ISBN: 978-93-34694-14-1

XAVF OMILLARINI BAHOLASH VA SOG‘LOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH SOHASIDA SHIFOKOR KASBIY TAYYORGARLIGINI TAKOMILLASHTIRISHNING ILMIY ASOSLARI

Authors

Ashurova Manzuraxon Djaloldinovna
Ahmadjonov Asadbek Mansur o‘g‘li

Published by
Novateur Publication
466, Sadashiv Peth, M.S.India-411030
novateurpublication.org

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

Ashurova Manzuraxon Djaloldinovna

Ahmadjonov Asadbek Mansur o‘g‘li

XAVF OMILLARINI BAHOLASH VA SOG‘LOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH SOHASIDA SHIFOKOR KASBIY TAYYORGARLIGINI TAKOMILLASHTIRISHNING ILMIY ASOSLARI

MONOGRAFIYA

FARG‘ONA – 2026

Tibbiyotning maqsadi asrlar davomida o‘zgarmagan: inson salomatligini saqlash va uni kasallikdan himoya qilish. O‘zgargan narsa – salomatlikka tahdid soluvchi omillarning tabiatidir. O‘tgan asrlarda inson hayotiga asosan yuqumli kasalliklar xavf solgan bo‘lsa, bugun o‘lim sabablari orasida yurak-qon tomir kasalliklari, xavfli o‘smalar, surunkali nafas yo‘llari kasalliklari va qandli diabet yetakchi o‘rinlarni egallaydi. JSST ma’lumotlariga ko‘ra, 2021-yilda yuqumli bo‘lmagan kasalliklar kamida 43 mln kishining hayotiga zomin bo‘lgan. Bu kasalliklar bir kunda paydo bo‘lmaydi: ular yillar davomida chekish, noto‘g‘ri ovqatlanish, kam harakatlilik, ortiqcha vazn va arterial bosimning oshishi kabi xavf omillari ta’sirida jimgina shakllanadi. Kasallik bemorni shifokor huzuriga olib kelgan paytda esa uning oldini olish imkoniyati ko‘pincha allaqachon boy berilgan bo‘ladi. Shu sababli zamonaviy tibbiyotdagi markaziy savol faqat «kasallikni qanday davolash kerak?» emas, balki «uning oldini qanday olish mumkin?» tarzida ham qo‘yilmoqda.

Aynan shu savolga beriladigan javobning markazida shifokorning profilaktik kompetensiyasi turadi. Profilaktik kompetensiya – bu bemor haqidagi so‘rov, o‘lchov va laboratoriya ma’lumotlarini umumiy xavf haqidagi yaxlit tasavvurga birlashtirish, bu xavfni bemorga tushunarli tilda yetkazish va unda turmush tarzini o‘zgartirishga ichki motivatsiya uyg‘otish qobiliyatidir. U epidemiologik bilimning o‘zi ham, muloqot ko‘nikmasining o‘zi ham emas; u bilimni bemorning kundalik hayotidagi aniq o‘zgarishga aylantiruvchi mexanizmdir. Tadqiqotlar bu mexanizmning kuchini yaqqol ko‘rsatadi: shifokorning chekishni tashlash bo‘yicha qisqa maslahati ham bemorning chekishdan voz kechish ehtimolini 1,66 barobar oshiradi . Asosiy xavf omillari bartaraf etilganda esa yurak kasalliklari, insult va qandli diabet holatlarining kamida 80% ini oldini olish mumkin bo‘lar edi. Biroq amaliyotda bu imkoniyat ko‘pincha to‘liq ishga solinmaydi: xavf omillari qabul paytida so‘ralmaydi, umumiy xavf hisoblanmaydi, maslahat esa «chekishni tashlang» degan umumiy ko‘rsatmadan nariga o‘tmaydi. Demak, shifokorning xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish sohasidagi kasbiy tayyorgarligini takomillashtirish nafaqat tibbiy ta’lim sifati, balki aholi salomatligi va sog‘liqni saqlash tizimi samaradorligi masalasi hamdir.

Bosh muxarrir:

Zokirov M.M. Tibbiyot fanlari bo‘yicha PhD. Dotsent

Taqrizchilar:

R.U. Axmadaliyev Tibbiyot fanlari bo‘yicha PhD

U.T. Sadikov Tibbiyot fanlari bo‘yicha PhD

UO‘K - 614.2:37.042:616-084

Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish sohasida shifokor kasbiy tayyorgarligini takomillashtirishning ilmiy asoslari / Monografiya / Ashurova Manzuraxon Djaloldinovna, Ahmadjonov Asadbek Mansur o‘g‘li / 2026 yil, 137 bet

Monografiya Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ilmiy kengashining 2026-yil “2” sentabrdagi dagi 1 - son bayonnomasi bilan nashrga tavsiya etilgan.

ANNOTATSIYA

Monografiyada shifokorning xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish sohasidagi kasbiy tayyorgarligini takomillashtirishning ilmiy asoslari yoritilgan. Yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning global va milliy yuki hamda O‘zbekiston aholisi orasida ularning xavf omillari tarqalishi (STEPS-2014 va STEPS-2019 ma’lumotlari asosida) tahlil qilingan, individual, populyatsion va gigiyenik xavfni baholash usullari tizimlashtirilgan, xulq-atvor o‘zgarishining nazariy modellari va qisqa profilaktik maslahat texnologiyalari, jumladan motivatsion suhbat ko‘rib chiqilgan, raqamli texnologiyalarning o‘rni hamda aholining alohida guruhlari va ishlovchilar bilan profilaktik ishning xususiyatlari (kasbiy va xulq-atvor xavf omillarining birgalikdagi ta’siri) yoritilgan. Tajriba-sinov ishida model asosida o‘qitilgan oilaviy tibbiyot rezidentlarida profilaktik kompetensiyaning integral ko‘rsatkichi nazorat guruhiga nisbatan statistik ahamiyatli yuqori bo‘ldi.

Shifokor profilaktik kompetensiyasining mazmuni va tuzilmasi aniqlangan, xorijiy tajriba va milliy me’yoriy-huquqiy asoslar (jumladan, PF-88 va PF-191-son Farmonlar) tahlil qilingan. Kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish modeli, 6 kreditli o‘quv moduli, 36 soatlik uzluksiz kasbiy rivojlanish kursi, professor-o‘qituvchilar uchun 72 soatlik malaka oshirish dasturi, standartlashtirilgan bemorlar dasturini tashkil etish bosqichlari, OSCE stansiyasi, standartlashtirilgan bemor ssenariysi hamda integral ko‘rsatkich va kompetensiya darajalariga asoslangan samaradorlikni baholash metodikasi (shartli hisoblash misoli bilan) ishlab chiqilgan.

Monografiya tibbiyot oliy ta’lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, rezidentlar, magistrantlar, oilaviy shifokorlar va sog‘liqni saqlash tashkilotchilari uchun mo‘ljallangan.

АННОТАТSIЯ

В монографии обоснованы научные основы совершенствования профессиональной подготовки врача в области оценки факторов риска и формирования здорового образа жизни. Проанализированы глобальное и natsiональное бремя неинфекционных заболеваний и распространенность их факторов риска среди населения Республики Узбекистан (по данным исследований STEPS 2014 и 2019 гг.), систематизированы методы индивидуальной, популяционной и гигиенической оценки риска, рассмотрены теоретические модели изменения поведения и технологии краткого профилактического консультирования, в том числе мотиватsионное консультирование. Освещены роль цифровых технологий, а также особенности профилактической работы с отдельными группами населения и работающими с учётом сочетанного действия профессиональных и поведенческих факторов риска.

Определены сущность и структура профилактической компетенции врача (мотиватsионно-ценностный, когнитивный, операtsионно-деятельностный, коммуникативный и рефлексивный компоненты), проанализированы зарубежный опыт и нормативно-правовая база Республики Узбекистан, включая Указы Президента ПФ-88 (2025 г.) и ПФ-191 (2026 г.). Разработаны модель совершенствования профессиональной подготовки, учебный модуль объемом 6 кредитов, 36-часовой курс непрерывного профессионального развития, 72-часовая программа повышения квалификатsии преподавателей, этапы организатsии программы стандартизированных пациентов, станция OSCE, сценарий для стандартизированного пациента, а также методика оценки эффективности с интегральным показателем и уровнями сформированности компетенции, проиллюстрированная условным примером расчёта.

Монография предназначена для профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, резидентов, магистрантов, семейных врачей и организаторов здравоохранения.

ANNOTATION

The monograph substantiates the scientific foundations for improving physicians' professional training in risk factor assessment and healthy lifestyle promotion. It analyses the global and national burden of noncommunicable diseases and the prevalence of their risk factors in Uzbekistan (based on the STEPS 2014 and 2019 surveys), systematises methods of individual, population-level and hygienic risk assessment, and reviews behaviour change theories and brief preventive counselling technologies, including motivational interviewing. The role of digital technologies and the specifics of preventive work with particular population groups and with workers, taking into account the combined effect of occupational and behavioural risk factors, are also covered.

The concept and structure of a physician's preventive competence (motivational-value, cognitive, operational, communicative and reflective components) are defined; international experience and the national regulatory framework, including Presidential Decrees PF-88 (2025) and PF-191 (2026), are analysed. The book proposes a model for improving professional training, a 6-credit teaching module, a 36-hour continuing professional development course, a 72-hour faculty development programme, the stages of organising a standardised patient programme, an OSCE station, a standardised patient scenario and an evaluation methodology with an integral index and competence levels, illustrated by a worked hypothetical example. In a controlled pilot study, family medicine residents trained according to the model achieved a significantly higher integral preventive competence index than the control group.

The monograph is intended for medical school faculty, residents, master's students, family physicians and health care managers.

MUNDARIJA

SHARTLI QISQARTMALAR RO‘YXATI 7
KIRISH 9
I BOB. YUQUMLI BO‘LMAGAN KASALLIKLAR VA ULARNING XAVF OMILLARI: GLOBAL VA MILLIY MUAMMO 16
1.1. Yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning global va milliy yuki 16
1.2. Xavf omillari: tushunchasi, tasnifi va o‘zaro ta’siri 20
1.3. O‘zbekiston aholisi orasida xavf omillarining tarqalishi 25
1.4. Sog‘lom turmush tarzi: tushunchasi, tarkibiy qismlari va gigiyenik asoslari 29
I bob bo‘yicha xulosalar 33
II BOB. XAVF OMILLARINI BAHOLASHNING NAZARIY-METODOLOGIK ASOSLARI 34
2.1. Shifokor amaliyotida xavf omillarini aniqlash usullari 34
2.2. Alohida xavf omillarini miqdoriy baholash vositalari 38
2.3. Umumiy yurak-qon tomir xavfini baholash 41
2.4. Populyatsion va gigiyenik darajada xavfni baholash 44
2.5. Xavf haqida bemor bilan muloqot (risk-kommunikatsiya) 50
2.6. Xavfni baholash va profilaktik maslahatda raqamli texnologiyalar 51
II bob bo‘yicha xulosalar 56
III BOB. SOG‘LOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH TEXNOLOGIYALARI 58
3.1. Xulq-atvor o‘zgarishining nazariy modellari 58
3.2. Qisqa profilaktik aralashuvlar va motivatsion suhbat 63
3.3. Asosiy xavf omillari bo‘yicha profilaktik maslahat mazmuni 67
3.4. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami sharoitida guruhli va populyatsion profilaktika 70
3.5. Aholining alohida guruhlari va ishlovchilar bilan profilaktik ishning xususiyatlari 72
III bob bo‘yicha xulosalar 77
IV BOB. SHIFOKOR PROFILAKTIK KOMPETENSIYASI: MAZMUNI, XORIJIY TAJRIBA VA MILLIY ME’YORIY ASOSLAR 79
4.1. Profilaktik kompetensiya tushunchasi va tuzilmasi 79
4.2. Shifokorlarni profilaktik faoliyatga tayyorlashning xorijiy tajribasi 82
4.3. O‘zbekistonda tibbiy ta’lim va profilaktikaning me’yoriy-huquqiy asoslari 85
4.4. Kasbiy tayyorgarlik holatini diagnostika qilish: yondashuvlar va tipik muammolar 90
IV bob bo‘yicha xulosalar 93
V BOB. SHIFOKOR KASBIY TAYYORGARLIGINI TAKOMILLASHTIRISH MODELI VA TEXNOLOGIYALARI 94

5.1. Kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirishning konseptual modeli 94
5.2. Ta’lim mazmuni: “Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” moduli 97
5.3. Interfaol va simulyatsion o‘qitish texnologiyalari 100
5.4. Uzluksiz tayyorgarlik: rezidentura va uzluksiz kasbiy rivojlanish 103
5.5. Pedagogik kadrlar salohiyati va simulyatsion ta’lim infratuzilmasini rivojlantirish 106
V bob bo‘yicha xulosalar 110

XULOSA 112
AMALIY TAVSIYALAR 116
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI 118
ILOVALAR 130
1-ilova. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami uchun xavf omillarini skrining qilish so‘rovnomasi (namuna) 158
2-ilova. 2-tip qandli diabet xavfini baholash so‘rovnomasi (FINDRISC, o‘zbek tiliga moslashtirilgan variant) 159
3-ilova. OSCE stansiyasi uchun standartlashtirilgan bemor ssenariysi: “Arterial gipertenziyali bemorga ovqatlanish va tuz iste’moli bo‘yicha maslahat” 160
4-ilova. Shifokorning profilaktik kompetensiyasini o‘z-o‘zini baholash so‘rovnomasi 162
5-ilova. Atamalar lug‘ati (glossariy) 163

SHARTLI QISQARTMALAR RO‘YXATI

AB	– arterial bosim
AG	– arterial gipertenziya
AUDIT	– alkogol iste’moli bilan bog‘liq buzilishlarni aniqlash testi (Alcohol Use Disorders Identification Test)
AX	– atributiv xavf
BTSY	– birlamchi tibbiy-sanitariya yordami
DAB	– diastolik arterial bosim
ESC	– Yevropa kardiologlar jamiyati (European Society of Cardiology)
ETK	– elektron tibbiy karta
FINDRISC	– 2-tip qandli diabet xavfini baholashning Finlandiya shkalasi (Finnish Diabetes Risk Score)
FTND	– Fagerström nikotinga qaramlik testi (Fagerström Test for Nicotine Dependence)
GPAQ	– JSSTning global jismoniy faollik so‘rovnomasi (Global Physical Activity Questionnaire)
IO	– ishonch oralig‘i
JSST	– Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
KQQT	– klinik qarorlarni qo‘llab-quvvatlash tizimi
LMS	– ta’limni boshqarish tizimi (Learning Management System)
MITI	– motivatsion suhbat sifatini baholash kodi (Motivational Interviewing Treatment Integrity)
mm sim. ust.	– millimetr simob ustuni
NX	– nisbiy xavf
OSCE	– obyektiv tuzilmalashtirilgan klinik imtihon (Objective Structured Clinical Examination)
PAF	– populyatsion atributiv ulush (Population Attributable Fraction)
PF	– O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining Farmoni

PQ – O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining qarori

QD – qandli diabet

RERI – o‘zaro ta’sir hisobiga ortiqcha nisbiy xavf (Relative Excess Risk due to Interaction)

SAB – sistolik arterial bosim

SCORE2 – 10 yillik yurak-qon tomir xavfini baholash shkalasi (Systematic Coronary Risk Evaluation 2)

SONK – surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi

STEPS – JSSTning yuqumli bo‘lmagan kasalliklar xavf omillarini bosqichma-bosqich kuzatish metodikasi

STT – sog‘lom turmush tarzi

TVI – tana vazni indeksi

UKR – uzluksiz kasbiy rivojlanish

YuBK – yuqumli bo‘lmagan kasalliklar

YuQTK – yurak-qon tomir kasalliklari

KIRISH

Yuqumli bo‘lmagan kasalliklar (YuBK) XXI asrda inson salomatligi va barqaror rivojlanish uchun eng jiddiy tahdidlardan biriga aylandi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma’lumotlariga ko‘ra, 2021-yilda YuBK kamida 43 mln kishining o‘limiga sabab bo‘lgan, bu pandemiya bilan bog‘liq bo‘lmagan barcha o‘limlarning 75% ini tashkil etadi; ulardan 18 mln nafari 70 yoshga yetmasdan vafot etgan, erta o‘limlarning 82% i esa past va o‘rta daromadli mamlakatlarga to‘g‘ri keladi [135]. Birlashgan Millatlar Tashkilotining Barqaror rivojlanish maqsadlari doirasida 2030-yilga qadar asosiy YuBK dan erta o‘limni uchdan bir qismga kamaytirish vazifasi (3.4-maqsad) belgilangan bo‘lib, bu vazifani bajarishning asosiy yo‘li – kasalliklarning umumiy, modifikatsiyalanadigan xavf omillarini kamaytirishdir [116, 135].

O‘zbekiston Respublikasi uchun ham muammo o‘ta dolzarb. 2019-yilda YuBK mamlakatdagi barcha o‘lim holatlarining 83,5% ini tashkil etgan, o‘lim tuzilmasida birinchi o‘rinni qon aylanish tizimi kasalliklari (63,3%) egallagan [17]. JSST metodikasi bo‘yicha o‘tkazilgan ikkinchi milliy STEPS tadqiqoti natijalariga ko‘ra, 18–69 yoshdagi kattalar aholisining 56,4% ida ortiqcha tana vazni, 23,5% ida semizlik, 38,0% ida arterial bosimning oshishi, 26,1% ida jismoniy faollikning yetishmasligi aniqlangan, erkaklarning esa 32,9% i tamaki mahsulotlarini iste’mol qiladi [17]. YuBK ning mamlakat iqtisodiyotiga yetkazayotgan zarari yiliga 9,3 trln so‘m, ya’ni yalpi ichki mahsulotning 4,7% i miqdorida baholangan [17].

Xalqaro tajriba YuBK ning katta qismini oldini olish mumkinligini ko‘rsatadi: JSST baholashlariga ko‘ra, asosiy xavf omillari bartaraf etilganda yurak kasalliklari, insult va qandli diabet holatlarining kamida 80% ini hamda xavfli o‘smalarning 40% ini oldini olish mumkin bo‘lar edi [17]. Finlyandiyadagi “Shimoliy Kareliya” loyihasi va AQShda koronar kasalliklardan o‘limning pasayishini tahlil qilgan tadqiqotlar o‘lim ko‘rsatkichlari kamayishining sezilarli qismi aynan xavf omillarining populyatsion darajada kamayishi bilan bog‘liqligini isbotlagan [42, 88]. Bu jarayonda shifokorning, avvalo birlamchi tibbiy-sanitariya yordami (BTSY)

bo‘g‘inidagi oilaviy shifokorning roli hal qiluvchi ahamiyatga ega: har bir tibbiy murojaat xavf omillarini aniqlash va bemorga sog‘lom turmush tarzi (STT) bo‘yicha maslahat berish uchun imkoniyat bo‘lib xizmat qiladi. Masalan, shifokorning chekishni tashlash bo‘yicha qisqa maslahati ham chekishdan voz kechish ehtimolini maslahat berilmagan holatga nisbatan 1,66 barobar oshiradi [96].

Biroq profilaktik aralashuvlarning samaradorligi ko‘p jihatdan shifokorning kasbiy tayyorgarligiga – xavf omillarini to‘g‘ri aniqlash va baholash, umumiy xavfni hisoblash, natijani bemorga tushunarli yetkazish va uning xulq-atvorini o‘zgartirishga yordam beruvchi kommunikativ texnologiyalarni egallaganligiga bog‘liq. An’anaviy tibbiy ta’limda profilaktikaga oid mazmun gigiyena, jamoat salomatligi, ichki kasalliklar, oilaviy tibbiyot kabi fanlar o‘rtasida tarqoq holda o‘qitiladi, asosiy e’tibor esa bilimlarga qaratilib, maslahat berish ko‘nikmalari yetarlicha shakllantirilmaydi. Natijada “bilim – amaliyot” uzilishi yuzaga keladi: shifokor xavf omillarining ahamiyatini biladi, lekin cheklangan qabul vaqtida ularni tizimli baholash va bemorning motivatsiyasini oshirish bo‘yicha samarali suhbat o‘tkazishga har doim ham tayyor bo‘lmaydi.

So‘nggi yillarda O‘zbekistonda sog‘liqni saqlash va tibbiy ta’lim tizimini isloh qilish bo‘yicha keng ko‘lamli chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Prezidentning 2018-yil 18-dekabrdagi PQ-4063-son qarori bilan yuqumli bo‘lmagan kasalliklar profilaktikasi, STT ni qo‘llab-quvvatlash va aholining jismoniy faolligini oshirish konsepsiyasi qabul qilindi [10], 2020-yil 12-noyabrdagi PF-6110-son Farmon bilan BTSY da tibbiy profilaktika va patronajning yangi tizimi joriy etildi [5], 2025-yil 19-maydagi PF-88-son Farmon bilan oilaviy shifokorga yo‘naltirilgan BTSY ning yangi modeli bosqichma-bosqich joriy qilinmoqda [7]. 2026-yil 10-sentabrdagi PF-191-son Farmon esa tibbiy kadrlar tayyorlashda kompetensiyaga asoslangan o‘qitishning xalqaro standartlarini joriy etish, obyektiv tuzilmalashtirilgan klinik imtihon (OSCE) va simulyatsion ta’limni kengaytirish, oilaviy tibbiyot bo‘yicha rezidenturani tashkil etish hamda uzluksiz kasbiy rivojlanish tizimini takomillashtirishni belgilab berdi [8].

Shunday qilib, jamiyat va sog‘liqni saqlash tizimining xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish bo‘yicha yuqori kompetensiyali shifokorlarga bo‘lgan ehtiyoji bilan ushbu kompetensiyani shakllantirish jarayonining yetarli darajada ilmiy-metodik ta’minlanmaganligi o‘rtasida ziddiyat mavjud. Mazkur ziddiyatni hal etish zarurati monografiya mavzusining dolzarbligini belgilaydi.

Mavzuning o‘rganilganlik darajasi. Xavf omillari konsepsiyasining ilmiy asoslari XX asrning ikkinchi yarmida Framingem yurak tadqiqoti natijalari asosida shakllandi: U. Kannel va hammualliflari (1961) arterial bosim oshishi, qon zardobida xolesterin miqdorining ko‘payishi va chap qorincha gipertrofiyasining koronar kasallik rivojlanishidagi rolini ko‘rsatib, “xavf omillari” tushunchasini ilmiy muomalaga kiritdilar [62]. J. Rouz (1985) yuqori xavf guruhiga va butun populyatsiyaga qaratilgan profilaktika strategiyalarini farqlab, profilaktikaning populyatsion yondashuvi nazariyasini asoslab berdi [90]. INTERHEART (S. Yusuf va hammualliflari, 2004) va INTERSTROKE (M. O’Donnell va hammualliflari, 2016) xalqaro tadqiqotlari miokard infarkti va insult populyatsion atributiv xavfining qariyb 90% i o‘nga yaqin modifikatsiyalanadigan omillar bilan bog‘liqligini ko‘rsatdi [80, 134]. Global kasalliklar yuki (GBD) loyihasi doirasida 204 mamlakat va hudud uchun 88 ta xavf omilining kasallanish va o‘limdagi hissasi muntazam baholab borilmoqda [47].

Sog‘liq bilan bog‘liq xulq-atvorni o‘zgartirishning nazariy asoslari I. Rozenstok (sog‘liq haqidagi e’tiqodlar modeli) [91], A. Bandura (ijtimoiy-kognitiv nazariya va o‘z-o‘zini samaradorlik tushunchasi) [23], J. Proxaska va K. DiKlemente (transteoretik model) [85, 86], S. Michi va hammualliflari (COM-B modeli va xulq-atvor o‘zgarishi g‘ildiragi) [74] ishlarida ishlab chiqilgan. U. Miller va S. Rollnik tomonidan yaratilgan motivatsion suhbat usuli [76, 89] tibbiy amaliyotda qo‘llanilganda samarali ekanligi meta-tahlillarda tasdiqlangan [73]. BTSY sharoitida qisqa profilaktik aralashuvlar va “5A” modeli E. Uitlok va hammualliflari [105] hamda JSST [108, 128] tomonidan tizimlashtirilgan, ularning chekish va alkogol iste’molini kamaytirishdagi samaradorligi Cochrane tizimli sharhlarida isbotlangan [61, 96].

Tibbiy ta’limni kompetensiyaga asoslangan holda qayta qurish g‘oyalari J. Frenk va hammualliflari (2010) boshchiligidagi Lancet komissiyasi hisobotida [46], CanMEDS [45], ACGME [99] va Buyuk Britaniya Bosh tibbiyot kengashining [48] kompetensiyalar tizimlarida hamda Tibbiy ta’lim bo‘yicha jahon federatsiyasining (WFME) global standartlarida [110] o‘z aksini topgan. Klinik kompetensiyani baholash nazariyasi va amaliyotiga J. Miller [75], R. Epshteyn va E. Xandert [39], R. Xarden [52, 53], O. ten Keyt [100] katta hissa qo‘shgan, simulyatsion ta’lim samaradorligini ta’minlovchi omillar esa S. Issenberg va hammualliflari tomonidan tizimlashtirilgan [59].

Shifokorlarning profilaktik faoliyati va unga ta’sir etuvchi omillar E. Frank va hammualliflari tadqiqotlarida o‘rganilgan: shifokorning shaxsiy sog‘lom odatlari uning bemorlarga profilaktik maslahat berish chastotasi bilan bog‘liq ekanligi aniqlangan [44, 81]. Uzluksiz tibbiy ta’limning samarali shakllari D. Devis [33], L. Forsetlund [43] va N. Ayvers [60] tizimli sharhlarida tahlil qilingan: faol ishtirok va ko‘nikmalarni mashq qilishni nazarda tutuvchi interfaol mashg‘ulotlar, shuningdek, faoliyat natijalari bo‘yicha qayta aloqa (audit) an’anaviy ma’ruzalarga nisbatan shifokor amaliyotini ko‘proq o‘zgartiradi.

MDH mamlakatlarida YuBK profilaktikasining ilmiy-tashkiliy asoslari Rossiya Federatsiyasining milliy qo‘llanmasida (O.M. Drapkina va hammualliflari, 2022) umumlashtirilgan [14], profilaktik kompetensiyalar oliy tibbiy ta’limning federal davlat ta’lim standartida belgilangan [16]. A.A. Verbitskiy tomonidan ishlab chiqilgan kontekstli ta’lim nazariyasi [13] esa bo‘lajak kasbiy faoliyatni o‘quv jarayonida modellashtirishning pedagogik asosini tashkil etadi. O‘zbekistonda YuBK xavf omillarining tarqalishi JSST ko‘magida o‘tkazilgan STEPS tadqiqotlari orqali o‘rganilgan [17], sog‘liqni saqlash va tibbiy ta’limni isloh qilishning ustuvor yo‘nalishlari Prezident farmonlari va qarorlarida belgilab berilgan [2, 8, 11, 12].

Shu bilan birga, tahlil qilingan ishlarda xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish masalalari asosan yoki epidemiologik va klinik, yoki umumpedagogik nuqtai nazardan yoritilgan. Shifokorning ushbu sohadagi kasbiy tayyorgarligini gigiyena, klinik tibbiyot va tibbiy pedagogika tutashuvida yaxlit tizim sifatida

qarash, uning kompetensiyaviy tuzilmasi, ta’lim mazmuni, o‘qitish texnologiyalari va samaradorligini baholash mezonlarini milliy sharoitga moslab ishlab chiqish masalalari yetarlicha tadqiq etilmagan. Ushbu holat monografiya mavzusini tanlashga asos bo‘ldi.

Monografiyaning maqsadi – shifokorning xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish sohasidagi kasbiy tayyorgarligini takomillashtirishning nazariy-metodologik asoslarini ilmiy asoslash hamda uni amalga oshirishning modeli, mazmuni, texnologiyalari va samaradorligini baholash metodikasini ishlab chiqish.

Maqsadga erishish uchun quyidagi **vazifalar** qo‘yildi:

1) YuBK ning global va milliy yukini hamda O‘zbekiston aholisi orasida xavf omillarining tarqalishini tahlil qilish;

2) shifokor amaliyotida individual, populyatsion va gigiyenik xavfni baholash usullarini tizimlashtirish;

3) xulq-atvor o‘zgarishining nazariy modellari va profilaktik maslahat texnologiyalarini tahlil qilish;

4) shifokor profilaktik kompetensiyasining mazmuni va tuzilmasini aniqlash, xorijiy tajriba va milliy me’yoriy-huquqiy asoslarni o‘rganish;

5) kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish modeli, modul dasturi va o‘qitish texnologiyalarini ishlab chiqish;

6) kasbiy tayyorgarlik samaradorligini baholash mezonlari, ko‘rsatkichlari, vositalari va tajriba-sinov ishini tashkil etish metodikasini asoslash;

7) taklif etilgan modelning samaradorligini tajriba-sinov ishi orqali tekshirish.

Tadqiqot obyekti – tibbiyot oliy ta’lim muassasalarida, rezidenturada va uzluksiz kasbiy rivojlanish tizimida shifokorlarni profilaktik faoliyatga tayyorlash jarayoni. **Tadqiqot predmeti** – shifokorning xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish kompetensiyasini rivojlantirishning mazmuni, shakllari, usullari va texnologiyalari.

Monografiyani tayyorlashda ilmiy adabiyotlar va me’yoriy-huquqiy hujjatlarni nazariy tahlil qilish, tizimli va qiyosiy tahlil, JSST STEPS tadqiqotlari

ma’lumotlarini ikkilamchi tahlil qilish, pedagogik modellashtirish, ta’lim dasturlari va baholash vositalarini loyihalash, pedagogik tajriba-sinov ishi va matematik-statistik tahlil usullaridan foydalanildi.

Monografiyaning ilmiy yangiligi quyidagilardan iborat:

– xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish gigiyena, klinik tibbiyot va tibbiy pedagogika tutashuvida yagona kasbiy funksiya sifatida qaralib, uni o‘qitishga integrativ yondashuv asoslandi;

– shifokor profilaktik kompetensiyasining besh komponentli tuzilmasi (motivatsion-qadriyatli, kognitiv, operatsion-faoliyatli, kommunikativ, refleksiv) aniqlanib, har bir komponent uchun mezon va ko‘rsatkichlar taklif etildi;

– maqsadli, metodologik, mazmuniy, texnologik va diagnostik-natijaviy bloklardan hamda pedagogik shart-sharoitlardan iborat kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish modeli ishlab chiqildi va PF-191-son Farmonda belgilangan maqsadli ko‘rsatkichlar bilan uyg‘unlashtirildi;

– tajriba-sinov ishida model asosida o‘qitilgan oilaviy tibbiyot rezidentlarida profilaktik kompetensiyaning integral ko‘rsatkichi nazorat guruhiga nisbatan statistik ahamiyatli yuqori bo‘lishi (d = 1,13) va o‘rganilganlarning amaliyotga ko‘chirilishi aniqlandi.

Amaliy ahamiyati. Monografiya materiallaridan “Gigiyena”, “Jamoat salomatligi”, “Oilaviy tibbiyot”, “Ichki kasalliklar” fanlarini o‘qitishda, oilaviy tibbiyot rezidenturasi va shifokorlar malakasini oshirish dasturlarini ishlab chiqishda, shuningdek, BTSY shifokorlarining kundalik profilaktik faoliyatida foydalanish mumkin. Ilovalarda keltirilgan so‘rovnomalar, baholash varaqalari va ssenariylar bevosita o‘quv jarayoniga tatbiq etishga mo‘ljallangan.

Monografiyaning tuzilishi. Monografiya kirish, yetti bob, xulosa, amaliy tavsiyalar, foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati (142 ta manba) va 5 ta ilovadan iborat bo‘lib, 33 ta rasm va 58 ta jadval bilan boyitilgan.

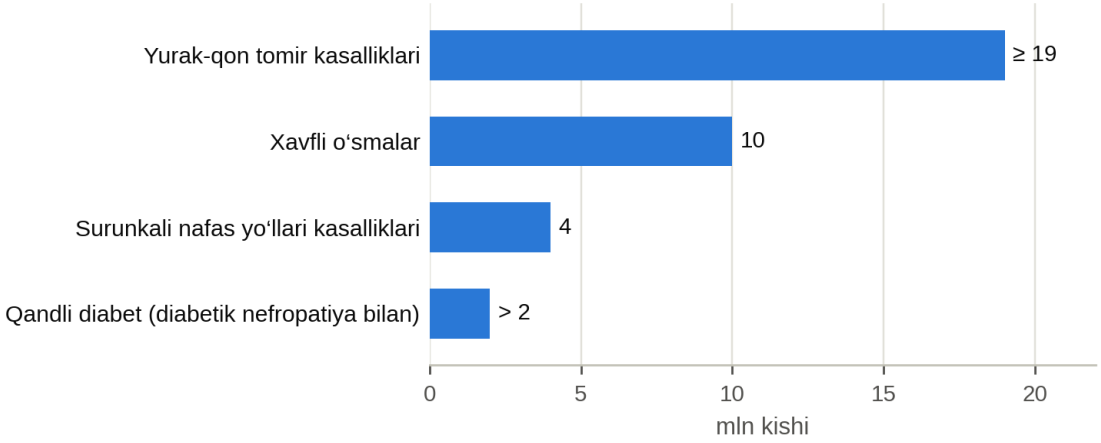
I BOB. YUQUMLI BO‘LMAGAN KASALLIKLAR VA ULARNING XAVF OMILLARI: GLOBAL VA MILLIY MUAMMO

1.1. Yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning global va milliy yuki

Yuqumli bo‘lmagan kasalliklar – bir odamdan boshqasiga yuqmaydigan, odatda uzoq davom etuvchi va sekin rivojlanuvchi, genetik, fiziologik, ekologik va xulq-atvor omillarining birgalikdagi ta’siri natijasida yuzaga keladigan kasalliklar guruhidir. JSST tasnifiga ko‘ra, YuBK ning to‘rt asosiy guruhi yurak-qon tomir kasalliklari (miokard infarkti, insult va boshqalar), xavfli o‘smalar, surunkali nafas yo‘llari kasalliklari (surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi, bronxial astma) va qandli diabetdan iborat [135]. Ushbu guruhlar umumiy xavf omillariga ega ekanligi ularning profilaktikasiga yagona, integratsiyalashgan yondashuvni qo‘llash imkonini beradi.

Kasallanish va o‘lim tuzilmasining yuqumli kasalliklardan surunkali noinfeksion kasalliklar tomon siljishi A. Omran tomonidan “epidemiologik o‘tish” nazariyasi sifatida ta’riflangan [82]. Mazkur o‘tishning asosiy harakatlantiruvchi kuchlari – aholining qarishi, urbanizatsiya, ovqatlanish tarzining o‘zgarishi, jismoniy faollikning kamayishi va tamaki mahsulotlari iste’molining tarqalishidir. Bugungi kunda bu jarayon nafaqat yuqori daromadli, balki past va o‘rta daromadli mamlakatlarda ham jadal kechmoqda.

JSST ning 2025-yil sentabrda e’lon qilingan ma’lumotlariga ko‘ra, 2021-yilda YuBK kamida 43 mln kishining o‘limiga sabab bo‘lgan, bu pandemiya bilan bog‘liq bo‘lmagan barcha o‘limlarning 75% iga teng [135]. O‘lim sabablari orasida yurak-qon tomir kasalliklari yetakchilik qiladi (kamida 19 mln), undan keyin xavfli o‘smalar (10 mln), surunkali nafas yo‘llari kasalliklari (4 mln) va qandli diabet (diabetik nefropatiyadan o‘limni qo‘shganda 2 mln dan ortiq) turadi (1.1-rasm).



1.1-rasm. Dunyoda asosiy yuqumli bo‘lmagan kasalliklardan o‘lim holatlari soni, 2021-yil (mln kishi)

Manba: JSST ma’lumotlari asosida tuzilgan [135].

YuBK muammosining eng og‘ir jihati – erta, ya’ni mehnatga layoqatli yoshdagi o‘limdir. 2021-yilda 18 mln kishi YuBK dan 70 yoshga yetmasdan vafot etgan; bunday erta o‘limlarning 82% i past va o‘rta daromadli mamlakatlarga to‘g‘ri keladi, to‘rt asosiy kasallik guruhi esa barcha erta YuBK o‘limining 80% ini tashkil etadi [135]. YuBK yukining asosiy ko‘rsatkichlari 1.1-jadvalda umumlashtirilgan.

1.1-jadval

Yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning global yukini tavsiflovchi asosiy ko‘rsatkichlar

Ko‘rsatkich	Qiymati
YuBK dan o‘lim (2021-yil)	kamida 43 mln kishi
Pandemiya bilan bog‘liq bo‘lmagan barcha o‘limlardagi ulushi	75%
70 yoshgacha bo‘lgan (erta) o‘lim	18 mln kishi
Erta o‘limlarning past va o‘rta daromadli mamlakatlardagi ulushi	82%
Barcha YuBK o‘limining past va o‘rta daromadli mamlakatlardagi ulushi	73% (32 mln kishi)
To‘rt asosiy kasallik guruhining erta YuBK o‘limidagi ulushi	80%
Arterial bosimning oshishiga atributiv bo‘lgan YuBK o‘limi ulushi	25%
Havo ifloslanishi bilan bog‘liq o‘lim (shundan YuBK)	6,7 mln (5,6 mln)
Gipertenziya bilan yashovchilar soni (2024-yil)	1,4 mlrd; ularning beshtadan biridan sal ko‘prog‘ida kasallik nazoratda

Manba: [135, 136] asosida tuzilgan.

Xalqaro hamjamiyat YuBK ga qarshi kurashni barqaror rivojlanishning ajralmas sharti deb tan olgan. 2013-yilda qabul qilingan JSST ning YuBK profilaktikasi va nazorati bo‘yicha global harakat rejasi to‘qqizta ixtiyoriy global

maqsadni belgilagan: YuBK dan erta o‘limni 25% ga kamaytirish; alkogolni zararli iste’mol qilishni kamida 10% ga, jismoniy faollik yetishmasligini 10% ga, aholining o‘rtacha tuz iste’molini 30% ga, 15 yoshdan katta aholi orasida tamaki iste’molini 30% ga kamaytirish; arterial bosim oshishi tarqalishini 25% ga kamaytirish yoki barqarorlashtirish; qandli diabet va semizlik o‘sishini to‘xtatish; YuQTK xavfi yuqori bo‘lgan shaxslarning kamida 50% ini dori terapiyasi va maslahat bilan qamrab olish; asosiy texnologiyalar va dori vositalarining 80% mavjudligini ta’minlash [116]. 2019-yilda Jahon sog‘liqni saqlash assambleyasi ushbu rejaning amal qilish muddatini 2030-yilgacha uzaytirdi [135].

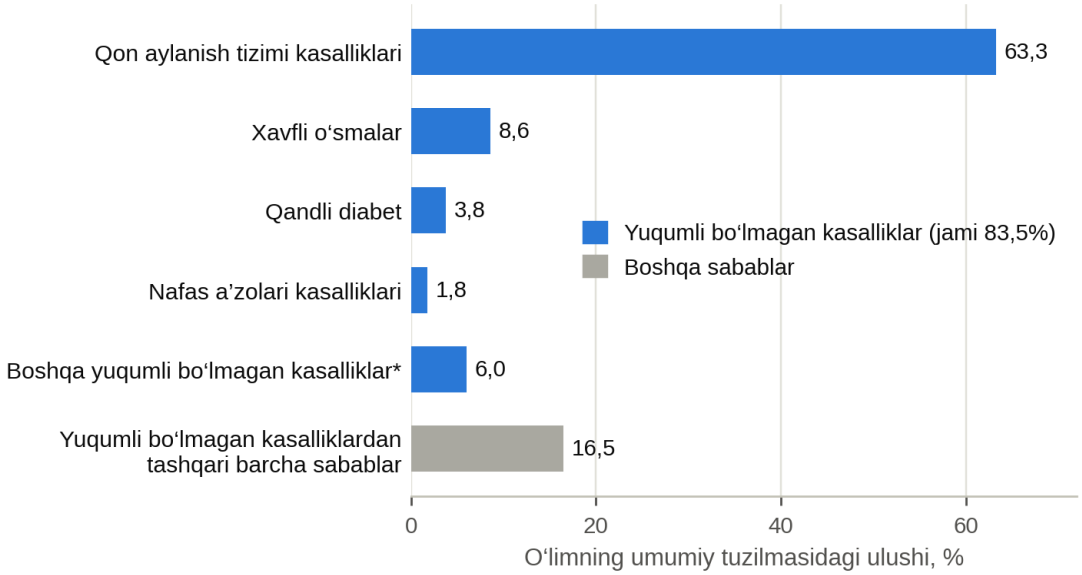
E’tiborga molik jihat shundaki, global maqsadlardan biri bevosita shifokor faoliyatiga taalluqli: YuQT xavfi yuqori bo‘lgan shaxslarni nafaqat dori terapiyasi, balki profilaktik maslahat bilan ham qamrab olish talab etiladi [116]. Demak, xavf omillarini baholash va bemorga STT bo‘yicha maslahat berish xalqaro miqyosda sog‘liqni saqlash tizimi samaradorligining o‘lchanadigan ko‘rsatkichi sifatida qaraladi.

YuBK yuki tuzilmasida arterial gipertenziya alohida o‘rin tutadi. Global miqyosda YuBK dan o‘limning 25% i arterial bosimning oshishi bilan bog‘liq [135]. JSST ning 2025-yilgi gipertenziya bo‘yicha ikkinchi global hisobotiga ko‘ra, 2024-yilda dunyoda 1,4 mlrd kishi gipertenziya bilan yashagan, biroq ularning beshtadan biridan sal ko‘prog‘ida kasallik nazoratda bo‘lgan; 195 ta mamlakat va hududdan 99 tasida gipertenziya nazorati darajasi 20% dan past [117, 136]. Hisobotda gipertenziya nazoratiga to‘sqinlik qiluvchi asosiy omillar qatorida salomatlikni mustahkamlash siyosatining sustligi, standartlashtirilgan davolash protokollari va o‘qitilgan BTSY jamoalarining yetishmasligi alohida qayd etilgan [136]. Bu esa profilaktik yo‘nalishdagi kadrlar tayyorlash masalasining global ahamiyatini yana bir bor tasdiqlaydi.

YuBK ning iqtisodiy oqibatlari ham salmoqli. JSST hisob-kitoblariga ko‘ra, 2011–2025-yillarda yurak-qon tomir kasalliklari, shu jumladan gipertenziya past va o‘rta daromadli mamlakatlarga taxminan 3,7 trln AQSh dollari, ya’ni ularning umumiy yalpi ichki mahsulotining qariyb 2% i miqdorida zarar yetkazishi prognoz

qilingan [136]. Qashshoqlik va YuBK o‘zaro chambarchas bog‘liq: tibbiy xarajatlarning oshishi oilalarni qashshoqlikka olib kelsa, ijtimoiy-iqtisodiy jihatdan zaif guruhlarda xavf omillari ko‘proq tarqalgan va tibbiy yordamdan foydalanish imkoniyati cheklangan bo‘ladi [135].

O‘zbekiston Respublikasida YuBK aholi kasallanishi, nogironligi va erta o‘limining asosiy sababi hisoblanadi. 2019-yilda YuBK mamlakatdagi barcha o‘lim holatlarining 83,5% ini (100 ming aholiga 702,8) tashkil etgan. O‘lim sabablari tuzilmasida birinchi o‘rinni qon aylanish tizimi kasalliklari – 63,3% (100 ming aholiga 583,2), asosan yurak ishemik kasalligi, arterial gipertenziya va ularning asoratlari egallagan; ulardan keyin xavfli o‘smalar (8,6%), qandli diabet (3,8%) va nafas a’zolari kasalliklari (1,8%) turadi (1.2-rasm) [17]. YuBK dan o‘limning 35% i 30–69 yoshga, ya’ni mehnatga layoqatli yoshga to‘g‘ri kelgan [17].



1.2-rasm. O‘zbekiston Respublikasida o‘lim sabablari tuzilmasi, 2019-yil (%)

*Manba: [17] ma’lumotlari asosida tuzilgan. * YuBK ning umumiy ulushi (83,5%) va to‘rt asosiy guruh ulushlari yig‘indisi o‘rtasidagi farq sifatida hisoblangan.*

JSST ning O‘zbekistondagi vakolatxonasi baholashicha, YuBK mamlakatdagi barcha o‘lim holatlarining qariyb 85% iga va nogironlik bilan yashalgan yillarning 76% iga sabab bo‘lmoqda, bunda yurak-qon tomir kasalliklari o‘limning yarmidan ko‘prog‘ini, xavfli o‘smalar esa 10% ini tashkil etadi [17]. YuBK ning mamlakat iqtisodiyotiga yetkazayotgan joriy zarari yiliga 9,3 trln so‘m, ya’ni yalpi ichki mahsulotning 4,7% i miqdorida baholangan; bunda mehnat

unumdorligining pasayishi bilan bog‘liq yashirin yo‘qotishlar (7,3 trln so‘m) davolashga ketadigan bevosita davlat xarajatlaridan 3,5 barobar ko‘p bo‘lib, ular “aysbergning suv ostidagi qismi”ni tashkil etadi [17].

Mamlakatda arterial gipertenziya muammosi ayniqsa keskin. JSST ma’lumotlariga ko‘ra, 2019-yilda 18–69 yoshdagi aholining 38% i (taxminan 8,0 mln kishi) gipertenziyaga ega bo‘lgan va ulardan 5,7 mln nafarida kasallik nazoratda bo‘lmagan [137]. Boshqacha aytganda, gipertenziyasi bo‘lgan har to‘rt kishidan qariyb uch nafari insult va miokard infarktining yuqori xavfi ostida yashaydi. Bu ko‘rsatkich xavf omillarini erta aniqlash, bemorni o‘z kasalligini boshqarishga o‘rgatish va davolashga sodiqligini oshirish bo‘yicha BTSY shifokorlari faoliyatining naqadar muhimligini ko‘rsatadi.

Shunday qilib, YuBK global va milliy miqyosda sog‘liqni saqlashning ustuvor muammosi bo‘lib, ularning yuki mehnatga layoqatli yoshdagi aholida jamlangan va sezilarli iqtisodiy zarar keltiradi. Kasalliklarning katta qismini oldini olish mumkinligi hamda ularning umumiy modifikatsiyalanadigan xavf omillariga ega ekanligi profilaktikaning, avvalo xavf omillarini boshqarishning asosiy strategik yo‘nalish ekanligini belgilaydi.

