**Miokard infarkti** – yurak toj arteriyalarining tromb bilan tiqilib qolishi va miokardning oziqlana olmay qolib nekrozga uchrashidir. Qariyalarda miokard infarkti ko'proq paydo bo'ladi. Bunga sabab, qonning yoshga aloqador biokimyoviy o'zgarishlari hisoblanadi.

1. Qon tomirlarining yoshga aloqador sklerozi.
2. Gemodinamikaning yoshga aloqador o'zgarishlari.

Miokard infarkti klinikasida o'ziga xos farqlar mavjud. Og'riq kuchli bo'lmasligi, irradiatsiyasi va joyi turlicha bo'lishi mumkin. Yosh o'tgan sari infarktning atipik, masalan, abdominal, gastralgik, astmatik, aritmik, serebral shakllari ko'proq kuzatiladi. Yoshi o'tgan bemorlarning 35% da va keksalarning 40% da infarktning og'riqsiz shakli uchraydi. Bunday bemorlarda kasallik yakuni yomon bo'lib, bosh miyada qon aylanishining buzilishi, qayta takrorlanuvchi infarkt bo'lishi mumkin. Yurak yetishmovchiligi va kardiogen shok faqat birinchi kuni emas, keyingi kunlari ham paydo bo'lishi, bunday paytda buyrak yetishmovchiligi bo'lganida ishemik insultga olib kelishi mumkin.

Kasallik asoratlaridan yurak ritmining buzilishi, miokard yorilishi va chap qorincha bilan o'ng qorincha orasidagi to'siq yorilishi, tromboembolik asoratlar, yurak anevrizmasi kasallik oqibatini yomonlashtiradi. Miokard infarktidan o'lgan bemorlarning 60 foizi kasalxonaga yotqizilguncha 2 soat ichida halok bo'ladi.

Qariyalarda miokard infarktining kechishida o'ziga xos belgilaridan yana biri – mayda o'choqli infarkt, yirik o'choqli infarktga qaraganda ko'proq uchraydi va 60 yoshdan keyin 20–22% holatlarda infarkt qaytalanishi mumkin.

Qariyalarda miokard infarkti atipik shaklda kechganligi sababli uni aniqlashda elektrokardiografiya usuli yordam beradi. T-tishcha manfiy bo'lib qoladi, patologik Q-tishcha paydo bo'ladi, ST kesma izoelektrik chiziqdan yuqoriga yoki past tomonga suriladi.

## Miokard infarktini davolash va parvarish qilish

Birinchi navbatda, ogʻriq xurujini toʻxtatish kerak. Teri ostiga 1–2 ml morfin va 0,5 ml atropin sulfat yuboriladi. Arterial bosimni koʻtarish maqsadida kofein, mezaton, kordiamin buyuriladi. Yurakning toj tomirlarida tromblar hosil boʻlishini toʻxtatish maqsadida geparin 2–3 kun davomida har 6 soatda 5000–10000 TB dan muskul orasiga yuborib turiladi.

Fibrinolitik vositalar bilan davolash keksa yoshdagi bemorlar infarktida yaxshi naf beradi, ammo bu usulni 70 yoshdan keyin qoʻllash tavsiya qilinmaydi. Bemor funksional karavotga yotqiziladi va ahvoli muntazam kuzatib boriladi, teri gigiyenasiga katta ahamiyat beriladi, yotoq yaralarining oldi olinadi. Yengil va oson hazm boʻladigan ovqat tayinlanadi. Birinchi 24–48 soat mobaynida qimirlamay yotish rejimi, 7–12 kundan keyin esa asta-sekin harakatlanuvchi rejimga oʻtish tavsiya qilinadi.

Kasallikning 5–8 haftasida uyga javob berish mumkin. Statsionardan chiqarilgandan keyin doimiy jismoniy harakatlar, piyoda sayr qilish mashqlari tavsiya etiladi, chekish va spirtli ichimliklarni ichish, asabiylashish, ogʻir jismoniy mehnat qilish, yugurish taqiqlanadi. Bemor ambulatoriya sharoitida elektrokardiografiya qildirib turishi, B-andenoblokatorlar, aspirin ichib turishi maslahat beriladi. Yurak ritmi buzilishiga qarshi novokainamid, obzidan, aymalin, kaliy tuzlari, kokarboksilaza buyuriladi.

Miokard infarkti bilan ogʻrigan bemorlar dispanser hisobida boʻlib, doimiy shifokor va hamshira nazoratida turadi. Hamshira va shifokor bemorlarning uyiga borib xabar olib turishlari, bemorning qarindoshlariga uning parvarishi, ovqatlanishi va hayot kechirish tarzi boʻyicha kerakli maslahatlarni berib borishlari kerak.

**Aritmiyalalar.** Qariyalarda kardiosklerozning belgilaridan biri aritmiyalardir. Bunga sabab, yurakda qon aylanishining yetishmovchiligi va miokard ishemiyasidir. Koʻpincha 50 yoshdan oʻtgan bemorlarni yurakning organik oʻzgarishlari oqibatida ekstrosistoliyalalar bezovta qiladi, yaʼni ularda yurakning vaqtdan ilgari qisqarishi kuzatiladi. Bunda bemorga xuddi yurak ishi toʻxtab qolgandek boʻlib seziladi. Ekstrasistoliyani davolashda koronar qon tomirlarni kengaytiruvchi,



miokardni qon bilan ta'minlaydigan, yurak yetishmovchiligini bartaraf etadigan vositalar tayinlanadi. Buning uchun digitalis preparatlari, strofantin, sedativ moddalar va trankvilizatorlar buyuriladi. Novokainamid muskul orasiga 5–10 ml dan, lidokain 10 ml dan beriladi. Ekstrasistoliyani bosish maqsadida ovqatdan keyin kuniga 3–4 marta 20–30 ml dan 10% li kaliy xlor eritmasi meva suvlari bilan ichib turiladi.

**Paroksizmal taxikardiya** – aterosklerotik kardioskleroz, miokard infarkti, gipertoniya kuzatilib, yurak ritmining birdan tezlashib, yurak qisqarishlarining minutiga 180–250 tagacha yetib qolishi va birdan sekinlashib, asliga kelib qolishidan iboratdir. Kasallik yurak o'ynog'i xurujlari bilan kechadi.

Qariyalar bunday aritmiyalarni boshidan juda og'ir kechiradilar. Bunday hollarda strofantin, aymalin, novokainamid, kaliy xlor va statsionar sharoitida xinidin buyuriladi. Qorinchalarning pir-pir uchishi, ya'ni fibrillatsiyasi klinik o'lim hisoblanib, bunda yurakdan qon otilib chiqmay qo'yadi. Geriatrik bemorlarda ham elektr defibrillatsiyasini o'tkazish mumkin.

Geriatrik bemorlarda yurak va koronar qon tomirlarining sklerotik o'zgarishlari oqibatida yurak o'tkazuvchanligi buzilishi, ya'ni blokadalar ko'p kuzatiladi. Blokadalarni davolashda mezaton, kofein, belladonna, atropin qo'llanadi. Qorinchalar ritmi keskin susayib qolganida (30 tadan kam bo'lganda) Adam-Stoks-Morgani sindromi boshlanadi, keskin bradikardiya munosabati bilan miyada qon aylanishi buzilishi mumkin. Bunda teri ostiga izadrin yoki efedrin, mezaton va kortikosteroidlar, elektrokardiostimulatsiya buyuriladi. Hamshira bunday bemorlarga juda katta e'tibor berib turishi va ularni tinchlantirishi kerak.

### **IV.1.3. Arterial gipertoniya kechishining o'ziga xos xususiyatlari**

Qariyalarda yoshi qaytgan sari arterial bosim ham ortib boradi, chunki yirik qon tomirlari devorlarida yosh bilan bog'liq o'zgarishlar kuzatiladi. Qon tomirlar elastikligini yo'qotadi, ektaziya va cho'zilish ro'y beradi. Ikkinchi tomondan, geriatrik bemorlar tomirlaridagi aterosklerotik o'zgarishlar tomirlar torayishiga sabab bo'ladi.

Qariyalarda arterial bosimning 160/90 mm sim. ustunidan ortib ketishi alohida tekshiruv o'tkazishni talab qiladi. 60 yoshdan oshgan bemorlarda kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarga ko'ra gipertoniya kasalligi va sistolik (aterosklerotik) gipertenziya farq qilinadi.

**Gipertoniya kasalligi.** Keksalikda bu kasallikning kelib chiqishiga organizmdagi arterial bosimni boshqarib turuvchi oliy nerv faoliyatining, miya po'stlog'ining, gipotalamus funksiyasining izdan chiqishi sabab bo'ladi.

Kasallikning *1-bosqichida* bemorlar uyqusizlik, tajanglik, tez charchash kabi simptomlarga uncha ahamiyat bermaydilar. Ularni faqat bosh aylanishi, bosh og'riqlari, hansirash bezovta qilishi mumkin. Gipertonik krizlar klinikasi sust ifodalangan bo'lib, bu juda xavflidir, chunki o'z vaqtida ko'rsatilmagan tez yordam bemorda insult yoki o'tkir yurak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin.

Kasallikning *2-bosqichida* A/B 180/100 mm sim. ustuniga teng bo'ladi. Krizlar paytida 260/140 mm. simob ustuniga yetadi. Qariyalarda kasallik manzarasi sust bo'lishiga qaramay, albatta, instrumental-diagnostik tekshiruv o'tkazib ko'rish zarur. EKGda levogramma, T-tishchaning patologik o'zgarishlari, ST segment izoelektrik chiziqdan pastda, yurak chapga kengaygan bo'ladi. Qonda umumiy lipidlar soni oshgan bo'ladi.

Qariyalarda ko'z tubini tekshirish muhim ma'lumotlarni bermaydi, chunki qariyalar yosh bilan bog'liq holda sklerotik o'zgarishlarga uchraydi, ko'z gavhari xiralashadi.

**Sistolik gipertenziya (aterosklerotik).** Bu kasallikda klinik belgilar sust yoki umuman bo'lmasligi mumkin, sistolik bosim oshib, diastolik bosim o'zgarmaydigan bo'ladi. Bunga sabab, yirik arteriyalarning ateroskleroz oqibatida torayishidir.

Kasallik klinikasida sistolik bosimning yuqori bo'lishi, bosh aylanishi, quloqlar shang'illashi kuzatiladi. Bosh og'rig'i bezovta qilishi mumkin. Bemorlarni subyektiv belgilar bezovta qilmasligiga qaramay, tez-tez EKG o'tkazib turish kerak.

Arterial bosim qariyalarda quyidagi ko'rsatkichlarda bo'ladi:

60–69 yoshda 130–135 / 80–85 mm sim. ust.

70–79 yoshda 135–140 / 80–85 mm sim. ust.

80–89 yoshda 135–140 / 85–90 mm sim. ust.

60 yoshdan oshgan shaxslarda arterial bosim 155–99 mm sim. ust. dan oshsa, arterial gipertoniya taxmin qilish mumkin.

80 yoshli keksalarning 9–10% ida arterial bosim 110/170 mm sim. ust.ga teng bo'ladi.

Qari bemorlarda gipotenziv vositalarni qo'llashning o'ziga xos xususiyatlari mavjud:

- Gipotenziv moddalar dozasini 2–3 barobar kamaytirish kerak.
- Arterial bosimni asta-sekin pasaytirish zarur.
- Arterial bosimni birdaniga tez tushirib yuboradigan preparatlarni (ganglioblokatorlar, izobarin) qo'llamaslik lozim.

Rauvolfiya preparatlarini, diuretiklarni, B-adrenoblokatorni tayinlashda ehtiyotkor bo'lgan ma'qul.

Bemorga nevropatolog maslahatini o'tkazib borish zarur.

EKG, qon va siydik tahlilini surunkali o'tkazib turish kerak.

Qari bemorlarda gipertoniyani davolashda qulay mehnat va turmush sharoitlarini yaratish, tinchlantiruvchi vositalar tayinlash kerak. Osh tuzini cheklash, yaxshi dam olish, uxlash, parhez buyuriladi. Rauvolfiya preparatlaridan rausedil va ruavazan 0,002 dan 0,008 gr gacha, rezerpin 0,00025 gr dan oshmasligi kerak. Geriatriyada ham adrenergik vositalar qo'llash mumkin, bular klofellin va metildofa. Diuretiklardan gipotizid 0,025 gr, furosemid 0,02–0,04 gr, veroshpiron 0,025–0,05 gr dan oshmasligi kerak.

Qariyalarda gipertonik krizlarni bartaraf etadigan vositalardan biri dibazoldir. U 0,05% – 2,0–4,0 ml dan muskul orasiga yuboriladi. Dibazol bilan davolanishda har 10 kunda EKG xulosasini olib turish lozim.

Yuqoridagi davo naf bermaganda bosqichma-bosqich sxema bo'yicha davo buyurish mumkin.

**1-bosqich.** Yengil formadagi gipertenziyada rauvolfin preparatlaridan raunatin 0,002 gr. dan kuniga 3–4 marta;

**1-«a» bosqich.** Nisbatan o'rtacha og'irlikdagi gipertenziyada klofellin, dopegit yoki apressin bilan monoterapiya o'tkaziladi.

**2-bosqich.** Diuretiklar bilan adrenoblokatorlar birgalikda qo'llanadi.

**3-bosqich.** O'rtacha og'ir gipertenziyada diuretiklar, adrenoblokatorlar (rezerpin) va vazodilatator (apressin) qo'llanadi. Geriatriyada adelfan, depressin keng qo'llanadi.

**4-bosqich.** Og'ir kechadigan gipertenziyada gipotiazid, rezerpin guanetidini bilan qo'llanadi.

Gipotiazid qo'llanganda gipokaliyemiyaning oldini olish maqsadida 0,5 gr dan 3 mahal kaliy yoki kaliyga boy bo'lgan olma, yong'oq, quruq mevalar, o'rik tayinlanadi.

Kasallik profilaktikasida asablarga zo'r keladigan ish, tungi mahallarda ishlash, chekish, spirtli ichimliklar ichish taqiqlanadi. Qovurilgan, o'tkir taomlar, achchiq qahva iste'mol qilish umuman man qilinadi. Bemor-larga dispanser kuzatuvida bo'lib, sanatoriya va profilaktoriyalarda dam olish maslahat beriladi.

**Hamshiralik parvarishi.** Nafas qiyinchiliklari va ularni yengillashtirish. Asosiy azoblanishlar, bu – o'pkalardagi dimlanish sababli yuzaga keladigan nafas olish qiyinciliklari va hansirashdir.

#### **Og'riqni kamaytirish uchun parvarish choralari:**

Tananing holati: tananing yuqori qismi ko'tarilib, diafragmani tushirib nafas hajmi oshishini ta'minlash.

Kislorod ingalatsiyasi: gipoksiya holatini kamaytirish uchun o'tkaziladi.

Osoyishtalikni ta'minlash: kislorodning manual sarflanishini ta'minlash. Jismoniy zo'riqishga ehtiyoj oshadi va nafas olishning qiyinlashishi, hansirash yuzaga keladi.

Yurakni ortiqcha zo'riqtiradigan hayotiy omillar ta'sirini kamaytirish (haddan tashqari jismoniy zo'riqish, dorilar qo'llash, ovqatlanish, bo'shalishlar) va mos keladigan instruktaj.

Yurakni zo'riqtiradigan omillarga harakatchanlik, dorilarni qabul qilmaslik, osh tuzini ko'p iste'mol qilish, defekatsiya vaqtidagi zo'riqish tufayli qon bosimining oshishi, chekish, haroratning keskin o'zgarishi, infeksiyon kasalliklar va boshqalarni kiritish mumkin. Ushbu omillar ta'sirini kamaytirish uchun yurak yetishmovchiligining darajasini hisobga olgan holda dam olish va boshqa faoliyatlarni mos holda tanlash. Yurakka zo'riqishni kamaytirish uchun xonadagi haroratni boshqarish, ko'chaga chiqish uchun mos kiyim tanlash va yuqoridagilarning barchasi bo'yicha bemorga ko'rsatmalar berish kerak. Instruktajda yurakning holati, uning muhimligi bemorga tushunarli so'zlarda tushuntiriladi. Uning hayot tarzini kuzatib borib, har bir harakatidagi noqulay omillarni bartaraf qilish kerak.

## **Og‘iz orqali uzoq vaqt dori qabul qilinganda qo‘llab-quvvatlash**

Quyida dori bilan davolanayotgan qari bemorni nazorat qilish mazmuni keltirilgan:

Bemor shifokor tavsiya qilgan dorilarni qabul qilayotgani tekshiriladi, bemorga yuragining holatini hisobga olgan holda tushunarli so‘zlarda dorining samarasi va uni qabul qilish muhimligini tushuntirish. Ba’zi hollarda jadval tuzib, bemor dori qabul qilayotgani yoki qilmayotganini jadvalda belgilash.

Yurak glikozidlari digitalisdan zaharlanishga, diuretiklar esa gipokaliyemiyaga sabab bo‘lishi mumkin. Shuning uchun ularning simptomlarini kuzatib borib, ular paydo bo‘lganda shifokorga xabar berish kerak.

Arterial bosimni tushiradigan dorilar qabul qilinganda o‘rnidan turganda kuzatilishi mumkin bo‘lgan ortostatik buzilishlarni hisobga olgan holda tananing bir holatdan ikkinchi holatga o‘tkazilishini ta‘minlash.

*Ovqatlanish, suyuqlik qabul qilish, arterial bosimni ushlab turish, qabziyatning oldini olish.*

Bunda ovqat tarkibida tuz 6–10 g ni tashkil qilishi kerak, ovqat yengil hazm bo‘ladigan va sifatli, oqsillarga bo‘y bo‘lishi kerak. Shifokor tavsiya qilgan suyuqlik miqdoridan ko‘p ichmaslik kerak. Osh tuzi kam bo‘lgan ovqat iste‘mol qilinganda bemorda ta‘m sezishning o‘zgarishi (sho‘r ta‘mni sezish qobiliyatining buzilishi) muammosi paydo bo‘ladi va bemor bunday ovqatni yeyishdan bosh tortishi mumkin. Shuning uchun ovqatni shunday tarkibda tayyorlash kerakki, (ziravorlar, tuz o‘rnini bosuvchilar bilan) bemor uni yesin. Kasalxonadan chiqqandan keyin bemorning oila a‘zolari ushbu sharoitlarni davom ettirishda yordam berishlari kerak.

### **IV.2. Qariyalarda nafas olish tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi**

60 yoshdan oshgan odam organizmining ko‘krak-suyak muskul skeletida distrofik-degenerativ o‘zgarishlar ro‘y beradi, ko‘krak qafasi deformatsiyalanib, bochkasimon tus oladi va harakatlanishi

cheklanadi. Bu o'zgarishlar o'pka ventilatsiyasiga nojo'ya ta'sir ko'rsatadi. Bronx devorining muskul qavati atrofiyaga uchrab torayadi, shilimshiq to'planadi, bronxlarning peristaltikasi pasayib, balg'am ko'chishi susayadi. 60 yoshdan o'tgach, o'pkaning biriktiruvchi to'qimasida destruktiv o'zgarishlar ro'y beradi. O'pka arteriya va arteriolalarida rivojlangan fibroz ularning elastikligini pasaytiradi. O'pka to'qimasidagi yosh bilan bog'liq o'zgarishlar o'pkaning tiriklik sig'imini ancha kengaytiradi.

Qariyalarda arterial qonning kislorod bilan to'yinishi pasayadi, arterial gipoksemiya rivojlanadi.

### IV.2.1. Bronxit kasalligi

**O'tkir bronxit** – bronxlarning o'tkir yallig'lanishi bo'lib, qariyalarda gripp va o'tkir respirator kasalliklar oqibatida kelib chiqadi. Kasallik sababchisi ko'pincha viruslardir. Bemorlarda lanjlik, to'sh orqasi achishayotgandek, tiralayotgandek bo'lib seziladi. Tana harorati normada yoki subfebril bo'ladi. Avval yo'tal quruq bo'ladi; keyin shilimshiq-yiringli balg'am kela boshlaydi. Qariyalarda yallig'lanish bronxiolalarga ham tarqaladi. Bronxiolit qo'shilgach, bemor ahvoli yomonlashadi, intoksikatsiya kuchayadi, taxikardiya, gipotoniya, hansirash kuzatiladi, yurak yetishmovchiligi qo'shiladi. O'pka auskultatsiyasida quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

Bemorni davolashda albatta yotoq rejimi tayinlanadi. O'pka ventilatsiyasini yengillashtirish maqsadida bemor yarim o'tirgan holda yotgani ma'qul. Qariyalarda surunkali bronxit, pnevmoniya kabi asoratlar tez paydo bo'ladi, shuning uchun antibiotiklar, sulfanilamidlar (ampitsillin, eritromitsin, biseptol, sulfadimetoksin kabilar) tayinlanadi. Yo'talga qarshi libeksin, glauvent, isitmaga qarshi asetilsalitsilat kislotasi, balg'am ko'chiruvchi termopsis, mukaltin, bromgeksin buyuriladi. Natriy gidrokarbonat, mentol, evkalipt eritmaları ingalatsiyalari tavsiya qilinadi. Ko'krak qafasiga bankalar, xantal, spirtli kompresslar qo'yiladi. Vaqtida o'tkazilgan davo muolajalari va parvarishda kasallik sog'ayish bilan tugaydi.

**Surunkali bronxit** – bronx devorining diffuz yallig'lanishi bo'lib, qariyalarda eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biri hisoblanadi. Kasallikning sababi, o'tkir bronxitlar, yuqori nafas yo'llarining xronik

katarlari, zaharli omillar, kasb kasalliklari, chekish, zax iqlim bo'lishi mumkin.

Bemorni quruq yoki balg'amli yo'tal, hansirash, darmonsizlik, salga charchab qolish bezovta qiladi. Balg'am shilimshiq-yiringli xarakterda bo'ladi, yo'tal sovuq tushishi bilan yoki zax joylarda kuchayadi. Auskultatsiyada hansirab nafas olish, quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi emfizema paydo bo'lishiga, destruktiv o'zgarishlar esa bronxoektazlarga olib keladi.

Bu o'zgarishlar nafas yetishmovchiligi va yurak kasalliklariga sababchi bo'ladi. Allergik komponent qo'shilsa, bronxial astma paydo bo'lishi mumkin. Surunkali bronxitda nafas yetishmovchiligini aniqlashda hansirashga e'tibor beriladi.

*1-darajali nafas yetishmovchiligida* hansirash jismoniy zo'riqish tufayli paydo bo'ladi, odam tez charchaydi, sianoz bo'lmaydi, nafas tizimidagi yordamchi muskullar o'pka ventilatsiyasida ishtirok etmaydi.

*2-darajali nafas yetishmovchiligida* yengil jismoniy harakatlar tufayli ham doimiy hansirash, yengil sianoz, charchash kuchli bo'ladi, yordamchi nafas muskullari ventilatsiyada ishtirok etadi.

*3-darajali nafas yetishmovchiligida* tinch paytda hansirash, sianoz va charchash kuchli ifodalangan bo'lib, nafas olishda yordamchi muskullar doimo ishtirok etadi.

Surunkali bronxitning eng ko'p uchraydigan asorati o'choqli pnevmoniya bo'lib, bunda bemor ahvoli yomonlashib, hansirash kuchayadi, adinamiya, taxikardiya paydo bo'ladi. Surunkali bronxitning qo'zigan davrlarida bemorlarda delirioz holatlar, psixozlar kuzatilishi mumkin, bu esa miya qon tomirlaridagi yosh bilan bog'liq o'zgarishlar va gipoksiyaga bo'lgan munosabati tufaylidir. Surunkali bronxitni davolashda bronxitlarda yallig'lanish jarayonini yo'qotish, bronx o'tkazuvchanligini yaxshilash, gipoksiyaga qarshi kurashish, organizmning qarshilik qobiliyatini oshirish va kasallik keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etish zarur. Kasallik qo'zib turgan paytda antibiotiklar (sefazolin, streptomitsin, kanamitsin) va sulfanilamidlar (biseptol, sulfalen, sulfadimetoksin) buyuriladi.

Bronxolitiklardan eufillin, efedrin, platifillin, izadrin, berotek tayinlanadi. Balg'am ko'chiruvchi, desensibillovchi vositalar va oksige-

noterapiya, fizioterapevtik muolajalar maqsadga muvofiq. Bemorga jismoniy mashqlar, organizmni chiniqtirish, toza havoda sayr etish, infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, chekishni tashlash tavsiya etiladi.

#### IV.2.2. O'tkir pnevmoniya

**O'tkir pnevmoniyalar** – o'pka to'qimasining yallig'lanishi bo'lib, kasallik qo'zg'atuvchisi bakteriyalar, viruslar bo'lishi mumkin. Qariyalarda pnevmoniyalar ko'pincha boshqa biror kasallikning asorati bo'ladi yoki organizmning qarshilik qobiliyati pasaygani sababli mustaqil kasallik tariqasida boshlanadi. Og'ir ichki va xirurgik kasalliklar bilan og'rib, qimirlamay yotadigan bemorlarda gipostatik pnevmoniyalar rivojlanadi. Qattiq sovqotish, ruhan zo'riqish, durust ovqatlanmaslik va nafas yo'llarining yallig'lanish hollari pnevmoniyaga moyil qilib qo'yadigan omillardir.

Kasallik klinikasi birdan boshlanmaydi, umumiy behollik, lohaslik, ishtahaning pasayishi, bemor es-hushining aynishi kuzatiladi. Qariyalarda qaltirash, yo'tal, ko'krakda og'riqlar kabi simptomlar kuzatilmaydi. Bemorlar obyektiv tekshirilganda yuzi, lablarida sianoz, nafas tezlashgan, qattiq bo'lib, auskultatsiyada quruq xirillashlar va krepitatsiya eshutiladi.

Qon tarkibida leykotsitlar normada bo'lib, ECHT baland bo'ladi. Pnevmoniya sababli keksalar yuragida miokardiodistrofik o'zgarishlar, buyraklar zararlanishi kuzatiladi. Kasallik klinikasi sust ifodalangani sababli rentgenologik tekshiruv natijasiga ko'ra pnevmoniya diagnostika qilinadi. Kasallikning dastlabki paytlaridan boshlab antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar buyuriladi. O'pka to'qimasiga yaxshi diffuziya bo'la oladigan antibiotiklardan sefalosporinlar yaxshi naf beradi.

Qariyalarni antibiotiklar bilan davolash jarayonida, zamburug'li kasalliklarning oldini olish maqsadida nistatin, levorin, polivitaminlar tayinlanadi. Qon aylanish tizimida bo'ladigan asoratlarning oldini olish maqsadida yurak glikozidlari, kordiamin, korazol, kamfora tayinlash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Balg'am suyultiruvchi, ko'chiruvchi vositalar va oksigenoterapiya o'tkazish kerak.

Qari bemorlarning immunobiologik faoliyatini kuchaytirish maqsadida biogen stimulatorlar (FIBS, aloe ekstrakti) qo'llash kerak.



Hamshira pnevmoniya bilan ogʻrigan bemorlarga kasallik profilaktikasini va paydo boʻladigan asoratlarni uqtirishi zarur. Turli respirator kasalliklarning oldini olish, organizmni chiniqtirish, nafas gimnastikasi bilan shugʻullanish, chekish mumkin emasligini bemorlar bilishi kerak.

Qariyalarda nafas yoʻli va oʻpkaning surunkali kasalliklari oqibatida oʻpka toʻqimasi va bronxlarda biriktiruvchi toʻqima oʻsib ketishi mumkin. Bu kasallik pnevmoskleroz deb ataladi, bunda bemorni hansirash bezovta qiladi. Rentgenogrammada oʻpka naqshining oʻzgarib qolgani, oʻpka ildizidan chiqib kelayotgan taram-taram soyalar borligi maʼlum boʻladi.

Qari bemorlarda surunkali bronxit, pnevmoniyalar, oʻpka sili, bronxial astma kasalliklari oqibatida oʻpka emfizemasi paydo boʻladi. Oʻpka emfizemasi alveolalarning havo bilan toʻlib, kengayib ketishi, elastikligining yoʻqolishi natijasida oʻpka toʻqimasining shishinquirab turishidir. Bemorlarni hansirash va yoʻtal bezovta qiladi. Hansirash ekspirator xarakterga ega boʻladi, koʻkrak qafasi bochkasimon shaklga kiradi, bemor yuzida sianoz kuzatiladi. Bemor obyektiv tekshirilganda oʻpkada quticha tovushi, quruq va nam xirillashlar kuzatiladi.

Rentgenologik tekshiruvda oʻpka maydonlari tiniqligi kuchaygan, diafragma pasaygan, harakatchanligi cheklangan boʻladi. Bemorlarga bronxolitiklar, balgʻam koʻchiruvchi dori moddalari, oksigenoterapiya, nafas gimnastikasi va togʻ kurortlarida dam olish tavsiya etiladi.

Hamshira parvarishi pnevmoniya simptomlarini kuzatish bilan birga, bemor umumiy holatidagi oʻzgarishlarni eʼtiborga olishi, umumlashtiruvchi baholash oʻtkazishi va oʻzining harakatlarini kasallikni erta aniqlash va davolashga qaratishi kerak. Bundan tashqari, qari bemorlarda zaxira kuchlarining kamligi, pnevmoniya tufayli ovqat qabul qilishning cheklanishi yoki davolanishning bir qismi sifatida ovqatlanmaslik – bu omillar organizmning suvsizlanishiga, ovqatlanishning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda bemorga yetarli miqdorda suyuqliklar berish va ovqatlanishini nazorat qilish zarur hisoblanadi.

Bundan tashqari, uzoq vaqt yotoq rejimida yotganda kuzatiladigan ikkilamchi buzilishlarning oldini olish maqsadida bemorning kuchi sarflanishini kamaytirib, uning jismoniy holati nazorat qilinishi kerak.

## **Ovqat bilan bog'liq g'oyalar va ovqat qabul qilish bo'yicha instruktaj**

Isitmalayotgan bemorga ko'p miqdorda suyuqlik beriladi, kuniga 1,5 litrgacha. Ovqat yengil hazm bo'ladigan, vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Ovqatni tez-tez, kam-kam berish kerak. Kasalxonada isitmalayotgan bemorning ovqatini hamshira yediradi, suyuqlik ichiradi. Bemor uyda davolanayotgan bo'lsa, hamshira bemorning qarindoshlariga uni nima bilan, qanday ovqatlantirish kerakligini tushuntiradi.

Bundan tashqari, aspiratsiya natijasida pnevmoniya rivojlanishining oldini olish uchun bemorning chaynov va yutish funksiyalari holatini hisobga olgan holda ovqatni to'g'ri tanlash, ovqat qabul qilayotganda to'g'ri tana holatini tanlash kerak, e'tiborli bo'lish, konsentratsiyasi buzilgan bemorlarga osoyishta ovqat yeyishi uchun qanday sharoitlar yaratish kerakligi o'rgatiladi.

### **Nafas va balg'am ajratish bo'yicha instruktaj**

To'shakda o'tira olmaydigan bemor ham oyoq va qo'llari bilan passiv va faol harakatlar, o'pka ventilatsiyasi maqsadida bir necha chuqur nafas olish va chiqarish harakatlarini bajarishi o'pkalar tomonidan kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini oladi. Bunday mashqlarni bemor kuniga 2–3 marta bajarishi kerak.

### **Og'iz bo'shlig'i gigiyenasini rejalashtirib amalga oshirish**

Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, kasalxona tashqi va ichki pnevmoniyalarning katta qismini aspiratsion pnevmoniya tashkil qiladi. Bu pnevmoniyalar asosan yashirin aspiratsiya tufayli yuzaga kelganligi uchun yashirin aspiratsiya xavfi yuqori bo'lgan, ya'ni insult va tana harorati bir necha marta ko'tarilishi natijasida ovqatni qabul qilish va yutish funksiyalari buzilgan bemorlarda og'iz bo'shlig'i gigiyenasini o'tkazish zarur.

Tishlarini o'zi mustaqil yuva olmaydigan og'ir bemorlarda og'iz bo'shlig'ini hamshira, uyda esa oila a'zolari tozalashadi. Har safar ovqat yeyilgandan keyin hamshira shpatel, paxta yoki doka sharikni olib, uni furatsillinning suvli eritmasi yoki choy sodasi eritmasiga ho'llab, bemorning tishlarini, milklarini, til va lunjning shilliq qavatini

tozalaydi. Shundan keyin shu eritma bilan bemorga ogʻzini chayish tavsiya qilinadi. Yuvishdan oldin bemor oʻtqiziladi yoki yarim oʻtirgan holda yotqiziladi (suyuqlik nafas yoʻllariga tushmasligi uchun), boʻyin va koʻkrak qismi kleyonka bilan yopiladi, dahan tagiga lotok yoki togʻoracha qoʻyiladi. Navbat bilan ogʻiz burchaklari shpatel bilan tortilib, ogʻiz boʻshligʻi uncha yuqori boʻlmagan bosim ostidagi oqim bilan yuviladi. Olinadigan tish protezlari boʻlgan bemorlarga kechasi ularni olib qoʻyish, sovun bilan yaxshilab yuvish va ertalabgacha quruq toza stakanga qoʻyish, ertalab esa yuvib, keyin ishlatish tavsiya qilinadi. Parvarish rejasiga ogʻiz boʻshligʻi gigiyenasini kiritish va uni amalga oshirish pnevmoniyaning oldini oladi va pnevmoniyadan tuzalish jarayonini tezlashtirishga xizmat qiladi.

### IV.2.3. Oʻpka sili

Qariyalar organizmi qandli diabet, pnevmoniya va boshqa surunkali kasalliklar tufayli kasallikka qarshi kurashishga zaiflashadi, ularda yuqumli kasalliklar ogʻir kechadi.

Oʻpka silining kelib chiqishida koʻx mikrobakteriyasi asosiy rol oʻynaydi. Kasallik davrida oʻpka silining kuchayishiga turmush tarzining yomonligi, yetarli kaloriyali ovqat yemaslik hamda oʻz vaqtida dispanser nazoratidan oʻtmaslik asosiy sabab boʻladi.

Oʻpka sili belgilari koʻpincha qarilik yoki shamollash deb oʻylanadi, chunki qariyalarda uning klinik belgisi: koʻp terlash, tana haroratining koʻtarilishi kuzatilmaydi, balki yoʻtal, behollik, ozib ketish, balgʻam ajratilishi kabi belgilar boʻladi, xolos. Bemorlar balgʻamida mikrobakteriyalarni topish juda qiyin. Tomografiya va rentgenografiyadagina sil manzarasini koʻrish mumkin. Qariyalarda silni davolash uchun kimyoviy preparatlar qoʻllash mumkin. Streptomitsin, ftivazid, tubazid, PASK, tibon preparatlari qoʻllanilganda bemor albatta statsionarda boʻlishi kerak, chunki bu preparatlar yurak-qon aylanish tizimiga asoratlar berish ehtimoli bor. Davolashda disensibillovchi dori vositalari va gormonlar qoʻllanadi. Qariyalarda kimyoviy preparatlarni qoʻllashning sutkalik maʼqul dozalari quyidagicha:

Streptomitsin	0,5–0,75 gr.
Ftivazid	1–1,5 gr.

Tubazid	0,45 gr.
Etambutol	10,8–1,2 gr.
PASK	9–12 gr.
Metazid	1 gr.
Rifampisin	0,45–0,6 gr.

O'pka sili bilan og'rikan bemorlar dispanser nazoratida bo'ladi. Hamshira bemorning uyiga tez-tez borib, bemorning ahvolidan xabar olib turishi, gigiyena qoidalariga rioya qilinishi, balg'amni maxsus tufdonlarga yig'ish zarurligini nazorat qilishi zarurligini bemor va oila a'zolariga tushuntirish kerak.

#### IV.2.4. O'pka raki

**O'pka raki** – o'pkadagi xavfli o'sma bo'lib, 40 yoshdan 70 yoshgacha bemorlarda ko'p uchraydi. O'pka rakining kelib chiqishiga o'pkaning surunkali kasalliklari va tashqi muhitdagi zaharli moddalar bilan ta'sirlanib turishi, chekish sabab bo'ladi. Kasallik asta-sekin avj olib boradi, bemorlarni yo'tal, ko'krak qafasida og'riqlar bezovta qiladi. Balg'amda qon bo'lishi mumkin. Hansirash, ishtahaning yo'qolishi, kaxeksiya kuzatiladi. Tana harorati o'rtacha ko'tariladi. Limfa tugunlari kattalashib qoladi. O'pka raki tashxisi rentgenologik tekshiruvdan so'ng qo'yiladi. O'pka rakini davolashda keksa kishilarda operativ davolash qo'llanilmaydi. Asosan konservativ davo buyuriladi. Nur bilan davolash bemorning immunologik qobiliyatini susaytirib yuboradi, shuning uchun ehtiyotlik bilan tayinlanadi. Kimyoviyterapiya o'tkazish maqsadida siklofosfan, embixin, benzotef, tiofosfamid, 5-ftoruratsil vositalari qo'llanadi.

O'pka raki bilan og'rikan bemor doimo nazoratda bo'lishi, hamshira bemorga diqqat-e'tiborini kuchaytirishi, buyurilgan dori-darmonlarni iste'mol qilish, ko'rsatmalarga rioya qilish o'z vaqtida bajarilishini nazorat etishi zarur. Psixologik qo'llab-quvvatlash zarur.

#### IV.3. Qariyalarda ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Hazm a'zolari faoliyatida qarish jarayonini ko'rsatuvchi o'zgarishlar kuzatiladi. Chaynov muskullari va so'lak bezlarida atrofik o'zgarishlar rivojlanadi. So'lak sekretsiyasining pasayishi, tishlarning

tushishi, chaynov muskullarining susayishi ovqatning og‘iz bo‘shlig‘idagi mexanik ishlovini yomonlashtiradi, uning qayta hazm bo‘lishi uchun noqulay sharoit yaratiladi. Qizilo‘ngach shilliq qavatida atrofiya kuzatiladi, uning muskulaturasining tonusi va peristaltikasi susayadi. Me‘daning shilliq va muskul qavatlarida ham atrofiya kuzatiladi. Arteriya tomirlarining sklerozlanishi, kapillarlar zichligining kamayishi me‘daning qon aylanishini yomonlashtiradi. Me‘daning sekretor faoliyati pasayadi: me‘da sekretorining miqdori kamayadi, xlorid kislota, pepsin va gastromukoptein mahsuloti kamayadi. Yosh o‘tishi bilan ichaklar uzunligi oshadi. Ichak shilliq qavatining qalinligi kamayadi. Bu o‘zgarishlar so‘rilish jarayonining buzilishiga olib keladi.

Qariyalarda borgan sari gepatotsitlar soni kamayib, jigar massasi kichraya boradi. Bu esa jigarning antitoksik vazifasi va moddalar almashinuvi buzilishiga olib keladi. O‘t pufagi muskul qavatining tonusi pasayib, uning hajmi kattalashadi, qisqarishi susayib, o‘tning dimlanib qolishiga sabab bo‘ladi. Bu holat qariyalarda o‘t-tosh kasalligini rivojlantiradi. Me‘da osti bezining atrofiyasi oqibatida asinoz hujayralar kamayib, o‘rnini biriktiruvchi to‘qima egallaydi, asinoz hujayradagi sekretor granularlarning pankreatin shirasini ishlab chiqarishi kamayadi. Me‘da osti bezining orolchalaridagi B-hujayralarining kamayib ketishi keksalar qonida glukoza miqdorining ortiqroq bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Yoshi qaytib qolgan erkaklarning 75–78% ida qizilo‘ngach raki kuzatiladi.

Qizilo‘ngach rakiga divertikullar, kuyish, ezofagitlar sabab bo‘ladi. Bemorlar to‘sh orqasida achishish, og‘riq, og‘zidan so‘lak oqishi, ovqat yutishning qiyinlashib qolganidan shikoyat qiladilar. Bunday bemorlarni faqat konservativ davolash mumkin. Og‘riq qoldiruvchi, spazmolitik, narkotik dori vositalari buyuriladi.

#### IV.3.1. Surunkali gastrit

**Surunkali gastrit** – qariyalarda ko‘p uchraydigan kasallik bo‘lib, me‘da shilliq pardasi zararlanib, sekretor va motor funksiyalari izdan chiqadi. Ovqatlanish tartibining buzilishi, ko‘p ovqatlanish, spirtli ichimliklarni ko‘p iste‘mol qilish, chekish va neyrogumoral regulatsiyaning izdan chiqishi surunkali gastrit kasalligini keltirib chiqaradi.

Qariyalarda ko‘proq (40–60%) axlorgidriya va axiliya bilan kechadigan trofik gastrit uchraydi. Bemorlarni ko‘ngil aynish, qayt qilish, havo bilan kekirish, epigastral sohaning og‘ir bo‘lib turishi va og‘riqlar bezovta qiladi.

Qari bemorlarda surunkali gastritni miokard infarktining gastralgik shaklidan farqlab olish kerak. Albatta EKG o‘tkazish shart. Diagnostika uchun me‘da shirasi olinib, laboratoriyada tekshiriladi, undan tashqari rentgenologik, sitologik tekshiruv o‘tkazish kerak. Surunkali gastritni davolashda ovqatlanish tartibiga rioya qilish, chekish, ichishga barham berish kerak.

Me‘da kasalliklarini davolashda me‘da shirasi, asidin, pepsin – giposekretsiyada, serukal – gipersekretsiyada, ovqat yaxshi hazm bo‘lishi uchun pankreatin, festal, panzinorm, me‘da sohasida og‘irlik va og‘riq sezilganda no-shpa tayinlanadi.

Surunkali gastrit bilan og‘rigan bemorlar uchastka hamshirasi va shifokori kuzatuv ostida davolanishi va profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirib borishi kerak. Axilik gastritning me‘da rakiga o‘tib ketishi ehtimoli bo‘lgani uchun bemor komplekt tekshiruvdan o‘tib turishi lozim.

### IV.3.2. Me‘da raki

**Me‘da raki.** Bu kasallik 50–70 yoshli bemorlarda ko‘p uchrab, 70 yoshdan keyin kamaya boradi. Me‘da raki erkaklarda ayollarga nisbatan 2–3 barobar ko‘p uchraydi. Kasallarda me‘da raki sekin-asta rivojlanib, metastaz holati kechroq kuzatiladi, bemor ishtahaning pasaygani va yo‘qligi, epigastral sohada og‘irlik va noqulaylik paydo bo‘lganligi, ozib ketganlikdan shikoyat qiladi. Bemorning ozib ketishi, qonida gipoxrom anemiya mavjudligi, rentgenologik va sitologik tekshiruvlar natijasida me‘da raki aniqlanadi.

Qariyalarda yurak va qon aylanishi doirasi kasalliklari ko‘p uchragani sababli, operativ yo‘l bilan davolashga sharoit bo‘lavermaydi. Konservativ davoda og‘riq qoldiruvchi, tinchlantiruvchi, qon yoki eritrotsitar massa qo‘yish buyuriladi. Ovqat oson singadigan, oqsil, yog‘lar va vitaminlarga boy bo‘lishi kerak. Me‘da rakining oldini olish uchun rakdan oldin bo‘ladigan kasalliklar, xronik gastritlar, me‘da polipozini davolash kerak.

**Hamshiralik parvarishi.** Bemor tashxisini bilish huquqiga ega, lekin faqat shifokor bemorga tashxisni qachon va qanday shaklda xabar berishni hal qiladi. Hamshira tashxisni yashirib, bemorni parvarish qilganda, unda tuzalishga ishonch uygʻotishi kerak.

