

ТИББИЁТ БИЛИМ ЮРТЛАРИ ТАЛАБАЛАРИ УЧУН
УҚУВ АДАБИЁТИ

Қ. С. ИНОМОВ

ҲАМШИРАЛИК ИШИ

2-нашри

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги
тиббиёт билим юрларининг талабалари учун дарслик сифатида
тавсия этган

Тошкент Абу Али ибн Сино номидаги
тиббиёт нашриёти
1998

53.5
УДК 41.1

Тақризчилар: Й. Охунбобоев номидаги Республика тиббиёт билим юртининг олий тоифали ўқитувчиси М. К. Иброҳимова, П. Ф. Боровский номидаги тиббиёт билим юрти услубчиси М. С. Юсупова.

Иномов Қ. С.

И 58 Ҳамширалик иши: Тиббиёт билим юртларининг талабалари учун дарслик.— 2 нашри.— Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашр., 1998.— 288 б. (Тиббиёт билим юртлари талабалари учун ўқув адабиёти).

Дарслик янги дастур асосида тузилган булиб, тиббиёт билим юртлари талабалари ва ўқитувчиларига, шунингдек мустақил фаолият юритаётган ҳамширалар учун кундалик ишларида қўл келади.

ББК 53.5я723

И 4108020000—016 16—97
М 354(04)—97

ISBN 5-638-01268-2.

© Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 1998.

Мустақил республикамизнинг келажаги албатта халқнинг саломатлиги, саломатликни сақлаш эса тайёрланаётган ҳамшираларнинг билим ва малакаларига боғлиқдир.

Тиббиёт билим юртларида таҳсил олаётган бўлажак ҳамшираларнинг билим ва малакалари «Ҳамширалик иши» фанининг нақадар чуқур ўрганишига боғлиқлигини назарда тутсак, тақдим этилаётган ўзбек тилидаги илк дарслик ушбу вазифани бажаришга асос солмоқда.

Дарслик икки қисмдан иборат бўлиб, ўқувчилар биринчи, назарий қисмда ҳамшираларнинг муомала маданиятини, бемор олдида ўзини тутиши, ҳамшира хуқи ва одобини, соғлом турмуш тарзини шакллантириш масалаларини ўрганишса, иккинчи — амалий қисмда, ҳамшира билиши ва удалай олиши лозим бўлган қўникмаларни, касалликни даволашнинг энг йирик ажралмас қисми бўлмиш беморларни парвариш қилиш сирларини ўрганадилар.

Қўлланма янги дастур асосида тузилган бўлиб, тиббиёт билим юртлари талабалари ва ўқитувчиларига, шунингдек мустақил фаолият юритаётган ҳамширалар учун ҳам кундалик фаолиятларида қўл келади, деган умиддамиз.

Дарслик ҳақидаги фикр ва мулоҳазалар, таклифлар муаллиф томонидан мамнуният билан қабул қилинади.

НАЗАРИЙ ҚИСМ

КИРИШ

ҚАДИМГИ ШАРҚ ВА УЙҒОНИШ ДАВРИДА ЎРТА ОСИЁ ТАБОБАТИ

Медицина (лат. *medicina*—даволайман), табобат, тиббиёт—кишилар соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш, умрни узайтириш, касалликларнинг олдини олиш, даволаш ҳақидаги билимлар ва шу соҳадаги амалий тадбирлар мажмуидир.

Замонавий тиббиёт келиб чиқиши узоқ тарихий даврларни ва турли қарашларни ўз ичига олади: турли касалликлар, уларни даволаш ва олдини олиш ҳақидаги билимлар асоси қадимдан халқ оммасининг тажриба ва кузатишларига боғлиқ бўлган. Табобат куртаклари одам пайдо бўлган даврдан бошлаб юзага келган. «Медицина фаолияти—дастлабки одам билан тенгдош», деб ёзган эди И. П. Павлов.

Қулдорлик жамиятида асосан уқалаш, сув муолажалари, бадантарбия ва бошқаларга кўпроқ эътибор берилган: жарроҳлик усуллари, масалан, кесарча кесиш (қорин девори ва бачадонни ёриб ҳомилани олиш) ҳамда бошқа унча катта бўлмаган операциялар қилинган. Бу давр шифокорлик санъатининг шаклланишида тиббиёт алломаси Букротнинг (милоддан аввалги 460—377) ҳиссаси ниҳоятда катта, у кўпгина касалликларнинг ташқи белгиларини, касаллик келиб чиқишида турмуш тарзи, атроф-муҳит ва иқлимнинг таъсирини тавсиф этди. Мижоз ва гавда тузилиши турлари ҳақидаги таълимоти билан беморни даволаш ва унга ташхис қўйишда ўзига хос ёндошишга асос солди. Албатта, ўша даврда даво ишлари илмий асосда бўлмаган, муолажа айрим аъзолар ва уларни физиология вазифасини аниқ билишга асосланмай, организмдаги 4 хил хилт (шиллик, қон, сариқ ва қора сафро) нинг ўзгаришига қараб белгиланган.

Одам танасининг тузилиши ва функциясини ўрганишга оид дастлабки тадқиқотлар милоддан аввалги 3 асрдаёқ пайдо бўлган; александриялик шифокор Герофил ва Эра-

систрат мурдани ёриб кўришган, ҳайвонларда турли тажрибалар ўтказишган.

Ўрта асрларда табобат илми Шарқда, жумладан Ўрта Осиёда ривожлана бошлади. Юнон, санскрит ва бошқа қадимий Шарқ тилларида ёзилган тиббий асарларнинг кўпчилиги, жумладан, Арасту, Диоскорид ва Галеннинг доришуносликка оид асарлари шу даврда сурёний ва араб тилига таржима қилинди. Абу Ҳанифа ад-Динаворий, Абу Мансур Сомоний, Муҳаммад ибн Баҳром Колонисий, Али ибн Умар Нажибуддин Самарқандий каби машҳур табиб ва ҳақимлар турли касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари, уларнинг олдини олиш, даволаш ҳамда доришуносликка оид илмий асарлари ва амалий ишлари билан Шарқда тиббиётнинг ривожланишига катта ҳисса қўшдилар.

Шарқнинг машҳур табиби, қомусчи олими Абу Бакр ар-Розий (865—925) нинг табобат соҳасидаги асарлари умуман жаҳон тиббиёти ривожланиши ва бойишида ғоят улкан аҳамият касб этди.

Розийнинг табобатга оид энг йирик асари «Китоб ал-хувий» («Қамраб олувчи китоб») деб аталади. Бу китоб Розийгача тиб илми соҳасида маълум бўлган барча маълумотларни ўз ичига олади ва ҳажм жиҳатдан Ибн Синонинг «Қонун»идан ҳам каттадир. Абу Бакр ар-Розийнинг шогирди Робий ибн Аҳмад ал-Аҳаваний ал Бухорий «Ҳидоят ал-мутаъллимин фи-т-тибб» («Табобатни урганувчилар учун қўлланма») номли китобни яратиб, Розийгача бўлган ва Розий баён этган фикрларни умумлаштиради, мукамал қўлланмавий асар яратади.

Абу Али ибн Сино Бухоро шаҳри яқинидаги Афшона қишлоғида туғилган. Дастлабки илми Бухорода олган ва ёшлик чоғиданоқ кўп фанларни мукамал эгаллаган.

У Хоразм ва Эронда сарой табиби булиб хизмат қилган, тиббиётдаги беқиёс хизматлари, кашфиётлари уни бутун дунёга машҳур қилган.

Абу Али ибн Сино 450 дан ортиқ қимматли асарлар яратган бўлиб, замонлар ўтиши билан бизгача фақат 242 асари сақланиб қолган. Мана шу асарларнинг 43 таси тиббиётга оиддир. Ибн Синонинг тиббиётга оид энг йирик ва асосий асари, ҳатто умуман унинг ижодидаги шоҳ асари «Тиб қонунлари»дир. «Тиб қонунлари» беш китобдан иборат:

Биринчи китоб табобатнинг назарий асослари ҳамда амалий табобатнинг умумий масалалари ҳақида маълумот беради. Табобат илмининг таърифи, унинг вазифалари, хилт ва мижоз ҳақидаги таълимот баён қилинади. Кейин одам танасининг «оддий» аъзолари—суяк, тоғай, артерия, вена, пай, бойлам ва мушаклар ҳақида маълумот берилади.

Иккинчи китобда ўша давр табобатида қўлланилган дори-дармонлар ҳақида зарурий маълумотлар баён қилинган.

Учинчи китоб инсон танасининг бошидан товонигача бўлган аъзоларда юз берадиган «хусусий» ёки «маҳаллий» касалликлар ҳақида маълумот беради, яъни хусусий патология ва терапияга бағишланган.

Туртинчи китобда киши аъзоларидан биронтасига хос бўлмаган «умумий» касалликлар таърифланади.

Бешинчи китоб фармакопея бўлиб, унда мураккаб таркибли дори-дармонлар тайёрлаш ва улардан фойдаланиш усуллари баён қилинган.

Тиббиёт фанининг ривожланишида қадимий Осиё мамлакатларининг ҳиссаси ҳам бор. Ҳиндистон, Тибет, Хитой ва Араб мамлакатларида ўсимликлар билан даволаш кенг тус олган.

Хитой халқ тиббиёти узоқ тарихга эга. Хитой тиббиётининг асосчиси, бундан 33 минг йил олдин ҳоқонлик қилган Шен-Нунг ҳисобланади. Шен-Нунгнинг «Ажойиботлар китоби»да ўсимликларнинг синоним номлари, ботаник таърифи, ўсимликлардан маҳсулот тайёрлаш даврлари ва усуллари, ўсимликларнинг географик жойлашиши, мазкур дори-дармоннинг таъсир доираси, қўлланиши, дори-дармон иштирок этадиган рецептлар рўйхати ҳамда шу дори-дармонлар билан даволаш мумкин бўлган касалликларнинг умумий рўйхати келтирилган.

Жаҳон тиббиёт тарихида ҳамшираларни тайёрлашда асосий ўринни Халқаро Қизил/Хоч ва Қизил Ярим ой жамияти эгаллаган бўлиб, у 125 йил муқаддам, XIX аср урталарида рус олими, жамият арбоби Н. И. Пирогов швейцариялик Анри Дюнан ва англиялик Флоренс Найтингейл томонидан ташкил этилган. Қизил Хоч жамиятлари ўша даврда рўй бераётган урушларда ярадорларга ёрдам бериш учун шафқат ҳамшираларини тайёрлардилар. Ярадорларга жанг майдонида ва касалхоналарда ёрдам бериш

ишининг яхши эмаслигини англаб етган Н. И. Пирогов 1844 йили Петербургда Крестовоздвиженск ҳамширалар уюшмасини тузди. Шафқат ҳамширалари эса XIX асрнинг энг қонли урушларидан бири бўлмиш Крим урушида (1854—1856) қахрамонлик кўрсатишди. Бу уюшмада таҳсил олган биринчи шафқат ҳамшираси Даша Севастопольскаядир. Шундай қилиб, Қизил Хоч жамияти раҳбарлиги остида ҳамширалар тайёрлаш иши йўлга қўйилди.

Ўзбекистонда Қизил Хоч ва Қизил Ярим Ой жамияти 1925 йилда ташкил этилди. Ҳозирги даврда Қизил Хоч жамияти аҳолининг санитария маданиятини оширишга, уни ватан санитария мудофаасига тайёрлашга, меҳнаткашларнинг меҳнат ва турмуш шароитларини соғломлаштиришга ёрдам беради. Бепул донорликни тарғиб қилиш ва бу ишга аҳолини жалб этиш катта аҳамиятга эгадир.

Халқаро Қизил Хоч жамияти ҳамширалик фаолиятида жонбозлик кўрсатган, фидойи ҳамширалик учун узининг юксак унвони—Флоренс Найтингейл медалини таъсис этган бўлиб, II жаҳон урушидаги мардлиги ва фидойилиги учун 41 та собиқ иттифоқ тиббий ҳамширалари шу юксак унвонга сазовор булишган.

Бизнинг ўлкамизда тиббиёт фани ҳам ўз тарихига эга бўлган. 1868 йили Тошкентда биринчи ҳарбий шифохона очилди, у кейинчалик катта ҳарбий госпиталга айланди. Сўнгра Самарқанд, ундан кейинроқ Хива ва Бухоро шаҳарларида ҳам касалхоналар очилди. 1918 йили Туркистон ўлкасидаги ҳамма тиббиёт ходимлари (шифокорлар, фельдшерлар, доялар, тиб. ҳамширалар ва бошқ.) рўйхатдан ўтказилди. Соғлиқни сақлаш бўйича марказий ва маҳаллий идоралар ҳамда муассасалар барпо этилди. Туркистонда Соғлиқни сақлаш ташкилотлари фаолияти ва маҳаллий тиббиёт ходимларини тайёрлаш ишлари юксала борди. 1918 йилда Тошкентда биринчи тиббиёт билим юрти очилди (ҳозирги Охунбобоев номидаги тиббиёт билим юрти). 1920 йили Тошкентда Урта Осиё Давлат до-рилфунуни (ҳозирги ТошДУ) ташкил этилди, унинг тиббиёт факультети кейинчалик (1931 йил) Тошкент Давлат тиббиёт институтига айланди. 1932 йили Тошкентда шифокорлар малакасини ошириш институти ишга туширилди. Кейинроқ фармацевтика, сил касаллиги, қон қуйиш илмий-тадқиқот институтилари ва бошқалар ташкил этилди.

Иккинчи жаҳон уруши даврида Ўзбекистонда касалхоналар тармоғи кенгайиб кетди, бу ерга С. М. Киров номидаги Ҳарбий тиббиёт академияси, 2-Москва тиббиёт институти ва бошқа тиббиёт муассасалари кўчирилди. Касалхоналардаги ўринлар сони кўпайди.

Урушдан кейинги йилларда жуда кўп янги илмий-тадқиқот институтлари барпо этилди. Санитария, гигиена ва касб касалликлари институтлари очилди. Онкология ва радиология, педиатрия илмий-тадқиқот институтлари шулар жумласидандир. 1955 йили Андижонда республикамызда учинчи тиббиёт институти, 1972 йил Тошкентда Ўрта Осиё педиатрия олий ўқув юрти очилди.

Соғлиқни сақлаш соҳасида қўлга киритилган ютуқларимиз кўпчилик чет эллик мутахассисларни қизиқтириб келмоқда. Ўзбекистонда бутуниттифоқ қурултойлар, халқаро кенгашлар, илмий анжуманлар ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг соғлиқни сақлаш масалаларига оид кўчма йиғилишлари ўтказиб турилади. Айни вақтда чет мамлакатлардан келган талабалар Ўзбекистондаги тиббиёт олий ўқув юртларида таҳсил олмақда.

Ўзбек шифокор олимлари ўз илмий ютуқлари билан чет эллик олимларни хабардор этиб, фикр алмашиб, ҳамкорликда иш кўрмоқдалар.

Ўзбекистонда (30 мингдан зиёд олим ва амалий тиббиёт ходимини ўз ичига олган) 35 дан ортиқ тиббиёт илмий жамияти, «Абу Али ибн Сино» нашриёти (1957 йилда ташкил этилган), Республика тиббиёт илмий кутубхонаси (1935 йилда очилган), Ўзбекистон соғлиқни сақлаш музейи (1973 йилда очилган) ва «Сихат-саломатлик» журнали мавжуд.

Ўрта махсус тиббиёт ўқув юртларининг барчаси Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги тасдиқлаган ягона ўқув режаси ва дастурига мувофиқ иш олиб борадилар.

«ҲАМШИРАЛИК ИШИ» ФАНИ, ВАЗИФАЛАРИ ВА КЛИНИК ФАНЛАР ОРАСИДА ТУТГАН ЎРНИ

«Ҳамширалик иши» фани тиббиёт ҳамширасига беморларни даволаш ва парвариш қилишнинг назарий ва амалий йўл-йўриқлари, тиббиёт ахлоқ-одоб қоидаларини, касалликларнинг олдини олиш ва соғлом одамлар саломатлигини сақлаш муаммоларини ўргатади. Ушбу фаннинг

назарий қисми бўлажак ҳамшираларга ахлоқ, одоб, бурч, ҳуқуқ ва масъулият, саналогия асосларини баён этса, амалий қисми—бевосита бемор олдида ўзини тутиш, тиббий муолажаларни бажариш, оғир ҳолатларда беморларга ёрдам беришдан иборат. Шу ўринда «Ҳамширалик иши» бошқа клиник фанлар орасида муҳим ўринни эгаллаб, ушбу фанлар учун пойдевор ҳисобланади.

1991 йилдан бошлаб медицина билимгоҳларида «Ҳамширалик иши» мутахассислиги жорий этилди. Тайёрланаётган мутахассисларга қўйиладиган талаблар қўлами кенгайди. Чунончи, янги 0408 «Ҳамширалик иши» мутахассислиги бўйича ҳамшираларнинг малака тавсифномалари ишлаб чиқилди. Ушбу тавсифномаларга биноан мутахассис даволаш-профилактика муассасаларида тиббиёт ҳамшираси (ҳамма турдаги) сифатида ишлаш учун тайёрланади.

Тавсифномада тиббиёт ҳамшираси бажара олиши ва билиши шарт бўлган вазифалар, тушунчалар, йўналишлар тўла санаб ўтилган. Ҳамширалик ишини ўрганиш давомида ўқувчилар тавсифномадаги барча шартларни тўлатқис эгаллашларига ҳаракат қилишади.

Шу ўринда ҳамширанинг бемор билан муносабатидаги эҳтиёткорликка тўхталмасликнинг иложи йўқ. Чунки ҳар бир бемор қандай ҳолатда бўлишидан қатъий назар, ўзига қараётган ҳамширага жуда ҳам синчковлик билан эътибор беради. Унинг кийиниши, ўзини тутиши, хулқи, сўзлашув одобидаги ҳар қандай камчиликлардан қаттиқ таъсирланади. Масалан, беморнинг ажратмаларидан ҳазар қилиш, жеркиб бериш, камситиш, ташқи қиёфага зўр бериб, беморни эътибордан четда қолдириш, ахлоқ ва деонтология қоидаларини қўпол бузиш, албатта, изсиз қолмайди.

Уқоридаги ноҳуя ҳаракатлар ва камчиликларга йўл қўймаслик, ҳамширалар фаолиятини назорат қилиш, тиббиёт соҳасидаги янгиликларни тезроқ оммалаштириш мақсадида катта касалхоналарда тиббиёт ҳамширалари кенгаши (уюшмалари) ташкил этилди. Бу кенгашларга бош шифокор ўринбосарлари ва катта ҳамширалар раҳбарлик қилишади (иловага қаралсин).

«Ҳамширалик иши» мутахассислиги бўйича касб эгаси бўлишни хоҳловчилар, инсонлар олдидаги масъулият ва ишончни тўла ҳис этишлари лозим.

Поляк шифокори Беганский айтганидек, «Инсоний муҳтожликка бефарқ қарайдиган, юмшоқ муомала қилиш-

ни билмайдиган, ҳамма жойда ва ҳамиша узини тута билиш учун ирода кучи етишмайдиган киши бошқа касбни танлагани маъкул, чунки у ҳеч қачон яхши тиббиёт ходими бўла олмайди».

1-бўлим

ТИББИЁТ ҲАМШИРАЛАРИ АМАЛИЙ ФАОЛИЯТИНИНГ АСОСЛАРИ

ДАВОЛАШ МУАССАСАЛАРИНИНГ САНИТАРИЯ-ГИГИЕНА РЕЖИМИ, МАҚСАДИ ВА АМАЛГА ОШИРИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Беморлар даволаш муассасаларида одатдаги уй шароитидан ажралган ҳолда бўладилар. Шу туфайли касалхонадаги ҳар қандай безовталаниш улар аҳволини оғирлаштириб қўйиши мумкин. Бунга йўл қўймаслик учун даволаш-муҳофаза тартибини жорий этиб, касалхона шароитида учраши мумкин бўлган ноқулай таъсиротларни бартараф қилиш зарур.

Касалхонада бемор руҳиятини эҳтиёт қилишга қаратилган тадбирларга алоҳида эътибор бериш керак. Шифокор ва ҳамширалар ноурин айтилган бир оғиз сўз беморни ташвишга солиши ва аҳволига путур етказишини унутмасликлари керак. Бемор олдида касаллик тарихини тасодифан ўқиб юбориш унга ёмон таъсир этиши мумкин, бунга йўл қўймаслик зарур.

Беморлар уйқуси тинч ва осойишта бўлиши лозим. Бу мақсадда секин гаплашишни талаб этиш, йулаклар полига линолеум қоплаш зарур. Ходим юмшоқ пойабзал кийиб юриши шарт. Курсилар, каравотлар ва суриладиган барча нарсалар тагига резина қоқилган бўлиши керак.

«Касалхона» ҳидини йўқотиш, хоналарни ҳамиша озода ва шинам тутиш ва бошқалар муҳим аҳамиятга эга.

Даволаш-муҳофаза тартиби парҳез (шифобахш) таомларни ҳам кўзда тутати. Бу тартибни тузишда патологик жараённинг хусусиятлари ва унинг кечиш мазмунини ҳисобга олган ҳолда таомнинг физиологик тўла қимматлигига ва терапевтик ўзига хослигига амал қилинади. Беморлар ва ходимлар учун жорий этилган тартибга қатъий

амал қилинмаса, тиббиёт муассасалари ишида муваффақиятга эришиб бўлмайди.

Хоналар инфекция тарқалишининг олдини олиш учун махсус воситалар ёрдамида кунига 3—4 марта ҳўл латта билан тозалаб турилади. Ҳавони ифлосланишдан сақлаш мақсадида полга бирор нарса тўшаб қўйиш ва унга организм учун зарарсиз ва ҳидсиз, чангни илаштириб оладиган махсус таркибли моддаларни шимдириш керак. Атроф муҳитда микроблар тарқалишини камайтириш учун БУВ туридаги бактерицид лампалардан фойдаланилади.

Унитазлар, писсуарлар, қўл ювгичларни ҳар кун исиқ сув билан совунлаб ювиб туриш зарур. Ванналар ҳам ҳар бир бемор фойдалангандан сўнг ювилади ва зарарсизлантирилади.

Хоналарни ҳафтада бир марта яхшилаб тозаланади. Беморларни эса ҳар ҳафтада ювинтириб, ички кийимлари алмаштирилади. Касалхоналарнинг санитария-гигиена ҳолати Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 288-буйруғига асосан амалга оширилади (иловага қаралсин).

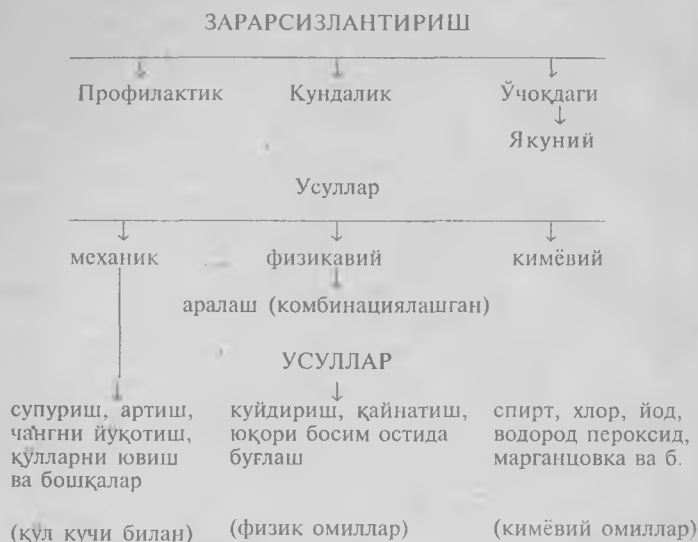
Касалхона ходимларининг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиши ҳам эпидемиологик аҳамиятга эга. Тиббиёт ходимининг кир-чир юриши беморга нохуш таъсир этади. Санитаркаларнинг беморларни овқатлантириши қатъий ман этилади.

Туғруқ, болалар, инфекцион касалликлар бўлимлари ҳамда овқат пишириш бўлимининг хизматчилари ишга келганларидан кейин, албатта душга тушишлари шарт. Зарарсизлантириш хоналари, сил ва юқумли касалликлар бўлимлари, прозектор хонасининг хизматчилари иш тамом бўлгандан кейин душ қабул қилишлари керак.

Барча ходимлар ишга киришдан олдин тиббиёт кўригидан ўтказилади. Бундан ташқари, бевосита беморларга қарайдиган кичик ходим ва овқат пишириш бўлимининг хизматчилари ҳар ойда тиббиёт кўригидан ўтиб, йилига 2 марта бактерия ташувчиликка текширилади.

ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ ВА СТЕРИЛЛАШ МАҚСАДИ, ХИЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Зарарсизлантириш (дезинфекция)—юқумсизлантириш — объект, муҳит ва нарсалардаги юқумли касалликлар қўзғатувчи микроорганизмлар (бактериялар, вируслар ва бошқалар) ни йўқотишдир (1-жадвал).



Кундалик, профилактик ва якунловчи зарарсизлантиришлар фарқ қилинади. Кундалик зарарсизлантириш бемор ётган уйда узлуксиз олиб борилади, якунловчи эса бемор касалхонага ётқизилгандан кейин утказилади. Профилактик зарарсизлантириш юқумли касалликларнинг олдини олиш мақсаддида даволаш-профилактика муассасаларини, оқава сувлар ва ахлатларни, жамоат тупланадиган жойлар (вокзал, ҳаммом, бозор, дўкон ва бошқалар) ни мунтазам равишда тозалашдир.

Зарарсизлантиришнинг механик, физик ва кимёвий усуллари мавжуд:

1. Механик усулларга бино ва ундаги буюмларни ҳўл латта билан артиш, кийим-кечак ва кўрпа-ёстиқни қоқиш, чанг сўргич билан тозалаш, бинони шамоллатиш, оқлаш, буяш, қулни ювиш ва бошқалар киради. Бу усулда 50—75 фоиз микроб бартараф этилади.

2. Қуритиш, қуёш нури, ультрабинафша нурлар (симоб кварц лампалари), олов (ахлат, чиқиндиларни ёқиш, металл буюмларни қиздириш), қайноқ сув, зарарсизлантириш хоналари ва махсус аппарат (автоклава) да сув буғи ва иссиқ ҳаводан фойдаланиш физик усуллар ҳисобланади.

3. Кимёвий усуллар кислоталар, ишқорлар, хлорли оҳак, хлорамин, фенол, крезоллар (лизол, нафтализол), формалин, сулема ва бошқалардан фойдаланилади.

Бир қатор юкумли касалликларда зарарсизлантириш даволаш профилактика муассасалари ва уй шароитида ўтказилади. Юкумли ичак касалликлари (дизентерия, ич терлама ва бошқалар) да бемор фойдаланган идиш товоқ 1% ли сода эритмасида 15 дақиқа қайнатилади. Ич кийимлар 2 фоизли совун-содали эритмада ёки ҳар қандай ювувчи восита эритмасида 15 дақиқа қайнатилади. Беморнинг чиқиндилари (нажас ва сийдиги) га қуруқ хлорли оҳак сеппиб аралаштириб, бир соат қўйиб қўйилгач, канализация ёки ҳожатхонага тўкиб юборилади.

Беморнинг парвариши учун зарур буюмлар иситгич (грелка), тушама, чамбарак, тушама клеёнка, музли резина халта 0,5 фоизли хлорамин эритмаси ёки бензил хлорфенолга ботирилган латта билан артилади. Кўрпа, тушак, устки кийим шу эритмалардан бирига ботирилган-кийим чўткаси билан тозаланади. Ванна, унитаз, раковина 0,5 фоизли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмаси, хлораминнинг 1 фоизли эритмаси ёки хлорбетанафтолнинг 0,5 фоизли эритмаси билан артилади.

Паразитар юкумли касалликлар (тепкили терлама, қайталама терлама) да бемор ва у билан мулоқотда бўлган кишиларни зарарсизлантиришда юкумсизлантирувчи воситалар қўлланиб, беморнинг кийим-кечаги ва кўрпа-ёстиғи зарарсизлантириш хонасига юборилади.

Гриппда беморнинг идиш-товоғи қайноқ сув билан икки-уч марта ювилади (ёки бирорта ювувчи восита эритмасида қайнатилади), рўмолчаси, сочиғи исталган ювувчи восита эритмасига ивителиб, сўнг қайнатилади. Бемор ётган хонани тез-тез шамоллатиб, полихлораминнинг 0,2 фоизли эритмасига ҳўлланган латта билан қунига 2—3 марта артиб турилади. Қизамиқ, тепки (эпидемик паротит) касаллигида хонани мунтазам шамоллатиб, уй анжомларини ҳўллаб артиш керак.

Бўгма, қизилчада беморнинг идиш-товоғи, резина ва металл (бўялмаган ва елимланган) уйинчоқлари 15 дақиқа қайнатилади, ич кийими, сочиғи ва рўмолчаси алоҳида тоғорага йиғилади, 2 фоизли совун-содали эритмага ивителиб 15 дақиқа қайнатилади. Хона тез-тез шамоллатиб турилади, поли, жиҳозлари, эшикларининг банди, дера-

за пештахтаси хлораминнинг 3 фоизли ёки водород пероксиднинг сульфанола қушилган 3 фоизли эритмаси билан артилади.

Сил касаллигида беморнинг шахсий туфдони 1/3 қисмигача сув билан тўлдирилади, туфдон балғамга тўлганида унга 10 г қуруқ хлорли оҳак солиб қўйилади ва бир соатдан кейин канализацияга тўкиб юборилади. Туфдонга ярмигача 3 фоизли хлорамин эритмаси солса ҳам бўлади. Беморнинг идиш-товоғи 2 фоизли совун-содали эритмада 15 дақиқа қайнатилади. Хонани шамоллатиб, қайноқ совунли эритмага ёки иситилган зарарсизловчи воситаларга ҳўлланган латта билан артиб турилади.

Стериллаш. Микроблар ва улар спораларини йўқотиш стериллаш ёки қатронлаш деб аталади. Стериллашга турли хил усуллар: куйдириш, чўлгантириш, қайнатиш, автоклавлаш, гамма-нурлар кимёвий моддалар билан қайта ишлаш ёрдамида эришиш мумкин.

Куйдириб стериллаш. Бундай усулда стериллик яхши бўлмайди ва асбобларни ишдан чиқаради, шунинг учун масалан, тайёр стерил асбоб бўлмаган шошилиш операцияларда қўлланади. Шу мақсадда стерилизатор қопқоғига ёки тоғорачага асбобларни қўйиб, озроқ миқдор 96° ли спирт қўйилади ва ёқилади. Спирт ёниб бўлгандан сўнг асбобларни ишлатиш мумкин.

Қуруқ иссиқлик билан стериллаш (чўлгантириш) метал асбоблар учун қўлланади. Бу усулда қуруқ иссиқлик берадиган махсус шкафдан фойдаланилади. Стериллаш ишончли бўлгани билан асбоблар қайнатишдагига нисбатан кўпроқ ишдан чиқади.

Қуруқ иссиқлик берадиган шкафлар ва автоклавлар стерилизаторлар, қайнаш йўли билан стериллайдиган стерилизаторлар эса қайнатгичлар деб аталади.

Босим остида буғ билан стериллаш *автоклавлаш* дейилади. Операцион чойшаблар, асбоблар, қон қуйиш учун система ва бошқаларни автоклавлаш мумкин. Автоклавлар тури ва тузилиши жиҳатидан ҳар хил бўлади, бироқ ҳаммасининг ишлаш қоидаси бир хил. Стерилланадиган нарсаларни махсус қутиларга (бикслар) солиб автоклавга қўйилади. Автоклава сув қиздирилганда қайнаб, буғ ҳосил қилади. Бунда камерадаги босим ва шунга мувофиқ ҳолда ҳарорат ошади. Босим билан буғ ҳарорати ўртасида узвий

физикавий боғланиш мавжуд: 1 атм атмосфера босимида 120°C, 1,5 атм да 127°C, 2 атм да—134°C.

Шундай қилиб, босим қанчалик юқори бўлса, ҳарорат ҳам шунчалик юқори бўлади. 1 атм босимда стериллаш 1 соат 1, 5 атм да 45 дақиқа; 2 атм да эса 30 дақиқа давом эттирилиши керак.

Стерилланган нарсани текшириш зарур. Бунинг учун муайян ҳароратда суюқланадиган моддалар: олтингурут кукуни (117°C), антипирин, амидопирин (110°C), резорцин (119°C), бензоат кислота (121°C) мочевина (132°C) дан фойдаланилади. Бу моддалардан бири пробиркага солинади. Стериллашдан сўнг модда суюқланмаса стериллашни такрорлаш керак. Бундан ташқари, кам деганда 10 кунда бир марта бактериологик текширув утказилади. Бунинг учун материалнинг кичик булакчалари пробиркага солинади, дока тиқин билан беркитилади ва пробиркани барабан ичига қўйилади. Стерилизация тугагандан сўнг бу пробиркалар бактериологик лабораторияга жўнатилади.

Қайнатиб стериллаш. Бу усул билан одатда металл асбоблар, шиша ва резина буюмлар стерилланади. Асбобларни чўтка ва совун билан тозалаб ювгандан сўнг 2 фоизли сода эритмасида сув қайнаб чиққан вақтидан бошлаб 45 дақиқа мобайнида қайнатилади. Йиригли инфекция ва айниқса анаэроб микроорганизмларда ифлосланган асбоблар бўлиб-бўлиб 2—3 марта 45 дақиқа қайнатилади. Қулфлари бор мураккаб асбобларни қисмларга ажратиб қайнатиш лозим. Стериллаш зич беркитиладиган қопқоғи ва электр иситгичи бўлган металл қутидан иборат махсус қайнатгичларда (стерилизаторларда) қилинади. Шприцлар, игналар ва бошқа буюмларни стериллашда уларни олдин физикавий ва кимёвий тозалашга катта аҳамият берилади. Шу мақсадда фойдалангандан сўнг уларни оқар сувда ювилади ва иссиқ (50°C) тозаловчи эритмага 15 дақиқагача солиб қўйилади. Қондан ифлосланганда 0,5 фоизли тозаловчи эритма (20 мл 30 фоизли пергидроль эритмаси, 975 мл сув, 5 г «Новость» кукуни), йиригдан ифлосланганда 1 фоизли ювадиган эритма (40 мл 30 фоизли пергидроль эритмаси, 950 мл сув, 10 г «Новость» кукуни) ишлатилади.

Кимёвий воситалар ёрдамида стериллаш. Кесадиған асбоблар ишқорий сувда ювилгандан сўнг оқар сувда чайи-

лади, қайнаб турган сувга солиб 5 дақиқа стерилланади, кейин спиртда (30 дақиқа) ёки таркибида уч хил модда бор эритмада (3 соат) сақланади.

Оптик системали приборлар (цистоскоп, ректоскоп ва бошқалар) ни стериллашда приборнинг ҳар бир қисмини 1:1000 концентрациядаги симоб оксиданид эритмаси билан ювиб, сўнгра спирт ва изотоник натрий хлорид эритмаси билан (оптикасига тегмасдан) артилади. Бир қанча приборларни стериллаганда уларни зарарсизлайдиган 1:5000 нисбатдаги диоцид эритмасига (3—4 соатга) солиб қўйиш мумкин.

Ҳозирда тиббиёт ходимлари ишига енгиллик яратиш ва тиббий ҳамширанинг бемор билан кўпроқ мулоқотда бўлишини таъминлаш мақсадида марказлашган стерилладиган бўлимлар ташкил этилган. Бу олиб келинган асбобларни бир вақтнинг ўзида ва етарли даражада юқумсизлашга имкон беради. Ҳамширалар эрталаб асбобларни стериллаш бўлимига топширадилар ва стерилланган асбобларни топширилган миқдорда қабул қилиб оладилар.

ҚАБУЛХОНА БЎЛИМИ. БЕМОРЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШ

Ҳар қандай касалхонада беморларни қабул қилиш бўлими мавжуд. У беморларни касалхонага қабул қилиш, қайд этиш, кўздан кечириш, антропометриядан ўтказиш, гигиеник жиҳатдан текшириш, шу билан бирга, зарурат бўлса, шошилич ёрдам кўрсатишга мўлжалланган. Марказлаштирилган ва марказлаштирилмаган қабулхона бўлимлари бўлади. Касалхонанинг ҳар бир бўлимидаги қабулхоналар марказлаштирилмаган ҳисобланади. Ҳозир беморларга қулайлик яратиш мақсадида қабулхона бўлимлари марказлаштирилмоқда. Қандай хилдаги қабулхона бўлишидан қатъий назар, унда қуйидаги хоналар бўлиши лозим:

1. Кузатиш хонаси.
2. Қайд этиш (регистрация) хонаси (рўйхатга олиш).
3. Шифокорнинг текшириш хонаси.
4. Гигиена хонаси (Санпропусник).
5. Муолажа хонаси ва боғлов хонаси.
6. Изолятор.
7. Ташхис хонаси.

8. Ҳожатхона (санузел).

Ҳар бир хонага келган бемор махсус рўйхатдан ўтказилгандан сўнг касаллик турига қараб шифокор томонидан текширилади. Ётқизиладиган беморларни (уларнинг умумий аҳволига ва шифокор кўрсатмасига қараб) санитария тозаловидан ўтказилади.

Гигиена хонаси (санитария жиҳатидан ювиб-тараш хонаси) ечиниш, ювиниш ва кийиниш хоналаридан иборат. Беморни ечинтириб бадани, кийимлари синчиклаб текширилади. Бит топилса, тегишли тозаловдан ўтказилади. Сўнг бемор душ ёки ванна қабул қилади ва касалхона кийимини кийиб тиббий дафтари билан тайинланган бўлимга олиб борилади.

МУОЛАЖА ХОНАЛАРИНИНГ САНИТАРИЯ-ПРОФИЛАКТИКА ТАРТИБИ. МУОЛАЖА ҲАМШИРАСИНИНГ ИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Шифохоналарда турли хил дори моддаларини ичга юбориш билан боғлиқ муолажаларни бажариш учун махсус хона ажратилади.

Муолажа ҳамшираси асептика қоидаларига қатъий амал қилиши керак. Дори моддаларини ичга юбориш (тери остига, мускул орасига, венага) игналари яхши ўрнатиладиган ҳар хил турдаги шприцлар ёрдамида бажарилади. Беморнинг инъекция қилинадиган соҳадаги териси тоза бўлиши керак. Тери кир бўлса, уни совунлаб ювилади, сўнгра спиртга ҳўлланган пахта билан артилади ёки Люголь эритмаси суртилади. Инъекция қилишдан аввал, ҳамшира қўлини яхшилаб совун билан ювади. Дори моддасини юборишдан олдин хатога йўл қўймаслик учун дори солинган ампуладаги ёзувни ўқиш керак.

Инъекцияларнинг ҳар хил турларини (тери ичига, тери остига, венага қилинадиган) бажариш усули беморларни парвариш қилишга доир мавзуларда таърифланган. Микроирригатор ёрдамида венепункция қилиш, умров ости венаси пункцияси, артерия ичи пункцияси, суяк ичига дорилар қуйиш кабилар шифокор бажарадиган муолажалар бўлиб, махсус қўлланмаларда ёритилган.

2-бўлим

КАСБ ЭТИКАСИ ВА ДЕОНТОЛОГИЯ

«Этика» сузи юнонча aethos — деган суздан келиб чиққан булиб, у юриш-туриш, ахлоқ деган маъноларни билдиради.

Ахлоқ деганда, кишиларнинг бир-бирига муносабатини, шунингдек, жамиятга, муайян синфга, давлатга, ватанга, оилага ва ҳоказоларга булган муносабатини тартибга солиб турадиган ва шахсий эътиқоди, анъаналари, тарбияси, бутун жамият ва ёки синфнинг кучи билан қўллаб-қувватланадиган қоидалар ва хулқ-атвор нормалари мажмуини тушуниш қабул қилинган. Кишиларнинг энг умумий ва муҳим хулқ-атвори нормалари ахлоқий қоидаларга киритилади. Анча қисқароқ қилиб айтганда — ахлоқ хулқ-атвор нормаларининг йиғиндисидир.

Тиббиёт этикасининг узоқ асрлардан бизгача етиб келган дастлабки етакчи концепциялари қадимги ҳинд китоби «Аюведа» да («Ҳаёт билими», «Ҳаёт илми») қайд қилинган булиб, унда қараб чиқилган яхшилик ва адолат муаммолари билан бир қаторда шифокорга раҳмдил, хайрихоҳ, адолатли, сабр-тоқатли, осойишта булиш ва ҳеч вақт ўзини йўқотиб қўймаслик насиҳат қилинади. Шифокорнинг вазифаси кишиларнинг сиҳат-саломатлигини яхшилаш тўғрисида доимо ғамхўрлик қилишдан иборат. Тиббиёт ходими қандай бўлмасин, беморнинг ҳаёти ва соғлигини сақлаб қолиши лозим.

Тиббий ахлоқ қадимги Юнонистонда катта тараққиётга эришди ва Букрот қасамида намоён булди. Букрот қасамёди умуман тиббий ахлоқнинг ривожланишига катта таъсир кўрсатди. Кейинчалик тиббиёт ўқув юрларини битириб чиққан ўқувчилар ҳам қасамёд қабул қила бошладилар, унга Букротнинг ахлоқий насиҳатлари асос қилиб олинган.

Тиббий ахлоқнинг асосий вазифалари қуйидагилардир: жамият ва бемор киши саломатлиги йўлида ҳалол меҳнат қилиш, ҳамиша ва ҳар қандай шароитда ҳам тиббий ёрдам кўрсатиш беморга диққат-эътибор ва ғамхўрлик билан муносабатда бўлиш, ўзининг барча хатти-ҳаракатларида юксак инсоний қоидаларга риоя қилиш, тиббиёт

ходимининг юксак вазифасини англаш, ўз Ватанига, ҳукуматига меҳр-муҳаббат ва садоқатни, интернационал бурчга содиқликни тарбиялаш, юксак инсонпарвар касбнинг олижаноб анъаналарини сақлаш ҳамда кўпайтириш, тиббиёт ходимини меҳнат руҳида тарбиялашнинг мавжуд воситаларини умумлаштириш ва янгиларини ишлаб чиқишдир.

Ахлоқий тушунчалар. Буларга «бурч», «жавобгарлик», «қадр-қиммат», «виждон», «номус» («шараф») ва «бахт» тушунчалари киради. Улар минг йиллик тарихга эга бўлиб, гоят турли ахлоқий назариялар ва таълимотларда ишлаб чиқилган.

«Бурч» тушунчаси касб ёки ижтимоий муносабатлар асоида қарор топган ўз бурчларини бажариш вақтидаги муайян касбий ва ижтимоий мажбуриятлар доирасини англатади. Бурч тўғри бажарилмоғи учун у охиригача англаб етилган бўлиши лозим. Бундай шароитда кишида ўз вазифаларини асосли равишда бажариш эҳтиёжи пайдо бўлади.

Юксак ахлоқий сифатларга эга бўлган ва ўз бурчини яхши англаб етган тиббиёт ходими бурчни тегишли талабларга мувофиқ аниқ ва сифатли бажаради. Тиббиёт ходимининг бурчи инсонпарварликни намоиш қилиш ва ҳамийша беморга ёрдам кўрсатиш — кишиларнинг жисмоний ва руҳий соғломлигига қарши қаратилган ёки уларнинг ҳаётига хавф солувчи хатти-ҳаракатларда қатнашмасликдир.

«Жавобгарлик» — тиббиёт ҳамширасининг ўз бурчини бажариш давомидаги зарур бўлган саранжом-сарийшталик, масъулиятлилик, касбини суийстеъмол қилмаслик ва ўз зиммасидаги вазифаларни тўла адо этишда ифодаланеди. Ҳар бир тиббий ходим ўзининг пала-партишлиги, жинояткорона енгилтаклиги, беморлар ишончини суийстеъмол қилиш ва барча хато ҳамда камчиликлари учун жавобгарликка тортилади.

«Номус» — («шараф») тушунчаси, бурч тушунчасидан ажралмасдир. «Номус» тушунчаси анча умумий маънода кишининг ижтимоий аҳамиятини (шахс, фуқаро, ўз ишининг устаси сифатидаги ва ҳоказо аҳамиятини), онглилигини, яъни ўз обрўси ва шуҳратини, ўз қадр-қимматини сақлашга интилишини ифодалайди.

«Қадр-қиммат» ва номус шахснинг ўз касбининг ижтимоий аҳамиятини фақат англаши, унга бўлган муҳаббат ва касбидан ғурурланишигина эмас, балки маънавий

жиҳатдан такомиллашишга, иш малакасини ва иш сифатини оширишга булган доимий интилишидан ҳам иборатдир. Ватанимиз тиббиётининг илғор арбоблари касб қадр-қиммати ва шарафи туйғусини ҳамиша баланд сақлаганлар. Бу ҳол халқнинг тиббиёт намояндаларига зур ишонч билан қарашига сабаб булган, бу нарса қисман айрим тиббиёт касбларининг номларида ҳам кўринади. Масалан, «шафқат ҳамшираси», «энага» деган сўзлар жуда самимий янграйди.