1.2. Xavf omillari: tushunchasi, tasnifi va o‘zaro ta’siri

“Xavf omili” tushunchasi zamonaviy profilaktik tibbiyotning markaziy kategoriyasi hisoblanadi. Epidemiologiyada xavf omili deganda shaxs yoki muhitga xos bo‘lgan, kasallik rivojlanish ehtimolini oshiradigan va u bilan statistik hamda sababiy bog‘liqlikka ega xususiyat, xulq-atvor yoki ta’sir tushuniladi [92]. Xavf omilini oddiy “marker”dan farqlash muhim: marker kasallik bilan bog‘liq bo‘lsa-da, uni o‘zgartirish kasallik xavfini kamaytirmasligi mumkin, sababiy xavf omilini modifikatsiya qilish esa xavfning pasayishiga olib keladi. Sababiy bog‘liqlikni baholashda A. Bradford Xill tomonidan taklif etilgan mezonlar – bog‘liqlik kuchi, izchilligi, spetsifikligi, vaqt ketma-ketligi, doza–javob gradiyenti, biologik asoslanganlik, uyg‘unlik, eksperimental dalillar va analogiya – hozirgacha keng qo‘llaniladi [56].

“Xavf omili” atamasi ilk bor Framingem yurak tadqiqoti natijalarini tahlil qilishda ilmiy muomalaga kiritilgan bo‘lib, unda arterial bosim, qonda xolesterin miqdori va boshqa ko‘rsatkichlarning koronar kasallik rivojlanishini bashorat qilishi prospektiv kuzatuvda isbotlangan [62]. Keyinchalik M. Lalonde salomatlikni belgilovchi to‘rt guruh omil – inson biologiyasi, atrof-muhit, turmush tarzi va sog‘liqni saqlash tizimi tashkiloti – konsepsiyasini taklif etdi va turmush tarzining hal qiluvchi rolini asosladi [69]. G. Dalgren va M. Uaytxedning “kamalak” modeli esa individual omillarni ijtimoiy tarmoqlar, yashash va mehnat sharoitlari hamda umumiy ijtimoiy-iqtisodiy, madaniy va ekologik sharoitlar bilan bog‘lagan holda salomatlik determinantlarining ko‘p qatlamli tuzilmasini ko‘rsatib berdi [32].

JSST yondashuviga ko‘ra, YuBK xavf omillari bir necha guruhga bo‘linadi (1.3-rasm, 1.2-jadval) [135]:

– **xulq-atvorga oid (modifikatsiyalanadigan) omillar** – tamaki iste’moli (shu jumladan passiv chekish), noto‘g‘ri ovqatlanish (ortiqcha tuz, shakar va yog‘lar), alkogolni zararli iste’mol qilish, jismoniy faollikning yetishmasligi;

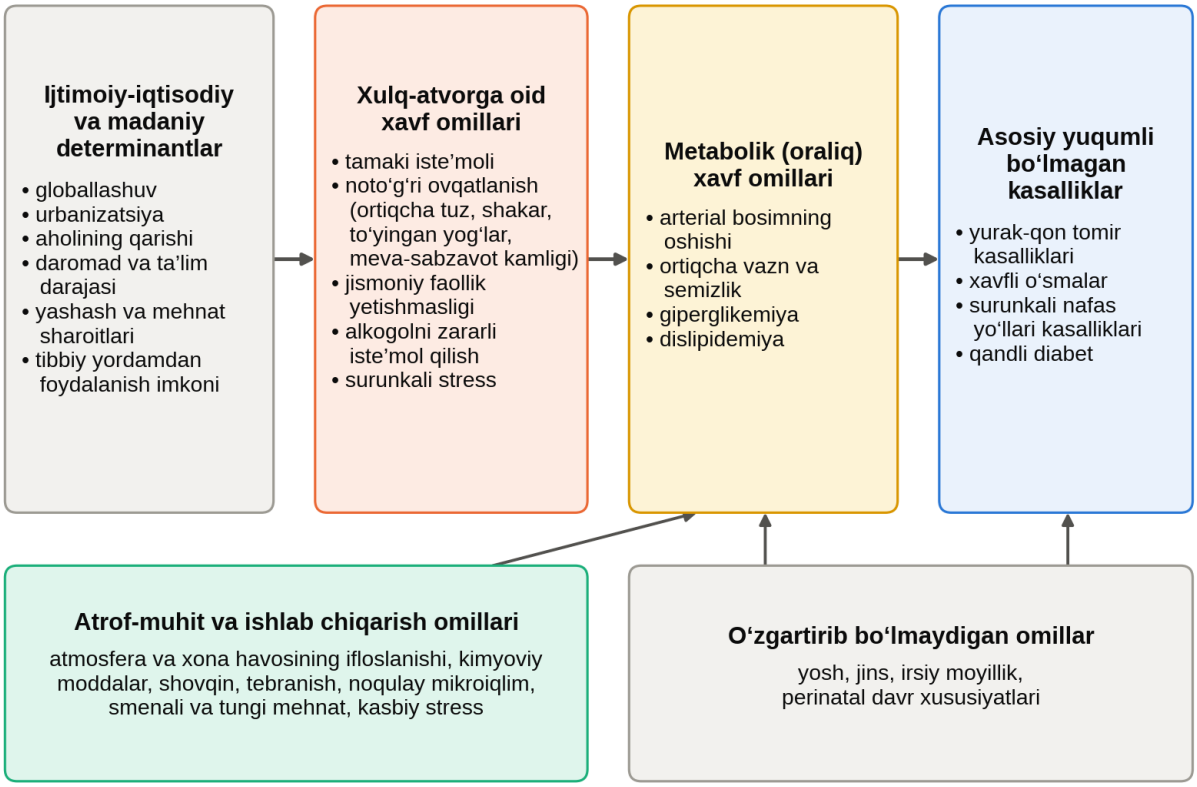
– **metabolik omillar** – arterial bosimning oshishi, ortiqcha vazn va semizlik, giperglikemiya, dislipidemiya; ular ko‘pincha xulq-atvor omillarining oqibati sifatida shakllanadi;

– **atrof-muhit omillari** – birinchi navbatda atmosfera va xona havosining ifloslanishi, shuningdek, ichimlik suvi sifati, shovqin va boshqalar;

– **ishlab chiqarish (kasbiy) omillari** – kimyoviy moddalar, chang, shovqin, tebranish, noqulay mikroiqlim, smenali va tungi mehnat, kasbiy stress;

– **o‘zgartirib bo‘lmaydigan omillar** – yosh, jins, irsiy moyillik;

– **ijtimoiy determinantlar** – daromad, ta’lim darajasi, yashash sharoitlari, tibbiy yordamdan foydalanish imkoniyati, shuningdek, ijtimoiy, tijoriy va fizik muhit.



1.3-rasm. Yuqumli bo'lmagan kasalliklar xavf omillarining tasnifi va ularning o'zaro bog'liqligi (sxema)

Manba: [32, 135] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

1.2-jadval

Yuqumli bo‘lmagan kasalliklar xavf omillarining tasnifi

Omillar guruhi	Asosiy xavf omillari	Bog‘liq kasalliklar	Profilaktika imkoniyatlari
O‘zgartirib bo‘lmaydigan	yosh, jins, irsiy moyillik	barcha YuBK	xavf guruhlarini aniqlash, skrining chastotasini belgilash
Xulq-atvorga oid	tamaki, noto‘g‘ri ovqatlanish, kam harakatlilik, alkogolni zararli iste’mol qilish	YuQTK, xavfli o‘smalar, SONK, QD	qisqa maslahat, motivatsion suhbat, fiskal va me’yoriy choralar
Metabolik	AB oshishi, ortiqcha vazn va semizlik, giperglikemiya, dislipidemiya	YuQTK, QD, surunkali buyrak kasalligi	turmush tarzini o‘zgartirish, medikamentoz davolash, dispanser kuzatuvi
Atrof-muhit	havo, suv va tuproq ifloslanishi, shovqin	YuQTK, SONK, o‘pka saratoni	gigiyenik me’yorlash, sanitariya nazorati, shahar rejalashtirish
Ishlab chiqarish	kimyoviy moddalar, chang, shovqin, tebranish, smenali mehnat, kasbiy stress	kasbiy va ishlab chiqarish bilan bog‘liq kasalliklar	gigiyenik me’yorlash, himoya vositalari, davriy tibbiy ko‘riklar
Ijtimoiy-iqtisodiy	daromad, ta’lim, uy-joy, tibbiy yordamdan foydalanish imkoni	barcha YuBK	sektorlararo siyosat, BTSY ni rivojlantirish

Manba: [32, 69, 135] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Xavf omillari alohida-alohida emas, balki murakkab sababiy zanjir ko‘rinishida ta’sir ko‘rsatadi. Ijtimoiy-iqtisodiy va madaniy determinantlar (distal omillar) xulq-atvorni shakllantiradi, xulq-atvor omillari metabolik o‘zgarishlarga olib keladi, ular esa, o‘z navbatida, kasallik rivojlanishining bevosita (proksimal) sabablari bo‘lib xizmat qiladi. JSST ta’kidlaganidek, noto‘g‘ri ovqatlanish va jismoniy faollikning yetishmasligi arterial bosimning, qonda glyukoza va lipidlar miqdorining oshishi hamda semizlik ko‘rinishida namoyon bo‘ladi; ushbu metabolik xavf omillari esa erta o‘lim sabablari orasida yetakchi bo‘lgan yurak-qon tomir kasalliklariga olib keladi [135].

Xavf omillarining muhim xususiyati – ularning bir shaxsda to‘planishi (klasterlanishi) va o‘zaro kuchaytiruvchi ta’siri. Masalan, chekish, arterial gipertenziya va giperxolesterinemiyaning birgalikda bo‘lishi yurak-qon tomir hodisalari xavfini har bir omil ta’siri yig‘indisidan sezilarli darajada ko‘proq oshiradi. Aynan shu sababli zamonaviy klinik tavsiyalar alohida omillarni emas, balki umumiy (summar) yurak-qon tomir xavfini baholashni talab etadi [102]. Yirik

xalqaro tadqiqotlar modifikatsiyalanadigan omillarning ulushi naqadar katta ekanligini ko‘rsatdi: 52 mamlakatda o‘tkazilgan INTERHEART tadqiqotida to‘qqizta modifikatsiyalanadigan xavf omili birinchi miokard infarkti populyatsion atributiv xavfining erkaklarda 90% ini, ayollarda 94% ini tushuntirgan [134]; INTERSTROKE tadqiqotida esa o‘nta modifikatsiyalanadigan omil insult populyatsion atributiv xavfining qariyb 90% i bilan bog‘liqligi aniqlangan [80].

Global kasallik yuki (GBD) loyihasining 2021-yilgi natijalariga ko‘ra, dunyoda nogironlik bilan tuzatilgan hayot yillari (DALY) yo‘qotilishida atmosfera havosining zarrachalar bilan ifloslanishi, sistolik arterial bosimning oshishi, chekish va och qoringa glyukozaning oshishi yetakchi xavf omillari qatoriga kiradi [47]. Bu natijalar xulq-atvor, metabolik va ekologik omillarning YuBK yukini shakllantirishdagi teng darajadagi ahamiyatini ko‘rsatadi hamda profilaktikada klinik va gigiyenik yondashuvlarni birlashtirish zarurligini asoslaydi.

Gigiyenik nuqtayi nazardan ishlab chiqarish va atrof-muhit omillarining turmush tarzi omillari bilan birgalikdagi (kombinatsiyalangan) ta’siri alohida e’tiborga loyiq. Masalan, chang va kimyoviy moddalar ta’siri ostida ishlovchilarda chekish surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi xavfini keskin oshiradi; shovqin, smenali mehnat va kasbiy stress arterial gipertenziya rivojlanishiga hissa qo‘shadi, bu ta’sir esa ortiqcha vazn, tuzni ko‘p iste’mol qilish va kam harakatlilik bilan kuchayadi. Shu bois sanoat korxonalari xodimlari bilan ishlovchi shifokor xavf omillarini baholashda kasbiy anamnez va mehnat sharoitlarini albatta hisobga olishi lozim.

Xavf omillari konsepsiyasi profilaktika darajalari bilan uzviy bog‘liq. **Primordial profilaktika** xavf omillarining paydo bo‘lishiga yo‘l qo‘ymaslikka (masalan, bolalar va o‘smirlarda sog‘lom odatlarni shakllantirish, sog‘lom muhit yaratish), **birlamchi profilaktika** mavjud xavf omillarini bartaraf etish yoki kamaytirish orqali kasallik rivojlanishining oldini olishga, **ikkilamchi profilaktika** kasallikni erta bosqichda aniqlash va asoratlarining oldini olishga, **uchlamchi profilaktika** esa rivojlangan kasallikning oqibatlarini kamaytirish va reabilitatsiyaga qaratilgan. Xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish

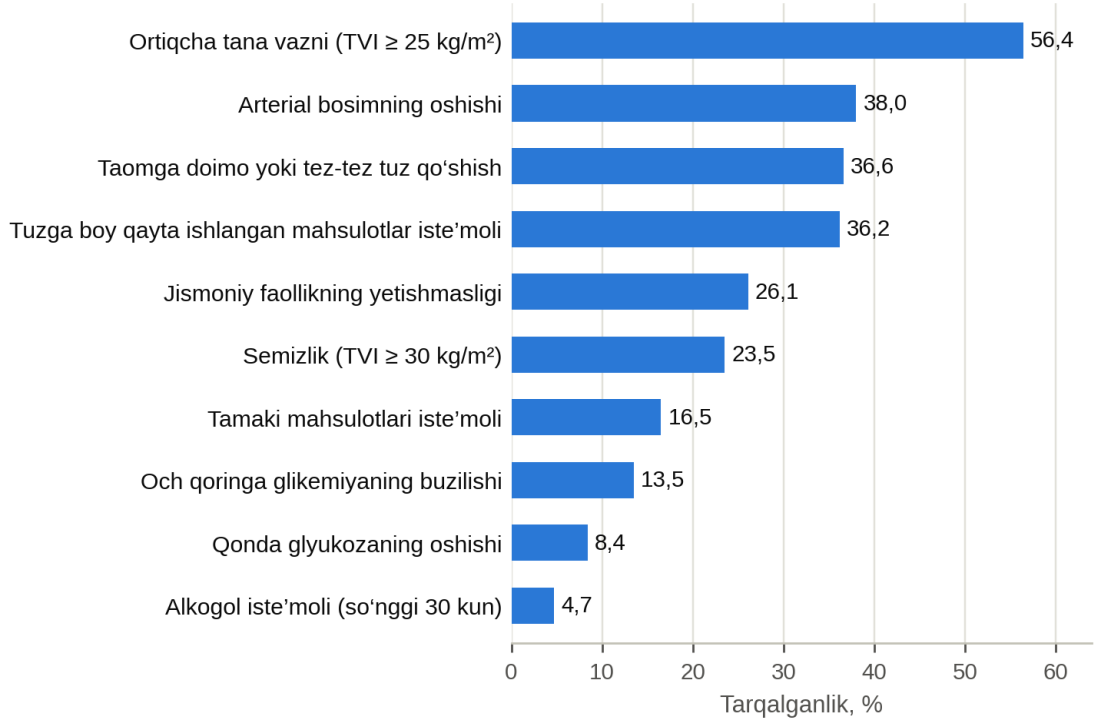
profilaktikaning barcha darajalarida, ayniqsa birlamchi va ikkilamchi profilaktikada shifokor faoliyatining asosiy mazmunini tashkil etadi.

1.3. O‘zbekiston aholisi orasida xavf omillarining tarqalishi

Aholi orasida xavf omillarining tarqalishi to‘g‘risidagi ishonchli ma’lumotlar profilaktik siyosatni rejalashtirish, resurslarni taqsimlash va shifokorlar tayyorlash dasturlari mazmunini belgilashning asosi hisoblanadi. Bunday ma’lumotlarni olishning xalqaro standarti – JSST ning STEPS (STEPwise approach to surveillance) metodikasi bo‘lib, u uch bosqichdan iborat: 1) standartlashtirilgan so‘rovnoma yordamida ijtimoiy-demografik va xulq-atvor ma’lumotlarini yig‘ish; 2) fizik o‘lchovlar (bo‘y, vazn, bel va son aylanasi, arterial bosim, yurak urish chastotasi); 3) biokimyoviy tekshiruvlar (qonda glyukoza va xolesterin miqdori) [133].

O‘zbekistonda STEPS tadqiqoti ikki marta – 2014 va 2019-yillarda o‘tkazilgan. Ikkinchi tadqiqot 2019-yilning 3-iyulidan 30-sentabrigacha barcha hududlarda ko‘p bosqichli klaster tanlanma asosida o‘tkazilgan; unga 4320 nafar respondent rejalashtirilgan bo‘lib, ulardan 3816 nafari (88,3%) ishtirok etgan [17]. Tanlanmaga Farg‘ona viloyatidan Marg‘ilon va Farg‘ona shaharlari hamda Bag‘dod, Dang‘ara, Quva va Toshloq tumanlari ham kiritilgan [17]. Tadqiqot natijalari 18–69 yoshdagi butun kattalar aholisi uchun reprezentativ hisoblanadi.

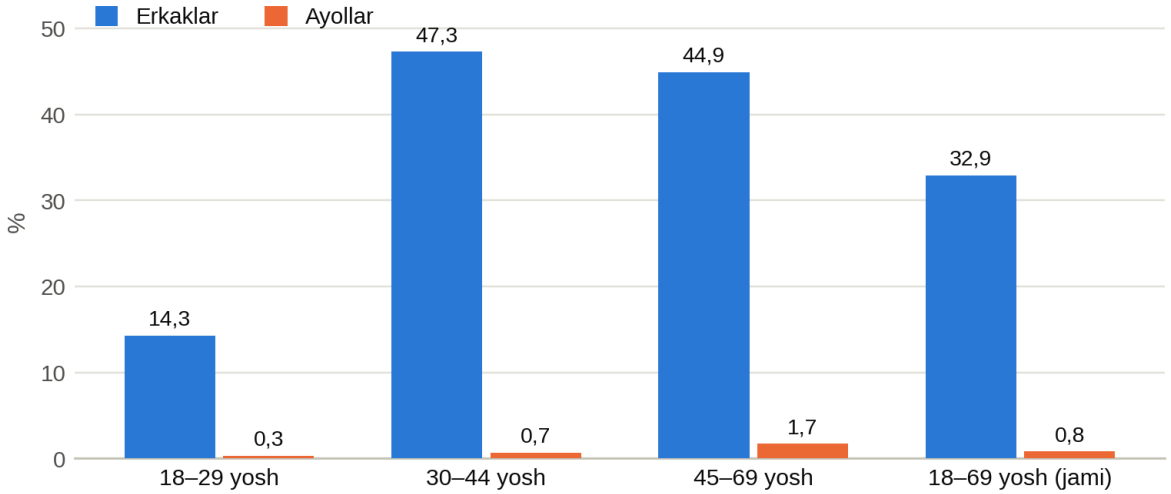
STEPS-2019 natijalariga ko‘ra, mamlakat kattalar aholisi orasida eng keng tarqalgan xavf omillari ortiqcha tana vazni (56,4%), arterial bosimning oshishi (38,0%), ovqatga doimo yoki tez-tez tuz qo‘shish (36,6%) va tuzga boy qayta ishlangan mahsulotlarni muntazam iste’mol qilish (36,2%) hisoblanadi (1.4-rasm) [17]. Aholining 26,1% i JSST ning jismoniy faollik bo‘yicha tavsiyalariga javob bermaydi, 23,5% ida semizlik, 13,5% ida och qoringa glikemiyaning buzilishi, 8,4% ida qonda glyukozaning oshishi (yoki qandni pasaytiruvchi dori qabul qilish) aniqlangan. Abdominal semizlik (bel-son nisbati bo‘yicha) erkaklarning 64,4% ida va ayollarning 55,4% ida qayd etilgan [17].



1.4-rasm. O‘zbekiston kattalar aholisi (18–69 yosh) orasida asosiy xavf omillarining tarqalishi, STEPS-2019 (%)

Manba: [17] ma’lumotlari asosida tuzilgan. Arterial bosimning oshishi: SAB ≥ 140 va/yoki DAB ≥ 90 mm sim. ust. yoki antigipertenziv dori qabul qilish.

Tamaki iste’moli O‘zbekistonda aniq ifodalangan gender xususiyatiga ega. Tamaki mahsulotlarini (chekiladigan va chekilmaydigan) iste’mol qilish aholining 16,5% ida qayd etilgan bo‘lib, bu ko‘rsatkich erkaklarda 32,9% ni, ayollarda esa atigi 0,8% ni tashkil etadi [17]. Erkaklar orasida tamaki iste’moli 30–44 yoshda eng yuqori (47,3%) bo‘lib, 45–69 yoshda ham yuqoriligicha qoladi (44,9%) (1.5-rasm). Tamaki mahsulotlarini har kuni iste’mol qiluvchilar ulushi 14,9% ni (erkaklarda 29,9%) tashkil etadi. Faqat chekiladigan tamaki iste’moli esa 9,4% ni (erkaklarda 18,8%) tashkil etadi; umumiy tamaki iste’moli va chekish ko‘rsatkichlari o‘rtasidagi farq chekilmaydigan tamaki (nos) iste’molining ham sezilarli ulushga egaligini ko‘rsatadi [17]. Chekuvchi erkaklarda chekishni boshlashning o‘rtacha yoshi 20,5 yosh, chekish stajining o‘rtacha davomiyligi 19,7 yilni tashkil etgan [17].

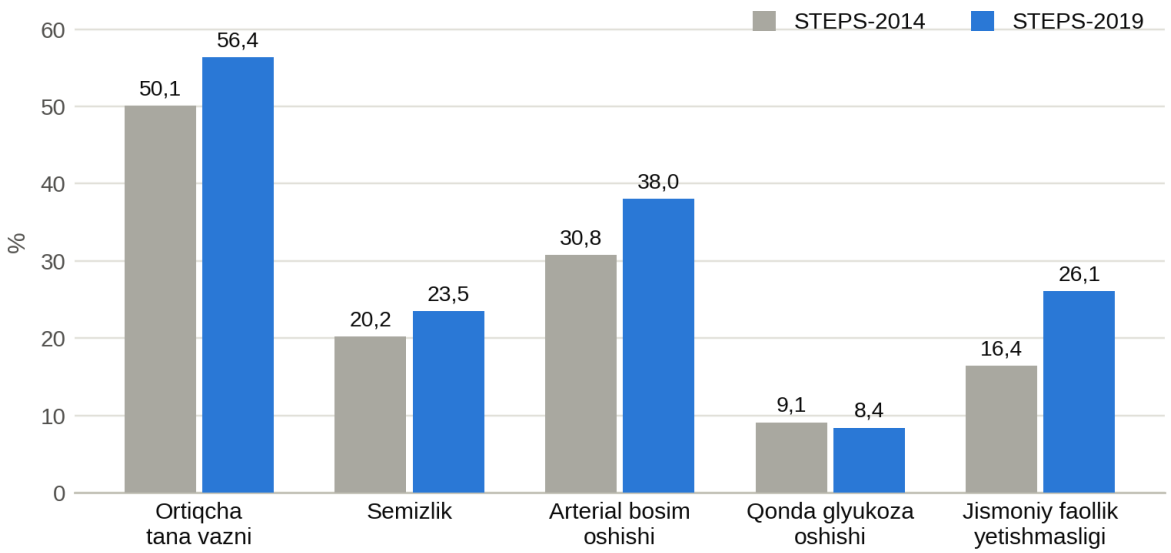


1.5-rasm. Tamaki mahsulotlari iste'molining yosh guruhlari va jins bo'yicha tarqalishi, STEPS-2019 (%)

Manba: [17] ma'lumotlari asosida tuzilgan.

STEPS-2019 tadqiqoti xavf omillarining tarqalishida aniq gender farqlarini ko'rsatdi: erkaklar uchun tamaki mahsulotlari va alkogol iste'moli hamda arterial bosimning oshishi, ayollar uchun esa jismoniy faollikning yetishmasligi, ortiqcha tana vazni, qonda umumiy xolesterin miqdorining oshishi va bachadon bo'yni saratoni bo'yicha skriningdan yetarli darajada o'tmaslik xarakterli bo'lgan [17]. Bu farqlar shifokor tomonidan profilaktik maslahat mazmunini bemorning jinsi va yoshiga moslashtirish zarurligini ko'rsatadi.

2014 va 2019-yillardagi tadqiqotlar natijalarini taqqoslash xavf omillari tarqalishining dinamikasini baholash imkonini beradi (1.6-rasm, 1.3-jadval). Besh yil davomida ortiqcha tana vazni (50,1% dan 56,4% gacha), semizlik (20,2% dan 23,5% gacha), arterial bosimning oshishi (30,8% dan 38,0% gacha) va jismoniy faollik yetishmasligi (16,4% dan 26,1% gacha) tarqalishi oshgan, qonda glyukoza oshishi esa deyarli o'zgarmagan (9,1% va 8,4%) [17].



1.6-rasm. Xavf omillari tarqalishining dinamikasi: STEPS-2014 va STEPS-2019 (%)

Manba: [17] ma'lumotlari asosida tuzilgan.

1.3-jadval

O'zbekistonda yuqumli bo'lmagan kasalliklar xavf omillarining tarqalishi: STEPS-2014 va STEPS-2019 (%)

Ko'rsatkich	2014-yil	2019-yil	Izoh
Ortiqcha tana vazni (TVI ≥ 25 kg/m²)	50,1	56,4	o'sish
Semizlik (TVI ≥ 30 kg/m²)	20,2	23,5	o'sish
Arterial bosimning oshishi	30,8	38,0	o'sish
Qonda glyukozaning oshishi	9,1	8,4	sezilarli o'zgarishsiz
Jismoniy faollik yetishmasligi	16,4	26,1	o'sish
Kuniga 5 porsiyadan kam meva va sabzavot iste'moli	67,2	16,0	metodik farqlar bo'lishi mumkin
Alkogol iste'moli (so'nggi 30 kun)	18,6	4,7	metodik farqlar bo'lishi mumkin
Kundalik tamaki iste'moli	14,4*	14,9**	ko'rsatkich ta'riflari farqlanadi

*Manba: [17] asosida tuzilgan. * kundalik chekish; ** chekiladigan va chekilmaydigan tamakini kundalik iste'mol qilish.*

Ta'kidlash joizki, ayrim ko'rsatkichlar (meva-sabzavot va alkogol iste'moli) bo'yicha ikki tadqiqot natijalari o'rtasidagi keskin farqlar qisman so'rov metodikasi, savollar talqini va ko'rsatkichlar ta'rifidagi farqlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin; shu sababli ularni taqqoslashda ehtiyotkorlik talab etiladi. Biroq antropometrik va fizik o'lchovlarga asoslangan ko'rsatkichlar (ortiqcha vazn, semizlik, arterial bosim) standartlashtirilgan usulda o'lchangani uchun ularning salbiy dinamikasi ishonchli hisoblanadi.

2014-yilgi tadqiqot ma’lumotlari Prezidentning PQ-4063-son qarori bilan tasdiqlangan konsepsiyada ham asos sifatida olingan: unda har beshinchi kattalar yoshidagi aholida semizlik, 46% ida qonda xolesterin miqdorining oshishi, erkaklarning 42% i va ayollarning 1,5% i tamaki iste’mol qilishi, aholining qariyb uchdan birida arterial bosimning oshishi qayd etilgan [10]. Shuningdek, 2014-yilda 40–64 yoshdagi aholining 20,2% ida 10 yillik yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfi 30% dan yuqori bo‘lgan [17].

Keltirilgan ma’lumotlar shifokor amaliyoti uchun muhim xulosalar chiqarishga imkon beradi. Birinchidan, xavf omillari shu qadar keng tarqalganki, BTSY ga murojaat qilgan deyarli har bir katta yoshdagi bemorda kamida bitta modifikatsiyalanadigan xavf omili mavjud bo‘lishi ehtimoli yuqori; demak, xavf omillarini aniqlash har bir murojaatning standart elementiga aylanishi lozim. Ikkinchidan, xavf omillarining ko‘pchiligi (ortiqcha vazn, gipertenziya, kam harakatlilik) bemor tomonidan sezilmaydi va faqat faol skrining orqali aniqlanadi. Uchinchidan, xavf omillari tarqalishining o‘sish tendensiyasi faqat axborot berish bilan cheklanmaydigan, bemorning xulq-atvorini o‘zgartirishga qaratilgan samarali aralashuvlarni talab etadi. Nihoyat, STEPS metodikasi aholiga shifokorlar tomonidan so‘nggi uch yil ichida STT bo‘yicha maslahat berilganligi to‘g‘risidagi ko‘rsatkichni ham o‘z ichiga oladi [133]; ushbu ko‘rsatkichdan sog‘liqni saqlash tizimining profilaktik faolligini monitoring qilishda foydalanish maqsadga muvofiq.

1.4. Sog‘lom turmush tarzi: tushunchasi, tarkibiy qismlari va gigiyenik asoslari

JSST Nizomida salomatlik “faqat kasallik yoki jismoniy nuqsonlarning yo‘qligi emas, balki to‘liq jismoniy, ruhiy va ijtimoiy farovonlik holati” sifatida ta’riflangan [113]. Bu ta’rif salomatlikni saqlash va mustahkamlashda tibbiy yordam bilan bir qatorda insonning kundalik xulq-atvori va hayot sharoitlarining hal qiluvchi ahamiyatini ta’kidlaydi.

Sog‘lom turmush tarzi deganda shaxsning salomatlikni saqlash va mustahkamlashga, kasalliklar xavfini kamaytirishga yo‘naltirilgan, ongli ravishda

tanlangan va barqaror odatga aylangan kundalik xulq-atvor shakllari tizimi tushuniladi. STT faqat individual tanlov natijasi emas: u shaxsning bilimi, motivatsiyasi va ko‘nikmalari bilan bir qatorda ijtimoiy, iqtisodiy, madaniy va ekologik sharoitlar bilan ham belgilanadi. Salomatlikni mustahkamlash bo‘yicha Ottava xartiyasi bu jarayonning besh yo‘nalishini belgilagan: salomatlikka yo‘naltirilgan davlat siyosati, qo‘llab-quvvatlovchi muhit yaratish, jamoalar faolligini kuchaytirish, shaxsiy ko‘nikmalarni rivojlantirish va sog‘liqni saqlash xizmatlarini profilaktikaga qayta yo‘naltirish [126]. Olma-Ota deklaratsiyasi (1978) va Ostona deklaratsiyasi (2018) esa birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini salomatlikni mustahkamlash va kasalliklar profilaktikasining asosiy bo‘g‘ini sifatida tasdiqlagan [34, 112].

STT ning asosiy tarkibiy qismlari 1.7-rasmda keltirilgan. Ularning har biri uchun JSST va boshqa nufuzli tashkilotlar tomonidan dalillarga asoslangan miqdoriy tavsiyalar ishlab chiqilgan bo‘lib, ular shifokorning profilaktik maslahati uchun aniq mo‘ljal bo‘lib xizmat qiladi (1.4-jadval).

1.7-rasm. Sog‘lom turmush tarzining tarkibiy qismlari (sxema)

Manba: muallif tomonidan tuzilgan.

1.4-jadval

Sog‘lom turmush tarzining asosiy tarkibiy qismlari bo‘yicha xalqaro tavsiyalar (kattalar uchun)

Tarkibiy qism	Asosiy tavsiyalar	Manba
Ovqatlanish	kuniga kamida 400 g (5 porsiya) meva va sabzavot; tuz – kuniga 5 g dan kam (natriy 2 g dan kam); erkin shakarlar – umumiy energiyaning 10% idan kam (maqbul holatda 5% idan kam); umumiy yog‘lar – 30% dan, to‘yingan yog‘lar – 10% dan, trans-yog‘lar – 1% dan kam	[121–123]
Jismoniy faollik	haftasiga 150–300 daqiqa o‘rtacha yoki 75–150 daqiqa yuqori intensivlikdagi aerob faollik; haftada kamida 2 kun mushaklarni kuchaytiruvchi mashqlar; 65 yoshdan katta shaxslarda haftada kamida 3 kun muvozanat va kuch mashqlari; kam harakat bilan o‘tkaziladigan vaqtni cheklash	[29]
Tamaki	har qanday tamaki va nikotin mahsulotlaridan (sigareta, nos, qalyan, elektron tizimlar) voz kechish; passiv chekishdan himoya	[132]
Alkogol	salomatlik uchun xavfsiz iste’mol darajasi mavjud emas; iste’moldan voz kechish yoki uni imkon qadar kamaytirish	[18, 118]
Tana vazni	TVI 18,5–24,9 kg/m²; bel aylanasi erkaklarda 94 sm dan, ayollarda 80 sm dan kam	[129]
Uyqu	26–64 yoshdagi kattalar uchun sutkada 7–9 soat, 65 yoshdan kattalar uchun 7–8 soat	[57]
Arterial bosim	muntazam o‘lchab borish; gipertenziyada maqsadli daraja – 140/90 mm sim. ust. dan past	[120]

Izoh: tavsiyalar kattalar uchun keltirilgan; bolalar, homilador ayollar va surunkali kasalligi bo‘lgan shaxslar uchun ular moslashtiriladi.

Oqilona ovqatlanish STT ning asosi bo‘lib, gigiyenik nuqtayi nazardan u quyidagi tamoyillarga asoslanadi: ratsionning energetik qiymati organizmning energiya sarfiga mos kelishi; oqsil, yog‘ va uglevodlar, vitaminlar, mineral moddalar va ozuqa tolalari bo‘yicha muvozanat; ovqatlanish rejimining muntazamligi; oziq-ovqat mahsulotlarining xavfsizligi. YuBK profilaktikasi nuqtayi nazaridan eng muhim yo‘nalishlar – tuz, erkin shakarlar, to‘yingan va trans-yog‘lar iste’molini kamaytirish, meva, sabzavot, dukkaklilar va to‘liq donli mahsulotlar ulushini oshirishdir [123]. Tuzning asosiy qismi ko‘pincha ovqatga qo‘shiladigan tuzdan emas, balki “yashirin” manbalar – non, tuzlangan va dudlangan mahsulotlar, kolbasa, tayyor souslar va yarimtayyor mahsulotlar orqali tushadi; STEPS-2019 ma’lumotlariga ko‘ra, aholining uchdan biridan ko‘prog‘i tuzga boy qayta ishlangan mahsulotlarni muntazam iste’mol qiladi [17]. Aholining sog‘lom ovqatlanishini ta’minlash bo‘yicha davlat siyosati 2015–2020-yillarga mo‘ljallangan konsepsiya va

2020-yilda qabul qilingan qo‘shimcha chora-tadbirlar orqali amalga oshirilmoqda [17].

Jismoniy faollik yurak-qon tomir tizimi, metabolizm va ruhiy salomatlik uchun ko‘p qirrali foyda keltiradi. JSST ning 2020-yilgi tavsiyalari “har qanday harakat hech narsadan yaxshi” tamoyiliga asoslanib, faollikning minimal chegarasini emas, balki uning oshib borishini rag‘batlantiradi va kam harakatlilik bilan o‘tkaziladigan vaqtni cheklashni alohida ta’kidlaydi [29]. Mehnat gigiyenasi nuqtayi nazaridan jismoniy faollik mehnat va dam olish rejimi bilan uyg‘unlashtirilishi, uzoq vaqt o‘tirib ishlovchilar uchun esa ish vaqtidagi faol tanaffuslar va ishlab chiqarish gimnastikasi tashkil etilishi lozim.

Tamaki va alkogoldan voz kechish STT ning eng samarali tarkibiy qismlaridan hisoblanadi. JSST ma’lumotlariga ko‘ra, tamaki har yili 8 mln dan ortiq kishining o‘limiga sabab bo‘ladi [132]; alkogolga kelsak, so‘nggi yillarda to‘plangan dalillar salomatlik uchun xavfsiz iste’mol darajasi mavjud emasligini ko‘rsatdi [18]. O‘zbekiston sharoitida nos va qalyan kabi chekilmaydigan va an’anaviy bo‘lmagan tamaki mahsulotlari, shuningdek, elektron nikotin yetkazib berish tizimlari ham e’tibordan chetda qolmasligi kerak.

Optimal tana vazni, **stressni boshqarish**, **to‘laqonli uyqu** va **profilaktik tibbiy faollik** (muntazam tibbiy ko‘riklardan va skriningdan o‘tish, arterial bosimni o‘lchab borish, shifokor tavsiyalariga amal qilish) STT ning boshqa muhim tarkibiy qismlaridir. Surunkali stress va uyqu yetishmasligi arterial bosimning oshishi, metabolik buzilishlar va zararli odatlar (chekish, ortiqcha ovqatlanish) bilan bog‘liq bo‘lib, ularni baholash va korreksiya qilish shifokorning yaxlit profilaktik yondashuvining ajralmas qismidir [31, 57].

STT ni shakllantirish individual va populyatsion darajadagi choralarning uyg‘unligini talab etadi. JSST tomonidan xarajat-samaradorlik nuqtayi nazaridan eng maqbul deb topilgan populyatsion aralashuvlar (tamaki va shakarli ichimliklarga soliqlar, oziq-ovqat mahsulotlarida tuz miqdorini kamaytirish, tamaki reklamasini taqiqlash, jismoniy faollikni targ‘ib qilish kampaniyalari va boshqalar) “sog‘lom tanlov”ni “oson tanlov”ga aylantiradi [127]. Biroq populyatsion choralar individual

yondashuvni to‘liq almashtira olmaydi: aynan shifokor bemorning shaxsiy xavfini aniqlaydi, uni tushunarli qilib yetkazadi va xulq-atvorni o‘zgartirishda amaliy yordam beradi.

Shifokorning o‘z turmush tarzi ham STT ni shakllantirishda muhim omil hisoblanadi. Tadqiqotlar shifokorlarning shaxsiy sog‘lom odatlari ularning bemorlarga profilaktik maslahat berish chastotasi va ishonarliligi bilan bog‘liqligini ko‘rsatgan [44, 81]. Shu bois bo‘lajak shifokorlarning o‘z salomatligiga munosabatini shakllantirish kasbiy tayyorgarlikning motivatsion-qadriyatli komponentining muhim qismi sifatida qaralishi lozim.

I bob bo‘yicha xulosalar

1. YuBK global va milliy miqyosda o‘lim va nogironlikning asosiy sababi hisoblanadi: dunyoda ular pandemiya bilan bog‘liq bo‘lmagan o‘limlarning 75% ini, O‘zbekistonda esa barcha o‘limlarning 83,5% ini tashkil etadi; yuk mehnatga layoqatli yoshda jamlangan va sezilarli iqtisodiy zarar (O‘zbekistonda YaIMning 4,7% i) keltiradi.

2. YuBK umumiy modifikatsiyalanadigan xavf omillariga ega bo‘lib, ular xulq-atvor, metabolik, ekologik va kasbiy omillarning murakkab sababiy zanjirini tashkil etadi; modifikatsiyalanadigan omillar miokard infarkti va insult populyatsion atributiv xavfining qariyb 90% ini tushuntiradi.

3. O‘zbekistonda xavf omillari keng tarqalgan va ularning ko‘pchiligi salbiy dinamikaga ega: 2014–2019-yillarda ortiqcha vazn, semizlik, arterial bosimning oshishi va jismoniy faollik yetishmasligi tarqalishi oshgan; erkaklar orasida tamaki iste’moli yuqoriligicha qolmoqda, gipertenziyasi bo‘lgan shaxslarning aksariyatida kasallik nazoratda emas.

4. Sog‘lom turmush tarzining har bir tarkibiy qismi uchun dalillarga asoslangan miqdoriy tavsiyalar mavjud bo‘lib, ular shifokorning profilaktik maslahati uchun aniq mezon bo‘lib xizmat qiladi; STT ni shakllantirish individual (shifokor maslahati) va populyatsion (davlat siyosati, qo‘llab-quvvatlovchi muhit) choralarning uyg‘unligini talab etadi.

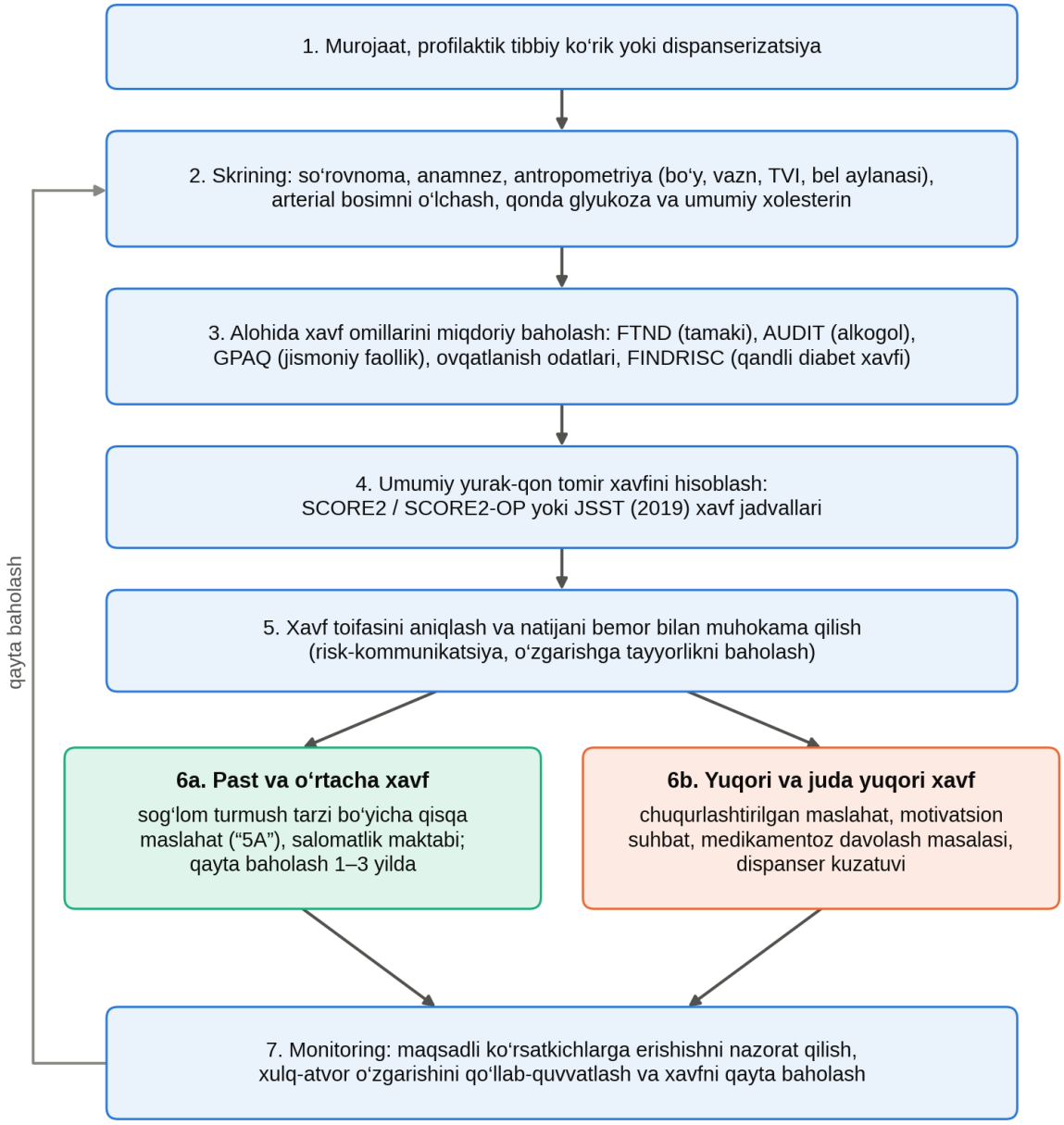
II BOB. XAVF OMILLARINI BAHOLASHNING NAZARIY-METODOLOGIK ASOSLARI

2.1. Shifokor amaliyotida xavf omillarini aniqlash usullari

Xavf omillarini aniqlash – profilaktik faoliyatning boshlang‘ich va eng muhim bosqichi. Shifokor amaliyotida bu jarayon skrining tamoyillariga asoslanadi. J. Uilson va G. Yungner tomonidan JSST uchun ishlab chiqilgan klassik tamoyillarga ko‘ra, skrining qilinadigan holat muhim sog‘liq muammosi bo‘lishi, uning tabiiy kechishi yaxshi o‘rganilgan bo‘lishi, maqbul va ishonchli tekshirish usuli hamda aniqlangan holatlar uchun samarali aralashuv mavjud bo‘lishi, skrining xarajatlari esa tibbiy yordamning umumiy xarajatlariga mutanosib bo‘lishi lozim [109]. YuBK xavf omillari – arterial gipertenziya, chekish, ortiqcha vazn, giperglikemiya, dislipidemiya – ushbu mezonlarning barchasiga javob beradi, bu esa ularni muntazam skrining qilishni asoslaydi.

Amaliyotda xavf omillarini aniqlashning ikki asosiy strategiyasi qo‘llaniladi. **Opportunistik skrining** bemorning har qanday sabab bilan qilgan murojaatidan xavf omillarini baholash uchun foydalanishni nazarda tutadi. **Tizimli (faol) skrining** esa ma’lum yosh va jins guruhlarini maqsadli taklif qilish orqali – profilaktik tibbiy ko‘riklar, dispanserizatsiya, patronaj va tibbiy xatlov doirasida – amalga oshiriladi. O‘zbekistonda PF-6110-son Farmon bilan joriy etilgan tibbiy profilaktika va patronajning yangi tizimi mahalla va xonadonlar darajasigacha qamrab oluvchi faol yondashuvga asoslangan [5]. Har ikkala strategiyada ham shifokor standartlashtirilgan usullardan foydalanishi va natijalarni tibbiy hujjatlarda qayd etishi zarur.

Xavf omillarini aniqlashning asosiy usullari so‘rov (anamnez va standartlashtirilgan so‘rovnomalar), fizik (antropometrik) o‘lchovlar va laboratoriya tekshiruvlaridan iborat. Bu usullar STEPS metodikasining uch bosqichiga mos keladi va populyatsion tadqiqotlar hamda individual amaliyot o‘rtasida uzviylikni ta’minlaydi [133]. Shifokor amaliyotida xavf omillarini aniqlash va baholashning tavsiya etilayotgan algoritmi 2.1-rasmda keltirilgan.