**Oʻz-oʻzini parvarish qilish.** Bemorning holatiga bogʻliq holda turli maqsadlar qoʻyiladi. Masalan, kasallikning takrorlanishini oldini olish uchun hayot tarzini oʻzgartirish, shu bilan birga gastroektomiyadan keyingi ahvoriga mos holda nojoʻya taʼsirlarga qarshi choralar koʻrish va davolash, keyinchalik esa oʻsmaning terminal davrida hayotini sogʻlom odamlardek oʻtkazishi, nima boʻlganda ham bemorda oʻz-oʻziga parvarishni amalga oshirib, unda oʻziga ishonchini oshirish kerak.

Masalan, bemor hayot tarzini gastroektomiyadan keyin ahvoriga moslashtirish uchun ovqatlanish rejimida quyidagilarga eʼtibor berish kerak: meʼdaning hajmi kichrayganligi sababli hazm qilish funksiyasi va boshqalar pasayadi, shuning uchun ovqatning hajmi kamaytirilib, uni qabul qilish soni oshirilishi kerak. Soʻlakning ajralishini stimulatsiya qilish uchun ovqatni kichik porsiyalarda isteʼmol qilish kerak.

Ovqatning sifatiga alohida ahamiyat bergan holda ovqatlanish rejimini oʻzgartirish (yengil hazm boʻladigan, kaloriyali ovqatni tanlash).

Suyuqliklar qabul qilganda suvsizlanishning oldini olish maqsadida meʼdaning kengayishiga olib keladigan gazlangan ichimliklar ichishni cheklash. Ovqatlangandan keyin tananing holatini: meʼdaning qisman rezeksiyasida oʻtirgan holatni taʼminlash, demping sindromining oldini olish uchun yotgan holatni berish.

Bemorning xohishsiz va oʻzgarishlar muhimligini tushunmasdan turib, uning uzoq vaqt davomida yaratgan hayot tarziga oʻzgartirishlar kiritish qiyin boʻladi. Lekin agar bemor bu qoidalarga rioya qilmasdan yashaydigan boʻlsa, natijada u azoblanishi mumkin.

Shuning uchun hamshira bemorning yangi hayot tarziga moslashishi uchun bemorga oʻz-oʻzini parvarish qilish qobiliyatini oshirishida yordam berishi kerak.

Bundan tashqari, oʻz-oʻziga parvarish koʻnikmalarini mustahkamlashda oʻrab turgan muhit taʼsiri ham kattadir. Shuning uchun hamshira bemorni oʻrab turgan muhitni ham hisobga olib, kerak boʻlganda uni oʻzgartirishi kerak.

**Bemorning ovqatlanishi.** Oqsil va o‘simlik mahsulotlari yetarli bo‘lmasligi holdan toyish, avitaminozga olib keladi. Ba’zi bemorlar aksincha, ovqatlanish rejimiga uzoq vaqt rioya qila olmay uni buzadilar, natijada ichaklar faoliyati buzilib, hazm qilish va oziq moddalarning so‘rilishining buzilishi natijasida kamqonlik yuzaga keladi.

**Parhez bilan davolash.** Bemor va uning qarindoshlari kasalxonadan chiqayotganda parhez va ovqatlanish rejimi haqida to‘liq ko‘rsatmalar oladilar. Bemorga osh tuzi cheklangan, yetarli darajadagi oqsilli, fiziologik to‘la qimmatli parhez tavsiya qilinadi. Hamma ovqatlar qaynatilgan yoki bug‘da pishirilgan bo‘lishi kerak. Ovqatlanish rejimiga, parhezga rioya qilganda bemor mehnat qobiliyatining to‘liq tiklanishi 4–6 oyda boshlanadi.

**Har kunlik hayotida yordam.** Bemorning to‘liq fiziologik reabilitatsiyasi kechroq, y‘ani operatsiyadan keyin birinchi yilning oxirida boshlanadi.

Onkologik bemor o‘sma tashxisini bilgandan keyingi shokdan so‘ng uning ahvoli og‘irlashmasa, kasallik uning barcha fikrlarini egallamasa, u uchun zarur bo‘lgan ishlar bilan shug‘ullanib, ulardan qoniqish olishiga xalaqit bermasa, uning hayoti to‘laqonli hisoblanadi.

Bemorning reabilitatsiyasi – bu bemorning buzilgan ruhiy, jismoniy va fiziologik holatini tiklashga qaratilgan individual rejani ishlab chiqish va amalga oshirish.

Uni hayotga tatbiq qilish uchun ko‘pgina onkologik davolash muassasalarida maxsus davolashdan oldingi bo‘limlar – reabilitatsion bo‘limlar mavjud. Lekin reabilitatsion bo‘limlarda yotgan vaqtida organizmning hamma buzilgan tizimlarini qayta tiklashning iloji bo‘lmaydi.

Tashxis, uzoq muddatli, og‘ir davolanish tufayli kelib chiqqan asab-ruhiy o‘zgarishlar oilaviy va turmushdagi sog‘lom omillarning uzoq vaqt ta’sirini talab qiladi.

### **IV.3.3. Me‘da yara kasalligi**

**Me‘da yara kasalligi.** 60 yoshdan oshgan bemorlarning 20% da me‘da yara kasalligi uchraydi. Yara kasalligi 2 xil bo‘ladi:

1. «Eski» yara, bu bemor yoshligida orttirgan kasalligi.



2. «Qarilik» yarasi, bu bemor keksayganda paydo bo‘ladigan kasallikdir.

Qarilikda paydo bo‘lgan yara katta o‘lchamda, yuqorida, kardial sohada joylashgan bo‘ladi. Me‘da qon tomirlaridagi sklerotik o‘zgarishlar, shilliq pardadagi atrofik o‘zgarishlar, surunkali me‘da kasalliklari qarilikda yara paydo bo‘lishi uchun sharoit yaratib beradi.

Kasallik klinikasi kam ifodalangan bo‘lib, diagnoz qo‘yishni qiyinlashtiradi. Yara kasalligi instrumental tekshiruvda yoki yara asoratlar berganda, perforatsiya yoki qon ketganda aniqlanadi. Qariyalarda yaraning bitishi qiyinroq bo‘ladi. Davolashda parhez tayinlanadi. Bunda xolesteringa boy va yog‘li taomlar, achchiq choy, qahva, spirtli ichimliklar ichish taqiqlanadi.

Ovqat vitaminga boy bo‘lishi kerak, konservativ davo uchun vitaminoterapiya, tinchlantiruvchi, anabolitik vositalar, biostimulyatorlar, spazmolitiklar, antatsid vositalar, almagel metiluratsil, solkoseril tayinlanadi.

Fizioterapevtik muolajalardan 5% li novokain yoki 1% li benzogeksoniy eritmasi bilan epigastral sohada elektroforez tavsiya etiladi.

Perforatsiya, yaradan qon ketish, stenoz kabi asoratlar jarrohlik usulini qo‘llashga majbur qiladi.

#### IV.3.4. Surunkali gepatit

**Surunkali gepatit** – jigar hujayralaridagi yallig‘lanish, distrofik o‘zgarishlar bilan xarakterlanadi. Qariyalardagi surunkali gepatit yoshlikda orttirgan kasalligi oqibatidir. Surunkali gepatitning 4 xil formasi farq qilinadi:

1. Surunkali aktiv gepatit.
2. Persistlovchi surunkali gepatit.
3. Xolestatik gepatit.
4. Agressiv gepatit.

Kasallarda *surunkali aktiv gepatit* og‘irroq kechadi, darmonsizlik, tez charchash, ishtahaning yo‘qolishi, ko‘ngil aynishi, mudroq bosishi, qon ketib turishi, badan sarg‘ayishi, astsit paydo bo‘lishi mumkin, bunda jigar kattalashishi kuzatiladi. Ko‘p holatlarda surunkali faol gepatit jigar sirroziga olib keladi. Qonda umumiy oqsillar miqdori ko‘payib ketadi.

*Persistlovchi surunkali hepatitda* bemorning o'ng qovurg'alar osti og'rib turadi, yog'li ovqat iste'mol qilganda, spirtli ichimlik ichganda og'riqlar kuchayishi mumkin. Surunkali hepatitda biokimyoviy tekshiruv o'tkazilganda umumiy oqsil miqdori kamaygani, sulema va timol sinamalari musbatlashgani, bilirubin, lipidlar miqdori oshgani, qon fermentlari AlAT va AsAT kuchaygani kuzatiladi.

Surunkali hepatitni davolashda parhezga katta e'tibor berish kerak. Bemorlarga 5-parhez stoli qo'llanadi. Yog'lar cheklanib, oqsilga boy, kaloriyali, oson hazm bo'ladigan ovqatlar tayinlanadi.

Mineral tuzlar, o't haydovchi qaynatmalar, antibiotiklar, spazmolitiklar, lipotrop vositalar, vitaminoterapiya buyuriladi. Surunkali faol hepatitda kortikosteroidlarni qo'llash mumkin. Bemorlarga sanatoriy va kurortlarda davolanish, dam olish tavsiya etiladi.

#### IV.3.5. Jigar sirrozi

**Jigar sirrozi** – jigar to'qimasida distrofik o'zgarishlar va biriktiruvchi to'qimaning o'sib ketishi, jigar funksiyalarining izdan chiqishidir. Geriatrik bemorlarda jigar sirrozi ko'p uchraydi. Jigar sirrozi virusli hepatit, alkogolizm, zaharlanish, infeksiyon kasalliklar, qandli diabet, allergiya oqibatida paydo bo'ladi. Bemorlarni darmonsizlik, o'ng qovurg'alari ostida og'riq, ishtahaning yo'qolishi, qorinning dam bo'lishi, uyquning yomonlashuvi bezovta qiladi.

Bemor ko'zdan kechirilganda shilliq qavatlarining sarg'aygani, badan terisining qorayishi, terida yulduzchasimon tomirlar paydo bo'lgani, kaft eritemasi, jigar kattalashgani, qattiq bo'lib qolganini ko'rish mumkin. Kasallik sekin rivojlanib, oxirgi bosqichlarda assit, kaxeziya, qon ketishlar kuzatiladi. Jigar sirrozini davolash uchun kortikosteroidlar, lipotrop vositalar, vitaminlar, aldakton (0,1 g dan sutkasiga 2–3 marta) kokarboksilaza, glutaminat kislotasi, parhez ovqatlar tayinlanadi. Assitda juda ehtiyotkorlik bilan 1–2 l. suyuqlik chiqarib tashlash mumkin.

#### IV.3.6. Jigar raki

**Jigar raki** – keksa yoshdagi va 50–60 yoshlardagi bemorlarda uchraydi. Qorin bo'shlig'ida uchraydigan xavfli o'smalarning 50 foizi albatta jigarga metastaz beradi. Bunda bemorning ahvoli yomonlashib,

jigar kattalashadi, qattiq va g'adir-budur bo'lib qoladi, palpatsiyada og'riq kuchayadi. Jigar rakining asorati qorin bo'shlig'iga qon quyilishi, kollaps, anemiya va bemorning o'limi bilan tugashi mumkin.

#### **IV.3.7. O't-tosh kasalligi**

**O't-tosh kasalligi** – kasallarda simptomsiz kechib, ko'proq dispeptik belgilar kuzatiladi. Ko'ngil aynishi, qayt qilish, kekirish, og'zida achchiq ta'm bo'lishi, o'ng qovurg'alar ostida uncha kuchli bo'lmagan og'riqlar bemorni bezovta qiladi. Og'riqlar ko'p ovqatlanganda, yog'li taomlar iste'mol qilganda kuchayishi mumkin. Yosh o'tishi bilan ro'y beradigan o't pufagining atoniyasi pufakda o'tning dimlanib qolishiga olib keladi, bunda toshlar paydo bo'lishi osonlashadi. O't-tosh kasalligiga infeksiya qo'shilsa yoki o't pufagidan toshlar surilib chiqishi natijasida o't yo'llari tiqilib qolsa, kasallik klinikasi yomonlashadi, og'riqlar kuchayadi, tana harorati ko'tariladi, badan sarg'ayib ketadi. Peroral xoletsistografiya yoki kontrast moddani venaga yuborib, xolegrafiya qilinganida ishonchli diagnoz qo'yiladi.

O't-tosh kasalligini davolashda bemorning nafas tizimi, yurak-tomir tizimi ahvolini e'tiborga olgan holda operativ davo tayinlanadi. Bemorlarni konservativ davolashda parhezga amal qilish, jismoniy mashqlarni bajarib turish, qabziyatni bartaraf qilish, semirishning oldini olish tavsiya etiladi. Sanchiqlar paytida og'riq qoldiruvchi preparatlar, spazmolitiklar, o't haydovchi, lipotrop vositalar, vitaminlar muntazam qabul qilinadi. Bakterial infeksiya mavjud bo'lsa, antibiotiklar tayinlanadi. Bemorlarga sanatoriy va kurortlarda davolanish, parafin, balchiq, ozokerit applikatsiyalari, elektroforez tavsiya qilinadi.

#### **IV.3.8. Xoletsistitlar**

**Xoletsistitlar** – o't pufagining yallig'lanishi bo'lib, o'tkir va surunkali shakllari farq qilinadi. O'tkir xoletsistitning kelib chiqishida asosiy rolni infeksiyalar o'ynaydi. Qariyalarda o'tkir xoletsistitning klinik belgilari sust rivojlanadi. Yallig'lanish jarayoni tez tarqalib, o't pufagining flegmonasi yoki gangrenasini keltirib chiqaradi. Bemorning umumiy ahvoriga qarab jarrohlik usulida davolanadi. Konservativ davo

uchun ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotiklar, spazmolitiklar, og'riq qoldiruvchi dorilar tayinlanadi. Og'riqlarni tez qoldirish maqsadida Vishnevskiy usuli bo'yicha paranefral zonalarga novokainli blokadalar qilinadi. 2–3 kun ichida konservativ davodan naf bo'lmasa, jarrohlik yo'li bilan xoletsistektomiya o'tkaziladi.

**Surunkali xoletsistit** – qariyalarda yoshlikda orttirilgan kasallikning davomi hisoblanib, ko'proq to'la ayollarda uchraydi. Surunkali xoletsistit toshli va toshsiz bo'lishi mumkin. Qariyalarda toshsiz xoletsistit kam uchraydi va klinikasida dispeptik belgilar namoyon bo'ladi. O'ng qovurg'alari ostida og'riqlar kuzatilib, o'ng ko'krak va yelkaga o'tib turadi. Og'riqlar yog'li va o'tkir ovqatdan keyin kuchayadi.

Surunkali xoletsistit ko'pincha surunkali gastrit, pankreatit, kolit bilan birga kechadi. Bunday hollarda diagnostika qiyinlashadi. O'n ikki barmoqli ichakka zond solib olingan B o't porsiyasi laborator tekshirilganda leykotsitlar, shilimshiqlar, epiteliy hujayralari ko'zga tashlanadi. Gohida o't suyuqligida lyambliylar ham topilishi mumkin. Sog'lom odamda B va C qismining o't suyuqligida leykotsitlar va shilliq bo'lmasligi, ekma qilinganda esa, o't steril bo'lishi kerak. Surunkali xoletsistitni davolashda spazmolitiklar, o't haydovchilar, lipotropolar, vitaminlar, nitrofuran preparatlari, antibiotiklar; lyambliylar topilganda esa, trixopol buyuriladi. Parhez bilan davolashga alohida e'tibor beriladi. Yog'li, qovurilgan, achchiq, sho'r taomlarni cheklab qo'yib, spirtli ichimliklar taqiqlanadi. Fizioterapevtik muolajalar, sedativ, spazmolitik, o't haydovchi vositalar yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Parafin, torf, balchiq applikatsiyalari, dimetriya, induktotermiya, ultratovush buyuriladi. Mineral suvlar va balneologik kurortlar tavsiya qilinadi.

#### IV.3.9. Pankreatitlar

**O'tkir pankreatit** – me'da osti bezining o'tkir yallig'lanishi bo'lib, ushbu xastalikka chalinganlarning 30–66% i keksalar hisoblanadi. Kasallikka sabab – o't yo'li kasalliklari, yog'li taomlarni, spirtli ichimliklarni muntazam iste'mol qilishdir. Kasallik klinikasida epigastral sohada bo'ladigan og'riqlar intensivligi uncha kuchli bo'lmaydi. Og'riqlar yurak sohasida paydo bo'lib, miokard infarkti klinikasini beradi. Bemor ko'ngli aynib qayt qiladi. Qon tarkibida leykotsitoz,

diastaza miqdori ortib ketadi. Qariyalarda ko‘proq seroz pankreatit nekrotik yoki yiringli formalariga o‘tib ketadi.

Bemorni davolash uchun 3–5 kun ochlik tayinlanadi, vena orqali izotonik natriy xlor eritmasida glukoza yuboriladi. Og‘riq qoldirish maqsadida atropin sulfat, no-shpa, papaverin, galidor tayinlanadi. Me‘da osti bezi fermentlari aktivligini pasaytiradigan trasilol, kontrikal buyuriladi. Shokka qarshi vena orqali 5–2 l, 5% li glukoza eritmasi, teri ostiga kofein, mezaton, kamfora, kordiamin yuboriladi.

Yallig‘lanishga qarshi antibiotiklar beriladi. O‘tkir pankreatit qariyalarda ko‘proq o‘lim bilan tugaydi. Shu kasallik bilan o‘lganlarning 70% ini 50 yoshdan oshgan bemorlar tashkil etadi. O‘tkir pankreatitning oldini olish uchun jigar va o‘t yo‘li kasalliklarini yaxshi davolash, ovqatlanish tartibiga rioya qilish, spirtli ichimliklar iste‘mol qilmaslik kerak. Hamshira o‘tkir pankreatit bilan og‘rigan bemorlarni muntazam nazorat qilib, kasallik qaytalanishining oldi olinishiga ko‘maklashishi kerak.

**Surunkali pankreatit** – xotin-qizlarda o‘t pufagi va jigar xastaligi ko‘p uchragani sababli, bu kasallik ko‘proq ayollarda uchraydi. Barcha surunkali pankreatit bilan og‘rigan bemorlarning 20% ini 60 yoshdan o‘tgan keksalar tashkil etadi. Xoletsistektomiya qilingan bemorlarning 1/3 qismida surunkali pankreatit kuzatiladi. Kasallik qariyalarda latent kechadi. Bemorlar dispeptik alomatlar va o‘ng qovurg‘alar ostidagi og‘riqlardan shikoyat qiladilar. Qariyalarda bu kasallik hazm organlarining boshqa kasalliklari bilan birga uchraydi, shuning uchun uning diagnostikasi birmuncha qiyinroq bo‘ladi. Siydik va qon tarkibida diastaza miqdori yuqori bo‘ladi. Koprologik tekshiruvda me‘da osti bezining hazm qilish qobiliyati kuzatiladi. Kasallikni davolashda parhez va ovqatlanish tartibiga rioya qilish kerak. Fermentlardan pankreatin, mezim-forte, panzinorm, lipotrop vositalardan metionin, lipokain tayinlanadi. Desensibillovchi, spazmolitik vositalar va mineral suvlar ichib turish tavsiya etiladi.

#### **IV.3.10. Xronik kolit**

**Xronik kolit** – yo‘g‘on ichakning surunkali yallig‘lanishi bo‘lib, keksa odamlarda 60 yoshdan keyin ko‘p uchraydigan kasallik hisoblanadi. Asosiy klinik belgisi qabziyat, meteorizm, ich ketishi,

qorinda og'riqlar bo'lishidir. Ko'pincha bu kasallik me'da, jigar kasalliklari bilan birga kechadi. Surunkali qabziyatlar keksa odamlarda to'g'ri ichak shilliq pardasining tushib qolishiga, gemorroiyga olib kelishi mumkin, shuning uchun ko'p kuchanmaslik, qabziyatlarning oldini olish lozim. Xronik kolitni davolashda yog'li, qovurilgan, o'tkir ovqatlarni cheklash zarur. Parhezda meva, sabzavotlar, mineral suvlar, spazmolitiklar va ichni yumshatuvchi, o'tlardan tayyorlangan qaynatmalar beriladi.

#### IV.3.11. Yo'g'on ichak raki

**Qari bemorlarda yo'g'on ichak rakining klinik kechishi va davolash.** Yo'g'on ichak raki klinik holati – anatomo-fiziologik o'zgarishlar bilan birga to'g'ri ichak raki boshqa lokalizatsiyasidagi raklar orasida 6–7-o'rinda turadi, barcha o'sma kasalliklari orasida esa 4–5% ni tashkil qiladi. Ichaklardagi barcha o'smalar orasida esa birinchi o'rinni egallaydi (70–80%).

To'g'ri ichak rakiga olib keladigan kasalliklarga to'g'ri ichakdagi surunkali yallig'lanish jarayonlari (proktitlar, yaralar), gemorroiyning asoratlari – yoriqlar, oqmalar va asosiy poliplar kiradi.

**Diagnostika.** To'g'ri ichak rakini aniqlashda ko'p qo'llaniladigan va oddiy usullardan biri bu to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish usulidir. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishda bemor qorniga yotgan, yon tomonga yotib tizzalarini bukkan yoki tizza-tirsak holatida o'tkaziladi. Barmoq bilan o'smani aniqlashning iloji bo'lmaganda, cho'kkalab o'tirgan holatda tekshiriladi.

*Operatsiyadan oldingi parvarish.* Kolostoma qo'yishga qaror qilishda yordam va bemorning roziligi olinadi. Operatsiyadan oldin kolostoma haqida tushuntirish ishlarini olib borish zarur. Operatsiyadan oldingi instruktaj va kolostomani, o'zi parvarish qilish bo'yicha tushuntirishlarni bemorning operatsiya va kasallik haqidagi bezovtaliklari, shifokorning tushuntirishlarini hisobga olgan holda hamda bemorning qat'iyati va kolostomani parvarish qilishga tayyorgarligini hisobga olgan holda olib borish kerak.

Bemor kolostomani parvarish qilish haqida tasavvurga ega bo'lishi uchun uning jismoniy holatini va tayyorgarligini hisobga olgan holda videotasvirlar ko'rsatish, mulyajlar yordamida xomashyo ko'rsatiladi.

Yosh o'tishi bilan ko'rishning pasayishi, qo'l va barmoqlar deformatsiyasi sababli bemorlar operatsiyadan keyingi kolostomani qo'yishga ishonchli va hatto operatsiyaning o'zini o'tkazishga qat'iyatini yo'qotishlari mumkin. Shuning uchun tibbiy xodim bemorning oilasi bilan birgalikda bemorning qat'iyatini mustahkamlashga harakat qilib, bemorni bezovta qiladigan muammolarni birin-ketin hal qilishlari kerak.

**Kolostomani qo'yish joyining ahamiyati.** Kolostomani qo'yish joyini hal qilish teridagi burmalar borligi va boshqa sabablar tufayli qiyinlashishi mumkin. Shuning uchun bu masala operatsiyagacha hal qilinishi kerak.

O'z-o'zini parvarish qilish uchun sharoit yaratish kerak, bemor turgan, o'tirgan, yotgan holatlarida o'z qo'llari bilan harakatlanish qobiliyatini hisobga olish kerak. Kolostomani tanaga oson yopishtirish mumkin bo'lgan joyini tanlash.

*Operatsiyadan keyingi parvarish.* Kolostoma bo'lganda o'z-o'zini parvarish ko'nikmalariga o'rgatish va oila hamda parvarish qiluvchi shaxslarning birgalikdagi harakatining zarurligi. Obyekt qari bemor bo'lishiga qaramay o'z-o'zini erta parvarish qilish uchun sharoit yaratib, uni shunga stimulatsiya qilish kerak.

O'z-o'zini parvarish bo'yicha instruktajning hammasini bir martada emas, qismlarga bo'lib, sekinlik bilan olib borish kerak. Agar bemor parvarish qilishni xohlamay, buni oilasiga qo'yib bersa, buning o'zining sabablari bo'lishi kerak. Buning sababi uning erinchoqligi, o'z-o'zini parvarish qila olishiga ishonmasligi bo'lishi mumkin. Instruktajga bemorni shoshiltirmasdan yetarli vaqt ajratish kerak. Stoma almashtirilayotganda bemor hammasini buzib qo'ydim deb o'ylamasligi uchun inventarning ifloslanishiga olib kelmaydigan sharoit yaratish kerak. Agar bemor o'z-o'zini parvarish qilishning qandaydir qismini bajara olmasa, bunda oilasining yordami talab qilinadi. Bemorga instruktaj oila a'zolari ishtirokida berilishi kerak, chunki bemor kasalxonadan chiqqandan keyin ular qiyin vaqtlarda yordam bera olishlari kerak. Bemorning terisi quruq bo'lganligi sababli terida muammolar yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun bemorga stomani almashtirayotganda terini ham parvarish qilishi, ya'ni uni avval yumshoq mato bilan artib, keyin iliq suv bilan yuvish kerakligini tushuntirish kerak.

### **Hayot faoliyatini olib borish va ovqatlanish bo'yicha instruktaj.**

Bemorga daftar tutib, unga ishlatiladigan ingridiyentlarning ta'sirini yozib borish kerakligi tavsiya qilinadi. Daftarga u o'zining kuzatuvlarini yozadi: ovqatlangandan keyin najasning holati, ovqatning qattiqligi, turi, qovurilganlik darajasi, yumshoqligi va b. Bemorni bunday hayot tarziga o'rgatib, defekatsiya vaqtini nazorat qilish va normal ijtimoiy hayotni olib borishni ta'minlashga erishish mumkin. Va aksincha, bunday hayot tarziga rioya qilmaslik hayotining og'irlashishiga olib keladi. Bemor najas konsistensiyasi va chastotasini o'zgartiradigan dorilarni ishlatishni ham bilishi kerak.

## **IV.4. Qariyalarda buyrak va siydik yo'llari kasalliklarida hamshiralik parvarishi**

Yosh o'tishi bilan buyraklar parenximasida nefronlar miqdori kamayib, o'rnini biriktiruvchi to'qima egallay boshlaydi, nefroskleroz avj oladi. 70 yoshli keksalar organizmida faoliyat ko'rsatayotgan nefronlar sonining 1/3–1/2 qismi atrofiyaga uchraydi. 20–30 yoshdan boshlab buyrak arteriyalarida atrofik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Buyraklarning barcha funksiyalari pasayib, buyrak gipofunksiyasi rivojlanadi. Buyraklar faoliyatining nerv va gumoral yo'l bilan idora etilishi qariyalarda pasayadi.

Buyrak to'qimasi, siydik yo'llari yosh o'tishi bilan qattiqlashib, elastikligini yo'qotadi. Siydik pufagi qalinlashib, dag'allashib, sig'imi kichrayadi, shuning uchun qariyalar tez-tez siyishga shoshiladilar.

### **IV.4.1. Glomerulonefritlar**

**O'tkir glomerulonefrit** – ikkala buyrak ko'ptokchalarining diffuz yallig'lanishi bo'lib, immunologik kasallikdir. Buyraklar diffuz yallig'lanishining 40 yoshdan keyin kam uchrashiga organizm immunologik xususiyatining pasayishi sababdir.

Kasallik qattiq sovqotishdan, respirator infeksiyalardan, terining yiringli kasalliklaridan kelib chiqib, qo'zg'atuvchilari asosan streptokokklar hisoblanadi.

Bemorlarda kasallik belgilari sust ifodalangan bo'ladi, shishlar kam paydo bo'ladi, juda tez o'tib ketadi, asorati deyarli kuzatilmaydi. Siydikdagi o'zgarishlar katta miqdorda bo'lmaydi. Ammo yurak



sindromi aniq ifodalanadi, arterial gipertenziya, yurak va koronar yetishmovchiligi kuzatiladi.

Bemorlar tez charchab qolishi, darmonsizligi, bosh ogʻrib turishi, hansirash, kam siyishdan noliydilar. 60 yoshdan oʻtgan bemorlarda bu kasallik surunkali shaklga oʻtib ketadi. Bemorni oʻrnidan turgʻizmay yotqizib qoʻyish, parhez buyurish kerak. Kasallar ovqatlarida oqsillarni, tuzlarni keskin cheklash maqsadga muvofiq emas.

Dorilar bilan davolashda antibiotiklar, desensibillovchilar va simptomatik vositalarni qoʻllash zarur. Kortikosteroidlar esa faqat 2–3 haftada buyuriladi va asta-sekin dozasini kamaytirib boriladi.

Yurak tomirlari yetishmovchiligida strofantin, gipertoniyaga qarshi rezerpin, gipotiazid, depressin tayinlanadi. Davo kompleksiga dekamevit, undevit kabi polivitaminlar qoʻshiladi.

Oʻtkir nefritning oldini olish uchun infeksiya oʻchoqlari sanatsiya qilinadi.

Surunkali glomerulonefrit 18% qariyalarda uchraydi va kasallik koʻproq arterial gipertenziya, anemiya, buyrak yetishmovchiligi kabi asoratlar tufayli aniqlanadi. Bu kasallikda buyrak koptokchalarida degenerativ-distrofik oʻzgarishlar avj oladi va koʻpincha oʻtkir glomerulonefrit oqibatida paydo boʻladi. Kasallik avvalida buyrak funksiyalari uzoq vaqt saqlanib turishi mumkin, keyin esa xronik buyrak yetishmovchiligi bilan tugaydi.

Kasallik 3 xil shaklda kechishi mumkin:

1. Latent.
2. Gipertonik.
3. Nefrotik.

*Latent* kechishida kasallik belgilari kam ifodalanib, faqat asorat berganda aniqlanadi. *Gipertonik* shaklda yurak va tomir yetishmovchiligi, gipertenziya kabi belgilar yurak xastaligini eslatadi. *Nefrotik* shaklida siydik bioximik koʻrsatkichlarida patologiya aniqlanadi.

Xronik nefritni davolashda parhez, osh tuzini sutkasiga 5–6 gr gacha cheklash, mevalar, tarvuz, qovun, uzum buyuriladi. Dori-darmonlardan nefrotoksik xususiyati boʻlmagan antibiotiklar, antigistaminlar, zamburugʻlarga qarshi vositalar, yurak glikozidlari, gipotenziv vositalar, kasallik qoʻzigan davrida kortikosteroidlar, vinominoterapiya buyuriladi.

Iqlimi quruq va issiq boʻlgan kurortlarda davolanish tavsiya etiladi.

#### IV.4.2. Piyelonefritlar

Barcha geriatric bemorlarning 15–25% ida piyelonefrit kasalligi uchraydi. Buyraklardagi yosh bilan bogʻliq oʻzgarishlar piyelonefrit kasalligining koʻpayishiga sabab boʻladi. Holsizlanish, koʻngil aynishi, darmonsizlik, subfebril harorat oʻtkir piyelonefrit belgilari hisoblanadi. Qonda leykotsitoz va ECHT oshib ketadi. Bel sohasida simillagan ogʻriqlar va dizurik belgilar sust ifodalanadi, ammo kasallik ogʻir kechadi, buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Oʻtkir piyelonefrit klinikasi sust ifodalanib, zimdan kechadi, koʻp hollarda asoratlar davrida diagnostika qilinadi. Xronik piyelonefritda Addis-Kakovskiy yoki Amburje usuli boʻyicha siydik choʻkmasining miqdori tekshirib koʻriladi, piyelonefritning eng tipik belgisi boʻlmish leykotsituriya aniqlanadi. Rentgenologik, radioizotop yoʻli bilan tekshirish oʻtkaziladi.

Xronik piyelonefritning oldini olish uchun siydik yoʻllaridagi infeksiya oʻchoqlarini bartaraf etish, organizm qarshilik qobiliyatini kuchaytirish lozim. Parhez buyurilganda spirtli ichimliklar ichish, oʻtkir taomlar isteʼmol qilish taqiqlanadi. Siydik haydovchi oʻtlar damlamasi, sabzavot-mevalar tayinlanadi. Ovqat kaloriyasi va vitaminlarga boy boʻlib, osh tuzi cheklanadi.

Kasallikka qarshi antibakterial preparatlar (gentamitsin, levomitsetin, karbenitsillin, 5-NOK), uroseptiklar (nitrofuranol, sulfanilamidlar), glukokortikoidlar tayinlanadi. Shuningdek, yurak glikozidlari, biostimulyatorlar, fizioterapiya buyuriladi. Bemorlarga mineral suvlar ichish, sanatoriy va profilaktoriylarda balneologik va fizioterapevtik davo tayinlanadi.

#### IV.4.3. Buyrak-tosh kasalligi

**Buyrak-tosh kasalligi** 35–60 yoshlarda kam uchraydi. Toshlar hosil boʻlishi buyraklarda moddalar almashuvining buzilishidir. Buyrakdagi toshlar koʻpincha rentgenologik tekshirishda tasodifan topilishi mumkin.

Kasallik belgilari quyidagilardan iborat:

- bel sohasida simillab turadigan yoki qattiq ogʻriqlar;
- sanchiq paytida mikro va makrogematuriya boʻlishi;
- siydik bilan tuzlarning yoki toshlarning chiqishi va ogʻriqning toʻxtab qolishi.

Intestinal simptomlar – ko‘ngil aynishi, qayt qilish, meteorizm.

Juda ko‘p hollarda quyidagi simptomlar uchraydi:

1. Qaltirash va tana haroratining oshishi.
2. Siydik chiqishining kamayishi, hatto anuriyaga yetishi.
3. Arterial bosimning oshishi.

Buyrak sanchig‘ida to‘satdan belda qattiq og‘riqlar paydo bo‘lib, chov sohasiga, qoringa, tashqi jinsiy organlarga o‘tib turadi. Bemorlar qattiq bezovtalanadilar, sanchiq bir necha minut, soat yoki kun mobaynida tutib turishi mumkin.

Qariyalarda og‘riqlar juda kuchli bo‘lmaydi, ko‘pincha yurak xastaligini eslatadi. Kasallikni aniqlashda rentgenologik tekshirish kifoya.

Buyrak-tosh kasalligining oldini olishda to‘g‘ri ovqatlanish, harakat rejimi, siydik yo‘llari infeksiyasining oldini olish tayinlanadi. Buyrak sanchig‘i mahalida bemor 39–40°C li issiq vannaga tushiriladi (yuragi xasta bemorlarga man qilinadi). Og‘riqqa qarshi narkotik analgetiklar, 1 ml atropin eritmasi, 2 ml papaverin, 2 ml ketonal mushak orasiga yuboriladi.

Og‘riqni qoldirish maqsadida quyidagi litik aralashma yuborish mumkin: platifilin, promedol, dimedrol yoki papaverin, promedol, dimedrol, aminazin.

Mayda tosh va qumlarni yuvish uchun rovatineks, blemaren, sistenal, avisan, kellin ishlatiladi. Bemorlarga mineral suvlar, sanatoriylarda davolanish tavsiya etiladi.

#### IV.4.4. Senil sistit

**Senil sistit** – qariyalarda yoshlarga qaraganda ko‘proq uchraydi. Kasallik prostata bezining adenomasi, buyrak toshlari oqibatida jinsiy organlar gigiyenasiga rioya qilinmaganda paydo bo‘ladi.

Ayollarda senil sistitlari jinsiy organlar involutsiyasi, qinning tushib qolishi kabi kasalliklarda rivojlanadi. Kasallik davrida tez-tez og‘riq bilan siyish, achishish, siydik tuta olmaslik kuzatiladi. Siydik loyqa, cho‘kmasida eritrotsitlar, leykotsitlar topiladi. Sistoskopiyada qovuq shilliq pardasida giperemiya va yiringli o‘choqlar aniqlanadi. Kasallikni davolashda antibiotiklar, furogin, 5-NOK, negram, biseptol, uretropin buyuriladi. Analgin, papaverin, belladonnali rektal shamchalari qo‘yiladi.

Mahalliy davolash maqsadida protorgol, kollargol eritmalari bilan qovuq yuviladi, bunda yiring va shilimshiqalar chiqarib yuboriladi.

Sistitning oldini olish uchun qovuq kateterizatsiya qilinganda aseptika va antiseptika qoidalariga, shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilmoq kerak.

#### IV.4.5. Prostata bezining adenomasi

**Prostata bezining adenomasi** – erkaklarda eng ko‘p uchraydigan kasallik bo‘lib, keksalarning 82% ida bu kasallik topilishi mumkin. Kasallik sababini endokrin nazariya bilan tushuntirish mumkin, chunki erkaklar klimaksida jinsiy faoliyat so‘nib boradi, tuxumlar faoliyati izdan chiqadi.

Prostata bezida o‘sayotgan adenomatoz tugunlar uni ezib qo‘yadi. Adenomaning og‘irligi 25 grammdan 250 grammgacha yetishi mumkin.

Qovuqqa nisbatan adenoma: qovuq ichida, qovuq ustida (rektal) va diffuz joylashishi mumkin.

Kasallik klinikasining *birinchi bosqichida* siyish ko‘proq kechqurun tezlashadi va qiyinlashadi, siydik oqimi pasayadi. Bemor ertalab kuchanib siyadi. Bemorning umumiy ahvoli 2–3 yilgacha yaxshi bo‘ladi. Bemor qattiq sovqotganda, ko‘p o‘tirganda, spirtli ichimliklar ichganda o‘tkir siydik tutilishi mumkin.

Kasallikning *ikkinchi bosqichida siyish* ancha qiyinlashadi, bemor siyishni kuchanib boshlaydi, bir necha minutgacha siyish davom etadi. Siydik oqimi pasayib, hatto tomchilab chiqadi. Bemorga siyishdan yengillik bo‘lmaydi, 50 ml va undan ko‘proq qoldiq siydik paydo bo‘ladi. Bu bosqichda sistit, o‘tkir siydik tutilishi paydo bo‘lishi mumkin.

Kasallikning *uchinchi bosqichida* siyish har 10–15 minutda, bemor – avvaliga kechasi, keyin kunduzi ham siydik tuta olmay qoladi. Siydik pufagida siydik to‘planib, kengayadi va paradoksial ishuriya, ya‘ni siydik oqib ketishi kuzatiladi. Bemorning ahvoli og‘irlashadi, rangi oqarib, og‘zi quriydi, ko‘p chanqaydi, surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi.

Qariyalarni dispanser nazoratidan o‘tkazish va kasallikni erta aniqlash kerak. Adenoma diagnostikasi uchun analiz, siyish jarayoni, bezni barmoq bilan rektal tekshirish, sistografiya, renografiya, ultratovush bilan skanirlash yordam beradi.

Asosiy davolash usuli – bu adenomektomiya, ya’ni jarrohlik yo‘li bilan adenoma olib tashlanadi. Dekompensatsiyalangan yo‘ldosh kasalliklarda operatsiya qilish mumkin emas. Bemorni operatsiyadan oldin tayyorlash muhim ahamiyatga ega. Operatsiya o‘tkazish muhimligini bemorga va uning qarindoshlariga tushuntiriladi. Arterial gipertoniya gemiton, klofelin, dopegit, veroshpiron, triampur tayinlanadi.

Yurak-tomir yetishmovchiligida yurak glikozidlari, kokarboksilaza, panangin beriladi.

Nafas yo‘li kasalliklarida bronxolitiklar, balg‘am ko‘chiruvchi dorilar buyuriladi.

Qandli diabeti bor bemorlarga insulin tayinlanadi. Kasallik profilaktikasida spirtli ichimliklar ichish, o‘tkir taomlar iste’mol qilish taqiqlanadi, qabziyatning oldini olish maslahat beriladi.

**Doimiy siydik kateteri orqali infeksiya tushishining oldini olish choralari.** Bemorlarda siydik kateteri qo‘yilgan davrda kateterizatsiya tufayli retrograde infitsirlanish va siydik kanali shilliq qavatining yallig‘lanishi yuzaga kelishi mumkin, bu siydik yo‘llariga infeksiya tushishiga olib keladi.

Shuning uchun kateterni alohida e’tibor bilan qarab, tananing kateter qo‘yilgan sohasining gigiyenasiga rioya qilish kerak.

Siydik kateteri nayning uchi siydik yig‘gichda to‘plangan siydik ichida turmasligi va kateter siydik yig‘gichdan teparoqda turishi kerak. Bemorning holatiga qarab oilasiga tushuntirish, ularni ham shunga rioya qilishga chaqirish.

**To‘shakdan erta turishda ko‘maklashish va doimiy kateterni mustaqil nazorat qilish usullari.** Bemorda siydik kateteri o‘rnatilganligiga qaramay, asoratlarning oldini olish maqsadida to‘shakdan erta turg‘izish kerak. Bunday hollarda siydik kateteri bilan ishlash haqida instruktaj beriladi. Bemorga o‘rnidan turayotganda kateterning holatini (egilmaganmi, chiqib ketmaganmi) tekshirishni o‘rgatish kerak va bemor kateter nayi uchining siydik pufagidan pastda joylashishi muhimligini tushunib yetishi kerak. Bemorning holatiga qarab oilasiga tushuntirish, ularni ham birga harakat qilishga chaqirish.

Siydik kateteri olingandan keyin tashqi moddalar va boshqalar bilan fizik ta’sirlanishi natijasida siydik ajralish vaqtida og‘riq, to‘liq

bo'shalmalik hissi, tez-tez siyish, siydikning to'satdan tutilib qolishi kabi siydik pufagining irritativ simptomlari namoyon bo'ladi. Kateter olingandan keyin bemorning krovati yonida qandaydir vaqtga siydik yig'gich qo'yish kerak, bu – chiqaruv bo'lganda tezda bo'shalish uchun zarur. Siydik ajralishlar oralig'idagi intervallar aniq bo'lgandan keyin bemorning o'zini hojatxonaga borishga o'rgatish kerak. Operatsiyadan keyin siydik tuta olmaslik bemor tomonidan qattiq hayajon bilan qabul qilinadi, bunday holatning oldini olish kerak. Bundan tashqari, bemorni o'z-o'zini parvarish qilishga o'rgatish kerak. Simpatik asab tizimi siydik ajralishini boshqarishi sababli uning funksiyasini yaxshilash uchun tanani sovutish, havo salqin bo'lganda ko'chada uzoq vaqt bo'lishi, alkogol iste'mol qilmaslik kabi choralarni amalga oshirish kerak. Qabziyat ham siydik tutilishiga ta'sir qiladi. Shuning uchun bemorni defekatsiyani nazorat qilishga ham o'rgatish kerak. Agar defekatsiyaga chaqiruv bo'lganda chidab, bo'shalish to'xtatib turilsa, siydik pufagi muskullari cho'ziladi va siydik ajralishi boshlanmaydi. Shuning uchun bemorga chiqaruv bo'lganda tezda bo'shalish kerakligini tushuntirish kerak.

#### **IV.5. Qariyalarda endokrin tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi**

Yosh o'tishi bilan ichki sekretsia bezlari, jinsiy bezlar faoliyati so'na boshlaydi. Jinsiy bezlar faoliyati klimakterik paytda ayollarda 45–55 yoshlarda, erkaklarda 55–65 yoshlarda so'nadi. Gormonal apparatdagi jadal o'zgarishlar 45–60 yoshlarga to'g'ri kelib, qarish jarayoni kechishiga ta'sir qiladi.

##### **IV.5.1. Diffuz toksik buqoq**

Diffuz toksik buqoq koproq 45–65 yoshli ayollarda uchraydi. Klinikasidagi belgilar kam ifodalanadi, ko'proq bemorni behollik, darmonsizlik, soch to'kilishi, ich ketishi, teri qichishishi bezovta qiladi.

Yurak tomir va asab tizimidagi organik o'zgarishlar tez rivojlanadi. Kasallikni davolash, noxush omillar, ruhiy zo'riqishni bartaraf etish, mehnat va turmush rejimini tartibga solish tavsiya etiladi.

Yurak-tomir vositalari, tinchlantiruvchi va tireostatik vositalar (merkazolil, metiluratsil) tayinlanadi. Jarroh ko'rsatmasiga binoan operativ davo o'tkaziladi. Kasallikning og'ir shakllarida bemor hamshiraning doimiy nazoratida bo'ladi.