«Виждон» тушунчаси бурч, шараф ва шахсий қадр-қиммат туйғуси тушунчалари билан бирлашган. Ахлоқнинг бошқа тушунчаларидан фарқли улароқ виждон тушунчасида кишининг ички ахлоқий ўз-ўзини англаши, ўз хулқ-атвори учун ахлоқий жавобгарликни ҳис қилиши, ўз фикрларига, ҳис-туйғуларига ва хатти-ҳаракатларига жамиятда амал қилаётган ахлоқ нормаларига мувофиқ равишда баҳо бериши намоён булади.

Виждон кишининг ички ахлоқий ҳакамидир. Виждон ахлоқий қадриятлар, чунончи, ҳалоллик ва ростгуйлик, адолат ва ахлоқий софлик, бошқа кишиларнинг ҳуқуқларини ҳамда ўзининг вазифаларини ҳурмат қилиш кабилар билан чамбарчас боғлиқ. Кенг халқ оммасининг тушунчасида тиббиёт ходими соф виждонли, ниҳоятда ҳалол адолатли ва юксак ахлоқли кишидир. Шунинг учун беморнинг ўз дилидагини тиббиёт ходимига айтиш истагида бўлиши, ундан касаллигидан халос қилишини кутиши табиийдир. Куп кишилар шифокор билан дилдаги энг ноёб кечинмаларини баҳам кўрадилар, маслаҳат сўрайдилар ва фақат унинг ўзигагина ишонадилар.

Купгина фалсафий-ахлоқий тизилмаларда «бахт» тушунчасига бутун ахлоқ учун бошланғич нуқта деб қаралади.

Бахт, бахтли ҳаёт тушунчаси соғломлик тушунчасидан ажралмасдир. Соғлиқ яхши бўлмаса, тўлиқ бахтнинг бўлиши мумкин эмас.

Тиббиёт ходимларининг хулқ-атвори ахлоқи муаммоларини кўриб чиқиш вақтида асосий ва умумий масалаларни алоҳида ажратиб кўрсатиш зарурки, тиббиёт ходими қаерда ишлашидан қатъий назар, бу масалаларга амал қилиши, шунингдек, поликлиника, (диспансер) ёки касалхонанинг узига хос шарт-шароитларига мувофиқ равишда хусусий масалаларга ҳам риоя қилиши зарур.

Умумий масалалардан шартли равишда уларнинг ик-китасини ажрагиб кўрсатиш мумкин:

— ички маданият қоидаларига — меҳнатга муносабат қоидаларига риоя қилиш, интизомга, жамоат мулкига эҳтиёткорлик билан муносабатда бўлиш, ҳамжиҳатлик ва коллегиялик туйғуларига риоя қилиш;

— ташқи хулқ-атвор қоидаларига — одоб, хушмуомалалик ва тегишли ташқи кўриниш қоидаларига риоя қилиш (ташқи покизалик, ўз бадани, кийим-бошлари, пойабзалнинг тозалиги, ортиқча безаклар ва пардознинг бўлмаслиги, оқ халат, оқ қалпоқ ёки пешонабоғи ва бошқаларнинг бўлишини кузатиб бориш). Булар тиббий ахлоқ (адаб) қоидаларини ташкил этади. Ташқи маданият қоидаларига, шунингдек, соғломлаштириш тури, ҳамкасблар, беморлар ўртасида ўзини тута билиши, вазифага ҳамда шартшароитга қараб суҳбат олиб боришни билиш ва ҳоказолар киради.

Ахлоқ қоидалари тиббиётнинг кўп асрлик тарихи давомида ишлаб чиқилган. Жамиятимизнинг асосий бирлиги меҳнат жамоасидир. Жамоадаги барча аъзоларнинг жипслиги, дўстона ўзаро тушунишлари, бир-бирлари билан тўғри муносабатлари, ҳар бир кишининг меҳнатини ҳурмат қилиш, соф ошкора танқид руҳи муайян «руҳий иқлим» ни вужудга келтиради, иш сифатига яхши таъсир кўрсатади. Фитна-иғво жамоани издан чиқаради, у ана шундай шароитда бир-бирига душманлик қилувчи гуруҳларга бўлиниб кетади ва баъзан беморларга ҳам маълум бўлиб қолади. Бундай ҳолларда жамоани бoшқариш қийин бўлиб қолади. Кўпинча бундай фитна-иғволарнинг сабаби, айрим ходимларнинг мансабпарастлиги ёки қандайдир тор ғаразли интилишлари ҳисобланади, бу жамоанинг бошқа аъзоларига салбий таъсир қилиши ҳам мумкин. Бунга йўл қўймаслик лозим. Ушбу хатти-ҳаракатлар тиббиёт ходимининг ахлоқига, турмуш тарзи қоидаларига зиддир.

Тиббиёт ҳамшираси фаолиятида турли тушунчалар муаммоси пайдо бўлади. Уларнинг моҳиятини тушуниш ва тегишли хулосалар чиқариш беморлар соғайишига анчамунча ҳисса қўшади.

Беморлар касалликларини сезиши, узидаги, саломатлигидаги ўзгаришларни фарқлай билиши ва кўз олдига келтириши, хасталик сабабларини англаб етиши, даво-

лаш-диагностика муолажаларига ёндошишига қараб икки тоифага бўлинади.

А. Ижобий қарашга эга бўлган кишилар ёки касаллик ички моҳиятини тушунадиган, шу билан бирга ўз саломатлигига ва касаллигига тўғри (адекват) муносабатда бўлувчи беморлар.

Б. Салбий қарашга эга бўлган кишилар ёки касаллик ички моҳиятини тушунмайдиган, шу билан бирга саломатлигига ва касаллигига нотўғри (ноадекват) муносабатда бўлувчи беморлар.

Биринчи тоифадаги беморлар билан тиббиёт ҳамширасининг иш юритиши анча осон кечади. Улар буюрилган ҳамма вазифалар, кўрсатмалар ва маслаҳатларни тулатукис бажарадилар ва бу билан даволаш-диагностика ишига ёрдам берадилар.

Иккинчи тоифадаги кишилар эса тиббиёт ҳамшираси фаолиятида муайян қийинчиликлар туғдириб, даволаш-диагностика жараёнига зарар етказдилар. Бундай беморларнинг куйидаги хиллари мавжуд:

1. Салбий, қониқарсиз муносабатда бўлувчилар — булар саломатлигидаги ўзгаришни ёки касалликни инкор этади.

2. Эътиборсиз ёки эҳтиётсиз муносабатда бўлувчилар. Улар саломатлигидаги ўзгаришларни ёки касаллигини тан олади, лекин зарур бўлган эҳтиёткорликка риоя қилишмайди.

3. Берилувчан муносабатдагилар, улар арзимас ўзгаришларга ортиқча берилиб кетиб, фақат ўз касаллиги билан овора бўлишади.

4. Ипохондрик муносабатда бўлиш, бунда касаллик ваҳимасидан тушкунликка тушиб, бемор арзимас ўзгаришларни бўрттириб қабул қилади ва кўрсагади.

5. Утилитар муносабатда бўлувчилар, касаллик орқасидан ҳам моддий, ҳам маънавий манфаатни кўзлашади.

Тиббиёт ҳамшираси юқоридагилардан тўғри хулоса чиқариши ва ҳар бир аниқ ҳолатга беморга тўғри йўналиш бера олиши лозим. Акс ҳолда касаллик ички моҳиятини тушунмаслик натижасида келиб чиққан ушбу ҳолатлар узоқ давом этса, ҳақиқий, қайтариб бўлмайдиган руҳий кечинмаларга, баъзида эса аниқ касалликларга сабаб бўлиши мумкин.

Беморлар билан иш олиб бораётган тиббиёт ҳамшираси беморда, беморлар орасида ва тиббиёт ходимлари би-

лан бемор ўртасида бўладиган айрим тушунчаларнинг ҳам моҳиятига эътибор билан қараши зарур. Улар жумласига қуйидагилар киради.

1. Эгогения — беморнинг касаллиги туфайли ўз-ўзига таъсир этиши бўлиб, салбий ёки ижобий мазмунда фойдаланиши мумкин. Тиббиёт ходими эса беморларнинг ўзига доимо ижобий таъсир курсатишига эришиши лозим.

2. Эгротогения — беморларнинг ўзаро таъсири бўлиб касалхона шароитида жуда катта аҳамиятга эга.

Беморларда бир-бирига таъсир этиш ҳолати борлигини билган ҳолда бўлим хоналарига жойлаштираётганда уларнинг ёши, жинси, қизиқишлари, касби, касаллик тури, унинг оғир-енгиллиги ва қайси босқичдалиги албатта ҳисобга олинади.

Акс ҳолда беморлар бир-бирига салбий таъсир этиши, бу эса даволаш жараёнининг чузилиб кетишига сабаб бўлиши мумкин.

3. Ятrogenия — тиббиёт ходимларининг хатти-ҳаракатлари ва муносабатларидаги нуқсонлар натижасида келиб чиқадиган беморлардаги ҳолатлар (келиб чиқадиган касаллик эса ятrogen касаллик) ҳисобланади.

Ятrogenия ёки ятrogen касалликларга қуйидагилар сабаб бўлади.

1. Касаллик ташхисини ва натижасини шошма-шошарлик билан ёки исботсиз беморга маълум қилиш.

2. Даволаш ва диагностика муолажаларини нотўғри бажариш ва тушунтириш.

3. Ходимларнинг ҳаракатсизлиги ёки эътиборсизлиги, «сўзсиз» ятrogenия.

4. Госпитализм — беморнинг касалхонага ва унинг шароитларига мослашгунча бўлган руҳий кечинмалари йиғиндисиدير.

Бемор касалхона шароитига қанчалик тез, яхши мослашса ва даволаш жараёнига киришиб кетса, соғайиш шунча тез амалга ошади. Бунинг учун эса тиббиёт ходимлари асосий ахлоқ қоидаларини, юқоридаги тушунчаларнинг асл моҳиятини тўла тушуниб етишлари ва даволаш жараёнига тўғри татбиқ эта олишлари керак.

Касбий нуқсонлар (деформациялар). Тиббиёт ҳамшираси ўз фаолияти давомида баъзи бир ўзига хос камчиликларга (нуқсонларга) йўл қўйиши мумкин. Масалан:

а) совуққонлик ва бефарқлик;

- б) қуполлик ва жаҳлдорлик;
- в) «кучсизликдан» (чорасизликдан) руҳан чуқиш, туш-кунликка тушиш.

Бу камчиликлар (нуқсонлар) қуйидаги асосий икки сабабга кура пайдо булади.

1. Руҳан чарчаш (кетма-кет навбатчилик, операциялар ва бошқ).

2. Тиббиёт ҳамширасининг табиатига боғлиқ хусусиятлар.

Тиббиёт ҳамшираси ўз фаолиятида қуйидаги асосий, умумлаштирилган шартларга амал қилиши лозим:

- беморларнинг руҳий турғунлигини сақлаш;
- уларнинг соғайишига бўлган қарашларини фаоллаштириш;
- касбий нуқсонларнинг олдини олиш.

ТИББИЁТ ҲАМШИРАЛАРИНИНГ ДЕОНТОЛОГИК ХАТТИ-ҲАРАКАТЛАРИ АСОСЛАРИ

Деонтология (юнонча — deontos — зарур, лозим бўлган нарса) аниқ вазиятда ҳамширанинг ахлоқ-одоби, ўзини тута билиши ва муомаласини амалий фаолиятида қўллашидир. Аниқ даврларда илмий тиббиётнинг асосчиси Буқротнинг машҳур «Қасам» и тиббиёт ходимининг хулқ-атвори ривожига катта таъсир қилган.

Тиббиёт деонтологиясининг асосий вазифалари қуйидагилардир:

— тиббиёт ходимлари хулқ-атворининг даволаш натижасини яна ҳам оширишга қаратилган қоидаларни ўрганиш;

— тиббиётдаги ноқулай омилларга чек қўйиш;

— тиббиёт ходимлари билан бемор ўртасидаги ўзаро муносабатлар мажмуини ўрганиш;

— самарали бўлмаган тиббий фаолиятнинг зарарли оқибатларини тугатиш.

Тиббий ахлоқнинг асосий муаммоларидан бири бўлган «бурч» деонтология учун ҳам йирик муаммо саналади. Деонтология қоидаларини такомиллаштиришда шифокорнинг ўрни муҳимдир. У беморни текширувдан ўтказиб, унга ташхис қўяди, дори-дармон тайинлайди, касаллик кечишини кузатади ва бошқалар.

Шифокор топшириқларини, кўрсатмаларини (венага дори юбориш, инъекция, ҳароратни ўлчаш дори-дармон бериш, банка қўйиш ва шу кабилар) сифатли ва ўз вақтида бажариш ўрта тиббиёт ходимининг асосий деонтологик вазифаларидан биридир.

Тиббиёт ҳамшираси бемор билан муомала қилишда ахлоқ қоидаларига амал қилишдан ташқари, сабр-тоқатли ва ўз-ўзини тута билиши ҳам керак. Ҳамшира шифокор билан бемор ўртасида ишонч вазиятини яратиши, шифокор ва касалхонанинг обрў-эътиборини оширишга ҳисса қўшиши, даволаш жараёнидаги сирга қатъий риоя қилиши шарт.

Ҳамшира иши катта ҳиссиётли зуриқиш билан давом этади, бу нарса бемор кишилар билан муомала қилиш чоғида, уларнинг ҳаддан ташқари таъсирчанлиги, касаллик туфайли муомаласи ва табиатида буладиган ўзгаришлар натижасида вужудга келади. Беморлар билан тезроқ мулоқотга киришиш ишончини шакллантириш жуда муҳимдир.

Ёқимли ва ширин сўз билан мурожаат қилишда, самимий табассумда ҳамширанинг ўз беморларига ғамхўрлиги ва диққат-эътибори ифодаланади.

Юқоридагиларни шакллантиришда албатта беморларнинг ҳам ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиш, беморлар билан иш олиб боришда улар ёшининг аҳамиятини унутмаслик керак. Шу мақсадда беморларнинг айрим, шартли равишда ажратиб олинган, ёш гуруҳларда учрайдиган хусусиятларига тўхталиб ўтамыз.

1. Мактабгача ёшдаги болалар гуруҳи:

а) ўз касалликларини ҳис қилмаслик, бунинг натижасида касал эканликларини тушуниб етмаслик;

б) шикоятларини умумлашган ҳолда баён эта олмаслик;

в) касалликда пайдо бўлувчи белгилардан кучли руҳий таъсирланиш;

г) даволаш ва диагностика муолажаларини кўрқув билан қабул қилиш;

д) касаллик давомида тарбия ва табиатидаги ўзгаришларнинг (нуқсонларнинг) кучайиши.

Тиббий ҳамшира бу гуруҳ беморлар билан илиқ муносабатда бўлиши, авваламбор болалар билан яқиндан алоқа ўрнатиши, уларни касаллигидан чалғитиши, турли хил

ўйинлар ташкил этиши, боланинг ота-онаси ёки қариндош-уруғлари билан мутахассис сифатида мулоқотда бўлиши лозим.

2. Ўсмирлик ёшидаги беморлар:

а) катталарга тақлид қилишлик;

б) мардлик, шоввозлик;

в) ўз-ўзини ҳимоя қилиш;

г) касалликка ва унинг кечишига бепарқлик;

д) саломатлигига, хавфли омилларга эҳтиётсизлик билан қараш.

Бу гуруҳ беморлар билан иш олиб боришда ҳамшира жуда эҳтиёт бўлиши, сўзларига, юз имо-ишорасига катта эътибор бериб, ўсмирлик ўшининг нозик палласи — баалоғатга етиши ва унинг ўсмирга хос таъсири борлигини ҳам ёдда сақлаши керак.

3. Меҳнат қобилиятига эга ёшдаги беморлар:

а) беморнинг шахсияти:

б) ўзига хос хусусиятлари;

в) касаллигининг ижобий йўналишда бораётганини кузатиш;

г) ходимлар фаолиятини, бажарилаётган муолажаларнинг нечоғлик тўғрилигини тушуниш, кузатиш ва хулоса чиқара олиш.

Бу гуруҳ хусусиятлари ҳамширага ўта юксак масъулият юклайди. Бундай беморлар билан иш олиб боришда ҳар бир сўзга, юриш-туришга, юз имо-ишорасига эҳтиёт бўлиш, бажарилаётган муолажага қунт билан ёндашиш лозим. Ҳар бир беморнинг ижтимоий келиб чиқишини, касб-корини, табиати ва руҳиятини тезда ажрата билиш ҳамширага анча енгиллик яратади. Ҳамширанинг асосий деонтологик вазифаси бундай гуруҳ беморларни меҳнат жараёнига, ижтимоий ҳаётга қайтаришга йўналтирилган бўлиши лозим.

4. Қари ва кексайган беморлар гуруҳи:

а) «ўтиб кетган умр», ошиб бораётган заифлик, ёлғизликни ҳис этиш, «ўлимнинг яқинлашуви» ҳолатларининг қариялар руҳиятида устунлик қилиши;

б) эшитиш, кўриш, эслаш қобилияти ва ҳаётга қизиқишнинг пасайиши;

в) тезда дил огриши (хафа бўлиш);

г) касалликни қарилликка йўйиб, даволаниш ва соғайишга ишонмаслик.

Бу гуруҳ беморлар билан ҳамшира самимийлик, меҳрибонлик, сабр-тоқат билан илиқ муомала қилиши лозим, чунки қарияларга хос инжиқлик, кўп саволларга жавоб бериш, тушунмовчиликдан келиб чиқадиган турли асосий ҳолатларга босиқлик билан чидаш шуни тақозо этади.

Ҳамширанинг шахси, унинг иш услуби ва усуллари, беморларга руҳий таъсир кўрсатиш моҳиятини эгаллаш ва улар билан муомала қилишни билиш — даволаш жараёнини таъминловчи мураккаб тадбирлар тизилмасидаги муҳим бўгин ҳисобланади.

Тиббиёт ҳамширасининг асосий деонтологик вазифаларидан бири, шифокорлик сирини қатъий сақлашдир. Шифокорлик сирига: 1) бемор тўғрисидаги маълумотлар, бу маълумотларни ҳамшира беморнинг узидан ёки даволаш жараёнида билади ва улар жамоатчилик орасида маълум қилинмайди; 2) бемор касаллиги тўғрисидаги маълумотлар (хасталикнинг ноҳуш яқуни, беморга руҳий зиён етказувчи ташхис ва бошқалар); бу маълумотлар ҳам беморга айтилмайди.

Лекин даволаш сирини сақлаш жамиятга ва бемор атрофидаги кишиларга зарар келтирадиган бўлса (масалан, таносил касалликлари, юқумли, руҳий хасталиклар), тиббиёт ходими беморга руҳий зиён етказмаган ҳолда зарур чоралар кўриши лозим.

Ҳамшира эндоскопия, зондлаш, инъекциялар қилиш ва бошқа диагностика муолажаларига тайёрлашда назарий ва амалий билимларини тула ишга солиши, бажарилаётган муолажалар етарли натижа беришига эришиши ва лаборатория-диагностика муолажаларидан аниқ маълумот олинишини таъминлаши лозим.

Баъзи хижолатли муолажалар (ҳуқна қилиш, сийдик йўллари катетерлаш, беморларга тувак тутиш, гинекологик муолажалар) ни бажаришда беморга шароит яратиш, жуда одобли ва мулоҳазали бўлиш зарур.

Ҳамшира билан беморлар муомаласида ҳамширанинг шахси ҳам муҳим аҳамият касб этади. У ўз касбини севиши, ажойиб техникавий қобилият ва кўникмаларга эга бўлиши мумкин, лекин ҳамшира ўзининг шахсий хусусиятларига кўра, беморлар билан тез-тез ихтилофлар чиқариб турса, унинг касб фазилатлари етарли самара бермайди. Ҳақиқий маҳорат йўли ҳамшира узоқ ва машаққат-

ли бўлади. Зарур иш услубини ҳосил қилиш ва беморларга яхши таъсир кўрсатиш санъатини пухта эгаллаш керак.

И. Харди «Шифокор, ҳамшира, бемор» деган китобда ҳамшираларнинг 6 хилини таърифлаб беради:

1. «Қотиб қолган» ҳамшира. Унинг энг асосий хусусияти — ўз вазифаларини қуруқ бажаришидир. Бундай ҳамширалар ўзларига берилган вазифаларни жуда аниқ, пухта бошқарадилар, бунда ғайрат ва маҳорат кўрсатадилар. Бемор парвариши учун керак бўлган ҳамма нарса бажарилади, лекин бундай парваришнинг ўзи кўзга ташланмайди, чунки ҳамшира бефарқ ишлайди, беморлар билан биргаликда қайғурмайди, уларга хайрихоҳлик кўрсатмайди. Бундай ҳамшира ухлаб ётган беморни фақат унга шифокор ёзиб берган уйқу дорисини бериш учун уйғотишга қобилдир.

2. «Ёдлаб олинган ролни ижро этувчи» ҳамшира. Бундай ҳамширалар иш жараёнида қандайдир бир роль ўйнашга интиладилар, муайян ғояни амалга оширишга уринадилар. Борди-ю, уларнинг хулқ-атвори йўл қўйиладиган чегарадан нари ўтса, бевоситалик йўқолади, носамимийлик пайдо бўлади. Улар альтруист, яъни мурувватли киши ролини ўйнайдилар, «артист»лик қобилиятларини намойиш этадилар. Уларнинг хулқ-атвори сунъий, кузбумачилик учун қилинади.

3. «Асабий» ҳамшира. Бу ҳиссий жиҳатдан ўзгарувчан шахс бўлиб, невротик реакцияларга мойилдир. Бунинг натижасида улар кўпинча жаҳлдор, жиззаки, кўпол бўлишлари мумкин. Бундай ҳамшира доимо қовоғи солиқ, норози қиёфада юради. У ғоят ипохондрик бўлиб, касаллик юқишидан ёки «оғир касаллик» билан оғришдан қўрқади. Бундай ҳамширалар кўпинча турли топшириқларни бажаришдан бош тортиб, турли сабабларни рўкач қиладилар. Улар ишда тўсиқлик юзага келтирадилар ва кўпинча беморларга зарарли таъсир қиладилар.

4. Эркакларга ўхшаган, иродаси кучли бўлган ҳамширалар. Бундай аёлларни узоқдан юришларига қараб таниш мумкин. Улар қатъиятли, кескин, озгина тартибсизликларга ҳам мурасасиз бўладилар. Кўпинча унчалик саранжом-саришта бўлмайдилар, беморларга нисбатан кўполлик ва ҳатто дуқ-пулисга ҳам қиладилар. Қулай шароитларда бундай ҳамширалар яхши ташкилотчилар бўлишлари мумкин.

5. Жонкуяр ҳамшира. Бундай ҳамширалар ўз ишларини фидойилик ва беморларга меҳрибонлик билан бажарадилар. Улар ҳамма нарсени уддалай оладилар ва ҳамма ишга улгурадилар. Беморлар ҳақида ғамхўрлик қилиш уларнинг бурчидир. Бундай аёлларнинг шахсий ҳаёти ҳам бошқалар учун қайғуриш, ёрдам бериш ва куч-ғайратини аямасликдан иборат.

6. Мутахассис ҳамшира. Улар ўзларининг қандайдир алоҳида шахсий хусусиятларига, алоҳида қизиқишларига кўра, махсус вазифага тайинланадилар. Бундай ҳамширалар мураккаб, масалан махсус лабораториялардаги вазифаларни бажарадилар. Улар ўзларининг тор фаолиятларига ниҳоятда берилган бўладилар.

Санаб ўтилган бу тоифалар анча шартли бўлиб, улар бизнинг воқелигимиз, хусусан тиббиётимизнинг қарор топиш йўлларида, иккинчи жаҳон уруши шароитида ва урушдан кейинги даврда етишиб чиққан ҳамширалардир. Юксак ғоявий йўналиш, ватанпарварлик, ўртоқлик ва жамоа туйғуси ҳамшираларнинг ўзига хош хусусиятларидир.

Тиббиёт ҳамширасининг шахси, унинг иш услуби ва усуллари, беморларга руҳий таъсир кўрсатиш маҳоратини эгаллаш ва улар билан муомала қилишни билиш — буларнинг ҳаммаси даволаш жараёнини таъминловчи мураккаб тадбирлар асоси ҳисобланади.

3-бўлим

ТИББИЁТ ҲАМШИРАСИНING МАЪНАВИЙ (АХЛОҚИЙ) ВА ҲУҚУҚИЙ МАСЪУЛИЯТЛАРИ

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ ХАТОЛАРИ ВА ЖАВОБГАРЛИК ТУРЛАРИ

Барча тарихий даврларда тиббиёт ходимларининг даволаш учун жавобгарлиги ижтимоий ҳуқуқни англашга, диний қарашлар ва ахлоқий қоидаларга маълум даражада боғлиқ бўлиб келган.

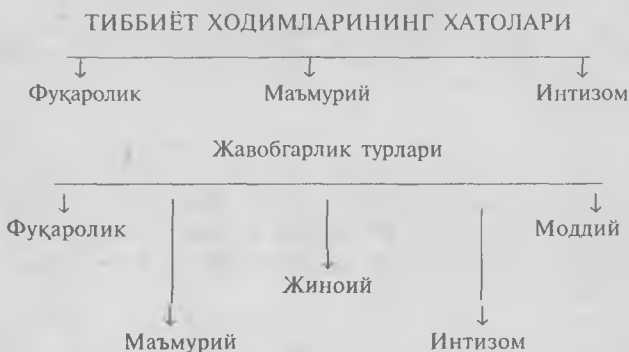
Давлат тиббиёт ходимларига фуқароларнинг сиҳат-саломатлиги ва ҳаёти ҳақидаги ғамхўрлик қилишни топширган экан, шифокорлар ўзларининг фахрли ва муҳим касб-

ларига ҳалол, юксак масъулият ҳисси билан қарашлари, уз бурчларини бажаришлари, билим доираларини ошириб боришлари шарт.

Тиббиёт ходимларининг энг муҳим вазифаси — юқумли касалликларнинг олдини олиш ва тугатиш бўйича тадбирларни амалга ошириш, шунингдек санитария маорифи учун аҳоли орасида таботат ва гигиена билимларини тарғиб қилишдир.

Ўрта маълумотли тиббиёт ходими худди шифокор сингари ўзининг пала-партишлиги, жинояткорона енгилтаклиги, атайлаб касбини суиистеъмол қилиши туйфайли рўй берган барча хато ва камчиликлари учун жавоб бериши (2-жадвал) шарт.

2 - жадвал



Эслатма: Жиноят кодексининг маълум моддасига мувофиқ «агар жиноят содир қилган шахс уз фаолияти ёки фаолиятсизлигининг ижтимоий хавфли эканлигини англаган, унинг ижтимоий хавфли оқибатларини олдиндан кўрган ҳамда уларни истаган ёки бу оқибатларнинг булишига онгли равишда йўл қўйган тақдирда жиноят содир қилинган» деб эътироф этилади.

Хатолар турига ва уларнинг оқибатига қараб тиббиёт ходими жавобгарликка тортилиши мумкин. Фуқаролик, маъмурий ва интизомга оид хатолар бўлади.

Тиббиёт ходимларининг *фуқароликка оид хатолари* асосан даволаш муассасасига мулкый зарар етказиш бўлиб, бу зарар мол-мулкни яроқсиз қилиб қўйиш, боғлов воситалари ҳамда дори-дармонларни ҳужасизларча сақлаш, фойдаланиш ва ҳоказолардан иборат. Бундай хатолар қато-

рига беморни нотўғри даволаш билан унга зарар етказиш ҳам киради.

Табобат ходимларининг *маъмурий* хилдаги хатолари даволаш муассасасининг бошқариш тартибини бузишдан, масалан, касалхона ёки бўлимнинг ички тартиб қоидаларига риоя қилмасликдан (бунинг натижасида даволаш муассасасининг иши издан чиқади), шунингдек ёнғинга, санитария-эпидемиологияга қарши қоидалар ва ҳоказоларга амал қилмасликдан иборат.

Тиббиёт ходимларининг *интизомга доир хатолари* — булар меҳнат, хизмат, ишлаб чиқариш, ўқув (студентлар практикаси) жараёни, яъни соғлиқни сақлаш муассасаларида белгиланган хулқ-атвор ва ўзаро муносабатга оид тартибни бузишдир. Интизомга доир хатоларга ишга келмаслик, кеч келиш, бош шифокорнинг, бўлим мудирининг топшириқларини бажармаслик ва ҳоказолар киради.

Агар хато ҳуқуқ-тартиботнинг турли томонларини бузишни ўз ичига олса, у айни вақтнинг ўзида бир неча турдаги (фуқаролик ҳуқуқий ва маъмурий, маъмурий ва интизомга доир ва ҳоказо) хато ҳисобланади. Масалан, агар тиббиёт ходими касалхонанинг ички тартиб қоида-сини бузса, даволаш муассасасига моддий зиён етказса, у айни вақтда ҳам маъмурий, ҳам фуқароликка оид хато қилган бўлади. Хатонинг ҳар бир тури тегишли равишда жавобгарликка тортилади.

Фуқаролик жавобгарлиги мулкый санкцияларни қўллашдан (масалан, касалхона жиҳозларини бузганлиги, дориларни жуда кўп сарфлаб юборганлиги нотўғри даволаб беморнинг меҳнатга қобилиятини йўқотганлиги учун зарарнинг ўрнини қоплашдан) иборат ва суд йўли билан фуқаролик даъвоси эмас, шу билан бирга маъмурий ва жамоатчилик тартибида (уртоқлик судлари орқали) амалга оширилади.

Тиббиёт ходимларининг тиббиёт муассасаси ёки беморга етказган зарари учун моддий жавобгарлиги одатда чекланган бўлади — маошининг кўпи билан учдан бир қисмини ташкил этади. Бундай ҳолда иш ҳақидан ушлаб қолиш ходим етказган зарар аниқланган кундан бошлаб 1 ойдан кечиктирмай амалга оширилиши мумкин.

Маъмурий жавобгарлик жарима солиш, буюмларни (асбоблар, препаратларни) мусодара қилиш, вақтинча

вазифасидан бўшатиш ва ҳоказолардан иборат. Бундай жавобгарлик асосан туман (шаҳар) ҳокимиятлари ҳузураридаги махсус тафтиш, халқ ва ўртоқлик судлари томонидан амалга оширилади.

Интизомга доир хатони содир қилган ходимларга интизом жазолари (огоҳлантириш, ҳайфсан, қаттиқ ҳайфсан, қуйи лавозимга ўтказиш, ишдан бўшатиш, ўқув юртидан чиқариш ва ҳоказо) белгиланади. Интизом жазолари хато бевосита аниқлангандан кейин қўлланади (хато аниқлангач кўпи билан бир ой ҳамда бу иш содир бўлгандан кейин 6 ой ўтгач жазони қўллаш мумкин эмас). Баъзи ҳолларда бемор билан тиббиёт ходими ўртасидаги ўзаро муносабатлар жанжалга хос бўлиб, бу ҳуқуқий нормаларнинг бузилишига сабаб бўлади, бунинг натижасида жиний иш келиб чиқади. Тиббиёт ходимлар қуйидаги ҳолларда жиний жавобгарликка тортилади:

1) Республика жиноят кодексларининг тегишли моддаларида бевосита кўзда тутилган жиноятларни қасддан содир қилганда;

2) ўз иш фаолиятида зарур эҳтиёткорликка риоя қилмаганда, эътиборсизлиги, ноҳақлиги туфайли ўз вазифаларини бажармай ёки лозим даражада бажармаганда.

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ ҚАСДАН ЖИНОЯТ ҚИЛИШЛАРИ

Жиноят кодексининг маълум моддасига мувофиқ «агар жиноят содир қилган шахс ўз фаолияти ёки фаолиятсизлигининг ижтимоий хавфли эканлигини англаган, унинг ижтимоий хавфли оқибатларини олдиндан билган ҳамда уларни истаган ёки бу оқибатларга онгли равишда йўл қўйган ҳолда жиноят содир қилинган» деб эътироф этилади.

Тиббиёт ходимларининг қасддан жиноят қилиши билан боғлиқ жиний ишлар нисбатан кам содир бўлади, чунки инсонпарвар давлатларда бу хилдаги жиноятлар учун асос қолмайди. Қасддан қилинган жиноятларга: беморга ёрдам кўрсатмаслик, ғайриқонуний равишда аборт қилиш, ғайриқонуний даволаш, турли сохта ҳужжатлар бериш, одамларда йўл қўйиб бўлмайдиган тажрибалар қилиб кўриш, эпидемияларга қарши кураш қоидаларини, кучли таъсир қиладиган ва наркотик воситаларни ишлаб чиқиш,

сақлаш, бериш, ҳисобга олиш қоидаларини бузиш киради.

1. Тиббиёт ходимининг беморга ёрдам курсатмаслиги — ижтимоий жиҳатдан энг хавfli жиноят ҳисобланади. Бундай жиноят кўпинча шифокор бемор чақиригига келмаганда, уни назорат қилиб боришдан бош тортганда, фуқароларга йўлда, кучада тиббий ёрдам курсатмаганликда намоён бўлади.

2. Ғайриқонуний аборт қилиш. 1955 йил 23 ноябрдаги «Абортларни тақиқлашни бекор қилиш тўғрисида»ги Фармон аёлга оналик масаласини ўзи ҳал қилиш имконини берди ва ҳомила олдиришнинг жазоланишини бекор қилди. Шу билан бирга ҳомиладор аёлнинг ҳаёти ва соғлигини муҳофаза қилиш мақсадида, фармонда фақат шифокорнинг даволаш муассасаларида аборт қилишига рухсат этилди, ҳомила олдиришнинг бошқа ҳоллари ғайриқонуний ва жиноий жазоланади, деб топилди.

Олий тиббий маълумотга эга бўлмаган шахснинг аборт қилиши аёлнинг ҳаёти ва соғлиги учун ниҳоятда хавfliдир. Шу сабабли аборт қандай усулда, санитария ва анти-санитария шароитида, пулга ёки бепул қилинишидан қатъий назар, анча қаттиқроқ жазога тортилади. Бироқ қонунда шу нарса кўзда тутилганки, агар олий тиббий маълумотга эга бўлмаган шахс ғоят зарур шароитда (масалан, ҳомиладор аёлни ўлимдан асраш мақсадида) аборт қилса, бу жиноий жавобгарлик истисно қилинади.

3. Ғайриқонуний даволаш. Ғайриқонуний даволаш деганда олий маълумотга эга бўлмаган ёки ўрта ва кичик тиббиёт ходимлари — доя, ҳамширалар, фельдшерлар, фармацевтлар ва шифокорлик иши билан шуғулланувчи бошқа шахсларнинг қонунга хилоф тарздаги муолажалари тушунилади. Ноқонуний даволаш тўғрисидаги ишлар катта ижтимоий хавф туғдирмайди, шу сабабли бу ишлар ўртоқлик судига ҳавола этилиши мумкин.

4. Қалбаки тиббий ҳужжатлар бериш — тергов ва суд ташкилотлари томонидан лавозимни суиистеъмол қилиш ҳисобланади ва турли муддатгача озодликдан маҳрум этиш ёки турли муддатга ахлоқ тузатиш ишларига юбориш, ё бўлмаса амалидан бўшатиш билан жазоланади.

5. Эпидемияга қарши кураш қоидаларини бузиш — аҳоли орасида юқумли касаллик тарқалишига олиб келиши мумкин. Қоидани бузувчилар — юқумли касалликни соғлиқни

сақлаш ташкилотларига ўз вақтида маълум қилмаган ёки бунни яширган, бундай хасталик билан оғриган беморларнинг касалхонага мажбурий ётқизилишидан, санитария ишловидан бош тортишига ёрдам берган тиббиёт ходимлари бўлиши мумкин. Улар турли муддатга озодликдан маҳрум этиш, ахлоқ тузатиш ишларига юбориш ва жарима билан жазоланади.

6. Заҳарли, кучли таъсир этувчи ва наркотик воситаларни ишлаб чиқариш, сақлаш, тарқатиш, ҳисобга олиш қоидаларини бузиш — аҳоли саломатлигига катта зиён етказиши мумкин. Қоида бузувчилар аввало фармацевтика корхоналари, тиббиёт омборлари ва дорихоналарнинг ходимлари бўлиши мумкин. Жиноятлар қасдан, эҳтиётсизликдан ёки совуққонлик натижасида содир бўлади. Заҳарли моддаларни жамоа транспортида ва юк ҳолида ташиш, шунингдек уларни почта орқали юбориш тақиқланади. Дорихоналарда заҳарли, кучли таъсир этувчи ва наркотик воситаларни сақлаш, ҳисобга олиш ва тарқатишга доир алоҳида тартиб белгиланган. Бу воситалар алоҳида муҳрланган қутилларда сақланиши лозим. Даволаш муассасаларида ҳам худди шундай тартибга риоя қилмоқ керак.

Курсатиб утилган қоидаларни бузган шахслар турли муддатга озодликдан маҳрум этиш ёки шу муддатга ахлоқ тузатиш ишларига юбориш, жарима солиш билан жазоланади.

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ ЭҲТИЁТСИЗ ҲАРАКАТЛАРИ ВА ХУЖЖАТЛАР БИЛАН ИШЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Касбга доир жиноятнинг бу тури мансабдор шахснинг ўз вазифасини совуққонлик билан бажаришига боғлиқдир. Бу хил жиноят тиббиёт ходимлари ўртасида тез-тез учраб туради. Организмга дори моддаларини юбориш вақтидаги эҳтиётсизлик оғир оқибатларга олиб келади. Бундай камчиликларга сабаб, тиббиёт ходимларининг доридаги ёзувларга яхши эътибор бермасликлари, ишлатилган дори беморга қандай таъсир қилишига лоқайдликлари туфайлидир. А. П. Громов шундай мисол келтиради: «Физиологик эритма» ёзувли шиша идишга (унда новакаин эритмаси тайёрланган бўлади), новшадил спирти солинган бўлади. Дорихона ходимлари, ҳамширалар ва жарроҳ эътиборсизлиги туфайли дори муолажа жараёнида қўлланади.

Натижада беморнинг оғриган жойида некроз пайдо бўлиб, дарди янада оғирлашади.

Баъзан болалар шифохоналарида, хусусан янги туғилган чақалоқларда скелет суяклари ва бош чаноғининг ёпиқ синиши ҳоллари учраб туради. Бунга эҳтиётсизлик билан йўргаклаш, турли муолажаларни бажаришда нафас йўллари чойшаб, кўрпа ва шу кабилар билан ёпиб қўйиш, юзини пастга қилиб айлантириш, шунингдек эмизикли гўдакларга дори-дармонларни бериш қоидаларига риоя қилмаслик ва уларни нотўғри қўллаш сабаб бўлади.

Бу нохушликлар тиббиёт ходимларининг қўполлиги, уларнинг ўзбошимчалиги ёки пала-партишлиги туфайли келиб чиқади. Касбга доир жинойтнинг бу тури, мансабдор шахснинг ўз вазифасига совуққонлик билан қараши ҳисобланади ва озодликдан маҳрум этиш ёки ахлоқ тузатиш ишларига юбориш, ё бўлмаса вазифасидан четлаштириш билан жазоланади.

Тиббиёт ҳужжатлари аҳолининг турли гуруҳлари соғлигини ифодаловчи маълумотларни, курсатиладиган тиббий ёрдам турларини ёзиб бериш ва таҳлил қилиш учун мўлжалланган. Улар тиббий икки асосий гуруҳдан — бирламчи ҳисобга олиш ва ҳисобот ҳужжатларидан иборат.

Биринчи гуруҳ ҳужжатларга: касаллик тарихи, шифохонага қатновчи беморнинг шахсий тиббий дафтари, туғилиш тарихи, боланинг ривожланиш тарихи, меҳнатга лаёқатсизлик варақаси, профилактик эмлашлар қоғози, лаборатория таҳлиллари варақаси, муолажаларни ҳисобга олиш, беморни касалхонага ётқизишда поликлиниканинг айирбошлаш қоғози ва ҳоказолар киради.

Бирламчи ҳисобга олиш ҳужжатларидан ҳисоботлар тузиш вақтида фойдаланилади. Ҳисоботларнинг энг муҳим қисми — аҳолининг соғлиғи тўғрисидаги ахборотдир.

Иккинчи гуруҳ ҳужжатларга: «даволаш-профилактика муассасасининг ҳисоботи», «санитария-эпидемиология станцияларининг иши тўғрисидаги ҳисобот» ва ҳоказолар киради.

Ҳужжатларни аниқ ва тўғри тўлдириш тиббиёт деонтологиясининг энг муҳим талабларидан бири ҳисобланади. Ҳамширанинг айрим ҳужжатлар, масалан, ҳароратни ўлчаш варақаси, ўтказилган таҳлил натижалари ва ҳоказоларни тўлдиришда йўл қўйган нуқсонлари касаллик

ҳолатига баҳо беришга ва беморни даволашга таъсир қилиши мумкин. Шундай ҳоллар ҳам бўладики, бир беморнинг текшириш маълумотлари бошқасининг ўрнига янглиш ёпиштириб қўйилиши мумкин ва ҳоказо. Беморни текширишга тааллуқли ва касаллик тарихига ёзиладиган барча маълумотлар хизматга доир ҳужжатларга киради. Расмий ҳужжатларни нотўғри ва масъулиятсизлик билан юритиш хизматдаги жиддий камчилик ҳисобланади. Даволаш муассасасида юритиладиган тиббий ҳужжатлар бемор қўлига тушмаслиги лозим. Беморнинг ўз касаллигидан хабардор бўлиши, унинг руҳиятини ёмонлаштиради ва даволашга салбий таъсир кўрсатади. Бемор қўлига бериладиган ҳужжатларда касалликнинг номи тилга олинмаслиги керак, чунки бу нотўғри тушунилиши ва руҳий кечинмаларга сабаб бўлиши мумкин. Турли таҳлилларга доир маълумотлар, рентген текширувлари ва шу кабиларни қўлга бериш ҳам деонтология нуқтаи назаридан маъқул эмас, чунки улар тескари изоҳланиши мумкин.

Хулоса қилиб айтганда ҳамширанинг ахлоқ-одоб, сўзлашув (деонтология) қоидаларига қатъий риоя қилиши, касбини пухта ўрганиши ҳуқуқ ва қонунлардан хабардор бўлиши ғайриқонуний ҳаракатлардан сақланишнинг асосий шартларидир.

4-бўлим

САНАЛОГИЯ АСОСЛАРИ

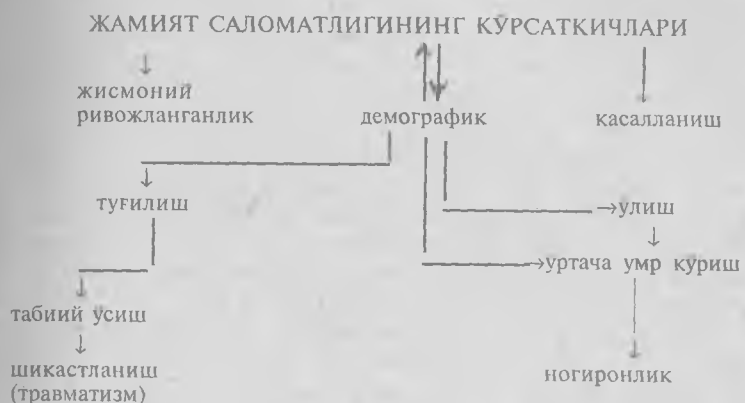
САЛОМАТЛИК ВА УНГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР

Саналогия — саломатлик ҳақидаги таълимот бўлиб, жамият саломатлигини, соғлиқни сақлаш вазифаларини ва уларни амалга ошириш йўллларини ўргатади.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти Низомига мувофиқ саломатлик — жисмоний, руҳий ва ижтимоий жиҳатдан осойишталик ҳолатидир. Соғлом ҳолатдаги кишигина ўзининг асосий вазифаси — меҳнат қилиш фаолияти билан шуғуллана олади, оиласини боқади, жамият ва давлатга фойда келтиради. Бас шундай экан, саломатлик ҳар бир киши учун неъмат, бахт-саодат, меҳнат унумдорлигини, мамлакат иқтисодий қудратини ва халқ фаровонлиги ошишининг зарурий шартидир.

Ижтимоий саломатлик — жамиятни ижтимоий, иқтисодий ва сиёсий жиҳатдан ҳаракатлантирувчи омил ҳисобланади. Шунинг учун жамият (аҳоли) саломатлигининг асосий кўрсаткичларини билиш ҳар бир тиббиёт ходими учун зарурдир (3-жадвал).

3-жадвал



КАСАЛЛАНИШ

(аҳоли саломатлигининг издан чиқиш ҳоллари бўлиб, қуйидаги манбалар маълумотлар олишга ёрдам беради).

Даволаш-профилактика муассасаларига мурожаат этиш

Тиббий курик яқунлари ёки натижалари

аҳоли орасидаги ўлим сабаблари

1. Демографик кўрсаткичлар;
 - а) туғилиш;
 - б) ўлиш;
 - в) аҳолининг табиий ўсиши;
 - г) ўртача умр кўриш,
2. Жисмоний ривожланганлик.
3. Касалланиш.
4. Шикастланиш ва ногиронлик.