2.1-rasm. Shifokor amaliyotida xavf omillarini baholash algoritmi

Manba: [102, 125, 131] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Algoritm yetti bosqichdan iborat bo‘lib, u individual xavf omillarini aniqlashdan boshlab umumiy xavfni hisoblash, xavf toifasiga mos taktikani tanlash va monitoringgacha bo‘lgan yopiq siklni tashkil etadi. Algoritmning muhim xususiyati – xavfni baholash natijasining bemor bilan muhokama qilinishi (5-bosqich) va aralashuv intensivligining xavf darajasiga moslashtirilishidir (6a va 6b-bosqichlar). Bu yondashuv JSST ning HEARTS texnik paketi va PEN (asosiy YuBK aralashuvlari paketi) tamoyillariga mos keladi [125, 131].

Xavf omillarini aniqlashda qo‘llaniladigan usullar va vositalar 2.1-jadvalda tizimlashtirilgan.

2.1-jadval

Xavf omillarini aniqlash usullari va vositalari

Xavf omili	Aniqlash usuli	Standartlashtirilgan vosita / ko‘rsatkich
Tamaki iste’moli	so‘rov: turi (sigareta, nos, qalyan, elektron tizimlar), miqdori, davomiyligi	chekish indeksi (quti-yil), FTND testi, nafas havosidagi uglerod oksidi
Alkogol iste’moli	so‘rov: chastotasi, bir martalik miqdori, epizodik ko‘p iste’mol	AUDIT (10 savol), AUDIT-C (3 savol)
Ovqatlanish	ovqatlanish odatlari so‘rovi, 24 soatlik eslash, ovqatlanish chastotasi so‘rovnomasi	meva-sabzavot porsiyalari, tuz qo‘shish odati; tuz iste’moli – sutkalik siydikda natriy
Jismoniy faollik	ish, harakatlanish va dam olishdagi faollik so‘rovi	GPAQ (MET-daqiqa), qadam hisoblagich, akselerometr
Tana vazni	bo‘y, vazn, bel va son aylanasini o‘lchash	TVI, bel aylanasi, bel-son nisbati
Arterial bosim	validatsiyalangan avtomatik tonometr bilan standart o‘lchash	2–3 o‘lchashning o‘rtachasi, uy sharoitida o‘lchash
Giperglikemiya	och qoringa glyukoza, glikirlangan gemoglobin	FINDRISC (laboratoriyasiz baholash)
Dislipidemiya	umumiy xolesterin, lipid spektri	umumiy xolesterin, LPZP-xolesterin
Psixosotsial omillar	stress, uyqu va kayfiyat so‘rovi	sezilayotgan stress shkalasi (PSS-10), uyqu davomiyligi
Kasbiy omillar	kasbiy anamnez, mehnat sharoitlari bo‘yicha ma’lumotlar	zararli omillar ro‘yxati, ish joyini attestatsiya qilish natijalari

Manba: [21, 22, 31, 55, 72, 133] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Xavf omillarini baholash natijalarining ishonchliligi ko‘p jihatdan o‘lchov texnikasiga rioya qilinishiga bog‘liq. **Arterial bosim** bemor kamida 5 daqiqa tinch o‘tirgandan so‘ng, qo‘l yurak sathida bo‘lgan holda, qo‘l aylanasiga mos manjeta bilan o‘lchanadi; o‘lchov 1–3 daqiqa oraliq bilan 2–3 marta takrorlanadi va oxirgi ikki o‘lchovning o‘rtachasi hisobga olinadi. STEPS-2019 tadqiqotida ham arterial bosim uch marta, 3 daqiqa oraliq bilan o‘lchanib, ikkinchi va uchinchi o‘lchovlarning o‘rtachasi tahlil qilingan [17]. Gipertenziya tashxisi uchun bosimning oshganligi ikki xil kunda tasdiqlanishi lozim [120].

Antropometriya bo‘y o‘lchagich va kalibrlangan tarozi yordamida bajariladi. Tana vazni indeksi quyidagi formula bo‘yicha hisoblanadi:

$$TVI = m / h^2 \ (kg/m^2) \qquad (2.1)$$

bu yerda *m* – tana vazni, kg; *h* – bo‘y, m. Bel aylanasi tik turgan holatda oxirgi paypaslanadigan qovurg‘a pastki qirrasi va yonbosh suyagi qirrasi o‘rtasidagi nuqtada, son aylanasi esa katta ko‘st sathida o‘lchanadi [129]. Bel aylanasi abdominal (visseral) semizlikning TVI ga qaraganda aniqroq ko‘rsatkichi bo‘lib, metabolik va yurak-qon tomir xavfi bilan kuchliroq bog‘liq.

Tamaki iste’moli intensivligini baholash uchun chekish indeksi (quti-yil) qo‘llaniladi:

$$ChI = (n \times t) / 20 \quad (2.2)$$

bu yerda *ChI* – chekish indeksi, quti-yil; *n* – kuniga chekiladigan sigaretalar soni; *t* – chekish stoji, yil.

Chekish indeksi 10 quti-yildan ortiq bo‘lsa, surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi rivojlanish xavfi sezilarli darajada oshgan hisoblanadi va bunday bemorlarga nafas funksiyasini tekshirish tavsiya etiladi.

Xavf omillarini aniqlashda foydalaniladigan diagnostik mezonlar 2.2-jadvalda keltirilgan. Shuni ta’kidlash lozimki, ayrim ko‘rsatkichlar bo‘yicha epidemiologik tadqiqotlar va klinik amaliyot mezonlari farqlanishi mumkin; shifokor klinik tashxis uchun milliy klinik protokollar va JSST mezonlariga, populyatsion ko‘rsatkichlarni talqin qilishda esa tegishli tadqiqot metodikasiga tayanishi lozim.

2.2-jadval

Asosiy xavf omillarining diagnostik mezonlari

Xavf omili	Mezon
Arterial gipertenziya	SAB ≥ 140 va/yoki DAB ≥ 90 mm sim. ust. (ikki xil kunda o‘lchanganda) yoki antigipertenziv dori qabul qilish
Ortiqcha tana vazni / semizlik	TVI 25,0–29,9 kg/m² / TVI ≥ 30,0 kg/m²
Abdominal semizlik	bel aylanasi: erkaklarda ≥ 94 sm (xavf oshgan), ≥ 102 sm (xavf sezilarli oshgan); ayollarda mos ravishda ≥ 80 va ≥ 88 sm; bel-son nisbati: erkaklarda ≥ 0,90, ayollarda ≥ 0,85
Qandli diabet / och qoringa glikemiyaning buzilishi	venoz plazmada och qoringa glyukoza ≥ 7,0 mmol/l / 6,1–6,9 mmol/l
Giperxolesterinemiya	umumiy xolesterin ≥ 5,0 mmol/l (STEPS mezoni)
Tamaki iste’moli	so‘nggi 30 kun ichida har qanday tamaki mahsulotini iste’mol qilish
Alkogolni xavfli/zararli iste’mol qilish	AUDIT bo‘yicha ≥ 8 ball

Xavf omili	Mezon
Jismoniy faollik yetishmasligi	haftasiga 150 daqiqadan kam o‘rtacha intensivlikdagi faollik (yoki 600 MET-daqiqadan kam)
Noto‘g‘ri ovqatlanish	kuniga 5 porsiyadan (400 g) kam meva va sabzavot; tuz iste’moli kuniga 5 g dan ortiq

Manba: [17, 22, 29, 114, 120, 129, 133] asosida tuzilgan.

Xavf omillarini aniqlash natijalari tibbiy hujjatlarda, avvalo elektron tibbiy kartada tizimli qayd etilishi lozim. PQ-4063-son qaror bilan tasdiqlangan konsepsiyada har bir bemorning ovqatlanish xususiyati, tamakiga qaramligi, TVI, arterial bosim, qonda qand va xolesterin darajasi kabi ko‘rsatkichlarni o‘z ichiga olgan salomatlik profilini yuritish nazarda tutilgan [10]. Bunday profil xavf omillari dinamikasini kuzatish, profilaktik aralashuvlar samaradorligini baholash va BTSY muassasasining profilaktik faoliyatini monitoring qilish imkonini beradi. Xavf omillarini skrining qilish uchun mo‘ljallangan qisqa so‘rovnoma namunasi 1-ilovada keltirilgan.

2.2. Alohida xavf omillarini miqdoriy baholash vositalari

Xavf omilining faqat mavjudligini qayd etish yetarli emas: profilaktik taktikani tanlash uchun uning intensivligi va bemorning unga qaramlik darajasini miqdoriy baholash zarur. Bu maqsadda xalqaro amaliyotda validatsiyalangan, qisqa va qo‘llash uchun qulay so‘rovnomalar ishlatiladi.

Nikotinga qaramlikni baholash. Chekuvchi bemorda nikotinga qaramlik darajasini aniqlash uchun Fagerström testi (FTND) keng qo‘llaniladi [55]. Test oltita savoldan iborat bo‘lib, umumiy ball 0 dan 10 gacha o‘zgaradi (2.3-jadval). Qaramlik darajasi farmakoterapiyaga ehtiyojni va tashlash jarayonida abstinent belgilar ehtimolini baholashga yordam beradi: yuqori qaramlikda faqat maslahat bilan cheklanmasdan, dori vositalari bilan qo‘llab-quvvatlash tavsiya etiladi.

2.3-jadval

Nikotinga qaramlikni baholashning Fagerström testi (FTND)

Savol	Javob varianti	Ball
1. Uyg‘onganingizdan qancha vaqt o‘tib birinchi sigaretani chekasiz?	5 daqiqa ichida / 6–30 daqiqa / 31–60 daqiqa / 60 daqiqadan keyin	3 / 2 / 1 / 0
2. Chekish taqiqlangan joylarda chekmaslik siz uchun qiyinmi?	ha / yo‘q	1 / 0
3. Qaysi sigaretadan voz kechish siz uchun eng qiyin?	ertalabki birinchisidan / boshqasidan	1 / 0
4. Kuniga nechta sigareta chekasiz?	10 va undan kam / 11–20 / 21–30 / 31 va undan ko‘p	0 / 1 / 2 / 3
5. Uyg‘ongandan keyingi dastlabki soatlarda kunning qolgan qismiga nisbatan ko‘proq chekasizmi?	ha / yo‘q	1 / 0
6. Kasal bo‘lib, kun bo‘yi yotoqda yotganingizda ham chekasizmi?	ha / yo‘q	1 / 0

Talqin: 0–2 ball – juda past; 3–4 – past; 5 – o‘rtacha; 6–7 – yuqori; 8–10 – juda yuqori qaramlik. Manba: [55].

Alkogol iste’molini baholash. JSST tomonidan BTSY uchun ishlab chiqilgan AUDIT testi alkogolni xavfli va zararli iste’mol qilishni hamda qaramlik ehtimolini aniqlash uchun oltin standart hisoblanadi [22]. Test o‘nta savoldan iborat bo‘lib, uch sohani qamraydi: iste’mol miqdori va chastotasi (1–3-savollar), qaramlik belgilari (4–6-savollar) va alkogol bilan bog‘liq zarar (7–10-savollar). Dastlabki uch savoldan iborat qisqartirilgan varianti (AUDIT-C) tezkor skrining uchun qo‘llaniladi. AUDIT natijalari to‘rt “xavf zonasi”ga ajratiladi, ularning har biriga shifokorning aniq taktikasi mos keladi (2.4-jadval). Alkogol miqdorini hisoblashda standart porsiya tushunchasidan foydalaniladi; STEPS metodikasida bir standart porsiya 10 g sof etanolga teng deb olingan [17].

2.4-jadval

AUDIT testi natijalarini talqin qilish va shifokor taktikasi

Zona	Ball	Iste’mol tavsifi	Shifokor taktikasi
I	0–7	past xavfli iste’mol yoki iste’mol qilmaslik	alkogol xavfi haqida ma’lumot berish
II	8–15	xavfli iste’mol	oddiy (qisqa) maslahat
III	16–19	zararli iste’mol	qisqa maslahat va konsultatsiya, dinamik kuzatuv
IV	20–40	qaramlik ehtimoli	tashxis va davolash uchun mutaxassisga yo‘naltirish

Manba: [22].

Jismoniy faollikni baholash. JSST ning global jismoniy faollik so‘rovnomasi (GPAQ) 16 savoldan iborat bo‘lib, jismoniy faollikni uch sohada – ishda (o‘qishda, uy yumushlarida), harakatlanishda (piyoda yurish, velosipedda yurish) va dam olishda – o‘rganadi hamda kam harakatlilik vaqtini baholaydi [21]. Faollik hajmi MET-daqiqalarda (metabolik ekvivalent) ifodalanadi:

$$JF = 4 \times T_1 + 8 \times T_2 \quad (2.3)$$

bu yerda JF – haftalik jismoniy faollik hajmi, MET-daqiqa; T_1 – haftasiga o‘rtacha intensivlikdagi faollik daqiqalari; T_2 – haftasiga yuqori intensivlikdagi faollik daqiqalari.

Haftasiga 600 MET-daqiqadan kam faollik JSST tavsiyalariga mos kelmaydigan, ya’ni yetarli bo‘lmagan faollik sifatida baholanadi [29, 133]. Amaliyotda so‘rovnoma ma’lumotlarini obyektiv usullar – qadam hisoblagich yoki akselerometr ko‘rsatkichlari bilan to‘ldirish maqsadga muvofiq.

Ovqatlanishni baholash. Klinik amaliyotda ovqatlanishni baholash uchun qisqa so‘rovlar qo‘llaniladi: kuniga iste’mol qilinadigan meva va sabzavot porsiyalari (bir porsiya – 80 g), ovqatga tuz qo‘shish odati, tuzga boy mahsulotlar, shakarli ichimliklar va qandolat mahsulotlari, yog‘li va qovurilgan taomlar iste’moli chastotasi [17]. Chuqurroq baholash uchun 24 soatlik eslash va ovqatlanish kundaligi usullaridan foydalaniladi. Tuz iste’molini baholashning oltin standarti sutkalik siydikda natriy miqdorini aniqlashdir, biroq u individual amaliyotda kam qo‘llaniladi.

2-tip qandli diabet xavfini baholash. FINDRISC shkalasi laboratoriya tekshiruvlarisiz 10 yil ichida 2-tip qandli diabet rivojlanish xavfini baholash imkonini beradi [72]. Shkala sakkizta ko‘rsatkichni o‘z ichiga oladi: yosh, TVI, bel aylanasi, jismoniy faollik, meva-sabzavot iste’moli, antigipertenziv dori qabul qilish, anamnezda qonda glyukoza oshganligi va oilaviy anamnez. Umumiy ball 0 dan 26 gacha o‘zgaradi (2.5-jadval; so‘rovnomaning to‘liq varianti 2-ilovada keltirilgan). 15 va undan ortiq ball to‘plagan shaxslarga qonda glyukoza miqdorini tekshirish va intensiv profilaktik aralashuv tavsiya etiladi.

2.5-jadval

FINDRISC shkalasi bo‘yicha 10 yil ichida 2-tip qandli diabet rivojlanish xavfi darajalari

Umumiy ball	Xavf darajasi	10 yillik xavf (taxminan)
7 dan kam	past	100 kishidan 1 nafari (1%)
7–11	biroz oshgan	25 kishidan 1 nafari (4%)
12–14	o‘rtacha	6 kishidan 1 nafari (17%)
15–20	yuqori	3 kishidan 1 nafari (33%)
20 dan ortiq	juda yuqori	2 kishidan 1 nafari (50%)

Manba: [72].

Psixosotsial omillarni baholash. Surunkali stress va uyqu buzilishlari bemor tomonidan ko‘pincha e’tiborga olinmaydi, biroq ular arterial bosimning oshishi, ortiqcha ovqatlanish va chekish bilan bog‘liq. Sezilayotgan stressni baholash uchun S. Koen va hammualliflar tomonidan ishlab chiqilgan shkala (PSS) qo‘llaniladi [31]; uyqu davomiyligi va sifati esa oddiy so‘rov orqali baholanadi va tavsiya etilgan me’yor bilan solishtiriladi [57]. Ruhiy salomatlik buzilishlari belgilari aniqlanganda bemor tegishli mutaxassisga yo‘naltiriladi.

Alohida xavf omillarini miqdoriy baholash vositalarining umumiy afzalligi – ularning qisqaligi (2–5 daqiqa), standartlashtirilganligi va natijaning bevosita taktik qaror bilan bog‘langanligidir. Shu bilan birga ularni qo‘llash shifokordan so‘rovnomani to‘g‘ri o‘tkazish, natijani talqin qilish va uni bemorga tushuntirish ko‘nikmalarini talab etadi; bu ko‘nikmalar esa maxsus o‘qitish orqali shakllantiriladi.

2.3. Umumiy yurak-qon tomir xavfini baholash

Umumiy (summar) yurak-qon tomir xavfi – bu shaxsda ma’lum vaqt oralig‘ida (odatda 10 yil) aterosklerotik yurak-qon tomir hodisasi (miokard infarkti, insult) rivojlanish ehtimoli bo‘lib, u bir nechta xavf omillarining birgalikdagi ta’sirini aks ettiradi. Xavf omillari ko‘pincha o‘zaro kuchaytiruvchi ta’sirga ega bo‘lgani sababli, bir nechta mo‘’tadil ifodalangan omilga ega bemorning umumiy xavfi bitta yaqqol ifodalangan omilga ega bemornikidan yuqori bo‘lishi mumkin. Shu bois zamonaviy klinik tavsiyalar “alohida omilni emas, bemorni davolash”

tamoyiliga asoslanadi va profilaktik aralashuvlar intensivligini umumiy xavf darajasiga qarab belgilaydi [102].

Umumiy xavfni baholash uchun bir nechta shkala ishlab chiqilgan (2.6-jadval). Yevropada 2021-yildan boshlab SCORE2 (40–69 yosh) va SCORE2-OP (70 yosh va undan katta) shkalalari qo‘llanilmoqda [94, 95]. Ular yosh, jins, chekish, sistolik arterial bosim va yuqori zichlikdagi lipoproteinlardan tashqari xolesterin (non-HDL) darajasini hisobga olib, 10 yil ichida halokatli va halokatsiz yurak-qon tomir hodisalari xavfini baholaydi. Shkalalar yurak-qon tomir o‘limi darajasiga ko‘ra to‘rtta xavf mintaqasi (past, o‘rtacha, yuqori va juda yuqori) uchun alohida kalibrlangan; shuning uchun ularni qo‘llashda mamlakatning xavf mintaqasini to‘g‘ri tanlash muhim ahamiyatga ega.

JSST 2019-yilda 21 ta global mintaqa uchun qayta ko‘rib chiqilgan xavf jadvallarini e’lon qildi [107]. Ushbu jadvallar 40–74 yoshdagi shaxslar uchun mo‘ljallangan bo‘lib, ikki variantda mavjud: laboratoriyaga asoslangan (yosh, jins, chekish, SAB, qandli diabet, umumiy xolesterin) va laboratoriyasiz (yosh, jins, chekish, SAB, TVI). O‘zbekiston kiradigan Markaziy Osiyo mintaqasi uchun alohida jadvallar ishlab chiqilganligi ularni BTSY amaliyotida qo‘llash uchun qulay qiladi; laboratoriyasiz variant esa laboratoriya imkoniyatlari cheklangan qishloq oilaviy shifokor punktlarida ayniqsa foydali. JSST ning HEARTS texnik paketida xavfga asoslangan yondashuv YuQTK ni boshqarishning asosiy tamoyili sifatida belgilangan [125].

2.6-jadval

Umumiy yurak-qon tomir va metabolik xavfni baholash shkalalarining qiyosiy tavsifi

Shkala	Maqsadli guruh	Hisobga olinadigan omillar	Natija va xususiyatlari
SCORE2 (ESC, 2021)	40–69 yosh, YuQTK va QD bo‘lmagan shaxslar	yosh, jins, chekish, SAB, non-HDL xolesterin	10 yillik halokatli va halokatsiz YuQT hodisalari xavfi; 4 xavf mintaqasi uchun kalibrlangan
SCORE2-OP (ESC, 2021)	70 yosh va undan katta	SCORE2 omillari, yoshga bog‘liq xususiyatlar	keksalarda raqobatlashuvchi o‘lim xavfini hisobga oladi
JSST xavf jadvallari (2019)	40–74 yosh	laboratoriyali: yosh, jins, chekish, SAB, QD, umumiy xolesterin; laboratoriyasiz: yosh, jins, chekish, SAB, TVI	10 yillik miokard infarkti va insult xavfi; 21 mintaqa, jumladan Markaziy Osiyo uchun
FINDRISC	kattalar	yosh, TVI, bel aylanasi, jismoniy faollik, meva-sabzavot, antigipertenziv dori, anamnezdagi giperglikemiya, oilaviy anamnez	10 yillik 2-tip QD xavfi; laboratoriya tekshiruvlarisiz

Manba: [72, 94, 95, 107] asosida tuzilgan.

SCORE2 va SCORE2-OP shkalalari bo‘yicha aniqlangan xavf toifalari va ularga mos taktika 2.7-jadvalda keltirilgan. Muhim jihat shundaki, xavf chegaralari yoshga qarab farqlanadi: yosh shaxslarda nisbatan past absolyut xavf ham yuqori deb baholanadi, chunki ularda xavf omillari uzoq vaqt ta’sir qiladi va hayot davomidagi (umrbod) xavf yuqori bo‘ladi [102].

2.7-jadval

SCORE2 va SCORE2-OP bo‘yicha 10 yillik yurak-qon tomir xavfi toifalari (tashqi jihatdan sog‘lom shaxslar uchun)

Yosh guruhi	Past – o‘rtacha xavf	Yuqori xavf	Juda yuqori xavf
50 yoshdan kichik	< 2,5%	2,5% – < 7,5%	≥ 7,5%
50–69 yosh	< 5%	5% – < 10%	≥ 10%
70 yosh va undan katta (SCORE2-OP)	< 7,5%	7,5% – < 15%	≥ 15%
Taktika	xavf omillarini medikamentoz davolash odatda tavsiya etilmaydi; STT bo‘yicha maslahat	xavf omillarini davolash masalasi ko‘rib chiqiladi	xavf omillarini davolash tavsiya etiladi

Manba: [102].

Xavf shkalalarini qo‘llashda ularning cheklovlarini ham hisobga olish zarur. Aterosklerotik yurak-qon tomir kasalligi tashxisi qo‘yilgan, qandli diabet, o‘rta va og‘ir darajadagi surunkali buyrak kasalligi yoki oilaviy giperxolesterinemiyasi bo‘lgan bemorlar shkalasiz ravishda yuqori yoki juda yuqori xavf guruhiga kiritiladi

[102]. Bundan tashqari, shkalalar hisobga olmaydigan omillar – abdominal semizlik, jismoniy faollik yetishmasligi, psixosotsial stress, ijtimoiy-iqtisodiy holat, oilaviy anamnezda erta YuQTK – xavf toifasiga yaqin bo‘lgan bemorlarda xavfni “qayta tasniflash” uchun modifikatorlar sifatida qo‘llaniladi.

Umumiy xavfni JSST jadvali bo‘yicha baholash tartibi (uslubiy misol)

1) Mintaqaga mos jadvalni (Markaziy Osiyo) va variantni (laboratoriyali yoki laboratoriyasiz) tanlang.

2) Bemorda qandli diabet bor-yo‘qligiga qarab jadvalning tegishli qismini aniqlang.

3) Jins, chekish holati va yosh guruhiga mos katakchani toping.

4) SAB va umumiy xolesterin (yoki TVI) qiymatlari kesishgan katakchadagi rang bo‘yicha 10 yillik xavfni aniqlang.

5) Natijani bemorga absolyut xavf ko‘rinishida tushuntiring: masalan, “Sizning holatingizdagi 100 kishidan taxminan 15 nafarida kelgusi 10 yilda infarkt yoki insult rivojlanishi mumkin”.

6) Qaysi omilni o‘zgartirish xavfni eng ko‘p kamaytirishini ko‘rsating (masalan, chekishni tashlash yoki SAB ni pasaytirish) va birgalikda maqsad belgilang.

Yosh bemorlar uchun 10 yillik absolyut xavf ko‘pincha past chiqadi va bu ularda profilaktikaga nisbatan beparvolik uyg‘otishi mumkin. Bunday hollarda umrbod xavf yoki “xavf yoshi” (bemorning xavf omillari bilan uning tengdoshiga emas, balki xavf omillari optimal bo‘lgan kattaroq yoshdagi odamga mos kelishi) tushunchalaridan foydalanish tavsiya etiladi [102]. Masalan, “Sizning yurak-qon tomir tizimingiz xavf jihatidan 45 yoshda emas, balki 57 yoshdagi odamnikiga mos keladi” degan xabar bemor uchun absolyut foizlarga qaraganda tushunarliroq va ta’sirchanroq bo‘lishi mumkin.

2.4. Populyatsion va gigiyenik darajada xavfni baholash

Shifokor faoliyati individual bemor bilan cheklanmaydi: oilaviy shifokor biriktirilgan aholi salomatligi uchun, gigiyenist shifokor esa atrof-muhit va ishlab chiqarish omillari ta’siridagi aholi guruhlari salomatligi uchun javobgar. Shu bois xavfni populyatsion darajada baholashning epidemiologik va gigiyenik usullarini egallash profilaktik kompetensiyaning muhim qismi hisoblanadi.

Xavfning epidemiologik ko‘rsatkichlari. Ta’sir (ekspozitsiya) va kasallik o‘rtasidagi bog‘liqlikni miqdoriy baholashda quyidagi ko‘rsatkichlardan foydalaniladi [92]. Nisbiy xavf (NX) ta’sirga uchragan va uchramagan guruhlarda kasallanish (yoki o‘lim) ko‘rsatkichlari nisbatini ifodalaydi:

$$NX = I_1 / I_0 \tag{2.4}$$

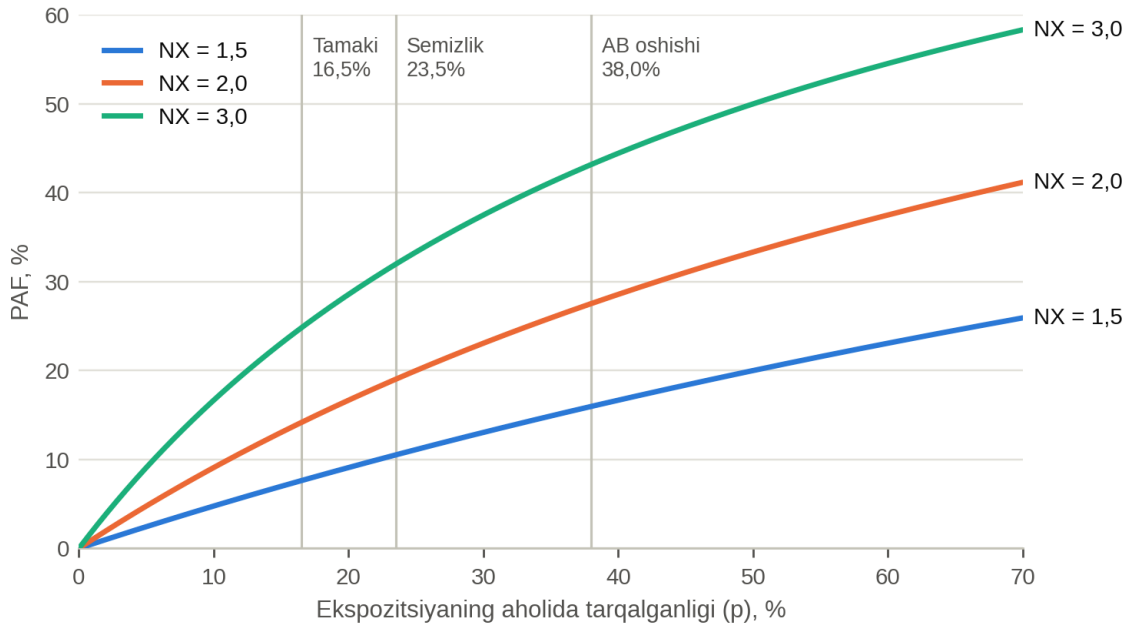
bu yerda I_1 – ta’sirga uchragan guruhda, I_0 – ta’sirga uchramagan guruhda kasallanish ko‘rsatkichi. Atributiv xavf (AX) ta’sirga uchraganlarda kasallanishning ta’sir bilan bog‘liq qo‘shimcha qismini ko‘rsatadi:

$$AX = I_1 – I_0 \tag{2.5}$$

Aholi salomatligi uchun eng muhim ko‘rsatkich – populyatsion atributiv ulush (PAF) bo‘lib, u aholida kuzatilayotgan kasallanishning qancha qismi mazkur xavf omili bilan bog‘liqligini, ya’ni omil bartaraf etilganda nazariy jihatdan qancha holatning oldini olish mumkinligini ko‘rsatadi. M. Levin formulasiga ko‘ra [70]:

$$PAF = p \cdot (NX – 1) / (1 + p \cdot (NX – 1)) \tag{2.6}$$

bu yerda p – xavf omilining aholida tarqalganligi (ulushlarda). Formuladan ko‘rinib turibdiki, PAF faqat nisbiy xavfga emas, balki omilning tarqalganligiga ham bog‘liq: keng tarqalgan, lekin mo‘’tadil nisbiy xavfga ega omil kam tarqalgan, lekin kuchli omilga qaraganda ko‘proq kasallik holatlariga sabab bo‘lishi mumkin (2.2-rasm).



2.2-rasm. Populyatsion atributiv ulushning (PAF) xavf omili tarqalganligi va nisbiy xavfga bog‘liqligi

Manba: Levin formulasi [70] asosida muallif tomonidan hisoblangan; vertikal chiziqlar STEPS-2019 [17] bo‘yicha O‘zbekistondagi tarqalganlik darajalarini ko‘rsatadi.

PAF ni hisoblash tartibi 2.8-jadvalda uslubiy misol sifatida ko‘rsatilgan. Misolda xavf omillarining tarqalganligi STEPS-2019 ma’lumotlaridan olingan, nisbiy xavf qiymatlari esa o‘quv maqsadida shartli belgilangan. Real baholashda nisbiy xavf aniq natija (masalan, miokard infarkti yoki insult) bo‘yicha meta-tahlillar va kogort tadqiqotlardan olinadi.

2.8-jadval

Populyatsion atributiv ulushni hisoblash: uslubiy misol

Xavf omili	Tarqalganlik, p	Shartli NX	PAF, %
Arterial bosimning oshishi	0,380	2,0	27,5
Ortiqcha tana vazni	0,564	1,5	22,0
Semizlik	0,235	2,0	19,0
Tamaki iste’moli	0,165	2,0	14,2
Jismoniy faollik yetishmasligi	0,261	1,5	11,5

Izoh: NX qiymatlari o‘quv maqsadida shartli olingan. Manba: tarqalganlik – [17]; hisob-kitob muallifniki.

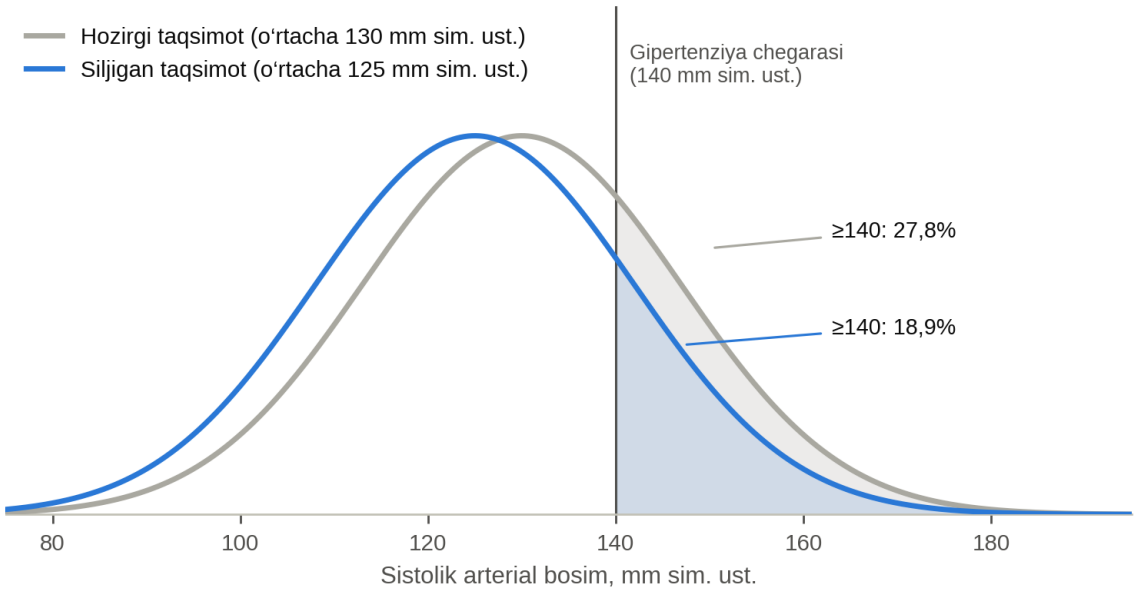
Bir nechta xavf omilining birgalikdagi populyatsion ulushini oddiy qo‘shish orqali hisoblab bo‘lmaydi, chunki omillar bir shaxsda birgalikda uchraydi va ularning ta’siri qisman ustma-ust tushadi. Omillar mustaqil ta’sir qiladi degan faraz ostida umumlashgan PAF quyidagicha hisoblanadi:

$$PAF_{umumiy} = 1 - (1 - PAF_1) \cdot (1 - PAF_2) \cdot \ldots \cdot (1 - PAF_n) \qquad (2.7)$$

Masalan, 2.8-jadvaldagi arterial bosimning oshishi, semizlik, tamaki iste’moli va jismoniy faollik yetishmasligi uchun shartli PAF qiymatlari bo‘yicha umumlashgan ulush $1 – (0{,}725 \cdot 0{,}810 \cdot 0{,}858 \cdot 0{,}885) \approx 0{,}554$, ya’ni taxminan 55% ni tashkil etadi. Bu misol ko‘p omilli profilaktik yondashuvning salohiyatini yaqqol ko‘rsatadi.

Yuqori xavf strategiyasi va populyatsion strategiya. Britaniyalik epidemiolog J. Rouz profilaktikaning ikki strategiyasini farqlagan [90]. **Yuqori xavf strategiyasi** xavf omillari yaqqol ifodalangan shaxslarni aniqlash va ularga individual aralashuvni nazarda tutadi; u shifokor va bemor uchun tushunarli, motivatsiyani oshiradi, biroq aholi miqyosida kasallanishga ta’siri cheklangan. **Populyatsion strategiya** esa butun aholida xavf omilining o‘rtacha darajasini kamaytirishga qaratilgan. Rouz ta’riflagan “profilaktika paradoksi”ga ko‘ra, kichik xavfga uchragan ko‘p sonli odamlar katta xavfga uchragan kam sonli odamlarga qaraganda ko‘proq kasallik holatlarini yuzaga keltirishi mumkin; shuning uchun har bir alohida odamga kam foyda keltiradigan chora aholi uchun katta foyda keltiradi [90].

Bu tamoyil 2.3-rasmda sxematik tasvirlangan. Aholida sistolik arterial bosimning o‘rtacha darajasi atigi 5 mm sim. ust. ga pasayganda (standart og‘ish 17 mm sim. ust. bo‘lgan normal taqsimot sharti bilan), bosimi 140 mm sim. ust. va undan yuqori bo‘lgan shaxslar ulushi 27,8% dan 18,9% gacha, ya’ni qariyb uchdan biriga kamayadi. Tuz iste’molining mo‘’tadil kamayishi aynan shunday samara beradi: meta-tahlil ma’lumotlariga ko‘ra, tuz iste’molining sutkasiga o‘rtacha 4,4 g ga kamayishi SAB ni 4,18 mm sim. ust. ga, gipertenziyali bemorlarda esa 5,39 mm sim. ust. ga pasaytiradi [54].

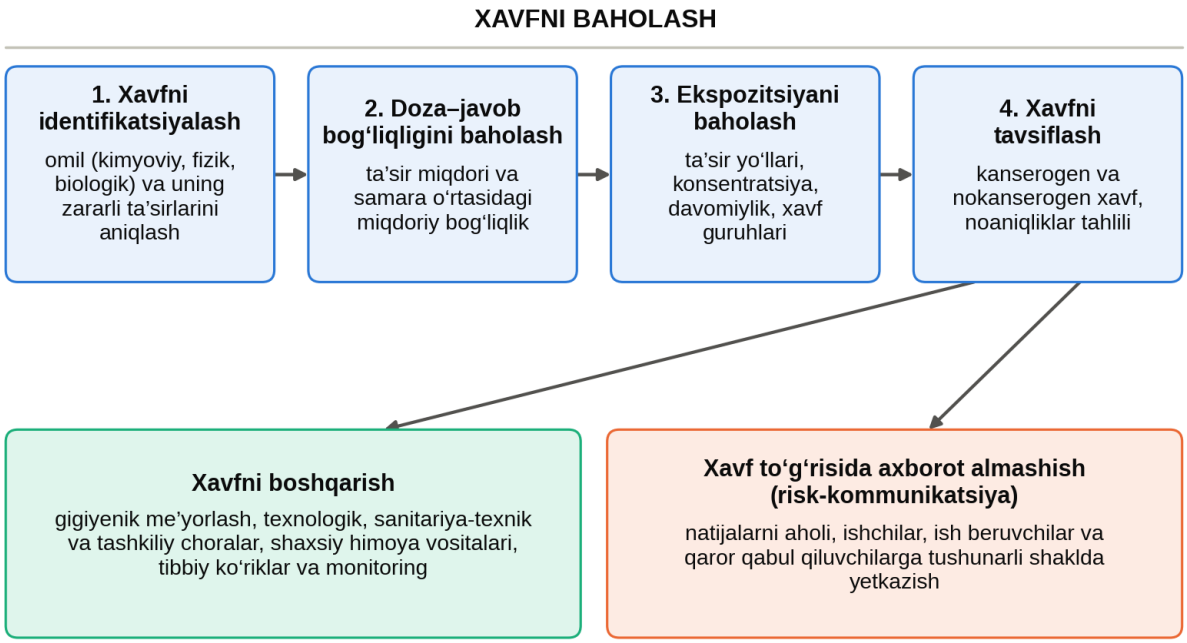


2.3-rasm. Rouz paradoksi: aholida sistolik arterial bosim taqsimotining siljishi natijasida gipertenziya ulushining kamayishi (sxematik tasvir)

Izoh: normal taqsimot parametrlari (o‘rtacha 130 va 125 mm sim. ust., standart og‘ish 17 mm sim. ust.) sxematik ravishda shartli olingan. Manba: [90] konsepsiyasi asosida muallif tomonidan hisoblangan.

Ikki strategiya bir-birini inkor etmaydi, balki to‘ldiradi. Shifokor yuqori xavf strategiyasini individual amaliyotda amalga oshiradi, biroq u populyatsion strategiyaning ham faol ishtirokchisi bo‘lishi – mahalla, ta’lim muassasalari va ish joylarida profilaktik tadbirlarda qatnashishi, aholining sog‘liq savodxonligini oshirishi lozim.

Gigiyenik xavfni baholash metodologiyasi. Atrof-muhit va ishlab chiqarish omillari ta’sirida aholi salomatligi uchun xavfni baholash maxsus metodologiyaga ega. Uning klassik to‘rt bosqichli sxemasi AQSh Milliy tadqiqot kengashi tomonidan 1983-yilda taklif etilgan [78], MDH mamlakatlarida esa xavfni baholash bo‘yicha tegishli uslubiy qo‘llanmalar asosida qo‘llaniladi [15]. Bosqichlar quyidagilardan iborat (2.4-rasm): 1) xavfni identifikatsiyalash – omilning salomatlikka zararli ta’siri to‘g‘risidagi ma’lumotlarni aniqlash; 2) doza–javob bog‘liqligini baholash; 3) ekspozitsiyani baholash – ta’sir yo‘llari, konsentratsiyalar, davomiylik va xavf guruhlarini aniqlash; 4) xavfni tavsiflash. Xavfni baholash natijalari xavfni boshqarish (gigiyenik me’yorlash, texnologik, sanitariya-texnik va tashkiliy choralar) hamda risk-kommunikatsiya uchun asos bo‘ladi.



2.4-rasm. Gigiyenik (ekologik va kasbiy) xavfni baholash bosqichlari

Manba: [15, 78] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Nokanserogen ta'sir xavfi xavf koeffitsiyenti (HQ) va xavf indeksi (HI) orqali, kanserogen xavf esa individual umrbod kanserogen xavf (CR) orqali baholanadi [15]:

$$HQ = C / RfC \tag{2.8}$$

$$HI = HQ_1 + HQ_2 + \ldots + HQ_n \tag{2.9}$$

$$CR = LADD \times SF \tag{2.10}$$

bu yerda C – moddaning ta'sir qiluvchi konsentratsiyasi; RfC – referent (xavfsiz) konsentratsiya; $LADD$ – o'rtacha umrbod kunlik doza; SF – kanserogen potensial omili. HQ ≤ 1 bo'lganda zararli ta'sir ehtimoli ahamiyatsiz, HQ > 1 bo'lganda esa u ortib boradi deb hisoblanadi. Kanserogen xavf darajalari 2.9-jadvalda keltirilgan.

2.9-jadval

Individual umrbod kanserogen xavf darajalari va ularning talqini

CR qiymati	Xavf darajasi va talqini
$1 \cdot 10^{-6}$ va undan kam	ahamiyatsiz (minimal) xavf; qo‘shimcha choralar talab etilmaydi
$1 \cdot 10^{-6}$ dan $1 \cdot 10^{-4}$ gacha	ruxsat etilgan xavfning yuqori chegarasi; doimiy nazorat talab etiladi
$1 \cdot 10^{-4}$ dan $1 \cdot 10^{-3}$ gacha	kasbiy guruhlar uchun maqbul, aholi uchun maqbul emas; sog‘lomlashtirish choralari zarur
$1 \cdot 10^{-3}$ dan ortiq	maqbul bo‘lmagan xavf; zudlik bilan xavfni kamaytirish choralari zarur

Manba: [15].

Klinik va gigiyenik yondashuvlarning integratsiyasi ayniqsa kasbiy salomatlikda muhim. Sanoat korxonasi xodimlarini davriy tibbiy ko‘rikdan o‘tkazishda shifokor ish joyidagi zararli omillar (masalan, shovqin, chang, kimyoviy moddalar) to‘g‘risidagi gigiyenik ma’lumotlarni individual xavf omillari (chekish, ortiqcha vazn, arterial gipertenziya) bilan birgalikda baholashi va ularning kombinatsiyalangan ta’sirini hisobga olgan holda profilaktik tavsiyalar berishi lozim. Bunday integrativ yondashuv zamonaviy shifokorning profilaktik kompetensiyasining muhim tarkibiy qismi hisoblanadi.

2.5. Xavf haqida bemor bilan muloqot (risk-kommunikatsiya)

Xavfni aniq baholash profilaktik jarayonning faqat yarmi: natija bemorga tushunarli tarzda yetkazilmasa va uning qaror qabul qilishiga ta’sir ko‘rsatmasa, u samarasiz bo‘lib qoladi. Tadqiqotlar nafaqat bemorlar, balki shifokorlarning ham ehtimollik va statistik ma’lumotlarni talqin qilishda jiddiy qiyinchiliklarga duch kelishini ko‘rsatgan [49]. Shu sababli risk-kommunikatsiya ko‘nikmalari maxsus o‘rganilishi va mashq qilinishi lozim.

Samarali risk-kommunikatsiyaning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat: nisbiy xavf o‘rniga absolyut xavfdan foydalanish; foizlar o‘rniga “tabiiy chastotalar”da (“100 kishidan 15 nafari”) gapirish; vizual vositalar (piktogrammalar, rangli jadvallar) qo‘llash; bir xil ma’lumotni ham yutuq, ham yo‘qotish nuqtayi nazaridan taqdim etish; bemorning tushunganligini “qayta aytib berish” (teach-back) usuli bilan tekshirish; qarorni bemor bilan birgalikda qabul qilish [36, 49]. Asosiy risk-kommunikatsiya usullari 2.10-jadvalda keltirilgan.

2.10-jadval

Xavf haqida bemor bilan muloqot qilish usullari

Usul	Mazmuni va namuna	Afzalliklari
Absolyut xavf	“Kelgusi 10 yilda sizga o‘xshash 100 kishidan 12 nafarida infarkt yoki insult rivojlanadi”	real xavf hajmini to‘g‘ri aks ettiradi
Nisbiy xavf	“Chekmaydigan tengdoshingizga nisbatan xavfingiz 2 barobar yuqori”	motivatsiyani oshiradi, lekin yolg‘iz qo‘llanganda xavfni bo‘rttiradi
Piktogramma (100 ta shakl)	rangli belgilangan shakllar orqali xavf ulushini ko‘rsatish	past sog‘liq savodxonligida ham tushunarli
Xavf yoshi	“Yurak-qon tomirlaringiz xavf jihatidan 57 yoshli odamnikiga mos”	yosh bemorlar uchun ta’sirchan
Xavf pasayishini ko‘rsatish	“Chekishni tashlasangiz, xavfingiz 12 dan 7 gacha kamayadi”	aniq maqsad va umid beradi
Qayta aytib berish	“Aytganlarimni o‘z so‘zlaringiz bilan qanday tushuntirgan bo‘lardingiz?”	tushunganlikni tekshiradi
Birgalikda qaror qabul qilish	variantlarni, ularning foyda va xavflarini muhokama qilish, bemorning afzalliklarini aniqlash	sodiqlikni va mas’uliyatni oshiradi

Manba: [36, 49, 102] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Risk-kommunikatsiyada madaniy va ijtimoiy kontekst ham muhim. O‘zbekiston sharoitida oilaning, xususan katta avlod vakillarining salomatlik bilan bog‘liq qarorlarga ta’siri kuchli; shu bois ayrim hollarda oila a’zolarini profilaktik suhbatga jalb qilish (bemorning roziligi bilan) samaradorlikni oshiradi. Tushuntirishlarda tibbiy atamalardan qochish, mahalliy hayotiy misollardan foydalanish va bemorning ona tilida gaplashish muhim ahamiyatga ega.