#### IV.5.2. Gipotireoz

**Gipotireoz** – qalqonsimon bez yetishmovchiligi sindromi ko'proq ayollarda 50 yoshdan keyin kuzatiladi. Kasallik belgilaridan yuzining salqiganligi, lablarning qalinlashganligi, ifodasizligi, tana haroratining pasaygani, teri quruqshagan, sochlarning to'kilishi, tovush sekinlashgani, eshitish, ta'm bilish pasaygani, tishlar to'kilishi kuzatiladi.

Bemorlar bo'shashgan, uyquchan, befarq bo'lib qoladilar. Kasallik ateroskleroz jarayonini tezlashtiradi. Kasallikni davolashda tireoidin, triyodtironin gidroxlorid, vitaminlar, simptomatik vositalar qo'llanadi.

Hamshira bemorni alohida parvarishlashi, ovqatlantirishi, yuvintirishi kerak.

#### IV.5.3. Qandli diabet

**Qandli diabet** – qariyalarda ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, barcha diabetik bemorlarning 80% ini 40 yoshdan oshgan bemorlar tashkil qilsa, 20% ini 50 yoshdan oshgan bemorlar tashkil qiladi. Qandli diabetning paydo bo'lishida irsiy omillar, infeksiya, ruhiy zarbalar, semirish katta rol o'ynaydi.

Butun Jahon Sog'liqni Saqlash tashkilotining tavsiyasiga binoan 65 yoshdan oshgan bemorlarda uchraydigan bu kasallik «Qarilik diabeti» deb ataladi.

Qandli diabet ko'pincha semizlik bilan birga kechadi. Semizlikda qandli diabet tana og'irligi normal bo'lgan bemorlarga qaraganda 4 barobar ko'proq uchraydi. Qandli diabetda insulin yetishmovchiligi oqibatida uglevod, lipid, oqsil, vitamin, suv-tuz almashinuvi buziladi. Normada qonda glukoza miqdori 3,34–5,55 mmol bo'ladi. Kasallik klinikasi og'irligiga qarab qandli diabet yengil, o'rtacha og'ir va og'ir turlarga bo'linadi.

*Yengil turi* – qonda glukoza 7,77 mmol/l gacha bo'ladi, bunda parhez va uglevodlarni cheklash bilan kifoyalaniadi.

*O'rtacha og'ir turida* glukoza miqdori 12,21 mmol/l gacha bo'lib, kuniga 20–60 TB insulin, parhez bilan qand pasaytiruvchi sulfanilamid preparatlari tayinlanadi.

*Og'ir turi* – qonda glukoza 12,21 mmol/l dan ortiq bo'lib, katta dozalarda insulinoterapiya o'tkaziladi.

Qariyalarda qandli diabet belgilari aniq ifodalanmaydi. Bu esa kasallikning erta diagnostikasini kechiktiradi. Qariyalarda bu kasallikning o'ziga xos alomatlari tana og'irligining pasayishi, ko'p siyish, teri qichishishi, yiringli kasalliklarning paydo bo'lishi hisoblanadi.

Qariyalar immuniteti pasayganligi sababli diabetik bemorlarda pnevmoniya, o'tkir respirator kasalliklar og'irroq kechadi. Ayniqsa, tuberkuloz kasalligi bunday bemorlarda tez paydo bo'ladi.

Parhez bilan davolash kasallikning barcha turlarida buyuriladi. Uglevodlar miqdori cheklanadi, yetarli miqdorda oqsillar va yog'lar tavsiya etiladi. Bemorlarga 9-parhez stoli buyuriladi. Sutkali ratsionda uglevodlar 50%, oqsillar 30%, yog'lar 30% ni tashkil etadi.

Insulin bilan davolashda yurak-tomir yetishmovchiligiga, ishemik kasallarda gipoglikemiyaga yo'l qo'ymaslik kerak. Qonda qand miqdorini pasaytirishda peroral preparatlardan sulfanilamidlar va biguanidlar (butamid, siklamid, bikarbon, glibenklamid, adebit, glukofag) ishlatiladi. Bunda qondagi leykotsitlar va trombotsitlar soni kuzatib boriladi.

Qandli diabetning asoratlaridan gipoglikemik koma, insulin miqdorini oshirib yuborganda paydo bo'ladi. Bemorda holsizlanish, bo'shshish, qaltirash, sovuq ter bosishi, ochlik, bosh og'rig'i, bezovtalik kuzatiladi. Bunday holatda darhol shirin choy, pechenye, bulochka, konfet beriladi, venadan 50 ml 40% glukoza eritmasi yuboriladi.

Yuboriladigan insulin miqdori yetarlicha bo'lmasa, diabetik koma ro'y berishi mumkin. Bunda moddalar almashinuvi chuqur izdan chiqib, qonda keton tanalari to'planib qoladi. Bemorda bo'shshish, apatiya, uyquchanlik, ko'ngil aynishi, qayt qilish, chanqash, ishtahaning yo'qolishi kuzatiladi, og'zidan aseton hidi keladi, odam hushidan ketadi.



Diabetik komada 100 TB da insulin, organizmning suvsizlanishiga qarshi izotonik natriy xlor eritmasi, vitaminlar yuboriladi.

Qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlar dispanser kuzatuvida turadilar. Hamshira bemorning qoni va siydigida glukoza miqdorini muntazam tekshirib boradi. Bemorga instruktaj berayotganda uning tushunayotganligini ham aniqlab borish kerak.

- Instruktaj berayotganda uning qari bemor bilan oʻz-oʻzini nazorat qilishni amalga oshirish yoʻllari haqida maslahatlashish.
- Bemorning ovqatlanish prinsiplari va tanlovini hisobga olgan holda tavsiya qilingan kaloriyani ushlab turish.
- «Bir-birining oʻrnini bosuvchi mahsulotlar» jadvalini ishlatish va bemorga kerakli kaloriya hamda mos keladigan ovqat hajmini qanday olish kerakligi haqida tushuntirish.
- Bemorning oilasini birga harakat qilishga chaqirish va bemorga oilasi ishtirokida instruktaj berish, chunki bemor uchun asosan oilasi ovqat tayyorlaydi.
- Bemor ovqatni qabul qilmaydigan hollarda koʻriladigan choralar haqida instruktaj berish.
- Faqatgina tushuntirish bilan cheklanib qolmaslik zarur, oʻsha alohida hollardagi bemor ahvolini aniqlash kerak, masalan, shamollash tarqalgan mavsum va boshqalar. Kasallik davrida qand miqdorining oʻzgaruvchanligi – qandli diabetdan tashqari boshqa kasalliklar (shamollash, ich ketish va b.) sababli qondagi qand miqdorining doimiy boʻlmasligi. Infeksiya, stress holati, suvsizlanish qondagi qand miqdorining keskin oshishiga, ich ketish, qusish va boshqalar gipoglikemiyaga olib kelish xavfi boʻlganligi uchun bu hollarda oʻz vaqtida kerakli choralarni koʻrish kerak.

**Bemor dorilarni uzluksiz qabul qilishiga erishish.** Bemordan dori qabul qilganda gipoglikemiya yuzaga kelganda hamshiraga xabar berishini soʻrash. Hamshira darhol shifokorga xabar berib, koʻriladigan choralar haqida maslahatlashishi kerak.

Qondagi qand miqdorini oʻzi oʻlchashi, insulin inyeksiyasini oʻzi bajarishi boʻyicha koʻnikmalar hosil qilish.

Qondagi qand miqdorini oʻzi oʻlchashi, insulin inyeksiyasini oʻzi bajarishi faqatgina ahvoli bunga toʻgʻri keladigan bemorlarda amalga

oshirilmoqda. Muolaja texnikasini o'zlashtirish uchun bemorga vaqt kerak bo'ladi, bir marta instruktajda bemor hammasini eslab qolmasligi mumkin va ba'zida bemor bugun bajarganini ertaga bajara olmasligi mumkin. O'rganish uchun ko'p marta takrorlanishi kerak. Baholashni alohida-alohida hollarda emas, balki vaqt o'tishi bilan bo'ladigan o'zgarishlar asosida o'tkazishi kerak. Hech bo'lmaganda minimal o'zlashtirishni talab qiladigan inyeksiya va qon olish bo'yicha ko'nikmalarni amalga oshirishni aniqlash kerak va bemorning tushunish darajasiga mos keladigan boshqarilish usullarini o'ylab topish kerak.

**Qondagi qand miqdori past va baland bo'lganda ko'riladigan choralalar.** Qari bemorlarda yuqorida ko'rsatilgandek, qondagi qand miqdorining o'zgaruvchan bo'lishi sababli ularda gipoglikemiya va rivojlanish ehtimoli ko'p bo'ladi. Shuning uchun bemorga qanday holatlarda gipo va giperqlikemiya holatlari yuzaga kelishini, ularning belgilarini va ko'riladigan choralalar haqida oldindan ma'lumotlar berish kerak.

**Butun tananing gigiyenasi (tirnoqlarni parvarish qilish, jinsiy a'zolari parvarish qilish).** Ko'pgina qandli diabet bilan xastalangan qari bemorlarda periferik asablar funksiyasining buzilishi kabi asorat kuzatiladi. Bundan tashqari, yosh o'tishi bilan gomeostatik faoliyatining pasayishi organizmga infeksiya tushishini yengillashtiradi. Natijada periferik qon aylanish, neyrosensor funksiyalar buziladi, bu sensor sezgining susayishi uvishishda namoyon bo'lib, bu holat oyoqlardan boshlanadigan gangrena, yotoq yaralar kabi tez rivojlanadigan asoratlarning boshlanishiga olib keladi. Bunday hollarda tana gigiyenasi, ayniqsa oyoqlar parvarishini amalga oshirish muhim o'rin tutadi. Bundan tashqari, tashqi jarohatlarni erta aniqlash maqsadida oyoq-qo'llar terisi doimo kuzatilishi kerak.

#### IV.5.4. Semizlik

**Semizlik** – turli to'qima va organlarning yog' bosishi bo'lib, erta qarishning alohida omillaridan biridir. Qariyalar ularda energetik sarf va moddalar almashinuvining pasayishi sababli semizlikka moyil bo'ladi. Semizlik kam harakatlanish, ortiqcha ovqat yeyish, irsiyat oqibatida yuzaga keladi.

Semizlik uchta darajada farq qilinadi:

**1-daraja:** yengil – tana og‘irligi 20–30% ga,

**2-daraja:** o‘rtacha – tana og‘irligi 30–40% ga,

**3-daraja:** yuqori – tana og‘irligi 40% ga ortib ketadi.

Bemorlar nafas qisishidan, hansirashdan, bosh og‘riqlaridan, uyquchanlikdan, qabziyatdan nolishadi. Tez-tez ochlik hissi paydo bo‘lib, qaltirash bosadi, odam bo‘shashadi va ovqat iste‘mol qilgach bu belgilar yo‘qoladi.

Qonda xolesterin, triglitseridlar soni ortib, glukoza miqdori pasayadi. Semizlikni davolashda yengillashtiruvchi parhez, harakat faolligini oshirish, suv muolajalari, kaloriyasi past ovqatlar, ishtahani pasaytiruvchi moddalar – dezapimon, meforin buyuriladi.

Qabziyatning oldini olish uchun sabzavot-mevalar, surgı vositalari tayinlanadi.

#### IV.5.5. Patologik klimaks

**Patologik klimaks.** Klimakterik davr – erkak va ayollar uchun xos bo‘lgan qarish jarayonining muhim bosqichidir. Bu davr gipotalamus oliy vegetativ markazining yoshga aloqador o‘zgarishlari: tuxumdon gipofizining siklik gonadotrop faoliyatining buzilishi, ayollarda ovulatsiya va reproduktiv qobiliyatning tugashi, erkaklarda gonadalar funksiyasining pasayishi bilan xarakterlanadi.

Erkak va ayollarda fiziologik klimaks jismonan qarish jarayonida ro‘y beradi.

Klimaksning patologik kechishiga boshdan kechirilgan infeksiyon va travmatik kasalliklar, ruhiy zo‘riqishlar, turmush va mehnat sharoitlarining yetarlicha emasligi sabab bo‘lishi mumkin. Patologik klimaks erta qarishga olib keladi. Erkaklarda patologik klimaks klimakterik sindrom va erta klimaks kabi asoratlarni berishi mumkin.

Ayollarda esa erta yoki kechikkan klimaks klimakterik sindrom, disfunktsional bachadondan qon ketishi kabi asoratlar berishi mumkin.

Erkak va ayollarda klimaks 45 yoshdan oldin ro‘y bersa, erta klimaks hisoblanadi. Kechikkan klimaks ayollarda 55 yoshdan keyin, erkaklarda 60 yoshdan keyin ro‘y beradi.

Erta paydo bo'lgan klimaks og'irroq kechib, davolash birmuncha qiyin bo'ladi. Ayollarda bo'ladigan kechki klimaks postmenstrual qon ketishlar, metrit, bachadon o'smalari, endometrit oqibatida ro'y berishi mumkin. Shuningdek, turli tizim (asab, psixik, yurak, tomir va endokrin) kasalliklarida ham patologik klimaks kuzatiladi.

Yurak va tomirlarga aloqador simptomlarga gipertoniya, taxikardiya, migren, ko'p terlash, paresteziyalar, yurak sohasida og'riqlar, birdaniga qizib ketish hollari kiradi.

Psixonervologik o'zgarishlar asabiylashish, uyqusizlik, tez charchash, depressiya, yig'loqilik, qo'rquvda ifodalanadi. Patologik klimaksni davolash kompleks tarzda olib boriladi. Tinchlantiruvchi, sedativ vositalar (bromidlar, kofetamin, tiroksazin, rudotel) kichik dozalarda tayinlanadi.

Vegetotrop vositalardan bellaspon, bellataminal beriladi. Neyrovegetativ distoniyada pantokrin, jenshen, fitin, vitaminlar tayinlanadi. Gormonal davo erkaklarga quyidagicha: testobromletsit sxema bo'yicha 6 hafta davomida qabul qilinadi, 2 hafta 1 ta tabletkadan 3 mahal ovqatdan keyin til ostiga, 2 hafta 1 tadan 2 mahal va 2 hafta 1 tadan 1 mahal tayinlanadi. Davo kursini 3–4 oyda qaytarish mumkin. Bu davo o'tkazilgach, yurak va tomir tizimiga aloqador o'zgarishlar bartaraf etiladi.

Prostata bezining adenomasi va arterial bosim yuqori bo'lganda boshqa gormonal vositalardan testobromestrol qo'llanadi, bu preparatni 1 ta tabletkadan kuniga 3 mahal 1–1,5 oy ichiladi. Metiltestosteron 1 oy (5 mg) 1–2 tabletkadan 3 mahal til ostiga qo'yiladi.

Ayollarda gormonal davo quyidagicha: agar menstrual sikl saqlanib qolgan bo'lsa bisekurin 0,05 mg. dan kuniga 1 ta tabletkadan 21 kun ichiladi. Davo kursini har 7 kun o'tgach qaytarish mumkin. Oksiprogesteron kapronat (2,5% li) muskul orasiga 1 ml.dan 4 kun qabul qilinadi. Davo kursini 2 haftada, 1 oyda, 3 oyda qaytarish mumkin.

Testosteron propionatni 25 mg. dan muskul orasiga haftada 3 marta 2 hafta mobaynida qo'llash mumkin. Davo kursini 2–3 oyda qaytarish mumkin.

Klimakterin preparatini kuniga 3 mahal 1–2 drajedan ovqatdan 1 soat keyin ichiladi. Jami 100 ta draje ichish kerak. Davo kursini har 2–3 oy o‘tgach 3–4 marta qaytarish mumkin.

Davolashning umumiy chora-tadbirlarida faol harakatlanish, ratsional ovqatlanish, jismoniy tarbiya, fizioterapevtik muolajalar, vannalar yaxshi naf beradi.

#### **IV.5.6. Podagra**

**Podagra** – moddalar almashinuvi kasalliklariga kirib, bunda urat kislotasi almashinuvi buziladi. Podagra bo‘g‘imlarda urat kislotasi to‘planib, ularda yallig‘lanish, destruktiv-sklerotik o‘zgarishlar keltirib chiqaradigan surunkali xastalikdir.

Urat kislotasi qonda ortiqcha to‘planib, buyraklarda ham yig‘ilishi mumkin. Spirtli ichimliklar, go‘shli taomlar, tvorog, baliqni ko‘p iste‘mol qilish podarga kasaliga sabab bo‘ladi.

Kasallik qo‘l yoki oyoq bo‘g‘imlarida, panjalarda qattiq og‘riq bilan bo‘g‘imlarning shishib ketishi va qizarishi, tana haroratining ko‘tarilishi bilan ifodalanadi.

Kasallikning tez-tez xuruji tutib turadi. Kasallik uzoq vaqt davom etib, bo‘g‘imlar deformatsiyaga uchraydi. Davosida go‘sh mahsulotlari, no‘xat, loviya, shirinliklar taqiqlanadi, ishqoriy mineral suvlar ichib turish, massaj, issiqlik, gimnastika, kurortlarda davolanish maslahat beriladi. Sinxofen (atofan) 0,5 gr dan kuniga 3 marta ovqatdan oldin 5 kun ichiladi, urodan 1 choy qoshiqdan kuniga 3 marta, etamid 0,3–5 gr dan 4 marta 10–12 kun tayinlanadi.

#### **IV.6. Qariyalarda tayanch-harakat organlaridagi yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar va kasalliklarida hamshiralik parvarishi**

Tayanch-harakat apparatining suyak va tog‘ay to‘qimalarida, boylamlarida yosh o‘tishi bilan distrofik-destruktiv o‘zgarishlar, osteoporozlar paydo bo‘ladi. Suyak, tog‘ay apparatining qarish jarayoni odam bo‘yining pasayishi bilan ifodalanadi. Bunga umurtqa pog‘onasining yetilishi, umurtqalararo diskning va suyak tog‘aylarining yupqalashuvi sabab bo‘ladi.

Osteoporoz jarayonida suyak to'qimasida ro'y beradigan distrofik o'zgarishlar har o'n yilda ortib boraveradi. Suyakning mustahkamligi va turli cho'zilish, egilish, qisilishlarga chidamliligi pasayadi, shu bois qariyalarda suyak sinishi ko'p kuzatiladi. 60 yoshda barcha suyak sinishining yarmidan ko'pida son suyagining bo'yinchasi sinishi kuzatiladi.

*Umurtqa osteoxondrozi* – umurtqalararo disklarning distrofik-destruktiv o'zgarishlari oqibatida kelib chiqadi. Geriatrik bemorlarning 95–98% ida bu kasallik uchraydi. Diskning liqildoqsimon yadrosi juda qisilgan bo'lib, doimo kengayishga harakat qiladi. Umurtqa tanasiga tushadigan zarblarni bilintirmaydi. Fibroz halqalari va gialin plastinkalarda yoriqlar va uzilishlar paydo bo'ladi. Disklarning bu destruktiv o'zgarishlari oqibatida umurtqalararo kamgak torayib qoladi.

*Bel-dumg'aza osteoxondrozi* klinikasida lyumbago yoki lyumbalgiya, ya'ni to'satdan bel sohasidagi qattiq og'riqqa oyoq og'rig'i qo'shilishi kuzatiladi. Og'riqlar yurganda, kishi yo'talganda, aksa urganda zo'rayadi.

Umurtqa pog'onasi yon tomonga qarab qiyshayib qoladi, lasseg simptomi tekshirilganda og'riqlarning kuchayishi kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi rentgenogrammasida diagnoz tekshirib ko'riladi.

*Bo'yin osteoxondrozida* yelka kamari va qo'llarda og'riqlar kuzatiladi. Osteoxondroz bilan og'rikan bemorlarning o'rin-joyi qattiq bo'lishi kerak, bemorga og'riq qoldiruvchi dorilar, spazmolitiklar, tiamin, sianokobalamin buyuriladi. Paravertebral novokain bilan blokadalar qilish mumkin. Fizioterapevtik muolajalardan diadinamik toklar, ultratovushlar, novokain bilan elektroforez, vodorod sulfidi va rodonli vannalar, massaj tavsiya etiladi.

*Deformatsiyalovchi osteoartroz* – asosan qariyalarda uchraydigan kasallik. Bu kasallikda tog'ay to'qimasida degenerativ va destruktiv o'zgarishlar boshlanib, keyinchalik suyaklar reaktiv holda o'sib ketadi, natijada bo'g'imlar funksiyasi ishdan chiqadi.

Odamning semirib ketishi, bo'g'imlar travmasi osteoartrozni paydo qiladi. Bo'g'im tog'ayi yupqalashadi, yoriladi, osteofitlar va suyak o'siqlari paydo bo'ladi. Kasallik sekin-asta rivojlanadi. Bemorlar bo'g'imlarda og'riq, qarsillashidan noliydilar. Bo'g'imlar harakati qiyinlashadi, agar oyoq bo'g'imida bo'lsa, bemor oqsoqlanib

yuradi. Rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda suyakni turtib chiqib qolgan osteofitlar, osteoporoz kuzatiladi. Davolash maqsadida analgetiklar, butadion, reopirin, indometatsin buyuriladi. «B» guruh vitaminlari, rumalon, elektroforez, balchiq va suv muolajalari tavsiya etiladi.

*Tovon shporalari* – bularga axillov payi yoki oyoq kafti payining tovon suyagiga birlashgan joyida tikan kabi paydo bo'ladigan suyak o'siqlari kiradi va bu dard qariyalarning 75–80% ida uchraydi. Shporalarning paydo bo'lishiga surunkali travmalar, umurtqalar osteoxondrozi, gripp, revmatizm, bo'g'imlarga doimiy statik va dinamik yuk tushishi sabab bo'ladi.

Kasallik klinikasida tovonda og'riq, oqsoqlanish kuzatiladi, boldirtovon bo'g'imida harakatlar cheklanib qoladi, bemorning yurishi o'zgarib, qiyinlashadi.

Shporalarni rentgenologik tekshiruvda aniqlash oson. Kasallikni davolashda analgetiklar, spazmalitiklar, tomir kengaytiruvchi vositalar buyuriladi.

Tovon sohasiga 4,5 ml 2% li novokain bilan blokada qilish og'riqni kamaytiradi. Fizioterapevtik muolajalardan novokain bilan elektroforez, gidroterapiya, massaj, jismoniy mashqlar tavsiya qilinadi.

***Tayanch-harakat apparati.*** Suyak, tog'ay va muskul to'qimalaridagi, boylam apparatidagi yoshga bog'liq o'zgarishlar geteroxon va geterotrop distrofik-destruktiv buzilishlar bilan namoyon bo'ladi va osteoporotik va giperplastik jarayonlar ustunlik qiladi. Odam skeletining qarishi uning bo'yining qisqarishi bilan mutanosib boradi, bo'yning qisqarishi umurtqa egriliklarining oshishi, umurtqalararo disk va bog'im tog'aylari balandligining kamayishi hisobiga boradi. Tayanch-harakat apparati qarishi klinik jihatdan yurganda charchash, umurtqa va bog'imlarda doimiy simillovchi og'riqlar, yurish va gavda holatining buzilishi, umurtqa va bog'imlarda harakat cheklanishi va og'riq, osteoxondrozning neyroreflektor va neyrodistrofik belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Suyak to'qimasining rivojlanib boruvchi yemirilishi eng xarakterlidir.

Qo'llarda osteoporoz, yoshni taxminiy aniqlash mumkin bo'lgan yelka suyagining katta do'mbog'i va panja barmoqlari falangasida

kuzatiladi, shuningdek, oyoqlarda son suyagining katta do‘mbog‘i va do‘mboqlararo sohada kuzatiladi (75% qariyalarda).

***Son suyagi bo‘yinchasi sinishining simptomlari va diagnostikasi.*** Bo‘g‘imlarda harakatlanganda og‘riq, harakat cheklanishi kuzatiladi. Tayanch qobiliyatining yo‘qolishi va oqsoqlanish kuzatiladi. Bemor ayniqsa oyoqlarini ko‘targanida kuzatiladigan og‘riqqa shikoyat qiladi. Rentgenologik tekshiruvda sinish chizig‘i aniqlanadi.

***Son suyagi bo‘yinchasi sinishini davolash.*** Son suyagi bo‘yinchasi sinishini konservativ davolash usuli – skeletli tortish usuli hisoblanadi. Tortish uchun, odatda oyoqlarga qo‘rg‘oshinli yuk (3–5 kg) osiladi. Ottovonning (konskaya stopa) profilaktikasi maqsadida zararlangan oyoq bo‘g‘imlarini 90°C burchak ostida osiladi. Uzoq vaqt immobilizatsiya qilish kerak emas, chunki gipostatik pnevmoniya, yotoq yaralar, tromboemboliyaning xavfi bor.

Son suyagi bo‘yinchasi sinishini jarrohlik yo‘li bilan davolash osteosintez, endoprotezlash yo‘li bilan amalga oshiriladi. Son suyagi bo‘yinchasi sekin bitishi tufayli (ayniqsa, qariyalarda), hozirgi vaqtda qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda osteosintez operatsiyasi keng qo‘llanilmoqda. Suyak bo‘lakchalari maxsus metall mixlar bilan biriktiriladi. Osteosintez joyida osoyishtalikni ta‘minlash suyak hosil bo‘lishini tezlashtiradi.

***Son suyagi bo‘yinchasi singan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi:***

- Jarohatlanganda, tortishda (вытяжение) hamshiralik parvarishi
- Singan joyni mustahkamlash va harakatsizlantirish.

Singan joyni mustahkamlash maqsadida uzoq muddatga kasalxonadan chiqqandan so‘ng, darhol to‘g‘ri va noto‘g‘ri tortishni boshlash zarur bo‘ladi. Suyak bo‘laklarining to‘g‘ri joylashishini ta‘minlash maqsadida yotoq rejimiga rioya qilinadi. Bemorga tushunarli so‘zlar bilan asosiy maqsad, singan joyni tuzatish va buning uchun yotoq rejimi kerakligi tushuntiriladi. Kasalxonada yotganda bemor juda bezovta bo‘lib qoladi va shuning uchun bir necha marta tushuntirib, bemorning ahvolini kuzatib turish kerak.

***Ruhiy bezovtalikni qo‘llab-quvvatlash.*** Suyak singanda bemor darhol kasalxonaga yotqiziladi. Suyak sinishi har qanday vaqtda kutilmaganda sodir bo‘lishi mumkin. Bemor kuchli og‘riqni his



qiladi va uni o‘rab turgan sharoit keskin o‘zgaradi. Qariyalarda suyak sinishi ko‘pincha yiqilish natijasida kelib chiqadi. Ular o‘zlarining ehtiyotsizliklari tufayli oilalariga bezovtalik olib kelganliklari uchun o‘zlarini qiynaydilar, bunga yana harakatning cheklanishi qo‘shiladi va ular vahimaga tushib qoladilar. Dastlab jismoniy og‘riqlar bartaraf qilinadi. Qari bemor bilan ishonchli munosabat o‘rnatib, uni kasalxona sharoitiga tayyorlanadi, u suyak sinishini boshdan kechirganligini va bunga ko‘nikishi kerakligi tushuntiriladi.

**Og‘riqni kamaytirishga yo‘naltirilgan parvarish.** Sinish paytida kuchli og‘riq bo‘ladi. Bu og‘riqlar ruhiy ta‘sir ham qiladi. Shuning uchun og‘riqsizlantiruvchi vositalar yordamida og‘riq bartaraf qilinadi.

**Asosiy ehtiyojlarni qondirish va harakat cheklanganda yotoq yaralarning oldini olish.** Singan joyda yotoq rejimini ta‘minlash tana harakatining cheklanishini talab qiladi va bu bevosita hayot tarziga ta‘sir qiladi. Bemorning o‘zi ovqatlanish, fiziologik bo‘shalishlar va boshqa asosiy ehtiyojlarni qondira olmaydi va bunda unga yordam berish kerak.

**Tortish, singan joyni kuzatish, asoratlarning oldini olish.** Traksiyani samarali amalga oshirish uchun quyidagilarni kuzatish kerak:

- Tortish to‘g‘ri yo‘nalishda olib borilayaptimi?
- Qo‘rg‘oshinli yuk shifokor ko‘rsatmasiga to‘g‘ri keladimi, krovatga tegmayaptimi?
- Tortish trosi to‘shakka tegmayaptimi, blokdan chiqib ketmaganmi?
- Boylamning bintlari bo‘shab ketmaganmi?
- Og‘riq, uyushish belgilari borligi.
- Singan joyda og‘riq borligi.
- Oyoqlarning harakatchanligi.
- Infeksiya, qon ketishlar, terining qizarishi, shish, og‘riq, ajralmalar borligi.

Tortish davrida quyidagi asoratlar yuzaga keladi:

**Qon aylanishining buzilishi:** operatsiyadan keyin tortish o‘tkazilganda suyak bo‘laklari siljiganda ko‘pincha shish, oyoqlarning shishi kuzatiladi. Periferik arteriyalar pulsatsiyasi, terining rangi, sovuqni his qilishni kuzatib borish kerak.

*Yotoq yaralar:* yotoq yaralar paydo bo'lishiga moyillik bo'lgan suyak bo'rtmalari sohasiga maxsus yostiqchalar qo'yish va boshqalar yordamida profilaktika qilinadi.

*Bo'g'imlar kontrakturasi, suyaklar atrofiyasi va muskullar sustligi:* uzoq vaqt tortilganda ushbu asoratlar rivojlanish ehtimoli yuqori bo'ladi, shuning uchun jismoniy mashqlar bajarib, haddan tashqari yotoq rejimining oldini olish kerak.

*Osoyishtalikni ta'minlash:* ikkilamchi zararlanishning oldini olish.

*Nevrologik simptomlar:* periferiyada uyushish, sezgi, harakat funksiyalarining buzilishi borligiga e'tibor berish. Ayniqsa, tashqi rotatsiya holatida kichik boldir asabining bosilib qolishida. Shuning uchun oyoqqa o'rtacha holat berib, to'piq uchun mashqlar o'tkazish kerak.

### ***Bemor sog'lig'ini tiklaydigan hamshiralik parvarishi***

**To'shakdan erta turish.** Bemorning hozirgi vaqtdagi qobiliyatlarini saqlab turish va uning pasayishini oldini olish uchun o'tkaziladi. To'shakda passiv va faol harakatlarni bajarish erta o'rindan turishga tayyorgarlik sifatida xizmat qiladi.

Sog'lom oyoq muskullarini mustahkamlash:

- bo'g'imlar harakatchanligi diapazonida mashqlar bajarish (oyoq, tizza, chanoq-son bo'g'imi), izometrik zo'riqish, qarshilik bilan mashqlar;
- zararlangan oyoq muskullarini qo'llab-quvvatlash: qarshilik bilan mashqlar bajarish;
- qo'llar muskullarini mustahkamlash va qo'llab-quvvatlash: qarshilik bilan mashqlar;
- ottovonni profilaktika qilish;
- krovatga o'tirgan holatni saqlab turish: yarim o'tirgan holatdan boshlab, sekinlik bilan o'tirgan holatga olib borish.

Yuqorida ko'rsatilgan mashqlarni qari bemor ahvolini to'liq tahlil qilinib, fizioterapevt-shifokor bilan maslahatlashgandan so'nggina o'tkazilishi kerak.

Bunda, albatta mashqlardan keyin, bemorning charchog'i keyingi kunga qolmasligi uchun dam olishni tashkil qilish kerak.

**O'z-o'zini parvarish qilish qobiliyatini oshirish va qo'llab-quvvatlash.** Yotoq rejimida parvarishni asosan hamshira qiladi, lekin bemor yotgan holda bo'lsa ham, uning ba'zi harakatlarini qo'llari

bilan bajarishini nazorat qilish kerak (yuzni artish). To'shakdan erta turishni operatsiyadan keyingi erta davrlarda amalga oshirish kerakligi uchun iloji boricha uning rejimi darajasiga qarab o'zini parvarish qilishini stimulatsiya qilish lozim. Har kunlik harakatlar diapazoni kengaygandan keyin o'zi bajara oladigan harakatlarni bajarish uchun bemorni va sharoitlarni tayyorlash kerak.

#### **IV.7. Qariyalarda ko'zdagi yosh bilan bog'liq o'zgarishlar va kasalliklarida hamshiralik parvarishi**

Ko'z to'qimalarida ham boshqa organlardagi singari qarish jarayonida o'zgarishlar kuzatiladi. Ko'p holatlarda bu o'zgarishlarning fiziologik qarish yoki ba'zi bir kasalliklar natijasida ekanligini ajratish mumkin. Fiziologik va kasallik natijasidagi yoki gerontologik va geriatric o'zgarishlar o'rtasidagi chegara shartli ravishda belgilanadi.

Juda ko'p ko'z kasalliklari qarilik jarayonida butun organizmning holatiga bog'liq bo'ladi. Bularga metabolitik o'zgarishlar, endokrin tizimining disfunksiyalari va boshqalarni misol keltirish mumkin.

Ba'zida erta qarish jarayonida ko'zdagi gerontologik o'zgarishlar ham ertaroq boshlanadi. Yoshga aloqador o'zgarishlardan quyidagilar kuzatiladi: ko'z gavhari deformatsiyaga uchraydi, akkomodatsiya buziladi. 40 yoshga borib gavharning elastikligi kamayib boradi. Ko'z gavhari nechog'liq kam elastik va qattiq bo'lib qolsa, o'z egriligini shuncha kam o'zgartira oladigan bo'lib qoladi.

Demak, yosh kattalashib borgan sayin eng yaqindan, yaqin ko'rish nuqtasi asta-sekin uzoqlashib, ko'z gavhari egriligining o'zgarishi hisobiga ko'zning akkomodatsiyalanish xususiyati yo'qolib boradi.

Odamning eng yaqindan aniq ko'radigan nuqtasi 33 sm dan nari surilib qoladigan bo'lsa, ana shunda u yaqin masofaga ko'z tikib ishlaganida amalda noqulaylik sezadi. Bu hodisa 40 yoshdan keyin kuzatilib, odamning yoshi qaytib qolgan chog'larida hammadan ko'p namoyon bo'la boshlaydi.

Uning «presbiopiya» degan nomi shundan kelib chiqqan, bu so'z «qariyalarda ko'zi» degan ma'noni bildiradi. Presbiopiya nurlarni to'plab beradigan linzalar yordamida rostlanadi.

30 yoshdan keyin har qaysi uch yoshga taxminan 1,0 litr hisobidan konveks linzalari buyurish zarur. 60–65 yoshda akkomodatsiya umuman yo‘qoladi.

Qariyalarda to‘r pardaning distrofik o‘zgarishlari ham ko‘payib ketmoqda, bu esa ko‘rishga katta ta‘sir etadi. Gipertoniya kasalligida, aterosklerozda va boshqa geriatric kasalliklarda to‘r pardaning distrofiyasi kuzatiladi.

**Qarilik kataraktasi.** Qarilik kataraktasi ko‘z gavharining xiralashuvi bo‘lib, 50 yoshdan oshgan kishilarda odatda bosqichma-bosqich avj olib boradigan kasallikdir. Bundan tashqari, ko‘proq qandli diabetda, tetaniyada, ko‘z shikastlanganda, odam zaharlanib qolganidan keyin ham paydo bo‘ladi.

Katarakta kasalligi ko‘rlikka olib keladigan kasallik bo‘lib, buning oldini olish, davolash mumkin. Kasallik 4 bosqichda rivojlanadi:

1. Boshlanib kelayotgan katarakta.
2. Yetilmagan katarakta.
3. Yetilgan katarakta.
4. O‘tib ketgan katarakta.

Kasallikning **1-bosqichida** ko‘z oldida parda turgandek bo‘lib seziladi, yorug‘ narsalar ko‘zga ikkita bo‘lib ko‘rinadi. Lipillab turgan narsalar bordek bo‘lib tuyulaveradi. Bunday holat bemorni bir necha yil bezovta qilishi mumkin.

Kasallikning **2-bosqichida** bemorlar ko‘zining keskin xiralashib qolganidan noliydilar. Bu bosqich ham bir necha yil davom etishi mumkin.

**Kataraktaning yetilgan bosqichida** ko‘z gavharlari bir tekis xiralashadi. Kasal hech narsani ko‘ra olmaydi, faqat yorug‘lik qaysi tomondan tushganini ajratishi mumkin. Bu bosqichda operatsiya yo‘li bilan ko‘z gavharlari olib tashlansa bo‘ladi.

**O‘tib ketgan katarakta bosqichida** ko‘z gavharining po‘stloq moddasi asta-sekin suyulib, sutsimon massaga aylanib qoladi, unda gavhar yadrosi qalqib yurib, bosh qimirlagan mahalda o‘z vaziyatini o‘zgartirib turadi. Ko‘z yana ko‘radigan bo‘lib qolishi mumkin.

Qarilik kataraktasini davolashda «B» kompleks vitaminlari, vitamin C, P va ko‘zga tomizish uchun vinayodural, vitafokal, vitsein preparatlari buyuriladi.

Xiralashgan koʻz gavharlarini katarakta yetilgan bosqichida olib tashlash (ekstraksiya) kerak. Yetilmagan katarakta bosqichida ham operatsiya qilish mumkin. Koʻz gavhari olib tashlangandan keyin bemorlar nur yigʻuvchi koʻzoynaklar yoki kontakt linzalardan foydalanishlari tavsiya etiladi.

**Glaukoma.** Bu kasallikda koʻz ichki bosimi birdan yuqori boʻlib, koʻz toʻr pardasi va koʻruv funksiyalarining pasayib ketishiga olib boradigan trofik oʻzgarishlar yuzaga keladi.

Bu kasallik koʻz ichki bosimi mudom yoki vaqti-vaqtida koʻtarilib turib, keyin koʻruv nervida ekskavatsiya, yaʼni chuqur tortgan joylar va koʻruv nervi maydonida tipik nuqsonlar paydo boʻlishi bilan xarakterlanadi.

Koʻz ichki bosimini oʻlchash tonometriya deyiladi. Tonometriya koʻzga yuk tonometr qoʻyish yoʻli bilan oʻtkaziladi. Bu tonometr ogʻirligi 10 gr. boʻlgan Maklakov tonometri deb ataladi. Normada koʻz ichki bosimi 18–27 mm sim. ust. gacha boʻladi.

Aterosklerozi, arterial gipertenziyasi bor bemorlar doimo dispanser kuzatuv ostida boʻlishlari kerak. Glaukoma kasalligi 3 xil boʻladi: tugʻma, ikkilamchi va birlamchi.

*Tugʻma glaukoma* tabiatan irsiy boʻlishi mumkin va bu glaukoma xirurgik yoʻl bilan davolanadi.

*Ikkilamchi glaukoma* koʻz oʻsmalarida, yalligʻlanish, distrofik-degenerativ jarayonlarda, travmalarda paydo boʻlishi mumkin.

*Birlamchi glaukoma* yoshga aloqador oʻzgarishlar oqibatida paydo boʻlib, 40 yoshdan oshgan aholining 1–2% ini shikastlaydi. Birlamchi glaukoma yopiq burchakli va aralash shakllarda boʻladi.

Glaukoma rivojlanashida 4 bosqich kuzatiladi:

1. Boshlangʻich.
2. Avj olgan.
3. Vaqtdan oʻtgan.
4. Terminal bosqich.

Glaukoma bilan ogʻrigan kasallar dispanser hisobiga olinadi. Glaukomaning davolashda koʻz ichki bosimini pasaytiruvchi xolinomimetik va antixolinesteraz moddalar buyuriladi, pilokarpin, karboxolin, aseklidin, fosfakol, adrenomimetik preparatlar, adrenal gidroklorid va featol qoʻllanadi.

Umumiy ta'sir ko'rsatuvchi preparatlardan diakarb, panangin, asparkam, trental, sinnarizin, biostimulatorlar, ATF, glutaminat kislota, vitaminlar, sklerozga qarshi preparatlar qo'llanadi.

Boshni uzoq engashtirib o'tirib bajariladigan ish, qisib turadigan bosh kiyim yoki belbog' taqish tavsiya etilmaydi. Chekish va spirtli ichimliklar ichish man etiladi. Ovqat asosan sut, o'simlik mahsulotlaridan tayyorlangan bo'lishi, ichiladigan suyuqlik miqdori cheklanishi lozim. Konservativ davo naf bermaganda jarrohlik davo metodlaridan iridektomiya, fistula solinadigan operatsiyalar qo'llanadi.

### **Ko'rish buzilishi bo'lgan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi**

**Xavfsizlik muhitini ta'minlash.** Bemorga xavfsiz muhitni ta'minlashda quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak:

- Bemorning krovati, vannaxonasi va hojatxonasi tez yordam chaqirish uchun qo'ng'iroqlar bilan ta'minlangan bo'lishi kerak.
- Qari odamning xonada yiqilib ketmasligi uchun baland ostonalar, oyoq tagida turli simlar va boshqa predmetlar, gilamda burmalar bo'lmasligi lozim.
- Qari bemorning tez yurishi va yugurishining oldini olish.
- Qari bemorlarning oyoq kiyimi qulay, poshnasi sirpanmaydigan bo'lishi kerak. Hamshiraning o'zi oyoq kiyimining polda sirpanishini tekshirib ko'rishi kerak.
- Koordinatsiyasi buzilgan va holsizlangan bemorlarni ushlagichlar, tayanch ushlagichlar, yurish uchun moslamalardan foydalanishga o'rgatish.
- Vaqti-vaqti bilan ko'zoynaklar holatini (oynalar holatini) va ularning bemorning ehtiyojlariga mosligini tekshirib turish (okulist maslahati).

### **Inyeksiya profilaktikasi va HFKni kengaytirishda ko'rsatmalar**

Odam tashqi ma'lumotning 80% ni predmetning tashqi ko'rinishi va o'lchami, harakati, rangi va ularning turliligini ko'rish sezgisi orqali qabul qiladi. Ko'rish sezgisi odam faoliyatida juda muhim o'rin

egallaydi. Shuning uchun qari bemor HFKnı kengaytirish jarayonida turli xarakterdagi xavf rivojlanishi mumkin.

Ptoz, ko‘z to‘r pardasi heyronlarining kamayishi, ko‘rish asabi funksiyasining pasayishi hamda qarilik sababli ko‘rish maydonining qisqarishi natijasida bir ko‘rishda olinadigan ma‘lumot hajmini kamaytiradi. Shuning uchun yurish hajmini kengaytirish maqsadida olib borilayotgan choralar vaqtida yo‘lda qoldirilgan predmetlar tufayli baxtsiz hodisalar xavfi yuqori bo‘ladi. Ko‘rish maydonining o‘zgarishiga predmetning o‘lchami va joyning yoritilganligi ta‘sir qilishini hisobga olib, qari odamning yorug‘likka sezgiriligini oshiradigan sharoitlarni ta‘minlash usullarini ishlab chiqish kerak.

Bundan tashqari, harakatlanayotgan predmetlarni ko‘rishning pasayishi natijasida obyektning harakatlanish tezligi qancha yuqori bo‘lsa, uni ko‘rish shuncha qiyin bo‘ladi. Keyinchalik, faollik doirasini uy tashqarisida kengaytirish jarayonida transport ko‘p bo‘lgan yo‘llarning o‘tish joylarini hisobga olish kerak.