Туғилиш — йил давомида туғилганлар сонининг аҳолининг 1000 тасига нисбатан олинган миқдори. Ҳозирги

шароитда туғилиш уртача 15 дан 25 фоизгача ўзгариб, шаҳарда қишлоқлардагига нисбатан камдир.

Ўлим — 1000 аҳолига нисбатан олинган йил давомида улганлар сони бўлиб, уртача 9—15 фоизни ташкил этади.

Болалар ўлими ҳозирги вақтда Ўзбекистонда асосий муаммолардан бири бўлиб, оилаларда режалаштириш яхши олиб борилмаслиги, оналарнинг етарли тиббий билимларга эга эмаслиги натижасидир.

Касалланиш — аҳоли саломатлигининг издан чиқиш ҳоллари бўлиб, аҳоли саломатлигига баҳо беришда катта аҳамиятга эга. Жамиятдаги касалланиш ҳақидаги маълумотлар қуйидаги манбалардан олинади:

а) даволаш-профилактика муассасаларига мурожаат этишларга қараб;

б) медицина кўриклари натижаларига қараб;

в) ўлим сабабларига қараб.

Ушбу манбалардан нафақат сон жиҳатидан, балки сифат жиҳатидан ҳам хулоса чиқариш мумкин.

Аҳоли саломатлигининг кўрсаткичларига таянган ҳолда тиббиётимизни ривожлантиришда қуйидагилар аниқлаб олинади:

1. Тиббий ёрдамнинг турларига аҳолининг талаби.

2. Керакли мутахассислар сони ва хиллари.

3. Даволаш-профилактика муассасаларининг сони ва хиллари.

4. Тиббиёт ходимлари фаолиятининг ҳажми ва унумдорлиги.

5. Диспансеризация ишини амалга ошириш йул-йўриклари.

Ҳозирги шароитда Ўзбекистонда аҳоли саломатлигини сақлаш учун кенг кўламда иш олиб борилмоқда.

Бунда, 1948 йил 7 апрелда БМТ таркибида ташкил этилган Халқаро соғлиқни сақлаш ташкилотининг «2000 йилда саломатлик ҳамма учун» стратегик шиори асосий мақсад қилиб олинган.

Бирламчи тиббий санитария ёрдами эса (БТСЁ) қабул қилинган мақсаднинг рўёбга чиқариш усулидир. БТСЁ 1978 йили Олмаотада бўлиб ўтган халқаро соғлиқни сақлаш ташкилотининг кенгашида белгилаб олинди ва унда тиббиёт ҳамширасининг асосий ўрни кўрсатиб ўтилди.

БТСЁ қуйидаги асосий вазифаларнинг бажарилишини ўз ичига олади: саломатликни ҳимоя қилиш муаммолари-

ни ва уларни ҳал этиш йўлларини тушунтириш; оқилона овқатланиш ва тоза ичимлик сув билан таъминлашга эришиш, оналик ва болаликни ҳимоя қилиш, оилани режалаштириш; эндемик касалликларнинг олдини олиш ва уларга қарши курашиш, асосий юқумли касалликларга қарши вакцинация утказиш, кенг тарқалган касалликлар ва жароҳатланишларнинг олдини олишда асосий зарур воситалар билан таъминлаш.

Халқаро кенгаш ишида 134 даволаш ва БМТ нинг 67 ташкилоти ва муассасаларидан вакиллар қатнашди.

1987 йил май ойида бўлиб ўтган Жаҳон соғлиқни сақлаш ассамблеясининг 40-йиғилишида 1991—1995 йиллар учун «2000 йилда саломатлик ҳамма учун» стратегиясини амалга ошириш бўйича ЖССТ нинг фаолият дастури лойиҳаси тасдиқланди.

Ушбу дастур жаҳонда тарқалиб бораётган касалликларни, уларни келтириб чиқарувчи сабабларни бартараф этиш, аҳолининг жамият учун фаол ва унумли меҳнат қилишини таъминлаш вазифаларини олға суради.

Аҳоли саломатлигига таъсир этувчи ёки хавф туғдирувчи омиллар хилма-хиллиги, шу билан бирга бир вақтнинг ўзида таъсир кўрсатиши билан таърифланади.

Саломатликка таъсир этувчи омилларга қуйидагилар киради:

1. Ташқи атроф-муҳит омиллари. Инсон ўз атрофини ўраб олган ташқи муҳит билан ўзаро муносабатда бўлади. Сув, ҳаво, ўсимликлар, ҳайвонот дунёси, овқат маҳсулотлари, яшаш жойи, кийим-кечаги, шовқин, тебраниш, радиацион нурланиш, турли дори воситалари, биологик профилактик препаратлар, замонавий ҳаво лайнерлари, қишлоқ хўжалик зараркунандаларига қарши ишлатиладиган хилма-хил захарли кимёвий моддалар ва бошқалар одам атрофини ўраб олган муҳитдир, санаб ўтилган омиллар эса одамнинг жисмоний ва руҳий саломатлигига бевосита таъсир этади. Яшаш шароитидаги ижтимоий муаммолар ҳам кишилар соғлиғига таъсир қилиши мумкин.

Атроф-муҳитнинг ифлосланиши туфайли биосферада кўпайиб бораётган мутаген (онкоген, тератоген) омиллар таъсири наслдан-наслга ўтувчи ирсий касалликлар кўпайишига сабаб бўлади.

2. Саломатликка салбий таъсир этувчи омиллардан бири нотўғри, мувофиқлашмаган ва тартибсиз овқатланиш

булиб, организмнинг нормал фаолияти бузилиши ва касалликлар келиб чиқишида муҳим урин эгаллайди. Организм етарли даражада озик моддалар билан таъминланмаслиги натижасида унинг ҳимоя хусусиятлари пасайиб, касалликлар пайдо булиши учун замин яратилади, тез чарчаш, иш қобилиятининг сусайишига олиб келади. Болаларнинг етарлича овқатланмаслиги ўсиш ва жисмоний ривожланишни кечиктиради.

3. Гиподинамия (юнонча — *huro* — кам, паст ва *dynamis* — куч мушакларнинг етарли ишламаслиги, қисқариш кучининг камайиб кетиши бўлиб, одатда доимо ўтириб ишлаш, пичада юришни йиғиштириб, транспортда кетиш, камҳаракатлилик, умуман мушакларга тушадиган оғирликнинг камайиб қолиши туфайли келиб чиқадиган гипокинезия, яъни одам ҳаракат фаоллигининг камайиб кетиши билан бирга давом этади. Одам узоқ касал бўлиб ётганида ҳам унда гиподинамия кузатилади.

Жисмоний фаоллик камайиб қолар экан, аввалига қувват сарфи камайиб, сўнг тўқималарнинг қон, кислород ва озик моддалар билан таъминланиши ёмонлашади. Юрак мушаги толаларининг тузилишида ўзгаришлар пайдо бўлиб, организмдаги идора этувчи тизилма ҳолати, жумладан гормонал ва нерв системасининг иши бузилади. Гиподинамияда мускуллар марказий нерв системасига бориб турадиган сигналлар камайиб қолади, бу эса бош мия ҳолатига ёмон таъсир қилади, чунки марказий нерв системаси тонусини сақлаб туришда, қон айланиши билан моддалар алмашинувининг идора этилишида мушак фаолияти биринчи даражали ўрин тутади.

Ҳаракат фаоллиги кескин сусаядиган бўлса, суяклар тузилиши ҳам ўзгаради. Мушаклар атрофияга учраши муносабати билан ёғ тўқимаси кўпаяди, алмашинув жараёнлари издан чиқиб, марказий нерв системасининг ҳолати ўзгаради, одам тез толиқади (астенизация синдроми). Юрак-томир системасининг аҳволи ўзгаради, юрак қисқаришларининг кучи камаяди, қон томирлар ҳолати ёмонлашади; бу аввалига одам тез юрганида салга ҳансираб қолиши, юрагининг тез-тез уриши, жисмоний иш вақтида юрак соҳаси оғриши билан ифодаланади, кейинчалик эса атеросклероз, гипертония касаллигини келтириб чиқаради.

Кам ҳаракат қилиш, кўп ўтириш натижасида мускуллар эрта қувватсизланиб, бушашиб қолади, кишининг қадди буқилиб, физиологик қариш жараёни тезлашади.

4. Зарарли одатлар: алкоголизм — ашаддий ичкилик-бозлик, айрим кишиларнинг ўз саломатлиги ва меҳнат қобилиятига шунингдек жамият фаровонлигига зарар етказадиган даражада, мунтазам равишда меъеридан ортиқ спиртли ичимликлар ичишдир.

Ичкиликбозлик одам организмидаги ҳамма тизилмалар ва аъзоларга салбий таъсир курсатади. Одам узи ичаётган ичкилик миқдорини билмай, меъерини йўқотиб қўяди, марказий ва периферик нерв системаси фаолияти бузилиб руҳий хасталиклар, невритлар ва бошқалар пайдо бўлади, ички аъзолар фаолияти издан чиқади. Ичкиликбозлик (ҳатто бирор тасодиф билан ичилганда ҳам) одам руҳиятининг ўзгариши, яъни мастлик ҳолатидаги ўз жонига қасд қилиши ва бошқа бахтсиз ҳодисаларга сабаб бўлади.

Ичкиликнинг заҳарли таъсири моддалар алмашинувининг бузилиши, нерв системасининг зарарланишига олиб келади. Кўп ичадиган одамда кўз хиралашиб, баъзан қулоқ ҳам оғирлашиб қолади. Ичкиликнинг меъдага таъсири натижасида шу аъзо барча функцияларининг бузилиши, сурункали алкоголь гастрити пайдо бўлади. Ичкиликбозлик айниқса жигарга зарарли таъсир курсатади: одам ҳадеб ичаверадиган бўлса, жигар циррози юзага келади. Алкоголизм панкреатит, қанд касаллиги, стенокардия ва миокард инфаркти хасталиklarига ҳам сабаб бўлади.

Мудом ичиб юрган киши барвақт қариб, ногирон бўлиб қолади.

Тамаки чекиш — киши соғлиғига жиддий путур етказадиган энг зарарли одатлардан биридир. Тамакининг ватани Жанубий Америка, уни испанлар 16 асда Европага келтиришган. Даставвал тамакини ҳидлаш ёки чайнаш одат бўлган. Бора-бора у чекиладиган бўлди, чунки тамаки чекилганда ундаги асосий модда—никотин кучлироқ таъсир этади. Никотин марказий ва периферик нерв системасига вақтинча қўзғатувчи таъсир курсатади, артериал қон босимини оширади, майда томирларни торайтиради; нафасни тезлаштиради, овқат ҳазм қилиш системасининг ширасини кўпайтиради. Никотин билан бирга тамаки тутунидаги ёниш маҳсулотлари ҳам организмни заҳарлайди. Шунинг учун чекмайдиган кишиларнинг чекилган хонада бўлиши ҳам зарарлидир.

Таркибида ёниш маҳсулоти бўлган тутун нафасга олинганда артериал қондаги кислородни камайтириб юборади

(кислород ташувчи гемоглобин узининг кислородни бириктириб олиш вазифасини йуқотади). У бронхлар шиллиқ пардасига таъсир курсатиб сурункали бронхит ва ўпка эмфиземасига сабаб бўлади. Тамаки чекувчилар ҳадеб йўталадиган бўлиб қолишади.

Чекиш кўпинча оғиз бушлиғи, томоқ, бронх ва ўпкада хавфли ўсмалар пайдо қилади. Сурункасига узоқ вақт чекиш тез қаришга сабаб бўлади.

Никотин айниқса ҳомиладорлар учун зарарли, чунки бола заиф ва касалманд бўлиб туғилади. Эмизикли аёллар чекиши ҳам бола соғлиғига хавфли таъсир курсатади

Никотин атеросклероз, гипертония, гастрит, гастроэнтероколит, миокардиодистрофия ва баъзи бир эндокрин касалликларнинг кечишини оғирлаштириб юборади. Чекишдан воз кечмай туриб, яра касаллиги, тромбфлебит, облитерацияловчи эндартериит, Рейно касаллиги, стенокардия, миокард инфаркти каби хасталиклардан соғайиш қийин.

Наркомания — (юнонча — *narke* — қарахтлик ва *mania* — телбалик, жаҳл, шод-хуррамлик), бангилик, гиёҳвандлик-наркотик ва наркотик таъсирга эга моддаларни суи-истеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган касалликдир. Ушбу хасталик билан оғриган кишининг жисмоний ва руҳий ҳолати хуморини босадиган тегишли наркотик модда истеъмол қилишига боғлиқ. Қуйидаги икки ҳолда наркотик моддаларга ўрганиб қолиш мумкин. Биринчи ҳолда киши ўз хоҳишидан ташқари эътиборсизлиги натижасида наркотик моддалар хумор қиладиган бўлиб қолади. Бундай бангилик кўпинча врач буюрган наркотик моддаларни нотўғри қабул қилиш натижасида келиб чиқади.

Иккинчи ҳол онгли равишда кайф қилиш мақсадида наркотик моддаларга ўрганишдир. Бангиликка одатда ўзини тия билмаган, руҳан заиф, иродаси кучсиз, бировларга тақлид қиладиган, хуморни тарқатишдан бошқа нарсани билмайдиган ўта худбин кишиларгина берилади. Мубтало бўлган наркотик моддаларни қайта-қайта ва кўп миқдорда истеъмол қилгиси келаверади. Кейинчалик эса наркотик моддаларни қабул қилмасдан туролмайдиган, у бўлмаса худди «бирор нарса етишмаётгандай» бўлиб қолади. Бундай аҳволдан қутулиш ва ўзини бироз енгил ҳис қилиш учун яна наркотик моддага ружу қилади. Шу тариқа наркотик моддаларга мойиллик — бангилик келиб чиқади. Аввалига бангиларда руҳий ўзгаришлар (тажанглик, кайфият бузуқ-

лиги, хотира пасайиши) пайдо бўлган бўлса, кейинчалик жисмоний ўзгаришлар (терлаш, юрак уриши, оғиз қуриши, озиб кетиш, қул-оёқ титраши, рангининг синиқиши, қўз қорачигининг кенгайиши) авж олади. Агар банги ўз вақтида наркотик қабул қилмаса, юқоридаги ҳолатлар кузатилади.

5. Руҳий-эмоционал зўриқишлар — ҳозирги даврда кишилар саломатлигига салбий таъсир этувчи асосий омиллар ҳисобланади. Одам организмнинг нормал фаолияти, унинг руҳияти қай даражадалигига боғлиқ.

Руҳият ва кайфиятидаги ҳар қандай ўзгаришлар аъзо ва системаларнинг фаолиятига бевосита таъсир кўрсатади.

Одамнинг руҳан эзилиши, кўнглига оғир ботадиган кечинмалар ва ҳаётдаги турли салбий воқеалар зўриқишларга олиб келади.

Руҳий-эмоционал зўриқишлар натижасида одамларда гипертония, стенокардия ва миокард инфаркти, қолаверса, руҳий касалликлар, зарарли одатларга ружу қилиш келиб чиқади.

Аёлларда руҳий-эмоционал зўриқишлар айниқса, ҳомиладорлик даврида, унинг дастлабки уч ойида ўта хавфли асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

Аҳоли турмушининг яхшиланиши, ижтимоий шароитнинг барқарорлашиши руҳий-эмоционал зўриқишлар олдини олишнинг асосий шартларидандир.

Юқорида санаб ўтилган саломатликка қарши омиллар ҳақида тушунчага эга бўлиш, уларни бартараф этиш, ҳар бир кишининг бевосита узига боғлиқ. Бунинг учун эса соғлом турмуш, унинг таркибий қисмлари нималардан иборатлиги ҳақида аҳоли орасида тушунтириш ишлари олиб бориш лозим.

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ ТАЛАБЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Турмуш тарзи — бу аниқ шароитдаги диалектик тушунчалар ҳосиласи бўлиб, инсоннинг аниқ жамиятда, муҳитда ифодаланган ҳаёт, меҳнат, дам олиш ва ҳоказоларини ўз ичига олган тушунчадир. Унинг таркибий қисмларига фақат ижтимоий-сиёсий ва ишлаб чиқариш фаолиятигина эмас, балки ишлаб чиқаришдан ташқари вақтдаги фаоллиги, ижтимоий-маданий фаолияти ҳам қиради. Тиббий фаоллик ҳам унинг бир туридир. Турмуш-

да одам турли хил салбий таъсиротлар, ноҳуя ҳолатлар ва шароитларга тушиб қолиши мумкин. Булар эса ўз навбатида саломатлик, турмуш тарзини соғломлаштириш ҳақида тула билимга эга бўлишга мажбур қилади, аҳолининг ўз саломатлигига бўлган муносабатларини тарбиялаш ва тиббий билимларни тарғиб қилишни тақозо этади.

Соғлом турмуш тарзи кенг маъноли тушунча бўлиб, унумли меҳнат қилиш, фаол дам олиш, бадантарбия ва спорт билан шуғулланиш, организмни чиниқтириш, шахсий ва психогигиенага риоя қилиш, оқилона овқатланиш, зарарли одатлардан ўзини тийиш ва ҳар йили шифокор кўригидан ўтиб туришдан иборат. Жамиятнинг ҳар бир аъзоси эса шуларни турмушига татбиқ этса, соғлом ҳаёт кечиради (4-жадвал).

4 - жадвал

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ

(таркибий қисмлари)

1. УНУМЛИ МЕҲНАТ ҚИЛИШ.
2. ФАОЛ ДАМ ОЛИШ.
3. ТУҒРИ (РАЦИОНАЛ) ОВҚАТЛАНИШ.
4. БАДАНТАРБИЯ ВА СПОРТ БИЛАН ШУҒУЛЛАНИШ
5. ОРГАНИЗМНИ ЧИНИҚТИРИШ.
6. ШАХСИЙ ВА ПСИХОГИГИЕНА ҚОИДАЛАРИГА РИОЯ ҚИЛИШ
7. ЕМОН ОДАТЛАРДАН ЎЗИНИ ТИЙИШ.
8. ҲАР ЙИЛИ ДИСПАНСЕР КЎРИГИДАН ЎТИШ

ДИСПАНСЕР



ПОЛИКЛИНИКА ← СТАЦИОНАР → ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА
БЎЛИМИ

Вазифаси: 1. Хизмат доирасида касалликлар профилактикаси ва давоси билан шуғулланиш.
2. Консултациялар утказиш.
3. Касалланиш ва улишни урганиш.
4. Умумий тармоқ шифокорларига ташкилий-услубий ёрдам курсатиш.

Турмуш тарзининг соғломлаштирилиши аҳоли саломатлигига жуда катта таъсир кўрсатади. Аҳолига тиббий билимларни тарғиб қилишда, соғлом турмуш тарзини намоён қилиш ва касалликларнинг олдини олишда соғлиқни сақлаш муассасалари, давлат ва жамоат, маданият ва

матбуот ташкилотлари ҳамкорликда иш олиб боришлари зарур.

Саломатликни сақлаш ва кузатишнинг фаол тури диспансеризация — ялпи тиббий кўриқдан ўтказиш ва узлуксиз назорат остига олишдир. Диспансеризация даво-профилактика усулларида бири бўлиб, касалликка барвақт ташхис қўйиш мақсадида беморларни ва шифокор кузатувида муҳтож кишиларни текшириб аниқлаш; аҳолининг муайян гуруҳлари ва беморларни махсус ҳисобга олиб, улар соғлиғини кузатиб бориш; касалликлар ва улардан қоладиган асоратларнинг олдини олиш; беморларнинг соғлиғи ва меҳнат қобилиятини тезроқ тиклаш учун ўз вақтида даво ва профилактика тадбирлари ўтказиш; диспансер ҳисобида турган кишиларнинг меҳнат ва турмуш шароитларини ўрганиш ва касалликлар кўпайишига имкон берадиган омилларни бартараф этишни ўз зиммасига олади.

Аҳоли диспансеризациясида қатнашувчи муассасаларнинг уч тури мавжуд.

I. Амбулатор-поликlinik муассасалар: ФАП, шифокор амбулаториялари, тиббий бўлим, МСК, территориал поликлиникалар.

II. Ихтисослашган диспансерлар—кардиология, онкология, тери-таносил, буқоққа қарши, наркологиya, психоневрология ва бошқалар (4-жадвалга қаранг).

III. Вилоят ва республика касалхоналари, ихтисослашган марказлар, тиббиёт ва илмий-текшириш институтларининг шифохоналари.

Оғир сурункали касалликлар (сил, юрак-томир касалликлари, меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги ва бошқалар), шунингдек кўпчилик соғлом кишилар, чақалоқлар, мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар, 14—18 ёшдаги ўсмирлар, хунар-техника билим юртлари ўқувчилари, ҳомиладор аёллар, спортчилар, шахтёрлар ва зарarli ишларда ишловчилар, ҳарбий хизматчилар, механизаторлар, сут соғувчилар ва бошқа касбдаги кишилар мунтазам диспансер кузатувида бўладилар.

Ҳаракат ва саломатлик

Соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва касалликларнинг олдини олишнинг асосий йўли тўғри ташкил этилган жисмоний фаолликдир.

Ҳаракат натижасида одамнинг турли аъзо ва тизилма-ларининг фаолияти меъёрлашади, бузилган фаолиятлари эса тикланади, ақлий ва жисмоний меҳнатга булган фаол-лик ошади. Ҳар қандай ёшдаги одам учун ҳаракат тўлақон-ли ҳаёт ва фаолият кўрсаткичидир. Ҳаракат натижасида қув-ват сарфи ошади, туқималарнинг қон, кислород ва озик моддалар билан таъминланиши яхшиланади. Юрак муску-ли толаларининг тузилиши мустаҳкамланади, организмни идора этувчи гормонал ва нерв системасининг иши фаол-лашади. Ҳаракат ва жисмоний машқлар суяқлар тизилма-сини мустаҳкамлайди, мушак кучини ошириб, уларнинг бир хил шаклини сақлайди. Гудаклар ва мактаб ёшидаги болалар учун ҳаракатнинг аҳамияти жуда катта бўлиб, у бола организмнинг шаклланишига, таянч-ҳаракат аппа-рати, юрак-томир системаси, эндокрин ва организмдаги бошқа системаларнинг ривожига яхши таъсир қилади.

Ҳаракат фаоллиги мускуллар билан скелетни ривож-лантиради, қадди-қоматни расо қилади, алмашинув жа-раёнлари, қон айланиши ва нафаснинг идора этилишини такомиллаштиради, юрак-томир системасининг ривожла-нишини белгилаб беради. Кундалик турмушда ҳар куни эрталаб бадантарбия, ишлаб чиқариш гимнастикасини қанда қилмаслик, спорт билан шугулланиш, жисмоний меҳнат қилиш, кўпроқ пиёда юриш зарур. Бунда жисмо-ний тарбиянинг аҳамияти жуда муҳим бўлиб, киши ҳар жиҳатдан интизомли бўлади, кучлилиқ, чаққонлик, иро-далиликни ўзида шакллантиради. Жисмоний тарбия маш-ғулотлари жуда хилма-хил бўлиб, гимнастика, юриш, су-зиш, велосипед ҳайдаш, турли спорт ўйинлари, аэробика, чанғи, терренкур, тренажерлар ва бошқаларни ўз ичига олади.

Гимнастика (юнонча — gymnastike — машқ қиламан) — жисмонан камол топишга, саломатликни мустаҳкам-лашга ҳар томонлама ёрдам берадиган махсус жисмоний машқлар мажмуасидир. Машқлар билан мунтазам шугул-ланилганда юрак-томир ва нафас тизилмалари фаолияти яхшиланади, таянч-ҳаракат аппарати мустаҳкамланади, моддалар алмашинуви кучаяди, турли жисмоний кучла-нишларга мослашув иши такомиллашади. Гимнастика жисмоний жиҳатдан гавдани тўғри шакллантиради, қўл, елка камари, қорин мушакларини мустаҳкамлайди ва эп-чил, ҳаракатчан бўлишга ёрдам беради.

Велосипед ҳайдаш машғулоти аввало умумий жисмоний чидамликни оширишга ёрдам беради. Велосипедда тезликни оширмай текис йўлда сайр қилиш барча ёшдаги аёллар учун ҳам, эркаклар учун ҳам енгил ва қулай машғулотдир. Велосипеддан оқилона фойдаланилса, у болаларни жисмонан тарбиялашнинг яхши воситасига айланади.

Спорт ўйинлари (бадминтон, баскетбол, волейбол, футбол, хоккей ва бошқалар) шуғулланувчилар организмига ҳар тарафлама фойдали таъсир кўрсатади. Ҳаракат фаолиятининг турли шакллари (югуриш, юриш, сакраш ва ирғитишлар, зарблар, турли куч элементлари) қамраб олувчи спорт ўйинлари чамалай билишга, аниқ ва чаққон ҳаракат қилишга ўргатади, организмни бакувват қилиб юрак-томир, нерв ва нафас системаларининг такомиллашувини, таянч-ҳаракат аппаратининг мустаҳкамланишини таъминлайди. Спорт ўйинлари вазиятларнинг тўхтовсиз ўзгариб туриши билан ифодаланади ва спортчиларни тезда мўлжал қила олишга, топқирликка ва қатъиятликка ўргатади.

Терренкур — (франц. terrain — жой ва нем — кур — даволаш) асосан санаторий-курорт шароитларида даво мақсадида махсус белгиланган йўл (маршрут) бўйича маълум масофага пиёда сайр қилишдир. Терренкур даволаш усули ҳисобланади. Текис йўлда қиялик жойдан ўтиб юриш юрак-томир фаолиятини мустаҳкамлайди ва ривожлантиради, тўғри нафас олиш учун яхши шароит яратаяди, нерв-мускул тонусини оширади, шунингдек оёқ мускуллари юриштиради, моддалар алмашинувини яхшилайдди.

Тренажерлар деганимизда ҳаракат, касбга оид амалий кўникмалар ҳамда маҳоратни тарбиялаш ва такомиллаштиришга мўлжалланган техник қурилмалар ва мосламаларни тушунамиз. Соғломлаштиришга оид тренажерлар турли ёш ва касб-кордаги одамлар томонидан кенг фойдаланишга мўлжалланган. Улар соғлиқни мустаҳкамлайди, меҳнат қобилиятини оширади, одамнинг асосий жисмоний сифатлари: куч, чидамлик, тезлик, чаққонликни ривожлантиради. Мушакларни чиниқтирувчи машқларни уй шароитида бажариш учун «Здоровье» гимнастика тўплами, «Грация», «Роллер» тренажерлари, эспандерлар, гантеллар, эластик бинтлар ва бошқалардан фойдаланиш мумкин.

Жисмоний машқларнинг қандай бўлмасин бирон туридан шуғулланишга киришишдан олдин, жисмоний кучланишни организм томонидан кўтара олиш қобилиятини ёки шуғулланганликнинг паст нуқтасини аниқлаб олиш зарур. Бунинг учун «ўтириб-туриш» машқидан фойдаланиш мумкин. Асосий ҳолат—оёқларни бир жойга қўйиб (товонлар бирлашган, оёқ учлари узоқлашган), пульс саналади.— P_1 . Қўлларни олдинга кўтариб оҳиста маромда 30 марта ўтириб турилади ва шу заҳоти пульс саналади— P_2 . 1 минут ўтказиб пульс яна саналади— P_3 .

$$P \text{ (Руфье индекси)} = \frac{P_1 + P_2 + P_3 - 200}{10}$$

Олинган маълумот қуйидагича баҳоланади:
 0+жисмоний кучланишга аъло реакция,
 0—5— яхши реакция,
 6—10—қониқарли реакция,
 11—15— суст реакция,
 15— қониқарсиз реакция.

Жисмоний маданият ва спорт бир-бири билан чамбарчас боглиқ, шу билан бирга уларда ўхшашлик ҳам, фарқ ҳам мавжуд.

Жисмоний маданият жамият умумий маданиятининг бир қисми бўлиб, саломатлик, ҳар томонлама жисмоний қобилиятни ривожлантириш, уларни жамият ҳаётида бевосита қўллашга қаратилган ишлар йигиндисидир.

Спорт маданиятнинг ўзига хос тури бўлиб, асосий фарқи, унинг мусобақалашув мақсадига қаратилганлигидир.

Жисмоний машғулотлар одам организмига ижобий таъсир этар экан, уларни бажаришда зарур бўлган гигиеник талабларга тўхталиб ўтиш ҳам зарур. Бу талаблар машғулот ўтказиладиган хонага—муҳитга (кийиладиган кийимларга ва пойафзалларга) тегишлидир. Жисмоний машқларни бажариш хоналари кенг, ёруғ, ҳавоси алмаштириладиган, ҳарорати бир меъёрда сақланиладиган ва жисмоний машқлар хилига мослаштирилган бўлиши лозим. Ёз кунларида жисмоний машғулотларни очик ҳавода ўтказиш мумкин.

Жисмоний машқлар учун энгил, ҳаракатлар учун қулай йил фаслларига мос, пахтадан тайёрланган кийимлар тавсия этилади. Пойафзаллар табиий теридан ёки матодан (фаслга қараб) тайёрланган бўлиши керак. Пайпоқлар юмшоқ, ҳаво ўтказадиган бўлгани маъқул.

Жисмоний машқлар билан шуғулланувчи ҳар бир киши қуйидаги асосий қойдаларга амал қилиши лозим.

1. Аста-секинлик.
2. Мунтазамлилик.
3. Ҳар томонламалик.
4. Ўзига хос ёндошиш.
5. Ўз-ўзини назорат қилиб бориш.

Машқларни аста-секинлик билан бошлаб, узлуксиз шуғулланиш, уларнинг турли хилларидан фойдаланиш, ўзининг шахсий қобилиятларини ҳисобга олиш ва машғулотларнинг қандай таъсир бераётганини назорат қилиш зарур.

Жисмоний машқлар нафақат соғломлаштирувчи, балки даволовчи омил сифатида ҳам катта аҳамиятга эга. Унинг даволовчи таъсирига таянган ҳолда ҳозир даволаш физкультураси кенг қўлланилади. Даволаш физкультураси амалиёти ҳаракатнинг қуйидаги таъсирларига асосланган:

- а) тонусни оширувчи ва стимулловчи (тетиклаштирувчи),
- б) трофик ёки озиклантирувчи,
- в) компенсатор,
- г) тинчлантирувчи,
- д) бузилган функцияларни меъёрлаштирувчи (қайта тикловчи).

Ушбу таъсирлар натижасида организмнинг умумий тонуси ошади, иммунитет ва реактивлик кўтарилади, касал аъзо озикланиши яхшиланади, дори-дармонлар яхши таъсир қилади, касаллик ёки шикастланиш натижасида бузилган функциялар тикланади.

Буюк мутафаккиримиз Ибн Сино айтганидек: «Ҳаракат—саломатлик мезонидир». Шунга кўра ҳаракатни тарғиб қилиш ҳар бир тиббиёт ходимининг муҳим вазифаларидан биридир.

Туғри (рационал) овқатланиш

Туғри овқатланиш — миқдор ва сифат жиҳатидан тула қимматли, бир меъердаги тартибга асосланиб, соғлом одамларнинг жинсини, ёшини, меҳнат турини ва бошқа омилларни ҳисобга олган ҳолда одам организмнинг ҳаёт фаолиятини, қобилиятини, ташқи муҳитнинг салбий омилларига нисбатан чидамини ва юксак ҳимоя қобилиятини таъминлайди (5-жадвал).

5-жадвал

ОҚИЛОНА ОВҚАТЛАНИШ

| ТУЛА ҚИММАТЛИ | ОВҚАТЛАНИШ ТАРТИБИ | МУВОЗАНАТЛАНГАН |
|--------------------|--------------------|-----------------------|
| БЕЛГИЛАНГАН ВАҚТДА | МУНТАЗАМ | МАҚСАДГА МУВО- |
| 8, 12, 16, 20 | (узлуксиз) | ФИҚ 25, 35, 15, 25 |

Вазн формулалари

1. 1 ЁШГАЧА $V=TB$ (600 ёки $500 \times \pi$) π — боланинг ойлари.

2. 1 ЁШДАН СЎНГ: $V=9+2 \text{ кг} \times \pi$ π — боланинг ёши.

3. КАТТА ЁШДАГИЛАР:

БРОК ФОРМУЛАСИ: $V=B-100$ (155—165)

$V=B-100$ (165—175)

$V=B-110$ (175—катта) B — буй узунлиги.

БОНГАРД КЎРСАТКИЧИ: $HM \frac{BXKA}{240}$

B — буй узунлиги, KA — кукрак айланаси,

КУПЕР БЎЙИЧА:

Эркалар учун = $\frac{\text{Буй (см)} \times 4}{2,54} - 128 \times 0,453$

Аёллар учун = $\frac{\text{Буй (см)} \times 3,5}{2,54} - 108 \times 0,453$

Одам овқатга булган эҳтиёжини одатда озиқ-овқат моддалари аралашмаси: оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, минерал тузлар ва сувдан иборат овқат маҳсулотлари ҳисобига қондиради. Кунлик овқат рационининг энергетик қиммати ва сифатий таркиби талайгина ҳол-

ларга боғлиқ бўлиб, булардан одамнинг ёши, бўйи ва тана вазни, касб-кори, физиологик ҳолати (масалан, ҳомиладорлик, эмизикли давр ва бошқалар), соғлиғи ва иқлим шароитлари энг катта аҳамиятга эга.

Оқилона овқатланиш учун қуйидаги шартларга:

- 1) овқат рационининг тегишли қувват жиҳатига;
- 2) овқат рационининг тўла сифатлилигига (яъни барча озиқ-овқат моддаларининг зарур миқдорда бўлишига);
- 3) тўғри овқатланиш тартибига;
- 4) озиқ-овқат маҳсулотларининг яхши сақланиши ва ҳазм бўлишига имкон берадиган шароитларга (бу овқатни пиширишга, уни хуштаъм, хушбўйлигига, кўринишига, хилма-хиллиги ва тез сингишига боғлиқ);

5) озиқ-овқат маҳсулотларини патоген организмлар (микроблар, микроскопик замбуруғлар ва бошқалар) дан зарарланмаслиги ва захарли моддалар тушишидан эҳтиётлаш учун уларни ишлаб чиқаришда, сақлашда ва пиширишга тайёрлашда санитария қоидаларига амал қилиш лозим.

Рационнинг энергетик қиммати. Овқат рационининг тўйимлилиги овқатга баҳо беришда муҳим миқдорий кўрсаткич ҳисобланади. Организм ҳаёт фаолияти учун сарфланган қувватга овқатнинг калорияси мувофиқ келиши керак. Озиқ-овқат маҳсулотларининг энергия қиммати улардаги ёғ, углевод ва оқсил миқдorigа қараб аниқланади. 2 г оқсилнинг ўртача калорияли қиммати 4 ккал га, углеводники 3,7 ккал га, ёғники—9,8 ккал га тенг.

Оқилона овқатланишнинг асосий шартларидан бири мувозанатланган овқатланишдир.

Мувозанатланган овқатланиш — асосий озиқ-овқат маҳсулотлари, оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар ва минерал моддаларнинг миқдор ва сифат жиҳатидан мақбул нисбатда бўлишини кўзда тутлади. Рационда айрим овқат моддаларнинг етишмаслиги ёки уларнинг нотўғри нисбатда бўлиши (мувозанатланмаган овқатланиш) овқатнинг тўйимлилиги ҳатто етарли бўлганида ҳам соғлиққа салбий таъсир қилади. Чунки ҳар бир озиқ модданинг (оқсил, ёғ, углевод) организмда узига яраша вазифаси бор.

Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг бир меъёрда ва озиқ моддаларининг яхши сингиши учун тўғри овқатланиш тартибини белгилаш зарур.

Овқатланиш тартиби кунлик овқат миқдорини белги-ланган вақтда мунтазам истеъмолад қилиш ва уни мақсадга мувофиқ тақсимлашдир. Овқатланиш тартибини ишлаб чиқишда одамнинг касби, кун тартиби, ёши ва организмининг ўзига хос хусусиятлари ҳисобга олинади.

Нонушта — организмда бўлажак меҳнат фаолияти учун зарур моддалар заҳирасини вужудга келтириши керак, унга кунлик овқат калориясининг 20—25 фоизи тўғри келади.

Тушлик—ишга киришилган, қувват сарфи кучайганлиги учун 30—35 фоизни ташкил қилади.

Толма чой—тушлик ва кечки овқат оралиғи узоқлиги туфайли организмга мадад беришга қаратилган бўлиб, 10—15 фоиз бўлиши керак.

Кечки овқатда энгил ҳазм бўладиган ва нерв система-сини қўзғатмайдиган, сутли таомлар бўлиши, уни ухлашдан 2 соат олдин ейиш лозим. Кунлик калориянинг 20—25 фоизи тўғри келади.

Овқатни маълум соатларда ейиш натижасида вақтга доир шартли кўникма (рефлекс) яратилади. Тановул қилиш пайтига келиб секреция кучаяди ва овқат меъда уни қабул қилишга тайёр бўлганида тушади.

Оқилона овқатланишда аҳоли алоҳида гуруҳларининг овқатланишига муҳим эътибор қаратилади. Чунки ҳар бир гуруҳга ўзига хос овқатланиш хусусиятлари мавжуд.

а) **ақлий меҳнат** билан шуғулланувчи кишиларнинг меҳнати энг кам жисмоний кучланиш, лекин юқори руҳий-салбий зўриқиш билан таърифланади. Бу эса юрак ишемик касалликлари, гипертония, неврозлар ривожланишига олиб келади. Бундай гуруҳ кишилар кам ҳаракат бўлганликлари сабабли чекланганроқ ва антисклеротик йўналишга эга бўлган овқатлар ейишлари зарур. Рационнинг энергетик қиммати 2400—2500 ккал атрофида. Оқсил 100—115 г, ёғ—80—90, углевод 300—500 г. Оддий қанд миқдори 15 фоизни ташкил этиши керак.

б) **болалар овқати** таркибида ҳам катта ёшлилар овқат рационалидаги каби озиқ ва биологик фаол моддалар бўлиши керак, лекин бу моддалар ҳамда улар манбаи бўлган маҳсулотлар нисбати боланинг ёшига мос келиши лозим. Меъеридан кам ёки ортиқ ҳамда бемаза овқати боланинг жисмоний ва ақлий ривожланишига салбий таъсир этади. Болалар серҳаракат бўлгани учун, уларда моддалар алма-шинуви тез бориши ва кўп қувват сарфланиши туфайли,

уларнинг оқсил ва юқори калорияли таомга бўлган эҳтиёжи ортиқроқдир.

Кичик ёшдаги болалар овқатланишида оқсил, ёғ ва углеводлар нисбати 1:1,3 каттароқ ёшдагиларда 1:1,4 бўлиши керак. Болалар овқатланишида ҳайвон маҳсулотлари кўпроқ бўлгани маъқул. Ҳайвон оқсилининг солиштира салмоғи умумий оқсил салмоғига нисбатан 70—80 фоизни, мактаб ёшидаги болаларникидан эса 60—65 фоизни ташкил этади. Болалар рациона таркибида етарли миқдорда гўшт, балиқ, тухум ва сут бўлиши уларнинг бундай ҳайвон оқсилга бўлган эҳтиёжини қондиради. Болаларнинг кунлик овқати таркибида 600—800 мл сут бўлиши лозим. Ёғнинг аҳамияти ҳам катта, у витамин А ва D нинг ҳазм бўлишини организмнинг ута туйинмаган ёғ кислоталари ва фосфатидларга бўлган эҳтиёжини таъминлайди. Болалар овқатида ортиқча ёғ бўлиши моддалар алмашинуви ва овқат ҳазм бўлишининг бузилишига, оқсилнинг ёмон ўзлаштирилишига, семириб кетишга сабаб бўлади. Турли хил витаминлар ва минерал моддалар болалар овқатининг асосий манбаидир.

Овқатланиш тартибига қатъий риоя қилиш болалар овқатланишини тўғри ташкил этишнинг асосий шартларидан ҳисобланади. Мактабгача ёшдаги болалар кунига 5 маҳал овқатлантирилиб, бунда кунлик калориянинг 20—25 фоизи нонуштада, 15 фоизи иккинчи нонуштада, 25—30 фоизи тушликда, 15 фоизи пешинлик (толма чой) да, 20—25 фоизи кечки овқатда берилиши керак. Мактаб ёшидаги болалар кунига 4 маҳал овқатланиши, бунда нонушта кунлик калориянинг 25 фоизини, тушлик овқат 30 фоизини, пешинлик (толма чой) 20 фоизини, кечки овқат 25 фоизни ташкил этиши лозим. Мактабгача ёшдаги болалар муассасаларида, шунингдек мактабларда болалар овқатланишини тўғри ташкил этишнинг аҳамияти катта. Мактаб ўқувчиларига нонуштада, куни узайтирилган гуруҳдаги ўқувчиларга эса тушда ҳам иссиқ овқат бериш зарур.

в) қариялар овқатланиши. 60 ва ундан катта ёшдаги кишиларда моддалар алмашинуви жараёни бирмунча сусяди. Уларда ўрта ёшли кишилардагига қараганда овқат калориялари ва қабул қилинадиган оқсиллар, ёғлар ҳамда углеводларга бўлган эҳтиёжнинг ўзгариб қолиши ҳам ана шундан.

Кексайганда сергушт шурвалар, қайлаларни (овқат ҳазм қилиш, юрак-томир, сийдик ажратиш системалари учун қулай шароит яратиш ҳамда сув-туз алмашинувини меъёрлаштириш мақсадида), таркибида холестерин кўп масалликлар (тухум сариғи, мия, жигар ва бошқалар) ҳамда қийин эрийдиган ёғлар (қўй ёғи ва бошқалар) ни кам истеъмол қилиш ёки овқатга ишлатмаслик керак. Зарур миқдордаги ҳайвон оқсиллари ва ёғларни кўпроқ сут маҳсулотлари ҳисобига олиб туриш мумкин. Сабзавот ва меваларни хомлигича ейиш фойдали. Ош тузи миқдорини ҳам чеклаш керак. Овқатланиш тартибини кескин ўзгартирмай, ўз вақтида овқат еб туриш муҳим. Овқатни пиширишга ҳам эътибор бериш лозим. Қовурилган, дудланган, тузланган ва сиркаланган таомларни кам истеъмол қилиш зарур.

Оқилона овқатланиш кишилар саломатлигини мустаҳкамлаш билан бирга, агар тўғри ташкил этилса, касалликларни даволаш учун ҳам бевосита қўлланилиши мумкин. Бунинг учун эса парҳез (диета) дан фойдаланилади. Парҳез соғлом кишилар ҳамда беморларга мўлжалланган овқат рационни ва овқат тартибидир. *Диетотерапия* — баъзи касалликлар (гастрит, энтерит, колит, яра касаллиги, жигар, буйрак хасталиклари ва бошқалар) ни даволаш ва олдини олиш мақсадида парҳездан фойдаланиш бўлиб, доридармонлар ва бошқа даво воситалари билан қўлланади.

Парҳез билан даволашнинг асосий қоидалари овқатланиш рационни, тартиби ва масаллиқни пишириш усулини белгилашда алоҳида ёндошиш; касалликнинг таърифи, беморнинг аҳволи ва организмнинг ўзига хос хусусиятларига овқатнинг миқдор ва сифат жиҳатидан мутаносиб бўлиши; беморга касаллиги туфайли бирор озиқ модда ва овқат маҳсулотини бериб бўлмайдиган ёки чеклаб қўйиладиган ҳолларда рационни оқсиллар, ёғлар, углеводлар, минерал моддалар ва витаминлар бирмунча мувофиқ келадиган қилиб белгилашдан иборат. Шунинг учун парҳез билан даволаш фақат шифокор маслаҳатига кўра ҳамда унинг кузатуви остида олиб борилади. Кам овқат ейиладиган кунлар тайинлаш, осон сингадиган таом ҳисобига унинг сифатини чеклаш, овқатланиш тартибини ўзгартириш, масалликларга махсус пазандалик ишлови бериш усулларидан парҳез билан даволашда кенг фойдаланилади.

Парҳез билан даволаш стационар, санаторий-курорт ва амбулатория шароитида қўлланади. Кам овқат ейила-

диган кунлари бирор хил озиқ-овқат маҳсулоти, масалан, олма, творог, сут кун бўйи оз-оздан тановул қилинади. Бундай кунларни шифокор тайинлайди ва унинг назорати остида давом эттирилади. Семизлик, атеросклероз, юрак-томир касалликлари, гипертония ва бошқаларда туз ва суюқликни кам истеъмол қилиш ҳисобига овқат миқдор жиҳатидан чекланади.

Оқилона овқатланиш қанчалик тўғри ташкил этилганлиги ҳақида хулоса чиқариш учун албатта физиологик ўзгаришлар билан бирга одамнинг вазни ҳам муҳим кўрсаткич бўлиб хизмат қилади. (5-жадвалга қаранг. Бу формулалар катта ёшдаги одамлар учун тўғри овқатланиш ҳақида маълумот бериб, болаларда асосий озиқ-овқатларнинг миқдорини аниқлашда муҳим ўрин тутаети).