2.6. Xavfni baholash va profilaktik maslahatda raqamli texnologiyalar

Sog‘liqni saqlashni raqamlashtirish shifokorning profilaktik faoliyati shakllarini sezilarli darajada o‘zgartirmoqda. JSST ning raqamli sog‘liqni saqlash bo‘yicha global strategiyasida raqamli texnologiyalar sog‘liqni saqlash tizimlarini kuchaytirish, tibbiy xizmatlardan foydalanish imkoniyatini kengaytirish va aholi salomatligini mustahkamlashning muhim vositasi sifatida belgilangan [119]. O‘zbekistonda “Raqamli O‘zbekiston – 2030” strategiyasi doirasida tibbiyot sohasida zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan keng foydalanish,

elektron xizmatlar ko‘rsatish va milliy integratsiyalashgan axborot tizimini joriy etish vazifalari qo‘yilgan [3].

Xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish nuqtayi nazaridan raqamli vositalar uchta asosiy vazifani bajaradi: baholashni standartlashtiradi va tezlashtiradi; shifokorga qaror qabul qilish paytida dalillarga asoslangan tavsiyalarni yetkazadi; bemorni qabullar oralig‘ida masofadan qo‘llab-quvvatlash imkonini beradi. Shifokor amaliyotida qo‘llaniladigan raqamli vositalarning asosiy turlari 2.11-jadvalda tizimlashtirilgan.

2.11-jadval

Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirishda qo‘llaniladigan raqamli vositalar

Vosita turi	Namunalar	Shifokor amaliyotidagi vazifasi	Samaradorlik dalillari va cheklovlar
Elektron xavf kalkulyatorlari	HeartScore (SCORE2, SCORE2-OP), ESC ning mobil ilovasi, JSST xavf jadvallari asosidagi kalkulyatorlar	umumiy xavfni tez va xatosiz hisoblash; xavf omillarini o‘zgartirish samarasini bemorga ko‘rsatish	xavf mintaqasini to‘g‘ri tanlash va natijani tanqidiy talqin qilish talab etiladi
Elektron tibbiy karta	xavf omillari profili, skrining shablonlari, tuzilmalashtirilgan maydonlar	ma’lumotlarni standart qayd etish, dinamikani kuzatish, faoliyat ko‘rsatkichlarini hisoblash	samarasi ma’lumotlarning to‘liqligi va sifatiga bog‘liq
Klinik qarorlarni qo‘llab-quvvatlash tizimlari (KQQT)	xavfni avtomatik hisoblash, eslatmalar, tavsiyalar	qaror qabul qilish paytida dalillarga asoslangan qo‘llab-quvvatlash	70 ta randomizatsiyalangan tadqiqotning 68% ida amaliyotni yaxshilagan; ish jarayoniga o‘rnatilganda samarali
Mobil sog‘liq vositalari	SMS dasturlari, mobil ilovalar (“Be He@lthy, Be Mobile” tashabbusi)	qabullar oralig‘ida bemorni masofadan qo‘llab-quvvatlash	SMS chekishni tashlash ehtimolini oshiradi (NX 1,54); ilovalar samaradorligi hali isbotlanmagan
Kiyiladigan va uy qurilmalari	qadam hisoblagich, fitnes-treker, uy tonometri	o‘z-o‘zini kuzatish, maqsad belgilash, AB ni uyda nazorat qilish	qadam hisoblagich faollikni kuniga o‘rtacha 2491 qadamga oshiradi
Telemeditsina	video- va telefon konsultatsiyalari	takroriy maslahat va masofaviy kuzatuv	hududiy to‘siqlarni kamaytiradi; aloqa sifati va jihozlar talab etiladi
Sun’iy intellekt modellari	mashinali o‘qitish asosidagi xavf prognozi	yuqori xavfli shaxslarni aniqlash	tashqi validatsiya, shaffoflik va axloqiy talablarga rioya qilish zarur

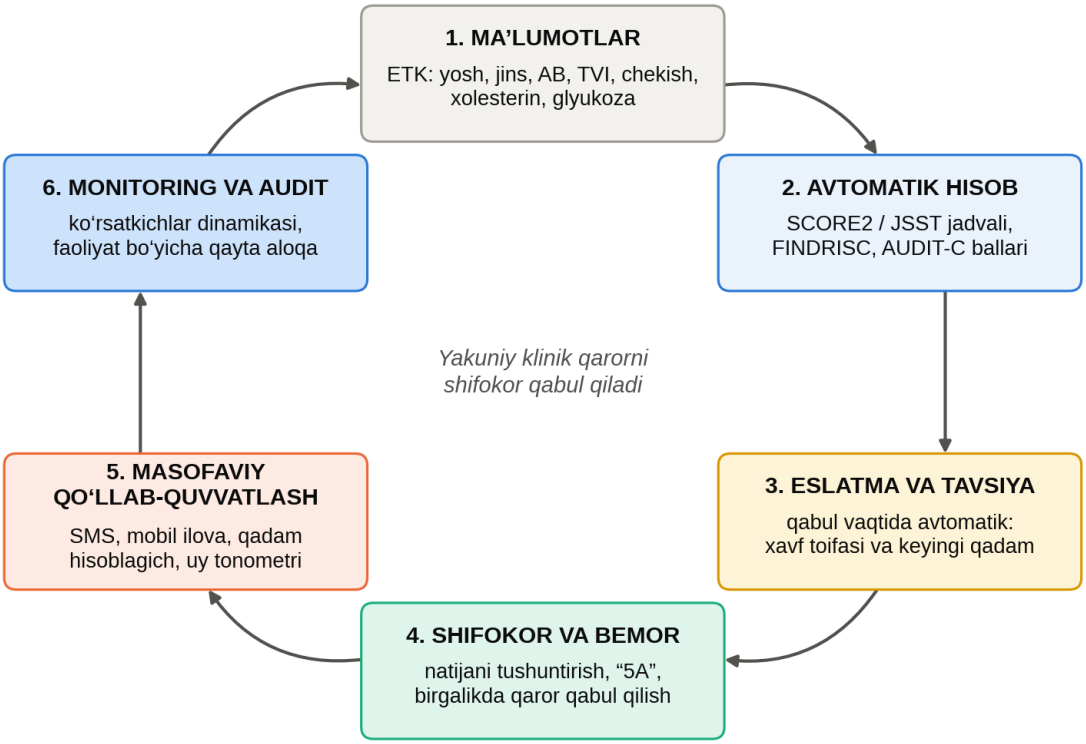
Manba: [28, 63, 106, 111, 115, 138] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Elektron xavf kalkulyatorlari. Umumiy yurak-qon tomir xavfini qog‘oz jadvallar bo‘yicha baholash vaqt talab qiladi va xatolarga yo‘l qo‘yish ehtimoli

mavjud. Yevropa kardiologlar jamiyatining HeartScore interaktiv vositasi 2021-yilgi ESC tavsiyalariga muvofiq SCORE2 va SCORE2-OP algoritmlari bilan yangilangan bo‘lib, 10 yil ichida halokatli va halokatsiz yurak-qon tomir hodisalari xavfini hisoblash, bemor uchun maqsadlar belgilash va unga shaxsiy tavsiyalar tayyorlash imkonini beradi; xuddi shu maqsadlarda ESC ning mobil ilovasidan ham foydalanish mumkin [138]. Kalkulyatorlarning muhim afzalligi – xavf omillarini (masalan, SAB ni yoki chekish holatini) o‘zgartirish natijasida xavf qanchalik kamayishini bemorga yaqqol ko‘rsatish imkoniyati; bu risk-kommunikatsiyaning samarali vositasidir (2.5-paragrafga qarang). Shu bilan birga shifokor kalkulyator qaysi populyatsiya ma’lumotlari asosida ishlab chiqilganini va qaysi xavf mintaqasi uchun kalibrlanganini bilishi, natijani esa tanqidiy talqin qilishi lozim.

Elektron tibbiy karta va klinik qarorlarni qo‘llab-quvvatlash tizimlari. Xavf omillarini elektron tibbiy kartaning tuzilmalashtirilgan maydonlarida qayd etish ma’lumotlarni qayta ishlash, dinamikani kuzatish va BTSY muassasasi faoliyatini monitoring qilish uchun asos yaratadi. Klinik qarorlarni qo‘llab-quvvatlash tizimlari (KQQT) esa tibbiy kartadagi ma’lumotlar asosida xavfni avtomatik hisoblaydi, profilaktik tadbir muddati kelganini eslatadi va shifokorga aniq tavsiyalar beradi.

K. Kavamoto va hammualliflari 70 ta randomizatsiyalangan nazoratli tadqiqotni tahlil qilib, KQQT ularning 68% ida klinik amaliyotni ishonchli yaxshilaganini aniqlashgan. Muvaffaqiyatning to‘rtta mustaqil omili belgilangan: qo‘llab-quvvatlashning shifokor ish jarayoni doirasida avtomatik taqdim etilishi; faqat baholash emas, balki aniq tavsiya berilishi; qaror qabul qilinadigan vaqt va joyda taqdim etilishi; kompyuter yordamida shakllantirilishi. Ushbu to‘rt xususiyatga ega 32 ta tizimdan 30 tasi (94%) amaliyotni yaxshilagan. Qo‘llab-quvvatlash avtomatik taqdim etilganda aralashuvlarning 75% i muvaffaqiyatli bo‘lgan, shifokor maslahatni o‘zi izlashi talab etilganda esa birortasi ham natija bermagan [63]. Bu xulosalarni elektron tizimlarni loyihalashda ham, shifokorlarni ulardan foydalanishga o‘rgatishda ham hisobga olish lozim. KQQT asosida xavfni baholash va profilaktik maslahatning yopiq sikli 2.5-rasmda keltirilgan.



2.5-rasm. Klinik qarorlarni qo'llab-quvvatlash tizimi asosida xavfni baholash va profilaktik maslahat sikli

Manba: [63, 125] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Siklning markaziy bo'g'ini – shifokor va bemor o'rtasidagi muloqot (4-bosqich). Raqamli tizim shifokor o'rnini bosmaydi, balki uning vaqtini tejaydi va qaror qabul qilish uchun zarur ma'lumotni taqdim etadi; yakuniy klinik qaror va bemor bilan muloqot uchun mas'uliyat shifokor zimmasida qoladi. Eslatmalar soni cheklangan va klinik ahamiyati yuqori bo'lishi kerak: ortiqcha va noaniq eslatmalar shifokor tomonidan e'tiborsiz qoldirila boshlaydi va tizimning samarasi pasayadi.

Mobil sog'liq texnologiyalari. Mobil telefon orqali yuboriladigan qisqa matnli xabarlar (SMS) va ilovalar profilaktik maslahatdan keyin bemorni masofadan qo'llab-quvvatlashning arzon va keng qamrovli vositasi hisoblanadi. JSST va Xalqaro elektraloqa ittifoqi 2012-yilda "Be He@lthy, Be Mobile" tashabbusini boshlagan bo'lib, uning doirasida chekishni tashlash (mTobaccoCessation), qandli diabet (mDiabetes), arterial gipertenziya (mHypertension) va boshqa yo'nalishlarda YuBK va ularning xavf omillariga qaratilgan mobil dasturlar hukumatlar bilan hamkorlikda joriy etilmoqda [111].

Cochrane tizimli sharhi ma’lumotlariga ko‘ra, SMS orqali qo‘llab-quvvatlash minimal qo‘llab-quvvatlashga nisbatan chekishni tashlash ehtimolini 1,54 barobar oshiradi (NX 1,54; 95% IO 1,19–2,00; 13 ta tadqiqot, 14 133 ishtirokchi), boshqa qo‘llab-quvvatlash shakllariga qo‘shilganda esa ularning samarasini kuchaytiradi (NX 1,59; 95% IO 1,09–2,33; 4 ta tadqiqot, 997 ishtirokchi). Smartfon ilovalarining samaradorligi esa hozircha isbotlanmagan (NX 1,00; 95% IO 0,66–1,52; 5 ta tadqiqot, 3 079 ishtirokchi) [106]. Demak, shifokor bemorga tavsiya etayotgan raqamli vositaning samaradorligi to‘g‘risidagi dalillarni baholay olishi kerak.

Kiyiladigan qurilmalar va o‘z-o‘zini nazorat qilish. Qadam hisoblagichlar, fitnes-trekerlar va uy sharoitida arterial bosimni o‘lchash moslamalari bemorga o‘z xulq-atvorini kuzatish va maqsad sari harakatini ko‘rish imkonini beradi. D. Bravata va hammualliflarining tizimli sharhida qadam hisoblagichdan foydalanuvchilar randomizatsiyalangan tadqiqotlarda nazorat guruhiga nisbatan kuniga o‘rtacha 2491 qadam ko‘proq yurgani, kuzatuv tadqiqotlarida esa jismoniy faollik boshlang‘ich darajaga nisbatan 26,9% ga oshgani aniqlangan; qadamlar bo‘yicha aniq maqsad (masalan, kuniga 10 000 qadam) faollik oshishining muhim omili bo‘lgan. Qadam hisoblagich qo‘llanilganda TVI 0,38 kg/m² ga, SAB esa 3,8 mm sim. ust. ga pasaygan [28]. Bu natijalar o‘z-o‘zini kuzatish va aniq maqsad belgilash kabi xulq-atvorni o‘zgartirish usullarining samaradorligini tasdiqlaydi (3.1-paragrafga qarang).

Sun’iy intellekt va axloqiy masalalar. Mashinali o‘qitish usullariga asoslangan xavf prognozi modellari katta hajmdagi tibbiy ma’lumotlardan foydalanib, yuqori xavfli shaxslarni aniqlash imkoniyatlarini kengaytirmoqda. Biroq bunday modellar klinik amaliyotga joriy etilishidan oldin mustaqil (tashqi) validatsiyadan o‘tishi, ularning qaror qabul qilish mantig‘i shifokor uchun tushunarli bo‘lishi va ma’lumotlarning maxfiyligi ta’minlanishi zarur. JSST sog‘liqni saqlashda sun’iy intellektdan foydalanishning oltita tamoyilini belgilagan: inson avtonomiyasini himoya qilish; inson farovonligi, xavfsizligi va jamoat manfaatlarini ta’minlash; shaffoflik, tushuntirib berilishi va tushunarlilikni ta’minlash; mas’uliyat va hisobdorlikni rivojlantirish; inklyuzivlik va tenglikni ta’minlash; ehtiyojlarga

moslashuvchan va barqaror sun’iy intellektni rivojlantirish [115]. O‘zbekistonda bemorlar to‘g‘risidagi ma’lumotlarga ishlov berish “Shaxsga doir ma’lumotlar to‘g‘risida”gi Qonun talablariga muvofiq amalga oshirilishi lozim [1].

Raqamli vositalarning kengayishi shifokorning profilaktik kompetensiyasiga yangi talablar qo‘yadi. Shifokor asosiy elektron xavf kalkulyatorlaridan foydalanishni va ularning qo‘llanish chegaralarini bilishi, natijani bemorga vizual vositalar yordamida tushuntira olishi, xavf omillarini elektron tibbiy kartada standart tarzda qayd etishi, bemorga dalillarga asoslangan mobil vositalarni tavsiya eta olishi hamda ma’lumotlar xavfsizligi va axloqiy talablarga rioya qilishi kerak. Shu sababli V bobda taklif etilgan modul dasturiga raqamli vositalar va elektron tibbiy kartaga oid alohida mavzu kiritilgan (5.2-jadval), amaliy mashg‘ulotlarda esa xavf kalkulyatorlari va o‘quv elektron tibbiy kartasi bilan ishlash mashq qilinadi.

II bob bo‘yicha xulosalar

1. Xavf omillarini aniqlash skrining tamoyillariga asoslanadi va opportunistik hamda tizimli strategiyalar uyg‘unligida amalga oshiriladi; o‘lchov texnikasiga qat’iy rioya qilish va natijalarni elektron tibbiy kartada tizimli qayd etish baholash ishonchliligining asosiy shartidir.

2. Alohida xavf omillarini miqdoriy baholash uchun qisqa, validatsiyalangan vositalar (FTND, AUDIT, GPAQ, FINDRISC, PSS) mavjud bo‘lib, ularning natijalari bevosita shifokor taktikasi bilan bog‘langan.

3. Zamonaviy profilaktika alohida omillarga emas, balki umumiy yurak-qon tomir xavfiga asoslanadi; O‘zbekiston sharoitida JSST ning Markaziy Osiyo mintaqasi uchun xavf jadvallari (ayniqsa laboratoriyasiz varianti) va SCORE2/SCORE2-OP shkalalari BTSY amaliyotida qo‘llash uchun maqbul vositalar hisoblanadi.

4. Populyatsion darajada xavfni baholash (NX, AX, PAF), Rouzning profilaktika strategiyalari va gigiyenik xavfni baholash metodologiyasi shifokorga individual va aholi salomatligini yaxlit ko‘rish imkonini beradi; klinik va gigiyenik yondashuvlar integratsiyasi ayniqsa kasbiy salomatlikda zarur.

5. Xavfni baholash natijasini bemorga tushunarli yetkazish (absolyut xavf, tabiiy chastotalar, vizual vositalar, qayta aytib berish, birgalikda qaror qabul qilish) alohida kasbiy ko‘nikma bo‘lib, u maxsus o‘qitishni talab etadi.

6. Raqamli texnologiyalar – elektron xavf kalkulyatorlari, elektron tibbiy karta, klinik qarorlarni qo‘llab-quvvatlash tizimlari, mobil sog‘liq vositalari va kiyiladigan qurilmalar – xavfni baholashni standartlashtiradi va bemorni masofadan qo‘llab-quvvatlash imkonini beradi. Ularning samarasi tizimning shifokor ish jarayoniga o‘rnatilganligiga va dalillar bazasiga bog‘liq, shu sababli raqamli kompetensiya shifokor profilaktik tayyorgarligining zaruriy qismiga aylanmoqda.

III BOB. SOG‘LOM TURMUSH TARZINI SHAKLLANTIRISH TEXNOLOGIYALARI

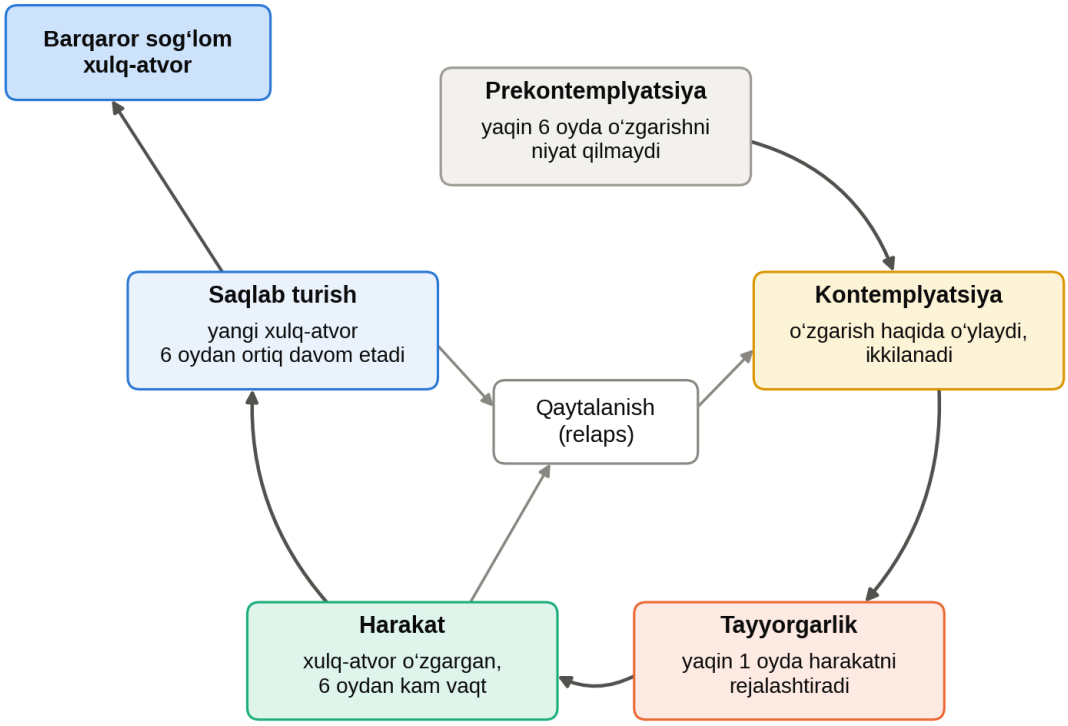
3.1. Xulq-atvor o‘zgarishining nazariy modellari

Sog‘lom turmush tarzini shakllantirish, mohiyatan, insonning salomatlik bilan bog‘liq xulq-atvorini o‘zgartirish demakdir. Shifokorlar amaliyotida ko‘p uchraydigan xato – bemorga to‘g‘ri ma’lumot berilsa, u o‘z-o‘zidan xulq-atvorini o‘zgartiradi, degan taxmin. Tajriba ko‘rsatadiki, bilim zarur, biroq yetarli shart emas: chekuvchilarning aksariyati chekishning zararini biladi, ortiqcha vaznga ega bemorlar esa ovqatlanish qoidalaridan xabardor. Xulq-atvor motivatsiya, ishonch, ko‘nikma, odatlar, ijtimoiy muhit va boshqa ko‘plab omillar bilan belgilanadi. Shu sababli samarali profilaktik aralashuvlar xulq-atvor o‘zgarishining ilmiy asoslangan nazariy modellariga tayanishi lozim. G. Engel tomonidan taklif etilgan biopsixosotsial model ham kasallik va salomatlikni biologik, psixologik va ijtimoiy omillarning o‘zaro ta’siri natijasi sifatida qarashni talab etadi [37].

Salomatlik e’tiqodlari modeli (Health Belief Model) XX asrning 50-yillarida AQSh jamoat salomatligi xizmatida skrining dasturlarida ishtirok etishni tushuntirish uchun ishlab chiqilgan [91]. Modelga ko‘ra, inson sog‘lom xulq-atvorni tanlashi uchun o‘zini kasallikka moyil deb bilishi (sezilayotgan moyillik), kasallikni jiddiy deb hisoblashi (sezilayotgan jiddiylik), xatti-harakatning foydasiga ishonishi va to‘siqlarni yengib o‘tish mumkin deb bilishi, shuningdek, harakatga turtki (masalan, shifokor maslahati yoki yaqin kishining kasalligi) bo‘lishi lozim. Keyinchalik modelga o‘z-o‘ziga ishonch tushunchasi ham qo‘shildi. Model shifokorga bemorning shaxsiy xavfini aniq ko‘rsatish va to‘siqlarni birgalikda muhokama qilish zarurligini ko‘rsatadi.

Transteoretik model J. Proxaska va K. DiKlemente tomonidan chekishni mustaqil tashlash jarayonini o‘rganish asosida yaratilgan bo‘lib, xulq-atvor o‘zgarishini bir martalik hodisa emas, balki bosqichma-bosqich jarayon sifatida tavsiflaydi [85, 86]. Model beshta asosiy bosqichni ajratadi: prekontemplyatsiya (o‘zgarishni o‘ylamaslik), kontemplyatsiya (o‘ylash, ikkilanish), tayyorgarlik,

harakat va saqlab turish (3.1-rasm). Qaytalanish (relaps) o‘zgarish jarayonining odatiy qismi sifatida qaraladi: ko‘pchilik odamlar barqaror natijaga erishishdan oldin siklni bir necha marta takrorlaydi.



3.1-rasm. Xulq-atvor o‘zgarishining transteoretik modeli (J. Proxaska, K. DiKlemente)

Manba: [85, 86] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Transteoretik modelning amaliy qimmati shundaki, u shifokorga bemorning o‘zgarishga tayyorlik bosqichini aniqlash va unga mos strategiyani tanlash imkonini beradi (3.1-jadval). Harakatga tayyor bo‘lmagan bemorga batafsil harakat rejasini taklif qilish, odatda, qarshilik keltirib chiqaradi; aksincha, tayyorgarlik bosqichidagi bemorga faqat umumiy ma’lumot berish imkoniyatni boy berish demakdir.

3.1-jadval

Transteoretik model bosqichlari va shifokor strategiyasi

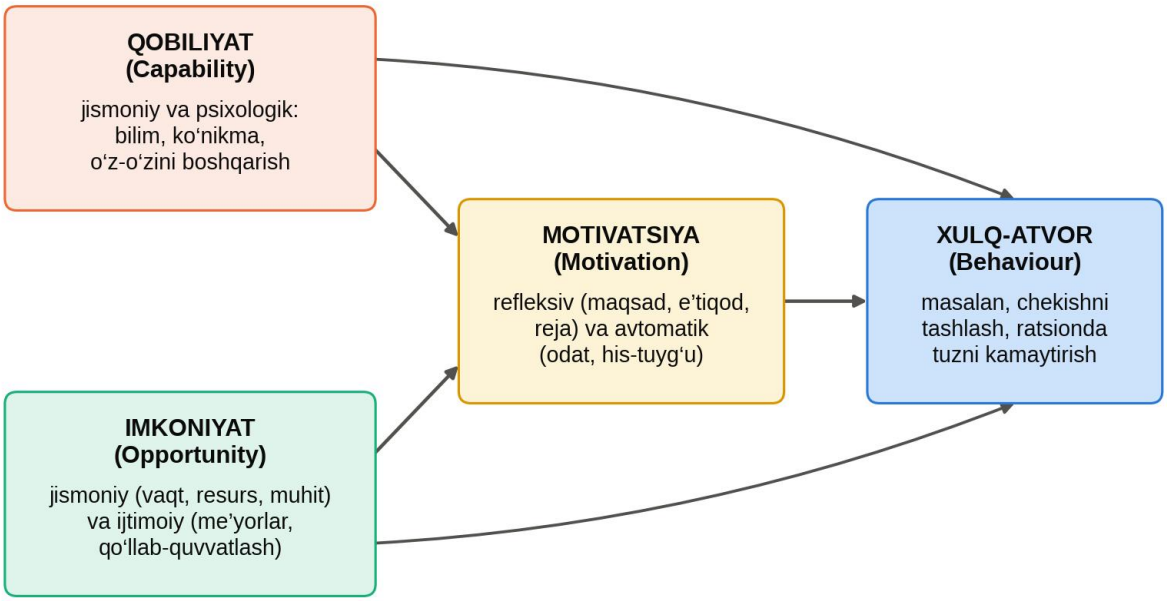
Bosqich	Bemor holati	Shifokor strategiyasi	Namunaviy iboralar
Prekontemplyatsiya	muammoni tan olmaydi yoki yaqin 6 oyda o‘zgarishni rejalashtirmaydi	xabardorlikni oshirish, shaxsiy xavfni ko‘rsatish, hurmatli munosabat, “eshikni ochiq qoldirish”	“Chekish bosimingizga qanday ta’sir qilishi haqida gaplashsak maylimi?”
Kontemplyatsiya	o‘zgarish haqida o‘ylaydi, lekin ikkilanadi	afzallik va kamchiliklarni muhokama qilish (qaror balansi), o‘zgarish nutqini kuchaytirish	“Chekishni tashlashning siz uchun eng muhim foydasi nima bo‘lardi?”
Tayyorgarlik	yaqin 1 oyda harakat qilishni niyat qiladi	aniq reja, sana belgilash, to‘siqlarni oldindan ko‘rish, resurslarni aniqlash	“Qaysi kundan boshlaysiz? Kim sizni qo‘llab-quvvatlaydi?”
Harakat	xulq-atvor o‘zgargan, 6 oydan kam vaqt o‘tgan	qo‘llab-quvvatlash, yutuqlarni rag‘batlantirish, qaytalanishning oldini olish	“Ikki hafta chekmadingiz – bu katta yutuq. Qaysi vaziyatlar eng qiyin bo‘ldi?”
Saqlab turish	yangi xulq-atvor 6 oydan ortiq davom etmoqda	yangi odatni mustahkamlash, xavfli vaziyatlar uchun reja	“To‘ylarda yoki stress paytida nima qilishni rejalashtirganmisiz?”
Qaytalanish	avvalgi xulq-atvorga qaytgan	normallashtirish, tajribani tahlil qilish, siklni qayta boshlash	“Ko‘pchilik bir necha urinishdan so‘ng tashlaydi. Bu safar nimani o‘rgandingiz?”

Manba: [86, 89] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Ijtimoiy-kognitiv nazariya A. Bandura tomonidan ishlab chiqilgan bo‘lib, xulq-atvorni shaxs, muhit va xatti-harakatning o‘zaro determinatsiyasi natijasi sifatida tushuntiradi [23]. Nazariyaning markaziy tushunchasi – o‘z samaradorligiga ishonch (self-efficacy), ya’ni insonning muayyan harakatni muvaffaqiyatli bajara olishiga ishonchi. O‘z samaradorligiga ishonch shaxsiy muvaffaqiyat tajribasi, boshqalarni kuzatish (modellashtirish), og‘zaki ishontirish va emotsional holat orqali shakllanadi. Shifokor uchun bu kichik, erishish mumkin bo‘lgan maqsadlar qo‘yish, bemorning yutuqlarini e’tirof etish va muvaffaqiyatli namunalarni ko‘rsatish zarurligini anglatadi.

COM-B modeli va xulq-atvor o‘zgarishi g‘ildiragi S. Michi va hammualliflar tomonidan mavjud nazariyalarni tizimlashtirish asosida taklif etilgan [74]. Modelga ko‘ra, har qanday xulq-atvor (Behaviour) uch shart – qobiliyat (Capability), imkoniyat (Opportunity) va motivatsiya (Motivation) mavjud

bo‘lganda amalga oshadi (3.2-rasm). Qobiliyat jismoniy va psixologik (bilim, ko‘nikma), imkoniyat fizik (vaqt, resurslar, muhit) va ijtimoiy (me’yorlar, qo‘llab-quvvatlash), motivatsiya esa refleksiv (maqsadlar, e’tiqodlar, rejalar) va avtomatik (odatlar, his-tuyg‘ular) turlarga bo‘linadi. Modelning qimmati shundaki, u xulq-atvor o‘zgarishiga to‘sqinlik qilayotgan omilni “tashxislash” va unga mos aralashuv funksiyasini (ta’lim, ishontirish, rag‘batlantirish, trening, muhitni o‘zgartirish, namuna ko‘rsatish va boshqalar) tanlash imkonini beradi.



3.2-rasm. Xulq-atvorning COM-B modeli

Manba: [74] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

COM-B modelini nafaqat bemor, balki shifokorning o‘z profilaktik xulq-atvorini tahlil qilishda ham qo‘llash mumkin. Masalan, shifokorning har bir chekuvchi bemorga qisqa maslahat berishi uchun unda tegishli bilim va ko‘nikma (qobiliyat), qabulda yetarli vaqt va tashkiliy qo‘llab-quvvatlash (imkoniyat) hamda profilaktikaning samaradorligiga ishonch (motivatsiya) bo‘lishi kerak. Shifokorlar tayyorlash dasturlari, odatda, faqat qobiliyatning kognitiv qismiga ta’sir ko‘rsatadi; to‘liq samaraga erishish uchun esa ko‘nikmalarni mashq qilish, motivatsiyani shakllantirish va tashkiliy sharoitlarni yaxshilash ham zarur. Bu xulosa V bobda taklif etilgan model uchun muhim metodologik asos bo‘lib xizmat qiladi.

Salutogenetik yondashuv A. Antonovskiy tomonidan asoslangan bo‘lib, e’tiborni kasallikni keltirib chiqaruvchi omillardan salomatlikni saqlovchi resurslarga qaratadi [20]. Uning markaziy tushunchasi – “uyg‘unlik hissi” (sense of coherence) uch tarkibiy qismdan iborat: tushunarlilik (hayotiy vaziyatlarni tushunish), boshqariluvchanlik (ularni yengish uchun resurslarga ega bo‘lish) va mazmunlilik (sa’y-harakatlarga arziydi, deb bilish). Profilaktik maslahatda bu yondashuv bemorning kuchli tomonlari va resurslariga tayanishni, uni faqat “xavf ostidagi obyekt” emas, balki o‘z salomatligining faol subyekti sifatida ko‘rishni talab etadi.

Ko‘rib chiqilgan modellarning asosiy tushunchalari va ularning shifokor amaliyotidagi ahamiyati 3.2-jadvalda umumlashtirilgan.

3.2-jadval

Xulq-atvor o‘zgarishi modellarining qiyosiy tavsifi

Model	Asosiy tushunchalar	Shifokor amaliyotidagi qo‘llanilishi
Salomatlik e’tiqodlari modeli (I. Rozenstok)	sezilayotgan moyillik va jiddiylik, foyda va to‘siqlar, harakatga turtki, o‘z-o‘ziga ishonch	xavfni shaxsiylashtirish, to‘siqlarni kamaytirish, “turtki” sifatida maslahat
Transteoretik model (J. Proxaska, K. DiKlemente)	o‘zgarish bosqichlari va jarayonlari, qaror balansi, o‘z samaradorligi	tayyorlik bosqichini aniqlash, bosqichga mos aralashuv
Ijtimoiy-kognitiv nazariya (A. Bandura)	o‘z samaradorligiga ishonch, natijani kutish, kuzatib o‘rganish	kichik maqsadlar, muvaffaqiyatlarni e’tirof etish, ko‘nikma treninglari
COM-B va xulq-atvor o‘zgarishi g‘ildiragi (S. Michi va boshq.)	qobiliyat, imkoniyat, motivatsiya; to‘qqizta aralashuv funksiyasi	to‘siqlarni tashxislash va aralashuvni loyihalash
Salutogenez (A. Antonovskiy)	uyg‘unlik hissi: tushunarlilik, boshqariluvchanlik, mazmunlilik	bemorning resurslari va kuchli tomonlariga tayanish

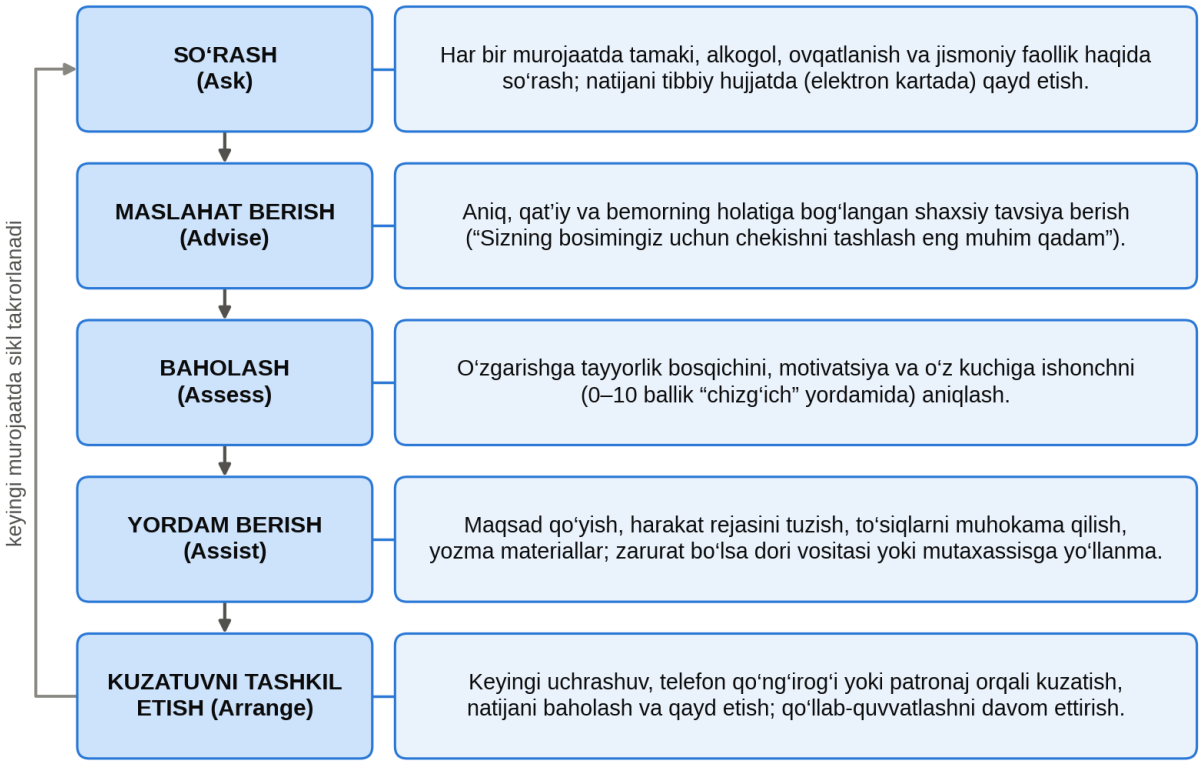
Manba: [20, 23, 74, 86, 91] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Amaliyotda ushbu modellar bir-birini to‘ldiradi. Transteoretik model “qachon” va “qanday” aralashuv kerakligini, salomatlik e’tiqodlari modeli va ijtimoiy-kognitiv nazariya “nima” motivatsiyani belgilashini, COM-B esa “nima uchun” o‘zgarish sodir bo‘lmayotganini tushunishga yordam beradi. Transteoretik modelning bosqichlar orasidagi vaqt chegaralarining shartliligi haqida tanqidiy fikrlar ham mavjud; shu bois uni qat’iy algoritm sifatida emas, balki bemor bilan muloqotni moslashtirishga yordam beruvchi tushunchalar tizimi sifatida qo‘llash maqsadga muvofiq.

3.2. Qisqa profilaktik aralashuvlar va motivatsion suhbat

Qisqa profilaktik aralashuv – bu shifokor yoki boshqa tibbiyot xodimi tomonidan odatiy qabul doirasida o‘tkaziladigan, bir necha daqiqadan (3–5 daqiqa) 10–15 daqiqagacha davom etadigan, bemorni xavf omili haqida xabardor qilish, uning motivatsiyasini oshirish va xulq-atvorni o‘zgartirishga yordam berishga qaratilgan tuzilmalashtirilgan suhbat. Qisqa aralashuvlarning afzalligi – ularni katta qamrov bilan, qo‘shimcha resurslarsiz amalga oshirish mumkinligi. Angliyada ishlab chiqilgan “Har bir kontaktdan foydalanish” (Making Every Contact Count) konsepsiyasi har bir tibbiy murojaatni sog‘lom turmush tarzi bo‘yicha qisqa suhbat uchun imkoniyat sifatida ko‘rishni taklif etadi [87]. JSST Yevropa mintaqaviy byurosi ham BTSY da YuBK xavf omillari bo‘yicha integratsiyalashgan qisqa aralashuvlar bo‘yicha maxsus qo‘llanma ishlab chiqqan [108].

Qisqa aralashuvning eng keng tarqalgan tuzilmasi – **“5A” modeli** bo‘lib, u dastlab chekishni tashlash bo‘yicha maslahat uchun taklif etilgan, keyinchalik esa boshqa xavf omillariga ham tatbiq etilgan [105, 128]. Model beshta ketma-ket qadamdan iborat: so‘rash (Ask), maslahat berish (Advise), baholash (Assess), yordam berish (Assist) va kuzatuvni tashkil etish (Arrange) (3.3-rasm, 3.3-jadval). O‘zgarishga hali tayyor bo‘lmagan bemorlar uchun motivatsiyani oshirishga qaratilgan **“5R” modeli** qo‘llaniladi: dolzarblik (Relevance), xavflar (Risks), foydalar (Rewards), to‘siqlar (Roadblocks) va takrorlash (Repetition) [128].



3.3-rasm. Qisqa profilaktik maslahatning “5A” modeli

Manba: [105, 128] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

3.3-jadval

“5A” va “5R” modellarining mazmuni

Qadam	Mazmuni
“5A” modeli	**O‘zgarishga tayyor bo‘lishi mumkin bo‘lgan barcha bemorlar uchun**
So‘rash (Ask)	har bir murojaatda xavf omillari haqida so‘rash va natijani qayd etish
Maslahat berish (Advise)	aniq, qat’iy va shaxsiylashtirilgan tavsiya berish, uni bemorning holati bilan bog‘lash
Baholash (Assess)	o‘zgarishga tayyorlik, motivatsiya va o‘z kuchiga ishonchni aniqlash
Yordam berish (Assist)	maqsad va reja tuzish, to‘siqlarni muhokama qilish, materiallar, dori vositalari, yo‘llanma
Kuzatuvni tashkil etish (Arrange)	keyingi uchrashuv yoki aloqa, natijani baholash, qo‘llab-quvvatlashni davom ettirish
“5R” modeli	**Hozircha o‘zgarishga tayyor bo‘lmagan bemorlar uchun**
Dolzarblik (Relevance)	o‘zgarish aynan shu bemor uchun nima sababdan muhimligini uning holati, oilasi va qadriyatlari bilan bog‘lash
Xavflar (Risks)	davom ettirishning qisqa va uzoq muddatli xavflarini bemordan so‘rab aniqlash va to‘ldirish
Foydalar (Rewards)	o‘zgarishning bemor uchun eng ahamiyatli foydalarini aniqlash

Qadam	Mazmuni
To‘siqlar (Roadblocks)	o‘zgarishga xalaqit beradigan to‘siqlarni va ularni yengish yo‘llarini muhokama qilish
Takrorlash (Repetition)	har bir keyingi murojaatda motivatsion suhbatni takrorlash

Manba: [105, 128].

Alkogol bo‘yicha qisqa aralashuvlarda FRAMES tamoyillari ham keng qo‘llaniladi: qayta aloqa (Feedback) – shaxsiy xavf haqida ma’lumot; mas’uliyat (Responsibility) – o‘zgarish uchun mas’uliyat bemorda ekanligini e’tirof etish; maslahat (Advice) – aniq tavsiya; variantlar menyusi (Menu) – o‘zgarishning turli yo‘llarini taklif qilish; empatiya (Empathy) – iliq, hukm qilmaydigan munosabat; o‘z samaradorligi (Self-efficacy) – bemorning o‘z kuchiga ishonchini mustahkamlash [25].

Motivatsion suhbat (motivational interviewing) – bu insonning o‘zgarishga bo‘lgan shaxsiy motivatsiyasi va sodiqligini kuchaytirishga qaratilgan, hamkorlikka asoslangan muloqot uslubi [76]. U dastlab alkogolga qaramlikni davolashda ishlab chiqilgan, keyinchalik esa tibbiyotning turli sohalarida, jumladan YuBK profilaktikasida keng qo‘llanila boshlandi [89]. Motivatsion suhbatning “ruhi” to‘rt tarkibiy qismdan iborat: hamkorlik (shifokor va bemor – teng huquqli sheriklar), qabul qilish (bemorning avtonomiyasi va qadr-qimmatini hurmat qilish), rahm-shafqat (bemor manfaatlarini ustuvor qo‘yish) va chaqirish (motivatsiyani tashqaridan “berish” emas, balki bemorning o‘zidan “chaqirib olish”) [76].

Motivatsion suhbat to‘rt jarayondan iborat: jalb qilish (ishonchli munosabat o‘rnatish), yo‘naltirish (suhbat mavzusini birgalikda belgilash), chaqirish (bemorning o‘zgarish haqidagi fikrlarini – “o‘zgarish nutqi”ni chaqirish va kuchaytirish) va rejalashtirish (aniq harakat rejasini tuzish) [76]. Shifokorlarga xos bo‘lgan “to‘g‘rilash refleksi”, ya’ni bemorni ishontirish, uni tuzatish va nima qilish kerakligini aytishga intilish ko‘pincha teskari samara berib, qarshilikni kuchaytiradi. Motivatsion suhbatda shifokor bu refleksni jilovlaydi va bemorning o‘zi o‘zgarish uchun dalillar keltirishiga imkon yaratadi. Asosiy texnikalar 3.4-jadvalda keltirilgan.

3.4-jadval

Motivatsion suhbatning asosiy texnikalari va nutq namunalari

Texnika	Maqsadi	Namunaviy ibora
Ochiq savollar	bemorning fikrlari va his-tuyg‘ularini ochish	“Ovqatlanishingiz haqida qanday fikrdasiz?”
Tasdiqlash (e’tirof etish)	bemorning kuchli tomonlari va sa’y-harakatlarini ta’kidlash	“Siz vazningizni kamaytirish uchun jiddiy harakat qilibsiz”
Refleksiv tinglash	bemor aytganlarini aks ettirish, tushunganlikni ko‘rsatish	“Siz chekishni tashlamoqchisiz, lekin asabiylashib qolishdan xavotirdasiz”
Umumlashtirish	asosiy fikrlarni jamlash, o‘zgarish nutqini mustahkamlash	“Demak, sizni ikki narsa o‘ylantiryapti: bosim va nabiralaringiz bilan ko‘proq vaqt o‘tkazish...”
Muhimlik va ishonch shkalasi	motivatsiya va ishonch darajasini aniqlash	“0 dan 10 gacha, bu siz uchun qanchalik muhim? Nega 3 emas, balki 6?”
Ruxsat so‘rash	bemorning avtonomiyasini hurmat qilish	“Sizga bir necha samarali usul haqida aytib bersam maylimi?”
So‘rash – ma’lumot berish – so‘rash	ma’lumotni bemorning ehtiyojiga moslashtirish	“Tuz haqida nimalarni bilasiz? … Bu ma’lumot siz uchun qanday ahamiyatga ega?”

Manba: [76, 89] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Motivatsion suhbat fragmenti: tuz iste’molini kamaytirish (namuna)

Shifokor: Bosimingiz bugun 150/95 chiqdi. Ruxsat bersangiz, bunga nimalar ta’sir qilishi mumkinligi haqida gaplashsak.

Bemor: Mayli. Lekin men dori ichib turibman-ku.

Shifokor: Dorini muntazam ichayotganingiz – juda yaxshi. Ovqatlanishingiz haqida gapirib bersangiz, odatda tuzni qanday iste’mol qilasiz?

Bemor: Taomni tuzsiz yeya olmayman, tuzlama va qurtni ham yaxshi ko‘raman.

Shifokor (refleksiya): Tuzli taomlar siz uchun ta’mning muhim qismi, ulardan butunlay voz kechish qiyindek tuyuladi.

Bemor: Ha, aynan shunday. Lekin onam insult o‘tkazgan, men ham shunday bo‘lishini xohlamayman.

Shifokor (o‘zgarish nutqini kuchaytirish): Siz o‘z salomatligingizni saqlab qolishni juda xohlaysiz. 0 dan 10 gacha, tuzni kamaytirish siz uchun qanchalik muhim?

Bemor: Taxminan 7.

Shifokor: Nega 3 emas, balki 7?

Bemor: Chunki bosimim ko‘tarilsa, boshim og‘riydi, ishlay olmayman...