Qari odamlarda kontrastlanuvchi ranglarni qabul qilish sezgisining o‘zgarishiga moslashish ham ko‘p vaqtni talab qiladi. Ayniqsa, qari odam yorug‘ joydan qorong‘i joyga o‘tganda ularda ko‘rish informatsiyasining sustlashishi tufayli qorong‘ulikka ko‘nikishigacha xavf tug‘ilishi mumkin. Shuning uchun bunday bemorlar uchun qulayliklar yaratish kerak, masalan, shu kungacha krovati yonida portativ tualetdan foydalanganlar uchun, yurish hajmi ko‘paytirilganda hojatxonagacha borishda yaxshi yoritilgan bo‘lishi kerak. Rangni ko‘rish qobiliyati pasayishining xarakterli belgisi yaxshi yoritilmagan joyda ranglarni yaxshi ajrata olmaslik hisoblanadi. To‘r pardada 3 xildagi kolbachasimon hujayralar mavjud: ko‘k, yashil va qizil. Ko‘k kolbachasimon hujayralar sezgilarining pasayishi oqibatida sariq rang oqish rangdek qabul qilinadi. To‘q ko‘k va qora ranglar qiyin ajratiladigan bo‘lib qoladi. Ko‘z gavharidagi qarish jarayoni natijasida qisqa to‘lqinli spektorning ranglari (binafsharang, ko‘k, yashil) ajratish qiyinroq bo‘lib qoladi. Aksincha, qizil, olov ranglarni qari odamlar yaxshi ajratishadi. Yuqorida keltirilganlarga xulosa qilgan holda bemorning muhitiga xavfdan himoya qilish belgilari bilan birga yoritish darajasi, ranglarni ishlatishni ham hisobga olish va bemorga xavfsizroq muhit yaratib berish kerak.

## **Yurganda yordam ko'rsatish**

*Ko'rish buzilishi bo'lgan qari bemorlarga yurishda yordam berish texnikasi.* Qari odamlarda refraksiyaning buzilishi kuzatiladi, katarakta ko'p rivojlanadi va bu ko'rish o'tkirligining pasayishiga olib keladi. Qari odamlar predmetlarga qarashi qiyin bo'ladi, ulardan yon tomondagi predmetlarni ko'p hollarda yoki umuman ko'rmaydilar. Shuning uchun xonaga kirganda yoki yon tomonidan yaqinlashganda qo'rqitib qo'ymaslik uchun ularning e'tiborini jalb qilish lozim. Ko'rishni yomonlashgan odamga shunday yaqinlashish kerakki, yorug'lik uning orqa tomonida bo'lsin. Oldindan eshikni taqillating yoki siz yaqinda turganligingizni bildiring, masalan, shunday baland ovozda salomlashingki, u sizni eshitsin yoki eshitganligini bildirsin. Lekin qari odam yaqinida bo'lganingizda baland ovozda gapirmang.

### **Ko'zoynaklarni ishlatish bo'yicha instruktaaj**

Agar bemor ko'zoynak taqsa, uning linzalari toza, qirilmaganligiga (ayniqsa, plastik linzalar yuzasi bilan qattiq yuzalarga ko'p qo'yilsa, tez buziladi) e'tibor berish kerak. Ko'zoynaklar to'g'ri tanlangan bo'lishi lozim. Ko'rishning pasayishi qari odamlarda tez va kutilmaganda o'zgarganligi sababli bemorni vaqti-vaqti bilan okulist maslahatidan o'tkazish kerak. Ko'zoynaklar har doim bemorning yonida bo'lishi shart.

### **IV.8. Qariyalarda quloq organidagi yosh bilan bog'liq o'zgarishlar va kasalliklarida hamshiralik parvarishi**

Quloq juda nozik va muhim organ hisoblanadi. Quloq organi boshqa organlarga nisbatan erta, ya'ni 20 yoshdan so'ng o'z xususiyati – eshitish qobiliyatini o'zgartirib boradi.

Lekin yoshga qarab eshitish qobiliyatining pasayishi fiziologik holat hisoblanadi.

Eshitish qobiliyatining pasayishi quloq organining turli qismlarining o'zgarishi bilan bog'liq. 1962-yildan buyon «LOR» sohasida V.F.Undretsem tomonidan tavsiya etilgan audiometriya, egri chiziqqlar metodi qo'llanib kelinmoqda. Bunda «shivirlash» metodiga asosan: 1–7 m, 2–6 m, 3–5–6 m, 4–5 m, 5–3–4 m dan eshitish qobiliyati aniqlanadi.

Patogistologik tekshirishlarda esa, eshitish qobiliyatining pasayishi, quloq organining degenerativ atrofik o'zgarishlariga ham bog'liqligi kuzatilgan.



Masalan, oʻrta quloq eshitish suyakchalarining aterosklerozi, suyak ichi qon tomirlarining aterosklerozi, eshitish qobiliyatining oʻzgarishi, uning qay darajada ekanligi tovush qabul qilish apparatining, yaʼni kortiyev aʼzosining hujayralari atrofiyaga uchraganligiga ham bogʻliq. Ayniqsa, bosh miya qon tomirlari aterosklerozi (markaziy nerv tizimi sklerozi) ham eshitish funksiyasiga juda salbiy taʼsir qiladi.

Qarilikdagi karlikning 4 tipi bor:

**1-tipi** – kortiyev aʼzosidagi oʻzgarishdan, **2, 3, 4-tipi** – ichki quloq chigʻanoq spirali, nerv tolalari yadrosi, eshitish analizatoridagi oʻzgarishlar hisobiga paydo boʻladi.

Qarilikdagi karlik belgilari har bir shaxsda individual xususiyatga ega. Xulosa qilib aytganda, quloq organi eshitish funksiyasining oʻzgarishi ham fiziologik, ham patologik holda boʻladi.

### **Qarilikda eshitish qobiliyatining pasayishi yoki quloq ogʻirligi**

Yoshga qarab fiziologik eshitish qobiliyatining pasayishi butun organizmning fiziologik qarish belgilari bilan birga namoyon boʻladigan normal holatdir. Bu holat nutqqa ham, eshitish funksiyasining ijtimoiy holatiga ham salbiy taʼsir etadi.

Eshitish qobiliyatining patologik pasayishi kam holatlarda namoyon boʻladi. Bunda quloq chigʻanogʻining degenerativ oʻzgarishi yuz beradi.

Yoshga nisbatan eshitish qobiliyatining tez pasayishi esa gormonal holatga, irsiyatga, asab kasalliklariga bogʻliq.

Klinikasida tovush qabul qilishning yomonlashuvi koʻrinadi, buning natijasida nutqining buzilishi, telefon orqali tovushni yaxshi qabul qilmaslik, quloq shangʻillashi kuzatiladi.

Davolashda polivitaminlar, vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, biostimulatorlar, aloe, ATF, gormonlar, quloq sohasiga UVCH va kaliy yodi bilan elektroforez tayinlanadi.

Konservativ davo naf bermaganda eshitish apparatidan foydalaniladi.

Eshitish qobiliyati past boʻlgan bemorlar bilan muloqot qilish hamshiradan katta masʼuliyat talab qiladi. Hamshira bunday paytda harakati, yuz ifodasi bilan keksa bemorlarga oʻzining fikrini toʻliq tushuntira olishi yoki yetkaza bilishi va ularning javobini sabrtoqat bilan eshitishi kerak. Bemorlarga eshitish apparatidan toʻgʻri foydalanishni vaqti-vaqti bilan tushuntirib turish lozim.

#### **IV.9. Davolanayotgan keksa bemorlarda hamshiralik parvarishining muhimligi**

Medikamentoz davo olayotgan qari bemorlarda hamshira parvarishining xususiyatlari:

- hamshira qoʻllanilayotgan dori-darmonlarni asosiy va nojoʻya taʼsirini, ularni yuborish yoʻllarini, taʼsir qilish vaqtini, bir martalik va maksimal dozasini aniqlashtirib olishi va bu preparatlarni zararsiz va toʻgʻri yuborish uchun kerakli yordam berishi, shuningdek, bemorga preparatlar effektini va nojoʻya taʼsirini tushunib olishga yordam berishi va kelajakda oʻzini nazorat qilgan holda dorilarni toʻgʻri va oʻz vaqtida qabul qilishga oʻrgatishi;
- bemorning umumiy ahvolini oʻrganishi, dori qabul qilish va hayotiy odatlarini tekshirishi, dori qabul qilish boʻyicha kerakli koʻrsatmalarni berishi;
- medikamentoz terapiyani nojoʻya taʼsirlarsiz yoki ikkilamchi asoratlarsiz, xavfsiz va qulay tarzda oʻtkazishni bilishi;
- medikamentoz davolash natijasida kelib chiqqan patologik oʻzgarishlarni oʻz vaqtida aniqlash va chora koʻrishi;
- bemorda dori qabul qilishda oʻzini nazorat qilish qobiliyatini oʻstirish va muolajani oʻz vaqtida va aniq bajara olishi;
- dori vositalarini toʻgʻri yuborish, meʼyordan chetlanishlarni erta aniqlash va shifokorgacha boʻlgan yordamni koʻrsatishi va bemor oʻz-oʻzini nazorat qilishida yordam berishi kerak.

#### **Operatsiya qilinayotgan qari bemorlarda hamshira parvarishining xususiyatlari**

Operatsiya davri bemor operatsiya tayinlangandan keyin bosib oʻtadigan ketma-ketlikdagi jarayon boʻlib, oʻz ichiga operatsiyadan oldingi, operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrdan kasalxonadan chiqquncha boʻlgan davrlarni oladi.

Shu jarayon bilan bogʻliq hamshira parvarishi operatsiya davridagi hamshira parvarishi deyiladi. Oʻziga xosligi boʻyicha 3 bosqichga boʻlinadi:

**1-bosqich** (operatsiyadan oldingi parvarish): operatsiya tayinlangandan, bemorni operatsiya xonasiga koʻchirishgacha boʻlgan vaqt

ichidagi hamshira parvarishi. Bu bosqichda asosiy parvarish bemorni operatsiyaga jismonan, ruhiy va ijtimoiy tayyorlashga yo'naltirilgan bo'ladi.

**2-bosqich** (operatsiya vaqtidagi parvarish): bemorni operatsiya xonasiga olib borgandan operatsiya tugashi va bemorni operatsiyadan keyingi palataga ko'chirishgacha bo'lgan davrdagi hamshira parvarishi. Bu davrda asosiy parvarish ichki a'zolarni olib tashlash yoki korrektirlashda davolash muolajalari bilan anesteziya qilishga qaratilgan.

**3-bosqich** (operatsiyadan keyingi parvarish): operatsiyadan keyingi o'tkir davrdan to kasalxona bo'limida sog'lig'ini tiklash va bemorning oilasi hamda jamiyatga qaytishigacha bo'lgan davrdagi hamshira parvarishidan iborat. Operatsiyadan keyingi parvarish narkozdan uyg'onishdan to organik stressdan chiqish, jarohatning bitishigacha vaqtdan boshlanib, bemorning ijtimoiy tiklanishi bilan tugaydi.

Operatsiyadan keyingi kuzatiladigan asoratlarga qarshi kurashda, operatsiyadan keyingi davrda to'shakda erta harakat qila boshlash, o'rnidan erta turish, davolash mashqlari bilan shug'ullanish, ovqatlanishni o'z ichiga oladigan faol usullarni olib borish samarali hisoblanadi. Bu usulni to'g'ri olib borish qon aylanishini yaxshilaydi, asab tizimining tonusini oshiradi, bemorning o'zini yaxshi his qilishini yaxshilaydi, natijada to'qimalarning tiklanish jarayoni tezlashib, jarohat tez bitadi. Bu usuldan foydalanishga o'tkir yallig'lanish jarayonlari, zotiljam, yurak quvvatsizligi va qon aylanishining yetishmovchiligi monelik qiladi.

#### **IV.10. Qariyalarning jismoniy tarbiyasi**

Hayotni cho'zish, qarilik bilan kurashish tibbiyot fanining oldiga qo'yilgan muhim masalalardan biri hisoblanadi. Uzoq umr ko'rishda jismoniy tarbiyaning ahamiyati katta.

Ibn Sino serharakatlilik uzoq yashashning eng asosiy omillaridan biri deb hisoblaydi. Shuning uchun uyqudan turgandan keyin va yotish oldidan biroz yurish, toza havoda nafas olish foydadan holi bo'lmay, uyquning tinch bo'lishini ta'minlaydi.

Qarish – bu faqat so'lish emas, balki butun organizmning murakkab qayta qurilishidir. Biologik qonun bo'yicha yoshi katta bo'lgan

sari organizmning moslashuv imkoniyatlari qisqaradi. Ma'lumki, qarish jarayonida organ va tizimlar o'zgarishlari bilan bir qatorda, organizmning o'ziga xos kompensator – moslashuv reaksiyalari hosil bo'ladi. Bu narsa muhim hisoblanadi yoki aynan shu reaksiyalar qarish jarayoni rivojlanishining sekinlashuviga faol ta'sir ko'rsatadi.

Jismoniy mashqlarni muntazam bajarish shartli reflektor bog'lanishlarga ijobiy ta'sir ko'rsatib, organizmning erta qarishiga ta'sir qiluvchi omillarga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Jismoniy mashqlar moddalar almashinuvi, mushaklardagi oksidlanish jarayonlarining kuchayishiga, qonda lipidlar miqdori pasayishiga hamda xolesterinning tomirlar devorida to'planishini kamaytirib, ateroskleroz rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Jismoniy harakat turli organ va tizimlarning hayotiy faolligini me'yorlashtirib rag'batlaydi, miokardning qisqaruvchanligini oshiradi, bunda koronar qon aylanishining yaxshilanishi kapillar qon tomirlarining kengayishi bilan kechadi, o'pka ventilatsiyasi oshadi, kichik qon doirasida qon aylanishi yaxshilanadi, ko'krak qafasi harakatlari me'yorlashadi.

Jismoniy mashq me'da ichak yo'llarining silliq mushaklari harakatini rag'batlaydi. Mushak tizimini, bog'lovchi apparatni, bo'g'imlardagi harakatlarni normallashtirib, ish harakatini uzoq muddatgacha saqlab turadi.

Gormonal fonning jismoniy harakatlarga ahamiyati juda katta. Ular ta'sirida endokrin a'zolar faoliyati oshib, inson tanasi yosharadi. Shifokorning birinchi vazifasi bemorning biologik yoshini, surunkali va latent bo'lgan kasalliklarni, kasallik asoratini aniqlash, me'yorda jismoniy harakat tavsiya etish hisoblanadi. Qari odamlar shifokor nazoratidan o'tgandan keyin jismoniy mashg'ulotlarning 4 turidan iborat bo'lgan biron-bir guruhiga yuboriladi.

**1-guruh.** Bu guruhga yaxshi jismoniy tayyorgarlik ko'rgan, kasallik va uning asoratlari bo'lmagan bemorlar kiradi.

**2-guruh.** Sezilmagan miqdordagi asoratlari bor va kasallikdan keyin yaxshi kompensatsiyaga ega bo'lgan bemorlar kiradi.

**3-guruh.** Past jismoniy tayyorgarlikka ega bo'lgan, jismoniy harakatlari cheklangan holda sog'lig'ida biron-bir o'zgarishi bor bemorlar kiradi.

**4-guruh.** Turli kasalliklar bilan kasallangan bemorlar tashkil qiladi. Ular shifokor nazorati ostida jismoniy mashqlar bilan davolanib, badan tarbiyasi bilan shug‘ullanadilar.

Salomatlik bo‘yicha avvalgi 3 guruhga kiritilgan bemorlar yuklamali davolovchi badantarbiya mashqlari bilan shug‘ullansalar bo‘ladi, biroq 3-guruhga ehtiyotkorlik bilan yondoshish kerak. Davolash tarbiyasi bilan shug‘ullanish o‘rtacha tartibda olib borilishi kerak. Yuklamalar bosqichma-bosqich oshirib boriladi. Yuklamalar shug‘ullanuvchilarning funksional imkoniyatiga to‘g‘ri kelishi kerak.

Qari organizmning holatidan kelib chiqib, tanani va boshni keskin harakatlantirmaslik lozim. Qon tomirlarining sklerotik o‘zgarishlari natijasida tana holatini tez va keskin o‘zgartirish, bosh aylanishi, quloq shang‘illashi, muvozanat buzilishi, bemorlar ko‘plab jarohat olishiga sababchi bo‘lishi mumkin.

Tanani va nafas faoliyatini o‘ta zo‘riqtiruvchi mashqlarni, kichik qon aylanish doirasida bosimni oshirish mumkinligi tufayli, bajarish mumkin emas. Bunda yurakka qon kelishi qiyinlashadi, o‘pka emfizemasi kelib chiqishi kuzatiladi. Qariyalarga kam tanish bo‘lgan zo‘riqtiruvchi mashqlar va tana holatini tez-tez o‘zgartirib turish qiyinchilik tug‘dirishi mumkin.

Bundan 2500 yillar ilgari qadimgi elladaliklar tomonidan toshga o‘yib shunday yozilgan ekan: «Kuchli bo‘lishni istasang – yugur, chiroyli bo‘lishni istasang – yugur, aqlli bo‘lishni istasang – unda ham yugur». Yuqorida aytib o‘tilganlar barvaqt qarishning oldini oladi va bu jarayonning ancha yaxshi kechishiga, binobarin, odamning jismoniy va ma‘naviy imkoniyatlarini iloji boricha saqlab qolishga imkon beradi.

Uzoq masofaga yugurganda ortiqcha jismoniy zo‘riqish hosil bo‘ladi. Bu oyoq bo‘g‘inlarida va umurtqada og‘riq bo‘lishiga olib kelishi mumkin.

Qariyalarning harakat faolligi ularni toliqtirib qo‘ymasligi va xavfsiz bo‘lishi kerak. Bu mashqlar aerobika deb atalib, bunda tananing har qaysi qismlari organizm uchun zarur energiya va kislorod bilan to‘yinadi. Bu turdagi mashqlarga yurish, yugurish, suzish va boshqalar kiradi. Asosan yurish keng tarqalgan bo‘lib, bunda turli odamlar, turli vaqtda va alohida tayyorgarliklarsiz shug‘ullanishlari mumkin.

Qariyalar yurish vaqtida harakat faolligini o'zlari nazorat qila oladilar. Bundan tashqari, qariyalarga mushak va bo'g'imlarning harakatini yaxshilash maqsadida bo'g'imlarni yozish va nafas olish mashqlari tavsiya etiladi.

- *Mashqlar tanlanganda quyidagi qoidalarga amal qilish:* minimal og'irlik, toliqtirmaslik va ko'proq samaradorlikka erishish. Buning uchun xavfsizlikni hisobga olish va har bir kishiga alohida yondoshish, va albatta bu mashqlar qariyalarga yoqishi.
- *Xavfsizlik:* bunda qariyalarning sog'lig'i, anamnezi, kundalik o'zini his qilishi va har kungi harakat faolligining miqdori aniqlanadi.
- *Alohida yondoshish:* qariyalarga mashqlar tayinlashdan oldin ularning har biriga alohida mashqlar vaqti, turi, amalga oshirish usullari va ularning xohishlari hisobga olinadi.
- *Ko'zda tutilmagan sharoitlar:* jismoniy harakatlarda pulsni nazorat qilish. Mashqlar bajarish vaqtida pulsni kuzatganda tinch holatdagiga nisbatan 1,5–2 martadan oshmasligi zarur.

Qariyalar va ularning oila a'zolari pulsni normal ko'rsatkichlarini bilishlari zarur, biz ularga bu haqida ma'lumot berishimiz kerak.

Mashqlar bajarish vaqtida qariyalar o'zlarini yomon his qilsalar dam olishlari yoki mashqlarni to'xtatishlari zarur. Agar mashqlardan keyin qari odam o'zida uzoq vaqt charchoqni his qilsa, unda o'tkazilgan mashqlar u uchun og'irlik qiladi.

Qari odamga sog'lig'idagi o'zgarishlarga va simptomlarga e'tibor qilishlarini tushuntirish kerak. Pulsi tezlashib ketishiga yo'l qo'ymaslik lozim. Pulsning chegaraviy miqdorini aniqlash, funksional diagnostika xonalarida veloergometriya, EKG yordamida qilinadi.

Shuni yodda tutish kerakki, qariyalar jismoniy mashqlar bilan muntazam shug'ullanishi kerak. Bir yil gipodinamiyada bo'lib, ta'til paytida esa jismoniy mashqlar, sport o'yinlari bilan haddan tashqari ko'p shug'ullanish mumkin emas. Chunki u yomon oqibat bilan tugashi mumkin. «Ta'til infarkti» tushunchasi ana shundan paydo bo'ladi. Bunday shaxslarga jismoniy mashqlar tanlovi, shifokor maslahati bilan, individual holatda olib borilishi va bunda albatta, «Zarar qilma!» – tibbiy prinsipiga rioya qilish kerak.

---

---

## Muammoli masalalar

### № 1

Bemor K.78 yoshda, prostata bezi adenomasi kasalligining 3-bosqichi bilan kasalxonada davolanmoqda. Tashxis 64 yoshida qo'yilgan. Doimiy davolanmagan. Kasallikning avj olishi va do'stining maslahatiga ko'ra operatsiyaga rozi bo'lgan.

10-oktabrda kasalxonaga yotqizildi. Operatsiya oldi tayyorgarligi ko'rilmoqda. Bemorda ishonchsizlik va qo'rquv bor.

Shikoyatlari: qovuq sohasida og'riq, siydik tutilishi. Bu holat qovuqni kateterlashga olib keladi.

Obyektiv ko'rikda: vazni – 62 kg, bo'yi – 168 sm. Terisi rangpar, og'iz atrofida sianoz, hansirash kuzatiladi. Bemor bilan muloqotga kirishish qiyin, savollarga xohlamay javob beradi. AB 140/100 mm sim. ust ga teng. Puls – minutiga 86 ta, nafas soni – minutiga 18 ta. Kechqurun hojatga ko'p chiqqanligi sababli jahldor, uyquasi yomon. Palpatsiyada qovuq sohasida og'riq.

Bartel shkalasi bo'yicha baholanganda: o'zi ovqatlanadi, yuvinadi, kiyimlarini almashtiradi. Siydik tuta olmasligi sababli tez-tez kiyimlarini almashtiradi, bu uni charchashga olib keladi. Hojatga chiqishda, o'rnidan turishda yordamga muhtoj emas. Zinadan ko'tarilishda yordamga muhtoj emas. Boshqalarning yordami bilan 500 m masofaga yura oladi.

Oilada 6 kishi: rafiqasi 75 yoshda, qizi 50 yoshda, kuyovi 55 yoshda, nabirasi 25 yoshda, uylangan, ishlaydi, uning rafiqasi bemorni parvarish qiladi.

Medikamentoz davo: antibiotiklar, yallig'lanishga qarshi davo, para-rektal shamchalar, yurak yetishmovchiligida qo'llaniladigan dori vositalari.

### TOPSHIRIQ:

1. Hamshira tashxisini qo'ying.
2. Parvarish rejasini tuzing.

## № 2

Bemor D. 65 yoshda. Qandli diabetning II tipi bilan kasallangan. 10 yil oldin shu kasallik bilan davolanganda diyetoterapiya va davolash gimnastikasi to'g'risida ma'lumotga ega bo'lgan.

Kasalxonadan chiqqan birinchi paytlarda parhezga rioya qilgan, davolash gimnastikasini bajargan. Keyinchalik erinchoqlik qilib parhezga rioya qilmagan, davolash gimnastikasini bajarmagan. 1 yildan beri qondagi qand miqdorini dori vositalari bilan nazorat qiladi, lekin tibbiy ko'rikdan vaqtda o'tmaydi.

2006-yil 10-mayda poliklinikaga quyidagi shikoyatlar bilan kelgan: og'zi qurishi, tez charchash, oyoqlarda sezuvchanlikning kamayishi. Qondagi qand miqdori 32 mmol/l.

Obyektiv ko'rikda: vazni – 75 kg, bo'yi – 160 sm. AB 130/70 mm sim. ust. T 36,5°C , pulsi minutiga 86 ta. Oyoq barmoqlarida qorayish, ayniqsa chap oyoqdagi bosh barmoqning rangi keskin o'zgargan (qon aylanishining yomonlashganligi sababli).

Hozirda o'ng oyoq tizza bo'g'imining yallig'lanishini davolamoqda, yurganda chap tomonga og'ish kuzatilmoqda, hassadan foydalanmaydi. 50 yoshidan ko'zoynak taqadi, keyingi vaqtlarda ko'risi yomonlashganligini aytayapti. Suyuqlik ko'p qabul qilganligi sababli hojatga tez-tez chiqadi. Ba'zida 4 kunlab ham ichi kelmaydi.

Oilada 7 kishi: turmush o'rtog'i 69 yosh, o'g'li 35 yosh, kelini 32 yosh, 3 ta nabirasi bor. O'g'li va kelini ishlaydi, turmush o'rtog'i qishloq xo'jaligi bilan shug'ullanadi, shuning uchun uydagi ishlarni bemorning o'zi bajaradi.

Bemorning 2 ta opasi qandli diabet bilan kasallangan. Ularning parvarishi bilan o'zi shug'ullangan. Otasi 70 yoshida insultdan vafot etgan. Onasi yuqori isitma bilan og'rib vafot etgan, sababi aniqlanmagan.

Bemor tezroq kasalxonadan chiqib, nabiralari tarbiyasi bilan shug'ullanishni xohlaydi. Hayotga to'laqonlilik bilan qaraydi. Muloqotga yaxshi kirishadi. Uy ishlari bilan shug'ullanishni yaxshi ko'radi. Boshqalarning yordamisiz 500 m masofaga yura oladi.

### **TOPSHIRIQ:**

1. Hamshira tashxisini qo'ying.
2. Parvarish rejasini tuzing.



Bemor O. 65 yoshda. Hozirgi vaqtda pensioner.

**Kasallik tarixi:** bemor 10 yildan beri gipertoniya kasalligi bilan davolanadi. Dori vositalari va damlamalar qabul qiladi. Boshdan kechirgan kasalliklari: qizamiq, OʻRK.

Obyektiv tekshirganda: boʻyi 156 sm, vazni 80 kg, umumiy ahvoli oʻrta ogʻir, harorati 36,6°C. Yuz terisi oqargan, lablari yengil koʻkargan, puls minutiga 100 marta, qon bosimi 160/100 mm. sim. ust. Nafas olish maromi minutiga 28 marta. Kuniga 1 marta axlat, 4 marta siydik ajratadi. Harakatlanishida yordamga muhtoj emas, uyqusi yomon, ishtahasi yoʻq. Sezuvchanligi buzilmagan, zararli odatlari yoʻq. Koʻkrak sohasida kuchli ogʻriq uni xavotirga solayapti, ogʻriq chap qoʻl, kurak sohasiga uzatiladi.

Palpatsiyada qorin yumshoq, jigar kattalashmagan. Auskultatsiyada yurak tonlari boʻgʻiq, sistolik shovqin aortada eshitiladi. Pasternaskiy belgisi manfiy.

Tekshirish natijalari: EKG – S–T interval izoelektrik chiziqdan pastda, T-tishcha manfiy (ogʻriq vaqtida).

Bartel shkalasi boʻyicha baholaganda: oʻzi ovqatlanadi, yuvinadi, kiyimlarini almashtiradi. Hojatga chiqishda, oʻrnidan turishda yordamga muhtoj emas. Zinadan koʻtarilishda yordamga muhtoj emas. Boshqalarning yordamisiz 500 m masofaga yura oladi.

Oilada 7 kishi: turmush oʻrtogʻi 70 yosh, oʻgʻli 35 yosh, kelini 32 yosh, 3 ta nabirasi bor. Oʻgʻli va kelini ishlaydi, turmush oʻrtogʻi qishloq xoʻjaligi bilan shugʻullanadi, shuning uchun uydagi ishlarni bemorning oʻzi bajaradi. Nabiralarining parvarishi bilan shugʻullanadi. Oshxonada yaxshi ovqatlar tayyorlashni yaxshi koʻradi. Muloqotga yaxshi kirishadi. Uy ishlari bilan shugʻullanishni yaxshi koʻradi.

Muolajalar: riboksin 2%–10,0 v/i, pirasetam 20%–5,0 v/i, natriy xlor 0,9%–200,0, panangin – 10,0, askorbinat kislota 5%–5,0, strofantin 0,01%–1,0, papaverin 2%–2,0 m\o, dibazol 1%–3,0 m\o, nitroglitserin 1 tab. til ostiga (ogʻriq vaqtida), atenolol 50 mg x 2 mahal.

Shifokor tashxisi: Turgʻun stenokardiya.

### TOPSHIRIQ:

1. Hamshira tashxisini qoʻying.
2. Parvarish rejasini tuzing.

#### № 4

Bemor M. 65 yoshda, ayol kishi.

Bemor shifoxonaga ko'ngil aynishi, to'satdan umumiy lanjlik shikoyatlari bilan keldi.

Anamnez: bemor 10 yil oldin virusli gepatit B kasalligi bilan og'rikan. Oxirgi 2 yilda ishtahasining pasayganligi, umumiy lanjlik aniqlangan. Burundan ham qon ketish hollari kuzatilgan. Yarim yildan beri qorni shishayotganini sezgan. Jismoniy harakatlar paytida hansirash, hafas siqishi kuzatilgan. Tez charchab qolgan. Keyingi 3 yilda har yili 1 marta shifoxonada yotib davolangan.

Avvalgi UTT – jigar sirrozi. Asosan quyidagi dorilarni qabul qilgan: sinepar, essensial, Liv-52, veroshpiron, furosemid, minokain, plazma quyilgan.

Obyektiv tekshirish natijalari: teri rangi oqargan, sarg'ish tovlanish bilan, terida – «jigar yulduzchasi» simptomi aniqlandi. Puls minutiga 112 marotaba, kuchsiz to'lish bilan. Arterial bosim 100/70 mm. sim. ust.ga teng. Qorin devori kattalashgan, kindik oldidagi venalarning «meduza boshi» shaklida kattalashishi, qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik hisobiga og'riqsiz, jigar qovurg'a ravog'idan 4 sm pastda. Til qizg'ish, so'rg'ichlari tekis. Bo'yi 165 sm, vazni 75 kg.

Eri 66 yoshda, mahalla raisi. 6 ta farzandi bor, 2 qiz, 4 o'g'il. Ular hammasi oilali. Bemor kichik o'g'li, kelini va 3 ta nabirasi bilan yashaydi. Qovurilgan ovqatlarni xush ko'radi. Parhezga rioya qilmagan. O'zining kasalidan xavotirlanayapti. Muloqotga yaxshi kirishadi. Uy ishlari bilan shig'ullanishni yaxshi ko'radi.

Bartel shkalasi bo'yicha baholanganda: o'zi ovqatlanadi, yuvinadi, kiyimlarini almashtiradi. Hojatga chiqishda, o'rnidan turishda yordamga muhtoj emas. Zinadan ko'tarilishda yordamga muhtoj. Boshqalarning yordami bilan 500 m masofaga yura oladi.

Shifokor tashxisi: Jigar sirrozi.

#### **TOPSHIRIQ:**

1. Hamshira tashxisini qo'ying.
2. Parvarish rejasini tuzing.

## № 5

Gipertoniya kasalligi bilan ogʻrigan bemor.

Bemor haqida maʼlumot: jinsi: erkak, nafaqada, yoshi – 70 da.

Oila aʼzolari: ayoli – 68 yosh, qizi – 41 yosh, kuyovi 45 yoshda va 2 ta nabirasi bor. Ular oliygohda oʻqishadi.

Anamnez: glomerulonefrit bilan ogʻrigan, doimiy davolanmagan.

Kasallik tarixi: oxirgi vaqtda boshi ogʻrigan, ogʻriq ensa sohasida kuchliroq. Bugun bemor oʻzini yomon sezgan, kechqurun yomon uxlagan, qattiq bosh ogʻrishi, quloqning shangʻillashi, koʻz oldining qorongʻilashuvi, bosh aylanishi, yurak sohasidagi ogʻriq bezovta qilgan. Tez yordam chaqirilgan. Shifokor bemorni yaxshilab tekshirib, shifoxonaga joʻnatgan.

Boshqa maʼlumotlar: gavda tuzilishi – boʻyi 170 sm, ogʻirligi 80 kg, A/B –180/100 mm. sim.ust. Puls – minutiga 86 marotaba, nafas soni – minutiga 20 marotaba. Keyingi vaqtlarda koʻrishi yomonlashgan. Eslash va eshitishi ham susayganligiga shikoyat qilayapti. Jismoniy harakatda nafas siqilishi, hansirash kuzatiladi. Tez-tez qabziyat kuzatiladi.

EKG da yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi. UTT: yurak chap qorinchasi devorining kattalashuvi. Yurak eshitib koʻrilganda aortada II ton aksenti eshitildi. Puls taranglashgan.

Oxirgi vaqtlarda bemor dori vositalarini vaqtida qabul qilmagan. Bemor juda asabiy, har bir narsaga siqiladi, doimiy bosh ogʻrishi bezovta qiladi. Bosh ogʻrigʻi hisobiga bemor kechqurun uxlay olmaydi. Shuning uchun kunduzi asablari tarang boʻlib yuradi. Yogʻli va achchiq ovqatlarni yaxshi koʻradi.

Bartel shkalasi boʻyicha baholanganda: oʻzi ovqatlanadi, yuvinadi, kiyimlarini almashtiradi. Hojatga chiqishda, oʻrnidan turishda yordamga muhtoj emas. Zinadan koʻtarilishda yordamga muhtoj emas. Boshqalarning yordamisiz 500 m masofaga yura oladi.

### TOPSHIRIQ:

1. Hamshira tashxisini qoʻying.
2. Parvarish rejasini tuzing.

---

---

## **V bob. QARIYALARDAGI ASAB TIZIMI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI**

Yoshi o'tishi bilan organizmning oliy nerv faoliyatida, asosiy jarayonlarda o'zgarishlar kuzatiladi. Bu o'zgarishlar qariyalarda mehnatga layoqatning pasayishida, uyquning buzilishida, diqqat va xotiraning susayishida ifodalanadi.

Bosh miya tomirlari kasalliklari yosh o'tishi bilan ko'payib boradi. 60 va undan katta yoshdagi bemorlarda miya insulti yoshroq bemorlardagiga qaraganda 17 barobar ko'proq uchraydi, chunki miya tomirlarida aterosklerotik o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Aterosklerotik entsefalopatiya kasalligida bosh miya tomirlari ateroskleroz oqibatida torayib, miya funksiyalari buziladi.

Kasallik davrida bosh og'riqlari, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, tajanglik, tez charchash, uyquning qiyinlashuvi, xotiraning buzilishi, panjalar tremori kuzatiladi.

Bemorlar xayoli parishon bo'lib qoladi, yaqinda bo'lib o'tgan voqealarni eslab qolishi qiyinlashadi. Bemorlarning borgan sari ko'ngli bo'sh bo'lib boraveradi, salga yig'layveradi, asta-sekin aqlpastlik alomati paydo bo'ladi, fahm-farosat kamayadi.

Ba'zi hollarda aterosklerotik marazm holati ko'zga tashlanadi. Ateroskleroz tufayli depressiya hollari, parkinsonizm, epilepsiya tutqanoqlari kuzatilishi mumkin.

Kasallikni davolashda bosh miya qon aylanishini yaxshilash uchun kavinton, eufillin, komplamin, nigeksin, ksantinol, sinnarizin; qon ivishiga ta'sir etuvchi geparin, pelentan, eskuzan, neodikumarin; to'qima metabolizmini normallashtiruvchi aminalon, piratsetam, glutamin kislotasi, dekamevit, undevit va fermentlar tayinlanadi.

Kasallik simptomlariga qarab qo'shimcha ravishda antidepressant, tutqanoqqa va parkinsonizmga qarshi preparatlar tayinlanadi. Kasallik

profilaktikasida mehnat va dam olish rejimiga qattiq amal qilish, uyquni normallashtirish, toza havoda sayr qilish, vannalar qabul qilish kerak.

Ovqat o'simlik va sut mahsulotlaridan iborat bo'lib, spirtli ichimliklar ichish va chekishga barham berish kerak. Bemorlar muntazam dispanser nazoratida bo'lmog'i darkor.

**Miyada qon aylanishining buzilishi.** Bu kasallik yosh o'tishi bilan ko'proq uchraydi. Miyada qon aylanishining buzilishi hollari orasida insultlar va o'tkinchi o'zgarishlar farq qilinadi.

Insult bo'lganda yoki miyaga qon quyilganda qonning qaysi joyga quyilganligini yoki miyaning qaysi joyi yumshab qolganini, ya'ni insultning gemorragik yoki ishemik ekanligini aniq bilish kerak. Bosh miyaga qon quyilishiga ko'p hollarda gipertoniya kasalligi sabab bo'ladi.

Ateroskleroz oqibatida qon quyilishi kamroq kuzatiladi. Miya tomirlari aterosklerozida miyada yumshash hodisasi boshlanadi. Miyada qon aylanishining buzilishi ruhiy iztirob, jismoniy zo'riqishdan keyin kelib chiqadi.

Miyaga qon quyilganda bemor to'satdan komatoz holatga tushib qoladi, gemiparez, yuz asimmetriyasi, muskullar tonusining kuchayishi, afaziya, patologik reflekslar kuzatiladi.

Gemiparezda bemorlar Vernike-Mann holatida yuradilar, bunda qo'li gavdasiga yaqinlashtirilgan bo'lib, tirsak va bilak-kaft bo'g'imlaridan bukilgan, barmoqlari musht qilib tugilgan, oyog'i barcha bo'g'imlari yozilgan bo'ladi.

Ishemik insult bosh miyadagi biror tomirning tromboz, emboliya natijasida yoki boshqa sabab bilan tiqilib qolishi oqibatida yuzaga kelishi mumkin.

Ishemik insult yoshi qaytgan odamda ko'proq uchraydi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi, avvaliga bosh og'riydi, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'lashishi paydo bo'ladi. Odam karaxt bo'lib, es-hushi aynib qoladi. Arterial bosim pasayib, rangi oqarib ketadi. Asta-sekin gemiparez va nutqining buzilishi paydo bo'ladi.

## **Bosh miya va asab tizimi kasalliklari bilan xastalangan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi**

**Qari bemorlarda insult.** *Insultning klinik kechishida* (anatomofiziologik o'zgarishlar bilan birga) *asab tizimi*. Odam qarishining asosiy belgilari MNS dagi yoshga bog'liq o'zgarishlarga bog'liq. Lekin bunda yuqori intellektual faoliyat, umumlashtirishlarga bo'lgan qobiliyati, e'tibor konsenratsiyasi qobiliyatlari saqlangan bo'ladi. Bundan tashqari, intellektual faoliyatning uzoq vaqt saqlanishi boy hayotiy tajribalar asosida turli vazifalarni hal qilish qobiliyatiga asoslangan bo'ladi. Shartsiz refleks xarakteri o'zgaradi, reflektor reaksiya qoladi. Analizatorlar faoliyatida o'zgarishlar kuchayib boradi, vibratsion, taktil, harorat va og'riq sezgisi, hid bilish, ko'rish o'tkirligi, ko'zning akkomodatsiya kuchi kamayadi, presbiopiya kuchayadi, qorong'ulikka adaptatsiyasi tezligi o'zgaradi, eshityshning yuqori chegarasi pasayadi. EEGda qator o'zgarishlar aniqlanadi, xususan, alfa-ritmining sekinlashishi. Organizmning ichki muhitini boshqarishda o'zgarishlar paydo bo'ladi. Nerv oxirlarining destruksiya va ulardagi mediatorlari sintezining kamayishi to'qimalar trofikasining buzulishiga olib keladi. Bunday paytlarda mediatorlarga nisbatan sezgir hujayralar o'sishi muhim mexanizm hisoblanadi.

Insult – miyada qon aylanishining o'tkir buzilishi natijasida bosh miya hujayralarining shikastlanishi. Bosh miya tomirining yorilishida qon quyilib, gemorragik insult rivojlanadi. Qon tomirining spazmi yoki bekilib qolishi natijasida esa ishemik insult (miya infarkti) rivojlanadi.

**Insultning simptomlari va diagnostikasi.** Insult es-hushning bir necha soatdan bir necha kungacha yo'qolishi bilan kechadi. Shikastlanish o'chog'ining joylashishiga bog'liq holda tananing yarmi paralichi (gemiplegiya), es-hushning buzilishi yuzaga kelishi mumkin.

Insultning asosiy simptomlari:

- Yuz, qo'l, oyoqda, ayniqsa, tananing bir tomonida to'satdan uvi-shish yoki sustlik paydo bo'lishi.
- Gapirishda, gapni tushunishda yoki matnni o'qishida to'satdan qiyinchilik paydo bo'lishi.
- Bir yoki ikkala ko'zida ko'rishning yomonlashishi.
- Harakat koordinatsiyasining to'satdan buzulishi, bosh aylanishi.
- To'satdan bosh og'rishi.

***Insultni davolash.*** Insultni davolash – nevropatolog, reanimator, baʼzida neyroxirurg shifokorning ishi. Insult holatida bemorning hayoti davolash qanchalik tez boshlanishiga bogʻliq boʻladi. Insult holatida shoshilinch tez yordam chaqiriladi. Tez yordamning nevrologik brigadasi qon aylanish va nafas aʼzolarining ishini yaxshilashga qaratilgan kompleks choralarni oʻtkazadi. Bemorning kasalxonaga olib borish masalasi hal qilinadi. Insultdan keyingi 3–5 kunda bemor neyroreanimatsiyasida boʻlishi yaxshiroq. Bu yerda qon aylanish va nafas aʼzolarining holati nazorat qilinadi, shifokorlar suv-elektrolit balansini korreksiya qilishadi, insult oʻchogʻi atrofida paydo boʻladigan miya shishi bilan kurashadilar. Birinchi kunda qatʼiy yotoq rejimi tavsiya qilinadi. Yotoq yaralarning oldini olish uchun matras yumshoq, tekis, burmalarsiz boʻlishi kerak. Bemorning tanasi va teri burmalarini poroshokli dorilar bilan artish kerak. Iloji boricha bemorni rezina chambarga yotqizib, tovonlariga va dumgʻazaga paxtali boylamalar kiygiziladi.

Bemorning ovqatlanishini taʼminlash muhim. Es-hushi buzilganda u zond bilan ovqatlantiriladi. Erta bosqichlarda esa ovqatni qabul qilish va yutish boʻyicha reabilitatsion jarayon olib boriladi, ogʻiz orqali ovqatlantirishga oʻtishga qaratilgan parvarish amalga oshiriladi. Agar bemor yuta olsa, birinchi kunlarda unga mevali sharbatlar va shirin choy beriladi. Ikkinchi kundan parhez kengaytiriladi, lekin yengil hazm boʻladigan mahsulotlar (yogurt, bulyon, meva va sabzavotli pyure)dan iborat boʻlishi kerak.

### **Afaziyasi boʻlgan insult bilan xastalangan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi**

***Oʻtkir davrida parvarish.*** *Simptomlarni kuzatish (es-hush darajasi, hayot faoliyati koʻrsatkichlari, ayniqsa bosimni nazorat qilish).*

Es-hushning buzilishi hamshira tomonidan amalga oshiriladigan alohida nazorat va parvarishni talab qiladi. Oʻtkir davrda bemorga toʻla osoyishtalik, qatʼiy yotoq rejimi zarur. Olinadigan tish protezlari olib qoʻyiladi. Palataning havosi kuniga bir necha marta almashtiriladi, xonaning harorati nazorat qilinadi. Har kuni ertalab hamshira bemorning ogʻiz boʻshligʻini tozalaydi, kerak boʻlganda ogʻizda toʻplangan soʻlak va traxeyaning sekretini olib tashlaydi. Shuningdek,

siydik pufagini vaqtida bo'shalishini nazorat qilib, kerak bo'lganda siydik kateter orqali chiqariladi, shu bilan birga hamshira yotoq yaralarning oldini oladi.