Организмни чиниқтириш

Организмни чиниқтириш—организмни ноқулай иқлим шароитлари (ҳавонинг паст ва юқори ҳарорати, паст атмосфера босими ва бошқалар) таъсирига чидамани ошириш тадбирлари мажмуасидир. Замонавий турар жой шароитлари, кийим-кечаклар, транспорт ва шу каби ўзгариб турадиган иқлим шароитлари одам организмга салбий таъсир кўрсатади, метеорологик омилларга нисбатан чидамани пасайтиради. Шу сабабли организмни чиниқтириш жисмоний тарбиянинг муҳим қисми бўлгани ҳолда бу чидамлилиқни тиклайди.

Одам организми ўзгариб турадиган ташқи муҳит шароитларига мувофиқлашган ҳолда чиниқиб боради. Бирор омил (совуқ, иссиқ ва бошқалар) нинг мунтазам, кўп марта таъсир этиши ва улар дозасини тобора ошира бориш йўли билан чиниқтирувчи натижага эришилади, чунки шундай шароитлардагина организмда мослашадиган ўзгаришлар ривожланади. Нейрогуморал ва моддалар алмашинуви жараёни такомиллашади, атроф-муҳитдаги ноҳуш омиллар таъсирига организмнинг умумий қаршилиги ошади. Организмни чиниқтириш ўзига хос хусусиятларга эга, яъни у организмнинг муайян физик омиллар таъсирига сезувчанлигини аста-секин пасайтириш билан белгиланади.

Чиниқтиришнинг қуйидаги асосий қоидаларига амал қилиш лозим.

1. Мунтазамлилиқ.

2. Аста-секинлик

3. Организмнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиш.

4. Чиниқишга ўзини ишонтириш ва руҳий кўникма ҳосил қилиш.

5. Чиниқтиришнинг турли воситалари ва усулларидан фойдаланиш (куёш, ҳаво, сув; фаол ва суст; умумий ва маҳаллий).

Чиниқишнинг суст ва фаол турлари фарқ қилинади.

Суст чиниқиш — одамга боғлиқ бўлмаган ҳолда содир бўлади. Буларга ёзда енгил кийим кийиш, очиқ ҳавода кўп бўлиш, чўмилиш, оёқ яланг юриш ва ҳоказолар киради. Шуларнинг ўзи иссиқликни бошқариш (терморегуляция) нинг физиологик механизмларига таъсир этади, табиатнинг турли иқлимий ўзгаришларига бўлган чидамни оширади. Лекин суст чиниқишнинг самарадорлиги организм ҳимояси учун етарли даражада бўлмайди.

Фаол чиниқиш — бу организмнинг ноқулай табиат омилларига бўлган чидамни ошириш мақсадида сунъий равишда ҳосил қилинган ва қатъий дозаланган турли таъсиротлардан (иссиқлик, совуқлик, намлик ва бошқалар) мунтазам фойдаланишдир. Бунга барча махсус чиниқтирувчи муолажалар киради.

Чиниқишнинг умумий ва маҳаллий турлари ҳам мавжуд. Чиниқтирувчи омилнинг организм барча соҳаларига бир вақтнинг ўзида таъсир этиши умумий, айрим олинган соҳаларига таъсир этиш эса маҳаллий чиниқиш ҳисобланади. Куёш, ҳаво ва сув билан ҳар бир ёшдаги, касбдаги одам чиниқиши мумкин. Чиниқтириш жараёни энг мураккаб ва турли-туман физиологик ҳодисалар мажмуасидир. Одам организмнинг доимий равишда ўзгариб турадиган ташқи шароитларга мослашиши марказий нерв системаси фаолияти туфайли амалга ошириб турилади. Бу жараёнда тери бевосита иштирок этади.

Тери организмнинг ҳарорат, нур, кимёвий ва механик таъсиротлардан, шунингдек микроблар киришидан ҳимоя қилади. Тери организм билан ташқи муҳит уртасида алоқа ўрнатиб туради, тер билан бирга алмашинув маҳсулотлари (туз, сув) ни ажратади ва иссиқликни идора этишда қатнашади. Чиниқтиришнинг ҳар бир воситасига алоҳида тўхталамиз.

Ҳаво ва қуёш муолажалари, қуёш ванналаридан кундалик шароитда (шифокор тавсияси бўйича) фойдаланиш мумкин.

Ҳаво ванналари турларидан бири—пешайвонда даволанишдир. Бунда даволанувчилар очиқ пешайвонда маълум вақт бўладилар. Улар фаслга мос кийиниб олишлари лозим (совуқ пайтларда иссиқ аёл, ётоқ қопидан фойдаланилади). Ҳаво муолажалари пайтида эркин ҳаракатланаётган ҳаво теридаги нерв учларини қўзғатиб, унинг нафас олишини ва қоннинг кислородга тўйинишини яхшилайтиди. Бунда оксидланиш жараёнлари ва моддалар алмашинувининг жадаллиги кучаяди, мушак ва нерв системасининг қуввати ошади, организмдаги иссиқликни бошқариш тизилмаси чиниқади, иштаҳа очилади, уйқу яхшиланади. Кислород кўп бўлган жойларда ҳаво муолажаси айниқса фойдали, бундай ҳаво денгиз тузлари, енгил аэроионларга бой бўлади.

Ҳаво ваннаси ва муддатини шифокор белгилайди. Ҳаво муолажаси организмни, айниқса, болалар организмни чиниқтиришда, ташқи муҳит таъсирларига қаршилигини кучайтиришда, шунингдек бир қатор касалликларда, жумладан упка сили, камқонлик, нерв системасининг функционал хасталикларидан, юрак-томир системаси касалликларидан тавсия этилади. Ўткир иситма хасталиклари, бод, бўғимларнинг сурункали яллиғланишида, неврит ва миоцитда ҳаво ваннаси буюрилмайди.

Ҳаво муолажаси иссиқ (22°C дан юқори), салқин (17° — 20°) ва совуқ (17° дан паст) бўлиши мумкин. Ҳаво ваннаси курси 20° дан юқори ҳароратда бошланади; муолажани биринчи кун 10—14 мин қабул қилиб, кейин кун сайин 10—15 минутдан борилади ва 1,5—2 соатгача етказилади. Салқин ҳаво муолажалари аввалига 3—7 минут қабул қилинади, кейин кун сайин 3—5 минутдан узайтириб бориб, 1 соатга етказилади. Ҳаво ҳарорати 17° дан паст бўлганда совқотмаслик мақсадида енгил жисмоний машқлар ҳам қилиш керак.

Совуқ ҳаво ванналари чиниққан кишиларгагина буюрилади ва унинг вақти 7—20 минутдан оширилмайди. Бу муолажани эт жунжикиб, «бадан туклари тикқаядиган» даражагача қабул қилмаслик керак. Очиқ пешайвонда даволаш вақти 2—3—6 соат, баъзида бир кеча-кундуз бўлиши мумкин.

Куёш ванналари. Куёш нурунинг таркиби ва одам организмга таъсири бир хил эмас. Куёш нурлари кўзга кўринадиган (ёруғлик) ва кўзга кўринмайдиган инфрақизил ҳамда ультрабинафша нурларидан иборат. Куёш нури асосан кўз тур пардасига таъсир этиб, унда ёруғлик сезгисини ҳосил қилади, бу ташқи дунёни ҳис этиш учун зарур. Инфрақизил нурлар организм тўқималаридан ўтаётганда иссиқлик ҳосил қилади ва терининг нурланаётган қисми ҳароратини оширади.

Куёш муолажаси шифокор кўрсатмасига биноан бир қатор тери ва бугим касалликларида, радикулит, неврит, суяк ва бугим сили ҳамда бошқа хасталикларда қабул қилинади. Куёш ванналаридан чиниқтирувчи муолажа сифатида грипп, ангина, юқори нафас йўллари катарии каби касалликларнинг олдини олишда фойдаланилади.

Ўткир хасталикларда, сурункали ўпка ва меъда-ичак касалликларида куёш муолажаси тавсия этилмайди.

Куёш ванналари умумий (бутун баданни нурлантириш) ва маҳаллий (баданнинг бир қисмини нурлантириш) бўлиши мумкин. Баданни нурлантиришда куёшнинг умумий радиациясидан фойдаланилади. У куёшнинг тик тушган нурлари, бино девори, ер сирти, сув ва бошқаларда акс этган тарқоқ радиациясидан (сояда, туғри тушган куёш нурларидан фойдаланилмаган ҳолда) иборат. Тарқоқ радиация (зангори осмон гумбазидан тарқалган радиация) да тик тушган куёш нуридаги нисбатан ультрабинафша нурлар кам, шу туфайли у бирмунча «кучсизроқ» бўлади.

Катта ёшдаги соғлом кишилар куёш муолажасини (туғри радиация) 5 минутдан бошлаб, кейинчалик бу вақт аста-секин 5 дақиқадан узайтира борилади ва охирида даволанувчининг умумий ҳолати, куникмаси ва чиниққанлигини назарга олиб, 40 дақиқага етказилади. Тарқоқ радиацияда куёш ваннаси бошланишда 10 дақиқа қабул қилиниб, даволаниш муддати кейинчалик узайтира борилиб, 1—2 соатгача (иссиқ пайтларда) етказилади.

Куёш ваннаси кушеткада ётиб ёки шезлонгда ўтириб, баданнинг ҳар томонини куёшга тоблаб қабул қилинади. Куёш муолажасидан аввал, ҳаво ваннасини қабул қилган маъқул. Туғри радиацияли куёш ваннасини қабул қилишда бошни соябон ёки тўсиқ билан ёпиш, кўзга қора кўзойнак тақиш керак. Муолажани наҳорга, овқатланишдан

олдин ва кейин қабул қилиш мумкин эмас. Қуёш ваннаси сояда дам олиш билан тугалланади, шундан кейин чумилиш ёки душ қабул қилиш мумкин. Чумилган заҳоти қуёш муолажаси тавсия этилмайди.

Болаларнинг қуёш ваннаси қабул қилишларида алоҳида эҳтиёткорлик керак. Боланинг бошига панама (катта соябонли шляпа) кийдириш лозим. Иссиқ кунлар бошланганда болаларни дарров яланғоч қилиб ечинтириб қўймаслик зарур: аввал улар иштонча ва енгил қўйлақда, кейин иштонча ва майкада, ниҳоят фақат иштонча ва панамада бўлишлари лозим. Баданнинг жуда қизиб кетишига ва ультрабинафша нурларнинг ортиқча таъсир этишга йўл қўймаслик учун вақти-вақти билан сояда дам олиб туриш зарур.

Ёши 55—65 лардаги кишилар қуёш муолажасини 20—30 минутдан ортиқ олмасликлари, ёши 65 дан ошган кишилар эса тик тушган қуёш нури таъсирида бўлмасликлари керак. Улар соя жойда эрталаб соат 11 гача ёки кечқурун соат 16—17 дан кейин дам олишлари фойдалидир. Ортиқча қуёш нури организмга ёмон таъсир этиб, терининг қуйиши (баъзан, некроз қузатилиши), офтоб уриши, яллиғланиши, чарчаш, бош оғриши, уйқусизлик, иситма кўтарилиши ва баъзи касалликларнинг зўрайиб кетишига сабаб бўлиши мумкин.

Ҳаво ва қуёш муолажалари ёз фаслида пляжларда (бундай пляжларда ёғоч каравотлар тепасига махсус бостирма ишланади), истироҳат боғларида, денгиз ва сув ҳавзалари қирғоқларига қурилган солярийларда, аэросолярийларда махсус айвонларда қабул қилинади. Қиш фаслида курортларда ҳаво ваннаси учун иситиладиган климатопавильонлардан, қуёш муолажалари учун эса ультрабинафша нурлар ўтказувчи махсус пленкалар билан ўралган айвонлардан фойдаланилади.

Сув муолажалари — даволаш ва чиниқтириш мақсадида сувдан турлича фойдаланиш бўлиб, унга ванналар, душ, чумилиш, баданни ҳўл сочиқ билан ишқалаб артиш, бошдан сув қуйиш, ҳўл чойшабга ўралиб ётиш киради.

Баданни ҳўл сочиқ билан ишқаб артиш организмнинг шамоллаш касалликларига чидамини ошириш мақсадида қўлланади, шунингдек баъзи хасталиклар (неврастения ва бошқалар) ни даволашда фойдаланилади. Сув муолажалари организмга жуда енгил таъсир кўрсатади, одамни тетик қила-

ди, тонусини оширади, қон айланиши ва моддалар алмашинувини яхшилайди. 32—30° ли сувга ҳўлланган ва яхшилаб сиқилган бўз чойшаб (сочиқ ёки резина губка) билан бутун бадан ёки қўл, оёқ ва бошқа жойни чаққон ишқаб артилади; дастлаб битта қўл ҳўллаб ишқаб артилади, сўнг ўша заҳоти у қуруқ сочиқ билан қизигунча ишқаланади, кейин бошқа қўл, кўкрак, қорин, оёқ худди шу зайлда артилади. Бу муолажани ҳар куни, яхшиси эрталабки бадан-тарбиядан кейин қилиш керак. Баданни ҳўллаб артиш учун хона ҳарорати камида 18—20° бўлиши лозим. Сув ҳароратини аста-секин совута бориб, 20—18° гача туширилади.

Узоқ вақт ётиб қолган беморларни тетиклаштириш ва терисини тозалаш учун шифокор кўрсатмаси билан уларнинг бадани қисман ишқаб артилади. Баданни артиш учун сувга игнабаргли дарахт экстракти, хушбўйлаштирилган сирка, одеколон қўшиш мумкин. Даволаш-профилактика муассасаларида бу муолажаларни тиббиёт ходими бажаради, бироқ уни уй шароитида ҳам қўллаш мумкин.

Бошдан сув қўйиш чиниқиш учун шунингдек, сув билан даволаш курси бошида буюрилади. Бу муолажа уз таъсирига кўра душга яқиндир. Илиқ сув (37—38°) солинган ваннада ёки катта тоғорада беморни яланғоч ҳолда тик турғизиб устидан челақда ёки сув қўядиган идишда, шлангда 2—3 марта сув қўйилади, бунда сув бошдан то оёққача оқиб тушиши керак. Муолажа 4—6 ҳафта давомида ҳар куни ўтказилади. Аста-секин ҳарорат 34—33° дан то 22—20° гача тушира борилади. Бошдан сув қўйиб бўлгач бутун баданни қуруқ, яхшиси иситиб қўйилган чойшаб билан то тери қизаргунча ва қизигунча артилади. Терлашда, веналарнинг варикоз кенгайишида ва бошқаларда (шифокор тавсиясига қараб) беморнинг ўзи қўл ва оёқларига сув қўйиши мумкин.

Қўл чойшабга ўралиш. Беморни яланғоч қилиб, 20—35° ли сувга ҳўлланган чойшабга яхшилаб ўраб, устидан жун адёл ёпиб қўйилади. Муолажа муддати мақсадга қараб 10 дақиқадан 60 дақиқача. У 3 босқичга бўлинади. Биринчи босқичда (10—15 дақиқа) чойшаб бемор гавдаси ҳароратигача исийди. Муолажанинг бу даври нерв, юрак-томир системасига қўзғатувчи таъсир кўрсатади ва моддалар алмашинувини оширади. Иккинчи босқич 30—40 дақиқадан кейин бошланади, бунда чойшаб билан бемор гавдаси ўрта-сидаги ҳарорат тенглашади; бу даврда муолажа тинчлан-

тирувчи таъсир кўрсатади. Муолажа 50—60 дақиқадан ошса, чойшаб исийди ва бемор қизиб гарақ-гарақ терлайди (3-босқич). Терлаш муолажасидан кейин бемор 34—35° ли душда чўмилади. Қисқа муддатли бурканиш нерв системаси кўзғалишида тинчлантирувчи, узоқ муддатли бурканиш терлатувчи восита сифатида буюрилади. Муолажани фақат даволовчи шифокор тайинлайди.

Одамлар орасида азалдан қўлланилган чиниқтириш усуллари ҳам мавжуд бўлиб, буларга оёқ яланг юриш, ҳаммомда чўмилиш ва қишқи сузиш мисол бўла олади. Олимлар оёқ кафтда ҳам одамнинг қулоқ супрасидаги каби ички аъзолар билан боғлиқ нуқталар борлигини аниқлашган. Оёқ яланг юриш натижасида ана шу нуқталарга бевосита турли зарраларнинг таъсири кузатилади. Оёққа таъсир этадиган ернинг турли ҳарорати ҳам чиниқтириш учун фойдалидир. Ҳаммомда чўмилиш натижасида юқори нафас аъзолари, қон томирлар системаси фаолияти мустаҳкамланади. Қишқи сузиш эса организмни совуққа чидамани оширади, аъзо ва тизилмалар фаолиятини тетиклаштиради.

Организмни ҳар томонлама чиниқтириш муҳим аҳамиятга эга. Чунки одам бир вақтнинг ўзида турли иқлимий ўзгаришларга дуч келиши мумкин. Ана шу мақсадда организмни ҳар томонлама чиниқтириш мақсадга мувофиқдир. Ҳар қандай ҳолатда ҳам, айниқса сурункали касалликлар билан оғриган беморлар учун чиниқтириш усулини танлашдан аввал, албатта мутахассис-шифокор билан маслаҳатлашиш зарур.

Руҳан ўз-ўзини бошқариш

Ўз-ўзини бошқариш кенг маънода организм барча системаларининг фаоллигини бошқаришдир. Фаоллик барча тирик мавжудотга хос бўлиб, уларнинг ривожини, мустақил қилиб жавоб кучини белгилайди. Биологик ўз-ўзини бошқаришга гомеостаз, яъни тана ҳароратининг доимийлиги, артериал қон босими, қон шаклли элементларининг бир хиллигини мисол келтириш мумкин (альбуминлар, иммуноглобулинлар ва ҳоказо). Руҳан ўз-ўзини бошқариш эса ташқи омилларнинг салбий таъсирини камайтирадиган ҳар бир инсоннинг ўз қўлидаги имкониятидир.

Руҳий соғлиқ бу инсоннинг руҳий осойишталик, ўз-ўзини бошқара билиш, мустаҳкам кайфият, мураккаб ва-

зиятларга тез мослашиб ундан чиқа билиш, қисқа вақт ичида руҳий осойишталикни тиклай олиш қобилиятига эга бўлишдир.

«Руҳ» билан «тана»нинг ўзаро узвийлиги, бошқача қилиб айтганда, руҳий жараёнлар билан организмнинг ўзаро боғлиқлигини урганиш натижасида, буюк физиолог И. П. Павлов руҳий ўзгаришлар оқибати, албатта ички аъзолар ва системалар фаолиятига таъсир этишини исботлаб берди.

Маълумки, кучли ҳиссиётлар юрак уриши билан бирга бўлади, бунда юзнинг қизарганлиги ёки оқарганлиги қайд қилинади (томирларнинг қисилиш ёки кенгайишига қараб). Бу ҳолатларнинг мазмуни ва жадаллиги шахснинг ва организмнинг ўзига хос хусусиятларига боғлиқ. Руҳий таъсирлар бош оғриғини ёки организмдаги бошқа функционал бузилишларни келтириб чиқариши мумкин. Шунга кўра, ҳар бир шахс ўз-ўзини руҳан идора эта олиши, бу билан эса организмни турли зарарли таъсиротлардан сақлашга эришиши лозим. Акс ҳолда организмда ва руҳиятда одам учун оғир бўлган турли нохушликлар пайдо бўлади.

Руҳий ўзгаришлар таъсиридан соматик соҳада куйидаги бузилишлар содир бўлиши мумкин: меъда-ичак йўли томонидан кўнгил айниши, қусиш, ичбуруғ, қабзият, анорексия (иштаҳанинг йўқолиши); нафас аъзолари томонидан нафас сиқилиши, нафас бўғилиши, йўтал; юрак-томир системасида—артерия босимининг психоген кўтарилиши, тахикардия, брадикардия, юракда оғриқ ҳис қилиш, юрак фаолияти маромининг бузилиши, эс-хушни йўқотиш билан бирга коллапс даражасигача юрак фаолиятининг заифлашуви, психоген ҳушсизлик. Амалиётда кўпинча шундай ҳоллар учрайдики, кишиларда инфаркт ва инсульт оғир кечинмалар ва руҳий изтироблардан кейин пайдо бўлади.

Сийдик-таносил системасида руҳий бузилишлар сийдик ушланиши, баъзан унинг тўхтамаслиги билан намоён бўлади. Эркаклардаги жинсий заифлик ва аёллардаги жинсий совуқлик кўпинча руҳий ўзгаришлардан келиб чиқади. Ички секретор фаолиятнинг психоген ҳоллари маълум бўлиб, уларга гипертиреоз; аёлларда ҳайз даврининг бузилиши ва эмизикли оналарда сут камайиши киради. Куттиш неврози ҳам маълум бўлиб, унинг моҳияти шундан иборатки, у ёки бу касаллик кўринишини кўрқув билан

кутиш, унинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Масалан, қизаришдан қўрқиб қизаришнинг ўзини келтириб чиқариши, жинсий заифликдан қўрқиб мижоз сустигига сабаб бўлади.

Юқоридагилардан хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, организм аъзо ва системаларининг нормал фаолияти бевосита руҳиятини (психиканинг) қанчалик тўғри бошқарилишига боғлиқ. Шу ўринда ҳар бир кишининг ўзини таҳлил қилиши ва тарбиялаши катта аҳамиятга эга. Чунки ҳар бир нарсани, таъсиротни тўғри талқин қилиш, тўғри хулоса чиқариш, яъни таҳлил қилиш организмни нохушликлардан асрайди.

Ўз-ўзини руҳан идора этишда ўзини тарбиялашнинг аҳамияти катта. Ҳар томонлама тарбияланган киши ўзини, ўз руҳиятини ва ички аъзолари фаолиятини тўғри бошқара олади. Тарбияланиш учун эса ҳар бир одам ўзи ҳаракат қилиши лозим. Бунинг учун қуйидаги усуллардан фойдаланиш мумкин: ўзини кузатиш, ўзини назорат қилиш, ўзини мажбурлаш ва ўзига ҳисобот бериш.

Кузатиш натижасида салбий ва ижобий хусусиятлар аниқланиб назорат остига олинадилар, салбий хусусиятларни бартараф этиш учун эса ўз-ўзини мажбурлаш зарурати туғилади. Бунинг натижасида кишида салбий хусусиятлар йўқолиб, атрофдагиларга ва улардан эса ўзига фақат ижобий таъсиротлар юзага келтиради. Ҳар бир қилинадиган ва қилинган, гапириладиган ва айтилган сўзлар ҳақида андишали бўлиш эса яхши кайфият сақланишига имкон беради.

Ушбу хусусиятларни ўзида мужассамлаштирган кишилар ўз руҳиятини тўғри бошқаради, соғлиғини асрайди. Юқоридаги хатти-ҳаракатларни шакллантиришда иродали бўлиш катта аҳамиятга эга. Лекин киши қанчалик ўзини тарбиялаб, руҳиятини, бу билан организм фаолиятини тўғри бошқармасин, руҳий мувозанат турли омиллар таъсирида ҳам бузилиши мумкин. Бундай ҳолатлар эса руҳиятни муҳофаза қила олиши заруратини туғдиради.

Айниқса, тиббиёт ходимлари фаолиятида асабий кечинмалар, зўриқишлар ва нохуш ҳолатлар кўп учрайди. Бунинг учун руҳиятни муҳофаза қилиш усулларида фойдаланиш зарур. Буларга таққослаш (идентификация), мослашиш (проекция), эътиборни чалғитиш (ўзгартириш), нутиш (сиқиб чиқариш) ва бошқалар мисол бўла олади.

Бу усулларни қўллаш натижасида руҳиятдаги салбий таъсиротлар бирмунча камаяди ёки бартараф этилади. Бу билан ички аъзолар фаолиятида содир бўлиши мумкин бўлган ўзгаришларнинг олди олинади.

Турли хил руҳий изтиробларга барҳам бериш, организмни тетиклаштириш мақсадида ўзини ишонтириш усули қўлланади. Ҳар бир одам руҳияти орқали ички аъзо ва тизилмалари фаолиятига таъсир этиши, бу билан уларнинг (шу орган ва системалар) фаолиятини меъёрлаштириши мумкин. Ушбу муолажани беморнинг ўзи ўтказади. Матнни шифокор беради, кейин уни бемор мураккаблаштириб ва такомиллаштириб боради. Ўз-ўзини ишонтириш усули билан ўз соғлиғи учун асоссиз хавотир олишга барҳам берилади, ноқулай оғриқни ҳис қилиш енгиллашади ва руҳий изтиробларга муносабати ўзгаради, ҳаёт қийинчиликларини енгиш осонлашади.

Руҳий даволаш (психотерапиянинг) бошқа усул-амаллари орасида аутоген машғулотлар алоҳида ўрин тутади. Уни 1909 йили немис психотерапевти Йоган Шульц таклиф этган. Бу усул моҳият-эътибори билан беморни мушаклар релаксацияси (мушкулларни бўшаштириш) ва маълум мақсадни кузлаб ўз-ўзини ишонтириш орқали кўнглида хотиржамлик, яхши кайфият ва хатти-ҳаракатларига ишонини ҳиссини пайдо қилишга ўргатади.

Руҳий (психологик) жиҳатдан бу усул ўз-ўзини бошқаришнинг мустақил ҳолда амалга оширилишига, беморнинг ўз касаллигини енга олишига катта ёрдам беради.

ОИЛА ВА САЛОМАТЛИК

Оила — унинг аъзолари соғлиғини таъминлаб турадиган энг кучли, бақувват омилдир.

Никоҳ — эркак билан аёлнинг биргаликда яшашининг тарихан таркиб топган ва жамият томонидан маъқулланган шакли бўлиб, эркак билан аёлнинг шахсий ва мулкий муносабатларини мустақамлайди ва оила қуришни мақсад қилиб қўяди.

Жамиятимиздаги никоҳ эркак ва аёлнинг тула ихтиёрлигига, узаро майли ва севгисига, манфаатлари умумий, муштарак бўлишига асосланади. Никоҳ ва оилани муҳофаза қилиш масалалари Ўзбекистон Конституциясида аксини топган. Унда оиланинг давлат ҳимоясида бўлиши,

никоҳ аёл ва эркакнинг ўз ихтиёри билан билдирган розилигига асосланиши, оилавий муносабатларда эр билан хотиннинг тамомила тенг ҳуқуқли эканлиги ва бошқалар кўрсатиб ўтилган. Қонунда кишининг бир никоҳда бўлатуриб, яна, бошқа киши билан ҳам никоҳланиши, шунингдек яқин қон-қариндошлар (ака-ука, опа-сингиллар), фарзандликка олувчилар билан фарзандликка олинганлар, ақли заиф кишилар билан никоҳ тузиш тақиқланади. Яқин қон-қариндошларнинг ўзаро никоҳланиши зурриёт саломатлигига ёмон таъсир қилади. Бундай никоҳдан болалар кўпинча мажруҳ ёки ирсий касаллик билан туғилади.

Оиладаги шарт-шароит, «руҳий иқлим», одамнинг ҳаётига кўп жиҳатдан таъсир қилади. Дунёга машҳур бўлган узоқ умр куриш варақасини тузган америкалик олим Р. Колленс шундай деб таъкидлайди: агар одам оила қурган бўлса, у ўз тасаввуридаги умрига яна беш йил қушиши мумкин. Агар оила кўрмаган бўлса, ёлғизликда кечган ҳар ўн йилдан бир йилини олиб ташлаши керак. Геронтолог Г. Пицслаури никоҳ ва узоқ умр кўришнинг ўзаро боғлиқлиги тўғрисида кўплаб маълумотларни туплаган. Узоқ умр кўрганларнинг деярли ҳаммаси уйланган ёки турмушга чиққан.

1930 йиллардаёқ рус шифокори Л. Каминский оилавий турмуш айниқса соғлиққа таъсир қилишини, асосан эркаклар учун баракали шарт-шароитлар яратиб беришини исботлади.

Тадқиқотчи И. М. Стикун 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган эркакларни икки гуруҳга ажратиб, уларнинг турмуш тарзи, саломатлигини ўрганadi ва бир-бирига таққослаб кўради. Шулардан 4201 нафар эркак турмуш қурган, 1803 кишининг оиласи бўлмаган. Бу тажрибадан шу нарса маълум бўлдики, бўйдоқлик ҳаёти қанча узоққа чўзилса, одамнинг руҳий соғлиғига кўпроқ салбий таъсир кўрсатади. Яъни 45 ёшга тўлган бўйдоқларда инжиқлик, ўз дардига ўзи ўралиб қолиши, ноумидлик ҳиссиётлари 93,3 фоиз бўлиб, оила қурганларда эса бундай кўзғалишлар атиги 13,7 фоизни ташкил қилади.

Мамлакатимизда ҳар йили 2,7 миллиондан зиёд янги оилалар таркиб топади. Шу вақтнинг ичида эса мамлакат бўйича ўртача ҳисобда никоҳнинг учдан бири бекор қилинади. Ажримлар натижасида болалар 17 ёшга киргунча ё онаси ё отаси томонидан тарбияланади. Болани ота-она-

лардан бири тарбиялаётган оилаларда касалманд фарзандлар тулиқ оилаларга қараганда кўпроқ учрайди. Болалардаги невроз касалликларининг деярли 70 фоизига эр-хотин ўртасидаги нохуш муносабатлар сабаб бўлади.

Демак, ҳаётда фақат оила қуришнинг ўзигина эмас, балки уни асраб қолиш ва мустаҳкамлаш учун қўлдан келган ҳамма ишларни қилиш ниҳоятда муҳимдир.

Никоҳнинг биринчи йилида бўладиган можароларнинг бирмунча кўп учрайдиган сабаби, пайдо бўладиган янги-ча муносабатлар, жумладан жинсий муносабатлардир. Турмушнинг ана шу томони, оиланинг нормал ҳаётига тўсқинлик қилади.

Жинсий ҳаёт — мураккаб, жисмоний, руҳий ва ижтимоий жараёнлар мажмуаси бўлиб, наслни давом эттириб бориш учунгина хизмат қилиб қолмасдан, балки эркак билан аёл ўртасидаги маънавий яқинликни ҳам ифода этади. Ҳар бир кишининг жинсий ҳаёт хусусиятлари кўпгина омилларга — ирсияти (туғма), гормонлари, асаблари, шунингдек шахснинг ўзига хос фазилатларига боғлиқ. Одамнинг ёши, шахсий хусусиятлари ва бошқа омилларга қараб жинсий ҳаёт ҳар хил бўлади. Бир киши учун жинсий ҳаёт нормал бўлиб ҳисобланса, бошқа одамга ҳеч тўғри келмайдиган, одатдан ташқари нарсадек кўриниши мумкин. Кўпгина одамлар жинсий ҳаёт нормалари тўғрисида нотўғри ҳаёлда бўлишади, бу шунга олиб келадики, улар гарчанд туппа-тузук бўлса ҳам, менда сексуал ўзгаришлар бор, деб ўйлаб юришади. Жинсий ҳаёт балоғат ёшига қараб бошланади. Эр-хотинликда муросанинг тўғри келмаслиги кўпинча катта можароларга сабаб бўлади, бу эса жинсий ҳаётга ёмон таъсир этиб, жуфти ҳалоллар ўртасида кўнгил совуқлигини пайдо қилади.

Талайгина сексопатолог мутахассислар фикрига қараганда, кишининг жинсий мижозида учрайдиган камчиликлар кўпинча жинсий аъзолар касалликларига боғлиқ бўлмай, балки эр-хотин ўртасидаги муросанинг тўғри келмаслиги, уларнинг бир-бирига мос эмаслигига боғлиқ экан. Жинсий ҳаётни содалаштириб, вақт-вақтида шунчаки такрорланиб турадиган жинсий алоқадан иборат қилиб қўйиш ва шунинг натижасида эр-хотин ўртасидаги муносабатларнинг зерикарли ва бир қолипда бўлиб қолиши кишини баъзан янги ҳис-эҳтиросларни қидиришга мажбур этиб, хиёнат қилиш ва бундан ташқари, таносил ка-

салликларини юктириб олиш хавфини ҳам туғдиради, натижада оилавий ҳаёт дарз кетади.

Ичкиликбозлик ҳам жинсий ҳаётга ҳалокатли таъсир кўрсатади, ичкилик жинсий безларга заҳар булиб таъсир қилади. Ичкиликка ружу қилган одамларнинг учдан бир қисми жинсий қобилияти сусайиб қолганлигидан нолийди, аёлларда эса ҳайз кўриб туриш вақтидан илгари барҳам топади, унинг зурриётлилиги пасаяди, ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида асоратлар кўп рўй беради.

Чекиш ҳам эркаклар мижозига зинҳор ёқмаслиги, никотин мижозни сусайтириб юборишдан ташқари, мойк тўқимасига ҳалокатли таъсир этиши аниқланган.

Жинсий ҳаёт гигиенаси. Жинсий функция аслида инстинктга, шартсиз рефлексларга асосланган бўлса ҳам, ҳар қалай жуда назик функция, чунки инсонда у нерв системаси олий бўлимларининг фаол иштирокида юзага келади ва кишининг ҳис-туйғуларига, кечинмаларига боғлиқ бўлади. У гарчи ҳаёт учун муҳим функциялар жумласига кирмаса-да, унинг бирор тарзда бузилиши дилхиралик, мудом асабийлашиб юриш, оилавий жанжаллар, ҳатто оиланинг бузилиб кетишига олиб келади, шунинг учун жинсий ҳаётнинг тотувлик, осойишталик билан ўтишини таъминлаш ижтимоий жиҳатдан ҳам аҳамиятга эга. Бунда жинсий ҳаёт гигиенасининг роли катта. Умумий гигиена қоидалари жинсий сфера учун ҳам бирдек тааллуқли. Жинсий ҳаётда одамга фалон нарса норма бўлади, деб аниқ белгилаб бериб бўлмаса-да, киши ўзига мос келадиган баъзи меъёрга амал қилиб бориши керак. Ана шундай «нормадаги» жинсий ҳаёт мезонларидан бири кишининг ўзини яхши тетик, бардам сезадиган, қаноатланганлигини ҳис қиладиган бўлишидир.

Баданни тоза тутиш туғрисидаги умумий гигиена қоидалари ташқи жинсий аъзоларга ҳам тегишли. Жинсий аъзоларнинг нормал ишлаб туриши бошқа ички аъзоларнинг, айниқса ичак ва қовуқнинг нормал ҳолатда бўлишига ҳам боғлиқ. Жинсий аъзоларни, айниқса аёллар жинсий аъзоларини совқотишдан сақлаш муҳим. Туғри овқатланиш, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш жинсий ҳаётнинг нормал ўтишига ёрдам беради.

Жинсий ҳаётнинг ёмон оқибатларга олиб келадиган норасоликлари, шубҳасиз, тегишли даво чоралари кўришни талаб қилади. Баъзан, жинсий ҳаётни одатдагидек йўлга

солиш учун мутахасис сексопатологдан бир марта маслаҳат олиш кифоя. Айниқса, болага ёшликдан бошлаб оила ва мактабда тўғри жинсий тарбия бериш, турмушнинг шу томони тўғрисида сохта тушунчалар пайдо бўлишига йул қўймаслик керак.

Оиланинг энг муҳим вазифаси болани соғлом ва баркамол қилиб улғайтиришдир.

«Оила ва никоҳ» маслаҳатхоналари кўпгина оилавий муаммоларни ҳал қилишда ҳали тажрибасиз эр-хотинларга ёрдам бериши мумкин, бу муассасаларда психоневролог, педиатр, психолог, юрист ва сексолог шифокорлар иш олиб боради. «Оила ва никоҳ» маслаҳатхоналарида ёш келин-куёвларга турли маслаҳатлар, асосан оилани режалаштириш ҳақида йўлланмалар бериб борилади. **Оилани режалаштириш деганда** — оилада болалар сонини, туғиш орасидаги муддатни тартибга солиш, носоғлом фарзанд кўришдан сақланиш, баркамол наслни яратиш тушунилади.

Оила уз муаммоларини ўзи эплаб, можароларни ўзи бартараф этиб кета олса, бу оила аъзоларида яхшигина турмуш тажрибасини, ишончини пайдо қилади. Бироқ, келишмовчиликлар жуда ҳаддан ошиб кетганида эр-хотинлар бир-бири билан тил топа билмайди, кўпни курган, хайрихоҳ ва холис одамларнинг орага тушиши керак бўлади. Бу вазифани «оила ва никоҳ» маслаҳатхоналари ходимлари бажаради.

Оила соғлом бўлса, турмуш қийинчиликларида ҳам уларзага келмайди, унинг аъзолари бундай кезларда аксинча бир-бирига кўпроқ меҳрибонлик курсатиб, аҳил бўлиб қолади ва ҳаётда яхши тажриба орттириб боради. Эр-хотинларнинг аҳил, бир-бирига эътиборли, бир-бирини тушуниб, бир-бирига суянадиган бўлиши оила соғломлиги учун зарур шартдир.

УЗОҚ УМР КЎРИШ (ГЕРОНТОЛОГИЯ)

Геронтология — (юнонча — gerontos — кекса, қари ва logos — фан) тирик организмлар, жумладан одамнинг ҳам қариш жараёнини ўрганадиган фан бўлиб, медицина-биология фанларининг бир қисмидир. Қари организм касалликларининг хусусияти ҳақидаги таълимот — гериятрия, кексайган ва катта ёшдаги кишилар гигиена-

сиңи ўрганадиган герогиена ва кексалар руҳияти ҳамда феъл-атворини ўрганадиган фан — геронтопсихология геронтологиянинг асосий таркибий қисмларидир.

Ҳозирги геронтология қариш сабаблари ва механизмларини молекула ва ҳужайрадан тортиб, бутун организмгача олиб ўрганмоқда. Нерв системасининг етакчи ролига алоҳида аҳамият берилмоқда.

Геронтология, асосан, экспериментал, клиник ва ижтимоий йўналишларда ривожланмоқда. Геронтологиянинг ижтимоий гигиена соҳасидаги илмий тадқиқотлари барвақт қариш сабабларини, кишиларнинг яшаш шароитларига боғлаб ўрганиш, кексайган кишиларнинг меҳнат қилиши, овқатланиши, юриш-туришини мақсадга мувофиқ ташкил этиш, тиббий ёрдам беришнинг оқилона усулларини излашга қаратилган.

Геронтологик тасниф (классификация) га биноан узоқ умр кўрувчи кишилар ўзларининг маълум хусусиятларига кўра 3 гуруҳга бўлинади:

1. 60 дан 74 ёшгача — ёши қайтган кишилар.
2. 75 дан—89 гача — қариган кишилар.
3. 90 дан ошганлар — узоқ умр кўрувчилар.

Ҳар бир ажратилган гуруҳга мансуб кишиларда анатомик, физиологик ва психологик хусусиятлар мавжуд. Ушбу хусусиятларни, уларга тегишли муаммоларни геронтология ва унинг тегишли қисмлари очиб беради.

Қарилик, қариш — ёш улғая бориши билан организмда пайдо бўладиган ўзгаришлар натижасида қонуний рўй берадиган жараён, бу ўзгаришлар аста-секин организмнинг ҳаётга мослашув имкониятлари сусайишига олиб келади. Қарилик—организм индивидуал ривожланишининг интиҳосидир. Шуни айтиб утиш керакки, физиологик қариш бошланганда ақлий ва жисмоний қувват, маълум иш қобилияти, ҳушчақчақлик ва атроф дунёга қизиқиш сақланади. Турли хил нохуш ташқи таъсиротлар ва ички омиллар сабабли қариш жараёнининг тезлашуви, барвақт ёки патологик қаришга олиб келади. Одатда қариликнинг дастлабки белгилари одамда етуклик давридан (шартли равишда 60 ёшдан) сунг намоён бўлади. Бироқ аслини олганда, қариш жараёни организмнинг усиши ва ривожланиши тўхтагандан кейин бошланади.

Қариш биринчи навбатда юрак-томир ва нерв системасига таъсир қилади. Юрак-томир системаси қариш жа-

раёнида хужайралар, туқималар ва аъзоларни маълум зўриқиш билан тула сифатли таъминлайди, бу ўз навбатида уларда сўниш жараёнини кучайтиради. Кексаларда нерв ҳаракатчанлигининг ёмонлашиши туфайли ташаббускорлик, меҳнат қобилияти маълум даражада сусаяди, бир фаолиятдан иккинчисига ўтиш қобилияти қийинлашади: тормозланиш жараёнларининг етарли бўлмаслиги нерв системаси қўзғалувчанлигининг ошиши билан кечади, шу туфайли атрофдаги нарсаларга мослашиш ва жавоб реакциялари асоси бўлмиш шартли рефлекслар суст ишланиб чиқади ва секин йўқолади; эмоционал бекорорлик кучаяди. Қариш жараёнида организм чиданиннг сусайиши касалликлар авж олишига ва уларнинг анча оғир ўтишига сабаб бўлади. Шунинг учун касалликнинг олдини олиш барвақт қаришга йўл қўймасликка ёрдам беради.

Ҳозирги пайтда қариш сабаблари тўғрисидаги ягона фикр йўқ, лекин қаришнинг хужайралар ирсий (генетик) аппаратига боғлиқлиги ҳақидаги назария кенг тарқалган. Кекса одамнинг психологик-гигиеник ҳолатларини билиш ва унга амал қилиш, кексалар яшайдиган оилада тўғри муносабат ўрнатиш зарур. Кексайганда фаровон яшашнинг асосий шартларидан бири ўз имконига яраша меҳнат қилиш, одамларга кераклигини, қариндош-уруғлар, яқин кишилар ўртасида яшашнинг афзаллигини ҳис қилишдан иборат. Ҳаракатсизлик ҳаётийликни пасайтиради, жисмоний ожизликка олиб келади, ёлғизлик эса ғамга, умидсизликка, қаҳри қаттиқликка йўллайди.

Қарилик атрофидагиларга, биринчи галда қариётган одамнинг яқинларига катта талаблар қўяди. Улар қарияга мурувватли ва сабр-тоқатли бўлишлари, кекса одамнинг дилида устун бўлган ишончсизлик, келажак олдида ваҳимага тушиш, ўзини кераксиз, деб уйлашларини эсда тутишлари, унинг кўнглини кўтаришлари, ғамхўрлик қилишлари керак. Одам кексайганда ўз саломатлигини текширтириб туриши зарур. Яқин одамлар қария кайфиятининг ўзгаришига қараб иш тутишлари, унинг кайфи бузилганда ва руҳий тушкунлик ҳолатларида ўз вақтида шифокорга кўрсатишлари лозим.

Кексайганда тўғри овқатланиш алоҳида аҳамиятга эга. Масалан, жуда кўп ҳаддан ташқари тўйимли овқат ейиш

зарарлидир. Кам ҳаракат бўлатуриб кўп овқат ейиш саломатликка путур етказади. Шу билан бирга таом таркиби дармондориларга бой булиши лозим. Қариганда одатдаги ухлатадиган, оғриқ қолдирадиган, тинчлантирадиган дори-ларни, шунингдек нерв системасига таъсир этадиган қуюқ кофе ёки аччиқ чойни ичмаслик керак. Кекса ёшда чиниқиш муолажаси жуда муҳим, у организмнинг мослашувчанлик механизмини рағбатлантиради, унинг касалликларга чидамани оширади. Бироқ чиниқиш муолажалари турини ва қанча вақт шуғулланишни албатта шифокор билан маслаҳатлашиб олиш лозим, чунки организмдаги ёшга хос узгаришлар, бунинг устига бирорта сурункали касаллик мавжудлиги чиниқишни чегаралайди, баъзан мутлақо қўллаб бўлмайди.

Юқорида айтиб ўтилганларга амал қилиш барвақт қаришнинг олдини олади ва бу жараённинг анча яхши кечишига, бинобарин одамнинг жисмоний ва маънавий имкониятларини иложи борича сақлаб қолишга имкон беради.

Узоқ умр кўриш—одамнинг узоқ яшашини таърифловчи ижтимоий биологик ҳодисадир. Узоқ умр кўрувчилар фақат соғлиғи эмас, балки ҳаёт кечириш тарзига кўра ҳам, ўзига хос тоифали кишилар эканлиги аниқланган. Уларнинг кўпчилиги бутун умр қишлоқда яшаб ўтган. Узоқ умр кўрувчи кишилар учун мустаҳкам бир қолипдаги ҳаёт, бир вақт-да ишлаб бир вақтда дам олиш, зарарли одатдан ўзини тийиш, тинч-тотув оилавий ҳаёт хосдир.

Геронтологларнинг кўпчилиги узоқ умр кўрувчиларнинг анча ёшгача бардам-бақувват яшай олиш қобилиятининг юқорилигини айтиб ўтилгандек ирсий деб ҳисоблайди. Аммо узоқ умр кўришда ижтимоий омиллар ва аҳоли яшаш тарзининг аҳамияти ҳам ниҳоятда катта. Узоқ яшашга таъсир кўрсата олувчи ижтимоий иқтисодий омиллар жумласига меҳнат тури ва шароитлари, моддий таъминот, овқатланиш хусусияти ва яшаш шароитлари, аҳолининг маданий даражаси ҳамда яшаш тарзи, тиббий ёрдамга бўлган эҳтиёжининг қанчалик қондирилиши кирди. Булар табиий омиллар ва ирсият билан ўзаро боғлиқ, аммо уларнинг моҳияти ва нисбати турли мамлакатларда ёки ер кўрсатининг турли жойларида турлича бўлиши мумкин.