Shifokor (umumlashtirish va rejalashtirish): Demak, bosh og‘rig‘isiz ishlash va insultdan saqlanish siz uchun muhim. Qaysi birinchi kichik qadamdan boshlash mumkin deb o‘ylaysiz?

Motivatsion suhbatning samaradorligi ko‘plab tadqiqotlarda isbotlangan. Tibbiy muassasalarda o‘tkazilgan randomizatsiyalangan tadqiqotlar meta-tahlilida

motivatsion suhbat an’anaviy maslahatga nisbatan statistik ahamiyatli ijobiy samara bergan (umumlashgan imkoniyatlar nisbati 1,55; 95% IO 1,40–1,71) [73]. Samara nafaqat psixologlar, balki shifokorlar va hamshiralar tomonidan qo‘llanganda ham kuzatilgan, qisqa (15 daqiqagacha) seanslar ham samarali bo‘lgan. Bu motivatsion suhbat asoslarini barcha shifokorlar tayyorlash dasturlariga kiritishni asoslaydi.

3.3. Asosiy xavf omillari bo‘yicha profilaktik maslahat mazmuni

Qisqa aralashuv tuzilmasi (masalan, “5A”) universal bo‘lsa-da, maslahat mazmuni har bir xavf omili uchun o‘ziga xos. Maslahat aniq, dalillarga asoslangan, bemorning holatiga moslashtirilgan va bir necha asosiy xabarlarga jamlangan bo‘lishi kerak. Asosiy xavf omillari bo‘yicha maslahat mazmuni 3.5-jadvalda umumlashtirilgan.

3.5-jadval

Asosiy xavf omillari bo‘yicha qisqa profilaktik maslahat mazmuni

Xavf omili	Asosiy xabar	Maqsad va tavsiyalar	Shifokor vositalari
Tamaki	tamakining xavfsiz miqdori yo‘q; tashlash har qanday yoshda foydali	barcha turdagi tamaki (sigareta, nos, qalyan, elektron tizimlar) iste’molidan to‘liq voz kechish	“5A/5R”, FTND, tashlash sanasini belgilash, farmakoterapiya, qo‘llab-quvvatlash xizmatlari
Alkogol	kamroq – yaxshiroq; xavfsiz daraja mavjud emas	iste’moldan voz kechish yoki uni keskin kamaytirish	AUDIT, FRAMES tamoyillari, iste’mol kundaligi, mutaxassisga yo‘naltirish
Ovqatlanish	tuz, shakar va yog‘ni kamaytiring, meva va sabzavotni ko‘paytiring	tuz < 5 g/kun; meva-sabzavot ≥ 400 g/kun; erkin shakarlar < 10% energiya	“sog‘lom tarelka” modeli, yashirin tuz manbalari ro‘yxati, ovqatlanish kundaligi
Jismoniy faollik	har qanday harakat foydali; kamroq o‘tiring, ko‘proq harakatlaning	haftasiga ≥ 150 daqiqa o‘rtacha faollik, haftada 2 kun kuch mashqlari	GPAQ, jismoniy faollik “retsepti” (chastota, intensivlik, vaqt, tur), qadam hisoblagich
Tana vazni	vaznning 5–10% ga kamayishi ham xavfni sezilarli kamaytiradi	TVI < 25 kg/m², bel aylanasini kamaytirish	SMART-maqsadlar, vazn va ovqatlanish kundaligi, guruhli dasturlar
Stress va uyqu	stress va uyqusizlik bosim va zararli odatlar bilan bog‘liq	sutkasiga 7–9 soat uyqu, stressni boshqarish usullari	PSS, relaksatsiya usullari, jismoniy faollik, zarurat bo‘lsa psixolog

Manba: [22, 29, 57, 66, 121, 123, 130] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Tamaki iste’moli bo‘yicha maslahat. Chekishni tashlash eng samarali profilaktik aralashuvlardan biri bo‘lib, yurak-qon tomir xavfi tashlashdan keyin nisbatan tez kamaya boshlaydi. Shifokorning qisqa maslahati chekishni tashlash ehtimolini maslahat berilmagan holatga nisbatan 1,66 barobar (95% IO 1,42–1,94) oshiradi, intensivroq maslahat esa qo‘shimcha samara beradi [96]. JSST ning 2024-yilgi klinik tavsiyalarida kattalarda tamakini tashlash uchun xulq-atvorni qo‘llab-quvvatlash bilan bir qatorda vareniklin, nikotin o‘rnini bosuvchi terapiya, bupropion va sitizin kabi dori vositalarini qo‘llash tavsiya etilgan [130]. O‘zbekiston sharoitida nos iste’moli ham erkaklar orasida tarqalganligini hisobga olib, shifokor bemordan faqat chekish haqida emas, balki barcha turdagi tamaki mahsulotlari haqida so‘rashi lozim.

Alkogol iste’moli bo‘yicha maslahat. BTSY da alkogol bo‘yicha qisqa aralashuvlar samaradorligi Cochrane tizimli sharhida tasdiqlangan: aralashuv olgan bemorlar bir yildan so‘ng nazorat guruhiga nisbatan haftasiga o‘rtacha 20 g ga kam alkogol iste’mol qilgan [61]. Maslahatda iste’molni aniq (standart porsiyalarda) baholash, bemorning iste’molini me’yorlar bilan qiyoslash (qayta aloqa) va iste’molni kamaytirishning aniq yo‘llarini (masalan, “alkogolsiz kunlar”) muhokama qilish muhim.

Ovqatlanish bo‘yicha maslahat. Ovqatlanishni o‘zgartirish bo‘yicha maslahat taqiqlarga emas, balki muqobillarga asoslanishi kerak: masalan, tuzni ziravorlar, limon sharbati va ko‘katlar bilan almashtirish, oq nonni to‘liq donli non bilan almashtirish, shakarli ichimliklar o‘rniga suv va shakarsiz choy ichish. Tuz iste’molining mo‘’tadil kamayishi arterial bosimni sezilarli pasaytiradi [54]. Maslahatda milliy taomlar va ovqatlanish an’analarini hisobga olish, ularni butunlay taqiqlash emas, balki “sog‘lomlashtirish” (masalan, taomlarda yog‘ va tuz miqdorini kamaytirish, sabzavot ulushini oshirish) samaraliroq.

Jismoniy faollik bo‘yicha maslahat. Shifokor tomonidan berilgan jismoniy faollik bo‘yicha maslahat bemor holatiga moslashtirilgan “retsept” ko‘rinishida bo‘lsa, samaraliroq bo‘ladi: unda faollik turi, chastotasi, intensivligi va davomiyligi aniq ko‘rsatiladi [104]. Faolligi past bo‘lgan bemorlarga kichik qadamlardan

(masalan, kuniga 10 daqiqalik piyoda yurish) boshlab, faollikni asta-sekin oshirish tavsiya etiladi [29].

Tana vaznini kamaytirish bo‘yicha maslahat. Qandli diabet profilaktikasi bo‘yicha klassik tadqiqotlar turmush tarzini o‘zgartirish (vaznni taxminan 7% ga kamaytirish va haftasiga kamida 150 daqiqa jismoniy faollik) glyukozaga tolerantligi buzilgan shaxslarda 2-tip qandli diabet rivojlanishini 58% ga kamaytirishini ko‘rsatdi [66, 101]. Bemor bilan real, erishish mumkin bo‘lgan maqsadlar belgilanadi; buning uchun SMART tamoyili – aniq (Specific), o‘lchanadigan (Measurable), erishiladigan (Achievable), dolzarb (Relevant) va muddati belgilangan (Time-bound) maqsad qo‘yish qo‘llaniladi [35].

Qisqa profilaktik aralashuvlar samaradorligiga oid asosiy dalillar 3.6-jadvalda keltirilgan. Bu dalillar shifokorlar tayyorlash jarayonida profilaktikaning “foydasizligi” haqidagi keng tarqalgan stereotiplarni yengish uchun muhim ahamiyatga ega.

3.6-jadval

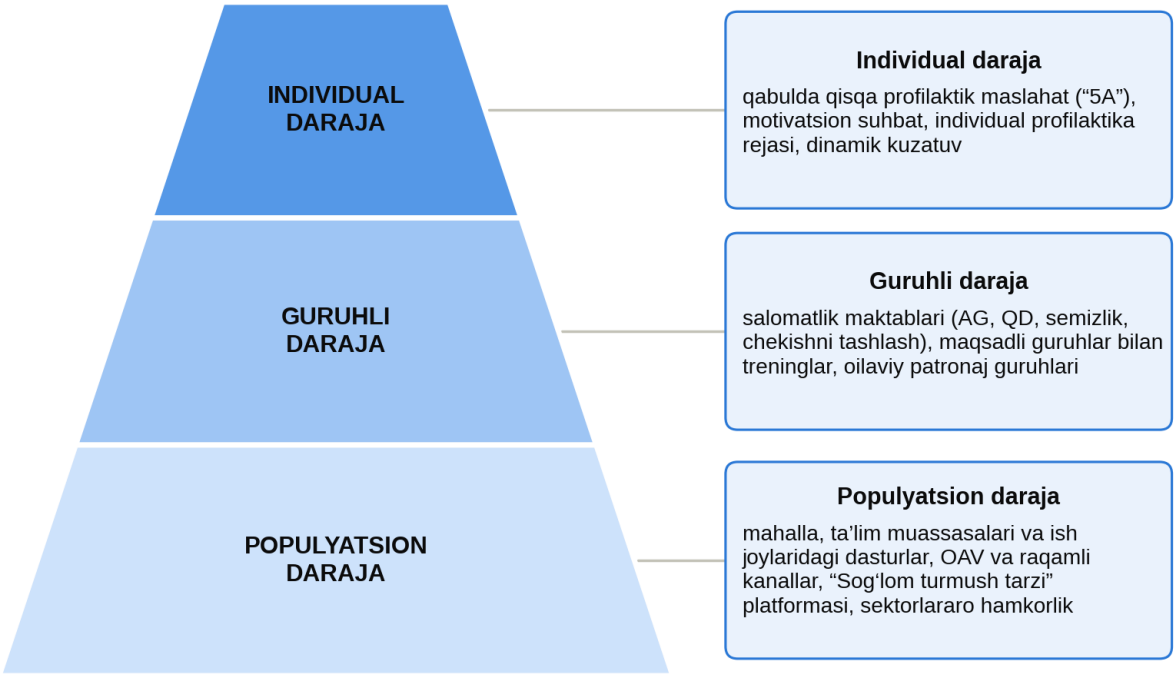
Profilaktik aralashuvlar samaradorligiga oid asosiy dalillar

Aralashuv	Manba	Asosiy natija
Shifokorning chekishni tashlash bo‘yicha qisqa maslahati	Stead va boshq., 2013 [96]	maslahat bermaslikka nisbatan tashlash ehtimoli NX = 1,66 (95% IO 1,42–1,94)
BTSY da alkogol bo‘yicha qisqa aralashuv	Kaner va boshq., 2018 [61]	bir yildan so‘ng alkogol iste’moli haftasiga o‘rtacha 20 g ga kam
Tibbiy muassasalarda motivatsion suhbat	Lundahl va boshq., 2013 [73]	an’anaviy maslahatga nisbatan imkoniyatlar nisbati 1,55 (95% IO 1,40–1,71)
Tuz iste’molini mo‘’tadil kamaytirish	He, Li, MacGregor, 2013 [54]	tuz ~4,4 g/kun ga kamayganda SAB 4,18, DAB 2,06 mm sim. ust. ga pasaygan
Turmush tarzini intensiv o‘zgartirish (QD profilaktikasi)	Knowler va boshq., 2002; Tuomilehto va boshq., 2001 [66, 101]	2-tip QD rivojlanishi 58% ga kamaygan
Arterial bosimni pasaytirish	Ettehad va boshq., 2016 [40]	SAB ning har 10 mm sim. ust. ga pasayishi yirik YuQT hodisalarini 20% ga, umumiy o‘limni 13% ga kamaytiradi

Manba: jadvalda ko‘rsatilgan manbalar.

3.4. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami sharoitida guruhli va populyatsion profilaktika

BTSY bo‘g‘inida STT ni shakllantirish uch darajada amalga oshiriladi: individual, guruhli va populyatsion (3.4-rasm). Har bir daraja o‘z maqsadli auditoriyasi, shakllari va ijrochilariga ega bo‘lib, ular birgalikda profilaktikaning yaxlit tizimini tashkil etadi.



3.4-rasm. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami bo‘g‘inida sog‘lom turmush tarzini shakllantirish darajalari

Manba: muallif tomonidan tuzilgan.

Individual daraja qabulda o‘tkaziladigan qisqa aralashuvlar, motivatsion suhbat, individual profilaktika rejasini tuzish va dinamik kuzatuvni o‘z ichiga oladi. Bu darajada shifokor asosiy ijrochi hisoblanadi, biroq vazifalarni hamshiralar bilan taqsimlash (masalan, antropometriya, AB o‘lchash va so‘rovnomalarni to‘ldirishni hamshiraga yuklash) shifokor vaqtini maslahat uchun bo‘shatadi. JSST ning HEARTS paketida jamoaviy yondashuv va vazifalarni taqsimlash YuQTK ni boshqarishning muhim tarkibiy qismi sifatida ko‘rsatilgan [125].

Guruhli daraja asosan salomatlik maktablari – umumiy muammoga ega bemorlar (arterial gipertenziya, qandli diabet, semizlik, chekishni tashlash

istagidagilar) uchun tuzilmalashtirilgan guruhli o‘quv dasturlari ko‘rinishida amalga oshiriladi. Guruhli mashg‘ulotlar bemorlarning bilim va ko‘nikmalarini oshirish bilan bir qatorda o‘zaro qo‘llab-quvvatlash, tajriba almashish va ijtimoiy modellashtirish imkonini beradi; ular ayniqsa o‘z-o‘zini nazorat qilish ko‘nikmalarini shakllantirishda samarali [14]. Arterial gipertenziya bo‘yicha salomatlik maktabining namunaviy dasturi 3.7-jadvalda keltirilgan.

3.7-jadval

Arterial gipertenziya bo‘yicha salomatlik maktabining namunaviy dasturi

№	Mashg‘ulot mavzusi	Amaliy qism
1	Arterial gipertenziya: sabablari, xavf omillari va asoratlari; umumiy xavf tushunchasi	AB ni to‘g‘ri o‘lchashni o‘rganish, o‘z-o‘zini nazorat kundaligini yuritish
2	Sog‘lom ovqatlanish va tuzni kamaytirish	“yashirin tuz” manbalarini aniqlash, mahsulot yorlig‘ini o‘qish, taomlarni sog‘lomlashtirish
3	Jismoniy faollik: foydasi va xavfsizligi	individual faollik rejasini tuzish, oddiy mashqlarni o‘rganish
4	Tamaki, alkogol va stress	stressni boshqarish usullari, chekishni tashlash rejasi
5	Dori terapiyasi va davolashga sodiqlik	dori qabul qilish jadvalini tuzish, nojo‘ya ta’sirlarni tanish
6	Asoratlarni erta tanish va tez yordam chaqirish; yakuniy baholash	insult va infarkt belgilarini tanish, individual rejani tasdiqlash

Izoh: guruh tarkibi – 8–12 nafar bemor; har bir mashg‘ulot 60–90 daqiqa; birinchi va oxirgi mashg‘ulotlarda bilim testi o‘tkaziladi, natijalar 3 va 6 oydan so‘ng qayta baholanadi. Manba: muallif tomonidan tuzilgan.

Populyatsion daraja mahalla, ta’lim muassasalari va ish joylaridagi profilaktik dasturlarni, ommaviy axborot vositalari va raqamli kanallar orqali targ‘ibotni hamda sektorlararo hamkorlikni o‘z ichiga oladi. O‘zbekistonda bu yo‘nalishda muhim tashkiliy asoslar yaratilgan: PF-6099-son Farmon bilan STT ni keng tatbiq etish va ommaviy sportni rivojlantirish bo‘yicha kompleks choralar belgilangan [4], mahallalarda jismoniy tarbiya uchun maydonlar tashkil etilmoqda, korxonalarda ishlab chiqarish gimnastikasi uchun sharoitlar yaratilmoqda, 2021-yilda esa “Sog‘lom turmush tarzi” platformasi faoliyati yo‘lga qo‘yilgan [17]. PF-6110-son Farmon bilan joriy etilgan patronaj tizimi oilaviy shifokor va hamshiralarga xonadonlar darajasida profilaktik ish olib borish imkonini beradi [5].

Populyatsion profilaktikaning samaradorligi Finlyandiyadagi “Shimoliy Kareliya” loyihasi misolida yaqqol namoyon bo‘lgan. 1972-yilda boshlangan ushbu loyiha doirasida sog‘liqni saqlash xizmatlari, mahalliy hokimiyat, maktablar, oziq-ovqat sanoati, ommaviy axborot vositalari va jamoat tashkilotlarining birgalikdagi faoliyati natijasida aholining ovqatlanishi va chekish odatlari tubdan o‘zgardi, mehnatga layoqatli yoshdagi erkaklarda koronar kasallikdan o‘lim bir necha o‘n yil ichida keskin (80% dan ortiq) kamaydi; loyiha tajribasi keyinchalik milliy darajaga tatbiq etildi [88]. Ushbu tajribadan kelib chiqadigan asosiy saboq – shifokorlarning individual profilaktik faoliyati jamoatchilik harakatlari va davlat siyosati bilan uyg‘unlashgandagina barqaror populyatsion samara beradi.

2025-yildan boshlab joriy etilayotgan BTSY ning yangi modeli oilaviy shifokorga yo‘naltirilgan tizimni shakllantirishni, aholiga oilaviy shifokorni erkin tanlash huquqini berishni va tibbiy yordam ko‘rsatishda oilaviy shifokor ulushini 70% ga yetkazishni nazarda tutadi [7]. Bu model sharoitida oilaviy shifokor biriktirilgan aholi salomatligi uchun uzoq muddatli mas’uliyatni o‘z zimmasiga oladi; demak, uning xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish bo‘yicha kompetensiyasi tizim samaradorligining hal qiluvchi omiliga aylanadi.

3.5. Aholining alohida guruhlari va ishlovchilar bilan profilaktik ishning xususiyatlari

Profilaktik maslahatning umumiy tamoyillari (3.2–3.3-paragraflar) barcha bemorlar uchun universal, biroq ularning mazmuni va shakli bemorning yoshi, jinsi, fiziologik holati va kasbiy faoliyatiga moslashtirilishi lozim. Hayot sikli bo‘yicha yondashuvga ko‘ra, xavf omillari hayotning turli bosqichlarida shakllanadi va to‘planib boradi, shuning uchun profilaktik aralashuvning eng samarali shakli va vaqti ham har bir bosqichda farqlanadi. Shifokor amaliyotida alohida e’tibor talab etadigan guruhlar bilan ishlashning asosiy xususiyatlari 3.8-jadvalda umumlashtirilgan.

3.8-jadval

Aholining alohida guruhlari bilan profilaktik ishning xususiyatlari

Guruh	Ustuvor xavf omillari	Baholash vositalari	Muloqot va aralashuv xususiyatlari
O‘smirlar (10–19 yosh)	tamaki va nikotin mahsulotlari, jumladan elektron sigaretalar; alkogol; kam harakatlilik va ekran oldida uzoq vaqt o‘tkazish; noto‘g‘ri ovqatlanish	HEEADSSS psixosotsial suhbati; TVI ning yosh va jinsga mos ko‘rsatkichlari; jismoniy faollik so‘rovi	maxfiylikni ta’minlash, suhbatning bir qismini ota-onasiz o‘tkazish, hukm qilmaslik, o‘smirning o‘z maqsadlariga tayanish
Homilador va tug‘ruqdan keyingi davrdagi ayollar	chekish va passiv chekish, alkogol, vaznning ortiqcha ortishi, kam harakatlilik, gestatsion diabet va homiladorlik gipertenziyasi	AB va vazn monitoringi; ko‘rsatmaga ko‘ra glyukoza tekshiruvi; tamaki va alkogol skriningi; reproduktiv anamnez	homiladorlik – o‘zgarish uchun qulay davr; oila a’zolarini jalb qilish; bola salomatligi orqali motivatsiya
Keksalar (65 yosh va undan katta)	arterial gipertenziya, kam harakatlilik, noto‘g‘ri ovqatlanish, polipragmaziya, ijtimoiy yolg‘izlik	SCORE2-OP (70 yoshdan); funksional holat va yiqilish xavfini baholash; dori vositalarini qayta ko‘rib chiqish	aniq va sekin nutq, yozma eslatmalar, qarovchilarni jalb qilish; muvozanat va kuch mashqlari
Ishlovchilar	ishlab chiqarish omillari (chang, shovqin, kimyoviy moddalar), uzoq ish soatlari, smenali ish, kam harakatlilik, chekish	dastlabki va davriy tibbiy ko‘riklar; kasbiy anamnez; ish joyining gigiyenik tavsifi	ish beruvchi va kasaba uyushmasi bilan hamkorlik; ish joyidagi dasturlar; kasbiy va maishiy omillarning birgalikdagi xavfini tushuntirish

Manba: [29, 50, 95, 102, 124, 141] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

O‘smirlar va yoshlar. Tamaki iste’moli, alkogol, kam harakatlilik va noto‘g‘ri ovqatlanish kabi xulq-atvor xavf omillarining ko‘pchiligi o‘smirlik davrida shakllanadi. JSST ma’lumotlariga ko‘ra, dunyoda 13–15 yoshdagi kamida 15 mln bola elektron sigaretalardan foydalanadi, ma’lumotlar mavjud mamlakatlarda esa bolalar elektron sigaretalardan kattalarga nisbatan o‘rtacha to‘qqiz barobar ko‘p foydalanadi [140]. JSST tavsiyalariga ko‘ra, 5–17 yoshdagi bolalar va o‘smirlar hafta davomida kuniga o‘rtacha kamida 60 daqiqa o‘rtacha va yuqori intensivlikdagi, asosan aerob jismoniy faollik bilan shug‘ullanishi, ekran oldida dam olishga sarflanadigan vaqtni esa cheklashi lozim [29]. 5–19 yoshdagi bolalarda ortiqcha vazn va semizlik TVI ning yoshga mos qiymati JSST o‘sish standarti medianasidan mos ravishda 1 va 2 standart og‘ishdan ortiq bo‘lishi bilan aniqlanadi [141].

O‘smir bilan suhbatda maxfiylik va hurmat muhim ahamiyatga ega. Psixosotsial holatni tizimli baholash uchun HEEADSSS sxemasi keng qo‘llaniladi: uy sharoiti (Home), ta’lim va ish (Education/Employment), ovqatlanish (Eating), tengdoshlar bilan faoliyat (Activities), giyohvand moddalar, tamaki va alkogol (Drugs), jinsiy salomatlik (Sexuality), depressiya va o‘z joniga qasd qilish xavfi (Suicide/depression) hamda xavfsizlik (Safety) [50]. Suhbatning bir qismini ota-onasiz o‘tkazish, savollarni umumiy mavzulardan shaxsiy mavzularga qarab berish va o‘smirning o‘z maqsadlariga (sportdagi natijalar, tashqi ko‘rinish, o‘qishdagi muvaffaqiyat) tayanish maslahat samaradorligini oshiradi.

Ayollar. Homiladorlik davri ayolning salomatlikka bo‘lgan e’tibori oshadigan va xulq-atvorni o‘zgartirishga motivatsiya kuchli bo‘ladigan qulay davr hisoblanadi. Bu davrda chekish va alkogoldan to‘liq voz kechish, passiv chekishdan himoyalanish, vazn ortishini nazorat qilish va jismoniy faollikni saqlash bo‘yicha maslahat ayniqsa muhim. JSST tavsiyalariga ko‘ra, qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmagan homilador va tug‘ruqdan keyingi davrdagi ayollar haftasiga kamida 150 daqiqa o‘rtacha intensivlikdagi aerob jismoniy faollik bilan shug‘ullanishi lozim [29].

Homiladorlik asoratlari ayolning keyingi hayotidagi kardiometabolik xavf haqida muhim ma’lumot beradi. Gestatsion diabet o‘tkazgan ayollarda 2-tip qandli diabet rivojlanish xavfi gestatsion diabet o‘tkazmaganlarga nisbatan qariyb 10 barobar yuqori (NX 9,51; 95% IO 7,14–12,67; 20 ta tadqiqot, 1,3 mln dan ortiq ishtirokchi) [103]. ESC ning 2021-yilgi tavsiyalarida preeklampsiya va homiladorlik gipertenziyasini o‘tkazgan ayollarda arterial gipertenziya va qandli diabetni davriy skrining qilish maqsadga muvofiqligi ko‘rsatilgan [102]. Shu bois oilaviy shifokor reproduktiv anamnezni xavfni baholashning ajralmas qismi sifatida so‘rashi lozim.

Keksalar. Keksalikda bir nechta surunkali kasallikning birga kechishi, ko‘p dori vositalarini qabul qilish (polipragmaziya), funksional imkoniyatlarning pasayishi va ijtimoiy yolg‘izlik profilaktik maslahatni murakkablashtiradi, biroq xavf omillarini kamaytirish bu yoshda ham o‘z ahamiyatini yo‘qotmaydi. 70 yosh va undan katta shaxslarda umumiy yurak-qon tomir xavfini baholash uchun raqobatlashuvchi o‘lim xavfini hisobga oladigan SCORE2-OP shkalasi qo‘llaniladi

[95]. JSST keksalarga kattalar uchun tavsiyalarga qo‘shimcha ravishda funksional imkoniyatlarni oshirish va yiqilishlarning oldini olish maqsadida haftada 3 va undan ortiq kun muvozanat va kuch mashqlariga urg‘u beruvchi, kamida o‘rtacha intensivlikdagi ko‘p komponentli jismoniy faollikni tavsiya etadi [29]. Keksa bemor bilan muloqotda eshitish va ko‘rishdagi o‘zgarishlarni hisobga olish, ma’lumotni qisqa va aniq berish, yozma eslatmalar qoldirish hamda bemorning roziligi bilan oila a’zolari yoki qarovchilarni jalb qilish tavsiya etiladi.

Ishlovchilar. Ish joyi profilaktik ish uchun eng qulay muhitlardan biri: kattalar uyg‘oq vaqtining katta qismini shu yerda o‘tkazadi, mehnat jamoasi esa tashkiliy jihatdan shakllangan auditoriya hisoblanadi. 1997-yilgi Lyuksemburg deklaratsiyasida ish joyida salomatlikni mustahkamlash “ish beruvchilar, ishlovchilar va jamiyatning ishlovchilar salomatligi va farovonligini yaxshilashga qaratilgan birgalikdagi sa’y-harakatlari” sifatida ta’riflangan [41]. JSST ning “Sog‘lom ish joylari” modeli to‘rtta ta’sir yo‘nalishini ajratadi: jismoniy ish muhiti, psixosotsial ish muhiti, shaxsiy salomatlik resurslari va korxonaning jamiyat hayotidagi ishtiroki [124]. Ularning mazmuni va shifokorning tegishli vazifalari 3.9-jadvalda keltirilgan.

3.9-jadval

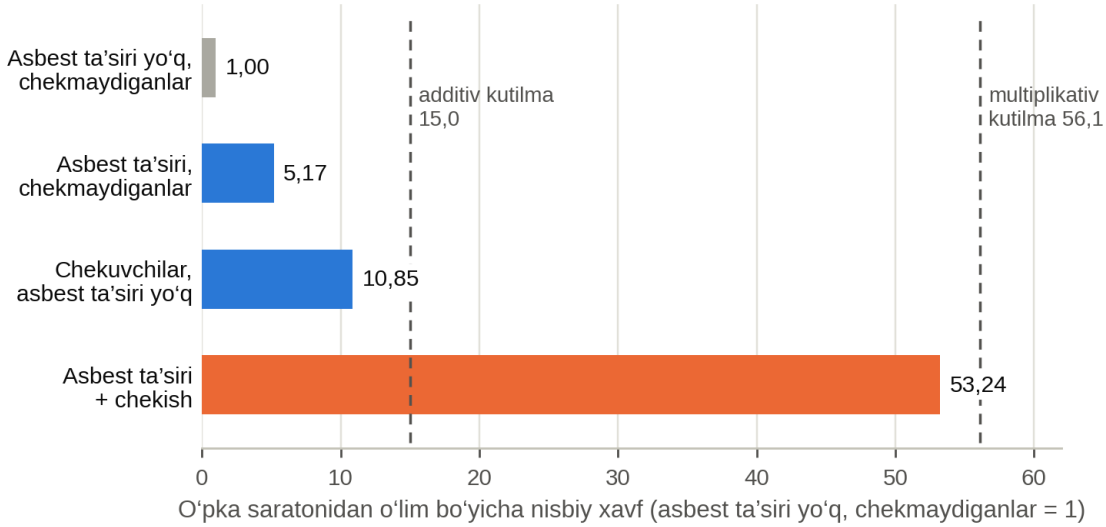
JSST “Sog‘lom ish joylari” modelining ta’sir yo‘nalishlari va shifokorning vazifalari

Ta’sir yo‘nalishi	Mazmuni	Shifokorning (gigiyenistning) vazifalari
Jismoniy ish muhiti	bino, jihozlar, ishlab chiqarish omillari (chang, shovqin, kimyoviy moddalar, mikroiqlim), jarohatlanish xavfi	zararli omillarni gigiyenik baholash; ularni kamaytirish va shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish bo‘yicha tavsiyalar
Psixosotsial ish muhiti	mehnatni tashkil etish, ish vaqti va smenalar, ish yuklamasi, jamoadagi munosabatlar	stress omillarini aniqlash; mehnat va dam olish rejimini maqbullashtirish bo‘yicha tavsiyalar
Shaxsiy salomatlik resurslari	tibbiy xizmatlar, axborot, sog‘lom ovqatlanish va jismoniy faollik uchun sharoit, tamaki tutunidan xoli muhit	davriy tibbiy ko‘riklarda xavf omillarini skrining qilish, qisqa maslahat, salomatlik maktablari
Korxonaning jamiyat hayotidagi ishtiroki	korxonaning xodimlar oilalari va mahalla bilan hamkorligi	oilalar va mahallada profilaktik tadbirlarni tashkil etishda ishtirok etish

Manba: [124] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Gigiyenik nuqtayi nazardan ishlovchilar bilan profilaktik ishning muhim xususiyati – kasbiy va xulq-atvor xavf omillarining birgalikdagi

(kombinatsiyalangan) ta’sirini hisobga olish zarurati. Bu holatning klassik misoli asbest ta’siri va chekishning o‘pka saratoni rivojlanishidagi o‘zaro ta’siri hisoblanadi. E. Xammond va hammualliflari ma’lumotlariga ko‘ra, asbest ta’siriga uchragan chekmaydigan ishchilarda o‘pka saratonidan o‘lim xavfi ushbu omillarning hech biriga uchramaganlarga nisbatan 5,17 barobar, asbest ta’siriga uchramagan chekuvchilarda 10,85 barobar, ikkala omil ta’siriga uchraganlarda esa 53,24 barobar yuqori bo‘lgan (3.5-rasm) [51, 65].



3.5-rasm. Asbest ta’siri va chekishning o‘pka saratonidan o‘lim xavfiga birgalikdagi ta’siri

Izoh: vertikal uzuq chiziqlar omillar additiv va multiplikativ ta’sir ko‘rsatgandagi kutilayotgan birgalikdagi nisbiy xavfni ko‘rsatadi. Manba: [51, 65] ma’lumotlari asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Agar omillar bir-biridan mustaqil ravishda qo‘shiluvchi (additiv) ta’sir ko‘rsatganda edi, birgalikdagi nisbiy xavf 5,17 + 10,85 – 1 ≈ 15,0 ni tashkil etar edi; kuzatilgan qiymat esa multiplikativ kutilmaga (5,17 × 10,85 ≈ 56,1) yaqin. Additiv shkaladagi o‘zaro ta’sir darajasini o‘zaro ta’sir hisobiga ortiqcha nisbiy xavf (RERI – relative excess risk due to interaction) ko‘rsatkichi yordamida baholash mumkin [92]:

$$RERI = NX_{11} - NX_{10} - NX_{01} + 1 \qquad (3.1)$$

bu yerda NX_{11} – ikkala omil ta’siridagi nisbiy xavf; NX_{10} va NX_{01} – faqat bitta omil ta’siridagi nisbiy xavf. Ko‘rib chiqilgan misolda RERI = 53,24 – 5,17 – 10,85 + 1 = 38,22; demak, asbest ta’siriga uchragan chekuvchilardagi xavfning qariyb 72% i (38,22 / 53,24) aynan omillarning o‘zaro ta’siri bilan bog‘liq. Bu ma’lumot ishchiga chekishni tashlashning ahamiyatini tushuntirishda kuchli dalil bo‘lib

xizmat qiladi: kasbiy kanserogen ta’siridagi ishchi uchun chekishni tashlash absolyut xavfni ayniqsa sezilarli kamaytirishi mumkin.

Mehnatni tashkil etish bilan bog‘liq omillar ham yurak-qon tomir xavfiga ta’sir qiladi. JSST va Xalqaro mehnat tashkilotining birgalikdagi baholashiga ko‘ra, 2016-yilda haftasiga 55 soat va undan ortiq ishlash bilan bog‘liq holda dunyoda 745 ming kishi insult (398 ming) va yurak ishemik kasalligidan (347 ming) vafot etgan, bunday o‘limlar soni 2000-yilga nisbatan 29% ga oshgan. Haftasiga 55 soat va undan ko‘p ishlash haftasiga 35–40 soat ishlashga nisbatan insult xavfining taxminan 35% ga, yurak ishemik kasalligidan o‘lim xavfining esa 17% ga yuqoriligi bilan bog‘liq [84, 139]. Bundan tashqari, smenali ish, uzoq vaqt o‘tirib ishlash va ishlab chiqarishdagi stress ovqatlanish, uyqu va jismoniy faollik odatlariga salbiy ta’sir ko‘rsatadi.

Ishlovchilarning dastlabki (ishga kirishdagi) va davriy tibbiy ko‘riklari xavf omillarini skrining qilish va qisqa profilaktik maslahat berish uchun muntazam imkoniyat yaratadi. Ko‘rik o‘tkazayotgan shifokor ish joyidagi zararli omillar to‘g‘risidagi gigiyenik ma’lumotlarni individual xavf omillari bilan birgalikda baholashi, kasbiy va maishiy omillarning birgalikdagi xavfini ishchiga tushunarli tilda yetkazishi va zarur hollarda ish beruvchiga mehnat sharoitlarini yaxshilash bo‘yicha tavsiyalar berishi lozim (2.4-paragrafga qarang). Shu sababli kasbiy va xulq-atvor xavf omillarining birgalikdagi ta’sirini baholash hamda ishchilar bilan profilaktik maslahat o‘tkazish ko‘nikmalari shifokorlar, ayniqsa tibbiy-profilaktik yo‘nalishdagi shifokorlar tayyorlash dasturlarida alohida o‘rin egallashi kerak.

III bob bo‘yicha xulosalar

1. Sog‘lom turmush tarzini shakllantirish bemorning xulq-atvorini o‘zgartirishni talab etadi, buning uchun esa faqat axborot berish yetarli emas; samarali aralashuvlar xulq-atvor o‘zgarishi nazariyalariga (salomatlik e’tiqodlari modeli, transteoretik model, ijtimoiy-kognitiv nazariya, COM-B, salutogenez) tayanishi lozim.

2. BTSY da xavf omillari bo‘yicha profilaktik yordamning asosiy shakli – “5A” va “5R” modellariga asoslangan qisqa aralashuvlar bo‘lib, ular motivatsion suhbat texnikalari bilan boyitilganda samaradorligi oshadi; bu texnologiyalarning samaradorligi randomizatsiyalangan tadqiqotlar va meta-tahlillarda isbotlangan.

3. Profilaktik maslahat mazmuni har bir xavf omili uchun aniq, dalillarga asoslangan va bemorning holati, madaniy an’analari va tayyorlik bosqichiga moslashtirilgan bo‘lishi kerak.

4. STT ni shakllantirish individual, guruhli va populyatsion darajalarning uyg‘unligini talab etadi; O‘zbekistonda BTSY ning yangi modeli va patronaj tizimi oilaviy shifokorning profilaktik rolini sezilarli kuchaytiradi, bu esa uning tegishli kasbiy tayyorgarligiga yuqori talablar qo‘yadi.

5. Profilaktik maslahatning mazmuni va shakli bemorning yoshi, jinsi, fiziologik holati va kasbiy faoliyatiga moslashtirilishi lozim: o‘smirlar bilan maxfiylikka asoslangan psixosotsial suhbat (HEEADSSS) o‘tkazish, homiladorlik davridagi yuqori motivatsiyadan foydalanish va reproduktiv anamnezni xavfni baholashga kiritish, keksalarda funksional holat va yiqilish xavfini hisobga olish, ishlovchilarda esa kasbiy va xulq-atvor xavf omillarining birgalikdagi, ko‘pincha multiplikativ ta’sirini baholash zarur.

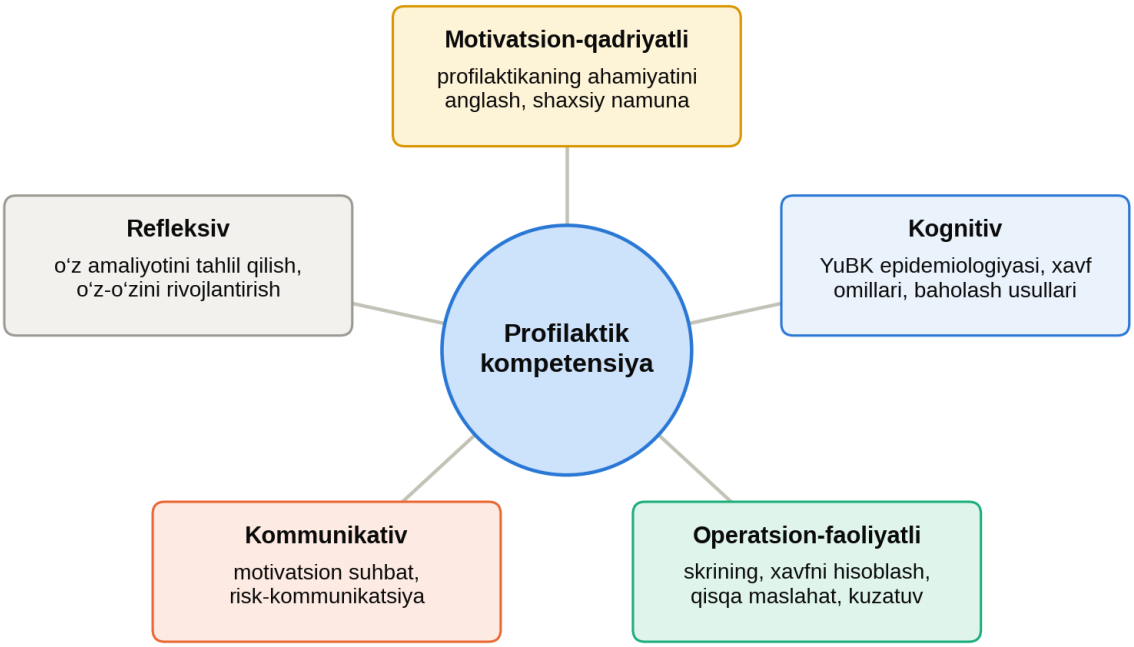
IV BOB. SHIFOKOR PROFILAKTIK KOMPETENSIYASI: MAZMUNI, XORIJIY TAJRIBA VA MILLIY ME'YORIY ASOSLAR

4.1. Profilaktik kompetensiya tushunchasi va tuzilmasi

Zamonaviy tibbiy ta'limning asosiy paradigmasi – kompetensiyaga asoslangan ta'lim bo‘lib, unda o‘quv jarayonining natijasi o‘zlashtirilgan bilimlar hajmi bilan emas, balki bitiruvchining real kasbiy vaziyatlarda muayyan vazifalarni mustaqil va sifatli bajarishga qodirligi bilan belgilanadi [46, 52]. R. Epshteyn va E. Xandert ta'rifiga ko‘ra, kasbiy kompetentlik – bu "kundalik amaliyotda xizmat ko‘rsatilayotgan shaxs va jamiyat manfaati yo‘lida kommunikatsiya, bilimlar, texnik ko‘nikmalar, klinik fikrlash, hissiyotlar, qadriyatlar va refleksiyadan odatiy va oqilona foydalanish"dir [39]. Bu ta'rif kompetentlikning ko‘p komponentli, integrativ va faoliyatda namoyon bo‘luvchi tabiatini ta'kidlaydi.

"Kasbiy tayyorgarlik" tushunchasi "kompetentlik"dan kengroq bo‘lib, u mutaxassisning kasbiy faoliyatga motivatsion tayyorligini, zarur kompetensiyalar majmuini va amaliy tajribasini birlashtiradi. Shu nuqtayi nazardan, shifokorning xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish sohasidagi kasbiy tayyorgarligini uning **profilaktik kompetensiyasi** orqali tavsiflash maqsadga muvofiq.

Monografiyada **shifokorning profilaktik kompetensiyasi** deganda xavf omillarini aniqlash, individual va umumiy xavfni baholash hamda bemorda sog‘lom turmush tarzini shakllantirish bo‘yicha dalillarga asoslangan profilaktik faoliyatni samarali amalga oshirishga tayyorlik va qobiliyatni ifodalovchi integrativ shaxsiy-kasbiy sifat tushuniladi. Ushbu kompetensiya beshta o‘zaro bog‘liq komponentdan iborat (4.1-rasm, 4.1-jadval).



4.1-rasm. Shifokor profilaktik kompetensiyasining tarkibiy tuzilmasi

Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Motivatsion-qadriyatli komponent shifokorning profilaktikani kasbiy burchining ajralmas qismi sifatida qabul qilishini, profilaktik aralashuvlar samaradorligiga ishonchini, bemor avtonomiyasini hurmat qilishini va o‘z salomatligiga mas’uliyatli munosabatini (shaxsiy namuna) o‘z ichiga oladi. Bu komponent boshqa komponentlarning “harakatlantiruvchi kuchi” hisoblanadi: bilim va ko‘nikmalarga ega bo‘lgan, lekin profilaktikani “vaqtni behuda sarflash” deb biladigan shifokor ulardan amalda foydalanmaydi.

Kognitiv komponent YuBK epidemiologiyasi, xavf omillari va ularning sababiy bog‘liqliklari, xavfni baholash usullari va shkalalari, xulq-atvor o‘zgarishi nazariyalari, profilaktik aralashuvlar samaradorligiga oid dalillar hamda tegishli me’yoriy-huquqiy hujjatlar bo‘yicha bilimlar tizimini qamrab oladi.

Operatsion-faoliyatli komponent amaliy ko‘nikmalar majmui bo‘lib, u xavf omillari skriningini standart bo‘yicha o‘tkazish, antropometriya va AB o‘lchash, so‘rovnomalarni qo‘llash va talqin qilish, umumiy xavfni hisoblash, qisqa

profilaktik aralashuvni o‘tkazish, individual profilaktika rejasini tuzish va dinamik kuzatuvni tashkil etishni o‘z ichiga oladi.

Kommunikativ komponent bemor bilan ishonchli munosabat o‘rnatish, motivatsion suhbat texnikalarini qo‘llash, xavf haqida tushunarli ma’lumot berish (risk-kommunikatsiya), guruh bilan ishlash (salomatlik maktabi) va madaniy o‘ziga xosliklarni hisobga olish ko‘nikmalarini ifodalaydi.

Refleksiv komponent shifokorning o‘z profilaktik faoliyatini tahlil qilish, uning natijalarini baholash, qiyinchiliklar sabablarini aniqlash va o‘z kasbiy rivojlanishini rejalashtirish qobiliyatidir. Refleksiya uzluksiz kasbiy rivojlanishning asosi bo‘lib, u shifokorni “bilimlar iste’molchisi”dan o‘z amaliyotini takomillashtiruvchi faol subyektga aylantiradi.

4.1-jadval

Shifokor profilaktik kompetensiyasining tarkibiy qismlari, mazmuni va ko‘rsatkichlari

Komponent	Mazmuni	Namoyon bo‘lish ko‘rsatkichlari
Motivatsion-qadriyatli	profilaktikani kasbiy burch sifatida qabul qilish; aralashuvlar samaradorligiga ishonch; bemor avtonomiyasini hurmat qilish; shaxsiy sog‘lom turmush tarzi	profilaktikaga munosabat indeksi; profilaktik faoliyatga shaxsiy motivatsiya; shaxsiy xavf omillarining yo‘qligi
Kognitiv	YuBK epidemiologiyasi; xavf omillari va ularning sababiy bog‘liqligi; baholash usullari va shkalalari; xulq-atvor o‘zgarishi nazariyalari; dalillar bazasi; me’yoriy hujjatlar	bilim testi natijalari; vaziyatli masalalarni yechish sifati
Operatsion-faoliyatli	skrining va o‘lchovlarni standart bo‘yicha bajarish; so‘rovnomalarni qo‘llash; umumiy xavfni hisoblash; qisqa aralashuv; profilaktika rejasi; dinamik kuzatuv	OSCE baholash varaqasi natijalari; tibbiy hujjatlar auditi ko‘rsatkichlari
Kommunikativ	motivatsion suhbat; risk-kommunikatsiya; guruh bilan ishlash; madaniy sezgirlik	MITI ko‘rsatkichlari; standartlashtirilgan bemor bahosi; bemorlar so‘rovi
Refleksiv	o‘z amaliyotini tahlil qilish; qiyinchiliklar sabablarini aniqlash; kasbiy rivojlanishni rejalashtirish	refleksiv kundalik va portfolio sifati; o‘z-o‘zini baholash va tashqi baho o‘rtasidagi muvofiqlik

Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Profilaktik kompetensiyaning komponentlari bir-birini to‘ldiradi va faqat birgalikda to‘laqonli kasbiy faoliyatni ta’minlaydi. Masalan, SCORE2 shkalasini mukammal biladigan (kognitiv komponent) va uni to‘g‘ri qo‘llaydigan (operatsion komponent), biroq natijani bemorga tushunarli yetkaza olmaydigan (kommunikativ komponent) shifokor bemorning xulq-atvoriga ta’sir ko‘rsata olmaydi. Shu sababli

kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish barcha komponentlarni muvozanatli rivojlantirishga qaratilishi lozim.