*Yotoqda davolash fizkulturasini olib borish.*

Dastlabki 6 kunda qat'iy yotoq rejimiga rioya qilinadi. Hamshira yotgan bemorni parvarish qilish choralari, keyinchalik shifokor ko'rsatmasiga binoan davolash fizkulturasini amalga oshiradi. Dastlab jismoniy qiyinchiliklar ko'riladi. Kasallikning birinchi kunlaridan oldini olish uchun oddiy harakatlar bajariladi. Bemorning oila a'zolari va uni parvarish qiluvchi shaxslar maxsus davolash fizkulturasini va massaj ko'nikmalariga ega bo'lishlari kerak.

*Davolash fizkulturasini prinsiplari:*

- Passiv mashqlar (boshqa odam tomonidan bemor muskullariga ta'sir qilish) zararlangan tomondan 3–4-kundan boshlanadi.
- O'tkir davrda A/B ning ortiqcha oshishining oldini olish uchun faqat kichik bo'g'imlar harakatini davom ettirgan holda davolash katta bo'g'implarda ham olib boriladi, bu muskul tonusining oshishi va kontraktura hosil bo'lishining oldini oladi.
- Aktiv harakatlar, birinchi navbatda, sog'lom bo'g'implarda bajariladi. Bunda zararlangan qo'l yoki oyoq bilan bajariladigan mashqlarni xayolan bajarish (ideomotor mashqlar) faol harakatlar paydo bo'lishiga olib keladi.
- Maxsus mashqlar nafas mashqlari bilan almashtirilib bajariladi. Nafas muskul tonusiga ta'sir qiladi: nafas olganda muskul tonusi oshadi, nafas chiqarganda pasayadi.
- Mashqlar qisqa vaqtda (15–20 min.), kuniga bir necha (3–4) marta bajariladi.
- Hamma harakatlar silliq, og'riqsiz bajariladi, chunki keskin harakatlar va og'riq muskul tonusining oshishiga olib keladi. Kasallik boshlanishidan 3–4 haftadan keyin umumiy ahvolni hisobga olgan holda yurish ko'nikmalarini tiklashga o'tiladi. Bu mashq kompleksi ham ma'lum tartibda bajariladi: dastlab yotgan holda yurish imitatsiyasi, keyin o'tirgan, turgan holatda mashqlar (mashqlar har bir oyoq bilan) va oxirida qadam-baqadam yurish amalga oshiriladi. Bemorni parvarish qilish samaradorligini



o'shiring uchun uning oila a'zolari yoki uni parvarish qiladigan odam qisqa o'qish kursini o'tishi yoki shifokor yoki davolash fizkulturasini uslubchisidan kerakli tavsiyalarni olishi kerak.

***Tuzalish davrida parvarish.*** *Paralich, afaziya va boshqa simptomlar tufayli kelib chiqqan o'zini hurmat qilishning pasayishida qo'llab-quvvatlash.*

Reabilitatsion davo erta boshlanganda bemor o'zini parvarish qilish qobiliyatini zararlangan bo'g'imlar faolligini oshiradigan funksional ko'nikmalarga ega bo'ladi. Agar reabilitatsion davo kechiktirilsa, bemorning tiklanish jarayoni amaliy ko'nikmalarini egallash qobiliyati pasayadi va bu tuzalishni yomonlashtiradi.

Jismoniy mashg'ulotlarning asosiy qoidasi – yuklamalarni sekinlik bilan oshirib borish. 2–3 haftalarda shifokorning qarshi ko'rsatmasi bo'lmasa, bemorga massaj qilinadi; muskullar tonusi oshganda yengil silash, chuqur bo'lgan harakatlar bajariladi. Oxirgi vaqtlarda bosh miya insultidan keyingi bemorlar reabilitatsiyasi maxsus apparatlar bilan muskullarni stimulatsiya qilish qo'llanmoqda. Lekin harakat faoliyatini tiklaydigan asosiy va eng samarali usul – davolash gimnastikasidir. Umumiy quvvatni oshiruvchi va nafas mashqlari tavsiya qilinadi.

Nutqni tiklovchi mashqlar ham shifokorning ruxsati bilan 1-, 2-haftalarda bemor qo'shimcha emotsional va jismoniy zo'riqishlarni ko'tara oladigan davrda boshlanadi. Bemorga uning qilayotgan harakatlariga ishonchini mustahkamlash uchun uni qo'llab-quvvatlash kerak. O'zining oldingi hayot tarzini yo'qotishi tufayli depressiyaga tushgan, paralich, afaziya va boshqa jismoniy nuqsonlar tufayli o'ziga ishonchi va hurmatini yo'qotgan bemorlarni qo'llab-quvvatlash juda muhim.

### **Muloqot usullari**

Insuldda ko'pincha nuqt buzilishlari, masalan, afaziya kuzatiladi. Bunda bemorlar nutqini tushinishda yoki gapirishda qiyinliklar, ko'pincha sanoqlarda, kun yo sanalarni bilish yoki esda tutishda qiyinchiliklar tug'iladi.

Zararlanishning bosh miya lokalizatsiyasiga ko'ra afaziya turlicha bo'ladi. Shuningdek, muloqot usullari ham har xil bo'ladi. Bundan tashqari, muloqot usullariga ko'rish va eshitishdagi o'zgarishlar, kasallik xususiyatlari va boshqa qarilikka xos omillar ta'sir qiladi.

Shuning uchun bemor bilan muloqot qilganda quyidagilarni hisobga olish kerak:

**Afaziya qo'llaniladigan muloqot usullari:**

- Bemorning fikrlari, ahvolini aniq tushunish: u gapirishni xohlaydi, lekin gapira olmaydi; ichida turli fikrlar, xususan, aytishga qiynalayotgan fikrlar saqlaydi.
- Muloqotning noverbal vositalarini qo'llash (jestikulatsiya, suhbat uchun rasm, fotosuratlar bo'lgan daftar).
- Kommunikatsiyaga ta'sir qiladigan omillar bilan muomala qilish; tishlar va tish protezlari holati, ko'rish, eshitish moslamalari va b.
- Bemorning o'z-o'ziga hurmatiga ehtiyotsizlik qilishdan saqlanish.

**Verbal muloqot qobiliyatining buzilishi; motor afaziya (Brok afaziyasi):**

- Nutqni sekinlashtirish, suhbatdosh kutish.
- Suhbatni suhbatdoshi nutqi va gapirish manerasiga mos holda olib borish.
- Suhbatni suhbatdoshining qiziqishlari; xobbi va b.larni hisobga olgan holda olib borish.
- Suhbat mavzularining sonini cheklash.
- Savollar mazmunini ishlab chiqish (aniq gapira olmagan).
- «Ha» va «yo'q» deb javob beriladigan savollar.
- Instrumentlarni qo'llash: harfli, rasmi kartochkalar, yozma muloqot va h.k.

**Nutqni tushunish qobiliyatining buzilishi: sensor afaziya (Vernike afaziyasi):**

- Namoyishli tushuntirish (predmetlarni qo'llab): holatni hisobga olib, aniqroq tushuntirish.
- Usullarni o'zgartirib tushunish darajasini bilish: bemordan tushuntirilganlarni harakatlar bilan ko'rsatishni so'rash va kuzatib, uning tushunganlik darajasini bilish. Agar bemor oxirigacha tushunmagan bo'lsa, qayta tushuntirish.
- Suhbat mavzusini tezda o'zgartirmaslik.
- Qisqa, oddiy so'zlar bilan sekin gapirish.

- Bemorning gapirmoqchi boʻlgan gapining mohiyatini tushunishga harakat qilish (uni tushunmay qolmaslik uchun.) Masalan, bemor mandarin yeyishni koʻzda tutib, adashib «olma yemoqchiman» deyishi mumkin. Bunday hollarda aniqlashtirish yoʻllarini topish kerak, ushbu holatda bemordan predmetni tanlab koʻrsatish soʻraladi.

Atrofdagilarni birga ishlashga chaqirib, hayot faoliyati koʻrsatkichlarida (HMK) muammolar kelib chiqishining oldini olish.

### **Nutqni gapirish va tushunish qobiliyatining buzilishi: «toʻliq afaziya»:**

- Suhbatdoshning shikoyatlari asosidagi hissiyotlarini tushunish.
- Bemor belgilarini uning tushunishni kuzatish punkti sifatida qoʻllash. Masalan, hojatga borishni xohlaganda bemor sekinlik bilan harakatlanadi.
- «Afaziyaning ogʻir bosqichida bemor uchun negativ jestlarni bajarish qiyinligini tushunish.

*Qari bemorlar muloqotida yordam.* Ogʻir darajadagi afaziyadagi bemorda nutq qobiliyatlari va bu odamlar bilan muloqotga, ijtimoiy hayotiga taʼsir qiladi va bemor begonasirash holatiga tushib qolishi mumkin. Hamshira bemorning atrofidagi muhitni kuzatishi, afaziyali bemorlar muloqot qilib tajriba almashishlari mumkin boʻlgan muhitni oʻylab topib, bemorlarga taqdim qilish kerak.

Nutq buzilishlari davrida depressiya yuzaga kelib, uni davolash uchun vaqt kerak boʻladi. Bemorlarda bunday holatda sogʻayishiga ishonch yoʻqoladi, natijada davolash samarasining paydo boʻlishi nisbatan koʻproq vaqt talab qiladi. Afaziyaning tiklanish jarayonida nutq buzilishlari ham har xil boʻladi va bunda reabilitatsion jarayonda shunga mos hamshiralik koʻnikmalari tanlanadi. Bundan tashqari, kasallik xususiyatlari, eshitish va koʻrishdagi oʻzgarishlar ham taʼsir qiladi. Shuning uchun bemorni parvarish qiladigan odamlarga nutq buzilishi boʻlgan bemorlarni quyidagi punktlarni hisobga olgan holda baholash kerakligi tushuntiriladi:

Muloqot usullari sifatida noverbal, mimik, qoʻl bilan koʻrsatish, tanani harakatlantirish, imitatsiya, tegilish va b.ni keltirilish mumkin. Biz 4–5 yoshdagi aniq gapira olmaydigan va tushunishi qiyin boʻlgan

bolalar bilan muloqot qila olishimiz mumkinligiga asoslanib, afaziyali bemorlarga ham yordam berishimiz mumkin. Agar muloqot vaqtida o‘zaro tushunishga erishilsa, bu bemorni xursand qiladi va keyingi muloqotlarga yaxshi asos bo‘ladi.

### **Davolash fizkulturasi, nutq mashqlarini o‘tkazish va bularda yordam ko‘rsatish:**

Insultdan keyingi bemorlarning reabilitatsion muolajalari muskul tonusini normallashtirishga yo‘naltiriladi. Shu maqsadda zararlangan tomonda muskul tonusini pasaytirish uchun maxsus massaj qilinadi.

Tayanch-harakat apparati funksiyasini tiklash uchun massajni uzoq vaqt o‘tkazish oila a‘zolari va parvarish qiluvchilardan maxsus instruktaj o‘tishni talab qiladi.

Agar reabilitatsion muolajalar insultdan keyingi 6 oy davomida boshlansa, harakat a‘zolarining tiklanish ehtimoli yuqori bo‘ladi, shuning uchun bu vaqt o‘tkazib yuborilmasligi kerak.

### **Nutq mashg‘ulotlari**

Noto‘g‘ri logopedik mashqlar jiddiy salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkin. Bemorning ishonchi yo‘qolib, uning faolligi keskin kamayadi va hatto mashg‘ulotlardan bosh tortishi mumkin. Shuning uchun oila a‘zolari va parvarish qiluvchilar shifokor-logoped bilan mustahkam aloqada bo‘lib, uning tavsiyalarini aniq bajarishlari kerak. Lug‘atni, ya‘ni ishlatiladigan so‘zlar sonini tiklash uchun dastlab biron-bir ko‘p ishlatiladigan so‘z mustahkamlanib olinadi. Masalan, «biror ishni qilasizmi?» va boshqa savollar beriladi:

- Tushlik qilasizmi?
- Uxlaysizmi?
- Mashq qilasizmi?

Keyin aniq bir so‘z, masalan, «xohlayman» so‘zi bilan javob talab qiladigan savollar beriladi:

- Tushlik qilishni xohlaysizmi? – Xohlayman.
- Uxlashni xohlaysizmi? – Xohlayman.

Shunday qilib, lug‘atda «qilasizmi» so‘zidan tashqari «xohlayman» so‘zi paydo bo‘ladi.

Bu misollar bilan biz bir tomondan, bu ishning mashaqqatini, ikkinchi tomondan, u juda oddiy va buni oila a'zolari bajara olishlari mumkinligini ko'rsatmoqchimiz. Lekin bunda har doim shifokor tavsiyalariga rioya qilish kerak. Bundan tashqari, bemor bilan o'tkaziladigan mashg'ulotlar insultdan keyingi birinchi yilda doimiy bo'lishi kerak. Chunki bu davrda nutq tiklanishi ehtimoli juda yuqori bo'ladi.

Miyada qon aylanishining o'tkinchi (dinamik) buzilishlari miya insultiga qaraganda ko'proq uchraydi. Bu buzilishlar to'satdan paydo bo'ladi va bir necha minutdan 24 soatgacha cho'ziladi.

Bu kasallik miya tomirining tortishib, torayib, spazmga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu o'tkinchi buzilishlar insultdan oldin keladigan xabarchilar bo'lishi mumkin.

Klinikasida bosh og'riqlari, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, karaxtlik va o'choqlarga aloqador simptomlar, paresteziyalar, yuz nervi tarmog'ining til osti nervi parezi bilan, afaziya ko'rinishidagi o'tib ketadigan alomatlari bilan ifodalanishi mumkin.

Miyada qon aylanishi buzilganida, insult xarakteridan qat'i nazar, bemorlarga 10 ml 2,4% li eufillin eritmasi bilan 10 ml 40% li glukoza eritmasi yuboriladi, bu tomirlar spazmini, bosh miyadagi shishni kamaytiradi.

Degidratatsiyalovchi preparatlardan magniy sulfat, laziks, glitserin, mannitol beriladi. Agar arterial bosim baland bo'lsa, gipotenziv vositalar; yurak faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, strofantin; kollapsda mezaton, noradrenalin, fibronolitik preparatlar, tomir kengaytiruvchi vositalar tayinlanadi; gipostatik pnevmoniyaning oldini olish maqsadida antibiotiklar buyuriladi.

Bemorlar tinch holatda yotqiziladi, boshini yostiqdan balandroq ko'tarib, og'zidagi protezlar olib qo'yiladi. Gerontologik bemorlar reabilitatsiyasida o'ziga xos xususiyatlar mavjud:

1. Asab, yurak-tomir va boshqa tizimlardagi yosh bilan bog'liq o'zgarishlar mavjudligi, moslashish qobiliyati va trofikaning cheklanganligi.

2. Birgalikda davolanishni talab qiladigan yo'ldosh kasalliklarning bo'lishi.

3. Qariyalar psixik faoliyatining inertligi. Parkinsonizm. Parkinson kasalligi – qariyalarda ko‘p uchraydigan asab tizimining organik buzilishidir. Parkinsonizm miya tomirlari aterosklerozi oqibatida vujudga kelishi mumkin. Kasallik klinikasiga qarab 3 bosqichga bo‘linadi:

**1-bosqichda** bemor kam harakat bo‘lib qoladi, qo‘l va oyoqlarida titrash kuzatiladi.

**2-bosqichda** muskullar tonusi asta-sekin kuchayib boradi, qo‘l va oyoqlarda doimiy titrash kuzatilib, mehnat qobiliyati cheklanadi, bemorlar yurishi o‘zgaradi.

**3-bosqichda** odam sustkash, kam harakat bo‘lib qoladi, muskullar rigidligi kuzatiladi, yuz niqobga o‘xshagan ko‘rinishga kirib, qotib qolgandek bo‘lib turadi. Yuz terisi yog‘li bo‘ladi, uzoq vaqt vaziyatni o‘zgartirmay o‘tiraverishi mumkin, yurganda qo‘llari jonli harakat qilmaydi. Tanasini tutishi g‘alati bo‘ladi, gavdasi oldinga bukilib, engashib turadi, mayda qadam tashlab yuradi, nutqi sekinlashib, ovozi pasayib qoladi. Bemorlar shilqim bo‘lib qoladilar, axloqsiz, betartib harakatlar qilishga moyil bo‘ladilar. Kasallikni davolashda parkinsonizmga qarshi preparatlar buyuriladi, midantan, glutantan, levodopa, madapor, nakom preparatlari katexolaminlar almashinuvini me‘yorlashtiradi. Umumiy davo uchun vitaminlar, anabolik steroidlar, biostimulatorlar qo‘llaniladi.

## V.1. Yordamga muhtojlik tushunchasi

Yordamga muhtojlik holatiga olib keluvchi infarkt, qon ketish, travma va boshqa kasalliklardan tashqari, qari kishilar harakatchanligiga ta‘sir etuvchi tashqi muhit omillari natijasida ularning o‘zida harakatlanish istagi yo‘qolishidir.

**Infarkt.** Yurak-qon tomir kasalligi bo‘lib, darrov nogironlikka olib kelishi mumkin. Infarkt oqibatida jismoniy harakatlanish buziladi, bu muhtojlik holatiga olib kelishi mumkin bo‘lgan harakatlanish qobiliyatini yo‘qotishga olib keladi.

**Insult.** Miyaga qon quyilishi natijasida zararlangan tomir zona-sidagi miya neyronlari o‘ladi va bu miyada katta funksional o‘zgarish-larga olib keladi. Miyaning bir tomonidagi buzilish natijasida tananing

qarama-qarshi tomonida paralich rivojlanadi, faqat yuzdagi paralich miyaning zararlangan tomonida bo'ladi.

**Travmalar.** Eng ko'p nogironlikka olib keladigan shikastlanishlarning lokalizatsiyasi oxirgi 5 yil ichida oyoqlarda kuzatilmoqda, umurtqaning zararlanishi nogironlikka olib keluvchi shikastlanishlar ichida 3-o'rinda turadi. Tayanch-harakat apparatining zararlanishiga olib keluvchi sabablar ichida yo'l-transport hodisalarining o'rni katta. Qari kishilarda bo'g'im va mushaklarida atrofiya, kontraktura jarayonlari boshlangani uchun, tananing zararlangan qismini gipsli fiksatsiya qilish atrofiyani kuchaytiradi va kontraktura bo'lish ehtimolini oshiradi. Moddalar almashinuvi va qon aylanishi yetishmovchiligi suyakni bitishiga ta'sir qiladi. To'shakdan kech turish natijasida aqlipastlik simptomlari, dimlanish natijasida gepatit asoratlari va boshqalar kuzatiladi, bu esa, o'z navbatida, muhtojlik holatiga olib keladi.

**Onkokasalliklar.** Yomon sifatli o'sma hujayralari boshqa hujayralardan farqli ravishda to'qimalarga kirib, organlarga tarqaladi, metastaz beradi (o'sma hujayralari limfa va qon orqali boshqa organlarga tarqaladi), simillovchi og'riq natijasida charchash, qorinning to'yanlik hissi va boshqalar bilan xarakterlanadi. Qari kishilar harakatlanish qobiliyatini yo'qotadi va muhtojlik holatiga tushadi.

Qari kishilar harakatlanishni istaydi, lekin bunga yo'l qo'ymaydigan sharoitlar ular harakatlanishini chegaralaydi. Masalan, xona haroratining past bo'lishi, krovatning balandligi sabab tusholmasligi, polning tekismasligi va b. Natijada muhtojlik holati rivojlanadi.

**Qari kishilarning harakatlanishga intilishining yo'qolishi.** Agar harakatlanish uchun hamma yaxshi sharoitlar yaratilgan bo'lsa ham, ba'zi qari kishilarda harakatlanishga intilish bo'lmaydi, bu esa harakatlanish qobiliyatini pasaytiradi. Natijada mushaklar kuchsizlanadi, bu muhtojlik holati rivojlanishiga sabab bo'ladi.

**Qariyalarda muhtojlik holatiga ta'sir etuvchi samara.** *Mushaklar atrofiyasi va bo'g'imlar kontrakturasi.* Tajribalarda aniqlanganki, harakatning yo'qligi mushak massasini kamayishiga olib keladi (mushak atrofiyasi) va bu yo'qotish to'liq harakatsizlikda sutkasiga umumiy mushak massasini 3% gacha tashkil etadi.

**Muhtoj qariyalarda potensial va qolgan qobiliyatlarini baholash. Kundalik hayotida yuzaga chiqishi mumkin bo'lgan faoliyat.** HMKda buzilish bo'lsa, asosan, kundalik ehtiyojlarini qondirishda qisman yordam darajasi va mustaqillik punktlari bo'yicha baholash kerak bo'ladi.

### **Bemorning kasallik holatini hisobga olgan holda qobiliyatlarini yuzaga chiqarish**

**Kundalik kuzatuv va yozuvlardan kelib chiqib, bemorni potensial va qolgan qobiliyatini yuzaga chiqarish.** Bemorlar hatto muhtojlik holatida bo'lganda ham, ularda HMK va psixik holatining o'zgarishi kuzatiladi. Uzluksiz kuzatuv, hech bir o'zgarishni qoldirmasdan, kuzatuv natijalarini daftarga yozib borish hamshira bo'lmagan paytda yuzaga kelgan holat haqida fikr yuritish uchun qimmatli ma'lumot bo'lib hisoblanadi. Daftardagi ma'lumotlarga asoslanib, bemor amalga oshirishi mumkin bo'lgan PJD aniqlanadi va uning qolgan funksiyalari baholanadi.

**Muhtoj bo'lgan qariyalarda qolgan qobiliyatlarini rivojlantirishni qo'llab-quvvatlash (to'shakka mixlanib qolish holatining profilaktikasi).** Muhtoj qariyalarga shunday qulaylik yaratib berish kerakki, ularda faol turmush tarzini olib borishni uyg'otish kerak:

- individual xona tayyorlash;
- xonani yoritish;
- xonani shamollatish;
- xona ichidagi haroratni 18–20°C atrofida ushlab turish;
- krovat balandligi to'g'rilanayotganda parvarish qiluvchiga ham qulay qilib joylashtiriladi;
- bemor xonasida oqliklar, ichki kiyimlar, sochiq va parvarish uchun kerakli xomashyo bo'lishi kerak.

**Hayot sharoitlarini yaxshilash.** Muhtoj qari bemorlarga qulay hayot sharoitini yaratish kerak, qulaylikni ta'minlash va stimulatsiya qilish maqsadida hayot muhitini quyida keltirilgan punktlar asosida yuzaga chiqarish mumkin:



- alohida xona tayyorlash;
- kerakmas mebelni chiqarib tashlash;
- xonani yoritish;
- xonani o‘z vaqtida shamollatish;
- xona haroratini saqlab turish (18–20°C);
- krovat balandligi shunday o‘rnatilsinki, bunda parvarish qiluvchiga qulay bo‘lsin;
- bemor xonasiga oqliklar, bemorni ich kiyimlari, sochiq va parvarish uchun kerakli xomashyoni qo‘yib qo‘yish kerak.

**Hayot ritmini yaxshilash.** Bu yerda muhtoj bemorni hozirgi vaqtdagi sutkalik ritmi aniqlanib, uni hayot ritmi yaxshilanadi:

- Aniq vaqtda uyg‘onish: buning uchun tungi uyqu yetarlicha ta‘minlanishi kerak.
- To‘g‘ri ovqatlanish: nonushta, tushlik va kechki ovqat.
- Regular ravishda defekatsiyani amalga oshirish.

**Kundalik hayot faoliyatini kengaytirish va uni qo‘llab-quvvatlashga qaratilgan yordam.** Hayot ritmi yaxshilanib borishi bilan keyinchalik HMKni doimiy olib borishi uchun qulay sharoit yaratish kerak. Bemor bir marta shug‘ullanishdan so‘ng darrov HMKni olib borishga kuchi yetmaydi, chunki u bungacha tashqaridan yordam olib turgan. Shuning uchun bemorni mustaqil faoliyatini sekinlik bilan kengaytirib borish kerak, masalan, bemorda o‘ng qo‘lining kuchi saqlangan bo‘lsa, o‘zi qoshiq yoki vilka olib, og‘ziga olib borishi, tish cho‘tkasini olib, oldingi tishlarini yuvish. Bunda bemorga tanaffus tashkil qilish juda muhim, charchoqni yo‘qotish uchun dam olishi kerak.

**Hayotni faollashtirish.** Bo‘shashish, stressni olish, jismoniy va psixologik qoniqishni his qilish, o‘z qiziqishlarini do‘stlari va yaqinlari bilan bo‘lishish, jamoada munosabatlar o‘rnatish, ijodiy faoliyat – bularning hammasini amalga oshirish, albatta hayot sifatini oshishiga olib keladi. Shuning uchun bemor hayotini faollashtirish kerak, masalan, uni muhtojlik holatini hisobga olgan holda nevaralari bilan muloqot orqali, do‘stlari va boshqa yaqinlari orqali amalga oshirish.

## V.2. Uyda parvarishga muhtoj qariyalarni parvarish qilayotgan oila a'zolarini o'qitish

### **O'zbekistonda oilalar shakli va asosiy parvarishlovchi shaxslar.**

Ko'p uylarda, odatda, ko'p bolali oilalar yashaydi. Uzoq o'tmishdan hozirgi vaqtgacha bir qancha avlod birga yashagan, yashamoqda va qariyalar oilada markaziy o'rin egallashadi, ya'ni farzandlar va nevaralar diqqat markazida bo'lishadi. Odatda, bunday oilalarda qaram qariyalarni ishlamaydigan ayollar parvarish qilishadi. Bundan tashqari, O'zbekistonda statsionar davolanish vaqti qisqa va kasalxonadan chiqqandan so'ng ko'plab qariyalar davoni uyda olishadi.

Qari bemorlarni parvarishlovchi shaxslar asosan sog'liq, vaqt va moddiy holat muammolari bilan to'qnashadilar. Bundan tashqari, qarilarni parvarish qilishda er-xotin o'rtasidagi mojaro, tushunmovchiliklar, emotsional o'zgarishlardagi muammolar paydo bo'lishi mumkin.

**Charchash.** Bu parvarishlovchi shaxsni jismoniy va psixologik charchashini anglatadi va natijada unda parvarish qilishda zo'riqish hissi paydo bo'ladi.

**O'zaro tushunishning buzilishi.** Bunda qaram bemorning talablari va fikrlarini parvarishlovchi shaxs tushunmasligi yoki parvarish qilishda undan yordam so'raganda uni olmaslik yotadi. Bunday tushunmovchilik sababi, ko'pincha bemorning eshitishining pasayishi, o'zaro muloqotning yetishmasligi sababli bo'ladi.

**Moddiy noturg'unlik.** Qaram bo'lgan bemorlar parvarishini ta'minlash bilan bog'liq turli chiqimlar bo'ladi, bu o'z navbatida, oila budjetini sezilarli qisqartiradi. Natijada oilaviy kirim-chiqim balansi yo'qoladi va noturg'unlikka olib keladi.

**Qariyalar ruhiy o'ziga xosligi bilan bog'liq parvarishlash muammolari.** Qaramlik holatiga tushgan qariyalarning psixik holatida o'zgarishlar paydo bo'ladi, bu o'z navbatida, apatiya, bo'shshish, qabul qilishning buzilishi natijasida noto'g'ri reaksiya qilish, uning talablarini tushunmaslik, biror nimani qila olmaslik parvarishlovchi shaxsga negativ ta'sir ko'rsatadi va u qaram odamni parvarishlash istagini yo'qotishi mumkin.

## **Uy sharoitida qaram bo'lgan qariyalarni parvarish qiluvchi oila a'zolarini o'qitish va yordam ko'rsatish tizimi**

Qaram bo'lgan qariyalarga yordam ko'rsata olishlari uchun, oila a'zolarini uyda parvarishlash usullariga o'qitish kerak. Shu maqsadda instruktaj, qaramlik holati haqida, oson bajariladigan parvarish usullari va parvarishni amalga oshirish punktlarini o'z ichiga olgan bo'lishi kerak. Bundan tashqari, parvarishlovchini parvarish ko'nikmalarini o'zlashtirishi uchun uni kundalik parvarishni amalga oshirishda qatnashishga chaqiriladi. Yordam ko'rsatish namoyish etiladi, bunda ishtirok etgan parvarishlovchi tajriba orttiradi va parvarish ko'nikmalarini egallaydi.

Qaram bo'lgan qari kishining hayot muhitini yaxshilash uchun uni harakat qilish istagini tug'diradigan sharoit yaratib berishga ahamiyat berish kerak, bemor va uning oilasini o'rtasida muloqot o'rnatish kerak.

Parvarishlovchiga ham bu sharoit juda qulay hisoblanadi, chunki u bemor ahvolini kuzatib boradi, bu esa ikkala tomonga ham xavfsiz sharoitni yaratadi.

**Ovqatlanishda yordamlashish:** chaynash va yutish jarayoni yomonlashuvi natijasida ovqatni yutishi avvalgidek bo'lmaydi. Ta'm sezish ham o'zgaradi va bemor ovqat yeganda «mazali» so'zini kam ishlatadi. O'zining va yasama tishlarining ahvolini kuzatib borish kerak. Chaynashga oson bo'lishi uchun yumshoq taomlar tayyorlash kerak, iloji boricha ovqat tayyorlagan odam bemor bilan ovqatlanishi kerak. Parvarishlovchi ovqatlanishga yordam berayotganda aspiratsiya bo'lmasligiga harakat qilishi kerak. Bemorga to'g'ri fiziologik holatni berish ovqat va suyuqlikni oson o'tishiga yordam beradi. Ovqatlanayotganda keyingi porsiyani qoshiqda bemorning og'ziga uni ovqatlanish tempiga qarab berish kerak, oldingi porsiyani yutgandan so'nggina, keyingi porsiyani og'ziga solish kerak. Ovqatlanib bo'lgandan so'ng og'iz bo'shlig'ining tozaligini saqlash uchun uning parvarishi o'tkaziladi.

**Harakatlanishda yordamlashish.** Bemor xohlagan joyiga borishi uchun unga kerakli yurish uchun moslamadan foydalanishda yordam

berish kerak. Harakatlanishga yordam berayotganda bemorning qoqilishi, yiqilishining oldini olishga ahamiyat berish lozim. Bemor yurish uchun moslamaga to'g'ri joylashishini kuzatish kerak, yo'ldagi narsalarni olib tashlash, oyoq ostidagi yo'lning yoritilishi ta'minlanadi.

**Tana tozaligini ta'minlashda yordam berish.** Tana tozaligini parvarishlashda qaram bemor parvarishdan qoniqish hosil qilishiga ahamiyat berish kerak. Tanani artish uchun o'rtacha kuch ishlatish kerak, bu massaj samarasini beradi va qon aylanishini yaxshilaydi. Agar tana issiq sochiq bilan artilsa, undan ham yaxshi bo'ladi, xuddi bug'da ishlov bergandek. Bemorni ahvolidan kelib chiqib, oila a'zolarining yordamida cho'milish, dush qabul qilish yoki nam artish o'tkaziladi.

**Fiziologik ehtiyojda yordam ko'rsatish.** Bemor odamlar hojatxonaga borishlari uchun yordamga muhtoj bo'ladilar. Turli buzilishlar: qo'l va oyoqlar aktivligining pasayishi, paralich, qisman paralich, bosh aylanishi, holsizlikda bemorlar hojatxonaga bora olmaydi va unitazga o'tira olmaydi. Kerakli holatda bo'la olmaydi, hojatxona qog'ozini ololmaydi va ishlata olmaydi. Bemor ahvolidan kelib chiqib, fiziologik ehtiyoj portativ hojatxona yoki krovatda amalga oshiriladi. Fiziologik ehtiyojlarni amalga oshirishda bemorning holatidan kelib chiqib, yordam ko'rsatish usullarini tanlashda maslahat berish kerak. Fiziologik ehtiyojni amalga oshirishda bemorning oldiga to'siq qo'yiladi, oila a'zolari uni ko'rmasligi uchun parvarishlovchi yonida kutib turadi. Bemor o'zini iflos qilmasligi uchun unitazga to'g'ri o'tqazish kerak. Keyin siydik tutolmaslik natijasida ho'l bo'lgan to'shak oqliklarini almashtirishga ahamiyat berish lozim, bunday hollarda yotoq yara paydo bo'ladi va bemorning psixologik holati yomonlashib, depressiyaga tushishi mumkin.

**Normal tashqi ko'rinishini ta'minlash uchun yordamlashish:** Har kuni sochni tarash va iloji boricha kiyimlarini almashtirib turish kerak. Kiyimni almashtirish vaqtida uni yumshoq, qulay, namni yaxshi tortishiga ahamiyat beriladi. Kiyim yechilayotganda tananing sog'lom qismidan boshlanadi va kiyintirilayotganda aksincha, kasal qismidan boshlanadi.

**Sogʻliq ustidan kuzatuv.** Qariyalarga yordam berish, atrofida har kungi reaksiyalarda oʻzgarishlar yoʻqmi, shuni kuzatish bilan amalga oshiriladi. Har kungi reaksiyalaridan farqli oʻlaroq, ovqatni kam qabul qilish kuzatilsa, uning pulsi va harorati oʻlchanadi. Kerak boʻlsa tibbiy muassasaga murojaat etiladi.

**Qaram boʻlgan qariyalarga murojaat etish usullari.** Bemor qaram boʻlib qolgan boʻlsa ham, u hali ham oila aʼzosi hisoblanadi. Va ularga murojaat etayotganda doim hurmat bilan murojaat etish kerak, bu oʻzbek xalqining urf-odati hisoblanadi. Yana bemorning jismoniy funksiyalari pasayganini hisobga olib va shunga mos ravishda parvarishlovchi shaxsga murojaat etish usullari boʻyicha koʻrsatma berish kerak.

### **Parvarishni davom ettirishda yordam koʻrsatish**

**Parvarishlovchi shaxs ustidan kuzatuv.** Parvarishlovchi shaxs qaram odamga qarash bilan parallel ravishda oilaning boshqa aʼzolariga ham qaraydi. Shuning uchun tungi parvarish natijasida parvarishlovchi kishining uyquasi qisqaradi yoki boʻlinadi, ovqatlanishda ham, birinchi navbatda, qaram boʻlgan odamni ovqatlantirish turadi, oʻzining ovqatiga eʼtibor bermaydi. Oddiy va tez yeyiladigan ovqat bilan ovqatlanadi. Bunday hollarda parvarishlovchi shaxs oʻzining ahvoli yomonlashib borayotganini sezmaydi yoki sezsa ham, mavjud holat tufayli tibbiy muassasaga murojaat eta olmaydi. Parvarishlovchi odam sogʻligʻi yaxshi holatda boʻlsagina boshqa odamga yordam bera oladi, shuning uchun oʻz sogʻligʻi haqida ham qaygʻurishi kerak.

**Parvarish qilayotgan oila hayotini qoʻllab-quvvatlash.** Parvarishlovchi shaxsning ham oʻz oilasi – turmush oʻrtogʻi va farzandlari bor. Shuning uchun qaram boʻlgan bemorlarga oilaning boshqa aʼzolari ham yordam bersagina parvarishning uzluksiz boʻlishi taʼminlanadi va har bir kishini dam olishi, aniq vaqtda parvarish qilishini hisobga olish kerak.

**Bemorining shaxsiy gigiyenasi:** Shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilish, xona va oʻrin-boshni ozoda tutish davoning yana ham koʻproq naf beradigan boʻlishi uchun qulay shart-sharoitlarni yaratib beradi. Oʻrin-boshga tutiladigan oqliklarning toza turishi

va bemorning o'ringda qulay holatda yotishiga qarab borish zarur. Karavotda to'shak tekis bo'lishi kerak.

Og'ir kasallar, shuningdek, siydigi bilan axlatini tuta olmaydigan kasallar uchun to'shagi ustidan kleyonka yozilib, o'rin-bosh iflos bo'lmasligi uchun chetlari qayirib qo'yiladi. Ayollarda bir talay ajralmalar kelib turadigan bo'lsa, kleyonka to'shama yozib qo'yiladi, buni iflos tekkan sari, ammo kam deganda haftasiga 2 marta alishtirib turiladi. Og'ir kasallar funksional karavotlarga yotqiziladi, ularga qulay bo'lsin deb bosh tirgaklar qo'yiladi. Bemorga ikkita yostiq va jildga solingan adyol beriladi. Uyqudan oldin va uyqudan turilganidan keyin o'rin-bosh doim tuzatiladi.

### **V.3. Demensiyaga uchragan bemorlarda hamshiralik parvarishi**

Demensiya avval o'zlashtirgan kognitiv qobiliyatlarining turg'un pasayishi holati turli xil sabablar tufayli yuzaga keladi.

Demensiya, odatda, bosh miyaning surunkali yoki progressivlanuvchi xarakterga ega kasalligi bo'lib, miyaning bir qancha yuqori funksiyalari, jumladan, xotira, fikrlash, mo'ljal, tushunishi, hisoblash qobiliyati, o'qish, nutq, tafakkur qilishning buzilishi natijasida turli xil sindromlar yuzaga keladi.

**Demensiyaning simptomlari.** Demensiyaning simptomlari quyidagi guruhlariga bo'lib tushuniladi: psixologik (umumiy) simptomlar va o'choqli buzilishlar. Umumiy simptomlar, odatda o'choqli buzilishlardan farqli ravishda atrof-muhit bilan kontakt natijasida yuzaga chiqadi.

*Psixologik simptomlarga* xotira buzilishi, o'rganish qobiliyatining buzilishi (apraksiya, agnoziya, afaziya, organizmni ijro vazifasining buzilishi), konsentratsiyaning buzilishi kiradi.

Demensiya va qarilikdagi xotira buzilishi o'rtasidagi farq shundaki, demensiya bilan og'irgan bemor o'z holatini tushunmaydi, ya'ni esdan chiqaradi. Bundan tashqari, vaqt va tafakkur qilish jarayonlari noaniq xarakterga ega bo'ladi.

Gallutsinatsiya, alahsirash, adashish, allotriofagiya (yeb bo'lmas narsalarni yeyish), agressiv bo'lib qolish, xavfli harakatlar, toza yur-

maslik, notinchlik, parvarishga qarshilik ko'rsatish va boshqalar *o'choqli buzilishlar* hisoblanadi va psixologik simptomlarga turli stresslar qo'shilganda yuzaga chiqadi.

**Demensiyaning kechishi.** Demensiya progressivlanuvchi kasallik hisoblanadi. *Yengil darajasining simptomlari* bo'lib, xotiraning buzilishi va boshqalar hisoblanib, odam o'z ishini davom ettira olmaydi.

*O'rta darajasining simptomlari* bo'lib, joyda, vaqtda, mo'ljalni yo'qolishi hisoblanadi. Adashishga moyillik bo'ladi, o'zini tutishi buziladi va odam mustaqilligini yo'qota boshlaydi.

*Og'ir darajasida* inson oila a'zolarini tanimaydi va ismlarini unutadi, natijada muloqot yuzaga kelmaydi. Odam kundalik turmush tarzini olib borishi qiyinlashadi va u to'shakka mixlanib qoladi.

**Demensiyaning erta aniqlash va profilaktikasi.** Demensiya bilan uning simptomlari o'xshash kasalliklarni farqlash kerak va bu kasalliklarni aniqlash lozim. Demensiyaning erta bosqichlarda aniqlab, davolash zarur.

Demensiyaning o'xshash kasalliklari bu – surunkali subdural gematoma, miya o'smasi, normotenziv gidrotsefaliya, bularni operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi. Bundan tashqari, endokrin tizimi kasalliklari (qalqonsimon va qalqonsimon oldi bezi funksiyasining buzilishi, gipoglikemiya, buyrak usti bezi funksiyasi buzilishi, avitaminoz, elektrolit disbalansi), infeksiyon kasalliklardan meningit xuddi demensiyaning o'xshash belgi bilan kechadi. Ayniqsa, depressiv va deliriy holat simptomlarini farqlash juda qiyin bo'ladi.

Deliriyda uning belgilari yaqqolroq shaklda namoyon bo'ladi va uning rivojlanish vaqtini oson aniqlash mumkin. Ayniqsa, tunda odam holati yomonlashsa, deliriyga shubha qilish kerak.

Demensiya tashxisi mezonlarini xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasidan va psixologik kasalliklar bo'yicha Amerika tibbiy komitetining ma'lumotlaridan foydalanib aniqlanadi.

Demensiya diagnozi mezonlari (DSM-IV).

### **Turli xil xotira buzilishlari**

**Xotiraning buzilishi** – yangi axborotni eslab qolish qobiliyatining yomonlashuvi, yodlangan axborotni eslash jarayonining buzilishi.

Quyida keltirilgan aqliy o'zgarishlar keltirilgan misollar orasidan bittadan ko'p buzilish aniqlanadi:

a) afaziya; b) apraksiya; d) agnoziya; e) organizmning ijro funksiyalarining buzilishi.

Yuqoridagi buzilishlarning jamiyat hayotida, ishida ishtiroki yana ham yomonlashuvida kuzatiladi va avval bo'lgan qobiliyati darajasi sezilarli ravishda pasayadi.

Kasallikning kechishi simptomlarining to'liqsimon paydo bo'lishi va turg'un aqliy buzilishlar bilan xarakterlanadi. Nafaqat deliriyning kechish jarayonida kuzatiladi: bu buzilishlarni depressiya, shizofreniya, psixogen xarakterdagi psixologik kasalliklar va boshqalar bilan tushuntirib bo'lmaydi.

**Miya tomirlaridagi buzilishlardan kelib chiqqan demensiyaning klinik holati.** Demensiyaning bu tipi miyaga qon quyilishi, insult natijasida kelib chiqadi. Yana keng miqyosda serebral aterosklerozda, tez-tez bo'lib turadigan serebral insultlar natijasida (aniq insult xuruji bo'lmasa ham) rivojlanishi mumkin. Belgilari birdan paydo bo'ladi. Xarakterli belgisi, infarktning darajasi va chastotasidan kelib chiqib, funksiyalarini sekin-asta pasayishi hisoblanadi.

**Miya tomirlaridagi buzilishdan kelib chiqqan demensiyaning simptomlari.** Qayerda insult bo'lgan bo'lsa, qon ketgan bo'lsa, shunga qarab o'choqli nevrologik belgilar shaklida namoyon bo'ladi. Aniq bir uchastkaning zararlanishi tufayli, ba'zi qobiliyatlari yomonlashadi, ba'zilari saqlanadi, boshqa so'z bilan aytganda, qobiliyatning turlicha yomonlashuvi kuzatiladi.

**Miya tomirlaridagi buzilishdan kelib chiqqan demensiyaning davolash.** Demensiya belgilari aniqlanganda dori sifatida miyada qon aylanishini yaxshilovchi dorilar, bosh miyada moddalar almashinuvini yaxshilovchi preparatlar beriladi, lekin bunday davo demensiya paydo bo'lgandan keyin kechikkan hisoblanadi.

Bu yerda serebral insult va miyaga qon quyilishining birlamchi (birinchi xuruj profilaktikasi) va ikkilamchi profilaktikasi (qayta xuruj profilaktikasi)ni olib borish kerak.

Bundan tashqari, boshlang'ich bosqichlarda rehabilitatsiya chora-tadbirlarini boshlash lozim.



## Potensial qobiliyat va qolgan qobiliyatini baholash

### *1. Baholash usullari.*

Demensiya bilan ogʻrigan keksalarga har tomonlama yondoshish kerak, bu obyektning oʻzini tutishi va nutqini kuzatish, u bilan muloqot orqali maʼlumot olish, demensiyaning baholash shkalasini qoʻllashda namoyon boʻladi.

### *2. Demensiyaning ogʻirlik darajasi va simptomlarini baholash.*

Potensial qobiliyat va qolgan qobiliyatni aniqlashda demensiyaning ogʻirlik darajasi va simptomlarini baholash muhim oʻrin tutadi. Bemor ahvolini tahlil qilish, kasalliklarning ogʻirlik darajasi va simptomlarini baholash, bemor bilan muloqot orqali olingan maʼlumot va kuzatuvlarga asoslanadi.