Давлатимиз меҳнаткашларининг фаровонлиги устида тинмай ғамхўрлик қилиб, аҳолининг моддий аҳволини,

маданий даражасини ошириш, ишлаб чиқариш ва яшаш шароитларини яхшилаш, тиббиётни такомиллаштириш борасида муҳим тадбирларни амалга оширмоқда, бу қарияларнинг ҳам жисмоний ва руҳий талабларини тўла-тўқис қондиришга, вақтидан илгари қаришнинг олдини олишга ва узоқ умр куришга имкон бермоқда.

ХУСУСИЙ ҚИСМ

1-бўлим

БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Беморни парвариш қилиш деганда асосий ҳаётий эҳтиёжларни (ейиш, ичиш, ҳаракат, ичакларни, қовуқни бўшатиш ва ҳоказо) қондиришга унга кўмаклашиш, касаллик ҳолатлари (қусиш, бўғилиш, йўталиш, турли хил оғриқлар ва ҳоказо) вақтида ёрдам бериш тушунилади. Парвариш бемор учун қулай шароит, ёқимли микроқлим яратиш: хонада меъёридаги ҳарорат ва ёруғлик, янги ва мусаффо ҳаво бўлиши, ўрин-бошларнинг қулай ва озода бўлиши, зарур маиший ашёлар, сигнализация ва шу кабиларни ҳам ўз ичига олади.

Парваришнинг кўлами бемор аҳволига, касаллик турига ва унга тайинланган даво тартибига боғлиқ. Касаллик вақтида инсон организмидаги аъзолар ва системаларнинг фаолияти бузилади: иштаҳа пасаяди, бедорлик ва ухлаш мароми издан чиқади ва ҳоказо. Даволаш хасталик билан курашишга қаратилган бўлса, парвариш қилишнинг вазифаси касалликка қарши курашда организмнинг кучларини қувватлаб туришдан иборат. Беморни унинг аҳволига тўғри келадиган соф ҳаво (хонани шамоллатиб туриш), овқат билан таъминлаш, гигиеник шароитлар ва дам олиш, ухлаш учун қулайликлар яратиш зарур. Бундай шароитлар беморга одатдаги ҳаётий эҳтиёжларини қондиришга камроқ куч сарфлаш имконини беради.

Ўрнидан туролмайдиган айрим беморлар уялиб ўзларини ҳожатдан мажбуран тийиб турадилар ва шу билан аҳволларини оғирлаштирадilar. Баъзи хасталар эса, бош-

қа беморлар бор жойда умуман бовул қила олмайди. Бу жиҳатдан хушмуомалалик ва одоб билан кўрсатилган тўғри ёрдамнинг аҳамияти, бемор учун бирорта мураккаб тиббий муолажани бажаришдан кам булмайди. Иккинчи томондан, қарайдиган ходимларнинг қўполлиги ва жирканиши беморга руҳан таъсир қилади.

Баъзан касаллик давридаги парвариш хасталикнинг қандай натижа билан тугашини ҳал қилади. Биз бахтсиз ҳодиса содир булганда кишининг ҳаёт-мамоти зудлик билан кўрсатилган тиббий ёрдамга боғлиқ эканлигини яхши биламиз, албатта. Бунда кишининг ҳаёти сақлаб қолинади ва у аста-секин соғайиб боради. Ана шу босқичда унинг саломатлиги ва ҳаёти парвариш ҳамда даволашнинг қай тарзда олиб борилишига боғлиқ.

Қай бири муҳимроқ парваришми ёки даволашми? Даво қилишнинг аҳамияти баъзан кўпроқ, баъзан камроқ бўлади, айрим ҳолларда эса «вақт—энг яхши табиб» дейишади. Парвариш эса доимо керак ва у қанчалик яхши бўлса, бемор шунчалик тез соғайиб кетади, даволаш натижалари шу қадар самарали бўлади. Бепарволик билан пала-партиш қараш ўз-ўзидан беморнинг нобуд бўлишига олиб келиши мумкин. Беморни клиник ўлимдан қутқариш билан бирга гигиена қоидалари қўпол равишда бузиладиган бўлса, бемор ётоқ яраларидан, нотўғри овқатлантирилса (ич терлама) ичак тешилишидан, жуда совқотса ёки ўринда ҳаракатсиз ётаверса, зотилжамдан ўлиб қолиши ҳам мумкин ва ҳоказо.

Яхши кор қиладиган даво усуллари ҳали топилмаган касалликлар ҳам бор, бундай ҳолларда беморнинг соғлигини тиклаш ва унинг умрини узайтириш фақат парваришга боғлиқдир.

ПАЛАТА ҲАМШИРАСИНING ВАЗИФАЛАРИ

Палата ҳамшираси катта ҳамширага ва палата шифокорига бўйсунди, унга эса кичик тиббий ҳамширалар бўйсундилар.

Тиббиёт ҳамшираси шифокор топшириқларини бажаради. Айрим муолажаларни мустақил равишда ўзи қилиб (инъекция, банка, хантал ва ҳуқна қўйиш), бирмунча мураккаб даво тадбирларига асбоблар ва беморни тайёрлайди, уларни бажариш вақтида эса шифокорга кўмаклашади.

Палата ҳамшираси бемор ажратмаларини (сийдик, балғам, ахлатини) йиғади, текширишлар учун қон олади, шифокор топшириғига кура кунлик сийдик, балғам миқдорини улчайди. У эрталаб ва кечқурун барча беморлар ҳароратини улчаб, касаллик тарихига ёзиб боради.

Палата ҳамшираси ҳар куни шифокор кўригида қатнашади, беморларни кўздан кечиришда унга ёрдам беради, ўз кузатувларини шифокорга хабар қилади ва ундан янги курсатмалар олади. Кўрик пайтида у ҳар бир бемордаги касалликнинг моҳиятини, унга қилинаётган давонинг аҳамиятини ва айниқса нималарга эътиборни кучайтириш зарурлигини билиб олади.

Палата ҳамширасининг вазифаси беморларни парвариш қилишдир. У беморлар тозалигига қарайди, огир ётган хасталарнинг бадан терисини ҳўл сочиқ билан мунтазам артиб туради, санитарка ёрдамида уларнинг ич кийимини ва кўрпа-ёстиқ жилди, чойшабларини алмаштиради, улар учун гигиеник ванна уюштиради.

Палата ҳамшираси таомнома (порционник) тузади, овқатнинг иссиқлигини, беморга тайинланган парҳезга мос келишини кузатиб боради ва огир ётган кишиларни овқатлантириб кўяди. У беморга келтириладиган таомларни, холодильниклардаги маҳсулотларнинг сифатини текширади.

Йиғиштириб тозалашнинг сифати ва унинг ўз вақтида ўтказилиши устидан назорат қилиш ҳам палата ҳамширасининг вазифасидир. У беморлар, уларни кўргани келадиган кишилар, санитаркаларнинг тартибга риоя қилишини кузатиб боради.

Палата ҳамшираси янги келган беморларни қабул қилади, уларни ички тартиб-қоидалар билан таништиради, қабулхона бўлимида амалга оширилган санитария тозаловининг сифатини текширади ва янги келган бемор ҳақида тезда шифокорга маълум қилади. Беморни касалхонадан уйга жўнатишни ҳам ўзи ташкил этади.

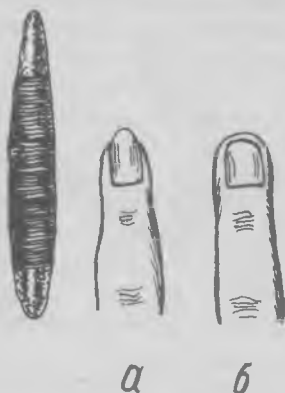
Беморларни, касалликнинг ривожланиб боришини, дориларнинг таъсирини бемор кайфиятини палата ҳамширалари кузатиб борадилар ва ўз кузатувлари ҳақида шифокорга хабар берадилар: бу эса шифокорга бемор аҳволи тўғрисида тўғри тасаввур ҳосил қилишга имкон беради. Кечаю-кундуз кузатишдан мақсад, ўз вақтида чора кўриш ва беморга биринчи ёрдам кўрсатишдир.

Ҳамшира касални кургани келган кишилар билан аввал ўзи суҳбатлашиб, уларни бемор аҳволдан хабардор қилади ва шунга яраша мулоқотда бўлишни тайинлайди. Ифлос кийимли, маст ва касал кишиларни бемор ҳузурига киритиш мумкин эмас. Бундай вазиятда одоб ва талабчанлик билан иш тутмоқ даркор, чунки ҳамма одамларни ҳам етарли даражада онгли ва маданиятли деб бўлмайди.

ТИББИЁТ ХОДИМИНИНГ ШАХСИЙ ГИГИЕНАСИ

Тиббиёт ходими шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиши керак. Бу унинг ўзи ҳамда у парвариш қиладиган беморлар учун ҳам зарур. Ҳар бир тиббиёт ходими юксак санитария маданиятининг ҳақиқий тимсоли бўлиши керак. Шахсий намуна берган натижани ҳеч қандай тарғибот бермайди. Агар тиббиёт ходимининг ўзи соғлиғини эҳтиёт қилмаса, у беморга уни қандай ургата олади. У соғлиқни сақлаш ва касалликларнинг олдини олиш учун бадантарбия билан шуғулланиши ва организмни чиниқтириб бориши лозим.

Тиббиёт ҳамшираси қўлларини тоза тутиши айниқса муҳимдир. У ҳар бир тиббий муолажани бажариш олдидан ва ундан кейин қўлларини ювиши керак. Жарроҳликка алоқадор тиббиёт ходими (операцион ҳамширалар, доялар ва бошқалар) қўлини ифлосланишдан сақлаши зарур. Пол ювиш, хоналарда санитария узелини йиғиштириш ва бошқа шу каби ишларда қўлқоп кийиш керак. Тирноқларни калта қилиб олиш ва тирноқ аррачаси билан текислаш лозим (1-расм). Лак билан бўяш тавсия этилмайди. Қўлларни чўтка билан ювиш лозим. Қўлни тез-тез ювиш терининг қуруқланишига сабаб бўлади. Шу сабабли ҳар кун кечқурун ва ишдан сўнг қўлларга юмшатовчи крем ёки глицерин билан новшадил спирти аралашмасини суртиш керак.



1-расм. Нотўғри (а) ва тўғри (б) олинган тирноқ.

1/4 қисм новшадил спиртни 3/4 қисм глицерин билан аралаштириб, ювилган қулларга ишқалаб суртилади. Бундан ташқари, тиббиёт ходими ташқи қиёфаси, яъни сочлари, тишлари ҳамда баданига аҳамият бериши, доимо ораста бўлиб юриши лозим.

Тиббиёт ходимининг иш кийими оқ халат, қалпоқ, дуррача ва пойафзалдан иборат.

Бош кийимни осон ювиладиган ип ёки зиғирпоя толасидан тўқилган оқ газламадан тикиш керак. Ҳар қандай бош кийим ҳам сочни тула-тукис қоплаб турадиган бўлиши лозим. Бош кийим учун дока ишлатиш ярамайди, докани ўз ўрнида, яъни фақат тиббий муолажалар учун ишлатиш керак.

Ҳамма тиббиёт ходимлари учун орқаси қадаб қўйиладиган халат расм бўлган; баъзи бўлинмаларда олд томони очик халат кийишга рухсат этилади. Халат ва бош кийим шунчаки тоза бўлибгина қолмай, қордек оппоқ ҳамда дазмолланган бўлиши керак.

Стационарда ишлайдиган тиббиёт ходимлари шиппак кийишлари лозим. Бу бир томондан ходимнинг ўзи учун қулай бўлса, иккинчидан, юрганда шовқин кам бўлади. Шиппак чарм ёки таги резинали бўлиши керак. Кигиз ёки мўйна шиппаклар ярамайди, чунки улар тез чангланади ва тозалаш қийин бўлади.

Тиббиёт ходимининг кийим-боши озода ва қулай бўлиши билан бирга, беморлар гашига тегадиган серҳашам бўлмаслиги ҳам керак. Пардоз-андоз ва зебу-зийнат меъёрида бўлгани афзал.

2-бўлим

ДАВОЛАШ МУАССАСАЛАРИНИНГ САНИТАРИЯ-ГИГИЕНА ТАРТИБИ, ДЕЗИНФЕКЦИЯ ВА СТЕРИЛИЗАЦИЯ

КАСАЛХОНАДА ХОНАЛАРНИ ЖИҲОЗЛАШ

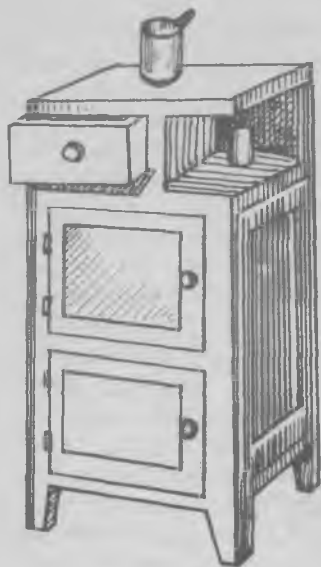
Ҳар бир стационар бўлимининг қуйидаги асосий хоналари бўлиши керак: 1) бир, икки, уч, олти ўринли палаталар; 2) беморлар кундузи бўладиган хона, бундай

хона бўлмаса, бу ҳолда йулакдан (коридор) шу мақсадда фойдаланилади: 3) ошхона ва буфет; 4) ваннахона ва ҳожатхона; 5) муолажа (манипуляцион) хона; 6) шифокор ва бўлим мудири хоналари; 7) катта ҳамшира хонаси (бундай хона бўлмаса, коридордан жой ажратилади); 8) кийимлар сақланадиган хона. Жарроҳлик бўлимида яна операция, боғлаш, гипс, асбоблар сақлаш; ва шу каби хоналар бўлади. Лаборатория, рентген, муолажа хоналари бир ёки бир неча бўлимга хизмат қилиши мумкин.

Тиббиёт муассасаларидаги жиҳозлар оддий, бемор учун қулай, осонликча суриладиган енгил ва ихчам бўлиши керак. Жиҳознинг юзаси очиқ рангли эмаль ёки мойли бўёқ билан бўялади. Юмшоқ жиҳозлар (кресло ва кушеткалар) латта ҳўллаб артиш ва зарарсизлантиришга (дезинфекцияга) чидамли мато билан қопланиши керак.

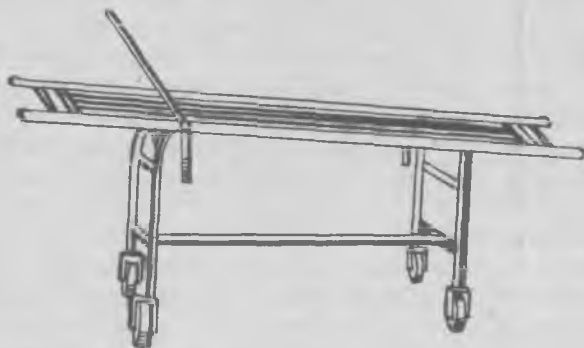
Палатага каравотлар, каравот ёнига шкафчалар, курсилар ва умумий стол қўйилади. Каравот металдан ясалган, очиқ рангдаги мойли бўёқ эмаль билан бўялган, түри пишиқ, артиш учун қулай бўлиши керак; каравотнинг йиғма бўлгани маъқул. Беморнинг қаддини баланд қилиб ўтқазиб учун (масалан, юрак етишмовчилигида шундай қилишга туғри келади) бош тагига қўйиладиган кўтаргич қўлланади. Кўтаргич ёрдамида каравот турининг бош қисмини 2—3 та оралиқ вазиятларда 0 дан 45° гача бурчак остида кўтариб қўйиш мумкин. Оғир беморлар махсус (функционал) каравотларга ётқизилади. Бундай каравотнинг түри иккита ёки учта қисмли бўлиб, зарур бўлганда каравотнинг бош ёки оёқ томони кўтариб қўйилади. Каравотни креслога айланттириш ҳам мумкин (дастани равон ва шовқинсиз суриш йўли билан шундай қилса бўлади, бунда бемор безовта бўлмайди). Болалар ётадиган каравотларнинг икки ёнида түри бўлади.

Тушаклар таранг, юзи уйдим-чуқурсиз, текис бўлиши керак. Покиза ётолмайдиган беморлар тагига клеёнка тушалади. Каравотга иккита ёстиқ қўйилади. Кўрпалар газламадан ёки жундан бўлиши мумкин. Чойшаб ва кўрпа гилофи четлари тагига қайириб қўйилади. Каравотнинг бошига беморнинг исми-шарифи ёзилган тахтача осиб қўйилади. Беморга юриш рухсат этилмаган бўлса, каравот тагига тувак қўйилади. Ҳар бир каравот олдидаги полда қопқоқли туфдон туради. Бемор ёнидаги деворда ёруғлик сигнализацияси учун тугмачали тахтача бўлади.



2-расм. Каравот ёнида турадиган столча.

Йулакда ҳамширалар жойи, шунингдек столлар, стуллар, беморлар учун диванлар, гуллар бўлади. Ҳамшира ўтирадиган жойида телефон бўлади. Бундан ташқари, доридармонлар сақланадиган ойнаванд шкафлар қўйилиб, унинг ҳар бир жавонида «Ичириладиган дорилар», «Таш-



3-расм. Замбил арава.

қи қўлланадиган дорилар» ва «Инъекциялар учун» деган ёзув бўлиши керак. Ҳамма тиббий асбоблар кўп ёки кам ишлатилишига кўра жойлаштирилади.

Ҳар бир бўлимда катта ҳамшира учун алоҳида хона ажратилади. Бу хонада дори-дармонлар, сейфда сақланиши зарур бўлган дори воситалари, ҳисобот ҳужжатлари сақланади.

Тиббий тарози ва буй ўлчагич (ростометр) йўлакнинг ўзида туриши мумкин. Оёқ товушлари сезилмаслиги учун йўлак ва палаталар полига резина ёки гиламлар солиб қўйилади (юқумли касалликлар ва жарроҳлик бўлимларига гилам солиш мумкин эмас). Буфет хонаси иситиладиган мослама, титан, идиш ювиладиган бир неча бўлимли ювгич, стол, шкаф билан таъминланган бўлиши керак.

Санитария узелида бир ёки бир неча ванна, душ ва ҳожатхона бўлади. Ваннахона полига мойли бўёқ билан бўялган тахта панжара ёки резина гиламча солинади. Ҳожатхоналарда унитазлардан ташқари сийдик ва ахлатни йиғиш учун суднолар ва шиша идишлар қўйиладиган ёпиқ шкафлар туриши керак: зарарсизлантириладиган баъзи воситалар ҳам одатда шу жойда сақланади. Агар бўлим ихтиёрида судноларни ювиш учун машина бўлса, бу машинани ҳожатхона ёки унга туташган хонага, ёхуд йўлакка қўйилади.

Режим — амбулатория ёки стационар турдаги даволаш муассасасида беморларнинг соғайиши учун энг яхши шароитлар яратиш мақсадида белгиланган муайян тартибдир. Режимга амал қилиш беморлар учун ҳам, ходимлар учун ҳам баб-баравар мажбурий, бироқ ходимлар уни фаол равишда тузатилар ва қўллаб-қувватлайдилар, беморлар эса унга буйсунадилар. Даволаш муассасаларида тартиб: 1) ҳарорат, ёритиш ва шамоллатиш; 2) даволаш муассасаларини санитария жиҳатидан озода тутиш; 3) беморлар ва ходимларнинг шахсий гигиенаси; 4) ички тартиб қоидаларидан иборат.

Турли касалхоналар ва бўлимлар режимининг ўзига хос хусусиятлари бўлади. Чунончи, болалар касалхонасининг тартиби катталар учун мулжалланган терапевтик бўлим режимидан, юқумли касалхонанинг тартиби жарроҳлик шифохонасининг режимидан фарқ қилади ва ҳоказо. Касалхона ёки бўлим ичидаги хоналар режимининг ҳам ўзига хос томонлари бўлиши мумкин. Айрим беморларга, улар-

даги касалликнинг хусусиятларига қараб ҳаракат қилиш, овқатланиш ва шу кабиларнинг ўзига хос тартиби тайинланади. Бундай режим туғрисида касаллик тарихига ёзиб қўйилади («ўриндан турмасдан ётиш режими», «уринда ётиш ва туриб юриш тартиби» деб); касаллик тарихида яна беморга соф ҳавода сайр қилиш, гигиеник гимнастика мумкин ёки мумкин эмаслиги; столнинг тартиб рақами; қандай қўшимча овқат буюрилгани ҳам кўрсатиб қўйилади.

Ёритиш. Қуёш нури одам организмнинг ҳаёт фаолиятига шифобахш ва кўпчилик микробларга эса ҳалокатли таъсир қилади. Шунинг учун беморлар бўладиган жойларни (хоналар йўлаклар, равонлар ва ҳоказоларни) иложи борича кўпроқ қуёш нури тушадиган қилиб қуриш лозим. Шу мақсадда хона деразаларини жанубга, жануби-шарққа ва жануби-ғарбга (географик кенгликка кўра,) операция-хона деразаларини шунга мувофиқ шимолга, шимолий-шарққа ва шимолий-ғарбга қаратиб қурилади.

Электр билан ёритиш. Кечқурун ва тунда ёқиладиган электр чироқлар ҳаддан ташқари ёруғ бўлмаслиги керак. Бунинг учун хира ойнали лампочкалардан ва абажурлардан фойдаланилади. Ҳар бир қаравот ёнидаги столда турадиган лампалар беморлар учун маълум даражада қулайлик туғдиради. Шифокор хоналарини, лабораторияларни, муолажа ва айниқса операция ҳамда боғлаш хоналарини бирмунча равшанроқ қилиб ёритиш керак. Операция ва боғлаш хоналарида соя туширмайдиган ва кўзни чалғитмайдиган ёруғлик бўлиши учун махсус ёритгичлар қўлланади.

Иситиш. Палаталарда ҳарорат 20° , боғлаш хоналари ва ванна хоналарда $22-25^{\circ}$, операция хонаси ва туғруқ хоналарида 25° бўлиши керак. Хона ҳарорати ҳамма жойда бир текис бўлмоғи лозим, бунинг энг яхши йўли хоналарни сув ёки буғ билан иситиш бўлса, ҳаммадан ёмон усул печка билан иситишдир. Операция хоналарини сувоқ остидан қўйилган трубалар ёрдамида иситиш тавсия қилинади.

Вентиляция. Беморлар бўладиган хоналардаги ҳаво таркиби одам танасидан чиқадиган ажратмалар: карбонат ангидрид, сув буғлари, тер ва шу кабилар ҳисобига доимо ўзгариб туради. Хона ҳавосидаги чанг микроблар ва вирусларнинг тарқалишига йўл очади ва шу тариқа грипп,

юқори нафас йўлларининг яллиғланиши, қизамиқ, скарлатина ва бошқа касалликларнинг пайдо булишига имкон беради.

Палатада битта беморга тўғри келадиган гигиеник ҳаво нормаси 27—30 м³ ни ташкил қилади, шу билан бирга ҳаво соат сайин янгилашиб туриши керак. Табиий ва сунъий вентиляция ёрдамида хоналардаги ҳаво ташқи соф ҳаво билан алмаштириб турилади.

Касалхона биноларини дарчалар ва фрамугалардан шамоллатиш иқлим ва об-ҳаво шароитларига боғлиқ, вентиляциянинг бу хилини тартибга солиб бўлмайди. Касалхоналарда ҳавони тозалаш, уни иситиш ёки совутиш имконини берадиган, ҳаво бериб, тортадиган сунъий вентиляция қуриш зарур. Операция хоналари, бокслар, изоляторларда шундай мустақил тизилмалар бўлиши керак. Ҳар бир хонага қанча янги ҳаво келиши ва қанчаси чиқиб туриши кераклигини курсатадиган гигиеник меъёрлар белгиланган.

Ҳавони кондиционлаш касалхона шароитида микроиқлим вужудга келтиришнинг энг маъқул системасидир. У йилнинг совуқ даврида ҳавони иситиб беради, иссиқ даврида салқинлатади, зарур бўлганда ҳавони нам ва қуруқ қилиб беради, ҳавонинг кириш ва чиқиш тезлигини ҳамда ундаги кислотод, манфий ионлар ва бошқаларнинг концентрациясини бошқаришга имкон беради. Келгусида даво муассасаларининг ҳаммасида ҳавони кондиционлаш тизилмалари бўлади.

Санитария тартиби. Тиббиёт муассасаларининг санитария тартиби даволаш-профилактика муассасаси участкаси ва биноларининг жойлаштирилиши, ички пардоз ва жиҳозлари, ёритилиши, иситилиши ва вентиляциясига қўйиладиган талаблардан ташқари, ҳудуд ва хоналарнинг санитария ҳолатига доир яна қатор қоидаларни ҳам ўз ичига олади.

Касалхона ҳудуди ҳамма томондан деворлар билан тўсилган, айрим бинолар уртасидаги катта ва кичик йўллар асфальтланган бўлиши керак. Шаҳарда водопровод ва канализация бўлмаса, ички водопровод ва канализация қуриш лозим.

Қуруқ ахлат учун қопқоғи зич ёпиладиган яшиқлар бўлиши керак, яшиқлар остидаги ва уларнинг атрофидаги майдонча бетонланган бўлиши лозим. Ахлат яшиқла-



4-расм. Палатани нам латта билан артиб тозалаш.

рини ўз вақтида тозалаш ва дезинфекция қилиш талаб этилади. Касалхона ҳудудини мунтазам равишда қунт билан тозалаб туриш керак.

Хонани ҳўл латта билан артиб чиқиш шарт (4-расм). Поликлиникада полларни ҳар куни қабулдан кейин, палаталарда эса эрталаб, пешинда ва кечқурун ювилади ёки ҳўл латта билан дезинфекциялайдиган эритмалар воситасида артилади. Нам усулда артиб тозалаш учун қўпинча таркибида хлор бўладиган моддалар ёки феноллар қўлланади.

Хлорли оҳак—руй-рост хлор ҳиди келиб турадиган кумоқ-кумоқ оқ кукун, сувда батамом эримайди. Сақлаб қўйилганда хлорли оҳак ўз таркибидаги фаол хлорнинг бир қисмини йўқотади, шунинг учун уни қуруқ қоронғи ерда, оғзи бекиладиган идишда сақлаш зарур. Тиндирилган хлорли оҳак эритмаларининг концентрацияси 0,2 фоиздан 20 фоизгача боради.

10 фоизли асосий тиндирилган эритма тайёрлаш учун 1 кг қуруқ хлорли оҳак олинади ва устига 10 литр совуқ сув қўйиб, таёқ билан қориштирилади, сўнгра тиндириб

қуйилади ва шиша ёки сирланган идишда оғзини маҳкам бекитиб, бир кеча-кундузга қолдирилади. Шундан кейин тиндирилган эритма зич газламадан ўтказиб сузиб олинади, чўкмаси эса ташлаб юборилади. Тиндирилган эритмани ёпиқ идишда, яхшиси сирланган челақ ёки қора шишада салқин жойда (ҳожатхонанинг кафель полида) кўпи билан 6 кун сақлаш керак.

Хлорамин — таркибида 24 фоиздан 28 фоизгача фаол хлор бўлади, сувда эрийди. Сувдаги эритмалари бевосита зарарсизлантириш олдидан ишлатиладиган жойнинг ўзида тайёрланади. Бундай эритмалар фаоллигини 15 кунгача сақлайди. Эритмалар 0,2 фоиздан то 5 фоизгача бўлган концентрацияда тайёрланади. Ҳар қайси ҳожатхонада ҳуқна ва муолажа хоналарида қўл ювиладиган жой тепасига осиб қўйилган Эсмарх кружкаларида 0,2 фоизли хлорамин эритмаси қулиши керак, бўлимдаги ходимлар ҳар бир юмудан кейин қўлларини шу эритма билан зарарсизлантиришади.

Турли концентрациядаги хлорли оҳақ ва хлорамин эритмаларини тайёрлаш қуйидагича амалга оширилади (10 литр сувга олинган миқдорда).

| Фоиз | Тинитилган хлорли оҳақ | Хлорамин кукуни |
|------|------------------------|-----------------|
| 0,1 | 100 мл | 10 г |
| 0,3 | 300 мл | 30 г |
| 0,5 | 500 мл | 50 г |
| 1 | 1 л | 100 г |
| 5 | 5 л | 500 г |
| 10 | 10 л | 1 кг |

10 фоизли хлорли оҳақ эритмаси ва катта концентрациядаги хлорамин эритмаларини тайёрлаш жараёнида техника хавфсизлиги қоидаларига эътибор бериш керак. Чунончи, тайёрлаш махсус хоналарда, махсус кийимда ва резина қўлқоплар, этиклар кийган, кўзга кўзойнақ таққан ҳолда амалга оширилиши лозим. Концентрацияси кучли эритмалар тайёрлаш вақтида албатта оғзига ниқоб ва заруратга қараб газҳимоялагич (противогаз) кийилиши шарт. Хлорли оҳақ ёки эритмалари теккан соҳаларни ювув-

чи эритмалар билан обдон ювиб тозаланади Панелларни (деворларнинг мойли буюқ билан буюлган пастки қисмларини) ун кунда бир марта ювилади ёки хўл латта билан артилади. Ойда бир марта деворнинг юқори қисмлари, шифт ва плафонлар тозаланади, дераза ромлари ва эшиклар артилади. Эблонлар ва санитария маорифига доир плакатлар учун махсус тахталар булиши, булар ҳам вақти-вақтида чангдан тозалаб турилиши керак. Марказдан иситиш радиаторлари ва трубалар сатҳини ҳар куни хўл латта билан артиб туриш лозим, чунки уларнинг юзасидаги йиғилиб қолган чанг, углерод (II)-оксиди ажратиши ва ҳавони ифлослантириши мумкин. Чангни йўқотишнинг энг яхши усули хоналарни чангютгич (пилесос) билан тозалашдир. Паркет полли, гилам поёндоз тўшалган ва парда тутилган хоналарни тозалаш учун бу мутлақо зарур асбобдир. Касалхонада чангютгич тутишнинг бирдан-бир камчилиги ишлатилганида шовқин чиқаришидир.

Жиҳозлар ҳар куни хўл латта билан артилади. Каравотларни, уларда ҳашаротлар пайдо бўлмаслиги учун ҳафта-сига бир марта куздан кечирилади ва тозаланади. Каравот ёнидаги столчаларнинг усти ва ичидаги нарсаларни ходимлар ҳар куни текшириб турадилар (кўп маҳсулотлар сақлашга руҳсат этилмайди). Тез бузиладиган маҳсулотларнинг барчаси музлатгичда сақланади. Каравот олдидаги столчалар ҳафтасига бир марта йиғиштирилади, кўздан кечириб, тозаланади. Сув турадиган баклар ва туфдонлар ҳар кун ювилади. Ишлатилган боғлов воситаси ёқиб юборилади. Касалхона ичида касалликлар юқишининг олдини олиш учун ходимлар қуйидаги қоидаларга амал қилишлари шарт.

1. Ходимлар жомакор кийиб юришлари ва ундан тўғри фойдалана билишлари: а) устки кийим ва жомакорларни бошқа-бошқа сақлаш; б) жомакорда касалхона ҳудудидан чиқмаслик ва хизматдан ташқари вақтда уни кийиб юрмаслик.

2. Ич кийимлар, чойшаблар қуруқ, ёруғ, шамоллатиладиган хонада, тозаси кир бўлганидан алоҳида жойда сақланиши керак. Юқумли беморларниг ич кийими, чойшаблари зарарсизлантирилиши лозим.

3. Беморлар касалхонага ётқизилганида санитария тозаловидан утиши ва кейинчалик шахсий гигиена қоидаларига амал қилиши керак. Уларнинг ич кийими ҳамда

чойшаб, ёстиқ жилдлари ҳафтада бир марта алмаштирилади. Ҳар бир беморнинг алоҳида сочиғи, дори ичадиган идиши ва пиёласи булиши керак. Беморларга тутиладиган буюмларни тозалаб ювиш ва ёпиқ шкафда сақлаш керак.

4. Сайр қилиш вақтида беморлар касалхона ҳудудидан ташқарига чиқмасликлари лозим.

5. Инфекцион бўлим батамом ажратилган булиши керак.

Муолажа хонасини тозалаш

Тозалаш қуйидагича ўтказилади.

1. Кундалик тозалаш — муолажа жараёнида полга тушган бўлакчалар териб олинади, қондан ифлосланган пол артилади, хона нам латта билан чангдан тозаланади, кварц лампаси ёқиб қўйилади.

2. Якуний тозалаш — муолажа куни охирида пол ва жиҳозлар тозалаб ювилади, деворлар одам бўйи етадиган жойгача артиб чиқилади.

3. Батамом йиғиштириб тозалаш — шифт, деворлар, пол, деразалар ҳафтасига бир марта механик ва кимёвий тозаланади (дезинфекция).

4. Олдиндан йиғиштириб тозалаш — ҳар бир муолажа куни олдиндан горизонтал сатҳларни ҳўл латта билан артиб, тун бўйи ўтириб қолган чангдан тозаланади.

Муолажа хонаси таркибига турли хил дезинфекция қиладиган (масалан, 60 г сода, 50 г кўк-совун ва 1 челақ иссиқ сувга 150 г лизол солинган аралашма, хлорамин эритмаси) эритмалар билан фақат нам усулда тозаланади. Деворлар, шифт, полга кимёвий моддалар билан ишлов берилгандан сўнг уларни илиқ сув билан шлангда ювилади. Йиғиштириб тозалаб бўлгандан кейин жиҳозлар ва пол тоза латта билан артилади. Тозалашдан сўнг 6—8 соатга бактерицид лампалар (БУВ-15, БУВ-30) ёқиб қўйилади.

Ошхонани санитария жиҳатидан тоза тутиш қоидалари

1. Нонушта, тушки ва кечки овқатдан сўнг бу хоналар совунли иссиқ сувга ҳўлланган латта билан тозаланади.

2. Идишларни сода ёки хантал қўшилган 45—48° ҳароратли иссиқ сувда икки марта ювилади, қайнаган сув ёки

ҳарорати 80° дан паст булмаган иссиқ сув билан чайилади. Болалар булимларида ва инфекцион булимларда ҳар гал овқат ейилгандан сунг идиш-товоқлар албатта қайнатилади, кейин сочиқ билан артмасдан, тункариб қўйилади, дарз кетган ва нуқсони бор идишларни ишлатиб бўлмайди.

3. Овқат қолдиқлари ва чиқиндилар ёпиқ челақ, яшиқларда сақланади ва уз вақтида тукилади, чиқиндилар ташланадиган челақлар иссиқ сувда ювилади, қуритилади ва оловга тутиб олинади. Овқат қолдиқлари совитувчи алоҳида камерада сақланади.

4. Ошхонадаги гўшт, балиқ, сариёғ, сут каби маҳсулотлар айрим-айрим булмалари бўлган музлатгичларда сақланади.

5. Масаллиқ тайёрланадиган столлар мармар тахта ёки рухланган тунука билан қопланади; оштахталарнинг юзаси силлиқ, ёриқсиз бўлиши керак, акс ҳолда уларни тозалаш қийин бўлади. Ошхона анжомлари — столлар, оштахталар, гўшт майдалагич, қозон ва бошқаларга тамға осиб уларни ўз ўрнида ишлатиш лозим; гўшт, балиқ ва сабзавотларни майдалаш учун алоҳида цехлар ёки столлар ва алоҳида анжомлар ажратилади; хом ва пишган маҳсулотларни майдалаш учун гўшт-майдалагич ва шу кабилар алоҳида бўлади.

6. Озиқ-овқат бўлими ходимлари, овқатни тарқатиш ва идиш ювишда қатнашадиган кичик ва ўрта тиббиёт ходимларини ишга қабул қилиш ва иш жараёнида (ҳар ойда) тиббий кўриқдан ва бактериологик текширувдан ўтказилади.

7. Ошхона ва буфет ходимлари шахсий гигиенага айниқса қатъий амал қилишлари: қўлни тоза тутишлари, тирноқларни калта қилиб олишлари, бошга қалпоқча (ёки дуррача), иш вақтида жомакор кийиб олишлари керак. Жомакорларни алоҳида шкафчаларда сақлаш лозим. Ҳожатхонага ёки маъмурий-хўжалик хоналарига кирилаётганда уни ечиб қўйиш лозим. Қўл ювиш учун алоҳида раковина, сочиқ, совун ва чўткалар ажратиш, уларни ҳар бир иш вақтидан сунг қайнатиш лозим. Беморларга овқат тайёрлаш ва тарқатишда иштирок этадиган тиббиёт ҳамшираларига қўшимча халат ва қалпоқча (ёки дуррача) берилиши керак.

Санитария тармоғи (узел)ни тоза тутиш

Санитария тармоғини заруратга қараб, кунига бир неча марта ҳўл латтада тозалаб туриш лозим. Унитазларни ювиш учун хлорли оҳакнинг 0,5 фоизли тиндирилган эритмаси қўлланади. Тозалаш учун алоҳида сақланадиган махсус инвентарлар ажратилиши керак. Санитария узелининг ҳамма хоналарини вақти-вақтида шамоллатиб туриш, уларни яхши ёритиш лозим. Улардаги ҳаво ҳарорати 20° бўлиши керак.

Даволаш муассасаларида пашша, суварак, кана ва кемирувчиларни йўқотиш учун курашиш зарур. Пашшаларни йўқотиш учун: 1) даволаш муассасаси ҳудудини тоза тутиш, пашша кўпаядиган жойларга (ахлат яшиклари ва улар атрофидаги бетон ётқизилган майдонларга) алоҳида аҳамият бериш; 2) деразаларга тур қоқиш, пашша тугадиган ёпишқоқ қоғоз кўйиш, девор, дераза, абажур ва нарсаларни махсус воситалар (ДДТ, аэрозоль, пиретрум) билан артиш; 3) хоналарни озода сақлаш ва овқатлар устини ёпиб кўйиш; овқат қолдиқлари ва бемор ажратмалари учун ёпиқ идишлар ишлатиш керак.

Ҳашаротлар ва кемирувчиларни қиришда, биринчидан, пол, девор, техник симлар учун тегишли жойларда ёриқлар йўқлигини текшириш, иккинчидан барча овқат қолдиқларини вақтида йўқотиш ва учинчидан, ҳашарот ва кемирувчиларни йўқ қиладиган кимёвий воситаларни қўллаш зарур. Палатада ёки хоналарнинг биронтасида суварак ёки каналар топилгудек бўлса, бинодаги хоналарнинг ҳаммасини ялпи дезинфекциялаш керак.

Даволаш муассасаларини санитария жиҳатидан ораста тутишга доир юқорида санаб ўтилган қоидаларнинг барчаси беморлар ва тиббиёт ходимлари учун энг яхши шароитлар яратишга қаратилган. Шу билан бирга улар юқумли касалликлар пайдо бўлиши ва тарқалишига йўл кўймайди; бу кўпчилик қатнаб турадиган муассасалар учун айнақса муҳимдир. Эҳтиётдан зарарсизлантириш мақсадида даволаш хоналарини ультрабинафша нурлар билан нурлантириш мумкин. Ҳўл латта билан тозалашда, айнақса болалар бўлимларида совун ва содали идиқ сувдан фойдаланган яхши, тозалашдан олдин латта ва чуткаларни қайнатиш ёки хлорли оҳакнинг тиндирилган 2 фоизли эритмаси билан дезинфекциялаш лозим.

Парвариш буюмлари, хоналар, ванналар ва йиғиштириш анжомларини зарарсизлантириш

1. Томоқ, бурун, қулоқни кўздан кечириш учун металл асбоблар ишлатиб бўлингач оқар сувда ювилиб 15 дақиқа қайнатилади, уч таркибли эритма (2 фоизли формалин, 0,3 фоизли фенол, 1,5 фоизли натрий гидрокарбонат) га 45 дақиқа солиб қўйилади ва сунг чайилади.

2. Металл шпателлар, пластмасса ва резина асбоблар 15 дақиқа қайнатилади, хлораминнинг 0,5 фоизли эритмасига 30 дақиқа, водород пероксиднинг 3 фоизли эритмасига 80 дақиқа ва дезоксиннинг 0,1 фоизли эритмасига 20 минутга солиб қўйиш билан дезинфекцияланади. Тиббий ҳарорат ўлчагичлар сувда ювиб тозаланади ва 0,5 фоизли хлорамин эритмасига 20 дақиқа солиб қўйилади.

3. Қўлни ва мочалкаларни ювиш учун чўткалар 15 дақиқа қайнатилади ёки 20 дақиқа 0,5 атм. босимда автоклавланади.

4. Беморни кўздан кечириш учун кушетка клеёнкаси, клеёнка фартуклар 1 фоизли хлорамин, 0,5 фоизли хлорли оҳакнинг тиндирилган эритмаси, 0,2 фоизли сульфохлорантин, 2 фоизли дихлор эритмаларига ҳўлланган латта билан 2 марта артилади.

5. Ҳўқналар учун шиша пластмассада ясалган учликлар ишлатилгандан сунг ювилади, 15 дақиқа қайнатилади ва 1 фоизли хлорамин эритмасига солиб қўйилади.

6. Тирноқлар олиш учун қайчилар, соч-соқол қирадиган мосламалар уч таркибли эритмага 45 дақиқа солинади.

7. Соч олдириш машинкаси қисмларга ажратган ҳолда 70 фоизли спиртга 15 дақиқа солинади.

8. Хоналар ва ундаги жиҳоз буюмлар (жумладан, тумбочка ва каравотлар) 1 фоизли хлорамин, 0,5 фоизли тинитилган хлорли оҳак эритмасига 0,2 фоизли сульфохлорантин, 2 фоизли дихлор-1, водород пероксид—ювиш воситаларидан тайёрланган эритмага ҳўлланган латта билан икки марта артилади.

9. Резина иситгич (грелка) лар ва муз солинадиган халтачалар иссиқ сувда ювилади, 1 фоизли хлорамин эритмасига ҳўлланган латта билан 2 марта артилади.

10. Тагга қўйиладиган суднолар ва туваклар иссиқ сувда ювилади, 1 фоизли хлорамин, 0,5 фоизли тинитилган

хлорли оҳак 0,5 фоизли кальций гипохлориднинг 2/3 асос тузи эритмаларига 60 дақиқа солиб қўйилади.

11. Ванналар Дихлор-1, Белка-2, ПЧБ, «Дезус», «Санита» каби ювувчи воситалар билан (100 см сатҳга 0,5 г миқдорда) нам салфетка билан 5 дақиқа давомида ювилади.

12. Йиғиштириш анжомлари 0,5 фоизли тинитилган хлорли оҳак, 1 фоизли хлорамин, 0,5 фоизли кальций гипохлориднинг 2/3 асос тузига ҳўлланган латта билан артилади ва қуригилади.

Ушбу дезинфекциялаш ишларини аксарият ҳолларда кичик тиббий ходимлар бажаришини назарда тутиб, шуни таъкидлаш лозимки, бу ишларнинг қанчалик аниқ ва тўғри бажарилиши, эритмаларнинг белгиланган концентрацияларда бўлиши учун ҳамшира жавобгар шахс ҳисобланади.

Шприц, игналарни зарарсизлантириш ва стериллаш

Асбобларни инъекцияларга тайёрлашнинг асосий шартларидан бири стериллаш (физикавий ва кимёвий омиллар ёрдамида турли микроорганизмлар ва спораларни йўқотиш) ҳисобланади. Кўп вақтгача шприцлар ва игналарни стериллашнинг асоси қайнатиш бўлган. Бироқ тез автоклавлаш усуллариининг ишлаб чиқилиши ва стерил воситаларни марказлашган ҳолда тайёрлашга ўтиш билан қайнатиш иккинчи ўринга тушиб қолди. Шунга қарамай, унчалик катта бўлмаган даволаш муассасаларида ва шприцлар, асбоблар ҳамда бошқа нарсаларни ҳамширанинг ўзи стериллаши керак бўлган жойларда қайнатиш ҳамон етакчи аҳамиятга эга. Шуни унутмаслик керакки, тиббий асбобни бевосита ҳамширанинг иш жойида тозалаш ва стерилизациялаш иш хоналарининг санитария-гигиена шароитларини ёмонлаштиради (ҳарорат ва намлик ошади, ёқимсиз ҳид пайдо бўлади, ҳаво ифлосланади ва ҳоказо). Кўп сонли янги дори моддаларини, айниқса биологик фаол препаратларни (антибиотиклар, кортикостероидлар, 3 гуруҳдаги витаминлар) ишлаб чиқариш ва жорий қилиш палата ва муолажа ҳамширалари иш жойини жиҳозлашга юқори талаблар қўяди. Тортма вентиляциянинг қулай системалари бўлмаганда ҳамшираларда ва кичик тиббий ходимларда аллергик реакциялар пайдо бўлиш хавфи ошади.