Profilaktik kompetensiyaning rivojlanish darajasini tavsiflashda J. Miller tomonidan taklif etilgan klinik kompetensiyani baholash piramidasi muhim metodologik vosita hisoblanadi [75]. Piramida to‘rt darajani ajratadi: “biladi” (knows), “qanday qilishni biladi” (knows how), “ko‘rsatib bera oladi” (shows how) va “amalda bajaradi” (does). An’anaviy ta’lim ko‘pincha dastlabki ikki daraja bilan cheklanadi; profilaktik kompetensiya esa uchinchi va to‘rtinchi darajalarda – simulyatsion sharoitda va real amaliyotda namoyon bo‘lishi lozim. Bu g‘oya O. ten Keyt tomonidan taklif etilgan “ishonib topshiriladigan kasbiy faoliyat” (entrustable professional activities) konsepsiyasida yanada rivojlantirilgan bo‘lib, unga ko‘ra ta’lim natijasi o‘quvchiga muayyan kasbiy vazifani mustaqil bajarishni ishonib topshirish mumkinligi bilan belgilanadi [100]. Shu nuqtayi nazardan “bemorda xavf omillarini baholash va qisqa profilaktik aralashuv o‘tkazish”ni umumiy amaliyot shifokori uchun alohida ishonib topshiriladigan kasbiy faoliyat sifatida ajratish maqsadga muvofiq.

4.2. Shifokorlarni profilaktik faoliyatga tayyorlashning xorijiy tajribasi

Xalqaro miqyosda shifokorlarni tayyorlashning yetakchi kompetensiyaviy modellari profilaktika va salomatlikni mustahkamlashni bitiruvchi kompetensiyalarining majburiy tarkibiy qismi sifatida belgilaydi (4.2-jadval).

Kanada (CanMEDS). Kanada Qirollik shifokorlar va jarrohlar kollejining CanMEDS modeli shifokorning yettita rolini ajratadi: tibbiy ekspert, kommunikator, hamkor, yetakchi, salomatlik himoyachisi (Health Advocate), olim va professional [45]. “Salomatlik himoyachisi” roli shifokordan alohida bemor va jamoalar salomatligini mustahkamlash, salomatlik determinantlarini aniqlash va ularga ta’sir ko‘rsatish, bemorlarga sog‘lom xulq-atvorni shakllantirishda yordam berishni talab etadi. Rolning “kommunikator” bilan uyg‘unligi profilaktik maslahatning kommunikativ tabiatini aks ettiradi.

Buyuk Britaniya. Buyuk Britaniya Bosh tibbiyot kengashining “Bitiruvchilar uchun natijalar” (Outcomes for graduates) hujjatida “salomatlikni mustahkamlash va kasalliklar profilaktikasi” alohida bo‘lim sifatida ajratilgan: bitiruvchi aholi salomatligi determinantlarini tushunishi, xavf omillarini baholashi, skrining tamoyillarini qo‘llashi va bemorlarga xulq-atvorni o‘zgartirishda yordam berishi lozim [48]. “Har bir kontaktdan foydalanish” konsepsiyasi esa bu talablarni amaliyotda barcha tibbiyot xodimlari uchun kundalik standartga aylantiradi [87].

AQSh. Bitiruvdan keyingi tibbiy ta’limni akkreditatsiya qilish kengashi (ACGME) oltita asosiy kompetensiyani belgilagan: bemor parvarishi, tibbiy bilimlar, amaliyot asosida o‘qish va takomillashish, shaxslararo va kommunikativ ko‘nikmalar, professionalizm hamda tizimga asoslangan amaliyot [99]. Profilaktika ushbu kompetensiyalarga, xususan bemor parvarishi va tizimga asoslangan amaliyotga integratsiyalangan; amaliyot asosida o‘qish kompetensiyasi esa shifokordan o‘z profilaktik faoliyati ko‘rsatkichlarini tahlil qilish va takomillashtirishni talab etadi.

Xalqaro standartlar. Butunjahon tibbiy ta’lim federatsiyasining (WFME) bazaviy tibbiy ta’lim standartlari o‘quv dasturida xulq-atvor va ijtimoiy fanlar, jamoat salomatligi hamda profilaktik tibbiyotning o‘rin olishini talab etadi [110]. “Lancet” jurnalining XXI asr sog‘liqni saqlash mutaxassislarini tayyorlash bo‘yicha komissiyasi esa kompetensiyaga asoslangan, aholi salomatligi ehtiyojlariga yo‘naltirilgan “transformativ ta’lim”ga o‘tish zarurligini asoslagan [46].

Rossiya Federatsiyasi. “Davolash ishi” mutaxassisligi bo‘yicha oliy ta’limning federal davlat ta’lim standartida umumkasbiy kompetensiyalardan biri sifatida profilaktika, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish va aholining sanitariya-gigiyenik ma’rifati bo‘yicha tadbirlarni o‘tkazish va ularning samaradorligini nazorat qilish qobiliyati belgilangan [16]. Amaliyotda tibbiy profilaktika markazlari va bo‘limlari, salomatlik maktablari hamda profilaktik ko‘riklar va dispanserizatsiya doirasidagi chuqurlashtirilgan profilaktik maslahat tizimi rivojlangan [14].

Finlyandiya. “Shimoliy Kareliya” loyihasi va diabetning oldini olish bo‘yicha tadqiqot (DPS) tajribasi profilaktikada BTSY shifokorlari va

hamshiralarining yetakchi rolini hamda ularni maxsus tayyorlash zarurligini ko‘rsatdi [88, 101].

4.2-jadval

Xorijiy kompetensiyaviy modellarda profilaktika va salomatlikni mustahkamlash

Model / hujjat	Profilaktikaga oid asosiy talablar	O‘zbekiston uchun ahamiyati
CanMEDS 2015, Kanada [45]	“salomatlik himoyachisi” roli: bemor va jamoa salomatligini mustahkamlash, determinantlarga ta’sir	profilaktikani alohida kasbiy rol sifatida belgilash
Outcomes for graduates, Buyuk Britaniya [48]	“salomatlikni mustahkamlash va kasalliklar profilaktikasi” bo‘limi	bitiruvchi natijalarida profilaktikani aniq ifodalash
ACGME kompetensiyalari, AQSh [99]	profilaktikaning bemor parvarishi va tizimli amaliyotga integratsiyasi; amaliyot asosida takomillashish	amaliyot auditi va qayta aloqa mexanizmlari
WFME standartlari, 2020 [110]	xulq-atvor va ijtimoiy fanlar, jamoat salomatligi, profilaktik tibbiyot	xalqaro akkreditatsiyaga tayyorgarlik (PF-191)
FGOS 3++, Rossiya [16]	profilaktika va STT ni shakllantirish bo‘yicha umumkasbiy kompetensiya	milliy malaka talablariga aniq kompetensiyani kiritish
Lancet komissiyasi [46]	transformativ, kompetensiyaga asoslangan ta’lim	ta’lim islohotlarining konseptual asosi
MECC, Angliya [87]	har bir tibbiy kontaktda qisqa profilaktik suhbat	BTSY da qisqa aralashuvlarni standartlashtirish

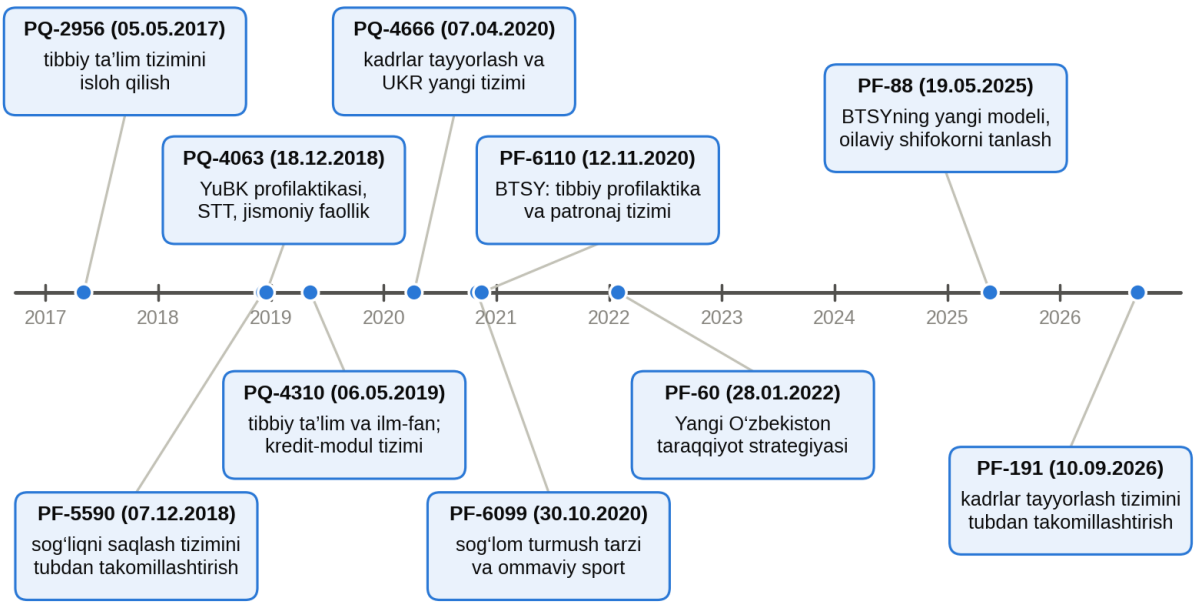
Manba: jadvalda ko‘rsatilgan manbalar asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Xorijiy tajribada shifokorning shaxsiy salomatlik odatlariga ham alohida e’tibor qaratiladi. Tadqiqotlar sog‘lom turmush tarziga amal qiluvchi shifokorlar bemorlarga tegishli profilaktik maslahatlarni ko‘proq berishini va ularning maslahatlari bemorlar tomonidan ishonarliroq qabul qilinishini ko‘rsatgan [44, 81]. Shu bois bir qator mamlakatlarda talabalar va shifokorlar salomatligini mustahkamlash dasturlari profilaktik kompetensiyani shakllantirishning bir qismi sifatida qaraladi.

Xorijiy tajriba tahlili quyidagi umumiy qonuniyatlarni aniqlash imkonini beradi: 1) profilaktika bitiruvchi kompetensiyalarida aniq ifodalangan; 2) profilaktik kompetensiya kommunikativ kompetensiya bilan uzviy bog‘langan; 3) o‘qitishda simulyatsion texnologiyalar va real amaliyot ustuvor; 4) baholash Miller piramidasining yuqori darajalariga (OSCE, ish joyida baholash) yo‘naltirilgan; 5) diplomdan keyingi bosqichda uzluksiz kasbiy rivojlanish va amaliyot auditi orqali kompetensiya qo‘llab-quvvatlanadi.

4.3. O‘zbekistonda tibbiy ta’lim va profilaktikaning me’yoriy-huquqiy asoslari

O‘zbekistonda so‘nggi o‘n yillikda sog‘liqni saqlash va tibbiy ta’limni isloh qilishga qaratilgan izchil me’yoriy-huquqiy baza shakllandi (4.2-rasm, 4.3-jadval). Uning tahlili profilaktik kompetensiyani rivojlantirish uchun yaratilgan imkoniyatlar va hali to‘liq hal etilmagan masalalarni aniqlash imkonini beradi.



4.2-rasm. Tibbiy ta’lim va profilaktikani rivojlantirishga oid asosiy me’yoriy-huquqiy hujjatlar (2017–2026-yillar)

Manba: [142] ma’lumotlari asosida muallif tomonidan tuzilgan.

4.3-jadval

Tibbiy ta’lim va profilaktikaga oid asosiy me’yoriy-huquqiy hujjatlar tahlili

Hujjat	Profilaktik kompetensiyaga oid asosiy qoidalar
PQ-2956, 05.05.2017	tibbiy ta’lim tizimini isloh qilish, o‘quv dasturlarini takomillashtirish
PF-5590, 07.12.2018	sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish; malaka oshirishning ballarga asoslangan (jamg‘ariladigan), muammoga yo‘naltirilgan modulli va masofaviy dasturlarini joriy etish
PQ-4063, 18.12.2018	YuBK profilaktikasi, STT ni qo‘llab-quvvatlash va jismoniy faollikni oshirish konsepsiyasi; bemorlarning xavf omillari bo‘yicha salomatlik profilini yuritish
PQ-4310, 06.05.2019	tibbiy ta’lim va uzluksiz kasbiy ta’limga kredit-modul tizimini joriy etish; ta’lim, fan va amaliyot integratsiyasi
PQ-4666, 07.04.2020	uzluksiz kasbiy rivojlanishning yangi tizimi va kreditlar hajmi; shifokorlarni har 5 yilda attestatsiyadan o‘tkazish; jamoat salomatligi texnikumlarida valeologiya, nutritsiologiya va boshqa fanlarni chuqurlashtirib o‘qitish

Hujjat	Profilaktik kompetensiyaga oid asosiy qoidalar
PF-6099, 30.10.2020	STT ni keng tatbiq etish va ommaviy sportni rivojlantirish
PF-6110, 12.11.2020	BTSY da tibbiy profilaktika va patronajning yangi tizimi; umumiy amaliyot shifokorini oilaviy shifokor deb qayta nomlash; fan dasturlarini oilaviy shifokor tayyorlashga moslashtirish; reyting tizimi
PF-60, 28.01.2022	2022–2026-yillarga mo‘ljallangan taraqqiyot strategiyasi, jumladan sog‘liqni saqlash va aholi salomatligi yo‘nalishlari
PF-88, 19.05.2025	BTSY ning yangi modeli: oilaviy shifokorni erkin tanlash, oilaviy shifokor ulushini 70% ga yetkazish, tajriba-sinov hududlari
PF-191, 10.09.2026	kompetensiyaga asoslangan o‘qitishning xalqaro standartlari; “5+1” umumiy tibbiyot bakalavriati; oilaviy tibbiyot rezidenturasi; OSCE va simulyatsion ta’lim; UKR kreditlari hajmi

Manba: [2, 4–12].

Profilaktika bo‘yicha davlat siyosatining konseptual asosi PQ-4063-son qaror bilan tasdiqlangan YuBK profilaktikasi, STT ni qo‘llab-quvvatlash va aholining jismoniy faolligini oshirish konsepsiyasi bo‘ldi [10]. Unda xavf omillarini kamaytirishga qaratilgan sektorlararo chora-tadbirlar bilan bir qatorda BTSY muassasalarida bemorlarning xavf omillari bo‘yicha salomatlik profillarini yuritish vazifasi ham belgilangan. PF-6110-son Farmon esa BTSY faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni – tibbiy profilaktika va patronajning mahalla va xonadonlar darajasigacha qamrab oluvchi tizimini joriy etdi, umumiy amaliyot shifokorini oilaviy shifokor deb qayta nomladi va tibbiyot oliy ta’lim muassasalarida fan dasturlarini oilaviy shifokor tayyorlashga moslashtirishni belgiladi [5].

PF-88-son Farmon bilan BTSY ning ilg‘or xorijiy tajribaga asoslangan yangi modeli joriy etilmoqda: aholiga oilaviy shifokorni erkin tanlash huquqi beriladi, tibbiy yordam ko‘rsatishda oilaviy shifokor ulushini 70% ga yetkazish maqsad qilib qo‘yilgan; yangi model 2025-yil 1-iyuldan belgilangan tuman (shahar)larda, 2026-yil 1-yanvardan esa Samarqand viloyatining barcha tuman (shahar)larida tajriba-sinov tariqasida joriy etilmoqda [7].

Tibbiy kadrlar tayyorlash tizimi uchun eng muhim hujjat – PF-191-son Farmon bo‘lib, u 2026-yil 16-sentabrdan kuchga kirdi [8]. Farmonda sog‘liqni saqlash sohasida kadrlar tayyorlash, qayta tayyorlash va malakasini oshirish tizimiga kasbiy ko‘nikma va kompetensiyalarga asoslangan o‘qitishning xalqaro standartlarini joriy etish, tibbiy ta’limning JSST va Butunjahon tibbiy ta’lim

federatsiyasi standartlariga muvofiqligini ta’minlash asosiy maqsadlar sifatida belgilangan. Farmonga muvofiq:

– 2027/2028 o‘quv yilidan boshlab davolash ishi bakalavriati negizida “5+1” shaklidagi (bitiruvchi kursda bir yil to‘liq amaliyot) 6 yillik umumiy tibbiyot bakalavriat ta’lim yo‘nalishi joriy etiladi, uning bitiruvchilari umumiy amaliyot shifokori kvalifikatsiyasini olib, oilaviy shifokor lavozimida faoliyat yuritishi mumkin bo‘ladi;

– 2026/2027 o‘quv yilidan boshlab oilaviy tibbiyot yo‘nalishi bo‘yicha rezidentura tashkil etiladi, uning talabalari tibbiyot oliy ta’lim tashkilotlariga biriktiriladigan oilaviy poliklinikalarda bir vaqtning o‘zida ta’lim oladi va amaliyot bilan shug‘ullanadi;

– 2026/2027 o‘quv yilidan boshlab o‘quv modullari va davlat imtihonlarida shifokor mutaxassisliklari uchun minimal o‘tish bali eng yuqori ballning 70% i etib belgilanadi;

– chora-tadbirlar rejasida “bemor yonida” formatida kunlik o‘qitishning eng kam miqdorini ikki akademik soat etib belgilash, “bir talaba – bir bemor” shaklida haftasiga kamida uch marta bemor bilan ishlash, aholi orasida ko‘p uchraydigan va o‘lim xavfi yuqori bo‘lgan kasalliklar bo‘yicha kredit soatlarini ko‘paytirish, dalillarga asoslangan tibbiyot uslubiyotini va simulyatsion markazlarda amaliy ko‘nikmalarni o‘zlashtirishni majburiy tarzda joriy etish nazarda tutilgan [8].

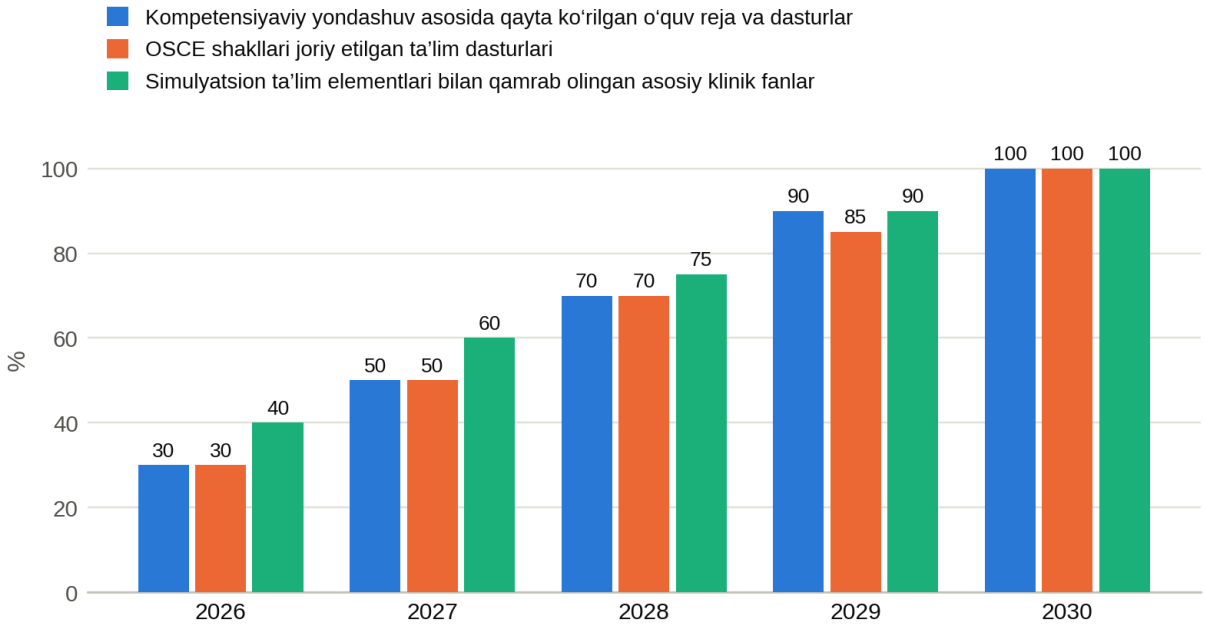
Farmon bilan 2026–2030-yillar uchun tibbiy va farmatsevtika ta’limini takomillashtirishning maqsadli ko‘rsatkichlari tasdiqlangan; ularning profilaktik kompetensiyani rivojlantirish bilan bevosita bog‘liq bo‘lganlari 4.4-jadvalda va 4.3-rasmda keltirilgan.

4.4-jadval

Tibbiy ta’lim tizimini takomillashtirishning ayrim maqsadli ko‘rsatkichlari (2026–2030-yillar)

Ko‘rsatkich	2026	2027	2028	2029	2030
Kompetensiyaviy yondashuv asosida qayta ko‘rib chiqilgan bakalavriat o‘quv reja va dasturlari, %	30	50	70	90	100
Klinik protokollar, standartlar va dalillarga asoslangan tibbiyot integratsiya qilingan o‘quv dasturlari, %	50	70	85	95	100
Amaliy ko‘nikmalarni baholashning OSCE shakllari joriy etilgan ta’lim dasturlari, %	30	50	70	85	100
Simulyatsion ta’lim elementlari bilan qamrab olingan asosiy klinik fanlar, %	40	60	75	90	100
Raqamli ta’lim platformalari orqali o‘qitiladigan fanlar, %	35	50	65	80	90
Zamonaviy pedagogik texnologiyalar, simulyatsion va raqamli ta’lim bo‘yicha malaka oshirgan professor-o‘qituvchilar, nafar	1 000	1 500	2 000	2 500	3 000
Amaliy ko‘nikmalar bo‘yicha yagona minimal kompetensiyalar ro‘yxati asosida baholanadigan bitiruvchilar, %	30	50	70	90	100
Uzluksiz kasbiy ta’lim dasturlarini elektron reyestr orqali ro‘yxatga olish, %	40	60	80	90	100
Ilmiy-tadqiqot faoliyatiga jalb etilgan talabalar, %	15	20	25	30	35

Manba: [8] (3-ilova).



4.3-rasm. PF-191-son Farmon bo‘yicha tibbiy ta’limni takomillashtirishning ayrim maqsadli ko‘rsatkichlari, 2026–2030-yillar (%)

Manba: [8] (3-ilova) ma’lumotlari asosida tuzilgan.

Uzluksiz kasbiy rivojlanish tizimining asosi PQ-4666-son qaror bilan yaratilgan bo‘lib, unda shifokorlar uchun har 5 yilda malaka toifasini olish bo‘yicha majburiy attestatsiya va uzluksiz kasbiy tibbiy ta’limda to‘planadigan kreditlar hajmi belgilangan [12]. PF-191-son Farmon bilan kreditlar hajmi yangi tahrirda bayon etildi (4.5-jadval) va Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Uzluksiz kasbiy rivojlanish markazi tibbiyot xodimlarini qayta tayyorlash va malakasini oshirish tashkilotlari hamda ta’lim dasturlarini tashqi sifat nazorati va akkreditatsiyadan o‘tkazuvchi vakolatli organ sifatida belgilandi [8].

4.5-jadval

Uzluksiz kasbiy tibbiy ta’limda to‘planadigan kreditlar hajmi

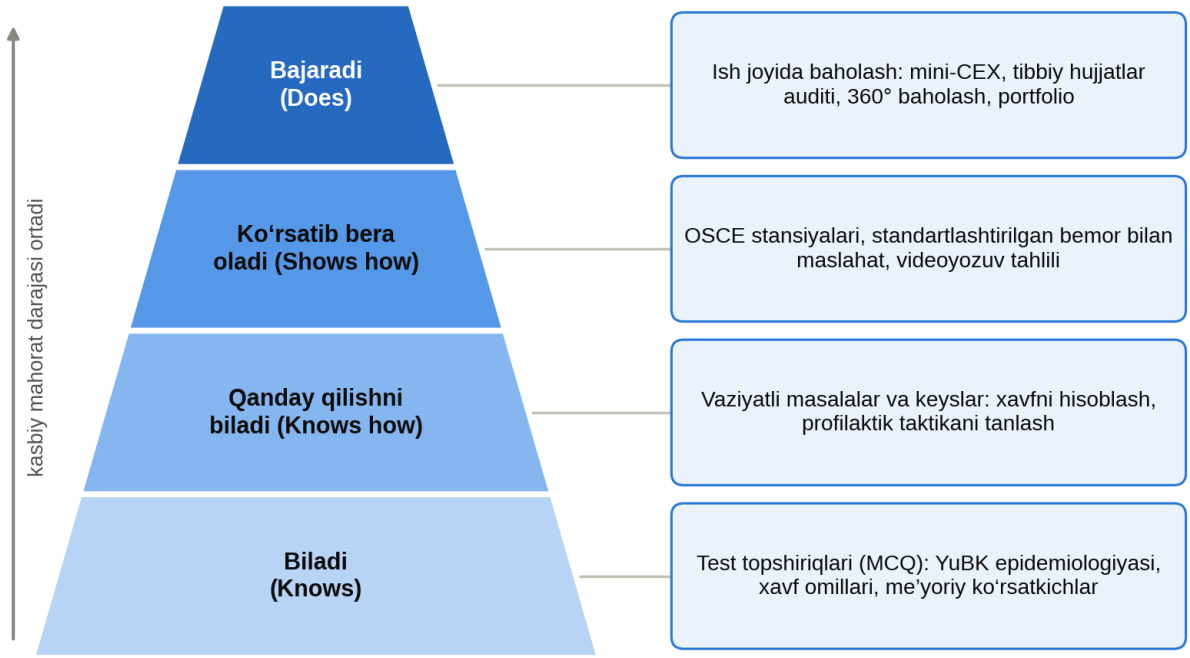
Ta’lim oluvchilar kontingenti	Kreditlarning jami hajmi	Shundan, bir yilda kamida
Oliy ma’lumotli tibbiyot xodimlari	250	50
O‘rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlari	140	28

Izoh: kreditlarning jami hajmi besh yil davomida to‘planadi. Davlat budjeti hisobidan BTSY, tuman (shahar) darajasidagi davlat tibbiyot tashkilotlari hamda shoshilinch va tez tibbiy yordam tizimida ishlovchi oliy ma’lumotli tibbiyot xodimlarining har yili 25 kredit, davlat tashkilotlaridagi o‘rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlarining esa har yili 28 kredit to‘plashi bilan bog‘liq xarajatlari qoplanadi. Manba: [12] (4-ilova, [8] tahririda).

Me’yoriy-huquqiy bazaning tahlili quyidagi xulosalarni chiqarish imkonini beradi. Birinchidan, davlat siyosati darajasida profilaktikaning ustuvorligi va BTSY ning, xususan oilaviy shifokorning markaziy roli aniq belgilangan. Ikkinchidan, PF-191-son Farmon kompetensiyaga asoslangan ta’lim, OSCE, simulyatsion ta’lim, dalillarga asoslangan tibbiyot va uzluksiz kasbiy rivojlanish uchun aniq maqsadli ko‘rsatkichlarni belgilab, profilaktik kompetensiyani rivojlantirishning institutsional asosini yaratdi. Uchinchidan, shu bilan birga, xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish bo‘yicha shifokor kompetensiyasining mazmuni, uni o‘qitishning namunaviy dasturlari va baholash vositalari hali yetarli darajada ishlab chiqilmagan. Kasbiy standartlar va milliy malaka ramkalarini ishlab chiqish, kompetensiyaga asoslangan o‘quv dasturlari va raqamli ta’lim resurslarini yaratish ham PF-191-son Farmonda keyingi yillarning vazifasi sifatida belgilangan [8]. Monografiyaning V va VI boblarida taklif etilayotgan model, modul dasturi va baholash metodikasi aynan shu bo‘shliqni to‘ldirishga qaratilgan.

4.4. Kasbiy tayyorgarlik holatini diagnostika qilish: yondashuvlar va tipik muammolar

Kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish uning dastlabki holatini obyektiv baholashdan boshlanadi. Profilaktik kompetensiyani diagnostika qilishda Miller piramidasining barcha darajalarini qamrab oluvchi vositalar majmuidan foydalanish zarur (4.4-rasm).



4.4-rasm. Klinik kompetensiyani baholashning Miller piramidasi va profilaktik tayyorgarlikni baholash vositalari

Manba: [75, 79] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Xalqaro tadqiqotlar shifokorlarning profilaktik faoliyatiga to‘sqinlik qiluvchi omillarni izchil aniqlagan (4.6-jadval). Ular orasida qabul vaqtining cheklanganligi, maslahat berish ko‘nikmalarining yetishmasligi, profilaktik aralashuvlar samaradorligiga ishonchning pastligi (“bemor baribir o‘zgarmaydi”), tashkiliy qo‘llab-quvvatlash va rag‘batlantirishning yetishmasligi alohida o‘rin tutadi [104]. Uzluksiz tibbiy ta’lim bo‘yicha tizimli sharhlar esa an’anaviy ma’ruza shaklidagi passiv tadbirlar shifokorlar amaliyotini deyarli o‘zgartirmasligini, interfaol va aralash shakldagi mashg‘ulotlar esa amaliyotga ijobiy ta’sir ko‘rsatishini ko‘rsatdi [33, 43].

4.6-jadval

Shifokorlarning profilaktik faoliyatiga to‘sqinlik qiluvchi omillar va ularni bartaraf etish yo‘llari

To‘siq	Bartaraf etish yo‘llari
Qabul vaqtining cheklanganligi	3–5 daqiqalik “5A” formati; o‘lchovlar va so‘rovnomalarni hamshiraga topshirish; elektron shablonlar
Maslahat berish ko‘nikmalarining yetishmasligi	simulyatsion treninglar, standartlashtirilgan bemor bilan mashg‘ulotlar, motivatsion suhbat kurslari
Aralashuvlar samaradorligiga ishonchning pastligi	dalillar bazasi bilan tanishtirish, muvaffaqiyatli holatlarni tahlil qilish, natijalar bo‘yicha qayta aloqa
Tashkiliy qo‘llab-quvvatlash va rag‘batlantirishning yetishmasligi	profilaktik ko‘rsatkichlarni reyting va rag‘batlantirish tizimiga kiritish; jamoaviy yondashuv
Aholining past motivatsiyasi va sog‘liq savodxonligi	risk-kommunikatsiya usullari, oddiy va tushunarli materiallar, mahalla bilan hamkorlik
Shifokorning o‘zidagi xavf omillari	xodimlar salomatligini mustahkamlash dasturlari; shaxsiy namunaning ahamiyatini anglash
Ta’lim bosqichlari o‘rtasida uzluksizlikning yo‘qligi	bakalavriat – rezidentura – UKR kontinuumi; yagona kompetensiyalar ro‘yxati

Manba: [5, 7, 33, 43, 44, 104] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Diagnostik tadqiqot dasturi maqsadli guruhlar (bitiruvchi kurs talabalari, rezidentlar, oilaviy shifokorlar), baholanadigan komponentlar va vositalarni aniq belgilashi lozim (4.7-jadval). Bunda so‘rovnomalar orqali olingan o‘z-o‘zini baholash natijalarini obyektiv usullar (test, OSCE, tibbiy hujjatlar auditi, bemorlar so‘rovi) bilan to‘ldirish muhim, chunki shifokorlarning o‘z ko‘nikmalarini o‘z-o‘zini baholashi ko‘pincha obyektiv baholar bilan mos kelmaydi.

4.7-jadval

Profilaktik tayyorgarlikni diagnostika qilish dasturi (namunaviy)

Maqsadli guruh / obyekt	Baholanadigan komponent	Vosita	Ko‘rsatkich
Bitiruvchi kurs talabalari	kognitiv, operatsion-faoliyatli, motivatsion-qadriyatli	test (40 savol), 2 ta OSCE stansiyasi, so‘rovnoma	to‘g‘ri javoblar ulushi, OSCE bali, munosabat indeksi
Rezidentlar va oilaviy shifokorlar	barcha komponentlar	test, standartlashtirilgan bemor bilan maslahatning audio/video yozuvi, MITI, o‘z-o‘zini baholash so‘rovnomasi	integral ko‘rsatkich (K), MITI global ballari
Ambulator tibbiy kartalar	amaliyotdagi xulq-atvor	tibbiy hujjatlar auditi (har bir shifokor uchun 30–50 ta karta)	xavf omillari qayd etilgan kartalar ulushi, umumiy xavf hisoblangan kartalar ulushi
Bemorlar	profilaktik maslahat sifati	qabuldan keyingi qisqa so‘rov	“5A” elementlari bajarilgan qabullar ulushi

Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Farg‘ona viloyati sharoitida bunday diagnostik tadqiqotni Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti bitiruvchi kurs talabalari, oilaviy tibbiyot rezidentlari va tajriba-sinov tumanlaridagi oilaviy shifokorlar ishtirokida o‘tkazish maqsadga muvofiq. Tadqiqot natijalari profilaktik kompetensiyaning har bir komponenti bo‘yicha “boshlang‘ich nuqta”ni aniqlash va o‘quv dasturlariga aniq tuzatishlar kiritish uchun asos bo‘ladi.

Adabiyotlar tahlili va xorijiy tajriba asosida shifokorlarning profilaktik tayyorgarligidagi tipik muammolarni quyidagicha umumlashtirish mumkin: kognitiv komponentning boshqa komponentlarga nisbatan ustunligi (“bilaman, lekin qilmayman”); maslahatning axborot berish bilan cheklanishi va bemorning tayyorlik bosqichi hisobga olinmasligi; umumiy xavf shkalalaridan tizimli foydalanilmasligi; natijalarni hujjatlashtirish va kuzatuvning yetarli emasligi; o‘z profilaktik faoliyatini refleksiv tahlil qilish ko‘nikmalarining sustligi [33, 104]. Ushbu muammolar kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish modelini ishlab chiqishda asosiy mo‘ljal bo‘lib xizmat qiladi.

IV bob bo‘yicha xulosalar

1. Shifokorning xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish sohasidagi kasbiy tayyorgarligi uning profilaktik kompetensiyasi orqali tavsiflanadi; u motivatsion-qadriyatli, kognitiv, operatsion-faoliyatli, kommunikativ va refleksiv komponentlardan iborat integrativ shaxsiy-kasbiy sifatdir.

2. Xorijiy kompetensiyaviy modellarda (CanMEDS, Outcomes for graduates, ACGME, WFME, FGOS) profilaktika bitiruvchi kompetensiyalarining majburiy qismi bo‘lib, kommunikativ kompetensiya bilan uzviy bog‘langan, simulyatsion va amaliy o‘qitish hamda Miller piramidasining yuqori darajalarida baholash orqali shakllantiriladi.

3. O‘zbekistonda profilaktika va tibbiy ta’limni isloh qilishning mustahkam me’yoriy-huquqiy bazasi shakllangan; PF-191-son Farmon kompetensiyaga asoslangan ta’lim, OSCE, simulyatsion ta’lim, oilaviy tibbiyot rezidenturasi va UKR uchun aniq maqsadli ko‘rsatkichlarni belgilab, profilaktik kompetensiyani rivojlantirishning institutsional asosini yaratdi.

4. Profilaktik kompetensiyaning mazmuni, namunaviy o‘quv dasturlari va baholash vositalarining yetarli darajada ishlab chiqilmaganligi hamda shifokorlar faoliyatidagi tipik to‘siqlar kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirishning ilmiy asoslangan modelini yaratish zarurligini ko‘rsatadi.

V BOB. SHIFOKOR KASBIY TAYYORGARLIGINI TAKOMILLASHTIRISH MODELI VA TEXNOLOGIYALARI

5.1. Kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirishning konseptual modeli

Oldingi boblarda o‘tkazilgan tahlil shifokorning xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirishga kasbiy tayyorgarligini takomillashtirish tizimli, ko‘p bosqichli va ko‘p komponentli yondashuvni talab etishini ko‘rsatdi. Pedagogik modellashtirish usuli ushbu jarayonning maqsadi, metodologik asoslari, mazmuni, texnologiyalari, natijalari va ularni ta’minlovchi shart-sharoitlarni yaxlit tizim sifatida tasvirlash imkonini beradi.

Modelning **metodologik asosini** quyidagi yondashuvlar tashkil etadi:

– **kompetensiyaviy yondashuv** – ta’lim natijalarini bitiruvchi kasbiy faoliyatda bajaradigan aniq vazifalar orqali belgilash va o‘quv jarayonini shu natijalarga yo‘naltirish [46, 52];

– **tizimli-faoliyatli yondashuv** – kasbiy tayyorgarlikni o‘zaro bog‘liq komponentlar tizimi sifatida qarash va kompetensiyani faoliyat jarayonida (simulyatsiya va real amaliyotda) shakllantirish;

– **andragogik yondashuv** – kattalarni o‘qitish tamoyillari: tajribaga tayanish, amaliy muammolarga yo‘naltirilganlik, o‘quv jarayonida mustaqillik va mas’uliyat [67];

– **kontekstli yondashuv** – o‘quv faoliyatini bo‘lajak kasbiy faoliyat kontekstiga maksimal yaqinlashtirish, akademik faoliyatdan kvaziprofessional (simulyatsiya) va o‘quv-kasbiy (real amaliyot) faoliyatga bosqichma-bosqich o‘tish [13];

– **dalillarga asoslangan tibbiyot** – profilaktik qarorlarni eng yaxshi ilmiy dalillar, klinik tajriba va bemorning qadriyatlarini birlashtirgan holda qabul qilish [93].

Model quyidagi **tamoyillarga** asoslanadi: uzluksizlik (bakalavriat – rezidentura – uzluksiz kasbiy rivojlanish), ta’lim, fan va amaliyot integratsiyasi, amaliyotga yo‘naltirilganlik, pasiyentga yo‘naltirilganlik, fanlararo integratsiya

(gigiyena, jamoat salomatligi, klinik fanlar, tibbiy psixologiya) va raqamlashtirish. O‘quv natijalari, o‘qitish usullari va baholash vositalarining o‘zaro muvofiqligini ta’minlovchi “konstruktiv muvofiqlashtirish” tamoyili ham modelning muhim talabi hisoblanadi [26].

Ishlab chiqilgan model (5.1-rasm) bir-biri bilan uzviy bog‘liq beshta blok va pedagogik shart-sharoitlardan iborat. Modelning boshlang‘ich nuqtasi – ijtimoiy buyurtma: YuBK va ularning xavf omillari yukining yuqoriligi, BTSY ni isloh qilish (PF-88) va kompetensiyaga asoslangan tibbiy ta’limga o‘tish (PF-191) talablari.

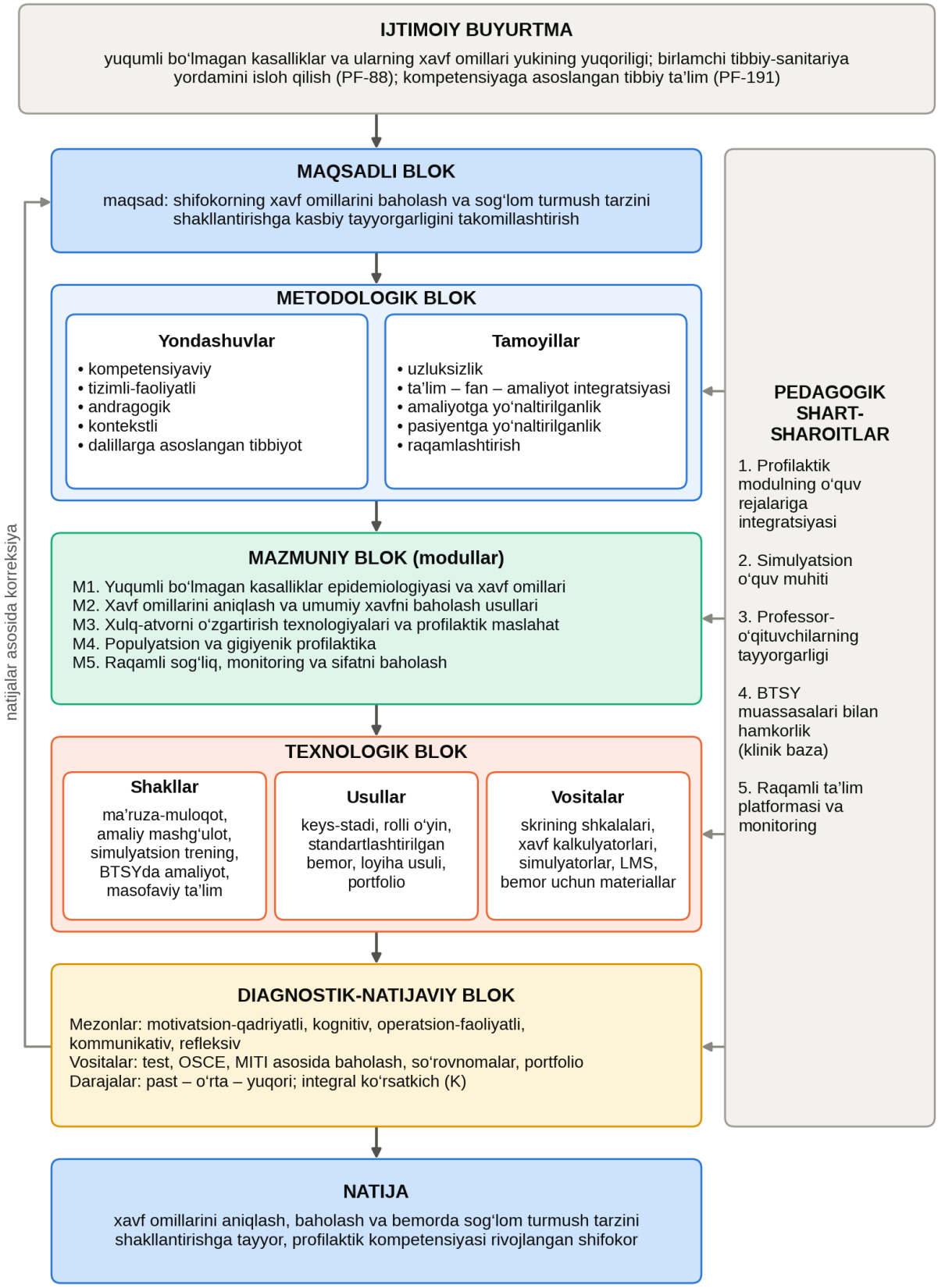
Modelning bloklari va ularning mazmuni 5.1-jadvalda tavsiflangan.

5.1-jadval

Kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish modelining tarkibiy bloklari

Blok	Mazmuni	Kutilayotgan natija
Maqsadli	ijtimoiy buyurtma asosida maqsadni belgilash: profilaktik kompetensiyani rivojlantirish; vazifalar va o‘quv natijalari	aniq, o‘lchanadigan o‘quv natijalari tizimi
Metodologik	kompetensiyaviy, tizimli-faoliyatli, andragogik, kontekstli yondashuvlar, dalillarga asoslangan tibbiyot; uzluksizlik, integratsiya, amaliyotga va pasiyentga yo‘naltirilganlik tamoyillari	o‘quv jarayonini loyihalashning ilmiy asoslari
Mazmuniy	M1–M5 modullari: epidemiologiya va xavf omillari; xavfni baholash; xulq-atvorni o‘zgartirish va maslahat; populyatsion va gigiyenik profilaktika; raqamli sog‘liq va monitoring	fanlararo integratsiyalashgan o‘quv mazmuni
Texnologik	shakllar (ma’ruza-muloqot, amaliy mashg‘ulot, simulyatsion trening, BTSY da amaliyot, masofaviy ta’lim), usullar (keys, rolli o‘yin, standartlashtirilgan bemor, loyiha, portfolio), vositalar	kompetensiyaning faoliyatda shakllanishi
Diagnostik-natijaviy	mezonlar, ko‘rsatkichlar, darajalar, integral ko‘rsatkich; test, OSCE, MITI, so‘rovnomalar, portfolio	kompetensiya darajasini obyektiv baholash va korreksiya
Pedagogik shart-sharoitlar	o‘quv rejasiga integratsiya; simulyatsion muhit; o‘qituvchilar tayyorgarligi; BTSY bilan hamkorlik; raqamli platforma	modelning samarali ishlashi uchun zarur muhit

Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.



5.1-rasm. Shifokorning xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirishga kasbiy tayyorgarligini takomillashtirish modeli

Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Pedagogik shart-sharoitlar modelning samarali ishlashini ta’minlovchi omillar bo‘lib, ular quyidagilardan iborat:

1) profilaktik modulning o‘quv rejalariga integratsiyasi – modul alohida “qo‘shimcha” fan sifatida emas, balki gigiyena, jamoat salomatligi, ichki kasalliklar va oilaviy tibbiyot fanlari bilan vertikal va gorizontal integratsiyalangan holda amalga oshiriladi;

2) simulyatsion o‘quv muhiti – standartlashtirilgan bemor bilan ishlash uchun jihozlangan xonalar, videoyozuv tizimi, antropometriya va AB o‘lchash uchun jihozlar, xavf kalkulyatorlari;

3) professor-o‘qituvchilarning tayyorgarligi – o‘qituvchilar motivatsion suhbat, simulyatsion ta’lim metodikasi (brifing va debrifing) va OSCE ni tashkil etish bo‘yicha maxsus tayyorgarlikdan o‘tadi; PF-191-son Farmonda ham har yili 1000–3000 nafar professor-o‘qituvchining zamonaviy pedagogik, simulyatsion va raqamli texnologiyalar bo‘yicha malaka oshirishi belgilangan [8];

4) BTSY muassasalari bilan hamkorlik – oilaviy poliklinikalar klinik baza sifatida talabalar va rezidentlarga real bemorlar bilan profilaktik ishlash imkonini beradi; PF-191-son Farmonga muvofiq oilaviy tibbiyot rezidentlari tibbiyot oliy ta’lim tashkilotlariga biriktiriladigan oilaviy poliklinikalarda tayyorlanadi [8];

5) raqamli ta’lim platformasi va monitoring – nazariy materiallar, testlar, videomisollar va portfolio uchun LMS, o‘quv natijalarini monitoring qilish tizimi.

Modelning muhim xususiyati – uning yopiq sikl ko‘rinishida qurilganligi: diagnostik-natijaviy blok natijalari maqsad va mazmunni korreksiya qilish uchun qayta aloqa bo‘lib xizmat qiladi. Bu model o‘quv jarayonining sifatini doimiy takomillashtirish imkonini beradi.