Bunda demensiyaning klinik baholash, psixik holatni minitekshirish, Alsgeymer demensiyasini funksional baholash va shunga oʻxshash baholash shkalalaridan foydalaniladi.

### *3. Kundalik hayotida oʻziga xizmat qilish qobiliyatini baholash.*

Demensiya bilan ogʻrigan bemor harakatchanligini baholash, hamshira uni doim kuzatib turishi orqali amalga oshadi.

Kiyinish apraksiyasi: bemor kiyimini kiyadi, tugmasini qadaydi, kiyimini toʻgʻrilaydi va dam olib yana yechinadi. Hamshira uning hamma harakatlarini kuzatib turadi va bemor juda qiynalgan harakatni aniqlaydi va qolgan qobiliyatini baholaydi.

Qiyin tana harakatini amalga oshirishda qiynalish (ideator apraksiya): hamshira kuzatuv ostida bemor imitativ harakatlar qiladi, oyna oladi va lab boʻyogʻ bilan labini boʻyaydi.

Hamshira bemor bu harakatlarni bajara oladimi-yoʻqmi, shuni kuzatadi va shu harakatlarni bajarish qiyinligi tufayli bemorda qanday muammolar paydo boʻlishi mumkinligini aniqlaydi. Hamshira kuzatuv ostida bemor soch taraydi, qoʻl silkitadi, yelkani qoqib qoʻyadi. Hamshira bunday harakatlarda qiyinchilik borligini aniqlaydi.

Mayda qismlardan butun predmetni yigʻishda qiynalish (konstruktiv apraksiya): hamshira bemor yulduz chizishini kuzatadi. Bunda hamshira bemor qay darajada tasavvuridagi narsalarni yaratishini, kundalik hayotida fikrlash bilan bogʻliq qanday muammolar paydo boʻlishini aniqlaydi.

Yo'l topishda, geografik xaritalarni tushunishda qiynalish: bemor uylar o'rtasida yo'llar, zinalar joylashishini chizadi, hamshira uning harakatlarini kuzatib boradi.

### **Demensiya bilan og'rigan keksalarda hamshiralik parvarishining o'ziga xos xususiyatlari**

**Demensiya bilan og'rigan keksalarda asosiy hamshiralik parvarishi.** Alsgeymer kasalligi xalqaro assotsiatsiyasi demensiya bilan og'rigan keksalarni parvarish qilishning asosiy prinsiplariga va parvarishlovchi shaxsning oilasiga yordam ko'rsatishda aniqlik kiritadi.

Alsgeymer kasalligi va demensiya bemor miyasini zararlab, unga va oilasiga sezilarli darajada ta'sir ko'rsatadigan kasallik hisoblanadi.

Bemor demensiya bilan og'rigan bo'lsa ham, uning o'zini hurmat qilish tuyg'ulari haqida unutmash kerak va unga ham hurmat bilan qarash kerak.

Demensiya bilan og'rigan bemorga xavfsiz hayot muhiti talab qilinadi, bunda uni ekspluatatsiya va zo'rlashdan himoya qilish zarur (majburlash, qattiqqo'l bo'lish).

Demensiya bilan og'rigan bemorlarga korporativ, jamoat va tibbiy yordamni o'z ichiga olgan ma'lumotlar kerak. Alsgeymer kasalligiga gumon qilinganda shaxslar tekshiruvdan o'tishlari shart va diagnoz qo'yilgan shaxslar doimiy parvarish va davolashga muhtojdir.

Hayotiy odatlariga ta'sir etuvchi omillarni hal qilish va keyinchalik parvarishda bemorning o'zi ishtirok etishi maqsadga muvofiq bo'ladi:

Parvarishlovchi shaxs va oilasiga kerakli narsalar borligini ko'rib chiqish. Yetmayotgan narsalarni hal qilish vaqtida oilani aktiv ishtirok etishga chaqirish. Bemor va parvarishlovchini kerakli resurslar bilan ta'minlash.

Demensiya bilan og'rigan bemorlarni parvarishlovchi shaxsga bu kasallik haqida ma'lumot berish, amaliy o'qitish, kasallikning oqibatlari va parvarishlash metodlariga o'rgatish kerak.

**Demensiya bilan og'rigan keksalar bilan muloqot qilish texnikasi.** Hamshira bemorga shunday sharoit yaratib berishi kerakki, unda bemor o'zini bor qobiliyatini hech qanday to'siqsiz

ro'yobga chiqarsin. Bemor uchun tanlangan, o'zini hurmat qilish tuyg'usini yaxshilanishiga olib keluvchi masalani yaxshilab o'ylab ko'rish kerak.

Bemorni uning so'zi va o'zini tutishi orqali maqsadini tushunish, hayoti davomida to'plangan tajribalariga e'tibor berish, ichki reaksiyasini namoyon bo'lish kuchiga, uni sog'ligiga, bemor aynan nimani xohlaganini hisobga olishni talab qiladi. Ammo, shuni unutmaslik kerakki, Alsgeymer kasalligi progressivlanib boruvchi xarakterga ega.

Kasallik rivojlanib borishi bilan bemorning ahvoli yomonlashib boradi. Muloqotda yordam beruvchi kommunikatsiya ko'nikmalari:

- aniq-tushunarli so'zlarni ishlatish;
- so'zlarni keksalarga mos kelgan shaklda ishlatish;
- keksalarga mos muloqot usullaridan foydalanish;
- nutq «ona tili»ga aylanib ketmasligi kerak;
- xotirani tiklanishiga yordam berish;
- ko'z bilan, butun tanani ishga solib, tuyg'ularni bildirish;
- hamdardlik pozitsiyasida turish;
- hamdard bo'lishga butun diqqatini to'plash.

**Demensiya bilan og'rigan bemorlarning o'zlariga xizmat ko'rsatishlarini mustahkamlashga qaratilgan yordam.** Hamshira bemorning odatiy faoliyatini hisobga olib, kundalik faoliyatini amalga oshirishga erishishiga harakat qiladi. Bunday holda hamshira xavfsizlikni ta'minlash borasida ham tinch bo'ladi.

Bundan tashqari, hamshira bemorni potensial va qolgan qobiliyatini yuzaga chiqarish uchun yordam beradigan sharoit yaratadi, xotirasini tiklanishiga yordam berish uchun hodisani tushuntiradi.

**Demensiya bilan og'rigan bemorlarga qulay hayot sharoitini ta'minlash.** Bemorga qarayotgan shaxs uning xavfsizligiga e'tibor berishi kerak. Bunga sabab, xotiraning buzilishi va o'zini tutishida mo'ljalni yo'qotishi tufayli o'ziga-o'zi shikast yetkazish xavfi yuqori bo'lishidir.

Qarindoshlarining rasmlariga ularning ismini katta qilib yozib, ko'rinadigan joyga qo'yish bilan o'z yaqinlarining doim yodida bo'lishiga erishish mumkin.

Qarindoshlarining ismlarini qog'ozga katta harflar bilan yozib, eshikka yopishtirib qo'yish yana bir samarali usullardan hisoblanadi.

- Bemorni ta'sirlantiruvchi sababni topib, yo'qotish kerak.
- Bemor tinch holatda bo'la oladigan muhitni ta'minlash kerak.
- Shunday muhitni ta'minlash kerakki, u yerda bemor hamma 5 sezgisi orqali pozitiv stimullar qabul qilsin.
- Shunday holat yaratish, narsalarni taklif qilish kerakki, bunda bemor tanasi orqali eslab qolgan kuchini yuzaga chiqarishda yordam bersin.
- Mo'ljal olish qobiliyatini yaxshilovchi muhit yaratish.
- Fikrlarini jamlash, o'ziga kelishiga yordam beradigan muhit yaratish.

### **Alsgeymer kasalligining klinik kechish xususiyatlari, simptomlari va davolash**

**Alsgeymer kasalligining klinik kechishi.** Alsgeymer kasalligi miyaning fikrlash, xotira va nutq markazini zararlaydi. Kasallik asta-sekin boshlanadi, bemorning ahvoli sekin yomonlashadi. Hozirgi kunda Alsgeymer kasalligining sababi noaniq va kasallik tuzalmaydi. Kasallikning kelib chiqishida ba'zi omillar bor: bu kasallik ayollarda, bilim darajasi past odamlarda, past kasbiy darajadagi kishilarda, yolg'iz qariyalarda ko'proq uchraydi.

Alsgeymer kasalligining rivojlanishida irsiy omil muhim rol o'ynaydi, hozirgi kunda Alsgeymer kasalligining xavf omili hisoblangan stressga katta ahamiyat berilmoqda.

**Alsgeymer kasalligining simptomlari.** Alsgeymer kasalligi rivojlanishi bilan simptomlar ham yomonlashadi. Umuman, demensiya bilan keksa kishilar atrof-muhit ta'siriga, ichki muhitdagi o'zgarishlarga juda sezgir bo'ladi va natijada ularda demensiyaning psixologik va o'zini tutish xarakteridagi simptomlar kuzatiladi. Shuning uchun bemorlarga mos muhitni aniqlash va kerak bo'lsa unga o'zgartirishlar kiritish lozim.

**Erta bosqich:** Erta bosqich ko'pincha sezilmay o'tadi. Qarindoshlar, tanishlar, yaqin do'stlar va hatto mutaxassislar ham buni normal qarish jarayonining bir qismi deb o'ylashadi.

### **Asosiy belgilari:**

- xotiraning jiddiy buzilishi, ayniqsa muloqotda qiynalish sezadi;
- o‘ziga tanish joylarda adashib qoladi;
- vaqtda mo‘ljalni yo‘qotadi;
- qaror qabul qilishda qiyinchilik sezadi;
- diqqatni jamlash qobiliyatini yo‘qotadi;
- sevimli mashg‘ulotlariga qiziqishini yo‘qotadi;
- depressiya va agressiya belgilari paydo bo‘ladi.

**O‘rta bosqich:** Kasallik davomida muammolar chuqurlashadi va bemor faoliyatini kuchliroq cheklay boshlaydi:

- bemor o‘z hayotidagi muhim kunlarni bilmaydi, kunni aytishda 10 va undan ko‘p kunga adashishi mumkin;
- ovqat tayyorlay olmaydi, odatiy uy yumushlarini, bozor qilishni eplay olmaydi;
- hojatxonaga borish, yuvinish, kiyinish uchun boshqalar yordamiga muhtoj;
- nutq buzilishi natijasida so‘zlashganda qiyinchilik sezadi;
- jamoat joylarida yo‘qolib qolishi mumkin;
- gallutsinatsiyalarni his qilishi mumkin;
- uydan chiqib ketishi va adashib qolishi mumkin;
- qo‘zg‘aluvchan, jahldor bo‘lishi mumkin.

**Kechki bosqich:** Kasallik rivojlanishi bilan yetarlicha jiddiy buzilishlar yuzaga keladi.

- Bemorlar bu bosqichda ko‘pincha faoliyatsiz va parvarishlovchi kishiga to‘liq muhtoj bo‘lishadi. Xotira buzilishi juda jiddiy;
- bemor uni parvarishlaydigan odamni ismini ayta olmaydi, manzilini, tug‘ilgan kunini, ota-onasining tug‘ilgan kunini bilmaydi;
- qarindoshlarini, do‘stlarini, tanish narsalarini tanimaydi;
- jamoat joylarida, o‘z uyida ham mo‘ljalni yo‘qotadi;
- harakatlanishda qiyinchilik sezadi yoki harakatlanish qobiliyatini yo‘qotadi;
- ovqatlanganda qiyinchilik sezadi;
- nutqni birdan chegaralanishi yoki butunlay yo‘qolishi kuzatiladi;
- axlat va siydik tutolmaslikdan qiynaladi;
- boshqalarning oldida o‘zini tuta bilmaydi;
- g‘azab, agressiya, uyqu buzilishi bo‘lishi mumkin.

## **Alsgeymer kasalligini davolash**

**Medikamentoz davolash.** Kasallikning psixologik simptomlarini davolash uchun asetilxolinesteraza ingibitoridan foydalaniladi. Boshlang'ich bosqichda simptomlar bo'lmaydi, lekin o'rta bosqich belgilarining rivojlanishini bunday dorilar sekinlatish xususiyatiga ega, bu asosiy davo hisoblanmaydi. O'zini tutishidagi o'zgarishlarga atipik neyroleptiklar va antidepressiv preparat sifatida serotoninni qayta ishlovchi selektiv ingibitorlar qo'llaniladi.

**Nomedikamentoz davolash.** Bunday davo ichidan atrof muhitga mo'ljalni mashq qilish, xotirlash metodi bilan terapiya, bemorni qiziqtirish uchun musiqa tinglash, uy hayvonlarining bo'lishi va yengil jismoniy mashqni o'z ichiga olgan ko'ngilochar davodan foydalaniladi.

### **Demensiya va Alsgeymer bilan og'rigan keksalarni parvarishlovchi oilaga yordam**

Hamshira, birinchi navbatda, bemorning oilasi bilan ishonchli munosabat o'rnatishi kerak, bu hamshiraga oilaning ruhiy-jismoniy holatini tushunishga yordam beradi, ular bemorni qanday tushunishadi, parvarishning qaysi qismida qiynalishadi. Shundagina ular hamshiradan doim maslahat olishadi. Bu bilan parvarishlovchi kishini o'ziga bo'lgan ishonchini mustahkamlaydi.

Bemorga tinch va xavfsiz muhit yaratib berishda oilaning ishtiroki muhim bo'lsa-da, parvarishlovchi odamning sog'ligi haqida ham g'am-xo'rlik qilish kerak. Ularning charchab qolmasligi uchun bir-birlariga parvarish qilishda yordam berishlari kerak.

### **V.4. Qariyalar faoliyatidagi yosh bilan bog'liq o'zgarishlar va kasalliklari (psixozlar)**

Qariyalarda paydo bo'ladigan ruhiy kasalliklar jinsiy bezlar funksiyasining susayishi, moddalar almashinuvining pasayishi oqibatida ro'y beradi.

Invalutsion psixozlar 2 ga bo'linadi:

1. Presenil psixozlar, 45–60 yoshlarda uchraydi.
2. Senil psixozlar, 60–65 yoshlardan keyin boshlanadi.

**Presenil psixozlar** klinikasida xavotirlikka tushish katta o'rin egallaydi. Bemorlarda xavotirlanish hissi paydo bo'ladi, o'zlarini ko'p ayblayveradilar. Kasallik simptomlaridan qanday xili ustun turishiga qarab paranoid, presenil isteriya farq qilinadi.

Presenil depressiya boshlanishidan oldin ko'pincha qandaydir ko'ngilsiz hodisalar bo'lib o'tadi. Kasallik manzarasi depressiya, xavotirga tushish, qo'zg'alib bezovtalanish, besaranjom bo'lishdan iborat. Bemorlarda uyqu buziladi, ishtaha pasayadi, ular ozib ketadilar. Ko'pincha suitsidal fikrlar va urinishlar sodir bo'ladi. Kasallik bir necha yillar davom etishi mumkin.

Presenil paranoidning klinikasida konkret shart-sharoitda, uyda, ishda ro'y beradigan ko'ngilsizlik, kasallik munosabati bilan paydo bo'lgan vasvasalar oqibatidagi kechinmalar namoyon bo'ladi. Atrofdagilar menga g'alati munosabatda bo'lyapti, deb hisoblaydilar, shubhalanaveradilar, rashk o'tida yonadilar. Bu kasallik presenil depressiyaga qaraganda og'irroq va uzoqroq kechadi.

Presenil isteriya ko'pincha ayollarda uchrab, ular beqaror bo'lib, arzimasa sababdan g'azablanib, tajanglashadi. Bemorlar tomog'iga bir nima tiqilib qolganday bo'layotgani, badanida yoqimsiz hidlar borligidan nolishadi, ko'pincha isteriya tutqanoqlari, qo'l-oyoqlar funksional parestenziyalari kuzatiladi.

Davosida bemorlar albatta psixiatrik klinikalarga, stasionarlarga yotqiziladi, psixoterapiya o'tkaziladi. Bunda hamshira bemorlarga alohida e'tiborda bo'lishi kerak, chunki ularda suisidal urinishlar bo'lishi mumkin. Dori vositalaridan aminazin, melipramin, tizersin, amitriptilin, galoperidol, trioksazin, elenium buyuriladi. Bemorlarning somatik holatiga e'tibor berish, ovqatlantirish va kiyinishida yordam berish kerak.

**Senil psixozlar** paydo bo'lishining sababi bosh miya po'stlog'idagi nerv hujayralarining atrofiyasidir, buning oqibatida aqlpastlik rivojlanaadi.

Bemorlarda avvaliga xotira pasayadi, hatto yaqin kishilari nomlarini esdan chiqarib qo'yadilar. Bunday bemorlarda konfabulatsiyalar yuz beradi, ular haqiqatda hech qachon bo'lmagan hodisalar to'g'risida gapiradilar, o'z ahvoliga tanqid bilan qarashmaydi.

O'g'ridan qo'rqish, ziyon ko'rish vasvasasi bunday bemorlar uchun xarakterlidir. Bemorlar o'z narsalarini berkitib qo'yishadi, ammo keyin topa olmaydi, uni birov o'g'irlab qo'ydi deb o'ylaydilar. Ular ko'pincha keraksiz narsalarni yig'ib yuradi. O'z kiyim-kechagini tugib ko'tarib yuradi. Ular betartib ovqatlanaveradi, isqirt bo'lib qoladi. Yaqin kishilarining taqdiri ularni qiziqitirmaydi.

Kasallikni davolashda simptomatik davo, uxlatuvchi dorilar tavsiya etiladi.

**Qariyalarda yatrogeniyalar** – bu psixogen kasallikning bir turi bo'lib, tibbiyot xodimlarining bemorga bo'lgan noto'g'ri muomalasi oqibatida ipoxondrik, depressiv reaksiyalar natijasida sodir bo'ladi.

Bemor bilan suhbatlashganda uning salomatligi to'g'risida hamisha ehtiyot bo'lib gapirish kerak. Bemor noto'g'ri ma'no chiqarib olishi mumkin bo'lgan turli terminlarni ishlatish tavsiya etilmaydi. Ko'pincha bemorlar kasallik diagnozi to'g'risidagi gaplarga diqqat bilan quloq soladi. Shu sababli bundan ular salomatligiga ziyon keltirishi mumkin bo'lgan xulosalar chiqarib olishini hamisha esda tutish kerak. Bu xastalikka chalingan qariyalar ko'proq seksual qobiliyatining pasayishi yoki yo'qolishi kabi shikoyat savollar bilan turli mutaxassislariga murojaat qilaveradi.



---

---

## **VI bob. HAYOTDAN KO‘Z YUMAYOTGAN QARIYALARNI PARVARISHLASH**

### **Qariyalar va ularning oilasi notinchligini bartaraf etish**

1. Hayotdan ko‘z yumayotgan bemorning oilasi notinch va qo‘rquvda bo‘ladi. Hamshira bemorning oilasi bilan suhbatini diqqat bilan tinglashi, ularning notinchligini aniqlashi va bunday negativ tuyg‘ularni bartaraf etishda kerakli yordamni berishi kerak.

2. Davolash uchun qulay sharoit tayyorlab qo‘yish.

Bemorga shunday muhit yaratish kerakki, bunda yashashi uchun qulay va davolanishiga yordam bersin. Bemorning oilasi, qadrlagan narsalari bilan doimiy munosabatini o‘z ichiga olgan sharoitni har doim yodda tutish lozim. Mana shu narsalarga asoslangan holda o‘layotgan bemorni har kungi hayotini qo‘llab-quvvatlash kerak.

3. Qari odamni va uning oilasi istagan kishini parvarish qilishga qo‘yib berish.

Hayotdan ko‘z yumayotgan bemor va uning oilasi talablarini hisobga olish muhim. Parvarishlashda shunga e‘tibor berish kerakki, bemor davolanishda va har kungi hayotida mustaqillikka ega bo‘lsin. Bunday yondoshishga asoslanib, bemor va uning oilasi kutgan parvarishni amalga oshirish uchun sharoit yaratish kerak.

4. Keksa kishi va uning oilasini istaklari o‘zgariganda chora ko‘rish. Bemor va uni oilasi nimagadir kelishsa ham, ba‘zi holatlarda ularning fikri o‘zgaradi. Bunday o‘zgarishlarga to‘g‘ri yondoshish kerak va bunday holatlarda ularning fikrlarini diqqat bilan tinglash, iloji boricha ularning istaklarini ro‘yobga chiqarishga yordam berish kerak. Bemor va uning oilasini istaklari o‘zgarib qolganda bemalol xabar berishlari uchun doimiy munosabatda bo‘lib turish yana bir muhim omillardan hisoblanadi.

## **Hayotdan ko‘z yumayotgan keksa odamning iztiroblari va uni yengillatish uchun yordam berish**

1. Iztirob, yaroqsizlik hissi va ularni yumshatishda hamshiralik parvarishi.

Yaroqsizlik hissida yordam ko‘rsatish uchun qulay vaziyat yaratish, oyoqlarini massaj qilish, vanna qilish va boshqa chora-tadbirlarni o‘tkazish kerak, bu bo‘shashgan, qulay vaziyatga olib keladi.

2. Og‘riqni yengillatish uchun hamshiralik yordami.

Og‘riq borasida har tomonlama baholash o‘tkazish va aniqlangan sabablarni yo‘qotish kerak. Agar jismoniy og‘riq bo‘lsa, og‘riq qoldiruvchi vositalar berish kerak, nojo‘ya ta’sirini hisobga olgan holda. Agar psixologik og‘riq bo‘lsa, uni keltirib chiqaruvchi sabab bo‘lgan notinchlik, qo‘rquvda hamshira bemorning suhbatini diqqat bilan tinglashi va doim uning yonida bo‘lishi lozim.

3. Depressiyada va alahsirashda hamshiralik yordami.

Agar bemorda ishtaha, faollik pasaysa va uyqu buzilsa, depressiya va alahsirash rivojlanishi mumkin. Fizik holatini baholab, uyquni ta’minlashga yordam berish kerak. Agar shunda ham kutilgan samara bo‘lmasa, unda shifokor konsultatsiyasi kerak bo‘ladi va dori ichish masalasi ko‘rib chiqiladi.

4. Defekatsiyaga qiynalganda hamshiralik yordami.

Fiziologik ehtiyojlar bilan bog‘liq muammolarga qabziyat, axlat tutolmaslik kiradi. Qabziyat hisobiga qorin shishadi va anoreksiya holati yomonlashadi. Bunday hollarda qorin massaj qilinadi, tana holati o‘zgartiriladi, qorin va orqa chiqaruv teshik atrofdagi teri parvarishlanadi, orqa chiqaruv teshik kerakli darajada ta’sirlantiriladi. Bundan tashqari, shifokor bilan maslahatlashib, axlat massalarini yumshatuvchi va boshqa vositalar qo‘llaniladi.

5. Nafas qiyinlashganda uni yengillatish uchun hamshiralik yordami.

Nafas qiyinlashganda bemorni Fauler holatiga o‘tkazish samarali usul hisoblanadi, bunda diafragmaning joylashishi pasayadi va nafas hajmi oshadi, so‘lak va shilliq oqishini yengillatish uchun xona ichi namligi oshiriladi, suyuqlik beriladi. Nafas qiyinlashishi natijasida

bemor notinch bo‘lib qoladi, bunday holda uning oyoq va qo‘lini vanna qilish, orqasiga issiq kompress qo‘yish bilan bo‘shashgan holatga keltirishni talab qilinadi. Agar bu istalgan samarani bermasa, unda kislorod ingalatsiyasi qo‘llaniladi.

## **O‘lim belgilari va o‘limni tasdiqlash**

### **O‘lim bosqichlari:**

*Terminal holat* – hayotning so‘nggi bosqichi bo‘lib, nafas va qon aylanish tizimidagi jiddiy o‘zgarishlar natijasida hamma organlar faoliyati susayishi bilan xarakterlanadi. Bosh miyadagi gipoksiya asosiy rolni o‘ynaydi, bu yurak ishini buzadi va asfiksiya natijasida kelib chiqadi.

*Preagonal holat* – o‘limning birinchi davri bo‘lib, bu vaqtda arterial bosim tez tushib ketadi, hushning yo‘qolishi rivojlanib boradi, organ va to‘qimalarning kislorodga to‘yinmaslik holati kuchayib boradi.

*Terminal pauza* – birdan nafas to‘xtashi, shox parda reflekslarining yo‘qolishi bilan xarakterlanib, bir necha sekunddan 3 minutgacha davom etadi.

*Agoniya* – o‘limning ikkinchi davri. Klinik o‘lim boshlanishi bilan yuzaga keladi. Boshida og‘riq sezgisi yo‘qoladi, hamma reflekslar yo‘qoladi, sekinlik bilan hushni yo‘qotish boshlanadi. Nafas kuchsiz, siyrak yoki aksincha, qisqa maksimal nafas olish va tez to‘liq nafas chiqarish, katta amplitudali nafas bo‘lishi mumkin. Har nafas olishda bosh orqaga ketadi, og‘iz katta ochiladi. Yurak qisqarishlari ritmi 1 min da 40–20 gacha sekinlashadi, puls ipsimon bo‘ladi va zo‘rg‘a aniqlanadi. Arterial bosim 20–10 mm sim. ust. gacha pasayadi. Ba’zida ensa mushaklari rigidligi va umumiy tonik talvasalar yuzaga keladi. Beixtiyor siyish va defekatsiya kuzatiladi. Tana harorati tez pasayadi.

*Klinik o‘lim* – hayot va o‘lim o‘rtasidagi o‘ziga xos o‘tish holati bo‘lib, MNT faoliyati to‘xtashi bilan boshlanadi, bosh miyada qaytmas o‘zgarishlar rivojlanguncha qon aylanish va nafas olish qisqa muddat davom etadi.

### **Klinik o‘lim belgilari:**

- katta magistral tomirlarda pulsatsiya yo‘qligi (uyqu, son, yelka arteriyasi);

- hushning yoʻqolishi;
- qorachiqlar kengayishi;
- klonik va tonik talvasalar boʻlishi;
- nafas toʻxtashi.

#### **Yaqinlashgan oʻlim belgilari:**

- tez, kuchsiz yoki noritmik puls;
- arterial bosim pasayishi;
- teri sovuq va nam, rangpar boʻlishi;
- qoʻl va oyoqlar sovub, oqaradi;
- terlash kuchaygan;
- najas va siydik tutolmaslik;
- tezlashgan yuzaki nafas davrining sekinlashgan nafas davri bilan almashib turishi;
- hiqildoqda toʻplangan shilliq, nafasda «bilqillagan» tovushga sabab boʻlishi mumkin;
- hushni yoʻqotish yoki hushi joyidaligi holatini behushlikka oʻtishi va aksincha.

#### **Yuz bergan oʻlim belgilari:**

Odamni shifokor tekshirib, oʻlimni tasdiqlagandan soʻnngina oʻlgan deb hisoblanadi.

#### **Oʻlgan odamda:**

- puls, nafas va arterial bosim yoʻq;
- ogʻriq va termik taʼsirlovchilarga sezgining yoʻqligi;
- koʻz shox pardasining qurishi va xiralashishi, qorachiqlar bir holatda fiksatsiyalangan (harakat yoʻq) va kengaygan;
- odam tanani qaysi yuzasi bilan yotgan boʻlsa, shu yerga qon quyiladi va uni terisida toʻq dogʻlar paydo boʻladi (murda dogʻlari);
- tana harorati pasayadi;
- siydik pufak va ichak beixtiyor boʻshalishi mumkin;
- oʻlimdan 6–8 soat oʻtgandan soʻng, oyoq-qoʻllar qotib qoladi (murdaning qotib qolishi).

Jabrlanganning oʻlimi haqidagi soʻnggi qarorni qonunda koʻrsatilgan tartibda qabul qilinadi (yaʼni, shifokor tomonidan).

## Insonning o'limidan keyingi parvarishi

**O'lgan odamning diniy va milliy urf-odatlariga ko'ra parvarishi.** Qonun bo'yicha kuch ishlatilgan yoki tez yuzaga kelgan o'lim holatlarida murdani albatta yorish kerak. Agar o'lim uzoq davom etgan surunkali kasallik tufayli yuzaga kelgan bo'lsa, o'lgan odamning qarindoshlari murdani yorishdan bosh tortishlari mumkin. Bunday bosh tortish yozma ravishda amalga oshiriladi.

O'lgan odam tanasining parvarishi diniy va milliy odatlariga ko'ra o'tkaziladi. Har qanday holatda ham o'lgan odam tanasiga hurmat bilan qarash kerak.

### **Murdaga qarash qoidalari:**

- murdaning kiyimlari yechiladi va orqasi bilan yotqiziladi, qimmatbaho narsalari shifokor ishtirokida yechiladi va qarindoshlariga beriladi;
- pastki jag'i bog'lab qo'yiladi, qovoqlari yopiladi, usti oqlik bilan yopiladi va 2 s ga qoldiriladi;
- o'lgan odam soniga FISH, kasallik tarixi raqami yoziladi;
- kuzatib boruvchi tomonidan qog'ozga o'lgan odam FISH, kasallik tarixi raqami, diagnoz va o'lgan sana yoziladi;
- murda hamshira kuzatuvida patologo-anatomik bo'limga yuboriladi.

**Oila a'zolariga yordam.** O'lgan odamning oilasiga qayg'uni yengishda yordam berish, qo'llab-quvvatlash kerak. Ko'p hollarda bemorning oilasiga oldindan kasallikning belgilari va bemor qancha yashashi haqida xabar beriladi. Shuning uchun oila a'zolari bemorning o'limi haqida biladilar, bemorga bo'lgan muhabbatlari tufayli qayg'urishib g'am chekishadi. Oilaga kerakli yordamni ko'rsatish va ularning hayoti, sog'lig'ini qo'llab-quvvatlashga harakat qilish kerak:

- yaxshi tinglovchi bo'lish va oila qayg'usiga hamdard bo'lishni bilish kerak;
- oila a'zolariga shunday yordam berish kerakki, yaqinlarini xotiralaridan o'chirishga harakat qilmasliklari, qayg'uni qabul qilishlari, keyingi hayotlarida tayanch uchun kuch bo'lishlari kerak.

---

---

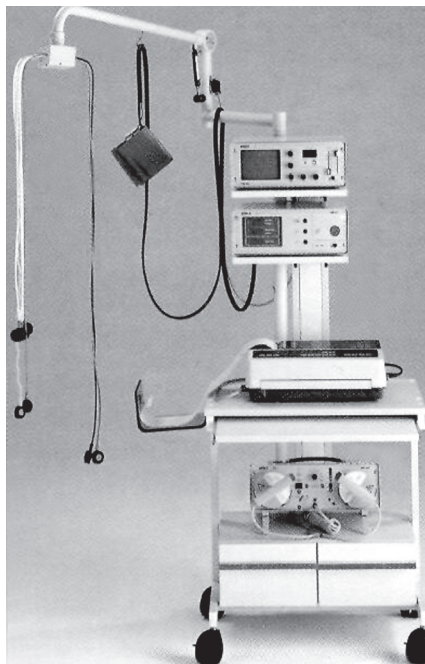
## VII bob. DIAGNOSTIK MAQSADDA O‘TKAZILADIGAN TEKSHIRISH USULLARI

### VII.1. EKG

**Elektrokardiografiya** – yurak biotoklarini yozib olish usuli bo‘lib, bu usul yurak muskul to‘qimasida paydo bo‘ladigan musbat va manfiy ionlarning hujayra pardasi orqali harakatlanishiga asoslangan. Yurakda paydo bo‘ladigan biopotensiallarni qayd qiluvchi apparat *elektrokardiografiya* deb ataladi. Bu apparat yurak biopotensiallarini elektrodlar yordamida o‘ziga qabul qilib oladi, shu bilan birga tana yuzasining elektrodlar tagida turgan qismlaridagi 3 mV (millivolt) gacha bo‘lgan kichik potensiallar farqi necha ming baravar kuchaytiriladi hamda yuzaga keladigan juda kichik potensiallar farqini seza

oladigan qayd qiluvchi asbob *galvanometr*ga uzatadi. Galvanometr yordamida hosil bo‘lgan tebranishlar egri chiziqlarni fopografik yo‘l bilan maxsus qog‘ozga yozib oladi. Yozib olingan tebranishlar esa *elektrokardiogramma* deb ataladi.

**Elektrokardiogramma (EKG)** elektrodlar yordamida yozib olinadi. Elektrodlar tananing turli qismlariga qo‘yiladi. Bunda har xil elektrod potensiallari vujudga keladi. Yurak biotoklari faqat yurakning o‘zidan emas, balki butun tana bo‘ylab tarqaladi. Shuning uchun uni tananing hamma qismida yozib olish mumkin.



Klinika amaliyotida EKGni issiq xonada olish kerak, shunda bemor sovuqdan qaltiramaydi. EKGni olishda elektrokardiografning tok bilan ta'minlanishi, o'lchash tizimining sezgirliги tekshirib ko'riladi. O'lchash tizimi «shu'la»ni izoelektrik chiziqdan og'diradigan bo'lishi kerak.

### **EKGni yozishda 3 ta standart usul qabul qilingan:**

*I* – o'ng va chap qo'l,

*II* – o'ng qo'l bilan chap oyoq,

*III* – chap qo'l bilan chap oyoqdan olinadi.

### **Kuchaytirilgan oyoq va qo'ldan ulanish:**

1. Qizil tarmoq (R)–o'ng qo'lga (aVR),

2. Sariq tarmoq (L) – chap qo'lga (aVL),

3. Yashil tarmoq (F) – chap oyoqqa (aVF),

4. Qora tarmoq (N) – o'ng oyoqqa.

### **6 ta ko'krak ulanishlari:**

Oq-qizil tarmoq ( $C_1$ ) – 4-qovurg'a oralig'i to'sh suyagining o'ng chetiga ( $V_1$ ),

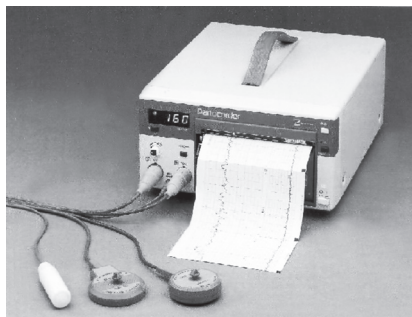
Oq-sariq tarmoq ( $C_2$ ) – 4-qovurg'a oralig'i to'sh suyagining chap chetiga ( $V_2$ ),

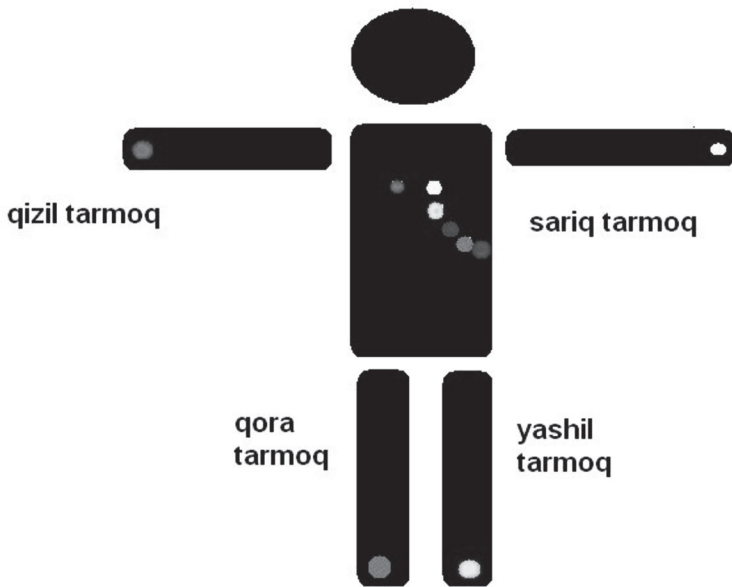
Oq-yashil tarmoq ( $C_3$ ) –  $C_2$  va  $C_4$  ni tutashtiruvchi chiziqning o'rtasiga ( $V_3$ ),

Oq-jigarrang tarmoq ( $C_4$ ) – chap o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha 5-qovurg'alar oralig'ida ( $V_4$ ),

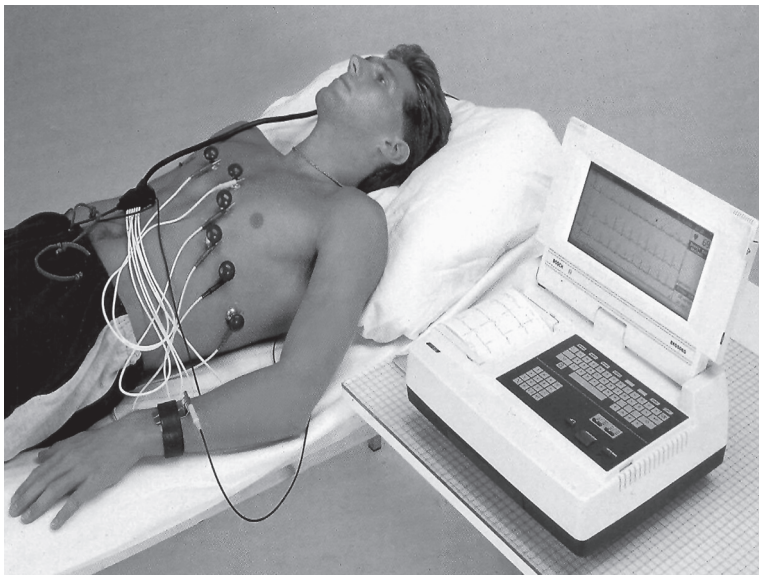
Oq-qora tarmoq ( $C_5$ ) – chap oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha 5-qovurg'alar oralig'ida ( $V_5$ ),

Oq-binafsha rang tarmoq ( $C_6$ ) – chap qo'ltiq osti o'rta chizig'i bo'ylab 5-qovurg'a oralig'ida ( $V_6$ ).



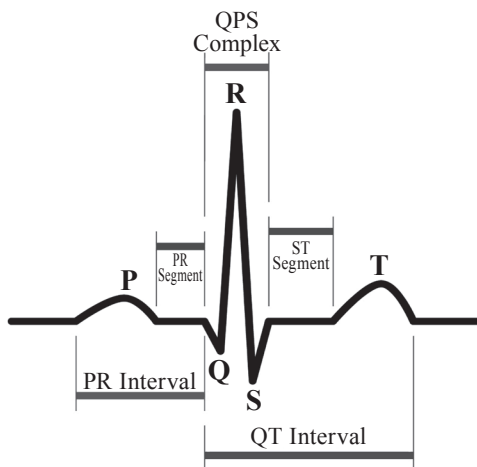
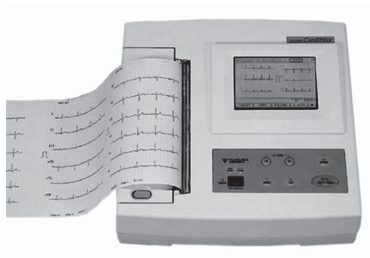


**EKG qilishda tarmoqlar joylanishi.**

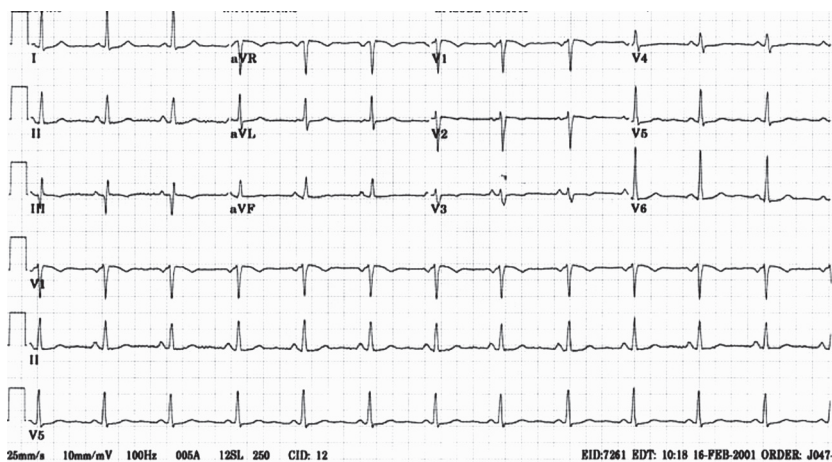


**EKG olish texnikasi.**





**Normal EKG.**



EKGda 5 ta PQRST tishchalar bo‘ladi. P tishcha bo‘lmachalari qo‘zg‘alishini ifodalaydi, P tishcha kengligi 0,06–0,11 soniyagacha. P tishcha kengayishi va 2 o‘rkachli bo‘lishi chap qorincha gipertrofiyasidan darak beradi.

P–Q interval impulsning bo‘lmachalardan qorinchalarga o‘tish vaqti. Interval davomiyligi 0,12 soniyadan 0,2 soniyagacha. Interval davomiyligi 0,2 soniyadan oshishi atrioventrikular o‘tkazuvchanlikning sekinlashganligidan darak beradi.

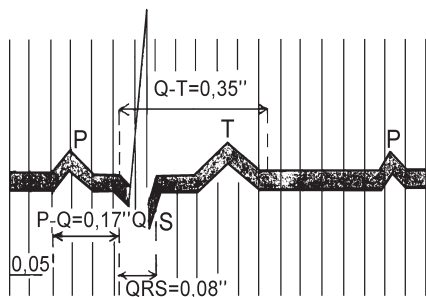
QRS – qorinchalar kompleksi qo‘zg‘alishining qorinchalar bo‘ylab tarqalish aksidir. Kompleks davomiyligi 0,07–0,11 soniya. QRS kengayishi qorinchalar gipertrofiyasi, bo‘lmacha – qorinchalar tuguni oyoqchalarini blokadasidan darak beradi.

Agar Q-tishcha 1–2 uzatmalarda 0,03 soniyadan kengroq va R-tishdan chuqurroq va 3 uzatmada S dan kattaroq bo‘lsa, infarktga shubha qilinadi.

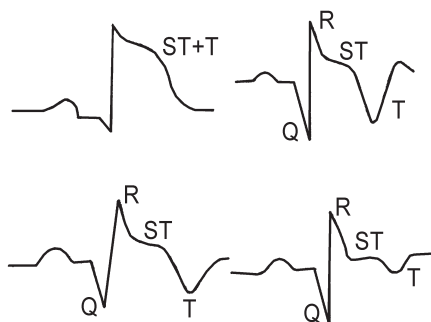
ST interval qorinchalar qo‘zg‘alishi intensivligi kamayishini aks ettiradi. S–T, P–Q bilan bir sathdagi, deyarli gorizontal chiziqdan iborat. Normada yuqoriga yoki pastga siljish 1 mm dan oshmaydi. O‘tkir koronar yetishmovchilikda do‘mpaygan ko‘rinish oladi.

T-tish qorinchalarning qo‘zg‘alishdan chiqishini aks ettiradi. AVR uzatmadan tashqari barcha uzatmalarda musbat bo‘ladi. Patologiyada kattalashishi, uchli, 2 fazali yoki tekislangan ko‘rinish olishi mumkin. Q–T interval qorinchalarning to‘liq qo‘zg‘alish davrini o‘z ichiga oladi va yurak elektrik sistolasiga to‘g‘ri keladi. Normada sistolik davomiyligi 0,24 soniyadan 0,55 soniyagacha bo‘ladi. Gipertoniya, YuIK da bu interval uzayadi.

Tibbiyot hamshirasi EKG olishni, bemorni texnika xavfsizligiga amal qilgan holda kardiomonitorga ulashni bilishi kerak. Monitor kuzatuv olib borilayotgan og‘ir bemorlar EKG sidagi asosiy patologik o‘zgarishlar (qorinchalar ekstrosistoliyasi, qorinchalar va bo‘lmachalar fibrillatsiyasi, idioventrikular marom)ni bilishi va ular paydo bo‘lganda shifokorni ogohlantirishi lozim.