Бизнинг даволаш-профилактика муассасаларида марказлашган стерилизациялаш бўлимларини ташкил этишнинг тажрибаси мавжуд бўлиб, уларнинг асосий вазифаси асбоблар ва боғлов воситаларини, қон қуйиш системаларини тозалаш ва стериллаш, ҳамма бўлимлар ва кабинетлар учун дистилланган сув тайёрлашдан иборат. Бу бўлимларнинг иши шундай ташкил этилганки, унда бирмунча ифлос операциялардан бирмунча тоза операцияларга ўтилиб, олдин иш олиб борилган хоналар бўйлаб қайта ҳаракат қилинмайди. Келиб тушадиган воситалар уч асосий йуналиш бўйича тақсимланади: 1) оқликлар ва боғлов материаллари; 2) жарроҳлик қўлқоплари ва резина буюмлари; 3) тиббий асбоблар.

Марказлашган стерилизациялаш бўлимида иккита: стерил ва ностерил бўлимлар мавжуд. Ностерил бўлимда жарроҳлик асбоблари, шприцлар ва игналар қабул қилинади, қисмларга ажратилади, ювилади, қуритилади ва мосламага солинади, боғлов воситаси ва операцион оқликлар тайёрланади, асбоблар соланади ва чархланади. Шу жойнинг ўзида буғ ва ҳаво билан ишлайдиган стерилизаторларга жойланади. Стерил бўлимда стерилизаторлардан стерил материаллар олинади. Марказлашган стерилизация бўлимида асбоблар ва воситаларнинг етарлича захираси (суткалик миқдорига нисбатан уч барабар кўп) бўлиши керак.

Стерилизаторлар турли-туман: портатив шкаф, автоклавлар ва кўп камерали йирик стерилизация мосламалар бўлади; тиббий асбобларни механизация воситасида ювадиган мосламалар яратилган. Стерил материалларни ишончли сақлаш учун лойиҳаси жиҳатидан ҳар хил филтрли стерилизация кутилар қўлланади.

Тиббий асбоблар, оқликлар ва бошқа буюмларни стериллаш жараёнларини марказлаштириш меҳнатни ташкил этишнинг илғор тури ҳисобланади. Бундай бўлимларнинг барпо этилиши ўрта тиббиёт ходимини қўшимча ишлар бажаришдан озод қилади ва уларга беморлар учун кўпроқ вақт ажратиш имконини беради. Бундан ташқари, вирусли гепатит, постинъекцион флегмоналар ва абсцесслар билан касалланиш бирмунча камаяди.

Сўнги вақтларда кўп марта ишлагиладиган анъанавий буюмлар ўрнига бир марта фойдаланиладиганлари қўлланилмоқда. Бунга ўрта тиббий ходимлар танқислиги, шунингдек касалхона ичи инфекцияларига қарши курашнинг

бирмунча самарали чораларини излаб топиш зарурлиги сабаб булмоқда.

Тиббиёт ҳамширалари стериллаш усулларини яхши билишлари керак. Қайнатиш учун мосламалар зарарсизлантирадиган қайнатгичлар деб аталади. Улар оддий (олов ёқиладиган) ва ҳар қандай иссиқлик манбаидан қизийдиган, шунингдек электрда ишлайдиган бўлиб, қайнатгич остига жойлашган ўз иситгичига эга. Қайнатгичлар туртбурчак шаклидаги қопқоқли идиш ва қайнатгич қопқоғи ҳамда корпусига ўрнатилган икки жуфт дастадан иборат. Корпус ичида қайнатилгандан кейин асбобларни чиқариш учун мулжалланган махсус түр бўлади. Электр қайнатгичлар кучма ва стационар турларга бўлинади.

Шприц ва игналар, шунингдек, инъекция учун зарур ҳамма асбоблар стериллашдан олдинги тайёрловдан ўтади. Бундай тайёрловдан мақсад буюмларни ҳар қандай гардчанглардан тозалаш ва ҳатто жуда кичик миқдорда қон ва бошқа биологик суюқликларни юқумсизлантириш, шунингдек пироген моддаларни йўқотишдан иборат. Аввалига шприцнинг зичлиги, игналарнинг эса ўтказувчанлиги текшириб кўрилади.

Шприц дастлаб оқиб турган сувда 1 дақиқа чайилади, сўнгра уни 50° гача иситилган ювадиган эритмаларнинг бирига солиб 15 дақиқа тулиқ чуқтириб қўйилади. Асбоблар ва бошқа буюмларни ювиш учун водород пероксиднинг (1—6 фоиз) 0,5 фоизли эритмалари билан синтетик ювувчи воситаларнинг («Прогресс», «Триас-А», «Астра», «Биолот») аралашмасини ишлатиш мумкин. Водород пероксид эритмасини тайёрлаш учун пергидролдан фойдаланилади. 10 л аралашма тайёрлаш учун бирор синтетик ювувчи воситадан 50 г олинади, сув ва пергидрол миқдори эса водород пероксиднинг исталган концентрациясини ҳосил қилиш билан белгиланади. 1 фоизли эритмани тайёрлаш учун 400 мл пергидрол ва 9550 мл сув; 2 фоизли—800 мл пергидрол ва 7550 мл сув олинади.

Оқиб турган совуқ сув оқимида ювиш воситаси батамом тугагунча кунт билан ювилгандан сўнг шприц қисмларга ажратилади, поршень ва цилиндр эса қайнатгич (стерилизатор) га солинади. Игналар билан шприцлар бирга қайнатилади, игналар докага ўраб боғланади ва яна бир марта каттароқ докага ўралади.

Олдиндан яширин қонга синама утказиш зарур. Бунинг учун иккита усул мавжуд. **Бензидинли синама** — уни бево-сита стериллашдан олдин утказилади, чунки реактив фа-қат 2 соат мобайнида яроқли булади. Тоза стерил мензур-кага бензидиннинг бир неча кристаллари солинади, шун-дан кейин 1 мл муз сирка кислота (ёки 2 мл 5 фоизли сирка кислота эритмаси) ва 2 мл 3 фоизли водород перок-сид эритмаси қуйилади. Реактивни шприцга пипеткада ва у орқали игнага туширилади. Агар шприцда ёки игнада қон қолдиқлари бўлса, реактив ўша заҳоти тиниқ яшил рангга буялади (2 дақиқа ва бундан кейин пайдо бўлган буялиш ҳисобга олинмайди).

Ортодонгли синама: 96 фоизли спиртдаги 4 фоизли ортотолизин эритмаси совитгичда (холодильникда) сақ-ланади. Яширин қонни аниқлаш учун 5—10 мл эритма олинади, унга 50 фоизли сирка кислота эритмасини тенг миқдорда ва шунча дистилланган сув қушилади. Шприцга шу аралашмадан 1 томчи ва 2 фоизли водород пероксид эритмасидан 2 томчи олинади. Қон булса, тиниқ-яшил буялиш ҳосил булади.

Ювиш воситаларининг қолдиқлари борлиги **фенол-фталейнли синама** орқали аниқланади. Бунинг учун ювил-ган асбобларга 1 фоизли фенолфталейн эритмаси туши-рилади. Ювиш воситалари қолдиқлари аниқланганда (пуш-ти ранг) тозалаш яна такрорланади.

Синчиклаб текширилгандан сўнг шприц ва игналар қайнатиб стериллашга тайёр ҳисобланади. Шприц қисм-ларга ажратилади, цилиндр докага ўралади ва қайнатгич (стерилизатор) турига қуйилади, турнинг тубида ҳам дока қатлами булади. Шприцни қайнатгич тубига қуйилмайди, у ёрилиб кетиши мумкин. Қайнатгичга дистилланган со-вуқ сув ёки икки марта қайнатилган ва филтрланган сув қуйилади, уни чукинди йиғилишидан ва занглашдан сақ-лаш, шунингдек асбоблардаги ёғлар ва оқсил қолдиқла-рини эритиш мақсадида натрий гидрокарбонат (100 мл сувга 2 г) қушилади. Қопқоқ зич ёпилади ва яхши қайнаб чиққунча кутиб турилади, шундан кейин вақт ҳисобга олинади. Бунинг учун қўнғироқли маҳсус соатлар ёки де-ворга осиб қуйиладиган қўн соатлардан фойдаланган маъ-қул. Доимий қайнатгичлар, сув қайнатгичлар сув қайна-ши жадаллигини тартибга соладиган маҳсус узгичлар (пе-релючатель) билан жиҳозланган. Қайнатиш 45 дақиқа

давом этади, агар бирор асбоб қўшиладиган бўлса, яна 30 дақиқа қайнатилади. Вирусли гепатит билан касалланган беморлар бўлимларида шприцларни бир ярим соат қайнатиш зарур. Сўнгра қайнатгични узиб қўйилади, қопқоғи очилади ва уни ағдариб қўйилади, турни асбоблар билан бирга олинади, қайнатгич устига сувни бутунлай силкитиш учун кўндалангига қўйилади, сўнгра шприцни йиғиб, инъекция қилинади. Эбонит гардишли шприцларни қайнатиш мумкин эмас. Улар дистилланган сув билан тенг ярим миқдорда аралаштирилган 3 фоизли кислота эритмасида стерилланади.

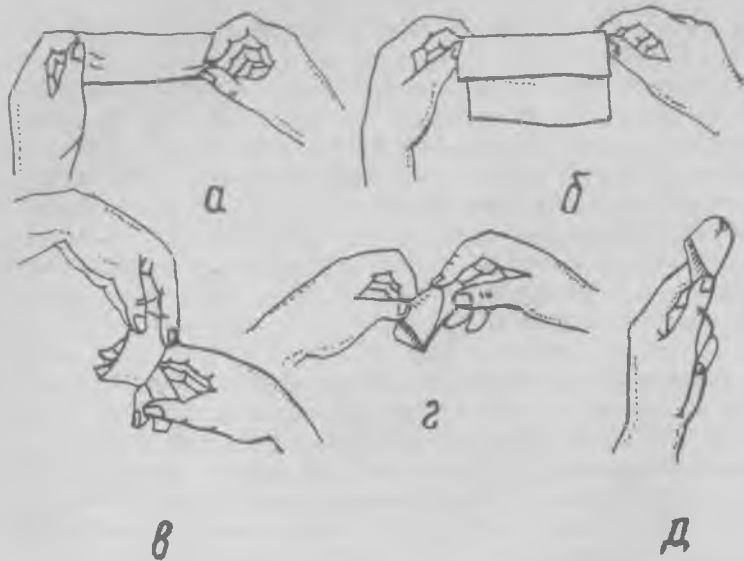
Кўпгина касалхоналарда шприц ва игналар қуруқ иссиқлик берадиган шкафларда марказлашган ҳолда стерилланади. Бунинг учун биттадан шприц ва игна жуфт-жуфт қилиб, икки томони елимланган махсус силикат қоғоздан тайёрланган қоғоз халтачага жойланади. Ишлатишдан олдин халтачани очиб, шприцни олмай туриб, поршень чиқарилади ва стериллигига зарар етказмай цилиндрга киритилади. Игналар билан ҳам шундай қилинади.

Фойдаланилгандан сўнг шприц умумий усул билан тозаланади, қуриштилади ва қуруқ ҳолда стериллаш хонасига топширилади. Бу ерда шприцда қон қолмаганлиги 1 томчи бензидин томишиш йули билан яна текшириб қурилади. Қуруқ шприцлар пакетларга солинади ва шундан кейингина стериллаш учун қуруқ иссиқлик берадиган шкафга қўйилади. Шундай стериллаш катга аҳамиятга эга. Биринчидан, шошилинич ҳолларда ҳамшиша стерил шприц керак бўлади, бундай ёпиштирилган пакетларда эса стериллик бир ой мобайнида сақланади. Иккинчидан, бундай стериллаш инфилтратлар, абсцесслар пайдо бўлишининг олдини олади, чунки ҳар бир инъекцияда алоҳида шприц ва игналар ишлатилади.

3-бўлим

БОҒЛОВ МАТЕРИАЛЛАРИНИ ТАЙЁРЛАШ ВА СТЕРИЛЛАШ

Боғлов материалларини тайёрлаш. Боғлов материаллари асосан дока ва пахтадан тайёрланади. Операция, боғлаш, жароҳатни қуриштириш, қон кетишини тўхтатиш, там-



5-расм. Дока шарчаларни тайёрлаш усули. Тушунтириш саҳифада берилган.

понада қилиш, жароҳатни инфекция юқишидан сақлаш, боғламлар қўйиш ва шунга ўхшашларда улардан фойдаланилади. Ҳозирги пайтда лигнин, бир қанча синтетик матолар: лавсан, паролон ғоваги ва бошқалар ҳам қўллана бошланди. Боғлов воситаларига, айниқса боғлам қўйиш ва операцияда эҳтиёж жуда катта, шунинг учун уни тежаб сарфлаш керак. Боғлов воситаларини олдиндан тайёрлаб қўйиш зарур, бу тез ёрдам кўрсатиш ва шошилиш операцияларда иш беради.

Дока шарчалар — жароҳатни қуриштириш, қонни сўриб олиш, босиш учун қўлланади ва ҳар хил: кичкина, уртача ва катта бўлади. Кичкина шарчалар 6x7 см, уртачалари 8 x 9, катталари 11x12 ва 17x17 см ўлчамли дока бўлакчаларидан тайёрланади. Кесиб олинган докалар 5-расмда кўрсатилганидек тахланади. Ташқи четлари ичига қайрилади, учбурчак қилиб ўралиб, бир бурчаги бошқа бурчагига қайириб киритилади. Дока бўлаги юмалоқланган «луппигина» шарчага айланади. Бир операцияга бундай шарчалардан ўрта ҳисоб билан 70—100 дона сарф бўлади. Улардан фойдаланиш қулай бўлиши ва қанча ишлати-

лишини билиш учун шарчалар 50—100 донадан қилиб, дока халтачаларга солиб қўйилади.

Салфеткалар — 4—5 қаватланган дока булаклари бўлиб, артиш, босиш, бирор аъзони ушлаб туриш, жароҳатга чиқиб қолган ички аъзоларни зарарланишдан асраш, операцияда узилиш рўй берганда жароҳатни бе-китиш ва шу каби ҳолларда қўлланади. Салфеткалар уч ўлчамда: кичик (10x15 см ли), ўртача (40x30 см ли) ва катта (70x50 см ли) қилиб тайёрланади. Қирқилган доканинг учларини ичига қайириб, узунасига иккига, сўнгра энига букланади ва энсизроқ дока билан 10 донадан қилиб боғланади.

Тампонлар — жароҳат ва бўшлиқларни қуритиш, томирларни босиш, қон кетишини тўхтатиш, қон ва йирингни олиб ташлаш ва тампонада қилиш (ва шунга ўхшашлар) да ишлатилади. Доканинг гигроскопик ва капиллярлиги туфайли жароҳатлардаги нарсаларнинг докага сўрилиши рўй беради, аммо 8 соатдан сўнг, яъни тампон йиринг ёки қон билан шимилиб бўлгач сўрилиш тўхтайдиган ва уни алмаштириш керак бўлади, акс ҳолда суюқлик оқиб чиқишини тўсиб қўяди. Тампон уч-учига келтириб узунасига ярмидан букилган 5 м ли дока булакларидан тайёрланади, сўнгра уч букланган докани ҳар хил ўлчамли қилиб энига кесилади. Тампон четларини ичига қайириб стол қиррасида текисланади. Энг ингичка тампон *турунда дейилади*. Улар эни 3—4 см, узунлиги 1,5—2 м ли дока қирқимларидан четларини қайириб тайёрланади. Сўнгра дока узунасига икки букланади, силлиқланади ва коптокча қилиб ўралади, кейин зарур узунликда кесиб олинади.

Микулич тампони катта бўшлиқларни тампонада қилиш учун (тўлдириш учун) ишлатилади. Микулич тавсия этган усул билан тампон тайёрлаш учун марказий қисмга йўғон ва узун ипак лигатура (ип) боғланган, таги бўшлиқнинг тубига етган, кисет халта кўринишида жойланган 2—3 қаватдан иборат дока парчаси бўшлиққа киритилади. Кисетнинг иплари бўшатилиб халта очилади ва унинг ичи тампон билан тўлдирилади. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, халтачанинг ичига киритилган тампонларни шу халтачани алмаштирмасдан туриб ҳам олиб ташлаш, янгилаш мумкин. Халтачани лигатурасидан тортиб олиб ташланади.

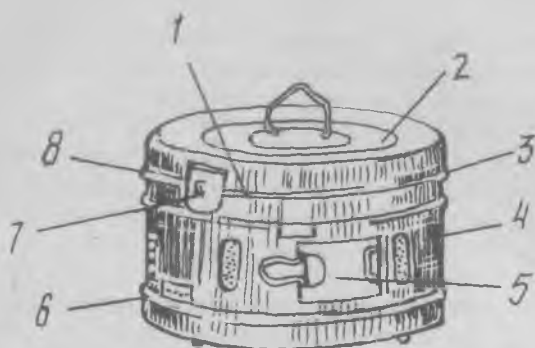
Бинтлар — боғламни маҳкамлашда (фиксациялашда) ишлатилади ва одатда улар тайёр ҳолда берилади, лекин баъзан ҳамширалар бинт уровчи машиналардан фойдаланиб, ўзлари бинт тайёрлайдилар. Олдинига бинтларнинг бутун бир катта бўлаги уралади, сўнгра уни пичоқ билан ҳар хил узунликда қирқиб, алоҳида-алоҳида бинтлар тайёрланади. Ишлатиш жойига қараб турли улчамдаги: бармоқлар учун 2—3 см, билак ва елка учун 6—8 см, сон ва болдир учун 10—12 см, тана учун 15 см, бош учун 6—8 см ли бинтлар қўлланади.

Ниқоблар — жароҳатларни, ҳаво муҳитини, буюмларни томчи инфекциясидан сақлаш учун қўлланади, шунинг учун улар бурун, оғиз ва иякни ёпиб туриши лозим. Ниқоб бурчакларида энса ва бошга боғлайдиган етарли узунликдаги (30—40 см) боғичлар бўлади. Ниқоб 4—6 қаватли 16×20 см улчамдаги докадан тайёрланади; устидаги боғичлар қулоқ устидан ўтказилиб пастга, пасткилари эса юқорига боғланади. Сочлар қалпоқ ёки дуррача тагига яхшилаб киритилади. Ниқоблар ишлатиб бўлингач, ювилади, кейин қайнатилади, қуритилиб дазмолланади ва сўнгра стерилланади.

Пахта — махсус тайёрланади ва икки хил бўлади — оқ гигроскопик ва оддий кулранг. Гигроскопик пахта юқори гигроскопикликка эга ва жуда тез қурийди, шунинг учун у жароҳликда жуда кенг қўлланади. Пахтадан дока-пахта боғламлар, пахта шарчалар қилинади. Дока-пахта боғламлар қилиш учун 2—3 қаватли салфетка олиниб, унга пахтани юпқа қилиб тушалади ва дока қавати билан ёпилади. Пахта шарчалар 10×10 см ли пахта парчаларидир; улар билан ҳар хил эритмалар терига суртилади. Кулранг пахта боғлами иситиш, компресслар ва шиналар қўйишда таглик сифатида ишлатилади.

Сургич — узунлиги 10 ва 15 см ли ёғоч таёқчалар. Сургичнинг бир учига маҳкам қилиб пахта уралади. Сургичлар жароҳат атрофидаги тери четларига дори суртиш, операция майдонини юкумсизлантириш, қўлдан, асбоблардан ва бошқалардан ювинди олишга мулжалланган.

Лигнин — эни 60—80 см, узунлиги 1,5—2 м ли жуда юпқа варақчалар кўринишидаги қаватма-қават жойлаштирилган ёғоч. Гигроскопик хусусиятга эга, намни осон сўради (шимиб олади), аммо осонгина йиртилади, шунинг учун лигнин кўпинча пахта билан биргаликда боғ-



6-расм. Стериллаш қутиси (бикс, стериллаш барабани).

1—корпуси, 2— қопқоғи; 3 — шарнир қисми, 4 — белбоғи; 5 — тортиш илгаги; 6 — металл узакчаси; 7 — кулоқчаси; 8 — қистирмаси.

лам қилиниб, йиринг жуда ҳам кўп ажралганда қўлланади.

Халатлар, ниқоблар, чойшаблар ва яра боғлайдиган ҳамма воситалар албатта стерилланади. Бунинг учун ҳамма воситалар махсус металл барабанларга—биксларга жойланади (6-расм). Бикслар қопқоғи зич беркитиладиган турли ўлчамдаги, юмалоқ металл қути идишлардир. Бикснинг ён томонида биксга буғ киришига имкон берадиган тешиклар бўлади. Бу тешиклар сурилувчан бандаж билан беркитилган бўлиши керак. Стериллаш пайтида бикс тешиклари албатта очиб қўйилади, стериллашдан кейин эса бандаж билан беркитилади. Стерилланадиган воситалар биксларга маълум тартибда қўйилади.

Биксга жойлашнинг уч усули мавжуд:

1. Кичикроқ операция хоналарида универсал жойлаш (укладка) усулидан фойдаланилади. Биксга операция учун зарур бўлган воситаларнинг ҳамма турлари қаватма-қават, ҳар бир қаватда эса секторлар билан жойланади. Биринчи қаватга қўл салфеткалари, халат, маска, пахта бўлаги, иккинчи қаватга чойшаб ва сочиқлар, учинчисига салфеткалар, тампонлар, шарчалар ва шу кабилар жойланади.

2. Операцияларнинг муайян тури учун мақсадга мувофиқ жойлаш усули қўлланилиши мумкин (биксга, масалан, меъда резекцияси учун зарур материалларнинг ҳаммаси жойланади).

3. Катта операция хоналарида кўпинча маълум турдаги жойлаш усулидан фойдаланилади (ҳар бир биксга материалнинг маълум тури: халатлар, чойшаблар, тампонлар ва шу кабилар жойланади).

Бикс ичига буғ бемалол утиши учун ҳамма буюмлар говак қилиб жойланади. Бикс қопқоғининг дастасига стериллаш вақти ва стериллашни ўтказган шахснинг исми-шарифи ёзилган қоғоз ёпиштирилади.

СТЕРИЛЛИКНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ

Ишончли стериллаш учун мўлжалланган аппаратлар бекам-куст соз бўлиши ва тўғри ишлатилиши зарур. Аппаратлар ишида озгина техник носозлик бўлса ёки стериллаш қоидаси салгина бузилса, воситалар стерилланмаслиги, бу эса операциядан кейин жуда ҳам оғир асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Шунинг учун стериллик устидан физик, бактериологик ва кимёвий усуллар билан амалга ошириладиган доимий назорат зарур.

Кундалик амалий ишда кристалл моддаларнинг эриши ва уларнинг қуюқ ҳузиловчан масса ёки қатлам-қатлам массага айланиш хусусиятига асосланган физик усулга кўпроқ амал қилинади. Амалда эриш нуқтаси ҳар хил моддалар: бензой кислота (120°C), резорцин (119°C) ва бошқалар қўлланади. Текширув синамаси учун 2—3 та пробирка олиб, ҳар бирига (қай бирдан бўлса ҳам) 0,5 г кукун солинади. Пробирка пахта тиқин билан ёпилади. Керакли моддалар билан тўлдирилган махсус ампулалардан фойдаланса ҳам бўлади. Тайёрланган пробиркалар материал қаватлари орасига, биттаси эса юза қисмига қўйилади. Бикснинг қопқоғи ёпилади ва стерилланади. Агар автоклавдаги ҳарорат кўрсатилган эриш нуқтасига етган бўлса, кукун эриб массага айланади ёки қават-қават бўлиб эриб қолади, бу эса восита ва оқликлар стерилланганини кўрсатади. Олтингугуртдан фойдаланиш тавсия этилмайди, чунки у эриётганда буғ ҳосил бўлади, бу эса асбобларни, бикс ва автоклав деворларини оксидлаб қўйиши мумкин.

Бактериологик усул микроорганизмларни боғлов материаллари, оқликлардан олинган экмалардан ўстириб олишга ёки стерилликни назорат қилиш учун бактериологик тестни қўллашга асосланган. Бу мақсадда операция ҳамшира-

си лабораториядан тупроқ ёки спорали (патогенсиз) бактериялар аралашмаси солинган пробиркадаги биосинамани олиб, стерилланувчи воситанинг чуқурроқ жойига жойлайди. Стериллаш тамом бўлгач ҳамшира бу пробиркаларни текшириш учун бактериологик лабораторияга юборади. Стерилланувчи воситадан бир парча олиш ҳам мумкин (дока, пахта, чоклаш материаллари ва бошқалар) ва асептикани қатъий сақлаган ҳолда уни 2—3 та пробиркага солиб, оғзи маҳкам беркитилади ҳамда биксга жойланади. Стериллаш тамом бўлгач, пробиркалар лабораторияга юборилади. Экма натижаларининг жавоби фақат 2—3 кун ўтгандан кейин олинади, синаманинг узоқ давом этиши бу усулнинг камчилигидир. Кўрсатилган вақтдан кейин бактерия ўсганлиги белгисининг йўқлиги воситанинг стериллигини кўрсатади.

Бактериологик усул стерилликни назорат қилишда жуда ҳам ишончлидир, шунинг учун операция ҳамшираси мунтазам равишда, ҳар 10 кунда камида бир марта воситанинг стериллигини худди шу усулни қўллаб текшириши зарур. Олинган текшириш натижалари бўлим бошлиғи имзолаган махсус дафтарда қайд қилиниши лозим.

1980 йилги 42—2—2—77 ГОСТ бўйича назорат қилиш стерилланаётган воситанинг ичига қўйиладиган максимал термометрлар ёрдамида амалга оширилади. Ҳар бир биксга 2—3 та ҳарорат ўлчагич қўйилади. Бикслар стерилизаторга жойлаштирилади. Термометрлар 6—7 дақиқа давомида идишнинг деворига текизмасдан, қайнаётган сувга ботириб, текшириб кўрилади. Агар термометр 100°С ни кўрсатса (1°С дан кўп бўлмаган четланишлар билан), у туғри ҳисобланади.

Стерил бикслар кўпи билан 2 кун сақланади, шундан кейин уларни қайтадан автоклавга қўйиб стериллаш зарур. Стерил биксларни стерилланмаганларидан алоҳида қилиб махсус шкафга қўйилади ва бу шкаф фақат операция хонаси ҳамширалари ихтиёрида бўлади.

ЖАРРОҲЛИК ХОДИМЛАРИНИНГ ҚўЛЛАРИНИ ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ

Тиббиёт ҳамширалари, жарроҳлар, операция ва боғлов хоналари ҳамширалари каби ўз қўлларини доимо парвариш қилишлари керак. Микроорганизмлар қўл ёрилиши-

га, қадоқланишига, гадир-будур бўлиб қолишига, бўшлиқларда кўглаб (90 фоизгача) микроблар йиғилишига сабаб бўлади. Шунинг учун тирноқни калта қилиб олиш, қўлни тез-тез ювиб туриш, ифлос ишларни бажарганда эса қўлқоплардан фойдаланиш лозим.

Қўлни зарарсизлантиришда қуйидаги гигиеник қоидаларга амал қилиш керак: 1) тирноқларни калта қилиб олиш, тирноқ ости бўшлиғини тирноқ тозалагич билан тозалаш; 2) бармоқлар, кафт, тирсакни ювишда қўл шундай ҳолатда бўлсинки, сув аксига эмас, Балки кафтдан тирсакка томон оқсин; 3) тирноқ ости, тирноқ милклари, бармоқлараро бурмалар ва бармоқлар, кафт, билакнинг ён томон юзларини чўтка ёрдамида алоҳида яхшилаб ювиш; 4) ўнг ва чап қўлларнинг иккаласига тенг вақт бериб юкумсизлантириш; 5) дастлаб чап қўлдаги ҳар бир бармоқнинг кафт юзаси, сўнгра унинг орқа юзаси, бармоқлар ораси ва тирноқлар таги ювилади, ўнг қўл бармоқларини ҳам худди шу тартибда ювиш лозим. Шундан сўнг чап ва ўнг қўлларнинг кафт ва орқа юзалари, чап ва ўнг билакнинг пастки қисмлари, чап ва ўнг билак учдан бир қисмининг юқори ва ўрта чегарасигача тартиб билан



7-расм. Оқар сувда совунни ювиб кетказиш.

ювилади; 6) кафт билан билакка тегмаган ҳолда бармоқлардан тирсакка қараб оқиб турган сув билан совунлаб ювилади. Қўлни ювишда аниқ бир тартиб танланади ва вақт белгилаб олинади. Қўллар шу тартибда ювилмаса, зарарсизлантириш етарли даражада бўлмайди. (7-расм).

Ҳозирги пайтда операцияга тайёрланишда тиббиёт ходимлари кўпроқ Фюрбрингер ва Альфред усуллари билан қўлни зарарсизлантирадilar. Кундалик амалий жарроҳликда қуйидаги усуллардан ҳам кўп фойдаланилади.

СПАСОКУКОЦКИЙ — КОЧЕРГИН БЎЙИЧА ҚЎЛНИ ЗАРАРСИЗЛАНТИРИШ

Бу усул тўрт босқичдан иборат. Биринчи босқич — қўлни 0,5 фоизли новшадил спиртнинг илиқ эритмаси солинган тосларнинг биринчисида стерилланган салфеткалар билан 3—4 дақиқа ва сўнгра бошқасида ҳам 3—4 дақиқа давомида яхшилаб ювилади. Қўллар ювиш пайтида ҳамма вақт суюқликка тўлиқ ботирилган бўлиши керак; қўлнинг ҳар бир қисми бирин-кетин тартиб билан ювилади. Иккинчи босқич—қўл стерилланган сочиқ билан артилади. Учинчи босқич—қўллар 96 фоизли спиртта яхшилаб ҳўлланган салфетка билан 5 дақиқа давомида артиб зарарсизлантирилади. Тўртинчи босқич—бармоқ учлари, тирноқлар ва тери бурмалари, йоднинг 5 фоизли спиртли эритмаси билан артилади.

Ҳозирги пайтда жарроҳлар қўлини синтетик юувчи ва антисептик воситалар—детергентлар, дегмин, дегмицид, роккал, новосепт, оксидловчи системалар (С—4) ва бошқалар ёрдамида тозалаш усули кенг тарқалган. Улар кучли бактерицид ва юувчи хусусиятга эга бўлиб, қўлни таъсирлантирмайди ҳамда тежамлидир.

ЖАРРОҲЛИК ХАЛАТИНИ КИЙИШ ВА КИЙГИЗИШ

Операция ҳамшираси стерилланган халатни бошқалар ёрдамсиз кийиши зарур, чунки у биринчи бўлиб операцияга тайёрланади. Ҳамшира қўлини зарарсизлантиргач, қўлни артиш учун стерилланган сочиқ, халат, белбоғ ҳамда резина қўлқоплар жойланган биксни оёқ-тепки ёрдамида очади. Сочикни олиб, қўлини артиб қуритади ва санитарка узатган спиртта ҳўлланган салфетка билан уларга ишлов беради. Халат атрофдаги ашёларга, кийимларга тегиб кир бўлмаслиги учун халат ёқасидан оҳиста ушлаб туриб, ўнг қўл ва елкага эҳтиётлик билан ташланади. Тоза халат кийилгач ўнг қўл билан ёқанинг чап четидан худди юқорида айтилганидек ушланади, шунда ўнг қўл халат билан ёпилган бўлади, чап қўлга энги кийгизилади. Сўнгра ҳамшира йкки қўлини ҳам олдинга, ҳам юқорига кутаради, санитарка эса орқадан туриб, боғични ушлайди ва халатни тортиб боғлайди (8-расм). Қолган боғичларни ҳамши-



8-расм. Стерил халатни кийиш.

а-кичик тиббиёт ҳамшираси орқадан халат боғичларини боғлаяпти; б-кичик тиббиёт ҳамшираси халатга тегиб кетмасдан белбоғ учларидан эҳтиётлик билан тутиб боғлаб қуйяпти.

ранинг ўзи боғлайди. Сўнгра ҳамшира стерилланган белбоғни олиб ёзади, санитарка эса орқадан туриб, стерилланган халатга ва ҳамшира қўлларига теккизмасдан белбоғнинг икки учидан ушлайди ва боғлайди.

Ҳамшира стерилланган қўлқопларни ҳам ўзи кияди: қўлқоп четлари худди манжет каби қайтарилади, ўнг қўлнинг I ва II бармоқлари билан чап қўлқопнинг қайрилган четидан ушлаб, чап қўлга тортиб кийгизилади. Кейин чап қўл бармоқларини (қўлқоп ичида) ўнг қўлқопнинг кафт юзаси томонидан, қайтарилган жойи тагидан олинадилар ва ўнг қўлга тортиб кийгизилади. Бармоқлар ҳолатини ўзгартирмасдан туриб, қўлқопнинг қайтарилган четлари ҳам асл ҳолига келтирилади. Худди шу тариқа чап қўлқопнинг четлари ҳам аслига қайтарилади. Стерилланган қўлқопларни кийгандан кейин, бармоқларни уларнинг четлари тагига киритиш мумкин эмас. Энг охирида спиртга яхшилаб ҳўлланган катта шарча олиниб, қўлқоплар обдон артилади. Стерилланган қўлқоп кийилган қўлларни

пастга туширмай (агар қўллар пастга туширилса, уларнинг стериллиги бузилган ҳисобланади), тирсақдан ярим букилган ва олдинга ҳамда белдан юқорига кутарилган вазиятда тутиш керак.

Агар қандайдир бирон сабаб билан ҳамшира жарроҳни кутаётган бўлса, қўлга кийилган қўлқопни ҳаво инфекциясидан ҳимоялаш учун фурацилиннинг 1:5000 нисбатли эритмаси ёки 96 фоизли спиртга ҳўлланган салфетка билан ўраб туриши керак. Операция пайтида қўлқоп шикастланса, у тезликда ечилади ва асептикани бузмасдан алмаштирилади.

Жарроҳ операция хонасига кирган заҳотиёқ (қўллари ни юкумсизлантиргандан кейин), ҳамшира унинг қўлини қуритиб, спиртга яхшилаб ҳўлланган шарча беради. Стерилланган халат ва қўлқоплар кийган операция ҳамшираси жарроҳга стерилланган халатни ёзиб, ёқа томонининг юқорисидан шундай қилиб тутадикки, бунда унинг ён томонлари ўзининг қўлқоп кийган стерилланган қўллари ни яхшилаб пана қилсин. Жарроҳ қўл бармоқлари билан ҳамширанинг стерилланган халатига тегиб кетмасдан, халатни тўғрилаб ёзиб олгач, қўллари га унинг енгини кияди. Ҳамшира жарроҳнинг елкасига оша халатни ташлагач, у чекинади, бу пайтда кичик тиббий ходим орқа томондан келиб, тизимчаларни тутиб олади-да, халатни тортиб тўғрилайди ва ундаги тизимча, боғичларни боғлайди. Сўнгра жарроҳ ҳамшира узатган белбоғнинг калавасини ёзади, унинг учларини кичик тиббий ходим орқа томондан ушлайди ва жарроҳнинг қўлига ҳам, стерилланган халатига ҳам тегмасдан уларни боғлайди. Шундан сўнг ҳамшира жарроҳга стерилланган қўлқопларни кийдиради. Бунинг учун у иккала қўлқопнинг четларини ташқарига қайиради. Кейин I ва II бармоқлари билан чап қўлқопнинг кафт тарафини жарроҳга қаратган ҳолда унинг ичини тортиб очади. Жарроҳ унинг ичига чап қўлини киритади. Қўлқопни кийгач, жарроҳ кафтини юқорига кўтаради, ҳамшира эса бармоқларини қўлқопнинг қайирилган четларидан суғуриб олаётиб, уни тортиб чўзади ва четларини тўғрилайди. Унг қўлқоп билан ҳам худди шундай қилинади. Шундан кейин ҳамшира кийилган қўлқопларни зарарсизлан тириш учун жарроҳга спиртга яхшилаб ҳўлланган шарча узатади.

ТИББИЁТ ҲАМШИРАСИНИНГ ОПЕРАЦИЯ ВА ТУҒРУҚ ХОНАЛАРИДАГИ ИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Операция қатъий аниқ бир тартибда ўтказилади, биринчи навбатда, асептика жуда ҳам жиддий сақланиши зарур бўлган беморлар операция қилинади, масалан, чурра бўйича операция сурункали куричак билан қилинадиган операциядан олдин бажарилади. Иккита операция хонаси бор бўлган операция блокларида қуйидаги қоидага риоя қилиш керак: бирида асептик операциялар бажарилса, иккинчисида эса бутунлай асептик бўлмаган ва олдиндан аниқ бўлган йирингли жараёни бор беморлар операция қилинади. Агар операция хонасида шошилинч операциялар ҳам қилинса (купинча бундай операцияларни тулиқ асептик деб бўлмайди), улар учун асбобларнинг алоҳида тўплами ажратиб қўйиш керак. Барча жароҳлик асбоблари, стерилланган оқликлар ва боғлов воситаси етарли миқдорда кечаю-кундуз столда бўлиши зарур.

Иш одатда, қуйидаги тартибда бошланади: 1) операция ҳамшираси операциядан бир кун олдин сараланган асбоблар тўпламининг тулиқ-тулиқмаслигини, ҳар бир асбобнинг маҳкамловчи қисми ва пружинасининг ҳолатини, кесувчи асбобларнинг ҳолатини текширади ва шу заҳоти спиртга солади; 2) операция хонасининг кичик ходими бир қайнатгичда асбобларни, бошқасида эса чўткаларни стериллайди; 3) ҳамшира-анестезист наркоз столини тайёрлайди ва аппаратлар ишини текшириб кўради (наркоз бериш ва ўпкага сунъий нафас бериш аппарати ва бошқалар); 4) операция ҳамшираси операция учун зарур бўлган нарсаларни жой-жойига қўяди (стерилланган восита ва операция оқликлари солинган думалоқ қутилар, чоклаш материали, антисептик ва бошқа эритмалари бўлган банкалар).

Кесиби олинган тўқима бўлакчаларини солиб, уларни гистологик текширишга жўнатиш учун операция хонасида доимо тайёр консервантли (формалиннинг 5 фоизли эритмаси) банкалар ҳамда операция пайтида бирор аъзонинг ичидан олинган нарсани бактериологик текшириш зарурияти туғилса, уни юборишга қўшимча стерилланган приборлар ҳам бўлиши зарур.

СТЕРИЛ СТОЛНИ ТАЙЁРЛАШ

Операция хонасининг ҳамшираси (қабул қилинган усулларнинг бири билан) қўлларини ювиб, операция хонасига киради ва бу ерда стерил оқликлар солинган бикс-ни очиб, халатни олади, уни ёзиб кияди. Санитарка орқа томондан белбоғ ва боғичларини боғлаб қўяди. Қўлқопни ҳамширанинг ўзи кийиб олади ва талък юқларини кетказиш учун албатта 96° ли спирт билан артиб чиқади.

Асбоблар турадиган махсус столга стерил клеёнка, ус-тидан икки букланган стерил чойшаб ёзилади. Чойшаб-нинг пастки ярмига тикиш учун ишлатиладиган матери-ал, салфеткалар, тампонлар териб чиқилади, сўнгра чой-шабнинг устки чети қайтарилиб, бутун материал ва асбоблар устига ёпиб қўйилади.

Шошилинч операциялар хонасида катта стол устига чойшаб ёзиб, унга асбоблар терилади ва ёпиб қўйилади. Бу ердан бир операция учун кўчма столларга асбоблар, материаллар олиб турилади. Узоқ вақт ишлатилмасдан, очиқ ҳолда ётган асбоблар қайтадан стерилланади.

4-бўлим

БЕМОРЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШ

Бемор биринчи марта қабулхона бўлимида ходимлар билан учрашади ва ўзи учун касалхона тартиб-қоидалари билан танишади. Касаллик одамнинг нерв системасига таъсир қилади, шунинг учун ҳам одамнинг янги шароит-га ўрганиши қийин бўлади. Арзимаган нарсалар ҳам уни ранжитиши мумкин. Ходимлар бемор билан хушмуомала бўлишлари ва унга ғамхўрлик қилишлари керак. Бемор қабулхонага келганда уни яхши кутиб олиш, руҳини кўта-риш лозим. Беморга унинг исми-шарифини айтиб муро-жат қилиш керак.

Қабулхона бўлими озода ва шинам бўлиши зарур.

ҚАБУЛХОНА БЎЛИМИ ХОНАЛАРИНИ ЖИҲОЗЛАШ

Қабулхона бўлими шифохонанинг бир қисми, бемор-ларни қабул қилиш, рўйхатга олиш, кўздан кечириш ва санитария жиҳатидан текшириш учун хизмат қилади. Қа-

булхона бўлимида бирламчи ташхис қўйиш амалга оширилади, дастлабки тиббий ёрдам кўрсатилади.

Қабулхона бўлими касалхонанинг лойиҳаси ва қурилишига кўра жойлаштирилади. Марказлаштирилган ва марказлаштирилмаган қабулхона бўлимлари бўлади.

Марказлаштирилган қабулхона бўлими касалхонанинг бошқа бўлимлари билан битта бинода жойлашади. Марказлаштирилмаган қабулхона бўлими алоҳида жойлашиб, ҳар бир бўлимнинг мустақил қабулхона бўлими бўлади. Қабулхона касалхонага яқин ва беморларни олиб боришга қулай жойда бўлиши керак. Қабулхона бўлими беморлар кўздан кечириладиган кўриш, санитария тозалови ва рўйхатга олиш хоналаридан иборат. Қабулхона бўлимида юқумли касаллиги бор, деб шубҳа қилинган беморларни жойлаштириш учун алоҳида хона (изолятор), ташхис қўйиш палаталари, уларнинг алоҳида санузелли бўлади. Йирик касалхоналарнинг қабулхона бўлимида операция, травматология, муолажа ва рентген хоналари мавжуд.

— Қабулхона бўлимининг ҳамма хоналарига бевосита табиий ёруғлик тушадиган бўлиши керак. Бемор ечинибки йилиниш пайтида совқотиб қолмаслиги учун хона ҳарорати камида 25°C бўлгани маъқул.

Беморларга хизмат кўрсатиш сифати тиббиёт ходимлари меҳнатининг туғри ташкил қилинишига ва уларнинг хатти-ҳаракатига боғлиқ. Сўнги йилларда қабулхона бўлимидаги тиббий ходимларнинг фаолият мазмуни бирмунча ўзгарди. Хизмат кўрсатиш сифатига талаб ўсди, тиббиёт ёрдами кўлами ошди, аппаратлар билан жиҳозлаш яхшиланди. Шу туфайли ўрта тиббиёт ходимига, унинг умумий ва махсус тайёргарлигига қўйиладиган талаблар кўпайди. Қабулхона бўлимининг туғри ва аниқ ишлаши кўп жиҳатдан касалхона фаолиятини белгилайди.

Қабулхона бўлими беморларни бўлимга олиб бориш учун етарлича қулай созланган аравача, замбиллар, шунингдек беморлар учун йил фаслига мос келадиган устбош ва ўрин-кўрпа билан таъминланиши лозим.

Қабулхона бўлимининг иши қатъий тартиб билан олиб борилади: беморларни рўйхатга олиш, шифокор текшируви, санитария тозалови. Рўйхатга олингандан сўнг бемор ўтқир юқумли касалликларнинг ташқи белгиларини аниқлаш учун кўздан кечирилади, шундан кейин шифокор дастлабки ташхисни қўяди, санитария тозалови тури-

ни белгилайди ва тиббиёт ҳамшираси беморни санпроп-
пускнига олиб боради.

Тиббиёт ҳамширасининг қабулхона бўлимидаги иши

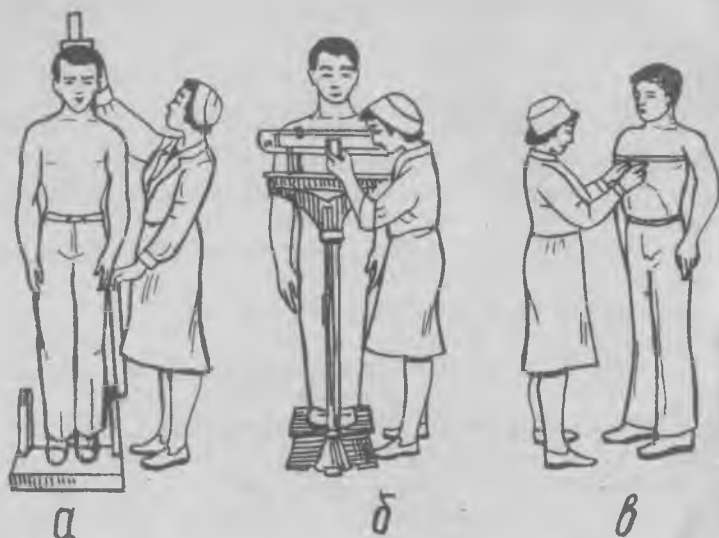
Ҳамширанинг вазифалари қуйидагилардан иборат:

- 1) касалхонага ётқизиладиган беморга ҳужжатларни тўлдириш;
- 2) беморда бит ва юқумли касалликлар бор-йўқлигини текшириш;
- 3) беморни шифокор хонасига кузатиш;
- 4) санитария тозаловини ўтказиш;
- 5) беморни бўлимга транспортировка қилиш ва олиб бориш.