5.2. Ta’lim mazmuni: “Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” moduli

Modelning mazmuniy blokini amalga oshirish uchun “Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” o‘quv moduli ishlab chiqildi. Modul umumiy tibbiyot (davolash ishi) bakalavriatining yuqori kurslari hamda

oilaviy tibbiyot rezidenturasi uchun mo‘ljallangan bo‘lib, uning hajmi 6 kreditni (180 akademik soat) tashkil etadi. Modul talabalar gigiyena, jamoat salomatligi, propedevtika va ichki kasalliklar asoslarini o‘zlashtirgandan so‘ng o‘qitiladi va “Oilaviy tibbiyot” fani bilan integratsiyalanadi.

Modulning o‘quv-mavzu rejasi 5.2-jadvalda keltirilgan. Auditoriya soatlarining yarmidan ko‘prog‘i amaliy va simulyatsion mashg‘ulotlarga ajratilgan bo‘lib, bu PF-191-son Farmonda belgilangan amaliyotga yo‘naltirilganlik talablariga mos keladi.

5.2-jadval

“Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” modulining o‘quv-mavzu rejasi

№	Mavzu	Ma’ruza	Amaliy	Simul.	Mustaqil
M1. YuBK epidemiologiyasi va xavf omillari					
1	YuBK ning global va milliy yuki; xavf omillari tasnifi va o‘zaro ta’siri	2	2	–	6
2	Xavfning epidemiologik ko‘rsatkichlari (NX, AX, PAF); profilaktika strategiyalari	2	4	–	6
M2. Xavf omillarini aniqlash va baholash					
3	Skrining tamoyillari; antropometriya va AB o‘lchash standarti	1	4	4	6
4	Alohida xavf omillarini baholash vositalari (FTND, AUDIT, GPAQ, FINDRISC)	1	4	2	8
5	Umumiy yurak-qon tomir xavfini baholash (SCORE2, JSST jadvallari) va risk-kommunikatsiya	2	4	2	8
M3. Xulq-atvorni o‘zgartirish va profilaktik maslahat					
6	Xulq-atvor o‘zgarishi nazariyalari	2	2	–	6
7	Qisqa profilaktik aralashuvlar: “5A” va “5R” modellari	1	4	6	8
8	Motivatsion suhbat asoslari	2	4	8	10
9	Asosiy xavf omillari bo‘yicha maslahat mazmuni (tamaki, alkogol, ovqatlanish, jismoniy faollik, vazn)	2	6	4	10
M4. Populyatsion va gigiyenik profilaktika					
10	Salomatlik maktablari; mahalla, ta’lim muassasalari va ish joyida profilaktika; gigiyenik xavfni baholash	2	4	–	8
M5. Raqamli sog‘liq va monitoring					
11	Raqamli vositalar, elektron tibbiy karta, profilaktik faoliyat ko‘rsatkichlari	1	2	–	6

№	Mavzu	Ma’ruza	Amaliy	Simul.	Mustaqil
12	Yakuniy baholash: OSCE va portfolio himoyasi	–	2	4	8
	Jami (180 soat)	**18**	**42**	**30**	**90**

Izoh: 1 kredit = 30 akademik soat; jami 6 kredit. Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Modulning o‘quv natijalari B. Blum taksonomiyasining qayta ko‘rib chiqilgan varianti asosida shakllantirilgan bo‘lib, ular “tushunish” darajasidan “yaratish” va “baholash” darajalarigacha bo‘lgan kognitiv jarayonlarni qamrab oladi [19, 27]. Har bir o‘quv natijasi uchun uni baholash vositasi aniq belgilangan (5.3-jadval).

5.3-jadval

Modulning o‘quv natijalari va ularni baholash vositalari

№	O‘quv natijasi: modulni muvaffaqiyatli o‘zlashtirgan o‘quvchi...	Taksonomiya darajasi	Baholash vositasi
ON1	YuBK va xavf omillarining epidemiologik ko‘rsatkichlarini tushuntiradi va talqin qiladi	tushunish	test
ON2	xavf omillari skriningini, antropometriya va AB o‘lchashni standart bo‘yicha bajaradi	qo‘llash	OSCE
ON3	SCORE2 yoki JSST jadvallari bo‘yicha umumiy xavfni hisoblaydi va natijani bemorga tushuntiradi	qo‘llash, tahlil	vaziyatli masala, OSCE
ON4	bemorning o‘zgarishga tayyorlik bosqichini aniqlaydi va mos strategiyani tanlaydi	tahlil	standartlashtirilgan bemor
ON5	“5A” modeli asosida 5–8 daqiqalik qisqa profilaktik maslahat o‘tkazadi	qo‘llash	OSCE baholash varaqasi
ON6	motivatsion suhbat texnikalarini qo‘llaydi	qo‘llash	MITI asosida baholash
ON7	guruh uchun profilaktik mashg‘ulot (salomatlik maktabi) dasturini ishlab chiqadi	yaratish	loyiha
ON8	o‘z profilaktik amaliyotini tahlil qiladi va rivojlanish rejasini tuzadi	baholash	portfolio, refleksiv kundalik

Manba: [19, 26] asosida muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

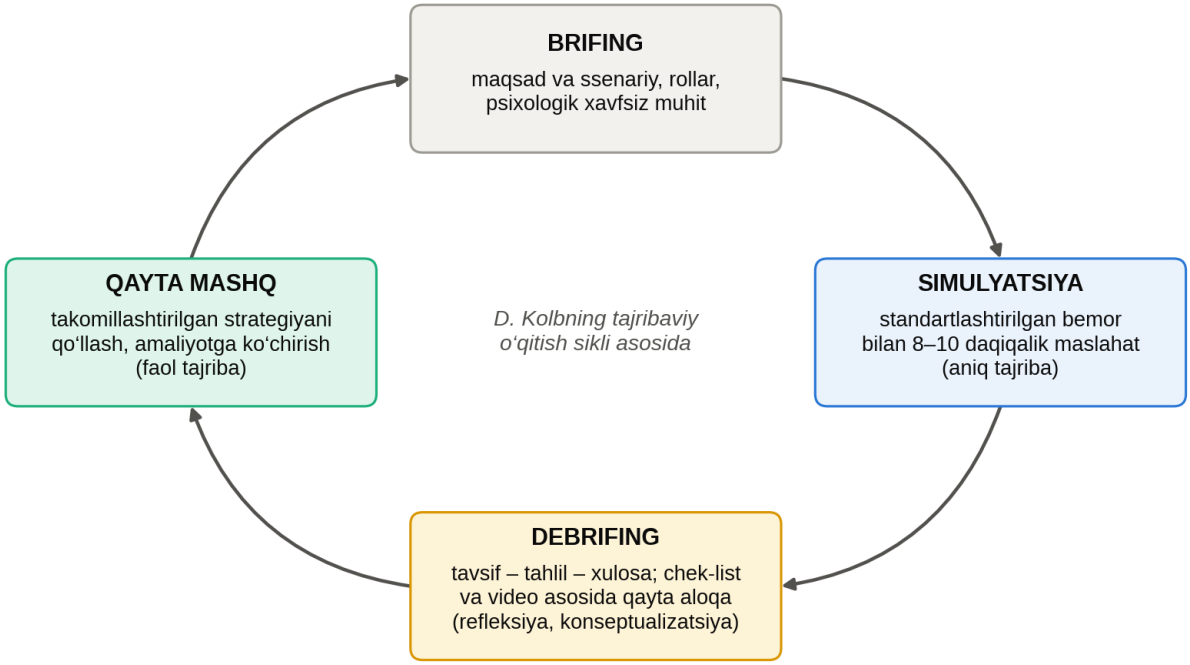
Modul bo‘yicha baholash tizimi formativ (joriy) va summativ (yakuniy) baholashni o‘z ichiga oladi. Formativ baholash har bir amaliy va simulyatsion mashg‘ulotda qayta aloqa berish orqali amalga oshiriladi; summativ baholash esa test (30%), OSCE (50%) va portfolio himoyasi (20%) natijalari asosida o‘tkaziladi. OSCE bo‘yicha o‘tish bali PF-191-son Farmonda shifokor mutaxassisliklari uchun belgilangan talabga muvofiq eng yuqori ballning 70% i etib belgilanadi [8].

5.3. Interfaol va simulyatsion o‘qitish texnologiyalari

Profilaktik kompetensiyaning operatsion va kommunikativ komponentlarini faqat ma’ruza va seminarlar orqali shakllantirib bo‘lmaydi: ular amaliy mashq qilish, qayta aloqa olish va takrorlash orqali rivojlanadi. Tibbiy ta’limda simulyatsion texnologiyalarning samaradorligi tizimli sharhlarda isbotlangan bo‘lib, samarali simulyatsiyaning asosiy xususiyatlari sifatida qayta aloqa, takroriy mashq, o‘quv dasturiga integratsiya, qiyinchilik darajasining bosqichma-bosqich oshishi va aniq o‘quv natijalari ajratilgan [59].

Profilaktik maslahat ko‘nikmalarini o‘rgatishda **standartlashtirilgan bemor** texnologiyasi alohida o‘rin tutadi. Standartlashtirilgan bemor – maxsus tayyorlangan aktyor yoki ko‘ngilli bo‘lib, u muayyan ssenariy bo‘yicha real bemor rolini izchil ijro etadi va mashg‘ulotdan so‘ng o‘quvchiga bemor nuqtayi nazaridan qayta aloqa beradi. Bu texnologiya real bemorga zarar yetkazish xavfisiz qiyin muloqot vaziyatlarini (masalan, o‘zgarishga tayyor bo‘lmagan, qarshilik ko‘rsatuvchi bemor) mashq qilish imkonini beradi. Standartlashtirilgan bemor ssenariysi namunasi 3-ilovada keltirilgan.

Simulyatsion mashg‘ulot uch bosqichdan iborat: brifing, simulyatsiya va debrifing (5.2-rasm). Bu tuzilma D. Kolbning tajribaviy o‘qitish sikliga asoslanadi: aniq tajriba (simulyatsiya), refleksiv kuzatish va abstrakt konseptualizatsiya (debrifing), faol tajriba (qayta mashq va amaliyotga ko‘chirish) [68]. Debrifing simulyatsion ta’limning eng muhim qismi hisoblanadi: unda o‘quvchi o‘z harakatlarini tavsiflaydi, o‘qituvchi va guruh bilan birgalikda tahlil qiladi hamda keyingi amaliyot uchun aniq xulosalar chiqaradi.



5.2-rasm. Profilaktik maslahat bo‘yicha simulyatsion mashg‘ulotning tuzilishi

Manba: [59, 68] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Simulyatsiyadan tashqari, modulda boshqa interfaol usullar ham qo‘llaniladi (5.4-jadval). Muammoli va keysga asoslangan o‘qitish klinik fikrlashni rivojlantiradi [24]; rolli o‘yinlar (“shifokor – bemor – kuzatuvchi” uchliklari) kommunikativ ko‘nikmalarni guruhda mashq qilish imkonini beradi; o‘z maslahatining videoyozuvini tahlil qilish refleksiyani kuchaytiradi; loyiha usuli esa talabalarni mahalla yoki ta’lim muassasasida real profilaktik tadbirni rejalashtirish va o‘tkazishga jalb qiladi.

5.4-jadval

Profilaktik kompetensiyani rivojlantirishda qo‘llaniladigan interfaol va simulyatsion usullar

Usul	Maqsadi	Tashkil etish	Baholash
Keys-stadi (vaziyatli tahlil)	klinik fikrlash, xavfni baholash va taktikani tanlash	kichik guruhlarda real holatlarga asoslangan keyslarni tahlil qilish	yechim sifati, guruh muhokamasi
Rolli o‘yin	kommunikativ ko‘nikmalarni mashq qilish	uchliklar: “shifokor – bemor – kuzatuvchi”, rollarni almashtirish	kuzatuvchi varaqasi, o‘zaro qayta aloqa
Standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya	qisqa maslahat va motivatsion suhbatni real sharoitga yaqin holatda o‘tkazish	ssenariy asosida 8–10 daqiqalik maslahat, brifing va debrifing	OSCE varaqasi, standartlashtirilgan bemor bahosi

Usul	Maqsadi	Tashkil etish	Baholash
Video-refleksiya	o‘z muloqot uslubini tahlil qilish	maslahatni videoga yozib, o‘qituvchi bilan tahlil qilish	MITI ko‘rsatkichlari, refleksiv kundalik
“Ag‘darilgan sinf”	nazariy tayyorgarlikni mustaqil ishga ko‘chirish	nazariy materialni LMS orqali oldindan o‘rganish, auditoriyada amaliyot	kirish testi
Loyiha usuli	populyatsion profilaktika ko‘nikmalari	mahalla, maktab yoki korxonada profilaktik tadbirni rejalashtirish va o‘tkazish	loyiha himoyasi
BTSY da amaliyot	real bemorlar bilan profilaktik ishlash	oilaviy poliklinikada o‘qituvchi nazorati ostida qabul	mini-CEX, hujjatlar auditi
Portfolio	refleksiya va kasbiy rivojlanishni hujjatlashtirish	maslahatlar tavsifi, refleksiv yozuvlar, qayta aloqa natijalari	rubrika bo‘yicha baholash

Manba: [24, 59, 68] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Amaliy mashg‘ulot rejasi (namuna): “Chekuvchi bemorga qisqa maslahat” (90 daqiqa)

1) **Kirish qismi (10 daqiqa).** LMS orqali oldindan o‘rganilgan “5A/5R” materiali bo‘yicha qisqa test; mashg‘ulot maqsadi va o‘quv natijalari bilan tanishtirish.

2) **Namoyish (15 daqiqa).** O‘qituvchi yoki videoyozuv orqali namunaviy qisqa maslahatni ko‘rsatish; asosiy qadamlar va texnikalarni muhokama qilish.

3) **Rolli o‘yin uchliklarda (35 daqiqa).** Har bir talaba “shifokor”, “bemor” va “kuzatuvchi” rollarini navbat bilan bajaradi; bemor rollari turli tayyorlik bosqichlariga mos keladi.

4) **Standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya (15 daqiqa).** Tanlangan talabalar standartlashtirilgan bemor bilan 8 daqiqalik maslahat o‘tkazadi, qolganlar kuzatadi.

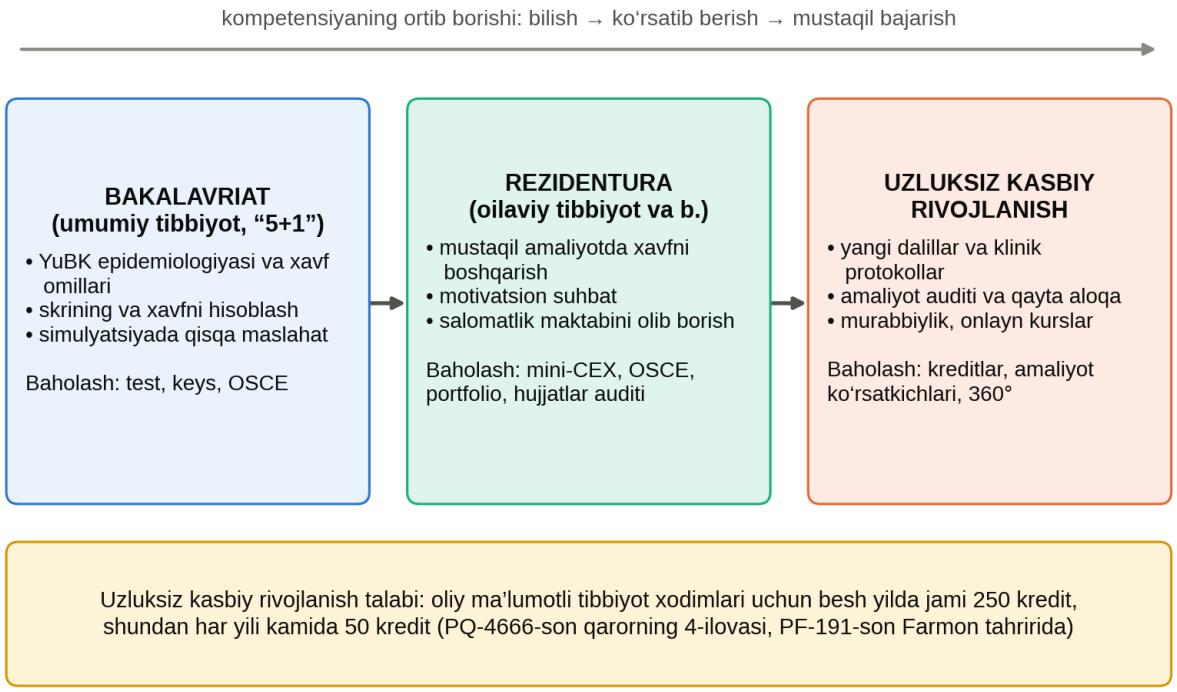
5) **Debrifing (12 daqiqa).** “Tavsif – tahlil – xulosa” tuzilmasida tahlil; baholash varaqasi bo‘yicha qayta aloqa.

6) **Refleksiya (3 daqiqa).** Har bir talaba keyingi mashg‘ulot uchun bitta shaxsiy maqsadni yozadi.

Raqamli texnologiyalar interfaol usullarni to‘ldiradi: LMS platformasi nazariy materiallar, testlar va videomisollarni joylashtirish, talabalar portfoliosini yuritish va o‘quv natijalarini monitoring qilish imkonini beradi. PF-191-son Farmonda raqamli ta’lim platformalari orqali o‘qitiladigan fanlar ulushini 2030-yilga qadar 90% ga yetkazish hamda elektron jurnal, elektron portfolio va amaliy ko‘nikmalarni raqamli qayd etish tizimini barcha tibbiyot oliy ta’lim muassasalarida joriy etish belgilangan [8].

5.4. Uzluksiz tayyorgarlik: rezidentura va uzluksiz kasbiy rivojlanish

Profilaktik kompetensiya bir martalik o‘qitish natijasida emas, balki kasbiy faoliyat davomida uzluksiz rivojlanadi. Shu sababli modelda uch bosqichli kontinuum nazarda tutilgan: bakalavriat – rezidentura – uzluksiz kasbiy rivojlanish (5.3-rasm).



5.3-rasm. Profilaktik tayyorgarlikning uzluksiz kontinuumi: bakalavriat – rezidentura – uzluksiz kasbiy rivojlanish

Manba: [8, 12] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Har bir bosqichda profilaktik kompetensiyaning komponentlari o‘ziga xos vazifalar va baholash vositalari orqali rivojlantiriladi (5.5-jadval). Bakalavriatda asosiy e’tibor bilimlar va simulyatsion sharoitda ko‘nikmalarni shakllantirishga, rezidenturada – real amaliyotda nazorat ostida mustaqil faoliyatga, uzluksiz kasbiy rivojlanishda esa amaliyotni tahlil qilish va takomillashtirishga qaratiladi. Bu yo‘nalish Miller piramidasining “ko‘rsatib bera oladi” darajasidan “amalda bajaradi” darajasiga o‘tishga mos keladi [75, 100].

5.5-jadval

Ta’lim bosqichlari bo‘yicha profilaktik kompetensiyaning rivojlanish traektoriyasi

Komponent	Bakalavriat	Rezidentura	Uzluksiz kasbiy rivojlanish
Kognitiv	epidemiologiya, xavf omillari, baholash shkalalari asoslari	klinik protokollar, murakkab holatlar, dalillar bazasi	yangi dalillar va tavsiyalar, me’yoriy o‘zgarishlar
Operatsion-faoliyatli	skrining va xavfni hisoblash simulyatsiyada	real bemorlarda nazorat ostida; dinamik kuzatuv	mustaqil amaliyot; amaliyot auditi
Kommunikativ	“5A/5R” qisqa maslahat	motivatsion suhbat; salomatlik maktabini olib borish	murabbiylik, jamoani o‘qitish
Motivatsion-qadriyatli	profilaktikaning ahamiyatini anglash; shaxsiy STT	kasbiy identifikatsiya: “profilaktika – mening vazifam”	biriktirilgan aholi salomatligi uchun mas’uliyat
Refleksiv	refleksiv kundalik	portfolio, mentor bilan tahlil	shaxsiy rivojlanish rejasi, hamkasblar bilan tahlil
Baholash	test, OSCE	mini-CEX, OSCE, portfolio, hujjatlar auditi	kreditlar, amaliyot ko‘rsatkichlari, 360° baholash
Miller piramidasi darajasi	“qanday qilishni biladi” – “ko‘rsatib bera oladi”	“ko‘rsatib bera oladi” – “bajaradi”	“bajaradi”

Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Rezidentura bosqichi. PF-191-son Farmon bilan 2026/2027 o‘quv yilidan boshlab tashkil etilayotgan oilaviy tibbiyot rezidenturasi profilaktik kompetensiyani rivojlantirish uchun noyob imkoniyat yaratadi: rezidentlar oilaviy poliklinikalarda ta’lim oladi va bir vaqtning o‘zida biriktirilgan aholiga tibbiy xizmat ko‘rsatadi [8]. Bu bosqichda profilaktik faoliyatni ish joyida baholash vositalari – mini-CEX (qisqa klinik baholash), tibbiy hujjatlar auditi, bemorlar va hamkasblarning qayta aloqasi – asosiy ahamiyatga ega bo‘ladi [79].

Uzluksiz kasbiy rivojlanish bosqichi. Amaldagi tartibga ko‘ra, oliy ma’lumotli tibbiyot xodimlari besh yil davomida jami 250 kredit, shundan har yili kamida 50 kredit to‘plashi lozim [8, 12]. Profilaktik kompetensiyani qo‘llab-quvvatlash uchun ushbu kreditlarning bir qismini xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish bo‘yicha dasturlarga yo‘naltirish maqsadga muvofiq. Uzluksiz tibbiy ta’lim samaradorligiga oid dalillar shuni ko‘rsatadiki, amaliyotni o‘zgartirishda passiv ma’ruzalar emas, balki interfaol, ko‘p komponentli, amaliy mashqlarni o‘z ichiga olgan dasturlar samarali [33, 43], amaliyot auditi va qayta

aloqa esa shifokorlar faoliyatini qo‘shimcha ravishda yaxshilaydi [60]. Shu tamoyillar asosida uzluksiz kasbiy rivojlanish tizimi uchun 36 soatlik qisqa muddatli malaka oshirish kursi ishlab chiqildi (5.6-jadval).

5.6-jadval

“Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” qisqa muddatli malaka oshirish kursining dasturi (36 soat)

№	Mavzu	Shakl	Soat
1	YuBK xavf omillari: yangi dalillar va milliy ko‘rsatkichlar	masofaviy	4
2	Umumiy yurak-qon tomir xavfini baholash: SCORE2 va JSST jadvallari; risk-kommunikatsiya	amaliy	4
3	Qisqa profilaktik aralashuvlar “5A/5R”	simulyatsion trening	6
4	Motivatsion suhbat: asosiy texnikalar	simulyatsion trening	8
5	Ovqatlanish va jismoniy faollik bo‘yicha maslahat	amaliy	4
6	Salomatlik maktabini tashkil etish va olib borish	amaliy	4
7	Amaliyot auditi va profilaktik faoliyat ko‘rsatkichlari	seminar	2
8	Yakuniy baholash (OSCE, 2 ta stansiya)	simulyatsion	4
	Jami		**36**

Izoh: kurs aralash (blended) formatda o‘tkaziladi; kreditlar belgilangan tartibda hisoblanadi. Manba: muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Kursning muhim tarkibiy qismi – amaliyot auditi: tinglovchi kursdan oldin va undan 3–6 oy o‘tgach o‘z ambulator kartalaridan tanlab olingan 30 ta kartani tahlil qilib, xavf omillari qayd etilgan, umumiy xavf hisoblangan va profilaktik maslahat hujjatlashtirilgan holatlar ulushini aniqlaydi. Bu yondashuv o‘qitishni real amaliyot natijalari bilan bog‘laydi va shifokorning refleksiv kompetensiyasini rivojlantiradi.

Uzluksiz kasbiy rivojlanishning norasmiy shakllari – murabbiylik (tajribali oilaviy shifokor yosh hamkasbiga ko‘mak beradi), hamkasblar bilan klinik holatlarni tahlil qilish guruhlari va professional hamjamiyatlar ham muhim ahamiyatga ega. PF-191-son Farmon bilan tashkil etilayotgan “Tibbiyot novatorlari” milliy tibbiyot hamjamiyati va uning raqamli platformasi ham tajriba almashish uchun yangi imkoniyatlar yaratadi [8].

5.5. Pedagogik kadrlar salohiyati va simulyatsion ta’lim infratuzilmasini rivojlantirish

Taklif etilgan modelning samaradorligi ko‘p jihatdan uni amalga oshiruvchi professor-o‘qituvchilarning tayyorgarligiga bog‘liq (5.1-paragrafdagi pedagogik shart-sharoitlarga qarang). An’anaviy tayyorgarlikka ega o‘qituvchi ko‘pincha profilaktik maslahatni o‘z amaliyotida muntazam qo‘llamagan, motivatsion suhbat va simulyatsion ta’lim metodikasini esa maxsus o‘rganmagan bo‘ladi. Shu sababli o‘qituvchi ikki xil kompetensiyaga ega bo‘lishi kerak: profilaktik kompetensiya (xavfni baholash va maslahat berishni namuna sifatida ko‘rsata olish) va pedagogik kompetensiya (bu ko‘nikmalarni o‘qitish, kuzatish va baholash). PF-191-son Farmonda zamonaviy pedagogik, simulyatsion va raqamli texnologiyalar bo‘yicha har yili malaka oshiradigan professor-o‘qituvchilar sonini 2026-yildagi 1 000 nafardan 2030-yilda 3 000 nafarga yetkazish belgilangan [8].

Professor-o‘qituvchilarni tayyorlash dasturlarining samaradorligi tizimli sharhlarda o‘rganilgan. I. Shtaynert va hammualliflari 53 ta tadqiqotni tahlil qilib, bunday dasturlar ishtirokchilarning yuqori qoniqishiga, o‘qitishga munosabatning ijobiy o‘zgarishiga, ta’lim tamoyillari bo‘yicha bilim va o‘qitish ko‘nikmalarining oshishiga, shuningdek, talabalar tomonidan ham qayd etilgan o‘qitish xulq-atvorining o‘zgarishiga olib kelishini ko‘rsatgan. Samarali dasturlarning asosiy xususiyatlari sifatida tajribaviy o‘qitish, qayta aloqa, hamkasblar bilan samarali munosabatlar, o‘qitish va o‘rganish tamoyillariga asoslangan puxta loyihalash hamda bitta dastur doirasida turli usullardan foydalanish ajratilgan [98]. 111 ta tadqiqotni qamragan keyingi sharhda bu ro‘yxat dalillarga asoslangan loyihalash, ishtirokchilar faoliyatiga mos mazmun, tajribaviy o‘qitish, qayta aloqa va refleksiya, o‘quv loyihalari, hamjamiyatni maqsadli shakllantirish, uzoq muddatli dastur tuzilmasi va institutsional qo‘llab-quvvatlash bilan to‘ldirilgan [97].

Shu tamoyillar asosida profilaktik kompetensiyani o‘qitadigan professor-o‘qituvchilar uchun 72 soatlik malaka oshirish dasturi taklif etiladi (5.7-jadval). Dasturning katta qismi simulyatsion va amaliy mashg‘ulotlardan iborat bo‘lib,

o‘qituvchi avval ko‘nikmani o‘zi egallaydi, so‘ngra uni o‘qitish va baholash metodikasini o‘rganadi.

5.7-jadval

Profilaktik kompetensiyani o‘qitadigan professor-o‘qituvchilar uchun malaka oshirish dasturi (72 soat)

№	Modul	Asosiy mazmuni	Shakli	Soat
1	Kompetensiyaga asoslangan ta’lim va profilaktik kompetensiya	o‘quv natijalarini shakllantirish, konstruktiv muvofiqlik, modul dasturini loyihalash	seminar-trening	8
2	Xavfni baholash va qisqa maslahatning dalillarga asoslangan mazmuni	SCORE2 va JSST jadvallari, “5A/5R”; o‘qituvchining o‘z amaliy ko‘nikmalarini yangilash	amaliy	8
3	Motivatsion suhbat: shaxsiy ko‘nikma va uni o‘qitish metodikasi	asosiy texnikalar, o‘zgarish nutqi; MITI asosida qayta aloqa berish	simulyatsion trening	16
4	Simulyatsion mashg‘ulotni loyihalash va olib borish	ssenariy yozish, brifing, PEARLS tuzilmasida debrifing, psixologik xavfsiz muhit	simulyatsion trening	12
5	Standartlashtirilgan bemorlar bilan ishlash	bemor rolini ijro etuvchilarni tanlash va tayyorlash, qayta aloqa berishga o‘rgatish, sifat nazorati	amaliy	8
6	OSCE stansiyasini loyihalash va baholovchilarni kalibrlash	baholash varaqalari va global shkalalar, baholovchilar o‘rtasidagi muvofiqlik	amaliy	8
7	Ish joyida baholash va portfolio	mini-CEX, tibbiy hujjatlar auditi, portfolio rubrikalari, samarali qayta aloqa	seminar-trening	6
8	Yakuniy attestatsiya	mikro-dars va simulyatsion mashg‘ulot o‘tkazish (kuzatuv va videotahlil bilan)	amaliy	6
	Jami			**72**

Izoh: dastur aralash formatda, 3–4 oy davomida sessiyalar oralig‘ida o‘z kafedrasida amaliy topshiriqlarni bajarish bilan o‘tkaziladi. Manba: [38, 71, 97, 98] asosida muallif tomonidan ishlab chiqilgan.

Dasturni bir martalik kurs sifatida emas, balki bir necha oy davomida, sessiyalar oralig‘ida o‘qituvchi o‘z kafedrasida mashg‘ulotlar o‘tkazadigan tarzda tashkil etish maqsadga muvofiq: uzoq muddatli dastur tuzilmasi va o‘quv loyihalari o‘rganilganlarni amaliyotga ko‘chirishni ta’minlaydi [97]. Motivatsion suhbatni o‘qitadigan o‘qituvchining o‘z ko‘nikmalari ham MITI yordamida muntazam baholanib, qayta aloqa bilan qo‘llab-quvvatlanishi lozim [77].

Debrifing mahorati. Simulyatsion mashg‘ulot sifati ko‘p jihatdan debrifingni olib boruvchi o‘qituvchining mahoratiga bog‘liq. U. Eppix va A. Cheng

tomonidan taklif etilgan PEARLS yondashuvi debrifingni bosqichlarga – ishtirokchilarning reaksiyalari, voqealar tavsifi, tahlil va xulosa – ajratadi hamda tahlil bosqichida vaziyat va vaqtga qarab uchta strategiyadan birini tanlashni tavsiya etadi: o‘quvchining o‘z-o‘zini baholashi (masalan, “plyus–delta” usuli), fokuslangan fasilitatsiya (masalan, “advokatlik–so‘rov” usuli) va bevosita qayta aloqa berish yoki o‘rgatish [38]. Bu tuzilma tajribasi kam o‘qituvchiga ham debrifingni izchil olib borish imkonini beradi.

Simulyatsion ta’lim standartlari. Simulyatsion ta’limni tashkil etishda xalqaro standartlarga tayanish uning sifatini ta’minlaydi. Klinik simulyatsiya va ta’lim bo‘yicha xalqaro hamshiralar assotsiatsiyasi (INACSL) tomonidan 2021-yilda yangilangan simulyatsiyaning eng yaxshi amaliyot standartlari o‘nta standartni o‘z ichiga oladi: kasbiy rivojlanish; prebrifing (tayyorgarlik va brifing); simulyatsiyani loyihalash; fasilitatsiya; debrifing jarayoni; tashkiliy-texnik ta’minot; natijalar va maqsadlar; kasbiy halollik; simulyatsiya asosidagi kasblararo ta’lim; o‘qitish va faoliyat natijalarini baholash [58]. Standartlashtirilgan bemorlar bilan ishlash uchun esa Standartlashtirilgan bemorlar bo‘yicha pedagoglar assotsiatsiyasining (ASPE) eng yaxshi amaliyot standartlari ishlab chiqilgan bo‘lib, ular beshta sohani qamraydi: xavfsiz ish muhiti; ssenariy (keys) ishlab chiqish; standartlashtirilgan bemorlarni rolni ijro etish, qayta aloqa berish va baholash vositalarini to‘ldirishga tayyorlash; dasturni boshqarish; kasbiy rivojlanish [71]. Ushbu standartlar asosida standartlashtirilgan bemorlar dasturini tashkil etish bosqichlari 5.8-jadvalda keltirilgan.

5.8-jadval

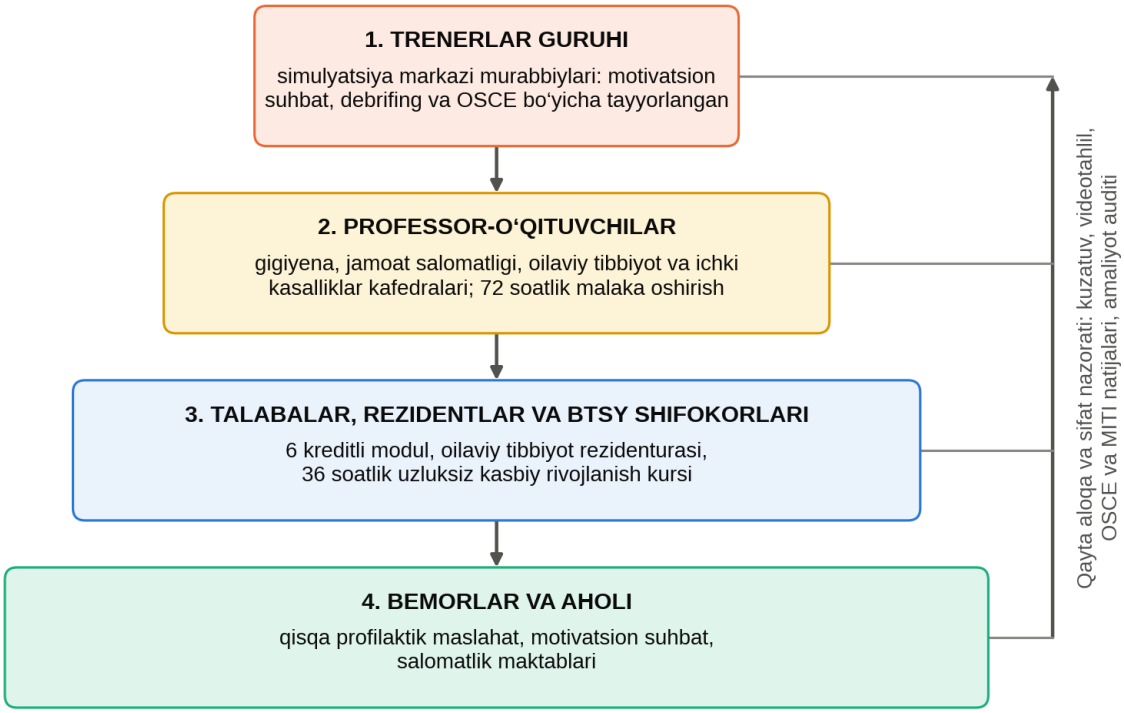
Standartlashtirilgan bemorlar dasturini tashkil etish bosqichlari

Bosqich	Mazmuni	Natija (hujjat)
1. Ehtiyojni aniqlash va rejalashtirish	o‘quv natijalari, mashg‘ulot va OSCE stansiyalari soni, zarur resurslar	dastur nizomi va ish rejasi
2. Ssenariy ishlab chiqish	bemor tarixi va his-tuyg‘ulari, o‘zgarishga tayyorlik bosqichi, standart javoblar, baholash mezonlari	ssenariy va baholash varaqasi
3. Standartlashtirilgan bemorlarni tanlash va tayyorlash	nomzodlarni tanlash, rolni o‘rganish, standartlashtirish mashqlari, qayta aloqa berish va baholash varaqasini to‘ldirishga o‘rgatish	tayyorgarlik bayonnomasi
4. Sifat nazorati	rolni izchil ijro etish va baholash aniqligini videoyozuv asosida tekshirish	nazorat varaqasi
5. Xavfsizlik va axloq	standartlashtirilgan bemorlarning jismoniy va psixologik xavfsizligi, maxfiylik, axborotlangan rozilik, mashg‘ulotdan keyin roldan chiqish	xulq-atvor kodeksi
6. Dasturni baholash va takomillashtirish	talabalar, standartlashtirilgan bemorlar va o‘qituvchilarning qayta aloqasi, natijalar tahlili	yillik hisobot

Manba: [58, 71] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Simulyatsion o‘quv infratuzilmasi. Profilaktik maslahat bo‘yicha mashg‘ulotlar uchun simulyatsion o‘quv markazi (yoki kafedra qoshidagi simulyatsion xona) quyidagi minimal infratuzilmaga ega bo‘lishi kerak: poliklinika qabul xonasi kabi jihozlangan, standartlashtirilgan bemor bilan suhbat o‘tkaziladigan xonalar; videoyozuv va kuzatuv tizimi; debrifing xonasi; antropometriya va arterial bosimni o‘lchash jihozlari; elektron xavf kalkulyatorlari va o‘quv elektron tibbiy kartasi o‘rnatilgan kompyuterlar; LMS. Markaz xodimlari tarkibida simulyatsion ta’lim bo‘yicha mas’ul o‘qituvchi, standartlashtirilgan bemorlar murabbiyi va texnik xodim bo‘lishi maqsadga muvofiq.

“Trenerlarni tayyorlash” modeli. Pedagogik kadrlarni qisqa muddatda keng qamrovda tayyorlash uchun “trenerlarni tayyorlash” (kaskad) modelidan foydalanish mumkin (5.4-rasm). J. Pirs va hammualliflarining tizimli sharhiga kiritilgan 18 ta tadqiqotdan 13 tasida bunday dasturlar bilim, klinik xulq-atvor yoki bemorlar uchun natijalarni yaxshilagan; interfaol usullar va o‘quv materiallarini birlashtirgan aralash (blended) yondashuv esa klinik tavsiyalar va o‘quv dasturlarini tarqatishda samarali ekanligi ko‘rsatilgan [83].



5.4-rasm. Profilaktik kompetensiyani rivojlantirishda “trenerlarni tayyorlash” (kaskad) modeli

Manba: [83, 97] asosida muallif tomonidan tuzilgan.

Kaskad modelida bilim va ko‘nikmalar har bir keyingi bosqichga o‘tganda “suyulib” ketmasligi uchun har bir bosqichda sifat nazorati – mashg‘ulotlarni kuzatish, videotahlil, OSCE va MITI natijalari hamda amaliyot auditi asosidagi qayta aloqa – ta’minlanishi zarur. Shu tariqa pedagogik kadrlar salohiyatini rivojlantirish modelning barcha bloklarini amalda ishga tushiruvchi asosiy omilga aylanadi.

V bob bo‘yicha xulosalar

1. Kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirishning ishlab chiqilgan modeli ijtimoiy buyurtmaga asoslangan maqsadli, metodologik, mazmuniy, texnologik va diagnostik-natijaviy bloklardan hamda pedagogik shart-sharoitlardan iborat bo‘lib, yopiq sikl tamoyili asosida o‘quv jarayonini doimiy korreksiya qilish imkonini beradi.

2. Modelning metodologik asosini kompetensiyaviy, tizimli-faoliyatli, andragogik, kontekstli yondashuvlar va dalillarga asoslangan tibbiyot tashkil etadi;

o‘quv natijalari, o‘qitish usullari va baholash vositalarining konstruktiv muvofiqligi ta’minlanadi.

3. Mazmuniy blok 6 kreditli (180 soat) “Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” moduli orqali amalga oshiriladi; auditoriya soatlarining yarmidan ko‘prog‘i amaliy va simulyatsion mashg‘ulotlarga ajratilgan, o‘quv natijalari Blum taksonomiyasi asosida aniq ifodalangan.

4. Profilaktik kompetensiyaning operatsion va kommunikativ komponentlarini rivojlantirishda standartlashtirilgan bemor, brifing–simulyatsiya–debrifing tuzilmasi, rolli o‘yinlar, video-refleksiya va loyiha usuli asosiy texnologiyalar hisoblanadi.

5. Profilaktik kompetensiya bakalavriat – rezidentura – uzluksiz kasbiy rivojlanish kontinuumida rivojlantiriladi; uzluksiz kasbiy rivojlanish uchun amaliyot auditini o‘z ichiga olgan 36 soatlik aralash formatdagi kurs taklif etildi.

6. Modelni amalga oshirishning hal qiluvchi sharti – professor-o‘qituvchilarning profilaktik va pedagogik kompetensiyasi. Buning uchun simulyatsion va amaliy mashg‘ulotlarga asoslangan 72 soatlik malaka oshirish dasturi, PEARLS tuzilmasidagi debrifing, INACSL va ASPE standartlariga muvofiq simulyatsiya hamda standartlashtirilgan bemorlar dasturini tashkil etish, shuningdek, sifat nazorati bilan uyg‘unlashgan “trenerlarni tayyorlash” (kaskad) modeli taklif etildi.

keyingi tadqiqotlar vazifasi hisoblanadi.

XULOSA

Monografiyada shifokorning xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish sohasidagi kasbiy tayyorgarligini takomillashtirishning ilmiy asoslari yaxlit tizim sifatida ko‘rib chiqildi. O‘tkazilgan tahlil va ishlanmalar natijasida quyidagi xulosalar chiqarildi.

1. Yuqumli bo‘lmagan kasalliklar global va milliy miqyosda sog‘liqni saqlashning ustuvor muammosi bo‘lib qolmoqda: dunyoda ular 2021-yilda kamida 43 mln kishining o‘limiga sabab bo‘lgan, O‘zbekistonda esa barcha o‘lim holatlarining 83,5% ini tashkil etgan; yuk mehnatga layoqatli yoshda jamlangan va mamlakat yalpi ichki mahsulotining 4,7% i miqdorida iqtisodiy zarar keltiradi. YuBK ning katta qismi umumiy modifikatsiyalanadigan xavf omillari bilan bog‘liq bo‘lib, ularni kamaytirish orqali oldini olish mumkin.

2. O‘zbekiston kattalar aholisi orasida xavf omillari keng tarqalgan va salbiy dinamikaga ega: STEPS-2019 ma’lumotlariga ko‘ra, aholining 56,4% ida ortiqcha tana vazni, 38,0% ida arterial bosimning oshishi, 26,1% ida jismoniy faollik yetishmasligi aniqlangan, erkaklarning 32,9% i tamaki mahsulotlarini iste’mol qiladi; 2014–2019-yillarda ortiqcha vazn, semizlik, arterial bosim oshishi va kam harakatlilik tarqalishi oshgan. Bu BTSY ga murojaat qilgan deyarli har bir katta yoshdagi bemorda xavf omillarini faol aniqlash va profilaktik aralashuv zarurligini ko‘rsatadi.

3. Shifokor amaliyotida xavf omillarini baholash skrining tamoyillariga asoslangan yetti bosqichli algoritm orqali amalga oshiriladi: skrining, alohida omillarni validatsiyalangan vositalar (FTND, AUDIT, GPAQ, FINDRISC) bilan miqdoriy baholash, umumiy yurak-qon tomir xavfini hisoblash (SCORE2/SCORE2-OP, JSST ning Markaziy Osiyo mintaqasi uchun jadvallari), xavf toifasini aniqlash va bemor bilan muhokama qilish, xavfga mos aralashuv va monitoring. Individual yondashuv populyatsion (NX, AX, PAF, Rouz strategiyalari) va gigiyenik (to‘rt bosqichli xavfni baholash, HQ, HI, CR) usullar bilan to‘ldirilishi lozim. Raqamli vositalar (elektron xavf kalkulyatorlari, klinik qarorlarni qo‘llab-quvvatlash

tizimlari, mobil sog‘liq texnologiyalari) baholashni standartlashtiradi va shifokorning ish jarayoniga o‘rnatilganda samarali bo‘ladi.

4. Sog‘lom turmush tarzini shakllantirish xulq-atvor o‘zgarishining ilmiy asoslangan nazariyalariga (salomatlik e’tiqodlari modeli, transteoretik model, ijtimoiy-kognitiv nazariya, COM-B, salutogenez) tayanadi. BTSY da profilaktik yordamning asosiy va isbotlangan samaradorlikka ega shakli – “5A” va “5R” modellariga asoslangan, motivatsion suhbat texnikalari bilan boyitilgan qisqa aralashuvlardir; ular individual, guruhli (salomatlik maktablari) va populyatsion darajalardagi choralar bilan uyg‘unlashtirilishi zarur. Maslahat mazmuni aholining alohida guruhlari (o‘smirlar, homilador ayollar, keksalar) va ishlovchilarga moslashtirilishi, ishlovchilarda esa kasbiy va xulq-atvor xavf omillarining birgalikdagi, ko‘pincha multiplikativ ta’siri (masalan, asbest ta’siri va chekish) hisobga olinishi lozim.

5. Shifokorning xavf omillarini baholash va STT ni shakllantirish sohasidagi kasbiy tayyorgarligi uning profilaktik kompetensiyasi orqali tavsiflanadi. Profilaktik kompetensiya – xavf omillarini aniqlash, individual va umumiy xavfni baholash hamda bemorda sog‘lom turmush tarzini shakllantirish bo‘yicha dalillarga asoslangan faoliyatni samarali amalga oshirishga tayyorlik va qobiliyatni ifodalovchi integrativ shaxsiy-kasbiy sifat bo‘lib, u motivatsion-qadriyatli, kognitiv, operatsion-faoliyatli, kommunikativ va refleksiv komponentlardan iborat.

6. Xorijiy kompetensiyaviy modellar (CanMEDS, Outcomes for graduates, ACGME, WFME standartlari, FGOS) profilaktikani bitiruvchi kompetensiyalarining majburiy qismi sifatida belgilaydi va uni kommunikativ kompetensiya, simulyatsion o‘qitish hamda amaliyotda baholash bilan uzviy bog‘laydi. O‘zbekistonda PQ-4063, PF-6110, PF-88 va PF-191-son hujjatlar bilan profilaktika va kompetensiyaga asoslangan tibbiy ta’limning mustahkam me’yoriy-huquqiy asosi yaratilgan; ayni paytda profilaktik kompetensiyaning mazmuni, namunaviy o‘quv dasturlari va baholash vositalarini ishlab chiqish dolzarb vazifa bo‘lib qolmoqda.