**A) normal EKG.**



**B) miokard infarktida EKGdagi o‘zgarishlar.**

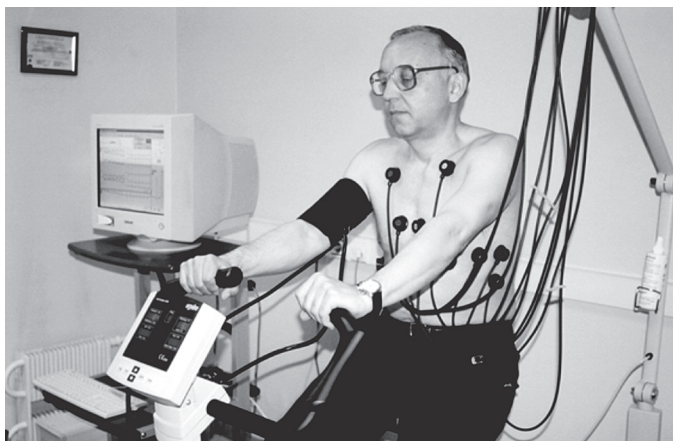
## VII.2. Veloergometriya (VEM)

Veloergometriya yurak ishemik kasalliklarini obyektiv aniqlash usullaridan eng ko'p tarqalgan usul hisoblanadi. Bu usulda bemor velosipedda yurishni imitatsiya qiladi, yurak ishini va koronar qon aylanishining oshishiga olib keladi. Ko'krak qafasiga elektrodlar mahkamlanadi yoki maxsus poyas kiyiladi.

Testdan oldin va test davomida qon bosimi o'lchanib turiladi. Tinch holatda EKG qilinish bo'lgach, zo'riqish testi bajarila boshlaydi. Har 2–3 daqiqa intervaldan zo'riqish oshirib boriladi. Zo'riqish to veloergometriyaga qarshilikkacha oshirib boriladi, tekshiruv davomida qon bosimi o'lchanib, EKG registratsiya qilib boriladi. Shifokor bemordan biron-bir nohushlik yoki og'riq sezsa, xabar berishini tayinlaydi. Nohush sezgilar va og'riq paydo bo'lganda tekshirish to'xtatiladi. Oradan 5–10 daqiqa o'tgach, qon bosimi o'lchanadi va EKG registratsiya qilib boriladi. Veloergometriya qon aylanishi va yurak ritmi buzilishini aniqlab beradi.

### **Veloergometrik ko'rsatmalar:**

- yurak ishemik kasalligini (YuIK) aniqlash;
- yuIKning jismoniy zo'riqishga tolerantlikni aniqlash va infarkt miokardni boshidan o'tkazganligini aniqlash; Dorilarni tanlash, davo effektini aniqlash;
- yurak ritmi buzilishlarini aniqlash;
- trenajyorlarda shug'ullanuvchilarda o'tkaziladi.



### VII.3. Rentgenologik tekshirish usullari

Rentgenologik tekshirish *rentgenoskopiya* (obyektiv tasvirni ekranda hosil qilish) va *rentgenografiya* (tekshirilayotgan obyekt tasvirini yorug'lik sezadigan materialga tushirib, rasmini olish)ni o'z ichiga oladi.

Odam organlarini rentgenologik tekshirish ikki xil usulda amalga oshiriladi: rentgenoskopiya va rentgenografiya.

**Rentgenoskopiya** usulida tekshirilayotgan organ tasviri ekranda hosil qilinadi. Bu usul yordamida o'pka, yurak, katta qon tomirlari, ko'krak oralig'i, ovqat hazm qilish organlarining faoliyati o'rganiladi. Buning uchun bemor ekran bilan rentgen trubkasi orasida, shtativ oldida turadi. Ko'krak qafasini rentgenoskopiya qilganda yuqori kuchlanishli tok 50–70 kb (obyektivning zichligiga qarab), tok kuchi esa 3–4 mA bo'lishi kerak. Ekranni yoritish yo'li bilan qizilo'ngach, me'da, ichak, o't pufagi va siydik yo'llarini ko'rganda texnik ko'r-satkichlar oshiriladi.

**Rentgenografiya** – rentgen nurlari yordamida organ va to'qimalarni rentgen plyonkasiga suratga olishga asoslangan. Rentgenografiya natijasi *rentgenogramma* deb ataladi.

Rentgenogrammada zich to'qimalar yorug', yumshoq to'qimalar bilan havo esa qora bo'lib ko'rinadi.

Rentgenogramma rentgenoskopiya qaraganda ozgina o'zgarishlarning aniq tasvirini beradi.

Odam organizmidagi turli organ va tizimlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish rentgen nurlarining har xil zichlikdagi muhitlar orqali turli xil darajada o'tish xossasiga asoslangan. Odamning to'qima va organlari turli zichlikda bo'lib, rentgen nurlarini turli darajada yutadi. Zich jismlar, tanalar hammadan ko'ra katta, yumshoq to'qima va havo hammadan kam zichlikka ega bo'ladi. Zich to'qimalar ekranga qora bo'lib tushsa, havosi bo'lgan organlar nurga solinganda yorug' joylar hosil bo'ladi, ularning nechog'liq yorug' bo'lishi havo miqdoriga bog'liq: havo qanchalik ko'p bo'lsa, o'sha joy shunchalik yorug' bo'ladi. Suyuqlik ham rentgen nurlarini ko'p yutadi, suyuqlikdan hosil bo'ladigan soya quyuqligi uning miqdoriga to'g'ri proporsionaldir.



**Rentgenoskopiya apparati.**

Zichligi jihatidan atrofdagi to‘qimalardan hamda organ va to‘qimalardan farq qilmaydigan organ va tizimlarni tekshirishda sun‘iy kontrastlash usulidan foydalaniladi.

Rentgenokonstrast moddalar rentgen nurlari kashf qilingandan keyin ko‘p o‘tmay taklif etilgan. Rentgenodiagnostikada ishlatiladigan rentgenokonstrast moddalar ikki guruhga bo‘linadi:

1. *Nisbiy zichligi yuqori bo‘lgan rentgenokonstrast moddalar.* Bular rentgen nurlarini tutib qolib, tekshirilayotgan organ atrofidagi to‘qimalardan ancha quyuqroq bo‘lgan soyani tushiradi. Bu moddalarga yodamid, yodolipol, bilignost, yopan kislota, triombrast, bariy birkmalari va boshqalar kiradi.

2. *Nisbiy zichligi tekshirilayotgan organdan kam bo‘lgan va rentgen nurlarini oson o‘tkazib yuboradigan rentgenokonstrast moddalar.* Bularga kislorod, geliy, azot (II) oksidi, karbonat angidrid gazi kiradi. Amalda kisloroddan ko‘proq foydalaniladi.

Kontrastlash usullari rentgenokonstrast moddani qay tarzda yuborishga ko‘ra 3 guruhga bo‘linadi:

1. Rentgenokonstrast modda odam tanasining tabiiy: burun, og‘iz, siydik chiqarish teshiklaridan yuboriladi.
2. Rentgenokonstrast modda qon oqimiga (gematogen usulda) yuboriladi.

3. Rentgenokontrast modda to‘g‘ridan to‘g‘ri to‘qimalarga, organlarga va tutash bo‘shliqlarga yuboriladi.

Kontrastlash usuli hazm organlari (qizilo‘ngach, me‘da, ingichka va yo‘g‘on ichak)ni tekshirishda qo‘llaniladi. Buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi. Bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki huqna (klizma) qilib yuboriladi. Rentgenoskopiya va rentgenografiya usullari bir-birini to‘ldirib, organ holati to‘g‘risida yetarli ma‘lumot olishda, kasallikni aniqlash va tashxis qo‘yishda katta yordam beradi.

#### VII.4. Exografiya (UZI)

**Exografiya (UZI)** – bu ultratovush yordamida tekshirish usuli bo‘lib, bunda datchik orqali tanaga ultratovush yuboriladi va qaytgan tovush to‘lqinlarini qayd etish orqali a‘zolar holati, zichligi va boshqalar aniqlanadi. Bu tekshirish usuli tuzilishi turlicha bo‘lgan to‘qimalarda yutilish, singish hamda ulardan qaytish turlicha bo‘lishiga asoslangan.

Exografiya ginekologiyada ma‘lumot olish usuli sifatida keng qo‘llanilib, jinsiy a‘zolarining nuqsonlarini, endometriyning giperplastik jarayonini, mioma va endometriozni, tuxumdon o‘smalarini, yallig‘lanish jarayonlarini aniqlash va tashxis qo‘yishda 70–90% yordam beradi.

Ultratovush vositasida jigar va o‘t yo‘llarini aniqlash tekshirishning asosiy usullaridan biri bo‘lib qolmoqda.

Bu organlarning tasviri exotomograf ekranida ro‘y-rost ko‘rinadi va o‘rganiladi. Ultratovush usuli yordamida surunkali gepatit, jigar sirrozi, jigar o‘smasi, qorin bo‘shlig‘idagi suyuqlik (assit), jigar kistasi, o‘t pufagi va o‘t yo‘llaridagi toshlar, ularning yallig‘lanishi aniqlanadi.



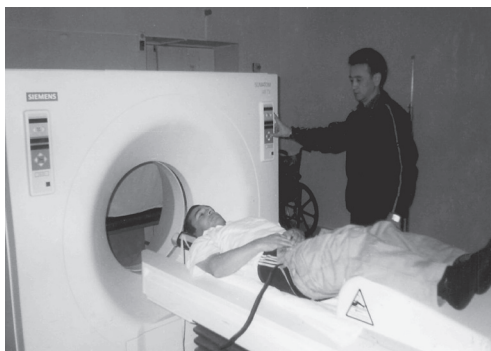
UZI apparati ko‘rinishi.

## VII.5. Kompyuter tomografiyasi (KT)

**Tomograf** – siljib harakatlanuvchi rentgen apparati. U insonning ixtiyoriy aʼzosi haqida toʻliq maʼlumot olishi mumkin. Inson aʼzolaridagi yot jismlarni aniqlashi mumkin. Masalan, buyrakdagi tosh, oshqozon yaralari va hokazolarni aniqlab berishi mumkin. Tomograf aʼzolari qavatma-qavat anatomik holatini rentgen nuri yordamida diagnoz qoʻyish uchun qoʻllaniladi. Tomograf uzatgan maʼlumotlarni tezda qayta ishlash va ekran uchun u, albatta, kompyuter bilan bogʻlangan boʻlishi lozim. Tomograf bemor aʼzolarini koʻrsatib beradi va lozim topilsa, kerakli qismlari kadrqa tushurib beriladi.

Kompyuter tomografiyasida rentgen nurlari yutilishi koʻrsatgichi yuqori boʻlgan sohasi oq rangga, absorbsiya koʻrsatgichi past boʻlgan sohalari qora rangga boʻyaladi. KT oʻtkazilishiga ziddiyatlari boʻlgan kasalliklar kam, shunga qaramay, ushbu tekshiruvda organizmga kiritmaning salmogʻi past boʻlsa-da, katta hajmdagi axborotni olish mumkin. Magnit-rezonans tomografiyadan farqli, KT ning imkoniyatlari birmuncha koʻproq: tekshiruvni tez oʻtkazish va shuningdek, qon quyilishlari yoki suyak qotishi borligini aniqlash mumkin. Ushbu tekshirish usuli bosh miya qon-tomiri kasalliklarida, kalla shikastlarida, miya oʻsimtalarida, miya atrofiyasi va h.k.larda tavsiya etiladi. Biroq, oʻta mayda patologik oʻzgarishlarni topish va suyak bilan oʻralgan toʻqimalarning tasviri masalasida bu tekshirish usulidan magnit-rezonans usuli sifat jihatidan ustunroq.

## VII.6. Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT)



### **Magnit-rezonans tomografiya.**

MRT – yadro magnit rezonansini qoʻllagan holda, inson tanasining har bir qismining tasvirini olish imkoniyatini beruvchi tekshiruv usulidir. Radioaktiv nurlanishdan farqli, ushbu usulda nurlanish olinmaydi va taalluqli xususiyati shundaki, tananing har qanday qismida, har qanday holatida aniq tasvirni olish mumkin. Shuningdek, suyak bilan oʻralgan orqa miya, miya oʻzagi va kallaning orqa chuqurchasining ham tasvirini tiniq holda olish mumkin.

MRT ni qoʻllash paytida mijozni katta magnit halqasiga joylash-tiriladi, bu yerda mijoz kuchli shovqin sharoitida 20–30 minut davomida tinch holatda boʻlishi lozim. Shu sababga koʻra: 1) tinchlikni taʼminlashga yordamga; 2) magnit moddasining organizmga tashqi va ichki taʼsirini bartaraf etishga eʼtiborni qaratish kerak. Yurakda elektron stimulator implantatsiyasi operatsiyasi oʻtkazilgan mijozlarga bu tekshiruv usuli qoʻllanilishi man etiladi. Bundan tashqari, bemorda klaustrofobiya yoki demensiyaga moyillik bor-yoʻqligini aniqlab olish va lozim boʻlsa, unga avvaldan tinchlantiruvchi vositalar yuborib, tekshiruvning toʻgʻanoqsiz oʻtishini taʼminlash kerak.



---

---

**VIII bob. «QARIYALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI»  
FANIDAN AMALIY KO'NIKMALAR**

**VIII.1. Arterial bosimni o'lchash**

**Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. Tonometr, fonendoskop tayyorlanadi.
3. Bemorga muolaja haqida ma'lumot beriladi.
4. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi (o'tqaziladi).
5. Bemorning yalang'ochlangan qo'lga tirsak bo'g'imidan 2–3 sm yuqoriga manjetka o'raladi. Qo'l va manjetka orasiga 1 ta barmoq sig'ishi kerak.
6. Tirsak bo'g'imida yelka arteriyasi topiladi va fonendoskop qo'yiladi.
7. Manjetkaga rezinali balon yordamida asta-sekin havo beriladi.
8. Havo bosimi ostida tanometrdagi simob shisha naychaga ko'tariladi, arteriyadagi pulsatsiya tovushi eshitiladi.
9. Tanometrdagi ko'rsatkich raqam esda saqlanadi.
10. Vintel ochiladi va asta-sekin havo chiqariladi.
11. Fonendoskop tirsak bo'g'imiga qo'yiladi.
12. Nokchadagi vintelni yopib, havo yuboriladi, oldingi raqamdan balandroq (20–30 ml sim. ust.)ga ko'tariladi.
13. Vintel asta-sekin ochiladi va havo chiqariladi. Tonometr strelkasi asta-sekin tushiriladi.
14. Paydo bo'lgan tovush diqqat bilan eshitiladi va tovush eshitilgan raqam eslab qolinadi, bu *sistolik bosim* deb yuritiladi.
15. Paydo bo'lgan tovushning tamom bo'lgan payti tonometrdagi raqam *diastolik bosim* deb yuritiladi.
16. Manjetkadagi havo chiqariladi va yechiladi. Bemor o'z holatiga keltiriladi.
17. Arterial bosimni baholab, kerak bo'lsa shifokorgacha bo'lgan yordam ko'rsatiladi.

18. Olingan ma'lumotlar bemorning tibbiy kartasiga qayd etiladi.
19. Ko'rsatilgan raqamlar nisbat shaklida (110/70) jadval tarzida harorat varaqasiga qayd etiladi.
20. Qo'l yuviladi.

### **Pulsni sanash**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. Soat tayyorlab qo'yiladi.
3. Bemorga muolaja maqsadi haqida tushuncha beriladi.
4. Bemor qulay vaziyatda o'tqiziladi yoki yotqiziladi.
5. Bemorning bilak sohasi qo'lga olinadi.
6. Bilak arteriyasi 2–3–4-barmoqlar bilan topiladi va asta-sekin bosiladi.
7. Puls aniqlanadi (1 daqiqada).
8. Puls tezligi sanaladi.
9. Natija baholanadi.
10. Qo'l bemorning ko'krak qafasiga qo'yiladi.
11. Bir daqiqa ichida nafas harakatlari sanaladi.
12. Puls va nafas harakatlari natijalari baholanadi.
13. Natijalar bemor tibbiy kartasiga qayd qilinadi. Harakat varaqasiga nafas harakati soni, pulsi belgilab qo'yiladi.
14. Qo'l yuviladi.

### **Oqliklarni almashtirish**

#### **Harakat algoritmi:**

#### **Oqliklar almashtirilishidan bemor ogohlantiriladi.**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** toza choyshab, yostiq jild, kleyonkali qopcha (kir oqliklarni joylash uchun).

#### **Bemorda faollik tartibi yarim faol bo'lganda:**

3. Toza choyshabni uzunasiga burab, krovatning yarmigacha olib kelinadi.
4. Bemor boshini asta-sekin ko'tarib, yostiq olinadi.
5. Bemor yonboshiga sekin o'giriladi.

6. Kir choyshab bemorga qarab uzunasiga buraladi.
7. Ketidan toza choyshab burab boriladi va bemor toza choyshab ustiga o'giriladi.
8. Kir choyshab olib tashlanadi va toza choyshabni tekislab, bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
9. Choyshabning chetlari to'shak tagiga kiritiladi.

**Agar bemorda faollik tartibi majburiy holat (qimirlamay yotish) bo'lsa:**

1. Toza choyshab bint singari eniga buraladi.
2. Bemorni asta-sekinlik bilan bosh tomoni beligacha ko'tariladi.

**Oqliklarni almashtirish texnikasi.**

3. Yostiq olib tashlanadi.
4. Tezlik bilan kir choyshab krovatning bosh tomonidan burab boriladi, ketma-ket toza choyshab solinib, yostiq qo'yiladi.
5. Toza choyshab ustiga yostiq qo'yilib, bemor boshi tushiriladi.
6. Bemorning pastki tomoni, oyog'i ko'tariladi va kir choyshab asta-sekinlik bilan tortib olinadi, ketidan toza choyshab solinadi.
7. Bemorning pastki tomoni va oyog'i tushiriladi.
8. Choyshabning chetlari to'shak tagiga kiritiladi.
9. Oldindan yostiq jildi va ko'rpa usti oqliklari almashtirib olinadi.
10. Kir choyshab va oqliklar kleyonkali qopchaga solinadi va kir yuvish xonasiga olib boriladi.

**Kiyim-kechak oqliklarini almashtirish**

**Harakat algoritmi:**

**Bemorga ichki kiyim oqliklarining almashtirilishi haqida ogohlantiriladi.**

1. Qo'l yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** toza ichki kiyim oqligi, kir ichki kiyim oqligi uchun kleyonkali qopcha.
3. Bemor asta-sekinlik bilan bosh tomoni ko'tariladi va kir ko'ylak orqa tomonidan bo'yin sohasiga ko'tariladi.
4. Bemorning qo'li yelka sohasigacha yuqoriga ko'tariladi.
5. Ko'ylak boshdan yechib olinadi.

6. Ko‘ylak yengi qo‘ldan yechib olinadi.
7. Toza ichki kiyim quyidagicha kiygiziladi:
  - oldin yengi, keyin bosh qismi, keyin orqa tomoni va old tomoni tushirilib to‘g‘irlanadi.

**Eslatma:**

- a) agar bemorning qo‘li kasallangan bo‘lsa, kiyim-kechak oldin sog‘ qo‘lidan, keyin esa kasal qo‘lidan yechiladi;
- b) toza kiyim-kechak oqliklari oldin kasal qo‘lidan, keyin sog‘ qo‘lidan kiygiziladi.

**Bemorning o‘rin-ko‘rpasini tayyorlash**

**Harakat algoritmi:**

1. Qo‘l yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** krovat, tumbochkalar, to‘shak, 2 ta yostiq, adyol, kleyonka, 2 ta toza yostiq jildi, choyshab, ko‘rpa oqligini zararsizlantirish uchun 1% li xloramin eritmasi.
3. Krovat, tumbochka, devor har 15 minutda 1% li xloramin eritmasi bilan artiladi.
4. Krovat ustiga to‘shak to‘shaladi va ustidan kleyonka solinadi.
5. Kleyonka ustidan toza choyshab solinib, choyshab chetlari to‘shak orasiga kirgiziladi.
6. Yostiqqa yostiq jildi kiygiziladi.
7. Yostiqning biri pastroq, ikkinchisi balandroq qilib joylashtiriladi.
8. Ko‘rpaga oqlik kiygiziladi.
9. Krovatning bosh qismiga 2 ta sochiq osib qo‘yiladi.

**Sochni parvarish qilish**

Soch har kuni parvarish qilinadi.

Sochni parvarishlash quyidagicha olib boriladi:

- a) sochni har kuni tarash;
- b) sochni haftada 1 marta yuvish.

Sochni parvarishlash tibbiy hamshira tomonidan amalga oshiriladi. Bitlashga (pedikulyozga) qarshi profilaktika maqsadida soch parvarishlanadi.

Tibbiy hamshira bilishi kerak:

- soch va terining anatomo-fiziologik xususiyatlarini;
- bemorga qulay sharoit yaratishni;
- shaxsiy gigiyena anjomlarini zararsizlantirishni.

### **Sochni parvarish qilish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** taroq, sovun, iliq suv, tog'ora, sochiq, suv quyish uchun idish, ko'zacha.
3. Krovatning bosh tomoni 45° burchak ostida ko'tariladi.
4. Muolajani bajarishdan oldin bemor ogohlantiriladi.
5. Bemorning boshi orqaga engashtirilib, sochlari tog'oraga tushiriladi.
6. Bemor boshiga iliq suv quyiladi va sochiga sovun yoki shampun surtiladi.
7. Iliq suv bilan bosh yaxshilab chayiladi.
8. Soch sochiq bilan quruq qilib artiladi.
9. Qurigan soch taraladi va o'rab qo'yiladi.

**Zararsizlantirish:** Taroq 60 daqiqaga zararsizlantiruvchi eritmaga bo'ktiriladi va chayiladi, yuvilgan suvli tog'oraga 6% li perekis vodorodli yuvuvchi eritma solinadi, so'ng chayiladi.

### **Ko'zni parvarish qilish va yuvish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** 0,2% li furatsilin eritmasi, 0,1% li kaliy permanganat eritmasi, iliq qaynagan suv, steril tampon-sharchalar, steril lotok.
3. Qo'l zararsizlantiriladi va rezina qo'lqop kiyiladi.
4. Steril lotokka 8–10 ta steril tampon solinib, ustidan yuqoridagi eritmalardan biri quyiladi.
5. Paxta sharchasini ozgina siqib, kiprik va ko'z qovoqlariga, ko'z tashqi burchagidan ichkarisiga qarab artiladi va lotokka tashlanadi.
6. Paxta sharchalar almashtirilib, muolaja 4–5 marta takrorlanadi.
7. Ikkinchi ko'z ham shu tartibda tozalanadi. Muolaja vaqtida bemorning ahvoli so'rab boriladi.

**Zararsizlantirish:** Ishlatilgan sharchalar ustiga 3% li xloramin eritmasi quyiladi va 60 daqiqa turadi. So'ngra eritma to'kib tashlanadi, lotokni 3% li xlorli ohak eritmasiga 1 soatga solib qo'yiladi va yuviladi. Sterillashdan oldingi tozalash bosqichlardan o'tkaziladi va sterillanadi.

### **Quloqlarni parvarish qilish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** paxta sharchalari, lotok, idish, iliq suv, kleyonka, rezina qo'lqop.
3. Muolaja o'tkazish bemorga oldindan ma'lum qilinadi.
4. Qo'lni zararsizlantirib, rezina qo'lqop kiyiladi, bemorning ko'krak qismiga kleyonka solinadi.
5. Kerakli tibbiy asboblari qulay bo'lgan joyga qo'yiladi.
6. Lotokni bemorning qulog'i ostiga joylashtiriladi.
7. Paxta sharchani tez-tez almashtirgan holda, iliq suv bilan quloq suprasini yuviladi.
8. Paxta sharchasi bilan quloq suprasini artib, quritiladi.
9. Ishlatilgan barcha asboblari yig'ishtiriladi.
10. Rezina qo'lqoplar yechiladi va zararsizlantiruvchi eritma solingan idishga solinadi.
11. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
11. Bemor o'rni to'g'rilab qo'yiladi.
12. Ishlatilgan tibbiy asboblari zararsizlantiriladi.
13. Qo'l zararsizlantiriladi.

### **Quloq bo'shlig'ini parvarish qilish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** 3% li peroksid vodorodning ilitilgan eritmasi, pipetka, paxta pilikcha (turunda)si, lotok, pleyonka, rezinali qo'lqop.
3. Bemorga muolaja haqida oldinroq xabar beriladi.

4. Rezinali qo‘lqop kiyiladi, bemorning ko‘krak qismiga kleyonka solinadi.
5. Barcha tibbiy asbob-anjomlar qulay joyga qo‘yiladi.
6. Bemorning boshi qarama-qarshi tomonga engashtiriladi.
7. O‘ng qo‘lga pipetka olinadi va ilitilgan perekis vodorod eritmasi tortib olinadi.
8. Chap qo‘l bilan quloq suprasini orqaga va yuqoriga tortiladi.
9. Quloq bo‘shlig‘iga 3–4 tomchi tomiziladi.
10. Aylanma harakatlar yordamida paxta pilikcha (turunda)si bilan quloq bo‘shlig‘i artiladi va quritiladi. Zarur bo‘lsa, paxta pilikcha (turunda)si almashtiriladi.
11. Shu tartibda ikkinchi quloq ham tozalanadi.
12. Rezina qo‘lqop yechiladi va dez. eritmali idishga solinadi.
13. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
14. Bemor o‘rni to‘g‘rilab qo‘yiladi.
15. Ishlatilgan anjomlar zararsizlantiriladi.
16. Qo‘llar zararsizlantiriladi.

### **Burun bo‘shlig‘ini parvarish qilish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo‘l yuviladi, quritiladi va qo‘lqop kiyiladi.
2. **Tayyorlanadi:** paxta pilikcha (turunda)si, iliq vazelin yoki glitserin, o‘simlik moyi, pipetka, pinset.
3. Bemorga muolaja haqida oldinroq ma‘lum qilinadi.
4. Bemorning boshi orqa tomonga engashtiriladi.
5. O‘ng qo‘l bilan pipetka olinadi va moylardan biri tortib olinadi.
6. Chap katagiga 5–6 tomchi moy tomiziladi.
7. 2–3 daqiqadan so‘ng paxta pilikcha (turunda)si aylanma harakat bilan burun katakchalariga kirgiziladi va tezda artiladi.
8. Muolaja burun toza bo‘lguncha qaytariladi.
9. Xuddi shu tartibda burunni ikkinchi katagi tozalanadi.
10. Ishlatiladigan ashyolar 3% li xloramin eritmasida zararsizlantiriladi.

**Dezinfeksiya:** paxta pilikcha (turunda)lariga 3% li xloramin eritmasi qo‘shiladi va 60 daqiqadan so‘ng tashlab yuboriladi.

## Og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi, quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** antiseptika eritmalari (0,2% li gidrokarbonat natriy eritmasi yoki 1:5000 nisbatda furatsilin eritmasi, lotok, pinset, Koxer qisqichi, doka, salfetka, shpatel, 3% li xloramin eritmasi, og'izni kengaytiruvchi va tilni qisib turuvchi asboblari.
3. Bemorga muolaja haqida ma'lumot beriladi.
4. Bemor boshi yoniga o'tiriladi va tagiga kleyonka solib, lotok qo'yiladi.
5. Qo'lga rezina qo'lqop kiyiladi.
6. Bemordan og'izni katta ochish so'raladi, agar bemor og'zini ocha olmasa, og'iz kengaytiruvchi va tilni qisib turuvchi asbob bilan ochiladi.
7. 0,5% li natriy gidrokarbonatga shimdirilgan tampon qisqich yordamida olinadi.
8. Shpatel yordamida lunji orqaga itariladi.
9. Tampon yordamida tishlar, milk, og'iz bo'shlig'i va til artiladi.
10. Agar lab quruq bo'lsa yoki yorilgan bo'lsa vazelin surtiladi.
11. Rezina qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

## Og'iz bo'shlig'ini yuvish va chayish

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** 2% li natriy gidrokarbonat eritmasi, lotok, pinset, shpatel, Jane shprisi yoki noksimon idish, tamponlar.
3. Bemor boshi yon tomoniga engashtiriladi va tagiga lotok qo'yiladi.
4. Qo'lga rezina qo'lqop kiyiladi.
5. Bemordan og'zini katta ochish so'raladi, agar bemor og'zini ocha olmasa, og'iz kengaytiruvchi va tilini qisib turuvchi asbob bilan ochiladi.
6. 2% li natriy gidrokarbonatga shimdirilgan tampon qisqich yordamida olinadi.



7. Shpatel yordamida lunj orqaga itariladi.
8. Tampon yordamida tishlar, milk, ogʻiz boʻshligʻi va til artiladi.
9. Agar lab quruq boʻlsa yoki yorilgan boʻlsa vazelin moyi surtiladi.
10. Rezina qoʻlqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

### **Terini parvarish qilish (vanna qabul qilish)**

1. Qoʻl yuviladi va quritiladi.
2. Fartuk, niqob, qoʻlqop kiyiladi.  
**Tayyorlanadi:** mochalka, sovun, shyotka, suv termometri, yogʻoch tirgovich, choyshab, sochiq, toza oqliklar.
3. Xona harorati oʻlchanadi.
4. Vanna 1% li xloramin eritmasi bilan har 5–10 daqiqada 2 marta zararsizlantiriladi.
5. Vanna sovun bilan yoki yuvuvchi vosita bilan shyotka yordamida yuviladi.
6. Vanna issiq suv bilan chayiladi.
7. Vanna suvga toʻldiriladi va suv harorati oʻlchanadi. Suv harorati 37°C ni tashkil qilishi kerak.
8. Bemorga vannaga tushishiga yordam beriladi.
9. Bemorning boshi, tanasi va qoʻl-oyoqlari sovun bilan yuviladi.
10. Iliq suv bilan chayiladi.
11. Bemor vannadan chiqishiga yordamlashiladi va sochiq yoki choyshab bilan artiladi.
12. Bemorga toza kiyim oqliklari kiygiziladi va bemor xonaga olib boriladi.
13. Vanna va choʻmilish ashyolari zararsizlantiriladi.
14. Kasallik tarixiga belgilab qoʻyiladi.

### **Terini parvarish qilish (dush qabul qilish)**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qoʻl yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** mochalka, sovun, sochiq yoki choyshab, toza kiyim, zararsizlantiruvchi vositalar.
3. Vanna va stul issiq suvda chayiladi.
4. Bemor stulga oʻtqaziladi.

5. Bemor sovunli mochalka bilan ishqalanadi, soʻngra chayiladi.
6. Bemorga vannadan chiqishga yordam beriladi.
7. Bemor artintiriladi va kiyinishiga yordam beriladi.
8. Kasalxonaga olib boriladi.
9. Vanna va choʻmilish ashyolari zararsizlantiriladi.
10. Kir kiyimlar qopga solinadi va yuvish xonasiga olib boriladi.

### **Terini parvarish qilish (terini artish)**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qoʻl yaxshilab yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** kamfora spirti, sirkali suv, iliq suv, yarim spirtli eritma, aroq, atir, 01 % li kaliy permanganat eritmasi, kleyonka, yumshoq mochalka.
3. Yumshoq mochalka yoki sochiqning bir uchi eritmalardan birida hoʻllanadi va siqiladi.
4. Tomoq, quloq orqasi, orqa, koʻkrak qafasining old tomoni, qoʻltiq osti, koʻkrak osti bezlari artiladi.
5. Shu tartibda quruq qilib artiladi.

**Eslatma:** Muolaja vaqti 30 daqiqa.

### **Ogʻir yotgan bemorlarning oyoqlarini yuvish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qoʻl yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** togʻora, 35–36°C li iliq suv, sochiq, sovun, qaychi, koʻzacha.
3. Toʻshakning oyoq tomoni buklanadi va kleyonka solinadi.
4. Krovatning oyoq qismiga togʻora qoʻyiladi.
5. Rezina qoʻlqop kiyiladi.
6. Bemorning oyoqlari togʻoraga tushiriladi.
7. Oyoqlari sovun bilan yuviladi va chayiladi.
8. Sochiq bilan artiladi.
9. Kerak boʻlsa tirnoqlar qaychi yordamida olinadi.

**Zararsizlantirish:** qaychi zararsizlantiruvchi eritmaga 60 daqiqaga solib qoʻyiladi, togʻora 6% li perekis vodorodli eritma bilan yuviladi.

10. Rezina qoʻlqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

## Og'ir yotgan bemorlarning tagini yuvish

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. Bemorga muolaja haqida ma'lumot beriladi.
3. **Tayyorlanadi:** iliq suv, idish, paxta sharchalari, siydikdon, kleyonka, qo'lqop, to'siq.
4. Bemor oldi to'siq bilan to'siladi.
5. Bemor tagiga kleyonka yoziladi va siydikdon qo'yiladi.
6. Kerakli ashyolar qulay joyga qo'yiladi.
7. Qo'lqop kiyiladi.
8. Bemorga oyoqlarni bukishi va oyoqlar orasini ochishi so'raladi.
9. Son sohasi va chov burmalari yuviladi.
10. Katta jinsiy lablar orasi suv oqimi bilan tampon yordamida yuqoridan pastga qarab yuviladi. Tamponlar almashtirib turiladi.
11. Kichik jinsiy lablarni orasi siydik chiqarish yo'llari, suv oqimi bilan tampon yordamida yuqoridan pastga qarab yuviladi. Tamponlar almashtirib turiladi.
12. Jinsiy a'zolar salfetka bilan artiladi va quritiladi.
13. Orqa chiqaruv yo'llari ham yuviladi. Salfetka yordamida artiladi va quritiladi.
14. Siydikdon olinadi.
15. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiruvchi eritmaga solinadi.
16. Bemorga qulay sharoit yaratib beriladi.
17. Bemor o'rin-ko'rpasi tekislab solinadi.
18. Ishlatilgan ashyolar zararsizlantiriladi.
19. Qo'l zararsizlantiriladi.

### Yotoq yaralarini parvarishlash (1–2-daraja)

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** antiseptik vosita (kamfora spirti, sirkali suv, yarim spirtli eritma, atir, aroq) yoki iliq qaynagan suv, salfetka, lotok, rezina chambarak.
3. Yotoq yara paydo bo'lgan soha ko'zdan kechiriladi.
4. Eritma yoki suvda ho'llangan salfetka siqib olinadi.

5. Aylanma harakat bilan teri qizarguncha artiladi.
  6. Qolgan teri sohalari ham shu tarzda artiladi. Salfetkalar almash-tirilib turiladi.
  7. Bemorning ichki kiyimlari to'g'rilab qo'yiladi.
  8. Yotoq yara paydo bo'lgan sohaga rezina chambarak qo'yiladi.
  9. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
- Eslatma:** muolaja har 2–3 soatda o'tkaziladi.

### **Yotoq yaralarini parvarishlash (3–4-daraja)**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** steril lotok, bog'lov ashyolari, steril bint, antiseptika vositasi (70% li spirt, 1:5000 nisbatli furatsilin eritmasi, 3% li perekis vodorod, brilliant ko'ki, steril skalpel, leykoplastir).
3. Muolaja vaqtida shifokorga yordam beriladi.
4. Ishlatilgan bog'lov ashyolari zararsizlantiriladi.

**Zararsizlantirish:** Bog'lov ashyolari 3% li xlorli ohak eritmasiga bo'ktirib qo'yiladi. Tibbiy asboblar 3% li xlorli ohak eritmasiga 60 da-qiqa bo'ktirib qo'yiladi, so'ngra chayiladi.

### **Og'ir yotgan bemorlarni gastrostoma orqali ovqatlantirish**

**Ko'rsatma:** qizilo'ngach shikastlanganda (o'sma, kuyish va jaro-hatlanganda) oshqozon operatsiyasidan keyin.

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemor va kasalxona ovqatlantirish uchun tayyorlanadi.
2. Qo'l yuviladi va quritiladi.
3. **Tayyorlanadi:** 20 ml li shpris, isitilgan suyuq ovqat, 37–38°C li bir stakan qaynagan suv, gastrostomaning atrofini tozalash uchun bog'lov anjomlari (steril doka, sharcha va salfetka), antiseptika eritmalaridan 0,2% li furatsilin eritmasi, shpatel, Lassar pastasi.
4. Rezina qo'lqop kiyiladi.
5. Gastrostoma ochiladi.
6. Shpris zondning uchiga o'rnatiladi.
7. Mara qisqichi bilan zond qisiladi.
8. Isitilgan suyuqlik oz-ozdan 2–3 daqiqa oralig'ida yuboriladi. Zond ichiga havo tushishiga yo'l qo'yilmaydi.

9. Tayyorlangan suv bilan zond yuviladi (30 ml gacha).
10. Zondning bo'sh qismi qisqich bilan qisiladi.
11. Shpris va zond bir-biridan ajratiladi.
12. Gastrostoma atrofi tayyorlangan antiseptika eritmaları yordamida steril doka sharchalari bilan artiladi.
13. Teri salftkalar yordamida quritiladi.
14. Gastrostoma ustiga Lassar pastasi surtilgan salftka qo'yiladi va leykoplastir bilan yoki yumshoq bog'lam bilan bog'lanadi.
15. Idish-tovoqlar yig'ishtirilib olinadi va zararsizlantiriladi.
16. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
17. Ovqatlantirilgandan so'ng bemor kuzatiladi.

### **Og'ir yotgan bemorni zond orqali ovqatlantirish**

#### **Ko'rsatmalar:**

- bemor behush bo'lganda;
- og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach shikastlanganda;
- narkozdan keyin yutinish harakati buzilganda.

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemor va kasalxona ovqatlantirish uchun tayyorlanadi.
2. Qo'l yuviladi va artiladi.
3. **Tayyorlanadi:** steril nazogastral zond, 20–50 gr shpris, 38–39°C gacha isitilgan suyuqlik, salftka, steril shpatel, og'iz bo'shlig'ini kengaytiruvchi asbob (kergich).
4. Qo'lqop kiyiladi.
5. Zondning yopiq uchi iliq suvda ho'llanadi.
6. Burun teshigidan zond kirgiziladi.
7. Zond kiritilayotganda bemor nafas olish harakati nazorat qilib boriladi.
8. Bemorning yuz rangi o'zgarishi, qusish refleksi paydo bo'lishi bilan muolaja bajarilishi to'xtatiladi.
9. Og'iz kengaytirgich yoki shpatel yordamida zond to'g'ri kiritilgani tekshirib ko'riladi.
10. Zondning ochiq uchiga shpris ulanadi.
11. Zondni oshqozonga tushganiga ishonch hosil qilish uchun shpris porsheni tortib ko'riladi, bunda oshqozon suyuqligi chiqishi lozim.

12. Oz-ozdan taqsimlangan suyuqlik yuboriladi.
13. Shpris zonddan ajratiladi.
14. Zondning bo'sh uchi salfetka bilan o'raladi.
15. Zond asta-sekinlik bilan salfetka orasidan o'tkazib tortib olinadi.
16. Bemorning o'rin-ko'rpasi tekislab qo'yiladi.
17. Ovqatlantirilgan idishlar zararsizlantiriladi.
18. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
19. Ovqatlangandan so'ng bemor ahvoli nazorat qilib turiladi.

### **Tana haroratini o'lchash**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** tibbiy termometr, sochiq, harorat daftari, zararsizlantiruvchi eritma solingan idish (1% li xloramin eritmasi).
3. Bemorga muolaja haqida ma'lumot beriladi.
4. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
5. Termometr olinadi va simob ustuni silkitib tushiriladi.
6. Termometr qo'yiladigan soha ko'zdan kechiriladi va sochiq bilan quruq qilib artiladi.
7. Termometr teri burmasiga qo'yiladi. Bunda termometrda simob rezervuari badanga tegib turishi kerak.
8. 10 daqiqadan so'ng termometr olinadi.
9. Termometrda ko'rsatgich aniqlanadi.
10. Termometr ko'rsatgichi harorat daftariga qayd qilinadi.
11. Termometr simob ustuni pastga tushguncha silkitiladi.
12. Termometr zararsizlantiriladi.
13. Harorat varaqasiga qayd qilinadi.
14. **Termometrni zararsizlantirish:** termometr zararsizlantiruvchi eritmalaridan biriga solib qo'yiladi (2% li xloramin eritmasiga 30 daqiqaga, 3% perekis vodorodli eritmasiga 80 daqiqaga, 0,5% li dizoksan eritmasiga 20 daqiqaga):
  - oqar suvda chayiladi va quruq qilib artiladi;
  - termometr quruq joyda, tagiga paxta solingan idishda saqlanadi.

## Xantal qo'yish texnikasi

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** xantal (gorchichnik), lotokka solingan issiq suv, salfetka, sochiq, malham (krem).
3. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
4. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi va xantal qo'yiladigan soha ko'zdan kechiriladi.
5. Xantal issiq suvda ho'llanadi va kerakli sohaga qo'yiladi.
6. Xantal qo'yilgandan so'ng, ustiga sochiq va ko'rpa yopiladi.
7. 10–15 daqiqadan so'ng xantal olinadi.
8. Xantal qo'yilgan soha nam salfetka bilan artiladi va malham bilan ishqalanadi.
9. Bemor o'rab qo'yiladi.
10. Ishlatilgan ashyolar zararsizlantiriladi.

**Eslatma:** xantal ishlatilishidan oldin sifati tekshiriladi.

Xantal qo'yishga monelik qiladigan hollar:

- tana harorati ko'tarilganda;
- teri kasalligida;
- qon oqishida.

### Isitkich (grelka qo'yish)

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** isitgich, kerakli haroratdagi suv (bolalarga 38–40°C, kattalarga 60–80°C), sochiq.
3. Isitgich yaroqligi tekshiriladi.
4. Isitgich olinadi va 2/3 qismi suv bilan to'ldiriladi.
5. Isitgichdan havo siqib chiqariladi va qopqog'i zich qilib berkitiladi.
6. Isitgich sochiq bilan o'raladi.
7. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
8. Bemor qulay vaziyatda o'tqiziladi yoki yotqiziladi.
9. Isitgich kerakli sohaga qo'yiladi.
10. Muolaja tugagandan so'ng isitgich olinadi va bemor qulay holatda yotqiziladi.
11. Isitgich zararsizlantiriladi.

## Muzli xaltacha qo'yish texnikasi

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** muzli xaltacha (butunligi tekshiriladi), muz solingan idish, sochiq.
3. Xaltacha olinadi va muz bo'lakchalari bilan to'ldiriladi.
4. Muzli xaltacha usti zich qilib berkitiladi.
5. Muzli xaltacha sochiq bilan o'raladi.
6. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
7. Bemor qulay vaziyatda o'tqaziladi yoki yotqiziladi.
8. Muzli xaltacha kerakli sohaga qo'yiladi.
9. Har 30 daqiqada muzli xaltacha olib turiladi.
10. 2 soatdan keyin muzli xaltacha olib tashlanadi.
11. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
12. Muzli xaltacha zararsizlantiriladi.

## Xvoyli-tuzli vannalarni o'tkazish

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** suv termometri, osh tuzi, sochiq, sovuq suvli isitgich, yog'och tirgovich, choyshab.
3. Bemorga muolaja maqsadi va muolaja bajarilish texnikasi tushuntiriladi.
4. Shifokor ko'rsatmasiga binoan vanna kerakli haroratli suv bilan to'ldiriladi.