Янги келган беморнинг ҳужжатларини расмийлаштириш касаллик тарихининг паспорт қисмини тўлдиришдан иборат, бунда беморнинг исми-шарифи, манзилгоҳи, ёши, касб-кори ва касалхонага келган вақти қайд қилинади. Агар бемор оғир ёки беҳуш ҳолатда келтирилган бўлса, бу маълумотлар уни олиб келган кишилардан олинади. Қабулхона бўлимига оғир аҳволда келтирилган беморни тезликда ихтисослашган даволаш бўлимига юбориб, у ерда малакали ёрдам кўрсатилади. Беморларнинг ҳужжатлари ва қимматли буюмлари қабул қилиб олинади ва қабулхона бўлимининг омборчиси ёки катта тиббий ҳамшира жавобгарлиги остида сақланади.

Касаллик тарихининг паспорт қисми тўлдирилгандан сўнг ҳамшира бит бор-йўқлигини аниқлаш учун беморнинг сочли қисмларини кўздан кечиради, юқумли касалликларни аниқлаш мақсадида бадан терисини қараб чиқади. Беморнинг аҳволи яхшироқ бўлса, тиббиёт ҳамшираси антропометрия ўтказди ва шундан кейингина уни кўздан кечиради. Дастлабки ташхис, санитария тозалови ҳамда транспортировка турини белгилаш учун бемор билан шифокор олдига боради.

Антропометрия — одамнинг жисмоний ривожланганлигини, танасини ва унинг қисмларини ўлчаш йўли билан аниқлашдир. Ҳамшира бўй ва кўкрак айланасини ўлчайди. Энг оддий антропометрик текширишларни ҳам тиббиёт ҳамширалари (стационарларда, поликлиникаларда, санаторийларда, дам олиш уйларида) ўтказадилар.



9-расм. Антропометрия.

а — буйни ўлчаш; б — тарозида тортиш; в — кукрак айланасини ўлчаш.

Буйни буй ўлчагич (ростометр) билан ўлчанади: асбобнинг вертикал тирговучи майдончада ўрнатилган ва сантиметр бўлинмалари бўлади, тирговуч буйлаб горизонтал жойлашган сургич сурилади. Буйни ўлчашда бемор тиргакка товони, думбалари, кураклари ва энсасини теккизиб, орқасини ўгириб туради. Боши шундай ҳолатда бўлиши керакки, ташқи эшитув йўлининг юқори чеккаси ва кўз бурчаклари битта горизонтал чизиқда турсин, сургични бошгача туширилади ва шкаладаги бўлинмалар сургичнинг пастки чеккаси бўйича саналади (9-расм, а). Айрим ҳолларда беморларнинг буйи утирган ҳолатда ўлчанади, бу ҳолда беморнинг буйига курсичадан полгача булган масофа қўшилади.

Тана вазни туғри ўрнатилган ва яхши мувозанатга келтирилган ўнлик тиббий тарозида наҳорга, ич кийимда, қовуқ ва яхшиси, ич бушатиладан кейин ўлчанади. Оғир ётган беморларни утирган ҳолатда вазнини ўлчаш мумкин. Бемор майдончанинг ўртасига калитнинг кутариб қўйилган ҳолатида эҳтиётлик билан чиқади. Бунда қаттик силкинишдан сақланиш лозим. Мувоzanат ҳолати юзага

делгандан сўнг калит пастга туширилади. Тана вазни паст-
ли ва юқориги кўрсаткичларда юклар тухтаган бўлинма-
ларнинг иккита сони йиғиндиси буйича аниқланади (9-
рasm, б).

Кўкрак қафаси айланасини сантиметрли лента билан
уни олдинги томондан IV қовурға буйича, орқадан эса
кўракларнинг бурчаклари остидан ўлчанади. Беморнинг
қўллари пастга туширилган бўлиши, у тинч нафас олиши
позим. Ўлчаш нафас чиқариш вақтида, шунингдек макси-
мал нафас олиш чўққисида бажарилади (9-рasm, в).

Ўпканинг ҳаётий сизими спирометр асбобида ўлчанади.
Унинг учун бемор чуқур нафас олиб, спирометр асбоби-
га пуфлайди. Эркакларда нормада ўпканинг ҳаётий сизи-
ми аёлларникига қараганда катта бўлади.

Мускул кучи динамометр асбобида қўл ва оёқларда ало-
ҳида ўлчанади.

Антропометрик ўлчашлардан кейин, ҳамшира шифо-
дор беморни кўздан кечираётганда иштирок этади, ЭКГ
олиш ва ташхисни аниқлаш учун бошқа шошилиш тек-
ширишлар ўтказишда ёрдамлашади, санитария тозалови
ўтказиш учун беморни санитария-тозалов хонасига олиб
боради.

Беморнинг санитария тозалови

Қабулхона бўлимида беморларни санитария-гигиена
жиҳатидан ювинтириш (касалликнинг оғир-енгиллигига
ва мазкур бўлимдаги тизимга кўра) ўтказилади. Кичикроқ
қабулхоналарда санитария тозаловининг бир йўналишли
тизими мавжуд: бунда аёллар, сўнгра эркаклар навбат би-
дан чўмиладилар. Икки йўналишли тизимда эркак бемор-
лар ҳам, аёл беморлар ҳам бир вақтнинг ўзида санитария
тозаловидан ўтади, бу уларнинг қабулхонада буладиган
муддатини қисқартиради.

Қабулхона бўлимининг санитария тозалов хонасида бе-
мор ечинтирилади ва гигиеник ванна қабул қилишга тай-
ёрланади. Бу жойда кушетка, тоза оқ чойшаблар учун шкаф-
ча ва кирлар учун идиш, соч-соқол олиш учун зарур бу-
юмлар, совун, мочалкалар турадиган стол бўлади. Столга
«тоза мочалкалар» ва «ишлатилган мочалкалар» деб ёзил-
ган иккита идиш қўйилади. Ҳар бир бемор ювинганидан
сўнг мочалкалар кастрюлкага солинади ва қайнатилади.

Ваннани санитария тозаловидан ўтказиш учун махсус мочалка ва чўткалар бўлиб, ҳар бир бемордан кейин ваннани улар билан ювилади. Деворда ҳаво ҳароратини кўрсатадиган термометр осиклик туради.

Кўриш хонасида бемор ечинтирилади ва унинг нарсалари учун икки нусха рўйхат тузилади: рўйхатнинг бир нусхасини касаллик тарихига тиркаб, иккинчиси нарсаларига қўшиб қўйилади ҳамда бемор касалхонадан чиққунига қадар сақлаш хонасига топширилади.

Ҳамшира бошнинг сочли қисмларини кўздан кечириди, борди-ю сирка ёки бит топса, беморни ечинтирмасдан кушеткага ўтказди, мавжуд қуйидаги эритмаларнинг бирини суртади: 1) 0,15 фоизли сув-эмульсияли карбофос эритмаси; 2) 5 фоизли метилацетофос мази; 3) 0,5 фоизли метилацетофос эритмаси шунча миқдордаги сирка кислота; 5) 0,25 фоизли сув-эмульсион дикрезил эритмаси; 6) 10 фоизли сув-совун-керосинли эмульсия (керосиндан 40 улуш, К совуни ёки хўжалик совунидан 35 улуш, иссиқ сувдан 25 улуш солинади). Сочлар шу эритмаларнинг бири билан ҳўлланади ва 15—20 дақиқага дуррача ўратиб қўйилади. Сўнгра бошни илиқ сувда яхшилаб ювиб ва 6 фоизли сирка эритмаси билан чайилади. Сочлар қиртишлаб тоза олинганда, уларни клеёнка ёки қоғозга йиғиб, қуйдирилади. Агар сочлар олдирилмаса, уларни майда тишли тароқ билан таралади. Сиркаларни йўқотиш учун сочларни 27—30°C гача илитилган ичимлик сиркаси билан пахта тампон ёрдамида ҳўлланади, бошга 15—20 дақиқага дуррача боғлаб қўйилади, сўнгра сочларни майда тишли тароқ билан яхшилаб таралади ва яна ювилади.

Ич кийимларда битлар бўлганда уларни зарарсизлантирадиган эритма (4 фоизли ДДТ эмульсияси, гексахлоран, 0,5 фоизли карбофос, 1 фоизли ацетофос ёки метафоснинг сувли эритмаси) га ҳўлланган клеёнка қопчага солинади ва касалхонада жойлашган дезинфекцион бўлимга жўнатилади. Педикулёзли беморнинг касаллик тарихи титул варағига «Р» ҳарфи ёзиб қўйилади. Бундай бемор махсус кузатув остида бўлади ва педикулез узил-кесил йўқолгунча тозалаш давом эттирилади. Унинг тўғрисида унинг турар жойи бўйича СЭС га хабар берилади.

Тиббиёт ҳамшираси беморни кўздан кечириш хонасидан ваннахонага олиб келади, бу хона кенг ёруғ, озода ва

илиқ (25°C) ҳамда махсус вентиляцияли бўлиши керак. Гигиеник ванна қабул қилиш пайтида дарчаларни очиш ва елвизак қилиш мумкин эмас. Ваннахона полига сув утказмайдиган кафель қопланган бўлиши лозим.

Бемор киришидан олдин ваннани совун ёки бирорта зарарсизлантирувчи эритма воситасида мочалка ёки чўтка билан тозалаб ювилади. Кран тагида қорамтир доғлар бўлса, уларни 3 фоизли водород пероксид, хлорид кислота эритмаси билан артиш керак. Ваннани иссиқ сув билан чайилади ва тешиги тиқин билан беркитиб қўйилади. Суви совиб қолмаслиги учун ваннани, унга тушиш олдиан тўлдирилади. Сув ҳарорати махсус термометр билан сув ичидан ўлчанади. Бемор орқаси ва энсаси билан ваннанинг бош томонидаги деворига суяниб туриши ва сув кўкракнинг учдан бир юқори қисмигача етиши лозим. Гавда сирпаниб кетмаслиги учун ваннанинг оёқ томонига курсича ёки тиргак қўйилиб, бемор оёқлари билан шунга тиралиб туради. Беморнинг аввал бошини, сўнгра танаси ва оёқларини мочалка билан ювиш лозим. Танаси кўп терлайдиган жойларига аҳамият бериш керак, чунки бу жойлар (чов соҳаси, оралиқ, аёлларда — кўкрак безлари ости, кўлтиқ каби) кўп терлаш сабабли бичилиб кетиши мумкин.

Ванна қабул қилиш муддати сув ҳароратига ва беморнинг умумий аҳволига боғлиқ. Сув ҳарорати 35—36°C бўлган чучук сувли гигиеник илиқ ваннанинг ўртача давомлиги 20—30 дақиқа. Ваннани тайёрлаш ва унинг тозалигини текшириш кичик ҳамширанинг ишидир. Тиббиёт ҳамшираси беморни чумилтириш вақтида иштирок этиши, тери қопламалари ва пульсини кузатиб туриши керак. Агар беморнинг ранги оқариб, боши оғриётганидан ва ўзини ёмон ҳис қилаётганидан шикоят қилса, ҳамшира шифокорни чақиради. Беморнинг ваннадан чиқишига ёрдам берилади, бадани артилади, кушеткага ётқизиблиб, новшадил спирти ҳидлатилади ёки бошига совуқ нарса қўйилади.

Беморнинг соғлигига гигиеник ванна тўғри келмайдиган бўлса, унга душ тайинланади. Бунинг учун бемор ваннага қўйилади, курсичага ўтиради. Уни ваннадаги каби чумилтирилади. Ҳар бир бемордан сўнг ванна мочалка ва совун билан обдон ювилади, сўнгра зарарсизлантирувчи эритмаларнинг бири билан (0,5 фоиз тинитилган хлорли оҳак ёки фоизли хлорамин эритмаси) чайилади.

Аҳволи ўртача оғирликдаги беморларнинг баданини ҳамшира зарарсизлантирувчи эритмалардан (камфора спирти, атир, ароқ) бирига ҳўлланган сочиқ билан артади, бунда чов, қўлтиқ ва аёлларда кўкрак безлари остидаги тери бурмаларига алоҳида эътибор берилади.

Ваннахона ва кўриш хоналари ниҳоятда озода ва саранжом бўлиши шарт. Кушеткадаги клеёнкаларни ҳар бир бемордан кейин 2 фоизли хлорамин эритмаси ёки 5 фоизли хлорли оҳак эритмасига ҳўлланган латта билан артиш, иш тугагандан кейин эса уларни иссиқ сув ва совунда ювиш зарур. Кушеткалардаги чойшаблар ҳар бир бемордан кейин алмаштирилади. Ваннахона кўнига бир неча марта нам усулда артиб йиғиштирилади. Хоналарни йиғиштиришда ишлатиладиган анжомларга (челаклар, тоғоралар, латталар) тамга босилган бўлиши, улар махсус хонада сақланиши лозим. Йиғиштириш учун ишлатилган анжомлар ҳар гал фойдаланишдан сўнг яхшилаб ювилади ва қурилади. Унитазларни ювиш учун 0,5 фоизли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси ишлатилади.

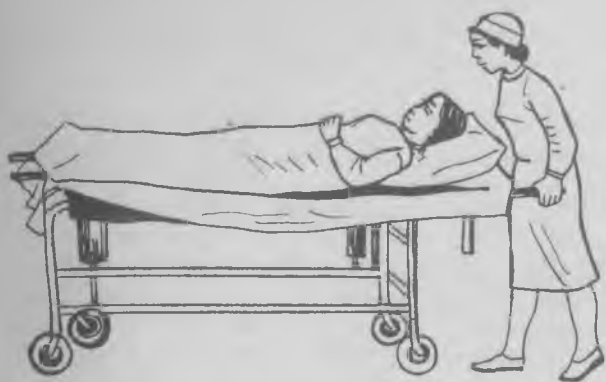
Касалхоналарнинг қабулхона бўлимларида профилактикадан қатъи назар, беморларни санитария тозаловидан ўтказиш учун қўидаги воситалар бўлиши ва уларни махсус ажратилган шкаф ва қўида сақлаш керак.

1. Дезинфекция қиладиган воситалар: лизол, совун, ош сирка, совун-керосинли эмульсия, пиретрум, 5 фоизли гесахлоран эритмаси, карбофос, хлорамин.

2. Соч олиш машинкаси, сочни йиғиш учун қопқоғи зич ёпиладиган челак, зарарсизлантирувчи эритмалар тайёрлаш челаклари, тоза ва ишлатилган мочалкалар учун иккита кастрюл, кийимларни солишга ажратилган қоплар, бемор сочини олдираётганда тутиладиган юпқа клеёнка, даражаланган мензурка, спиртовка, пахта, дуррачалар, тароқлар ва мочалкалар.

Беморнинг қабулхона бўлимида ўтказиладиган вақтни иложи борица камайтириш лозим.

Юқумли касалликка шубҳа қилинган беморларда ташхисни жуда тез аниқлаш ва эпидемияга қарши даво чораларини кўриш учун бактериологик синамалар олиш зарур. Санитария тозаловидан сўнг беморни касалига қараб касалхона бўлимига йўланади. Беморнинг аҳволи жуда оғир бўлганда (шок, миокард инфаркти ва бошқалар) уни са-



а



б

10-расм. а, б. Беморни транспортировка қилиш.

нитария тозаловидан ўтказмасдан, шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадида интенсив кузатув бўлимига юборилади.

Беморларни транспортировка қилиш, жойлаштириш

Қабулхона бўлиmidан бемор палатага олиб келинади. Палата ҳамшираси уни кутиб олиб, санитария тозаловининг сифатини текширади, бемор ва унинг касаллик тарихи билан танишади, унга бўлимдаги тартиб, ошхона, ҳожатхона ва бошқа хоналарнинг қаерда жойлашганлигини тушунтиради. Сўнгра ҳамшира палата шифокори ёки навбатчи шифокорга янги келган бемор тўғрисида хабар қилади ва унинг касаллик тарихини кўради. Шифокор беморнинг аҳволига қараб, уни текшириб кўради. Агар қабулхона бўлимига оғир бемор келтирилган бўлса, бу ҳақда бемор ётқизиладиган бўлимга олдиндан хабар қили-

нади ва бундай ҳолларда уни ҳамшира билан шифокор кутиб олади. Ўзи юролмайдиган беморлар бўлимга махсус аравада ёки замбилда олиб келинади (10-расм).

Қабулхона бўлимида беморларни бўлимларга транспортировка қилиш учун етарли миқдорда қулай аравача ва замбиллар, беморлар учун йил фаслига ва об-ҳавога мос кийим-бошлар бўлиши керак.

Дармонсиз беморларни замбилда оҳиста кўтариб, каравот ёки кушеткага ва аксинча булардан замбилга ётқизишни билиш керак. Беморни битта санитар ўнг қўл билан сонлари остидан, чап қўлини эса кураклари сатҳида кўкрагидан ўтказиб кўтариши мумкин (11-расм). Беморни аксари икки тиббий ходим кўтаради. Улардан бири ўнг қўли билан бемор боши, бўйни ва



11-расм. Беморни битта санитар кўтариши.



12-расм. Беморни иккита санитар кутариши.

кўкрагининг юқори қисмидан кўтариб туради, чап қўлини эса кўкрагининг пастки қисми остидан утказади, иккинчи ходим қўлларини беморнинг бели ва сонлари тагидан утказади (12-расм). Бемор жуда ҳолдан кетган ёки вазни оғир бўлса, бунда уни уч киши кўтаради, айти вақтда гавда оғирлиги учала ходимга иложи борича баравар тақсимланиши керак. Биринчи санитар беморнинг боши, бўйни ва кўкрагининг юқори қисмидан ушлайди, иккинчи қўлни бели ва сонларининг юқори қисмидан утказади, учинчиси эса сон ва болдирларидан тутиб туради. Монелик қиладиган ҳоллар бўлмаганда, бемор қўлини биринчи санитарнинг бўйнидан утказиб, кўтараётганларнинг ишини енгиллаштириши мумкин.

Беморни кўтариш қулай бўлиши учун замбилни каравотга нисбатан тўғри бурчак остида, параллел, кетма-кет, каравотга тақаб қўйиш мумкин. Замбилни каравотга зич қилиб қўйиб, беморни олиб ётқизиш ундан маълум даражада куч сарфлашни талаб этади ва шунинг учун ҳамма вақт бунга рухсат этилмайди.

5-бўлим

БЕМОРЛАРНИНГ ШАХСИЙ ГИГИЕНАСИ ВА УРИНДАГИ ҲОЛАТИ

БЕМОРЛАРНИНГ ФАОЛЛИК РЕЖИМИ

Беморлар касалхона шароитида касалликларнинг тури, хили ва оғир-енгиллигига қараб даволовчи шифокор томонидан буюрилган тўрт хил фаоллик режимида бўлишади.

1. Фаол — беморнинг ҳаракатлари чегараланмаган.

2. Ярим ётиш — бемор фақат хона ичидагина шифокор рухсат берган ҳаракатларни бажариши мумкин.

3. Ётиш — бемор маълум сабабларга кўра фақат ўринда ётади.

4. Қатъий ётиш — ҳар қандай ҳаракат ётган ҳолатда ҳам чегараланади.

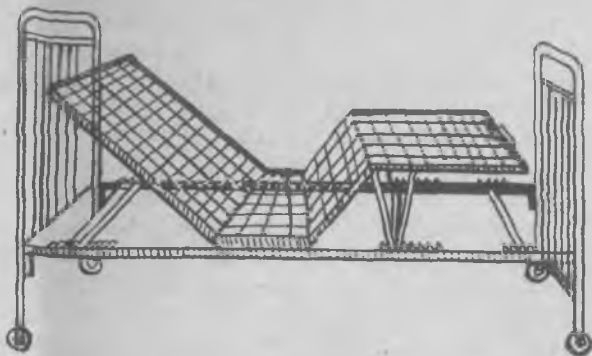
Ушбу режимларни тайинлаш ва бемор қилиш муддатларини касалликнинг кечишига қараб шифокор белгилайди. Уларга риоя этишни эса ҳамшира кузатиб боради.

Беморнинг ўриндаги ҳолати

Агар бемор ўз касаллиги ва даражасига қараганда ўриндан туриши, утириши, юриши мумкин бўлса, унинг ўриндаги бу ҳолати фаол ҳисобланади. Бемор ўзи ҳаракатланмайдиган, боши ёки қўлини кўтара олмайдиган, қандай вазиятга солинса шу ҳолда ётаверадиган бўлса, беморнинг бундай ҳолати суст дейилади.

Бемор ўз изтиробларини энгиллатишга уришиб, ўринда бирор хил вазият олса, бунга **мажбурий ҳолат** дейилади.

Чунончи, нафаси қисадиган беморлар қўллари билан каравотнинг четига тиралиб, оёқларини осилтириб мажбурий вазиятда ўтирадилар; қорин пардаси яллиғланган, ўткир кўричак билан оғриган, меъда яраси тешилган касал мажбуран чалқанча ҳолатда ётади; меъда яраси бор киши қорнини босиб ётишга мажбур бўлади; юрак халтасида экссудатив яллиғланиши бўлган хасталар тиззасига тиралиб ўтиради (чаноқ-сон бўғимларини максимал бук-



13-расм. Функционал каравот.

канлиги сабабли, олдинга жуда энгашган мажбурий ҳолатни эгаллайди).

Мажбурий ҳолат ҳамма ҳолларда ҳам беморнинг аҳволини энгиллаштириб, соғайишига имкон беравермайди. Масалан, улкасида йиринг бўлган бемор ёнбоши билан ётишга уринади, чунки бунда йутал ва балғам ажралиши камаяди, ваҳоланки улкадаги бушлиқнинг битиб кетиши учун ўпка бушлиқда тупланиб бораётган йирингдан иложи борича холи бўлиши зарур. Демак, бунда мажбурий ҳолатга қарама-қарши бўлган ҳолат фойдали булиб чиқади.

Уринда фаол ҳолатда бўлиш ҳамisha ҳам касалликнинг энгил ўтаётганини билдирмайди. Масалан, хавфли ўсмалари бўлган беморлар деярли умрининг охиригача фаол ҳолатни сақлаб қоладилар, ваҳоланки салгина ҳушдан кетиш касалнинг вақтинча суст ҳолатни эгаллашига сабаб бўлиши мумкин.

Оғир беморлар функционал деб аталадиган каравотларга ётқизилади (13-расм).

Бемор ўрнини тайёрлаш

Ҳар қандай ҳолда ҳам, стационар бемор куп вақтини уринда ўтказади. Шунинг учун унинг ётадиган ўрни қулай, тушаги етарли даражада қалин, юзаси текис ва таранг, гадир-будурсиз ва чуқурчаларсиз бўлиши керак. Ёстиқ-

лар юмшоқ, адёллар ҳам мавсумга яраша пахмоқ ёки жунли ва майин бўлгани афзал. Чойшаб, адёл, ёстиқ жилди тоза, оппоқ бўлиши ҳамда ҳар ҳафтада алмаштирилиши керак.

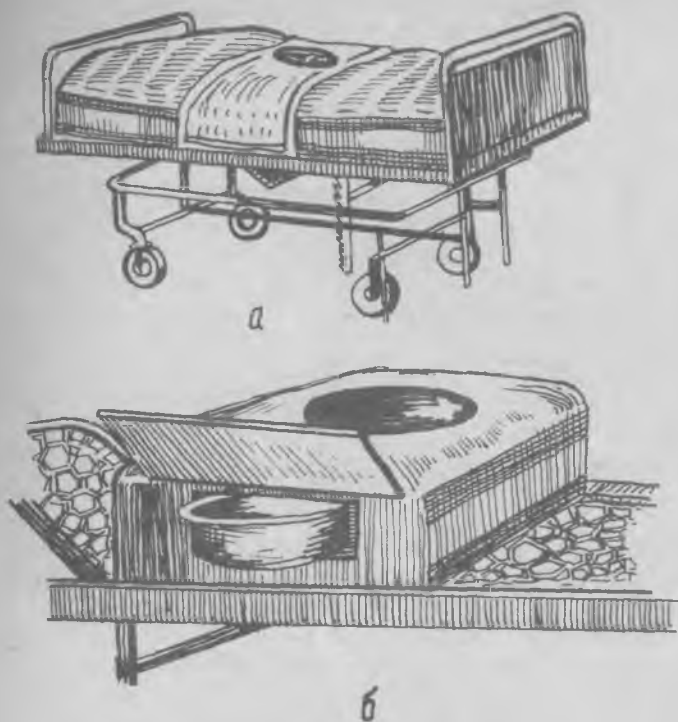
Оғир ётган беморлар чойшаби ямоқсиз ва чоксиз, ёстиқ жилдлари эса боғич ва тугмаларсиз бўлгани маъқул. Беморга чойшаб ва жилдлар билан бирга сочиқ ҳам берилади. Сийдигини тута олмайдиган ва беихтиёр бўлганиб қоладиган беморлар ўрнига махсус мосламалар қўйилиши керак. Кўпинча тагига қўйиладиган резина суднодан фойдаланилади, тўшак ва ёстиқ эса клеёнка билан қопланади. Бундан ташқари, бундай беморлар учун уч қисмдан ташкил топган махсус тўшаклар солинади: унинг ўрта қисмида судно учун мослама бўлади (14-расм). Бундай беморларнинг чойшаб ва адёл жилдлари ифлосланиши билан алмаштирилади.

Касал аёлнинг жинсий аъзоларидан кўп миқдорда ажралмалар келаётган бўлса, бу ҳолда ўрин-кўрпани озода сақлаш учун тагига клеёнка, устидан эса кичкина чойшабча солинади. Чойшабчани кунига камида икки марта, зарур бўлганда эса бундан ҳам кўпроқ алмаштирилади.

Беморнинг ўринда қаддини баланд қилиб ётқизиш керак бўлганда, каравотнинг бош томонини кўтариб қўйишдан ташқари, бемор пастга сурилиб кетмаслиги учун оёқларига тиргак қўйилади (15-расм).

Оғир ётган беморларнинг ич кийимлари ва ўрин-кўрпаларини алмаштириш

Ўрин-кўрпа ва ич кийимлар мунтазам гигиеник ваннадан сўнг, ҳафтасига бир марта алмаштирилади. Айрим ҳолларда зарур бўлса, бундан ҳам қисқа муддатда алмаштирилади. Бўлимда уларнинг бир кунлик заҳираси бўлиши шарт. Чойшаб ва кийимларни марказий иситиш радиаторларида қуриштириш ва яна беморга бериш мутлақо ярамайди. Ифлос матолар клеёнка қопларга солинади ва тезда палатадан олиб чиқилади. Қирхонага юборишга қадар уларни махсус хонада (кир кийимлар хонасида) бакларда ёки қутиларда сақлаш керак. Ўрин-кўрпа жилдлари, аynиқса оғир ётган беморларда тиббиёт ҳамшираси, кичик ҳамшира ёрдамида алмаштирилади. Тиббиёт ҳамшираси ҳар кун ирталаб кичик ҳамширанинг кир чойшабларни са-



14-расм. Каравот тўшаги судно қўйиш учун мосламаси билан (а, б).



15-расм. Беморни уринга қаддини баланд қўйиб ётқизиш.

наб топшириши ва тозасини олишини кузатиб бориши лозим.

Беморнинг аҳволига кўра ўрин жилдларини алмаштиришнинг ҳар хил усуллари бор. Агар бемор юриши рухсат этилмаса, унинг ўрин жилдларини ўзгартириш анча қийин. Бунинг учун кир чойшаб бош ва оёқ томондан қайириб ёки буклаб чиқилади ва эҳтиётлик билан чиқарилади. Икки томондан бинт сингари уралган тоза чойшабни беморнинг думғазаси тагига қўйилади, сўнгра боши ва оёқлари томон ёзилади (16-расм, а). Агар беморга юриш рухсат этилган бўлса, у кичик ҳамшира ёрдамида ўрин жилдларини ўзи алмаштириши мумкин. Беморга ўтириш рухсат этилган бўлса, уни стулга ўтказилади ва кичик ҳамшира унинг ўрнини алмаштиради. Ўриндан тура олмайдиган касаллар чойшабини бошқа усулда алмаштириш ҳам мумкин: бемор ўриннинг четига сурилади, кир чойшабни узунасига бинт каби уралади, унинг ўрнига тозаси ёзилади ва беморни шу тоза чойшаб устига ётқизиб, бошқа томондан кир чойшаб тортиб олинади (16-расм, б).

Оғир беморларнинг ички кийимларини алмаштиришда (17-расм) ҳамшира қўлини беморнинг думғазаси тагидан киритиши, қўйлагининг этагидан тутиши ва эҳтиётлик билан унинг боши томон яқинлаштириши, сўнгра беморнинг иккала қўлини кўтариб, бўйни олдида қайирилган қўйлагини унинг бошидан ечиб олиши лозим. Шундан сўнг беморнинг қўлидан ечиб олинади. Беморни кийинтириш учун аввал қўйлакнинг енглари кийгизилади, сўнгра унинг бошидан ўтказилиб, ниҳоят беморнинг этаги текисланиб қўйилади.

Оғир аҳволдаги (масалан, инфарктда) беморлар учун кийиш ва ечиш осон бўлган махсус қўйлақлар (распашонкалар) мавжуд. Агар беморнинг қўли шикастланган бўлса, қўйлақни аввал касал қўлига, сўнгра соғломига кийдирилади.

Бадан терисини парваришlash ва ётоқ яралар профилактикаси. Терини парвариш қилиш

Тери бир қанча муҳим вазифаларни бажаради: муҳофаза, иссиқликни идора қилиш, моддалар алмашинуви, нафас фаолиятида қатнашади. Энг муҳим сезги аъзоларидан бири — тери анализатори ҳисобланади.

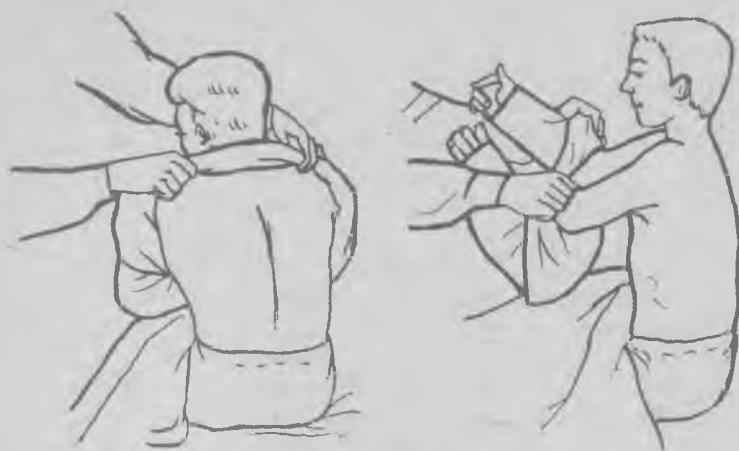


а



б

16-расм. а) оғир ётган бемор чойшабини алмаштиришнинг 1-усули.
б) оғир ётган бемор чойшабини алмаштиришнинг 2-усули.



17-расм. Ич кийимни алмаштириш.

Тери механик шикастлардан, ортиқча қуёш нуридан, ташқи муҳитдан, зарарли моддалар ҳамда микроорганизмлардан организмни ҳимоя қилади. Агар тери соғлом ва озода бўлса, унинг юзасидаги микроблар мугузланган ҳужайралар билан бирга тушиб кетади. Соғлом тери сатҳида кислотали муҳит кўпчилик микробларнинг ривожланиши учун ноқулай шароитдир; микроблар тери сатҳида қуриб қолганда ҳам ҳалок бўлади. Бундан ташқари, тери микробларга зарарли таъсир қиладиган махсус моддалар ажратади.

Тери моддалар алмашинувида, асосан газлар алмашинувида иштирок этади. Тер, тери ёғи, терининг мугуз тангачалари билан бирга организмдан қатор моддалар: оқсиллар, тузлар, мочевина ва урат кислота, креатинин, учувчан кислоталар, холестерин, витаминлар ва бошқалар ажралиб чиқади. Бўйрак, жигар ва тери касалликларида ажралиб чиқадиган моддалар миқдори бир неча марта қупаяди, бунда бузилган моддалар алмашинувининг маҳсулотлари ҳам тери орқали чиқа бошлайди.

Терининг энг муҳим анализаторлик вазифаси терида жойлашган нерв охирлари, яъни ташқи муҳитдан организмга таъсир қиладиган турли-туман таъсиротларни (иссиқ ва совуқ, бирон нарсанинг тегиши ва босим, оғриқ ва

бошқаларни) қабул қиладиган рецепторлар туфайли амалга ошади. Ташқи муҳитдан келадиган таъсиротларни қабул қиладиган куп сонли ва турли-туман тери рецепторлари шартсиз рефлексларнинг муҳим ҳалқаси ҳисобланади ва уларнинг ишланишида иштирок этади. Организмнинг энг муҳим функциялари: мушаклар ишлаши, иссиқликни идора қилиш, жинсий алоқа, ҳимоя рефлекслари ва ҳоказолар тери орқали идрок этишга боғлиқ. Терининг ўзига хос функцияларни бажариб туриши соғлиқнинг энг муҳим шарти ҳисобланади. Тери ўз функцияларини тўғри бажариши учун бадан терисини озода тутиш ва мацерациялардан сақлаш зарур.

Касаллик одам организмнинг барча аъзолари ва тизимлари фаолиятини издан чиқаради. Касал ҳолдаги организм терига нисбатан ортиқча талаблар қўяди, шунга кўра бемор озодаликка риоя қилишининг аҳамияти ортади. Бадан терисини ёғ ва тер безларининг ажратмалари, мугуз тангачалар, микроблар ва чанг-ғуборлар ифлослантиради. Қўлтиқ соҳасидаги тери яна қўшимча равишда апокрин секретини, оралиқ териси — сийдик-таносил аъзолари ва ичакларнинг ажратмалари билан ифлосланади. Оғир ётган беморларда бадан терисининг анча кирланиши учун ша роит вужудга келади.

Стационарда ётган беморлар ҳафтада бир марта гигиеник ванна ёки душда чўмилтирилади. Ванна ёки душ тавсия этилмайдиган ҳолларда бемор бадани ҳар куни нам сочиқ билан артилади.

Юз ва бўйинни ҳар куни ювиб туриш лозим. Агар беморга туриш мумкин бўлмаса, у ҳолда ҳамшира ва санитарка уни булутча (губка) воситасида кўзадан сув қуйиб ювинтиради. Кичик ёшдаги болаларни ҳам ҳамшира ювинтиради. Қўлни эрталаб, овқатдан олдин кейин ва кун бўйи ҳар қандай ифлосланишдан сўнг (айниқса ҳожатхонага боргандан кейин) ювиш лозим. Оёқларни ҳар куни кечқурун илиқ сув билан совунлаб ювиш зарур. Ётадиган режимдаги бемор оёқларини (каравотга тоғора қуйиб) ҳафтасига 2—3 марта ювиб турилади (18-расм).

Қўлтиқ соҳалари, чов бурмалари, сут безлари остидаги тери бурмалари, айнақса кўп терлайдиган ва семиз одамларда тез-тез ювиб туришни талаб қилади. Акс ҳолда,



18-расм. Оёқларни ўринда ювиш.

бу соҳаларнинг териси бичилади, бунда терининг ҳимоя қобилияти пасаяди ва микроблар намланиб турадиган тери орқали организмга кириш ва касаллик пайдо қилиш имконига эга бўлади.

Узоқ вақт чалқанча ётишга мажбур бўлган, ҳолсизлантирадиган касалликларга учраган оғир беморларда аксари ётоқ яралар пайдо бўлади. Ётоқ яралар энг кўп пайдо буладиган соҳа думғазадир. Камроқ ҳолларда улар курак, товон, энса, тирсак, куймич дўмбоқлари ва суяк билан тушак орасида юмшоқ тўқималар узоқ вақт босилиб турадиган соҳаларда пайдо бўлади. Терининг шу соҳаларига босим тушиши, қон оқиб келишининг камайишига ва тўқималарнинг қон билан старли даражада таъминланмаслигига олиб келади. Ётоқ яраларнинг пайдо бўлишига қоқ суяк бўлиб ориқлаб кетиш, юрак фаолияти сусайиб, қон айланишининг етишмай қолиши, марказий нерв системаси касалликлари (орқа миянинг травматик шикастланиши), шунингдек қандли диабет сабаб бўлади. Марказий нерв системаси касалликларида пайдо буладиган ётоқ яралар жуда тез, хасталик бошлангандан кейин бир неча соат ичида авж олади, қандли диабетга учраган беморлардаги ётоқ яралар эса жуда узоқ давом этади ва уларни даволаш қийин бўлади.

Ётоқ яралар аста-секин, кўпинча беморнинг ўзи ҳам сезмайдиган ҳолда авж олади. Улар куруқ (мумификация) ва инфекция тушиши натижасида йирингли ёки ириган бўлади. Аввалига тери қизариб, сўнгра йиринг билан тўлган пуфакчалар юзага келади. Улар даволан-

маса, ёрилади, бунда терининг сурғичли қавати очилиб қолиб, ранги аста-секин хиралашади ва жонсизланиш вақтига келиб, деярли қораяди. Ўлган тўқималар кўчиб тушади ва ётоқ яранинг ичкарисида аксарият суякни куриш мумкин. Дармонсиз беморларда ётоқ яраларнинг тез авж олиши умуман қон зарарланишига ва баъзан улимга сабаб бўлади. Тўқималарга тушадиган босимни бартараф қилиш, терини яхши парваришлаш ва ётоқ яраларни тўғри даволаш самарали натижа беради. Бироқ, шунга қарамай, ётоқ ярани даволашдан кура унинг олдини олиш осондир.

Ётоқ яраларнинг юзага келишига кўпинча беморларни яхши парвариш қилмаслик: нотекис қилиб солинган қаттиқ ўрин, унинг тез-тез тўғриланиб турмаслиги, алмаштирилмаслиги ва шу сабабли чойшабда майда ушоқлар, бурмалар бўлиши; чойшаб ва қўйлақдаги чоклар; покиза бўлиб юрмайдиган бемор ич кийимини кам алмаштириш, сийдик ва ахлат тегиб булғанган бадан терисини вақти-вақтида ювиб турмаслик сабаб бўлади.

Ётоқ яраларнинг олдини олиш учун қўйидаги чораларни кўриш лозим: 1) ҳар гал ўрин-кўрпани қайта солишда бемор баданини куздан кечириш, бунда аксарият ётоқ яра пайдо бўладиган жойларга аҳамият бериш; 2) бемор баданининг озода бўлишини кузатиш: ҳар куни баданини нам сочиқ билан артиш, баданининг сийдик ва ахлат тегиб ифлосланган жойларини сув билан совунлаб ювиш, сўнгра орқа ва думғазанинг тоза терисини камфора спирти билан артиш керак. Ювмасдан олдин камфора спирти билан артиш кенг тарқалган бўлса-да, бу усул ётоқ яраларнинг олдини олишда етарлича фойда бермайди, чунки спирт терининг микроблар тушган майда тешикларини беркитиб қўяди, бироз вақтдан сўнг бу тешиклар очилиб, тешикчалардан чиққан микроблар тери устидаги кирларга қўшилади. Бундан ташқари, ювиш, айниқса илиқ сув билан ювиш тери яхшиланишига ва тўқималарнинг яхши озикланишига имкон беради; 3) терининг босилишига йўл қўймаслик мақсадида ётоқ яралар пайдо бўлиши мумкин бўлган жойларга чойшабча ёки ёстиқ жилдига ўралган резина чамбар қўйилади. Чамбарни қўйганда думғаза унинг тешиги устида турадиган бўлиши керак. Ахлат ва сийдикни тута олмайдиган беморлар тагига резина судно қўйилади. Резина чамбар ва суднонинг тешиги бўлиб, унга

металлдан суриладиган металл сўргич тикиб қўйилади. Уларни велосипед насоси ёрдамида дам бериб шишириш қулай, лекин оғиз билан пуфлаб шиширса ҳам бўлади. Пуфлаб шиширишда лабларни сўргичга теккизмаслик учун унга калта резина найча кийгизиб, ана шу найча орқали пуфланади. Пуфланган чамбар юмшоқ бўлиб туриши керак; 4) беморнинг кунига бир неча марта тана вазиятини ўзгартириб туришига ёрдам бериш ва гоҳ у ёнбошга, гоҳ бу ёнбошга, гоҳ чалқанча ётқизишга кўмаклашиш керак; 5) одатда ётоқ яра пайдо бўладиган жойда тери қизариб қолгудек бўлса, юқорида санаб ўтилган барча тадбирларни кучайтириш ва айни вақтда даволашга киришиш лозим. Пайдо бўлаётган ётоқ ярага кунига 1—2 марта 5 ёки 10 фоизли перманганат эритмаси суртилади.

Бўлимга ётоқ яралари кўпайиб кетган бемор ётқизилган бўлса, шифокор кўрсатмалари бўйича маҳаллий ва умумий воситалар билан алоҳида даволаш талаб этилади.

Даволаш. Пуфакчалар пайдо бўлганда уларга бриллиант яшилининг спиртдаги эритмасини суртиш, сўнгра қуруқ боғлам қўйиш лозим. Некроз чегаралангандан сўнгра некрозланган тўқималар олиб ташланади ва жароҳат 1 фоизли калий перманганат эритмасига ботирилган стерил салфетка билан беркитилади. Боғлам кунига 2—3 марта янгиланади. Жароҳат тузала бошлаганда Вишневский малҳами, перуан ва пахта мойининг аралашмаси, синтомицин эмульсияси ва бошқа малҳамли боғламларга ўтилади.

Шифохонада ётган беморларда ётоқ яралар пайдо бўлиши, парваришнинг ёмонлигини кўрсатадиган шак-шубҳасиз далилдир.

Беморлар тагини ювиш

Узоқ муддатгача ўринда ётган ва ҳар ҳафтада гигиеник ванна қабул қилмайдиган, шунингдек сийдиги ва ахлатини тутолмайдиган беморлар тагини кунига бир неча марта ювиш зарур, чунки чов бурмалари соҳасида сийдик ва ахлатнинг йиғилиши тери бутунлигининг бузилишига ва ётоқ яралар пайдо бўлишига олиб келади. Беморнинг таги калий перманганатнинг кучсиз эритмаси ёки бошқа зарарсизлантирадиган модда билан ювилади.

Эритма илиқ (30—35°C) булиши керак. Бунинг учун кўза, корнцанг ва стерил пахта шарчалар ишлатилади. Аксари аёллар тагини ювилади. Думбалар остини ювишда судно қўйилади. Аёл оёқларини тиззасида букиб ва сонларини бир оз кериб чалқанча ётиши керак. Илиқ зарарсизлан-тирадиган эритмали кўза чап қўлда ушланади ва сувни ташқи жинсий аъзоларга қўйиб турилади, корнцангга қисиб олинган пахта тампонни эса жинсий аъзолардан орқа чиқарув аъзоси соҳасига, қовуққа ва ташқи жинсий аъзоларга инфекция тушмаслиги учун худди шу йўналишда артилади. Бемор тагини резина найча, қисқич ва қин учлиги билан таъминланган Эсмарх кружкасидан фойдаланиб ювиш ҳам мумкин, бунда чот оралиғига сув оқими ёки калий перманганатнинг кучсиз эритмаси йўналтирилади.

Эркалар тагини ювиш бирмунча осон. Бемор чалқанча вазиятда ётади, оёқлари тиззасида букилган, думбалари тагига судно қўйилади, сув оқими оралиққа ва чов бурмаларига йўналтирилади. Корнцангга қисиб олинган пахта билан оралиқ ва чов бурмалари артилади, шундан сўнг бичилишнинг олдини олиш учун бу жойларга вазелин мойи суртилади.

Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш

Заифлашган беморларда оғиз бўшлиғига микроорганизмлар йиғилиб, улар бадбўй ҳид ҳосил қилади, бу эса оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг йирингли касалликларига сабаб бўлиши мумкин. Мана шунинг учун ҳам оғир ётган беморнинг оғиз бўшлиғини парвариш қилиш зарур.

Юрадиган беморлар овқатдан кейин ҳар куни эрталаб ва кечкурун тишларини ювадилар ва оғиз бўшлиғини кучсиз (бир стакан сувга 1/4 чой қошиқда ош тузи солинади) намакоб ёки перманганатнинг кучсиз эритмаси билан чаядилар. Оғир аҳволдаги беморлар тишларини ўзлари юва олмайдилар, шунинг учун тиббиёт ҳамшираси ҳар гал овқатдан сўнг беморнинг оғзини артиб қўйиши лозим. Бунинг учун у пинцет билан пахта бўлақчасини олади, уни 2 фоизли натрий гидрокарбонат эритмаси ёки кучсиз калий перманганат эритмаси, ё булмаса, қайнаган сувга ботиради ва беморнинг тили ва тишларини артиб қўяди. Шундан кейин бемор оғзини яхшилаб чаяди. Оғир аҳвол-

дағи беморларда кўпинча оғиз бұшлиғи шиллиқ пардаси-
да яллигланиш ҳодисалари — стоматитлар юзага келади.
Овқат еганда оғриқ пайдо бўлади, сўлак оқади ва ҳарорат
кўтарилиши мумкин.