7. Kasbiy tayyorgarlikni takomillashtirish modeli ijtimoiy buyurtmaga asoslangan maqsadli, metodologik, mazmuniy, texnologik va diagnostik-natijaviy bloklardan hamda pedagogik shart-sharoitlardan (o‘quv rejasiga integratsiya, simulyatsion muhit, o‘qituvchilar tayyorgarligi, BTSY bilan hamkorlik, raqamli platforma) iborat. Modelning metodologik asosini kompetensiyaviy, tizimli-faoliyatli, andragogik va kontekstli yondashuvlar hamda dalillarga asoslangan tibbiyot tashkil etadi.

8. Modelning mazmuniy va texnologik bloklari 6 kreditli (180 soat) “Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” moduli, standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsion mashg‘ulotlar, rolli o‘yinlar, video-refleksiya va loyiha usuli orqali amalga oshiriladi; profilaktik kompetensiya bakalavriat – rezidentura – uzluksiz kasbiy rivojlanish kontinuumida rivojlantiriladi, uzluksiz kasbiy rivojlanish uchun amaliyot auditini o‘z ichiga olgan 36 soatlik kurs taklif etildi. Modelni amalga oshirishning hal qiluvchi sharti sifatida professor-o‘qituvchilar uchun 72 soatlik malaka oshirish dasturi, INACSL va ASPE standartlariga muvofiq simulyatsion ta’lim va standartlashtirilgan bemorlar dasturini tashkil etish hamda “trenerlarni tayyorlash” (kaskad) modeli asoslandi.

9. Kasbiy tayyorgarlik samaradorligini baholash metodologiyasi besh mezon bo‘yicha ko‘rsatkichlar, Miller piramidasining barcha darajalarini qamrab oluvchi vositalar (test, OSCE, MITI, ish joyida baholash, so‘rovnomalar, portfolio), integral ko‘rsatkich (K) va kompetensiya darajalarini, nazorat guruhli tajriba-sinov ishi dizaynini hamda Kirkpatrick modelining to‘rt darajasi bo‘yicha ko‘rsatkichlarni o‘z ichiga oladi; integral ko‘rsatkichni hisoblash va talqin qilish tartibi shartli misolda namoyish etildi.

10. Nazorat guruhli tajriba-sinov ishida ($n = 55$) model asosida o‘qitilgan oilaviy tibbiyot rezidentlarida profilaktik kompetensiyaning integral ko‘rsatkichi 0,49 dan 0,67 gacha, nazorat guruhida esa 0,48 dan 0,55 gacha oshdi; guruhlararo farq statistik ahamiyatli bo‘ldi ($p < 0,001$; $d = 1,13$). Yuqori kompetensiya darajasidagilar ulushi tajriba guruhida 0,0% dan 21,4% gacha oshdi, eng katta samara operatsion-faoliyatli va kommunikativ komponentlarda qayd etildi; 6 oydan

keyin o‘tkazilgan tibbiy hujjatlar auditi o‘rganilganlarning amaliyotga ko‘chirilganini ko‘rsatdi.

11. Taklif etilgan model va vositalarni amaliyotga joriy etish PF-191-son Farmonda belgilangan islohotlar muddatlari bilan uyg‘unlashtirilgan besh bosqichli yo‘l xaritasi asosida amalga oshirilishi maqsadga muvofiq; modelning uzoq muddatli samaradorligini, jumladan bemorlar salomatligi ko‘rsatkichlariga ta’sirini baholash keyingi ilmiy tadqiqotlarning asosiy yo‘nalishi hisoblanadi.

AMALIY TAVSIYALAR

Sog‘liqni saqlash vazirligi va tibbiy ta’limni boshqarish organlariga:

1) umumiy tibbiyot (davolash ishi) bo‘yicha malaka talablari va milliy malaka ramkasiga “xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” kompetensiyasini aniq ifodalangan o‘quv natijalari bilan kiritish;

2) bitiruvchilarni baholashda foydalaniladigan amaliy ko‘nikmalar bo‘yicha yagona minimal kompetensiyalar ro‘yxatiga “qisqa profilaktik aralashuv” va “umumiy yurak-qon tomir xavfini baholash” ko‘nikmalarini kiritish;

3) BTSY muassasalari faoliyatini baholash va shifokorlarni rag‘batlantirish tizimiga profilaktik faoliyat ko‘rsatkichlarini (xavf omillari qayd etilgan bemorlar ulushi, umumiy xavf hisoblangan bemorlar ulushi, arterial bosim nazorati darajasi) kiritish.

Tibbiyot oliy ta’lim muassasalariga:

4) “Xavf omillarini baholash va sog‘lom turmush tarzini shakllantirish” modulini gigiyena, jamoat salomatligi, ichki kasalliklar va oilaviy tibbiyot kafedralari hamkorligida fanlararo integratsiyalangan holda joriy etish;

5) simulyatsion markazlarda profilaktik maslahat bo‘yicha OSCE stansiyalarini tashkil etish va standartlashtirilgan bemorlar tayyorlash tizimini yo‘lga qo‘yish;

6) professor-o‘qituvchilarni motivatsion suhbat, simulyatsion ta’lim metodikasi (brifing va debrifing) hamda OSCE ni tashkil etish bo‘yicha malaka oshirishga yo‘naltirish (5.7-jadvaldagi 72 soatlik dastur asosida);

7) talabalar va xodimlar salomatligini mustahkamlash dasturlarini joriy etish, bo‘lajak shifokorlarda o‘z salomatligiga mas’uliyatli munosabatni shakllantirish.

Uzluksiz kasbiy rivojlanishni tashkil etuvchi muassasalarga:

8) profilaktika bo‘yicha interfaol, simulyatsion va amaliyot auditini o‘z ichiga olgan qisqa muddatli kurslarni ishlab chiqish va akkreditatsiyadan o‘tkazish;

9) oilaviy shifokorlar uchun murabbiylik va hamkasblar bilan klinik holatlarni tahlil qilish guruhlarini tashkil etish.

BTSY shifokorlariga:

10) har bir murojaatda “5A” modeli bo‘yicha xavf omillari haqida so‘rash va natijani elektron tibbiy kartada qayd etish; 40 yoshdan katta bemorlarda umumiy yurak-qon tomir xavfini JSST jadvallari yoki SCORE2 shkalasi bo‘yicha muntazam baholash;

11) bemorning o‘zgarishga tayyorlik bosqichini hisobga olgan holda motivatsion suhbat texnikalaridan foydalanish, xavf haqida ma’lumotni absolyut xavf va vizual vositalar yordamida tushuntirish;

12) vazifalarni hamshiralar bilan taqsimlash, salomatlik maktablarini tashkil etish va mahalla bilan hamkorlikda populyatsion profilaktik tadbirlarda faol ishtirok etish.

Ishlovchilarni tibbiy ko‘rikdan o‘tkazuvchi shifokorlar va gigiyenistlarga:

13) dastlabki va davriy tibbiy ko‘riklarda ish joyidagi zararli omillar to‘g‘risidagi gigiyenik ma’lumotlarni individual xavf omillari bilan birgalikda baholash, kasbiy kanserogenlar ta’siridagi ishchilarga chekishni tashlash bo‘yicha maslahatni ustuvor vazifa sifatida berish va ish joyida salomatlikni mustahkamlash dasturlarini ishlab chiqishda ishtirok etish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

I. Me’yoriy-huquqiy hujjatlar

1. O‘zbekiston Respublikasining 2019-yil 2-iyuldagi “Shaxsga doir ma’lumotlar to‘g‘risida”gi O‘RQ-547-son Qonuni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/4396428
2. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrdagi “O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi PF-5590-son Farmoni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/-4096197
3. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 5-oktabrdagi “«Raqamli O‘zbekiston – 2030» strategiyasini tasdiqlash va uni samarali amalga oshirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PF-6079-son Farmoni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/-5030957
4. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 30-oktabrdagi “Sog‘lom turmush tarzini keng tatbiq etish va ommaviy sportni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PF-6099-son Farmoni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi.
5. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 12-noyabrdagi “Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sog‘liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PF-6110-son Farmoni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/-5100677
6. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 28-yanvardagi “2022–2026-yillarga mo‘ljallangan Yangi O‘zbekistonning taraqqiyot strategiyasi to‘g‘risida”gi PF-60-son Farmoni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi.
7. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2025-yil 19-maydagi “Respublikada sog‘liqni saqlash tizimini va aholiga tibbiy xizmat ko‘rsatish tamoyillarini takomillashtirish orqali sohani isloh qilishni izchil davom ettirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PF-88-son Farmoni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/uz/docs/-7534275
8. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2026-yil 10-sentabrdagi “Tibbiyot va farmatsevtika sohasida kadrlar tayyorlash tizimini tubdan takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PF-191-son Farmoni // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/-8481128

9. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2017-yil 5-maydagi “O‘zbekiston Respublikasida tibbiy ta’lim tizimini yanada isloh qilish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PQ-2956-son qarori // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi.
10. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 18-dekabrdagi “Yuqumli bo‘lmagan kasalliklar profilaktikasi, sog‘lom turmush tarzini qo‘llab-quvvatlash va aholining jismoniy faolligi darajasini oshirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PQ-4063-son qarori // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/-4111365
11. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019-yil 6-maydagi “Tibbiyot va farmatsevtika ta’limi va ilm-fani tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PQ-4310-son qarori // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/-4323169
12. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 7-apreldagi “Tibbiy-sanitariya sohasida kadrlarni tayyorlash va uzluksiz kasbiy rivojlantirishning mutlaqo yangi tizimini joriy etish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PQ-4666-son qarori // Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz/docs/-4782939

II. Rus tilidagi adabiyotlar

13. Вербицкий А.А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. – М.: Высшая школа, 1991.
14. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерatsii. Hatsиональное руководство 2022 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 4. – 3235.
15. Р 2.1.10.1920-04. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004.
16. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело: утв. приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерatsii от 12.08.2020 № 988.
17. STEPS: распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Узбекистан, 2019 г. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022. – (WHO/EURO:2022-6795-46561-67569).

III. Xorijiy adabiyotlar

18. Anderson B.O., Berdzuli N., Ilbawi A., et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption // Lancet Public Health. – 2023. – Vol. 8, № 1. – P. e6–e7.
19. Anderson L.W., Krathwohl D.R. (eds.) A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom’s Taxonomy of Educational Objectives. – New York: Longman, 2001.
20. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. – San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
21. Armstrong T., Bull F. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) // Journal of Public Health. – 2006. – Vol. 14, № 2. – P. 66–70.
22. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. – 2nd ed. – Geneva: World Health Organization, 2001.
23. Bandura A. Health promotion by social cognitive means // Health Education & Behavior. – 2004. – Vol. 31, № 2. – P. 143–164.
24. Barrows H.S. A taxonomy of problem-based learning methods // Medical Education. – 1986. – Vol. 20, № 6. – P. 481–486.
25. Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review // Addiction. – 1993. – Vol. 88, № 3. – P. 315–335.
26. Biggs J. Enhancing teaching through constructive alignment // Higher Education. – 1996. – Vol. 32, № 3. – P. 347–364.
27. Bloom B.S. (ed.) Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. Handbook I: Cognitive Domain. – New York: David McKay, 1956.
28. Bravata D.M., Smith-Spangler C., Sundaram V., et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review // JAMA. – 2007. – Vol. 298, № 19. – P. 2296–2304.
29. Bull F.C., Al-Ansari S.S., Biddle S., et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour // British Journal of Sports Medicine. – 2020. – Vol. 54, № 24. – P. 1451–1462.
30. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. – 2nd ed. – Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
31. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. – 1983. – Vol. 24, № 4. – P. 385–396.

32. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. – Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
33. Davis D., O'Brien M.A., Freemantle N., et al. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? // JAMA. – 1999. – Vol. 282, № 9. – P. 867–874.
34. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. – Geneva: World Health Organization, 1978.
35. Doran G.T. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives // Management Review. – 1981. – Vol. 70, № 11. – P. 35–36.
36. Elwyn G., Frosch D., Thomson R., et al. Shared decision making: a model for clinical practice // Journal of General Internal Medicine. – 2012. – Vol. 27, № 10. – P. 1361–1367.
37. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol. 196, № 4286. – P. 129–136.
38. Eppich W., Cheng A. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing // Simulation in Healthcare. – 2015. – Vol. 10, № 2. – P. 106–115.
39. Epstein R.M., Hundert E.M. Defining and assessing professional competence // JAMA. – 2002. – Vol. 287, № 2. – P. 226–235.
40. Ettehad D., Emdin C.A., Kiran A., et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis // Lancet. – 2016. – Vol. 387, № 10022. – P. 957–967.
41. European Network for Workplace Health Promotion. Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. – Luxembourg: ENWHP, 1997.
42. Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.B., et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000 // New England Journal of Medicine. – 2007. – Vol. 356, № 23. – P. 2388–2398.
43. Forsetlund L., O'Brien M.A., Forsén L., et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2021. – Issue 9. – CD003030.
44. Frank E., Rothenberg R., Lewis C., Belodoff B.F. Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the Women Physicians' Health Study // Archives of Family Medicine. – 2000. – Vol. 9, № 4. – P. 359–367.

45. Frank J.R., Snell L., Sherbino J. (eds.) CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. – Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
46. Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A., et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world // Lancet. – 2010. – Vol. 376, № 9756. – P. 1923–1958.
47. GBD 2021 Risk Factors Collaborators. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 // Lancet. – 2024. – Vol. 403, № 10440. – P. 2162–2203.
48. General Medical Council. Outcomes for Graduates. – London: GMC, 2018.
49. Gigerenzer G., Gaissmaier W., Kurz-Milcke E., et al. Helping doctors and patients make sense of health statistics // Psychological Science in the Public Interest. – 2007. – Vol. 8, № 2. – P. 53–96.
50. Goldenring J.M., Rosen D.S. Getting into adolescent heads: an essential update // Contemporary Pediatrics. – 2004. – Vol. 21, № 1. – P. 64–90.
51. Hammond E.C., Selikoff I.J., Seidman H. Asbestos exposure, cigarette smoking and death rates // Annals of the New York Academy of Sciences. – 1979. – Vol. 330. – P. 473–490.
52. Harden R.M. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1 – An introduction to outcome-based education // Medical Teacher. – 1999. – Vol. 21, № 1. – P. 7–14.
53. Harden R.M., Stevenson M., Downie W.W., Wilson G.M. Assessment of clinical competence using objective structured examination // British Medical Journal. – 1975. – Vol. 1, № 5955. – P. 447–451.
54. He F.J., Li J., MacGregor G.A. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials // BMJ. – 2013. – Vol. 346. – f1325.
55. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire // British Journal of Addiction. – 1991. – Vol. 86, № 9. – P. 1119–1127.
56. Hill A.B. The environment and disease: association or causation? // Proceedings of the Royal Society of Medicine. – 1965. – Vol. 58, № 5. – P. 295–300.

57. Hirshkowitz M., Whiton K., Albert S.M., et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary // Sleep Health. – 2015. – Vol. 1, № 1. – P. 40–43.
58. INACSL Standards Committee. Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ // Clinical Simulation in Nursing. – 2021. – Vol. 58. – P. 66.
59. Issenberg S.B., McGaghie W.C., Petrusa E.R., et al. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review // Medical Teacher. – 2005. – Vol. 27, № 1. – P. 10–28.
60. Ivers N., Jamtvedt G., Flottorp S., et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012. – Issue 6. – CD000259.
61. Kaner E.F.S., Beyer F.R., Muirhead C., et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2018. – Issue 2. – CD004148.
62. Kannel W.B., Dawber T.R., Kagan A., et al. Factors of risk in the development of coronary heart disease – six-year follow-up experience: the Framingham Study // Annals of Internal Medicine. – 1961. – Vol. 55. – P. 33–50.
63. Kawamoto K., Houlihan C.A., Balas E.A., Lobach D.F. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success // BMJ. – 2005. – Vol. 330, № 7494. – P. 765–768.
64. Kirkpatrick D.L., Kirkpatrick J.D. Evaluating Training Programs: The Four Levels. – 3rd ed. – San Francisco: Berrett-Koehler, 2006.
65. Klebe S., Leigh J., Henderson D.W., Nurminen M. Asbestos, smoking and lung cancer: an update // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 1. – P. 258.
66. Knowler W.C., Barrett-Connor E., Fowler S.E., et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin // New England Journal of Medicine. – 2002. – Vol. 346, № 6. – P. 393–403.
67. Knowles M.S. The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy. – Chicago: Follett, 1980.
68. Kolb D.A. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.
69. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. – Ottawa: Government of Canada, 1974.
70. Levin M.L. The occurrence of lung cancer in man // Acta Unio Internationalis Contra Cancrum. – 1953. – Vol. 9, № 3. – P. 531–541.

71. Lewis K.L., Bohnert C.A., Gammon W.L., et al. The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP) // Advances in Simulation. – 2017. – Vol. 2. – P. 10.
72. Lindström J., Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk // Diabetes Care. – 2003. – Vol. 26, № 3. – P. 725–731.
73. Lundahl B., Moleni T., Burke B.L., et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Patient Education and Counseling. – 2013. – Vol. 93, № 2. – P. 157–168.
74. Michie S., van Stralen M.M., West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions // Implementation Science. – 2011. – Vol. 6. – P. 42.
75. Miller G.E. The assessment of clinical skills/competence/performance // Academic Medicine. – 1990. – Vol. 65, № 9 (Suppl.). – P. S63–S67.
76. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. – 3rd ed. – New York: Guilford Press, 2013.
77. Moyers T.B., Rowell L.N., Manuel J.K., et al. The Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4): rationale, preliminary reliability and validity // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2016. – Vol. 65. – P. 36–42.
78. National Research Council. Risk Assessment in the Federal Government: Managing the Process. – Washington, DC: National Academy Press, 1983.
79. Norcini J., Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31 // Medical Teacher. – 2007. – Vol. 29, № 9–10. – P. 855–871.
80. O’Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S., et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study // Lancet. – 2016. – Vol. 388, № 10046. – P. 761–775.
81. Oberg E.B., Frank E. Physicians’ health practices strongly influence patient health practices // Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. – 2009. – Vol. 39, № 4. – P. 290–291.
82. Omran A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change // Milbank Memorial Fund Quarterly. – 1971. – Vol. 49, № 4. – P. 509–538.

83. Pearce J., Mann M.K., Jones C., et al. The most effective way of delivering a Train-the-Trainers program: a systematic review // Journal of Continuing Education in the Health Professions. – 2012. – Vol. 32, № 3. – P. 215–226.
84. Pega F., Náfrádi B., Momen N.C., et al. Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000–2016: a systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury // Environment International. – 2021. – Vol. 154. – 106595.
85. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1983. – Vol. 51, № 3. – P. 390–395.
86. Prochaska J.O., Velicer W.F. The transtheoretical model of health behavior change // American Journal of Health Promotion. – 1997. – Vol. 12, № 1. – P. 38–48.
87. Public Health England, NHS England, Health Education England. Making Every Contact Count (MECC): Consensus Statement. – London, 2016.
88. Puska P., Vartiainen E., Laatikainen T., et al. (eds.) The North Karelia Project: From North Karelia to National Action. – Helsinki: National Institute for Health and Welfare, 2009.
89. Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. – New York: Guilford Press, 2008.
90. Rose G. Sick individuals and sick populations // International Journal of Epidemiology. – 1985. – Vol. 14, № 1. – P. 32–38.
91. Rosenstock I.M. Historical origins of the Health Belief Model // Health Education Monographs. – 1974. – Vol. 2, № 4. – P. 328–335.
92. Rothman K.J., Greenland S., Lash T.L. Modern Epidemiology. – 3rd ed. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
93. Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn’t // BMJ. – 1996. – Vol. 312, № 7023. – P. 71–72.
94. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe // European Heart Journal. – 2021. – Vol. 42, № 25. – P. 2439–2454.
95. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions // European Heart Journal. – 2021. – Vol. 42, № 25. – P. 2455–2467.

96. Stead L.F., Buitrago D., Preciado N., et al. Physician advice for smoking cessation // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – Issue 5. – CD000165.
97. Steinert Y., Mann K., Anderson B., et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: a 10-year update: BEME Guide No. 40 // Medical Teacher. – 2016. – Vol. 38, № 8. – P. 769–786.
98. Steinert Y., Mann K., Centeno A., et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8 // Medical Teacher. – 2006. – Vol. 28, № 6. – P. 497–526.
99. Swing S.R. The ACGME outcome project: retrospective and prospective // Medical Teacher. – 2007. – Vol. 29, № 7. – P. 648–654.
100. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training // Medical Education. – 2005. – Vol. 39, № 12. – P. 1176–1177.
101. Tuomilehto J., Lindström J., Eriksson J.G., et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance // New England Journal of Medicine. – 2001. – Vol. 344, № 18. – P. 1343–1350.
102. Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M., et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // European Heart Journal. – 2021. – Vol. 42, № 34. – P. 3227–3337.
103. Vounzoulaki E., Khunti K., Abner S.C., et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis // BMJ. – 2020. – Vol. 369. – m1361.
104. Vuori I.M., Lavie C.J., Blair S.N. Physical activity promotion in the health care system // Mayo Clinic Proceedings. – 2013. – Vol. 88, № 12. – P. 1446–1461.
105. Whitlock E.P., Orleans C.T., Pender N., Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach // American Journal of Preventive Medicine. – 2002. – Vol. 22, № 4. – P. 267–284.
106. Whittaker R., McRobbie H., Bullen C., et al. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2019. – Issue 10. – CD006611.
107. WHO CVD Risk Chart Working Group. World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions // Lancet Global Health. – 2019. – Vol. 7, № 10. – P. e1332–e1345.

108. WHO Regional Office for Europe. Integrated Brief Interventions for Noncommunicable Disease Risk Factors in Primary Care: The Manual. BRIEF Project. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022.
109. Wilson J.M.G., Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. – Geneva: World Health Organization, 1968. – (Public Health Papers; № 34).
110. World Federation for Medical Education. Basic Medical Education: WFME Global Standards for Quality Improvement. The 2020 Revision. – Copenhagen: WFME, 2020.
111. World Health Organization, International Telecommunication Union. Be He@lthy, Be Mobile: A Handbook on How to Implement mTobaccoCessation. – Geneva: WHO, 2016.
112. World Health Organization, UNICEF. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. – Geneva: WHO, 2018.
113. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. – New York, 1946.
114. World Health Organization. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia: Report of a WHO/IDF Consultation. – Geneva: WHO, 2006.
115. World Health Organization. Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health: WHO Guidance. – Geneva: WHO, 2021.
116. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020. – Geneva: WHO, 2013.
117. World Health Organization. Global Report on Hypertension 2025: High Stakes – Turning Evidence into Action. – Geneva: WHO, 2025.
118. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders. – Geneva: WHO, 2024.
119. World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020–2025. – Geneva: WHO, 2021.
120. World Health Organization. Guideline for the Pharmacological Treatment of Hypertension in Adults. – Geneva: WHO, 2021.
121. World Health Organization. Guideline: Sodium Intake for Adults and Children. – Geneva: WHO, 2012.
122. World Health Organization. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. – Geneva: WHO, 2015.
123. World Health Organization. Healthy Diet: Fact Sheet. – Geneva: WHO, 2020.

124. World Health Organization. Healthy Workplaces: A Model for Action. For Employers, Workers, Policy-makers and Practitioners. – Geneva: WHO, 2010.
125. World Health Organization. HEARTS Technical Package for Cardiovascular Disease Management in Primary Health Care: Risk-Based CVD Management. – Geneva: WHO, 2020.
126. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. – Geneva: WHO, 1986.
127. World Health Organization. Tackling NCDs: “Best Buys” and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. – Geneva: WHO, 2017.
128. World Health Organization. Toolkit for Delivering the 5A’s and 5R’s Brief Tobacco Interventions in Primary Care. – Geneva: WHO, 2014.
129. World Health Organization. Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8–11 December 2008. – Geneva: WHO, 2011.
130. World Health Organization. WHO Clinical Treatment Guideline for Tobacco Cessation in Adults. – Geneva: WHO, 2024.
131. World Health Organization. WHO Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care. – Geneva: WHO, 2020.
132. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2023: Protect People from Tobacco Smoke. – Geneva: WHO, 2023.
133. World Health Organization. WHO STEPS Surveillance Manual: The WHO STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance. – Geneva: WHO, 2017.
134. Yusuf S., Hawken S., Ôunpuu S., et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // Lancet. – 2004. – Vol. 364, № 9438. – P. 937–952.

IV. Internet resurslari

135. World Health Organization. Noncommunicable diseases: fact sheet (25 September 2025). – URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
136. World Health Organization. Uncontrolled high blood pressure puts over a billion people at risk: news release (23 September 2025). – URL: https://www.who.int/news/item/23-09-2025-uncontrolled-high-blood-pressure-puts-over-a-billion-people-at-risk

137. World Health Organization. Uzbekistan: Hypertension Fact Sheet (2019 data). – URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/hypertension/uzb_en.pdf
138. European Society of Cardiology. HeartScore®: interactive tool for cardiovascular risk assessment and management (SCORE2, SCORE2-OP). – URL: https://www.escardio.org/guidelines/practice-tools/cvd-prevention-toolbox/HeartScore/
139. World Health Organization. Long working hours increasing deaths from heart disease and stroke: WHO, ILO: news release (17 May 2021). – URL: https://www.who.int/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo
140. World Health Organization. WHO tobacco trends report: 1 in 5 adults still addicted to tobacco: news release (6 October 2025). – URL: https://www.who.int/news/item/06-10-2025-who-tobacco-trends-report-1-in-5-adults-still-addicted-to-tobacco
141. World Health Organization. Obesity and overweight: fact sheet. – URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
142. O‘zbekiston Respublikasi Qonunchilik ma’lumotlari milliy bazasi. – URL: https://lex.uz

ILOVALAR

1-ilova. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami uchun xavf omillarini skrining qilish so‘rovnomasi (namuna)

So‘rovnoma oilaviy shifokor yoki hamshira tomonidan profilaktik ko‘rik, dispanserizatsiya yoki odatiy murojaat vaqtida to‘ldiriladi; uni to‘ldirish 5–7 daqiqa vaqt oladi. So‘rovnoma STEPS metodikasi [133], AUDIT-C [22] va 2.2-jadvaldagi diagnostik mezonlar asosida tuzilgan.

№	Savol / ko‘rsatkich	Javob / qiymat
A. Umumiy ma’lumotlar		
1	Yoshi (to‘liq yil), jinsi	____ yosh; erkak / ayol
2	Kasbi; ish joyidagi zararli omillar (shovqin, chang, kimyoviy moddalar, smenali mehnat)	_____
B. Tamaki		
3	Hozirgi vaqtda tamaki mahsulotlarini iste’mol qilasizmi (sigareta, nos, qalyan, elektron sigareta)?	ha, har kuni / ha, har kuni emas / yo‘q, tashlaganman / hech qachon
4	Agar iste’mol qilsangiz: turi, kuniga miqdori, iste’mol stoji	_____; ___ dona/kun; ___ yil
C. Alkogol (AUDIT-C)		
5	Qanchalik tez-tez alkogolli ichimlik iste’mol qilasiz?	hech qachon (0) / oyiga 1 marta yoki kamroq (1) / oyiga 2–4 marta (2) / haftasiga 2–3 marta (3) / haftasiga 4 va undan ko‘p (4)
6	Iste’mol qilgan kuningizda odatda nechta standart porsiya ichasiz?	1–2 (0) / 3–4 (1) / 5–6 (2) / 7–9 (3) / 10 va undan ko‘p (4)
7	Qanchalik tez-tez bir martada 6 va undan ko‘p porsiya ichasiz?	hech qachon (0) / oyiga 1 martadan kam (1) / har oy (2) / har hafta (3) / har kuni yoki deyarli har kuni (4)
D. Ovqatlanish		
8	Kuniga necha porsiya meva va sabzavot iste’mol qilasiz? (1 porsiya = 80 g)	___ porsiya
9	Taomga dasturxonda qo‘shimcha tuz qo‘shasizmi?	doimo / tez-tez / ba’zan / kamdan-kam / hech qachon
10	Shirin gazli ichimliklar va shakarli sharbatlarni qanchalik tez-tez ichasiz?	har kuni / haftasiga bir necha marta / kamdan-kam
E. Jismoniy faollik		
11	Haftasiga necha kun kamida 30 daqiqa o‘rtacha intensivlikdagi faollik (tez yurish, velosiped, sport) bilan shug‘ullanasiz?	___ kun
12	Odatiy kunda o‘tirib o‘tkaziladigan vaqt	___ soat

№	Savol / ko‘rsatkich	Javob / qiymat
F. Anamnez		
13	Shifokor sizga qachondir arterial bosimingiz yuqori ekanligini aytganmi? Bosimni pasaytiruvchi dori qabul qilasizmi?	ha / yo‘q; ha / yo‘q
14	Qonda qand miqdori oshganligi yoki qandli diabet aniqlanganmi?	ha / yo‘q
15	Yaqin qarindoshlarda erta yoshda (erkaklarda 55, ayollarda 65 yoshgacha) infarkt yoki insult bo‘lganmi?	ha / yo‘q
16	So‘nggi oyda o‘zingizni tez-tez asabiy yoki tushkun his qildingizmi? Sutkalik uyqu davomiyligi	ha / yo‘q; ___ soat
G. Obyektiv ko‘rsatkichlar		
17	Bo‘y (sm), vazn (kg), TVI (kg/m²)	___ / ___ / ___
18	Bel aylanasi (sm)	___
19	Arterial bosim (1-, 2-, 3-o‘lchov; o‘rtacha), mm sim. ust.	___ / ___ / ___; o‘rtacha ___
20	Qonda glyukoza va umumiy xolesterin, mmol/l	___ / ___
H. Xulosa		
21	Aniqlangan xavf omillari ro‘yxati va soni	_____
22	Umumiy yurak-qon tomir xavfi (JSST jadvali yoki SCORE2), %; xavf toifasi	___ %; past / o‘rtacha / yuqori / juda yuqori
23	Asosiy xavf omili bo‘yicha o‘zgarishga tayyorlik bosqichi	_____
24	Berilgan maslahat, kelishilgan reja va keyingi tashrif sanasi	_____

Izoh: AUDIT-C bo‘yicha ball oshgan hollarda (ko‘p qo‘llaniladigan chegara: erkaklarda 4 va undan ko‘p, ayollarda 3 va undan ko‘p ball) to‘liq AUDIT testi o‘tkaziladi; chekuvchi bemorlarda FTND testi (2.3-jadval), 40 yoshdan katta shaxslarda FINDRISC so‘rovnomasi (2-ilova) qo‘llaniladi.

2-ilova. 2-tip qandli diabet xavfini baholash so‘rovnomasi (FINDRISC, o‘zbek tiliga moslashtirilgan variant)

So‘rovnoma J. Lindstrem va J. Tuomilehto tomonidan ishlab chiqilgan shkala asosida tuzilgan [72]. Har bir savol bo‘yicha to‘plangan ballar qo‘shiladi; umumiy ball 0 dan 26 gacha bo‘lib, uning talqini 2.5-jadvalda keltirilgan.

№	Savol	Javob varianti va ball
1	Yoshingiz	45 yoshgacha – 0; 45–54 yosh – 2; 55–64 yosh – 3; 64 yoshdan katta – 4
2	Tana vazni indeksi (kg/m²)	25 dan kam – 0; 25–30 – 1; 30 dan ortiq – 3
3	Bel aylanasi (qovurg‘alar ostida, odatda kindik sathida), sm	erkaklar: 94 dan kam – 0; 94–102 – 3; 102 dan ortiq – 4. Ayollar: 80 dan kam – 0; 80–88 – 3; 88 dan ortiq – 4
4	Ishda yoki bo‘sh vaqtda har kuni kamida 30 daqiqa jismoniy faollik bilan shug‘ullanasizmi?	ha – 0; yo‘q – 2
5	Qanchalik tez-tez meva, rezavorlar yoki sabzavot iste’mol qilasiz?	har kuni – 0; har kuni emas – 1
6	Arterial bosimni pasaytiruvchi dori vositalarini muntazam qabul qilganmisiz?	yo‘q – 0; ha – 2
7	Qonda glyukoza miqdori oshganligi (tibbiy ko‘rikda, kasallik yoki homiladorlik vaqtida) aniqlanganmi?	yo‘q – 0; ha – 5
8	Oila a’zolaringiz yoki qarindoshlaringizda qandli diabet (1 yoki 2-tip) bo‘lganmi?	yo‘q – 0; ha: bobo, buvi, amaki, tog‘a, amma, xola yoki ularning farzandlarida – 3; ha: ota-ona, aka-uka, opa-singil yoki farzandlarda – 5
	Umumiy ball (maksimal 26)	___

3-ilova. OSCE stansiyasi uchun standartlashtirilgan bemor ssenariysi: “Arterial gipertenziyali bemorga ovqatlanish va tuz iste’moli bo‘yicha maslahat”

Stansiya maqsadi. O‘quvchining bemorning o‘zgarishga tayyorligini baholash, motivatsion suhbat texnikalarini qo‘llash hamda tuz iste’molini kamaytirish bo‘yicha aniq va bemorga moslashtirilgan qisqa maslahat berish ko‘nikmalarini baholash.

O‘quvchi uchun topshiriq (stansiya eshigidagi varaqa). Siz oilaviy poliklinikada oilaviy shifokorsiz. Bemor A., 52 yosh, taksi haydovchisi, arterial bosimni nazorat qilish uchun keldi. Uch oy oldin unga arterial gipertenziya tashxisi qo‘yilgan, antigipertenziv dori qabul qiladi. Bugungi arterial bosim – 152/96 mm sim. ust., TVI – 29,4 kg/m², bel aylanasi – 101 sm, chekmaydi. Vazifa: 8 daqiqa ichida bemor bilan ovqatlanish va tuz iste’moli bo‘yicha qisqa maslahat o‘tkazing. Fizikal ko‘rik talab etilmaydi.

Standartlashtirilgan bemor uchun ma’lumot.

– *Umumiy tavsif:* 52 yoshli erkak, shahar ichida taksi haydovchisi, uylangan, uch farzand va ikki nabirasi bor. Kun bo‘yi mashinada bo‘ladi, tushlikni ko‘pincha yo‘lda (somsa, non, choy) qiladi, haftasiga bir-ikki marta choyxonada ovqatlanadi. Kechqurun oila bilan ovqatlanadi va taomga “tuzi past” deb dasturxonda tuz qo‘shadi; tuzlama, qurt va sho‘r pishloqni yaxshi ko‘radi.

– *Munosabat va kayfiyat:* xushmuomala, lekin biroz shoshilgan; “dori ichib yuribman-ku, shu yetmaydimi?” deb hisoblaydi. O‘zgarishga tayyorlik bosqichi – kontemplyatsiya: onasining 60 yoshida insult o‘tkazgani uni tashvishlantiradi.

– *Faqat so‘ralganda aytiladigan ma’lumotlar:* onasining insult o‘tkazgani; kechqurunlari boshi og‘rishi; rafiqasi ovqatni tuzliroq pishirishi; choyxonada ovqatlanish odati.

– *Tipik iboralar:* “Tuzsiz ovqat ovqatmi?”, “Vaqtim yo‘q, kun bo‘yi rulda o‘tiraman”, “Onam ham bosimdan yiqilgan edi…”.

– *O‘quvchining harakatlariga reaksiya:* agar o‘quvchi hukm qiluvchi yoki buyruq ohangida gapirsa (“Tuzni butunlay tashlang!”), bemor qarshilik ko‘rsatadi (“Bunday qila olmayman”). Agar o‘quvchi ochiq savollar bersa, bemorning fikrlarini aks ettirsa va ruxsat so‘rab ma’lumot bersa, bemor asta-sekin o‘zgarishga qiziqish bildiradi va kichik qadamni (masalan, dasturxonda tuz qo‘shmaslik, tuzlamani haftasiga bir-ikki marta bilan cheklash) o‘zi taklif qiladi.

Kutilayotgan asosiy elementlar: ovqatlanish va tuz iste’moli, jumladan yashirin tuz manbalari haqida so‘rash; bemorning fikri va xavotirlarini aniqlash; muhimlik va ishonch shkalasini qo‘llash; maslahatni shaxsiy xavf bilan bog‘lash (onasining insulti, bosh og‘rig‘i); aniq tavsiya (tuz kuniga 5 g dan kam – taxminan bir choy qoshiq; yashirin manbalar); bemor bilan birgalikda 1–2 ta kichik va aniq maqsad belgilash; kuzatuvni tashkil etish (arterial bosim kundaligi, 4 haftadan keyin qayta tashrif).

Baholash. O‘quvchi 6.3-jadvaldagi varaqa tuzilmasiga o‘xshash, ovqatlanish bo‘yicha maslahatga moslashtirilgan baholash varaqasi hamda standartlashtirilgan

bemorning global bahosi (1–5 ball: “Shifokor meni tushundi va hurmat qildi”, “Endi nima qilishim kerakligini aniq bilaman”) asosida baholanadi.

4-ilova. Shifokorning profilaktik kompetensiyasini o‘z-o‘zini baholash so‘rovnomasi

Har bir fikrga qanchalik qo‘shilishingizni belgilang: 1 – mutlaqo qo‘shilmayman; 2 – qo‘shilmayman; 3 – betarafman; 4 – qo‘shilaman; 5 – to‘liq qo‘shilaman. Har bir bo‘lim bo‘yicha o‘rtacha ball (1–5) hisoblanadi va integral ko‘rsatkichga kiritish uchun k = (o‘rtacha ball – 1) / 4 formulasi bo‘yicha normallashtiriladi.

№	Fikr	1	2	3	4	5
I. Motivatsion-qadriyatli komponent						
1	Xavf omillarini aniqlash va maslahat berish – shifokorning asosiy vazifalaridan biri					
2	Qisqa profilaktik maslahat bemorning xulq-atvorini o‘zgartirishi mumkinligiga ishonaman					
3	Qabul vaqti cheklangan bo‘lsa ham profilaktik suhbatga vaqt ajratishga tayyorman					
4	O‘zim sog‘lom turmush tarzi tavsiyalariga amal qilaman					
II. Kognitiv komponent						
5	O‘zbekistonda YuBK xavf omillarining tarqalishi haqida aniq ma’lumotga egaman					
6	SCORE2 va JSST xavf jadvallarining qo‘llanilish shartlarini bilaman					
7	AUDIT, FTND va FINDRISC natijalarini talqin qila olaman					
8	Xulq-atvor o‘zgarishining asosiy nazariyalarini tushuntirib bera olaman					
III. Operatsion-faoliyatli komponent						
9	Arterial bosim va antropometrik o‘lchovlarni standart bo‘yicha bajaraman					
10	Umumiy yurak-qon tomir xavfini mustaqil hisoblay olaman					
11	“5A” modeli bo‘yicha qisqa maslahatni 5–8 daqiqada o‘tkaza olaman					
12	Bemor bilan birgalikda individual profilaktika rejasini tuza olaman					
IV. Kommunikativ komponent						
13	Bemorning o‘zgarishga tayyorlik bosqichini aniqlay olaman					
14	Suhbatda ochiq savollar va refleksiv tinglashdan foydalanaman					

№	Fikr	1	2	3	4	5
15	Xavf haqidagi ma’lumotni bemorga tushunarli tarzda (absolyut xavf, rasmlar) yetkaza olaman					
16	Qarshilik ko‘rsatayotgan bemor bilan ham bahslashmasdan muloqot qila olaman					
V. Refleksiv komponent						
17	O‘z profilaktik maslahatlarim natijalarini muntazam tahlil qilaman					
18	Hamkasblar va bemorlardan olingan qayta aloqadan amaliyotimni yaxshilash uchun foydalanaman					
19	Profilaktika bo‘yicha bilim va ko‘nikmalarimni rivojlantirish rejam bor					
20	O‘z maslahatlarimdagi xatolarni aniqlab, ularni tuzatishga harakat qilaman					

5-ilova. Atamalar lug‘ati (glossariy)

Atama	Ta’rifi
Absolyut xavf	ma’lum vaqt oralig‘ida shaxsda kasallik yoki hodisa rivojlanish ehtimoli
Atributiv xavf (AX)	ta’sirga uchraganlarda kasallanishning shu ta’sir bilan bog‘liq qo‘shimcha qismi ($I_1 – I_0$)
Brifing	simulyatsion mashg‘ulot oldidan maqsad, ssenariy va qoidalar bilan tanishtirish bosqichi
Debrifing	simulyatsiyadan keyin o‘quvchi harakatlarini tizimli tahlil qilish va xulosalar chiqarish bosqichi
Dispanser kuzatuvi	surunkali kasalligi yoki yuqori xavfi bo‘lgan shaxslarni faol dinamik kuzatish
Ekspozitsiya	insonning xavf omili ta’siriga uchrashi (miqdori, davomiyligi, yo‘li)
Epidemiologik o‘tish	kasallanish va o‘lim tuzilmasining yuqumli kasalliklardan surunkali YuBK tomon siljishi
Integral ko‘rsatkich (K)	profilaktik kompetensiya komponentlari bo‘yicha normallashtirilgan natijalarning vaznli yig‘indisi
Ish joyida salomatlikni mustahkamlash	ish beruvchilar, ishlovchilar va jamiyatning ishlovchilar salomatligi va farovonligini yaxshilashga qaratilgan birgalikdagi sa’y-harakatlari
Kaskad o‘qitish (“trenerlarni tayyorlash”)	maxsus tayyorlangan trenerlar keyingi bosqich o‘qituvchilarini o‘qitadigan va ko‘nikmalarni bosqichma-bosqich keng tarqatishga imkon beruvchi model
Kirkpatrick modeli	ta’lim samaradorligini reaksiya, o‘zlashtirish, xulq-atvor va natijalar darajalarida baholash modeli
Klinik qarorlarni qo‘llab-quvvatlash tizimi (KQQT)	bemor ma’lumotlari asosida shifokorga qaror qabul qilish paytida xavf bahosi, eslatma va tavsiyalarni taqdim etuvchi kompyuter tizimi
Kombinatsiyalangan (birgalikdagi) ta’sir	ikki va undan ortiq xavf omilining bir vaqtdagi ta’siri; u additiv (qo‘shiluvchi) yoki multiplikativ (ko‘paytiruvchi) bo‘lishi mumkin
Kompetensiya	kasbiy faoliyatda muayyan vazifani sifatli bajarishga imkon beruvchi bilim, ko‘nikma, qadriyat va shaxsiy sifatlar integratsiyasi

Atama	Ta’rifi
Miller piramidasi	klinik kompetensiyani “biladi”, “qanday qilishni biladi”, “ko‘rsatib bera oladi” va “bajaradi” darajalarida baholash modeli
Mobil sog‘liq (mHealth)	mobil qurilmalar (SMS, ilovalar) yordamida tibbiy xizmat ko‘rsatish va bemorni profilaktik jihatdan masofadan qo‘llab-quvvatlash
Motivatsion suhbat	insonning o‘zgarishga bo‘lgan shaxsiy motivatsiyasini kuchaytirishga qaratilgan, hamkorlikka asoslangan muloqot uslubi
Nisbiy xavf (NX)	ta’sirga uchragan va uchramagan guruhlarda kasallanish ko‘rsatkichlari nisbati
OSCE	standartlashtirilgan stansiyalarda oldindan belgilangan mezonlar bo‘yicha klinik ko‘nikmalarni obyektiv baholash usuli
Populyatsion atributiv ulush (PAF)	aholidagi kasallanishning xavf omili bilan bog‘liq qismi
Profilaktik kompetensiya	xavf omillarini aniqlash, individual va umumiy xavfni baholash hamda bemorda sog‘lom turmush tarzini shakllantirish bo‘yicha dalillarga asoslangan faoliyatni samarali amalga oshirishga tayyorlik va qobiliyatni ifodalovchi integrativ shaxsiy-kasbiy sifat
Qaror balansi	xulq-atvorni o‘zgartirishning afzallik va kamchiliklarini qiyosiy baholash
Qisqa profilaktik aralashuv	odatiy qabul doirasida o‘tkaziladigan, bir necha daqiqadan 15 daqiqagacha davom etadigan, xulq-atvorni o‘zgartirishga qaratilgan tuzilmalashtirilgan suhbat
Risk-kommunikatsiya	xavf to‘g‘risidagi ma’lumotni tushunarli shaklda yetkazish va u bo‘yicha birgalikda qaror qabul qilish jarayoni
Rouz paradoksi	kichik xavfga uchragan ko‘p sonli odamlar katta xavfga uchragan kam sonli odamlarga qaraganda ko‘proq kasallik holatlarini yuzaga keltirishi mumkinligi
Salomatlik maktabi	umumiy muammoga ega bemorlar uchun tuzilmalashtirilgan guruhli o‘quv dasturi
Skrining	tashqi jihatdan sog‘lom shaxslar orasida kasallik yoki xavf omillarini faol aniqlash
Sog‘lom turmush tarzi	shaxsning salomatlikni saqlash va mustahkamlashga, kasalliklar xavfini kamaytirishga yo‘naltirilgan, ongli tanlangan va barqaror odatga aylangan kundalik xulq-atvor shakllari tizimi
Standartlashtirilgan bemor	muayyan ssenariy bo‘yicha bemor rolini izchil ijro etuvchi va o‘quvchiga qayta aloqa beruvchi maxsus tayyorlangan shaxs
Transteoretik model	xulq-atvor o‘zgarishini ketma-ket bosqichlardan iborat jarayon sifatida tavsiflovchi model
Umumiy yurak-qon tomir xavfi	bir necha xavf omilining birgalikdagi ta’siri asosida hisoblangan, ma’lum vaqt ichida yurak-qon tomir hodisasi rivojlanish ehtimoli
Uzluksiz kasbiy rivojlanish	tibbiyot xodimining butun kasbiy faoliyati davomida bilim va ko‘nikmalarini doimiy yangilab borish tizimi
Xavf omili	kasallik rivojlanish ehtimolini oshiruvchi, u bilan statistik va sababiy bog‘liq xususiyat, xulq-atvor yoki ta’sir
Xavfni gigiyenik baholash	atrof-muhit va ishlab chiqarish omillari ta’sirida salomatlik uchun xavfni to‘rt bosqichli metodologiya asosida baholash

Atama	Ta’rifi
O‘z samaradorligiga ishonch	insonning muayyan harakatni muvaffaqiyatli bajara olishiga ishonchi (self-efficacy)
O‘zaro ta’sir hisobiga ortiqcha nisbiy xavf (RERI)	additiv shkalada ikki omil o‘zaro ta’sirining miqdoriy ko‘rsatkichi: $RERI = NX_{11} – NX_{10} – NX_{01} + 1$