5. Eritma yoki tuz solinadi.
6. Bemor vannaga o'tqaziladi, oyog'i yog'och tirgovuchga tiraladi va vaqt belgilanadi.
7. Bemorning boshi tagiga sovuq suvli isitgich qo'yiladi.
8. Muolaja vaqtida bemor nazorat ostida bo'ladi (8–10 daqiqa).
9. Muolaja tugaganidan so'ng bemor vannadan turgiziladi, choyshab bilan artiladi va kiyinishiga yordam beriladi.
10. Vanna qabul qilganidan so'ng bemor 30–40 daqiqa dam olishi lozim.
11. Vanna zararsizlantiriladi.

### **«Kvars» o'tkazish (yotoq yaralari 1, 2-darajali bo'lganda)**

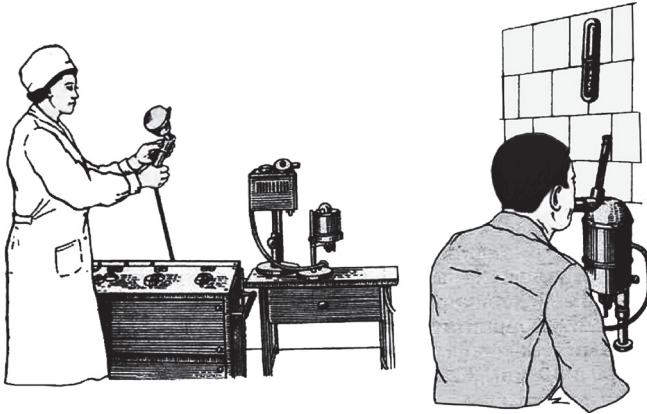
#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Qo'l yuviladi va quritiladi.
3. **Tayyorlanadi:** «Kvars» lampasi, choyshab, qum soat.
4. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
5. Yotoq yara paydo bo'lgan soha ochiladi.
6. «Kvars» lampasi 50 sm balandlikda o'rnatiladi.
7. Lampa yoqiladi va vaqti belgilanadi. 1-kun 15 sek, 2-kun 30 sek, 3-kun 45 sek, ikki daqiqagacha uzaytiriladi, davolash kursi 6–12 marta.
8. Vaqti tugagandan so'ng lampa o'chiriladi.
9. Choyshab olinadi va bemor kiyimi to'g'rilab qo'yiladi.
10. Chambarak qo'llanadi.
11. Lampa va choyshab o'z joyiga qo'yiladi.

### **Sepma (prisipka) dori moddalarini qo'llash**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** sepma dori, iliq suv solingan lotok, steril salfetka.
3. Teri iliq suvda yuviladi.
4. Salfetka bilan quruq qilib artiladi.
5. Sepma dori sepiladi.
6. Ishlatilgan dorilar zararsizlantiriladi.
7. Qo'l yuviladi.

## Choʻntak ingalyatoridan foydalanish



Ingalyatsiya xonasi.

### Harakat algoritmi:

1. Choʻntak ingalyatori tayyorlanadi.
2. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
3. Ingalyator qopqogʻi ochiladi va mundshtuk kiygiziladi.
4. Ingalyator pastga toʻntariladi va bosh koʻrsatkich barmoq bilan ushlanadi.
5. Bemordan mundshtukni lablari bilan siqish soʻraladi.
6. Bemordan ogʻiz orqali chuqur nafas olish soʻraladi va shu zahoti ingalyator bosiladi, ichidagi aerozol nafas yoʻllariga sepiladi.
7. Bemordan nafasni 10 gacha sanab ushlab turish soʻraladi.
8. Ingalyator olinadi va qopqogʻi yopiladi.

### Eslatma:

- Choʻntak ingalyatori individual qoʻllaniladi.
- Bir kunda 5–7 marta qoʻllaniladi.

### Dori moddalarini parenteral yoʻl orqali yuborish.

#### Ampuladan dori moddalarini tortib olish

1. Qoʻl yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** paketidagi kerakli hajmdagi shpris igna, steril paxta sharchalari, 70% li etil spirti, kesuvchi vosita, dori moddasi.

3. Shpris yigʻiladi va paketiga solinadi.
4. Dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
5. Ampula uchidagi dori qoldiqlari silkitib pastga tushiriladi.
6. Ampula uchi kesiladi.
7. Spirtga hoʻllangan paxta bilan ampula uchi sterillanadi.
8. Ampula chap qoʻlning 2–3-barmoqlari orasiga olinadi va uchi pastga qaratiladi.
9. Oʻng qoʻl bilan shpris olinadi, igna ampula ichiga kiritiladi.
10. 1–4-barmoqlar bilan shpris silindri ushlanadi.
11. Kerakli miqdordagi dori moddasi shpris porsheni orqali tortib olinadi.
12. Igna almashtiriladi.
13. Shprisdan havo va ortiqcha miqdordagi dori moddasi chiqarilib yuboriladi.
14. Shpris paketga solinadi.
15. Ikkita paxta sharchalari spirtga hoʻllanadi va paket yoniga qoʻyiladi.
16. Ishlatilgan ashyolar yigʻishtirib olinadi.
17. Qoʻl yuviladi.

### **Teri orasiga inyeksiya qilish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qoʻl yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** 1 ml li shpris, 10–15 mm li igna, dori moddalari, steril paxta sharcha, 70% li spirt.
3. Buyurilgan dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
4. Qoʻlqop kiyiladi.
5. Shpris yigʻiladi.
6. Shprisga kerakli miqdordagi dori moddasi tortib olinadi.
7. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
8. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
9. Inyeksiya qilinadigan soha zararsizlantiriladi.
10. 70% li spirt bilan inyeksiya qilinadigan soha 2 marta artiladi.
11. Chap qoʻl bilan inyeksiya qilinadigan soha tortiladi.

12. O'ng qo'l bilan shpris olinadi, ko'rsatkich barmoq bilan shpris muftasi ushlanadi.
13. Igna kerakli sohaga kiritiladi.
14. Shpris porsheni itariladi va dori moddasi yuboriladi.
15. Spirtga ho'llangan paxta bilan inyeksiya qilingan joyga, igna sanchilgan joyga qo'yiladi va igna tortib olinadi.
16. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
17. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
18. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
19. Inyeksiya qilinganlik haqida bemorning kasallik tarixiga belgilab qo'yiladi.

### **Teri ostiga inyeksiya qilish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** igna, shpris, dori moddasi, steril paxta sharchalari, 70% li etil spirt.
3. Dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
4. Shifokor ko'rsatmasi o'qiladi.
5. Qo'lqop kiyiladi va shpris yig'iladi.
6. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
7. Inyeksiya uchun kerakli soha aniqlanadi.
8. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
9. Inyeksiya qilinadigan soha spirt bilan 2 marta artiladi.
10. Shpris o'ng qo'l bilan olinadi, chap qo'l bilan inyeksiya qilinadigan soha siqiladi.
11. Tezlik bilan 45° burchak ostida ignaning 2/3 qismi kiritiladi.
12. Siqilgan soha qo'yib yuboriladi va asta-sekin shpris porsheni itarilib, dori moddasi yuboriladi.
13. Igna sanchilgan joyga spirtga ho'llangan paxta qo'yiladi va tezda igna tortib olinadi.
14. Shpris zararsizlantiriladi.
15. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
16. Qo'l zararsizlantiriladi.
17. Muolaja bajarilganligi haqida belgilab qo'yiladi.

## Muskul orasiga inyeksiya qilish

### Harakat algoritmi:

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** 5–10 ml li shpris, 40–50 mm li igna, dori moddasi, steril paxta sharchasi, 70% li spirt.
3. Dori moddasi dozasi tekshiriladi.
4. Shifokor ko'rsatmasi o'qiladi.
5. Shpris yig'iladi.
6. Dori moddasi shprisga tortiladi.
7. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
8. Inyeksiya qilinadigan soha aniqlanadi.
9. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
10. Qo'lqop kiyiladi.
11. Inyeksiya qilinadigan soha spirt bilan 2 marta artiladi.
12. Shpris o'ng qo'lga olinadi va 5-barmoq bilan shpris mufti, 2-barmoq bilan shpris porsheni, 1, 3, 4-barmoqlar bilan shpris silindri ushlanadi.
13. Inyeksiya qilinadigan soha chap qo'l bilan siqiladi yoki tortiladi.
14. Ignani 90° burchak ostida tezda kiritiladi.
15. Tortilgan yoki siqilgan soha qo'yib yuboriladi va porshen itarilib, dori moddasi yuboriladi.
16. Igna sanchilgan joyga spirtli paxta qo'yiladi va igna tezda tortib olinadi.
17. Inyeksiya qilingan joy asta-sekin uqalanadi (massaj qilinadi).
18. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
19. Ishlatilgan asboblarni zararsizlantiriladi.
20. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
21. Muolaja bajarilganligi haqidagi belgi muolaja varaqasiga belgilanadi.
22. 20–25 daqiqadan so'ng bemorning hol-ahvoli so'raladi.

### Venaga tomchilab dori moddalarini yuborish texnikasi

Tibbiy hamshira quyidagilarni bilishi kerak:

- tomchi dori moddalarini yuborish maqsadi;
- tomchi dori moddalar vositasi;

- tizim yig‘ish;
  - terminlarni: infuziya, intoksikatsiya, dezintoksikatsiya, diurez, emboliya, suv muvozanati;
  - dori moddalarini yuborish tezligi;
  - tomchilatib dori yuborishda uchraydigan asoratlar.
- Tibbiy hamshira quyidagilarni bajarishi kerak:
- antiseptika qoidalariga rioya qilish;
  - tizimni zararsizlantirish;
  - muolaja vaqtida, muolajadan so‘ng bemor ahvolini kuzatish;
  - asoratlarda birinchi yordam ko‘rsatish.

### **Tomchilatib dori moddasini yuborish uchun tizimni tayyorlash va yig‘ish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo‘l yuviladi, quritiladi va qo‘lqop kiyiladi.
2. **Tayyorlanadi:** tizim, flakonda dori moddasi, 70% li etil spirt, steril paxta sharchalar, lotok, pinset, qisqich, qaychi, shtativ, tibbiy rezina, leykoplaster.
3. Shifokor ko‘rsatmasi, dori moddasi va dozasi tekshiriladi.
4. Pinset yoki qisqich yordamida flakon ochiladi.
5. Flakon qopqog‘i spirt bilan zararsizlantiriladi.
6. Tampon flakon qopqog‘ida qoldiriladi.
7. Qaychi yordamida paket ochiladi.
8. Paketdan havo o‘tkazgich chiqariladi.
9. Havo o‘tkazgich flakonga kiritiladi.
10. Havo o‘tkazgichning bo‘sh uchi rezina bilan mahkamlanadi.
11. Tayyorlangan igna flakonga kiritiladi.
12. Qisqich bilan berkitiladi.
13. Flakon shtativ o‘rnatiladi.
14. Dori moddasi bilan filtr yarmigacha to‘ldiriladi.
15. Igna qopqog‘i ochiladi va pastga engashtiriladi.
16. Qisqich asta-sekin ochiladi va dori moddasi tushadi.
17. Dori moddasini yuborish tezligi aniqlanadi.
18. Qisqich yordamida qisiladi.
19. Ignaga qopqoq kiygiziladi va shtativga ilib qo‘yiladi.

20. 3 ta leykoplastir bo'lakchasi tayyorlanadi va shtativga yopishtirib qo'yiladi.
21. Lotokda steril paxta sharchasi va spirt tayyorlab qo'yiladi.

### **Dori moddalarini venaga yuborish texnikasi**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemorga muolaja haqida ma'lumot beriladi.
2. Qo'l yuviladi va quritiladi.
3. Venaga inyeksiya qilish uchun kerakli asboblar tayyorlanadi.
4. Qo'l zararsizlantiriladi va rezina qo'lqop kiyiladi.
5. Bemor qulay sharoitda yotqiziladi.
6. Venopunksiya o'tqaziladi.
7. Igna tagiga steril salfetka qo'yiladi va tizim ulanadi.
8. Dori moddasini tushish tezligi filtr orqali tekshiriladi.
9. Igna leykoplastir yordamida mahkamlanadi va salfetka yopiladi.
10. Bemor ahvoli kuzatib turiladi.
11. Kerakli miqdorda dori yuborilgandan so'ng, qisqich yordamida qisiladi.
12. Igna kirgizilgan sohaga spirtga ho'llangan paxta qo'yib, igna tezda chiqariladi.
13. Bemordan qo'lni bukish so'raladi.
14. Bemordan 20–30 daqiqa yotish kerakligi so'raladi.
15. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.
16. Ishlatilgan asboblar zararsizlantiriladi.
17. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
18. Muolaja bajarilganligi belgilab qo'yiladi.
19. 20–25 daqiqadan so'ng bemor ahvoli so'raladi.

### **Qusayotgan bemorlarga yordam ko'rsatish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** tog'ora, kleyonka, sochiq yoki salfetka, noksimon balon, suv, lotok.

3. Qo‘lqop va fartuk kiyiladi.
4. Bemor qulay vaziyatda o‘tqaziladi.
5. Bemorning ko‘krak qafasiga kleyonka yoki kleyonkali fartuk tutiladi, protez tishlari bo‘lsa, olib qo‘yiladi.
6. Bemorning oyoq orasiga tog‘ora qo‘yiladi.
7. Bemorning boshi, peshona qismi ushlab turiladi.
8. Og‘iz bo‘shlig‘i salfetka yordamida qusuq moddalaridan tozalanadi.
9. Og‘iz bo‘shlig‘i tozalanadi.
10. Bemor lablari artiladi.
11. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi.
12. Bemordan xabar olib turiladi.
13. Ishlatilgan asboblarni zararsizlantiriladi.

**Eslatma:** shifokor ko‘rsatmasi bilan qusuq moddalari laboratoriyaga yuboriladi. Qusuq moddalari orasida qon qoldig‘i aniqlansa, shifokor chaqiriladi va yordam ko‘rsatiladi.

### **Hushsiz yotgan bemorlar qusayotganda yordam ko‘rsatish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo‘l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** kleyonka, lotok, tog‘ora, noksimon balon, shpatel, og‘iz kengaytiruvchi moslama, og‘iz bo‘shlig‘ini yuvish uchun eritma (0,02% li furatsilin eritmasi, 2% li soda eritmasi), qaynagan suv.
3. Fartuk va qo‘lqop kiyiladi.
4. Bemorning boshi yon tomonga o‘giriladi, tagiga kleyonka solinadi.
5. Bemorning og‘zi burchagiga lotok qo‘yiladi.
6. Bemorning har bir qayt qilganda og‘iz bo‘shlig‘i tozalanadi.
7. Aspiratsiyani oldi olinadi.
8. Bemorning ahvoli yengillashadi, unga qulay sharoit yaratiladi.
9. Ishlatilgan asboblarni zararsizlantiriladi.
10. Qo‘lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
11. Bemor kuzatib turiladi.



## Me'dani yuvish (zaharlanganda yordam ko'rsatish)

### Harakat algoritmi:

1. **Tayyorlanadi:** steril, yo'g'on me'da zondi, voronka, 1 chelak yuvish uchun eritma (4,2% li natriy gidrokarbonat eritmasi, suv), 1 litrli ko'zacha, kleyonkali fartuk, kleyonka, suv solish uchun tog'ora, sochiq, «Jane» shprisi, qo'lqop.
2. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
3. Qo'l yuviladi va quritiladi.
4. Fartuk va qo'lqop kiyiladi.
5. Bemordan ko'ylak tugmachalarini yechish so'raladi (kamar, protez tish, galstuk yechiladi).
6. Bemor to'g'ri o'tqaziladi: stulga suyangan holda boshi oldinga engashgan, oyoqlari bir oz ochilgan holda o'tqaziladi.
7. Bemorning bo'yin va ko'kragiga kleyonka fartuk tutiladi.
8. Pinset yordamida steril, nam zond olinadi. O'ng qo'l bilan yopiq uchidan 10–15 sm oraliqda ushlanadi, chap qo'l bilan ikkinchi uchi ushlanadi.
9. Me'daga qancha santimetrda zond kiritilishi aniqlanadi.
10. Bemordan og'iz ochish va burun orqali chuqur nafas olish so'raladi. Zondning yopiq uchi til ustiga qo'yiladi.
11. Bemordan yutinishi so'raladi. Har bir yutinganda zond asta-sekin yuboriladi. Zond belgilangan qismigacha kiritiladi.
12. Zondning ikkinchi uchiga voronka kiygiziladi.
13. O'rnatilgan voronka bemorning tizzasigacha tushiriladi va yuvish uchun tayyorlangan eritma bilan to'ldiriladi.
14. Eritma solingan voronka asta-sekinlik bilan ko'tariladi.
15. Voronka yana asta-sekin tizzagacha tushiriladi va ichidagi suyuqlik tog'oraga tushiriladi.
16. Muolaja me'dadan toza suv tushguncha 15–16 marta qaytariladi.
17. Salfetka bilan zond uchi o'raladi.
18. Asta-sekinlik bilan zond me'dadan chiqariladi va salfetka bilan artiladi.
19. Bemor oldidan kleyonka olinadi va ishlatilgan asboblarning zararsizlantiriladi.
20. Qo'lqop va fartuk yechiladi va zararsizlantiriladi.

21. Me'da yuvilgandan so'ng bemor ahvoli kuzatiladi.

**Eslatma:** me'da yuvilgan suv shifokor ko'rsatmasi bilan laboratoriyaga yuboriladi. Qolgan qismi zararsizlantiriladi.

### **Fiziologik chiqarishi buzilgan bemorlarni parvarish qilish**

Fiziologik chiqarishi buzilishiga:

- ich ketishi yoki ich qotishi;
- meteorizm-gaz yig'ilishi;
- siydik tutilib qolishi;
- siydik tuta olmay qolganda.

### **Ich qotganda parvarishlash**

1. Bemor ahvoli kuzatiladi va so'rab-surishtiriladi.
2. Bemordan ovqatlanish tartibi so'raladi.
3. Ko'rsatma bo'yicha huqna (klizma) qilinadi.
4. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
5. Shifokor ko'rsatmasiga qarab bemorga bo'shashtiruvchi dori beriladi.
6. Bemor kuzatiladi.

### **Tozalash klizmasi**

*Ko'rsatmalari*

1. Laboratoriya tekshiruvlaridan oldin.
2. Jarroh usullari bilan davolashdan oldin.
3. Dorili klizmalardan oldin qo'llaniladi.

*Moneliklar:*

1. Orqa chiqaruv teshiklari yo'llari yallig'lanishida.
2. To'g'ri ichakdan qon ketganda.
3. Oshqozon ichakdan qon ketganda.
4. To'g'ri ichak o'sma kasalliklarida qo'llanilmaydi.

### **Tozalash klizmasini o'tkazish**

**Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** Esmarx krujkasi, uchlik, shtativ, vazelin moyi, tuvak (sudno), kleyonka, qo'lqop, bemor tagini yuvish uchun ishlatiladigan ashyolar, choyshab, fartuk, niqob.

3. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
4. Qo'rqop va fartuk kiyiladi.
5. Esmarx krujkasiga 1–1,5 litr iliq (20°C li) suv quyiladi.
6. Krujka shtativga osiladi.
7. Krujkadagi rezina vintel ochiladi va suv bilan to'ldiriladi. Vintel yopiladi.
8. Kushetkaga kleyonka yopiladi. Uchlikka vazelin moyi surtiladi.
9. Bemor oyoqlarini bukkan holda chap yonboshiga yotqiziladi.
10. Chap qo'l bilan bemorning orqa teshigi ochiladi (dumbasi keriladi) va o'ng qo'l bilan orqa chiqaruv teshikka uchlik kiritiladi.
11. Vintel ochiladi va suv sekin oqishi kuzatiladi.
12. Suv tugaganidan so'ng vintel yopiladi va uchlik asta-sekin chiqariladi.
13. Bemordan bir necha daqiqa o'rinda yotish so'raladi.
14. Sudno qo'yiladi va bemor bo'shanadi.
15. Sudnoda faqat suv bo'lsa, tozalash klizmasi qaytariladi.
16. Muolajadan so'ng bemor tagi yuviladi.
17. Ishlatilgan asboblar zararsizlantiriladi.
18. Qo'rqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

### **Sifonli klizma**

*Ko'rsatmalar:*

- tozalash klizmasi foyda bermaganda;
- zaharlanganda.

*Moneliklar:*

- orqa chiqariuv teshiklari yo'llari yallig'lanishida;
- to'g'ri ichakdan qon ketganda;
- to'g'ri ichak o'sma kasalliklarida qo'llanilmaydi.

### **Sifonli klizma o'tkazish**

**Harakat algoritmi:**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Qo'l yuviladi va quritiladi.
3. **Tayyorlanadi:** uzunligi 1 metr bo'lgan yo'g'on me'da zondi, 1 litr suv sig'adigan voronka, xona haroratidagi 10 litr suv, ko'zacha, chelak, kleyonka, fartuk, vazelin moyi, qo'rqop, bemor tagini yuvish uchun ishlatiladigan asboblar.

4. Qoʻlqop va fartuk kiyiladi.
5. Kushetkaga kleyonka solinadi. Bemor oyoqlarini bukkan holda chap yonboshiga yotqiziladi.
6. Zondning yopiq uchiga 30–40 sm uzunlikda vazelin moyi surtiladi.
7. Bemor dumbalari keriladi va orqa teshikka 30–40 sm ichkariga zond kirgaziladi.
8. Bir uchiga voronka kiygiziladi.
9. Voronka pastga tushiriladi va kerakli suyuqlik bilan toʻldiriladi.
10. Voronka asta-sekin koʻtariladi.
11. Asta-sekin voronka pastga tushiriladi va ichidagi suyuqlik chelakka quyiladi.
12. Bu muolaja bir necha marta takrorlanadi (toza suv tushguncha).
13. Voronka olinadi. Rezina naycha qoldiriladi, rezina naychani bir uchi togʻoraga tushiriladi (qolgan suyuqlik va gaz chiqishi uchun).
14. Muolajadan soʻng bemor tagi yuviladi.
15. Ishlatilgan asboblarni zararsizlantiriladi.
16. Qoʻlqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

### Moyli klizma qilish texnikasi

#### Harakat algoritmi:

1. **Tayyorlanadi:** nokchasimon rezina balon yoki Jane shprisi, gaz chiqaruvchi naycha, 100–200 ml oʻsimlik moyi yoki vazelin 21–28°C ilitilgan holda, kleyonka choyshab.
2. Qoʻl yuviladi va quritiladi.
3. Qoʻlqop va fartuk kiyiladi.
4. Tayyorlangan moy bilan nokchasimon rezina balon toʻldiriladi.
5. Bemor chap yonboshiga, oyoqlarini bukkan holda yotqiziladi.
6. Gaz chiqaruvchi naychaga vazelin moyi surtiladi va orqa chiqaruv teshigiga kiritiladi (15–20 sm).
7. Gaz chiqaruvchi naychani ikkinchi uchiga balon – Jane shprisi oʻrnatiladi va moy yuboriladi.
8. Gaz chiqaruvchi naycha asta-sekin olinadi va zararsizlantiriladi.
9. Bemorga ertalabgacha oʻrinda yotish kerakligi ogohlantiriladi.
10. Qoʻlqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

11. Ertalab bemorga sudno beriladi.
12. Bemor tagi yuviladi.

### **Dorili huqna (klizma)**

#### **Harakat algoritmi:**

1. **Tayyorlanadi:** shifokor ko'rsatma bergan dori moddasi (100–200 ml), rezinali balon yoki Jane shprisi, glitsirin, vazelin, salfetka, sudno, kleyonka, tozalash klizmasi uchun kerakli asboblari.
2. Qo'l yuviladi va quritiladi.
3. Rezina qo'lqop kiyiladi va fartuk taqiladi.
4. Tozalash klizmasi o'tqaziladi.
5. Bemor tagi yuviladi.
6. Dori moddasi rezina balon yoki Jane shprisi yordamida olinadi.
7. Bemor chap yonboshiga oyoqlarini bukkan holda yotqiziladi.
8. Uchlikka glitsirin yoki vazelin surtiladi.
9. Chap qo'l bilan dumbalar keriladi va o'ng qo'l bilan 7–8 sm ichkariga uchlik kiritiladi.
10. Dori moddasi asta-sekin yuboriladi.
11. Uchlik ichakdan chiqariladi va bemor 20–25 daqiqagacha o'rinda yotgan holatda qoldiriladi.
12. Bemorning qorin sohasi kaft bilan har 5 daqiqada soat millari bo'yicha silanadi.
13. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
14. Bemorga ertalabgacha o'rindan turmasligi ogohlantiriladi.

### **Oziqli klizma**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. **Tayyorlanadi:** 5% li glukozaning eritmasi, 0,9% li natriy xlorid eritmasi, iliq suv, tozalash klizmasi uchun asboblari, tizim (tomchilab yuborish uchun).
3. Qo'l yuviladi va quritiladi.
4. Qo'lqop va fartuk kiyiladi.
5. Bemorga tozalash klizmasi qilinadi va tagi yuviladi.
6. Tomchilab yuborish uchun tizim yig'iladi va flakon orqasiga isitkich mahkamlanadi (40°C).

7. Sistema uchlik bilan birlashtiriladi.
8. Bir daqiqada 60–80 ta tomchi tushishi aniqlab olinadi.
9. Tozalash klizmasidan 30–60 daqiqa o'tgandan so'ng bemor chap yonboshiga yotqiziladi.
10. Uchlikka vazelin surtiladi va orqa chiqaruv teshigiga 3–4 sm ichkariga va 5–8 sm yuqoriga kiritiladi.
11. Qisqich ochiladi. 1 daqiqada 60–80 ta tomchi tomiziladi.
12. Bemor bu muolajadan so'ng 1–2 soat tinch yotishi kerak.
13. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
14. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

### **Gaz chiqarish naychasini qo'llash**

#### **Harakat algoritmi:**

1. **Tayyorlanadi:** steril gaz chiqarish naychasi, kleyonka, sudno, vazelin moyi va salfetka.
2. Bemor chap yonboshiga oyoqlarini bukkan holda yotqiziladi. Tagiga kleyonka solinadi.
3. Sudno bemor tagiga qo'yiladi.
4. Qo'l yuviladi va quritiladi.
5. Qo'lqop kiyiladi.
6. Gaz chiqarish naychasiga vazelin moyi surtiladi.
7. Chap qo'l bilan dumbalar keriladi va o'ng qo'l bilan naycha 20–30 sm ichkariga aylanma harakat bilan kiritiladi.
8. Naychani ikkinchi uchi sudnoga tushiriladi.
9. Gaz chiqarish naychasi bir soatga qo'yiladi.
10. Naycha asta-sekin olinadi va bemor tagi yaxshilab artilib, vazelin moyi surtib qo'yiladi.
11. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
12. Qo'lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

### **Kateter o'tkazish texnikasi (ayollarda)**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Bemor tagi yuviladi.
3. Qo'l yuviladi va quritiladi.

4. Tayyorlanadi: Steril yumshoq kateter, steril moy, steril doka, tamponlar va salfetskalar, steril pinset, antiseptik eritmalaridan biri (0,2% furatsilin eritmasi, 0,1% li rivanol eritmasi, 0,5% li kaliy permanganat eritmasi), sudno, kleyonka, choyshab o‘rin oldiga tayyorlanadi.
5. Bemor qulay vaziyatda yotqiziladi. Bemor chalqancha yotqizilib oyoqlarini bukkan holda keriladi.
6. Kleyonka bemor tagiga solinadi va sudno qo‘yiladi.
7. Qo‘lqop kiyiladi.
8. Birinchi va ikkinchi barmoqlar bilan katta va kichik lablar keriladi va siydik kanali ochiladi.
9. Siydik kanali tayyorlangan eritma bilan artiladi.
10. Kateterning yopiq uchiga moy surtiladi.
11. Kateter pinset bilan olinadi.
12. Siydik kanaliga 2–3 sm ichkariga kateter asta-sekin kiritiladi. Ikkinchi uchi sudnoga tushiriladi.
13. Muolajadan keyin kateter asta-sekin chiqariladi va zararsizlantiriladi. Ishlatilgan ashyolar yig‘iladi.
14. Bemorga qulay vaziyat yaratiladi.
15. Ishlatilgan asboblarni zararsizlantiriladi.
16. O‘tkazilgan muolaja tibbiy kartaga qayd qilinadi.
17. 20–30 daqiqadan so‘ng bemor ahvolidan xabar olinadi.

### **Siydikni Nechiporenko usulida tekshirish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Qo‘lini yuviladi va quritadi.
3. Qo‘lga rezina qo‘lqop kiyadi.
4. Maxsus toza steril shisha idish tayyorlanadi.
5. Bemor tagi yaxshilab yuviladi.
6. Tagidagi sudno olinmaydi. Chap qo‘l bilan steril maxsus idishni olib, qopqog‘i o‘ng qo‘l bilan ochiladi.
7. Bemordan siydik chiqarish iltimos qilinadi.
8. Siydikning birinchi (dastlabki) qismini yig‘masdan, keyingi qismi idishga yig‘iladi.

9. Siydikni oʻrta qismidan 10 ml olinadi, keyingi qism sudnoga tushiriladi.
10. Shisha idishga yoʻllanma yopishtiriladi.
11. Qoʻlqop qoʻldan yechiladi va zararsizlantiriladi.
12. Siydik klinik laboratoriyaga olib boriladi.
13. Ertasi kuni ertalab tekshiruv natijasi laboratoriyadan olinadi.
14. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtiriladi.

**Zararsizlantirish:** yuvilgan suvni, siydikni xlorli ohak qurugʻining 200 grammini 1 litrga ekspoziyasi 60 daqiqaga.

Sudno sharchalarini 3% li xlorli ohak eritmasiga boʻktiriladi.

**Eslatma:** Bemor ayolning tagini yuvib boʻlgandan soʻng, qinni steril bintli paxta sharcha bilan artiladi.

### **Umumiy tekshirish uchun siydik yigʻish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemorga tekshiruv maqsadi va muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Qoʻl yuviladi va quritiladi.
3. **Tayyorlanadi:** laboratoriyaga yoʻllanma, rezina qoʻlqop, tuvak, paxta, dokali tampon, bemor tagini yuvish uchun kerakli ashyolar, hajmi 100 ml dan kam boʻlmagan toza, ogʻzi keng flakon.
4. Qoʻlqoplar kiyiladi.
5. Bemorning tagi yuviladi.
6. Toza, quruq tuvak beriladi.
7. Bemordan tuvakka siydik chiqarishi soʻraladi.
8. Tayyorlangan idishga (flakonga) 100–150 ml li siydik (peshob) solinadi.
9. Idishga yoʻllanma yopishtiriladi.
10. Qoʻlqoplar yechilib zararsizlantiriladi.
11. Flakondagi siydik laboratoriyaga olib boriladi.
12. Siydik tahlili shu kuni yoki ertasiga olinadi.
13. Siydik tahlili kasallik tarixiga yopishtirib qoʻyiladi.

**Eslatma:** Bemor oyoqlarining tagi, qin yuvilgandan soʻng, quruq qilib paxta-bint tampon yordamida artiladi.



**Zararsizlantirish:** tuvak 60 daqiqaga 3% li xlorli ohak eritmasiga solinadi, yuvilgan suvga quruq xlorli ohak sepiladi.

**Hisob:** 200 gr xloramin 1 litr suvga 60 daqiqaga.

### **Siydikni qandga tekshirish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Qo'l yuviladi va quritiladi.
3. **Tayyorlanadi:** yo'llanma, bir kunlik siydikni yig'ish uchun idish, tuvak, og'zi keng, hajmi 100 ml dan kam bo'lmagan toza shisha idish, bemorning tagini yuvish uchun kerakli ashyolar.

### **Balg'amni sil mikrobakteriyalarga olish (bir tuflashda)**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** yo'llanma, cho'ntak tufdoni yoki og'zi keng qopqoqli shisha idish, antiseptik eritmalar: (2% li natriy gidrokarbonat, 1:5000 nisbatdagi furatsilin).
3. Bemorga tekshiruv maqsadi va muolaja bajarilish maqsadi tushuntiriladi.
4. Qo'llarga qo'lqop kiyiladi.
5. Bemordan biror aseptik eritma bilan og'iz bo'shlig'ini chayqash so'raladi.
6. Bemor bronxlari drenaj qilinadi.
7. Bemordan yo'talib, shisha idishga tuflash so'raladi, bunda u idish og'ziga lablarini tegizmasligi kerak, so'ngra idish qopqog'i yopiladi.
8. Qo'lqoplar yechiladi, 600-buyruq bo'yicha zararsizlantiriladi.
9. Yo'llanma shisha idishga mahkamlanadi.
10. Balg'amli idish (yoki flakon) klinik laboratoriya sil dispanseri laboratoriyasiga olib boriladi.
11. Balg'am tahlili laboratoriyadan olinib, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

**Ilova:** Balg'am ertalab och qoringa yig'iladi.

## **Balg'amni sil mikrobakteriyalariga yig'ish (BK) (flotatsiya usulida)**

### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** yo'llanma, toza cho'ntak tufdoni yoki og'zi keng qopqoqli toza shisha idish, antiseptik eritmalar: (2% li natriy gidrokarbonat, 1:5000 nisbatdagi furatsilin).
3. Bemorga tekshiruv maqsadi va muolajaning bajarilishi tushuntiriladi.
4. Bemordan og'iz bo'shlig'ini antiseptik eritma bilan chayqash so'raladi.
5. Bemordan shisha idish chekkasiga lablarini tekkizmasdan tufdash so'raladi.
6. Bemorga 1 kunlik balg'amni yig'ish (kam balg'am ajralayotgan bo'lsa, 3 kunlikni yig'ish) tushuntiriladi.
7. Bemorga tufdonni qopqog'i yopiq holda kerakli balg'am yig'ilguncha salqin, qorong'i joyda saqlash kerakligi aytiladi.
8. Yo'llanma shisha idishga yopishtiriladi.
9. Balg'am solingan idish klinik (bakteriologik) laboratoriyaga olib boriladi.
10. Balg'am tahlili laboratoriyadan olib kelinib, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

## **Balg'amning mikroblar va antibiotiklarga sezuvchanligini tekshirish uchun olish**

### **Harakat algoritmi:**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** yo'llanma, ma'lumotnoma, gugurt, sterillangan idish (bakteriologik laboratoriyadan olinadi), antiseptik eritmalar (1:5000 nisbatdagi furatsilin).
3. Bemorga tekshiruv maqsadi va muolaja qoidasi tushuntiriladi.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.
5. Bemordan og'iz bo'shlig'ini antiseptik eritma bilan chayqash so'raladi.
6. Bemor bronxlari drenaj qilinadi.

7. Bir qo‘li bilan flakoni ushlab, ikkinchi qo‘l bilan qopqog‘i ochiladi.
8. Bemordan idish chekkasiga lablarini tekkizmasdan idishga tufdash so‘raladi.
9. Shisha idishning og‘zi, chekkalari va qopqog‘i yonayotgan (spra) spirtovka alangasida bir oz ushlab turilib, so‘ng yopiladi.
10. Yo‘llanma idishga yopishtiriladi (mahkamlanadi).
11. Balg‘amli idish bakteriologik laboratoriyaga olib boriladi.
12. Balg‘am tahlili 7–10 kundan so‘ng laboratoriyadan olinib, kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

**Ilova:** Balg‘am ertalab, och qoringa yig‘iladi. Bronxlarni drenaj qilish uchun bemor qulay vaziyatni egallashi kerak. Bemor bosh qismi pastroq holatda, tananing oyoq tomoni yuqoriroq qilib yotqiziladi. Hamshira bemor orqasini bosh tomon yo‘nalishida asta-sekin dukillatib turadi.

### **Balg‘amni o‘sma hujayralariga (atipik hujayralariga) olish**

#### **Harakat algoritmi:**

1. Qo‘l yuviladi va quritiladi.
2. **Tayyorlanadi:** og‘zi keng, steril qopqoqli shisha idish (flakon), antiseptik eritmalar (2% natriy gidrokarbonat, 1:5000 furatsilin eritmasi).
3. Bemorga muolaja tartibi va maqsadi tushuntiriladi.
4. Qo‘lga qo‘lqop kiyiladi.
5. Bemordan og‘iz bo‘shlig‘ini antiseptik eritmalar bilan chayish so‘raladi.
6. Bemor bronxlari drenaj qilinadi.
7. Bemordan yo‘talib, tayyorlangan idishga balg‘am tufdash so‘raladi va darhol qopqog‘i yopiladi.
8. Qo‘lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
9. Yo‘llanma flakonga mahkamlanadi.
10. Balg‘am tezlikda klinik laboratoriyaga olib boriladi.
11. Balg‘am tahlili laboratoriyadan olinib, kasallik tarixiga yopishtirilib qo‘yiladi.

**Eslatma:** Balg‘am saharda, och qoringa yig‘iladi.

## IX bob. QARILIKNI IMITATSIYA QILISH

O'quvchilar o'zlarida qarilikni maxsus kiyim va moslamalar orqali his qilishsa, qariyalar muammosini hal qilishlari ancha oson kechadi.

Masalan: ko'z xiralashganda o'zini qanday sezish uchun maxsus ko'zoynak taqish; quloq yaxshi eshitmasligini sezish uchun quloqqa maxsus moslama taqish; bo'g'imlar harakati cheklanishini sezish uchun maxsus moslama kiyish; umurtqa pog'onasining bukchayishini sezish uchun maxsus kiyimlar kiyib, hassa yordamida harakatlanish va hokazo.



**Bo'g'imlardagi osteoartroz tufayli harakat cheklanishini his qilish.**



**Eshitish qobiliyatining pasayishini hamda kundalik ehtiyojlarni qondirishdagi qiyinchiliklarni his qilish.**



**Ko'rish qobiliyatini pasayishini his qilish.**



**Umurtqa pog'onasining bukchayishi natijasida gavnani tik tuta olmaslikni his qilish.**



**Zinapoyalardan ko'tarilishdagi qiyinchilikni his qilish.**



---

---

## Foydalanilgan adabiyotlar

1. JICA materiallari.
2. *G.D. Rajabova*. «Gerontologiya». Toshkent.
3. *N.N. Nasriddinova*. «Geriatriya». Toshkent.
4. *S.A. Muxina, I.I. Tarnovskaya*. Атлас по манипуляционной техники сестринского ухода. АНМИ. Москва, 1995 год.
5. *M.F. Ziyayeva*. «Hamshiralik ishi mutaxassisligi bo'yicha amaliyot standartlari». 2001-y.
6. *L.S. Zalikina*. «Bemorlarning umumiy parvarishi». «Abu Ali ibn Sino». 1996-y.
7. *Yoshiyo Mori*. «Bemorlarning jismoniy faolligini tiklash va rivojlantirish bo'yicha hamshiralalar parvarishining yangi uslublari». Toshkent. 2001-y.
8. *L. Алминда, Д. Селвидж, Д. Христерсен, Т. Умаров*. Руководство для преподавателей сестринского дела и практических медицинских сестер. Абу Али ибн Сино. 2002 г.
9. *M.F. Ziyayeva, I.P. Primbetova*. «Hamshiralik ishi asoslari» texnikasini o'rgatish usullari. 2003-yil. JICA.
10. Internet ma'lumotlari.
11. Hamshira jurnali. 2006-yil; 2007-yil; 2008-yil sonlari.

---

---

## MUNDARIJA

SO‘ZBOSHI.....	3
<b>I bob. «QARIYALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI» FANINING MAQSADI VA VAZIFALARI .....</b>	<b>4</b>
I.1. «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fani haqida tushuncha .....	4
I.2. «Qariyalarda hamshiralik parvarishi» fani asoschilari va rivojlanish tarixi .....	6
<b>II bob. QARILIK DAVRINING XUSUSIYATLARI.....</b>	<b>7</b>
II.1. Inson hayotida qarish jarayonining kechishi.....	11
II.2. Qariyalarda moddalar almashinuvining buzilishi .....	21
II.3. Qariyalarni klinik tekshirishning o‘ziga xos xususiyatlari .....	22
<b>III bob. QARILIKDA SALOMATLIKNI TIKLASH VA KASALLIKLARNING OLDINI OLISH.....</b>	<b>31</b>
III.1. Geriatrik moddalarning qo‘llanishi.....	31
III.2. Geriatrik moddalar.....	33
III.3. Geriatrik yordamni tashkil qilish .....	34
III.4. Rehabilitatsiya usullari.....	35
<b>IV bob. QARIYALARDA KO‘P UCHRAYDIGAN KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI.....</b>	<b>37</b>
IV.1. Qariyalarda yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	37
IV.2. Qariyalarda nafas olish tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	45
IV.3. Qariyalarda ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	52
IV.4. Qariyalarda buyrak va siydik yo‘llari kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	64
IV.5. Qariyalarda endokrin tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	70
IV.6. Qariyalarda tayanch-harakat organlaridagi yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar va kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	77

IV.7. Qariyalarda ko‘zdagi yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar va kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	83
IV.8. Qariyalarda quloq organidagi yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar va kasalliklarida hamshiralik parvarishi .....	88
IV.9. Davolanayotgan keksa bemorlarda hamshiralik parvarishining muhimligi.....	90
IV.10. Qariyalarning jismoniy tarbiyasi .....	91
<b>V bob. QARIYALARDAGI ASAB TIZIMI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI .....</b>	<b>100</b>
V.1. Yordamga muhtojlik tushunchasi .....	110
V.2. Uyda parvarishga muhtoj qariyalarni parvarish qilayotgan oila a‘zolarini o‘qitish.....	114
V.3. Demensiyaga uchragan bemorlarda hamshiralik parvarishi .....	118
V.4. Qariyalar faoliyatidagi yosh bilan bog‘liq o‘zgarishlar va kasalliklari (psixozlar).....	126
<b>VI BOB. HAYOTDAN KO‘Z YUMAYOTGAN QARIYALARNI PARVARISHLASH .....</b>	<b>129</b>
<b>VII bob. DIAGNOSTIK MAQSADDA O‘TKAZILADIGAN TEKSHIRISH USULLARI .....</b>	<b>134</b>
VII.1. EKG .....	134
VII.2. Veloergometriya (VEM).....	139
VII.3. Rentgenologik tekshirish usullari .....	140
VII.4. Exografiya (UZI) .....	142
VII.5. Kompyuter tomografiyasi (KT).....	143
VII.6. Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) .....	143
<b>VIII bob.«QARIYALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI» FANIDAN AMALIY KO‘NIKMALAR .....</b>	<b>145</b>
VIII.1.Arterial bosimni o‘lchash .....	145
<b>IX bob. QARILIKNI IMITATSIYA QILISH .....</b>	<b>180</b>
Foydalanilgan adabiyotlar .....	181

O'quv nashri

**M. F. ZIYAYEVA, M. D. XODJASHEVA**

## **QARIYALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI**

*Kasb-hunar kollejlari uchun o'quv qo'llanma*

*Uchinchi nashr*

Muharrir *A. Ziyadov*

Badiiy muharrir *J. Gurova*

Texnik muharrir *D. Salixova*

Kompyuterda sahifalovchi *B. Babaxodjayeva*

Original maket «NISO POLIGRAF», nashriyotida tayyorlandi.

Toshkent viloyati, O'rta Chirchiq tumani, «Oq-ota» QFY,

Mash'al mahallasi Markaziy ko'chasi, 1-uy.

Litsenziya raqami AI №265.24.04.2015.

Bosishga 2017-yil 10-oktabrda ruxsat etildi. Bichimi 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Ofset qog'ozi. «Times New Roman» garniturası. Keglı 12. Shartlı bosma tabog'i. 11,5.

Nashr tabog'i. 10,69. Adadi 620 nusxa. Buyurtma №509.

«NISO POLIGRAF» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.

Toshkent viloyati, O'rta Chirchiq tumani, «Oq-ota» QFY,

Mash'al mahallasi Markaziy ko'chasi, 1-uy.