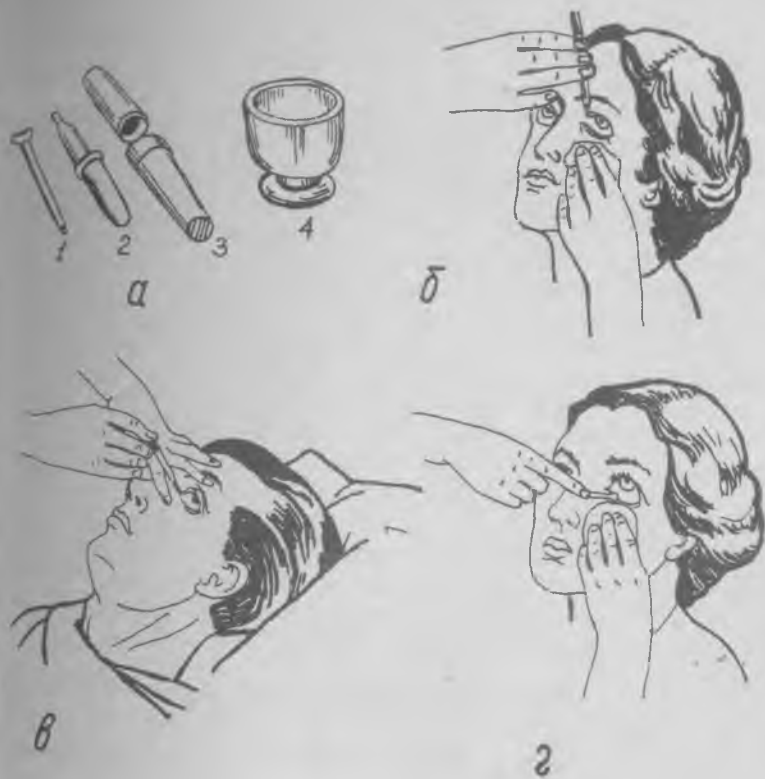
Оғиз бұшлиғи шиллиқ пардасига дори-дармонлар би-
лан таъсир кўрсатиш *апликация* ёки *чайиш* деб аталади-
ган муолажалардан иборат. *Апликация* бирорта дезинфек-
ция қиладиган эритмага 3 фоизли хлорамин эритмаси ёки
0,1 фоиз фурацилин эритмаси ботирилган стерил дока сал-
феткаларни 3—5 дақиқага қўйишдир. Бу муолажа кунига
бир неча марта такрорланади. Оғриқ қолдирувчи дорилар
билан ҳам апликация қилиш мумкин.

Чайиш учун Эсмарх кружкаси, Жане ёки резина нок-
чадан фойдаланилади. Бемор кўкрагига клеёнка тутиб,
қаддини баланд қилиб ўтқазилади, кўлига буйраксимон
тоғорача берилади, ювинди суюқлик оқиб тушиши учун
бемор тоғорачани иягига тақаб туради. Ҳамшира шпатель
билан гоҳ чап, гоҳ ўнг томондаги лунжни тортиб, учлик-
ни киритади ва оғиз бұшлиғини чаяди. Сув оқимининг
босими таъсирида овқат қолдиқлари, йиринг ва бошқа-
лар механик тарзда ювилиб кетади. Эсмарх кружкаси бе-
мор бошидан 1 м баландликда туриши лозим. Бу оқим
кучининг етарли бўлишини таъминлайди. Муолажага қадар
учлик қайнатилади, сўнгра оқиб турган сувда ювилади ва
2 фоизли хлорамин эритмаси ёки 1:5000 фурацилин эрит-
масида сақланади.

Баъзи касалларда лаб қурийди, оғиз бурчаклари ёри-
лади. Оғизни очганда бу оғриққа сабаб бўлади ва тез туза-
лишига халақит беради. Бемор аҳволини яхшилаш учун
лабига сувга ҳўлланган дока салфетка босилади, кейин
лабларга исталган мойдан суртилади. Оғизни катта очиш-
га, ёриқларга қўл теккизишга ва ҳосил бўлган пўстлоқча-
ларни шилишга рухсат этилмайди. Тиш чўткасидан фой-
даланиш ман қилинади.

Агар беморда тиш протезлари бўлса, кечқурун уларни
олиб қўйиш, совунлаб ювиб, эрталабгача қуруқ ва тоза
станда сақлаш, эрталаб яна ювиб, кейин тақиш керак.

Ҳарорати баланд ёки қон айланиши оғир даражада бу-
зилган беморларда баъзан афтоз стоматит учрайди, бунда
оғиздан жуда бадбўй ҳид келади, бу ҳид беморга ҳам, ат-
рофдагиларга ҳам ёмон таъсир қилади. Ҳидни йўқотиш учун
асосий касалликни даволаш, шунингдек бадбўй ҳидни



19-расм. Кузни парвариш қилиш.

а-кузни парвариш қилишда ишлатиладиган буюмлар: 1-шиша куракча; 2-пипетка; 3-пипетка учун гилоф; 4-кузни ювиш учун стаканча; б-кўзга бемор утирган ҳолатида томчи томизиш; в-кузга ётган ҳолатида томчи томизиш; г-қовоққа дори суртиш.

йўқотувчи (дезорация қилинади) моддалар тайинлаш лозим. Бу мақсадда оғизни 0,5 фоизли хлорамин эритмаси, 2 фоизли натрий гидрокарбонат эритмаси ёки 1 фоизли натрий хлорид эритмаси билан чайилади.

Кузларни парвариш қилиш

Беморлар кузини парвариш қилиш тиббиёт ҳамширасидан айниқса катта эътибор талаб қилади (19-расм). Киприкларни ёпиштириб қўядиган ажратмалар ажралган ҳол-

лардагина кузни ювиш зарур. Кузлар фурацилин, калий перманганатнинг илиқ эритмасига ҳулланган стерил дока тампон билан ювилади.

Кўз касалликларида кўз томчилари ва кўз малҳами (мазь) қўлланади. Томчи дорилар стерил бўлиши лозим, чунки ностерил эритмаларни томизиш кўзга инфекция тушишига сабаб бўлади. Бунинг учун ишлатишдан олдин қайнатиладиган махсус томизгич қўлланади. Муолажадан олдин ҳамшира қўлини совун ва чўтка билан обдон ювиши, кўзга инфекция тушмаслиги учун спирт билан артиши керак. Кўзга томчи дорилар томизиш усули қуйидагича: чап қўл билан пастки қовоқ сал пастга тортилади ва беморга қарама-қарши томонга қарашни буюриб, биринчи томчини кўз айрим ички бурчагига туширилади, бир оздан сўнг иккинчи томчи томизилади ва бемор кўзини юмиб туради. Ишлатилган томизгич илиқ сув билан ювилади ва махсус кўз томчидонига қўйилади. Кўз малҳами қовоқларга шиша куракча ёрдамида суртилади. Малҳамдори ва куракчалар стерил бўлиши керак. Бемор қовоғи пастга тортилади, малҳам қўйилади ва бармоқларни нозик ҳаракатлантириб, уни шиллиқ парда бўйлаб суртилади.

Қулоқларни парвариш қилиш

Юрадиган беморлар ҳар куни эрталаб қулоқларини мустақил ювадилар, уринда узоқ муддат ётадиган беморлар қулоғини ҳамшира (қулоқ кири йиғилиб қолмаслиги учун) вақти-вақтида тозалайди, чунки акс ҳолда эшитув қобилиятини пасайтириб қўйиши мумкин. Қулоқ кири қуйидагича чиқарилади: қулоққа бир неча томчи 3 фоизли водород пероксид эритмаси томизилади, сўнгра пробка пахта пилиқ билан айланма ҳаракат ёрдамида чиқарилади. Кир куп йиғилиб қолганда қулоқни катта шприц (сигими 150 мл гача бўлган Жане шприци) ёки резина нокча билан спринцовка қилинади. Ёруғлик манбаи қулоқни яхши ёритиб туриши учун беморни рўпарага бошини ён томонга қийшайтириб ўтказиб қўйилади. Беморнинг қўлига лоток берилиб, у лотокни бўйнига қулоқ супраси остига босиб туради. Ҳамшира чап қўли билан қулоқ супрасини орқага ва юқорига тортиб туради, ўнг қўли билан эса шприц учини ташқи эшитув йўлига киритиб, эритма



20-расм. Кулоққа томчилар томизиш.

оқимида унинг юқори — орқа девори бўйлаб босим билан йўналтиради.

Кулоққа томчи дорилар томишиш учун беморнинг боши соғлом томонга энгаштирилади. Беморнинг кулоқ юмшогини чап қўл билан оз-моз чўзилади, ўнг қўлда томизгични тутиб, эшитув йўлига тушаётган томчилар санаб турилади. Шундан сўнг кулоққа бир неча дақиқа пахта бўлакчаси тиқиб қўйилади (20-расм).

Бурунни парвариш қилиш

Агар бемор заифлашиб қолганлиги сабабли бурун йўллари ўзи тозалай олмаса, ҳамшира тозалаб қўйиши лозим. Бунинг учун беморнинг бошини орқага эгиб, бурун йўлларига вазелин мойи, глицерин ёки исталган мойли эритмага ҳулланган пахта пилик киритилади ва 2—3 дақиқадан сўнг айланма ҳаракатлар билан қатқалоқлар чиқарилади. Бу муолажа ниҳоятда оддий, бироқ эътибор ва сабртоқатли бўлишни талаб этади.

Сочларни парвариш қилиш

Бош ювилгандан сўнг бир ҳафта ўтгач, сочларда кўп миқдорда ёғ, чанг ва кир йиғилади. Шунинг учун беморлар 7—10 кунда бир марта бошини совунлаб ёки шампунь

билан ювиши зарур. Ўринда узоқ ётадиган ва гигиеник тартибга риоя қилмайдиган беморлар сочи ифлос бўлишдан ташқари, уларда сирка ва ҳашаротлар (битлар) пайдо бўлиши мумкин, шунинг учун тиббиёт ҳамшираси бунга эса сақлаши ва беморлар сочини қараб туриши шарт. Узоқ муддат касалхонада ётадиган эркаклар сочларини бот-бот калта қилиб олдириб туришлари ва ҳар 7—10 кунда бош ювишлари керак.

Сочи узун аёллар сочини майда тишли тароқда ҳар кун тарашлари, ҳар бир бемор ўзининг шахсий тароғидан фойдаланиши лозим. Калта сочларни илдизидан учига томон тараш лозим, узун сочлар эса узунасига бўлиб-бўлиб таралади ва аста-секин учидан илдизи томон, юлиб олмасликка ҳаракат қилиб таралади. Уксус эритмасига ботириб олинган майда тишли тароқ қазғоқ ва кирни ҳам яхши тозалайди. Бошни тоза ювиш учун ҳар хил шампунлар, болалар совуни ёки хина аралаштирилган сув ишлатиш лозим. Агар беморнинг аҳволи яхши бўлса, унинг боши гигиеник ванна пайтида ювилади. Туролмайдиган беморлар боши ётган жойида ювиб қўйилади. Бунда тоғорача каравотнинг бош томонига қўйилади, бемор бошини бўйни сатҳидан орқага ташлайди ва таглик қўйилади. Совун суртиш вақтида сочлар тагидаги терини ишқалаш лозим. Сўнгра сочлар яхшилаб чайилади, қуригунча артилади ва тараб қўйилади. Бош ювилгандан кейин ҳамшира бемор шамоллаб қолмаслиги учун бошига сочиқ ёки дуррачани ўраб қўяди (21-расм).



21-расм. Уринда бош ювиш.

6-бўлим

БЕМОРЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШИ

Одам организмида барча ҳаётий жараёнларнинг асоси организм билан ташқи муҳит уртасидаги доимий моддалар алмашинуви ҳисобланади.

Овқатланиш тирик организмнинг асосий физиологик эҳтиёжларидан бири ҳисобланади. Одам овқат билан нормал ҳаёт фаолияти учун зарур моддаларни олади. Овқатланиш маҳсулотлари билан бирга одам организмига оқсиллар, ёғлар, углеводлар, минерал тузлар, сув, витаминлар ва туқималарни тиклаш, энергетик сарфларнинг ўрнини тўлдириш ва бошқа эҳтиёжларни қоплайдиган моддалар киради. Бу моддаларнинг ҳаммаси мураккаб алмашинув жараёнларида қатнашади, парчаланишга учрайди ва организмдан чиқарилади. Оқсиллар, ёғлар ва углеводлар оксидланиб, калориялар билан ўлчанадиган иссиқлик ажратади. 1 г оқсил 4,1 ккал, 1 г ёғ — 9,3 ккал, 1 г углеводлар — 4,1 ккал ажратади. Маҳсулотларнинг калориялилиги махсус жадваллар бўйича ҳисоблаб чиқарилади. Соғлом одам овқатланиш рационидаги турли-туман овқатлардан 3000 дан 31000 ккал гача олади.

Тана вазнини ошириш учун калориялар миқдори кўп бўлган овқатлар зарур, уни камайтириш учун эса калорияси кам маҳсулотлар тавсия этилади.

Парҳез овқатланиш — беморнинг касаллик шароитида унинг ўзиқ моддаларга бўлган физиологик эҳтиёжларини таъминлайдиган ва хасталикнинг патологик механизмига таъсир кўрсатадиган овқатланишдир. Парҳез овқатланишнинг вазифаси бузилган моддалар алмашинувини тиклаш ва овқатнинг даволовчи таъсирига эришишдир. Парҳез таомларни тайинлаш тури касалликлар терапиясида, айниқса ички хасталиклар клиникасида мажбурий бўлиб қолди. Парҳез тайинлашда овқатланиш институти томонидан ишлаб чиқилган соғлом одамнинг овқат моддаларга бўлган физиологик эҳтиёжи нормаларига асосланиш зарур.

Соғлом одам учун тавсия этилган нормаларга биноан, ҳайвон оқсиллари миқдори 100—120 г, ўсимлик оқсиллари 40 г, ҳайвон ёғлари 85—90 г, ўсимлик ёғлари—10—15 г, углеводлар 400—450 г ни ташкил этади. Бу рацион 1—2 мг А витамини, 2—3 мгдан В₁ ва В₂ витаминлари, 50

мг С витамини, 15 г натрий хлорид, 0,8 г кальций, 0,5 г магний, 1,4—1,6 фосфор ва 1,5 темир моддасини киришини таъминлайди; рационнинг калориялиги тахминан 3000—3100, тўрт марта овқатланишда овқатнинг умумий массаси 3 кг гача бўлади.

Стационардаги беморлар учун овқатнинг калориялиги жисмоний меҳнат билан шуғулланмайдиган шахслар учун белгиланган нормалардан ошмаслиги лозим.

Парҳез — беморга даволаш усули сифатида ёки асоратларнинг олдини олиш мақсадида тузиладиган рацион ва овқатланиш тартибидир. Ҳар қандай парҳез овқатни тузишда биринчи гада овқатланишнинг физиологик нормалари ҳисобга олинади. Бу нормалар одам организми ҳаёт фаолиятининг асосий кўрсаткичларини: жинси, ёши, вазни, бўйи, жисмоний фаолиятини ҳисобга олади. Кишининг саломатлиги ва иш қобилияти, шунингдек узоқ умр кўриши кўп жиҳатдан туғри овқатланишга боғлиқ. Овқатнинг тўла қимматлилиги, турли-туманлиги, меъёрида бўлиши оқилона овқатланишнинг асосий шартлари ҳисобланади.

Овқатни қатъий равишда белгилаб қўйилган вақтда истеъмол қилиш лозим. Иссиқ таомлар ҳарорати 60°С дан, совуқ таомларники 10°С дан ошмаслиги керак. Овқатни яхшилаб чайнаб ютиш, унинг ҳазм бўлишида катта аҳамиятга эга.

СТАЦИОНАРДАГИ БЕМОРЛАР ОВҚАТИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Парҳез таомлар билан таъминлаш усули терапиянинг асосий таркибий қисми, бир қатор касалликларда эса даволашнинг асосий усули ҳисобланади. Беморни даволашга ажратиладиган бюджет воситаларининг қарийб 30 фоизи овқатланишга туғри келади. Даволаш-профилактика муассасаларида овқат тайёрлаш ва касалхона ичида уни палата бўлимларига тарқатишни уюштиришнинг иккита марказлашган ва марказлашмаган тизими мавжуд. Марказлашган тизимда хом ашёни қайта ишлаш ва овқат тайёрлашнинг ҳамма жараёнлари зарур бўлинмаларни ўзида бирлаштирган марказий озиқ-овқат блокида жамланган, марказлашмаган тизимда бу жараёнлар алоҳида-алоҳида амалга оширилади. Беморларни овқат билан таъминлашнинг аралаш тизими ҳам мавжуд.

Овқат таркиби

Овқатнинг зарур таркибий қисмларига оқсиллар, ёғлар, углеводлар, минерал тузлар ва витаминлар киреди.

Овқат маҳсулотларининг таркиби (граммларда) ва 100 г маҳсулотга калориялар миқдори

| Маҳсулот | Оқсил | Ёғлар | Углеводлар | Калориялар |
|-----------------------------|-------|-------|------------|------------|
| Сули ёрмаси | 9,10 | 5,98 | 61,01 | 341,1 |
| Манний ёрмаси | 9,52 | 0,74 | 70,37 | 344,1 |
| Оқланган тариқ дони | 8,40 | 2,30 | 65,42 | 324,1 |
| Гуруч | 6,46 | 0,93 | 72,77 | 333,5 |
| Нухот | 15,68 | 2,21 | 50,95 | 293,5 |
| Нон: | | | | |
| буғдой нони (1-нави) | 6,89 | 0,65 | 47,71 | 229,9 |
| жавдар нони | 4,83 | 0,84 | 40,23 | 192,6 |
| Куй гушти | 16,15 | 16,30 | — | 208,5 |
| Мол гушти | 19,00 | 9,45 | — | 165,8 |
| Кўён гушти | 20,43 | 7,20 | — | 150,7 |
| Товуқ гушти | 19,0 | 4,50 | — | 119,8 |
| Мол жигари | 18,05 | 4,05 | 2,94 | 123,7 |
| Зогорабалиқ (ҳовузники) | 15,20 | 3,24 | — | 92,5 |
| бошсиз треска | 16,72 | 0,36 | — | 71,9 |
| Сигир сути | 3,26 | 3,52 | 4,41 | 64,2 |
| Қуюлтирилган сут (шаркарли) | 7,13 | 8,55 | 54,88 | 333,8 |
| Пишлоқ | 22,56 | 19,95 | 3,43 | 291,1 |
| Эритилган пишлоқ | 20,16 | 22,33 | 2,94 | 302,4 |

Ҳозирги вақтда ҳамма касалхоналар озиқ-овқат блокинни ташкил қилишнинг марказлашган тизимига ўтмоқда, чунки бу бирмунча тежамли бўлиб, ишлаб чиқариш майдонларидан оқилонга фойдаланиш, унумдорлиги юксак технологик ускуналарни қўллаш, хизматчи ходимлар сонини камайтириш ва уларнинг меҳнат шароитларини яхшилашга имкон беради. Бироқ бунда тайёр овқатни бўлимларга тарқатиш, уни олиб бориш вақти ошади, баъзан овқатни иккинчи марта иситишга зарурат туғдиради. Бўлимларни овқат билан таъминлашни такомиллаштириш,

уни олиб келиш, ишлатилган идиш-товоқлар ва озиқ-овқат чиқиндиларини ташиб кетиш жараёнларини марказлаштириш йўли билан олиб борилади.

Булимларни овқат билан таъминлаш махсус иссиқликни сақлайдиган идиш билан жиҳозланган касалхона ичи транспорти ёрдамида амалга оширилади. Овқатни ташиш учун махсус аравачалардан ҳам фойдаланилади.

Тиббиёт ҳамшираси ҳар куни беморларга тақсимотнома тузади, уни булимнинг катта ҳамширасига топширади, у эса ўз навбатида парҳез миқдорини жамлаб чиқиб, тақсимотнома (порционникни) касалхонанинг озиқ-овқат булимига юборади. Тунда янги келган беморга порционникни қабулхона булимининг навбатчи ҳамшираси эр-талаб топширади.

Буфетчилар овқатга боришмайди: овқат махсус идишда автотранспортда марказлашган ҳолда келтирилади. Бу транспортдан бошқа жойда фойдаланилмайди. Овқат солинадиган челақ ва кастрюлкалар ҳамиша тоза ва қопқоқли бўлиши шарт. Идишлар тамғаланади, иситиш асбоби булган махсус кўчма столчаларга қўйилади ва иссиқ ҳолда палатага олиб келинади. Юришга руҳсат этилган беморлар ошхонага ўзлари қатнайдилар.

Ошхона ёруғ хоналарга жойлаштирилиши лозим. Унга 4 кишига мўлжалланган катта булмаган столлар қўйилади. Бу беморларни парҳез таомлар бўйича гуруҳлашга ва уларга яхшироқ хизмат кўрсатишга имкон беради. Артишга қулай бўлиши учун юмшоқ стуллар ишлатилмайди. Буфетда ошхона идишлари сақланиб, уларни овқат берилишидан олдин овқат тарқатиш хонасига ўтказилади. Бу ерда иситиш асбоблари: газ плиталар, электр ёки газда ишлайдиган шкафлар, иссиқ сув титани ва идиш ювадиган жой ҳам шу ерда бўлади. Бу хоналарда тозаликка пухта амал қилиш лозим, буни буфетчилар кузатиб борадилар, уларни эса катта ҳамшира ва палата ҳамширалари назорат қиладилар.

Касалхонада овқатланишни ташкил этишнинг муҳим томони овқатланиш тартибидир. Таом ейиш ўртасидаги ораликларни туғри белгилаб, овқатларни оқилона тақсимлаш, бир марталик миқдорини, овқатнинг қулай ҳароратини белгилаш ва бошқалардир. Бундан ташқари, овқат ейиш билан боғлиқ булган ташқи шароитларнинг ҳаммаси ҳисобга олинishi керак. Столни безатиш, таомларнинг

ташқи кўриниши, улар хили ва таъми, буфетчининг озода кийиниши мана шулар қаторига киради. Бу омилларнинг ҳаммаси овқатни яхши ҳазм қилишга ва сингишига имкон беради. Беморларнинг кўпчилигида иштаҳа бўлмаслигини ҳисобга олиб, таомлар кўринишини чиройли, иштаҳа очадиган қилиб қўйиш лозим. Ошхона шинам ва осойишта бўлиши керак.

Тиббиёт ҳамшираси беморга саломатлигини тиклаш учун овқатланишнинг қанчалик муҳимлигини ишонтира олиши керак. Овқат ейишдан олдин ҳамма даво муолажалари ва физиологик эҳтиёжларни тугатиш, палатани йиғиштириш ва шамоллатиш, аҳволи оғир беморларга қўл ювишда ёрдам бериш зарур.

Касалларнинг куч ва ҳолатига қараб овқатланиш уч хил бўлади, фаол, суст ва сунъий. Беморларнинг баъзилари доим каравотда ётмасдан, хонада очик ҳавода юришлари, ўтиришлари мумкин. Кўп касаллар бошқа кишининг ёрдамисиз ўзлари овқатлана оладилар. Буни **фаол овқатланиш** дейилади. Бу усулда овқатланиш учун махсус тўйғизиш асбоблари керак бўлмайди. Аммо, бошидан оғир касалликни кечирган, қувватсизланиб қолган ёки операциядан чиққан кишилар мустақил овқатлана олмайдилар. Бундай касалларни овқатлантириш учун овқатланадиган одатдаги асбоблар етарли бўлмайди. Бу **суст овқатланиш** дейилади.

Касалларни овқатлантириш учун керак бўладиган асбоблар турлича бўлади. Биринчи, ўринда ўтириб ўзи овқатлана оладиганлар учун. Иккинчи, пастгина оддий столча кўтарилиб, касалнинг оёғи устидан каравотга қўйилади. Столчанинг ҳажми кичик ва оёғи бор бўлгани учун каравотга ўрнашиб туради. Касал ўтириб столчада овқатланиши, ўқиши, ёзиши мумкин. Касалхоналардаги бу каби столчалар йиғиладиган бўлса, палатада кўп жой эгалламайди.

Бошқа кишининг ёрдамига муҳтож бўлган кишиларни овқатлантириш вазияти, уларнинг куч ва ҳолига қараб турлича бўлади. Оғир касалларни овқатлантириш учун уларга энг қулай бўлган бир вазият бериш билан бирга бирмунча шартларга риоя қилиш лозим. Беморнинг бош томонини текислаш учун ясалган эҳтиёт (қисм) симини кўтариш керак. Эҳтиёт сими бўлмаганда овқатлантирувчи киши касалнинг ёстиғи тагига қўлини киритиб, ёстик



22-расм. Оғир ётган беморларни овқатлантириш.
а-чойнакдан; б-қошиқда.

орқали бошини бир оз кутаради. Бу усулда кутаришда беморни ўзига тортиб сиқиб қўймаслик керак.

Сув, сут, кофе, какао каби суюқ нарсаларни ичиришда узун чинни чойнаклар ишлатилади (22-расм). Чойнакнинг жумрагини касалнинг оғзига киритиб, сунгра овқатлантирилади, чунки қўл титраган вақтда чойнак ичидаги суюқлик тўкилиши мумкин.

Диетотерапия — даво мақсадида овқатлантиришдан иборат. У биринчи галда касал аъзога кимёвий ва механик озор етказмаслик, бузилган функцияларни тиклаш учун бир турдаги маҳсулотлар ўрнига бошқаларини ишлаши ёки бемор организмга етишмаётган зарур озуқавий моддаларни киритишни кузда тутади. Даволаш муассасаларида овқатланиш институти клиникасида ишлаб чиқилган парҳез таомлар тайинланади.

Ҳар бир парҳезга таъриф берилиб, унда қуйидаги кўрсаткичлар акс эттирилган: 1) тайинлашга кўрсатмалар, 2) тайинлашдан мақсад, 3) умумий таърифи, 4) кимёвий таркиби ва унинг калориялилиги, 5) овқатланиш режими, 6) рухсат этиладиган ва ман қилинган маҳсулотлар ва таомлар рўйхати. Бу қуйидаги тартибда тўзилади: оқсил, ёғ, углеводлар, зираворлар тутган маҳсулотлар ва ичимликлар.

Тасдиқланган номенклатура буйича 1 дан 15 гача белгиланган парҳез қўлланади. Ҳар бир касалхонада асосий парҳез ва контраст кунлар белгилаб қўйилган.

1-а парҳез — даволашнинг дастлабки 8—10 кунни мобайнида яра касаллигининг авж олишида ва қон кетганда; секрецияси ошган гастритнинг зўрайиши; қизилунгач куйишида буюрилади.

1-б парҳез — парҳез кабидир, бироқ 1 а да кўрсатилган маҳсулотларга қотирилган оқ нон, қуруқ бисквит, творог қўшилади, гушт ва балиқдан бугда тайёрланган таомлар миқдори оширилади.

1-парҳез авж олишнинг сўниш босқичидаги яра касаллиги, яра чандиқ ҳосил қилаётган вақтда, шунингдек 2—3 ойлик ремиссия даврида секрецияси ошган гастрит авж олиш даврида буюрилади.

2-парҳез секрецияси етарлича бўлмаган сурункали гастрит, сурункали энтероколит авж олиш давридан ташқари; чайнов аппарати функциясининг бузилиши; операциядан ва ўткир инфекциядан кейинги соғайиш даври, шунингдек меъда-ичак йўллари урта даражада авайлаш керак бўлган ҳолларда тайинланади.

3-парҳез қабзиятда тавсия этилади.

4-парҳез гастроэнтероколитлар, ўткир энтероколит ва сурункали энтероколитларнинг зўрайиши; ўткир даврдаги дизентерия, ичакдаги операциялардан сўнг буюрилади.

4-а парҳез ўртача зўрайиш давридаги сурункали энтероколитлар меъда зарарланиши билан ичак касаллигига қўшилиб келганда; дизентерияда қўлланади.

5-а парҳез ўткир холецистит ёки сурункали холециститнинг зўрайиши, ўткир панкреатит ёки жараён сўнганда сурункали панкреатитнинг зўрайиши, сурункали холецистит, яра касаллиги бўлганда, ўт йўлларидаги операциядан кейин 5—6 кунда тайинланади.

5-парҳез жигар ва ўт йўлларидаги операциядан кейин ажратувчи йўлларнинг сурункали касалликлари — холецистит, гепатит, жигар циррози жараёни зўраймаган даврда ва меъда-ичаклар касалликлари бўлмаганда, Боткин касаллигининг соғайиш босқичида белгиланади.

6-парҳез подагра ва урағли диатез; гушт ва балиқ маҳсулотларини чиқариш керак бўлган эритремия ва бошқа ҳолларда тавсия этилади.

7-а парҳез ўткир гломерулонефритда. Бу парҳез гуруч, олма, картошка ёки қанд кунларидан кейин тайинланади. Сурункали нефрит, буйрак етишмовчилигида қўлланади.

7-б парҳез ўткир нефрит, 7а парҳездан кейин тайинланади. Сурункали нефритнинг шиш ошган, артериал босим билан зўрайиши, бироқ буйрак функцияси сақланиб қолганда буюрилади.

7-парҳез соғайиш давридаги ўткир нефрит, сийдик чўкмасида ўзгаришлари кам ифодаланган сурункали нефрит, гипертония касаллиги ва тузсиз парҳез зарур бўлган бошқа ҳоллар, ҳомиладорлар нефропатиясида тайинланади.

8-парҳез махсус овқатланиш тартибини талаб қиладиган ҳазм аъзолари, жигар ва юрак-томирлар тизими касалликлари бўлмаган ҳолда ёғ босишида буюрилади.

9-парҳез ацидоз ва ички аъзоларнинг қўшилиб келадиган касалликлари бўлмаган қандли диабетларда белгиланади.

10-парҳез юрак-томирлар тизими касаллиги: а) ревматик юрак нуқсонлари компенсация босқичида ёки қон айланиш етишмовчилигининг I-босқичида; б) гипертония касаллигининг I ва II босқичлари; в) нерв системаси касалликлари; г) сурункали нефрит ва пиелонефрит фақат сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар билан ўткир ва сурункали пиелитда қўлланади.

10-а парҳез қон айланиш етишмовчилигининг II ва III босқичларидаги юрак касалликлари, гипертония хасталиги қон айланишининг етишмовчилиги ёки мия қон айланишининг бузилиши билан бирга келганда тавсия этилади.

10-б парҳез асосан юрак, мия ёки бошқа аъзолар томирлари зарарланган артериялар атеросклерози, миокард инфаркти чандиқ ҳосил қилиш босқичида гипертония касаллигида қўлланади.

11-парҳез ўпка силининг пасайиши, зўрайиш босқичи ёки сурункали босқичда ички аъзоларнинг бошқа касалликлари бўлмаганда буюрилади.

12-парҳез ўткир иситма давридаги юқумли касалликлар, ангиналар, операциядан кейинги ҳолатдан (апендэктомиядан) кейин 2—3 кун, меъда резекциясидан сўн 8—9 кун кўрсатма бўйича тайинланади.

13-парҳез сийдикнинг кислотали реакцияси ишқорий ва кальций фосфат тузлари чўкмага тушганда қўлланади.

14-парҳез махсус даво диетасини тайинлашга курсатмалар бўлмаган ва ҳазм аъзолари нормал бўлган турли касалликларда тавсия этилади.

Парҳез меъда ва ичаклардаги операциялардан сунг дастлабки кунлари, шунингдек, эс-ҳуш кирарли-чиқарли булган ҳолатда (мия қон айланишининг бузилиши, калла суяги-мия шикастлари, иситма) кўпи билан 3 кунга белгиланади. Овқат суюқ ва желесимон таомлардан иборат. Соф ҳолдаги сут берилади.

1-парҳез (жарроҳлик) меъда ва ичаклардаги операциялардан сунг 4—5 кун, аппендэктомиядан кейин 2-кун тайинланади.

Сунъий овқатлантириш

Овқатни юта олмайдиган ҳушсиз ёки овқатланишни ўзича истамаган (руҳий касаллиги бўлган) лар учун юқорида курсатилган сует усул кифоя қилмайди. Уларни сунъий овқатлантириш лозимдир. Бунинг учун махсус асбоблар ишлатилади.

Сунъий овқатлантириш турлари:

1. Меъда зонди ёрдамида.
2. Меъда ёки ингичка ичакнинг операцион тешиги (гастростома ёки фистула) орқали.
3. Ҳуқна (ректал) воситасида.
4. Парентерал (меъда-ичакларни четлаб).

Меъда зонди орқали сунъий овқатлантириш қуйидаги ҳолларда қўлланади:

- 1) тил, ютқин, ҳиқилдоқ, қизилўнгач жароҳат натижасида кўп шикастланган ва шишиб кетган бўлса.
- 2) бульбар фалажда (чўзинчоқ миянинг ютиш ва нутқнинг бузилиши билан ўтадиган касалликда);
- 3) марказий нерв системаси хасталикларидagi беҳушлик ҳолатида;
- 4) руҳий бемор овқат емай қўйганда;
- 5) битмаётган меъда ярасида.

Овқатлантириш учун қуйидагилар тайёрлаб қўйилади:

1. Оливасиз (бошчасиз) ингичка меъда зонди ёки 8—10 мм диаметрли шаффоф хлорвинил найча,
2. 200 мл сифимли воронка ёки Жанэ шприци,
3. 3—4 стакан овқат.

Асбоблар қайнатилади ва қайнаган сувда совитилади, овқат эса илитилади. Овқатлантириш қуйидагича амалг



а

б

23-расм. Сунъий овқатлантириш.

а-меъда бурун орқали киритилган зонд ёрдамида; б-гастростома орқали.

оширилади: вазелин суртилган стерил ингичка зонд олиб, беморнинг меъдасига киритилади. Зонд учига воронка кийдирилади, воронкада дагал булакчалари бўлмаган суюқ овқат (сут, қаймоқ, хом тухум, қуюқ бульон, глюкоза эритмаси, какао ва кофе, мева сувлари) қўйилади. Овқатни кичик босимда кунига бир неча марта аста-секин қўйилади. Айрим ҳолларда зонд 2—3 ҳафтагача қолдирилади. Зондни бурун йўллари орқали киритишнинг иложи бўлмаганда уни оғзига киритилади, учини ёпишқоқ пластирь билан юз терисига маҳкамлаб қўйилади (23-расм). Овқат юборилгандан сўнг зондга тоза сув қўйиб, уни овқат қолдиқларидан тозаланади.

Беморни операцион тешик (гастростома) орқали овқатлантириш. Қизилўнғач торайиб ундан овқат ўтмай қолганда пилорус стенозида операция йўли билан меъдадан тешик очилади, шунда унга зонд киритиб, овқат қўйиш мумкин бўлади. Ҳар гал овқатлантиришда юбориладиган овқат миқдори аста-секин ошириб борилади:

1- овқатлантиришда (операциядан кейин 5—6 соат ўтгач) ва ҳафта мобайнида ҳар икки соатда 50—100 мл дан, 8-кундан бошлаб кунига 5—6 марта 150—220 мл дан, 3-ҳафтага келиб ҳар сафар 250—500 мл дан суюқ овқат юборилади ва овқатлантириш сони кунига 4 мартагача камайтиради. Бунда операция қилиб очилган тешик четларининг овқатдан ифлосланмаслигини кузатиб туриш керак, бунинг учун киритилган зондни ёпишқоқ пластирь билан ёпиштириб, овқат берилгандан сўнг ҳар гал тешик атрофидаги тери тозаланади, унга Лассар пастаси суртилади ва қуруқ стерил боғлам қўйилади. Овқатлантиришнинг бундай усулида беморда меъда секрецияси оғиз бушлиғи томонидан рефлектор йўл билан қўзғалмайдиган бўлиб қолади. Агар зонд етарлича кенг ва фистула атрофидаги терининг ҳолати яхши бўлса, бемор овқатни ўзи чайнаб, воронкага туфлаб тушириши мумкин. Шундан сўнг найчани қисиб туриб, воронкага суюқлик (бульон, чой) қўшиш ва аралашмани аста-секин меъдага киритса бўлади. Овқатланишнинг бундай усулида беморга 15-столни тайинлаш мумкин.

Ректал сунъий овқатлантириш — организмнинг суюқликка ва ош тузига эҳтиёжини таъминлаш мақсадида туғри ичак орқали озик моддаларни юборишдир. Кескин сувсизланиб қолишда, қизилўнгач батамом тутилиб қолганда, қизилўнгачда ва меъданинг кардиал қисмидаги операциялардан кейин қўлланади. Бундан ташқари овқатли ҳуқналар диурезни кучайтиради ва организмдан токсинлар чиқарилишига имкон беради. Овқат юборишдан 1 соат олдин ичакларни тулиқ бўшатиш учун тозалаш ҳуқнаси қилинади.

Туғри ичакда 5 фоизли глюкоза эритмаси ва 0,85 фоизли натрий хлорид эритмаси яхши сўрилиши туфайли бу эритмалардан сунъий овқатлантириш учун фойдаланилади. 200—500 мл миқдордаги кичикроқ овқатли ҳуқналарни резина нокчадан юборилади. Суюқлик ҳарорати 37—38°C. Ичак перистальтикасини тўхтатиш учун 5—10 томчи опий настойкаси қўшиб қилинади. Бу муолажа кунига 3—4 марта такрорланади. Кўпроқ миқдордаги суюқлик (1 литргача) томчи усулида, бир марта юборилади.

Овқатли ҳуқналарни тез-тез қилиш тавсия этилмайди, чунки туғри ичак сфинктерини таъсирлантириши ва орқа чиқарув йўлида ёриқлар пайдо бўлиши мумкин. Бу асо-

ратларнинг олдини олиш учун орқа чиқарув йўлини кунт билан ювиш керак.

Парентерал овқатлантириш. Бемор табиий йўл билан овқат истеъмол қила олмаганда (бемор меъда-ичак йўлларида операция қилинганда, шунингдек жуда дармони қуриб, озиб-тузиб кетганда, баданнинг катта жойлари куйганда, кўпдан бери битмаётган катта-катта яраларда) озик моддалари мушак орасига ва венага юборилади.

Қон қуйиш, плазма ва плазма ўрнини босадиган эритмаларни юбориш йўли билан бемор организмнинг оқсиллар, тузлар ва сувга бўлган бир кунлик эҳтиёжини таъминлаш мумкин. Одамнинг қон плазмасидан тайёрланган воситалар — альбумин ва протеин кунига 300—500 мл миқдорда венага, томчи усулида аста-секин юборилади.

Глюкоза организмни углеводлар билан таъмин этади. Унинг 5—10—20—40 фоизли эритмалари тери остига ва венага юборилади. Ҳаммаси бўлиб бир кунда кўпи билан 100 г глюкоза юборилиши мумкин. Организмда ундан тез ва таъсирчан фойдаланиш учун баъзан кичикроқ миқдорда инсулин ҳам юборилади. Беморга витаминларни турли-туман воситалар кўринишида парентерал йўл билан киритиш мумкин. Ёғларни киритиш учун юқори калорияли ёғ эмульсияларидан интралипид ва липофундин қўлланади.

7-бўлим

БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ. ТАНА ҲАРОРАТИНИ ЎЛЧАШ, ИСИТМА

Одамнинг тана ҳарорати доимий бўлиб (арзимас даражада ўзгариб туришини айтмаганда), ташқи муҳит ҳароратига алоқадор эмас.

Терморегуляция деб, организмда иссиқлик ҳосил бўлиши ва иссиқлик чиқаришини бошқариб турадиган мураккаб жараёнларга айтилади. Тана ҳарорати шу туфайли доимий бўлади.

Иссиқлик ҳосил қилиш асосан кимёвий жараёндир. Оксидланиш жараёнлари, яъни организмнинг ҳамма ҳужайралари ва туқималарида, биринчи галда скелет мусқулла-

ри ва жигар ҳужайраларидаги углеводлар, ёғлар ва қисман оқсилларнинг ёниши иссиқлик манбаи бўлади.

Иссиқлик ажратиш асосан физикавий жараён. Организм тинч ҳолатда турганида ўзида ҳосил бўлган иссиқликнинг қарийб 80 фоизини тана сатҳидан иссиқлик сочиш йўли билан, тахминан 20 фоизини нафас чиқариш ва тер ажратишда сувни буғлатиш ва тахминан 1,5 фоизини сийдик ва ахлат орқали йўқотади.

Ташқи муҳитнинг юқори ҳарорати теридаги терморепторларни таъсирлантиради, бунда теридаги капилляр қон томирлар рефлектор равишда кенгайиб, нафас тезлашади. Натижада тери сатҳидан иссиқлик сочилиши, зўр бериб чиқаётган терининг буғланиши ва камроқ даражада нафас йўллари шиллиқ пардасидан иссиқлик сочилиши ҳамда сув буғланиши ҳисобига иссиқлик ажралиши кучаяди.

Ташқи муҳитнинг ҳарорати пасайганда тери рецепторлари таъсирланиб, рефлектор равишда тери капиллярларини торайтиради ва тер безларининг чиқарув йўлларидаги силлиқ мушаклар (мускуллар) спазмга учрайди, бунинг натижасида иссиқлик ажратиш камаяди. Мушакларнинг жадал ишлаши муносабати билан иссиқлик ҳосил булиш жараёнларининг кучайиши, иссиқлик ажратишнинг кучайишига олиб боради. Йилнинг совуқ фаслида зўр бериб ажраладиган иссиқлик ўрнини жадал жисмоний иш бажариш, шунингдек кучли овқат ейиш ёки бир йўла ҳариккаласини қилиш йўли билан қоплаш мумкин.

ТАНА ҲАРОРАТИНИНГ ФИЗИОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Болаларга ҳарорат нормада катталарникидан бирмунча юқори бўлади, чунки уларнинг ўсиши учун зарур оксидланиш жараёнлари жадалроқ боради. Аёлларда жинсий фаолиятнинг даврийлиги муносабати билан оксидланиш жараёнларининг шиддати ой давомида ўзгариб туриши мумкин, бу ҳайз кўриш пайтида баъзан градуснинг бир неча ўнлик улушларигача ҳарорат кўтарилишига сабаб бўлади.

Ҳарорат кун мобайнида градуснинг бир неча ўнлик улушигача ўзгариши оксидланиш жараёнларининг ёши ёки овқат ейиш билан боғлиқ бўлган ўзгаришларига бевосита боғлиқдир. Соғлом одамларда ҳарорат кечқурундагига

нисбатан, одатда эрталаб градуснинг ундан бир неча улушигача паст бўлади. Ҳарорат қаердан улчанганига қараб кўрсаткичлар ҳам ҳар хил бўлади. Чунончи, оғиз бўшлиғи, қин, тўғри ичак шиллиқ пардасининг ҳарорати қўлтиқ ва чов соҳалари терисининг ҳароратидан $0,2-0,4^\circ$ юқоридир. Катта одамнинг қўлтиқ соҳасида ўлчанган ўртача ҳарорати $36,5-37^\circ$ га тенг деб қабул қилинса, болаларда у $0,5-1^\circ$ юқори ($37-37,5^\circ$), кексаларда эса пастроқ ($35,5-36,5^\circ$) бўлади.

Бироқ ҳароратнинг физиологик ўзгаришлари нима-ларга боғлиқ бўлишидан қатъий назар, нормада 1° дан ошмаслиги керак.

Термометр

Тана ҳароратини улчаш учун Цельский бўйича даражаланган максимал тиббий термометрдан фойдаланилади. Шкаласи 34 дан 42° гача даражаларга булинган. Резервуар ва термометр капилляр найчасининг озроқ қисмини тўлдириб турган симоб исиганда ҳажми кенгайди, шунинг натижасида капиллярлардаги симоб устуниси секин кутарилади. Иситиш тўхтагандан сўнг симоб резервуарга ўзича қайта олмайди, чунки резервуар тубига кавшарланган ва юқори учи билан капиллярга чиқадиган штифт бунга тўсқинлик қилади. Совутилгандан сўнг бир неча марта силкитилгандан кейингина, симобни резервуарга қайтариш мумкин. Ҳали совимаган термометрни силкитилгандан капиллярдаги симоб устунчаси майда бўлакчаларга парчаланиб кетиши мумкин, буни такрор силкитиш йўли билан бартараф этилади.

Термометр сақланадиган стакан тубига бир қават пахта қўйилади ва стаканнинг $1/3-1/2$ ҳажмигача 70° спирт, Каретников эритмаси (1 л дистилланган сувга 12 г натрий гидрокарбонат, 15 г формалин ва 3 г карбол кислота қўшилган эритма) ёки дезинфекция қиладиган бошқа бирор эритма тўлдирилади. Ҳароратни ўлчаб бўлгандан сўнг термометрни синдириб қўймаслик учун эҳтиёт қилиб, пастки учи билан стаканга солиб қўйилади.

Силкитганда термометрнинг қўлдан сирғалиб чиқиш кетмаслиги учун юқори учига резина қалпоқча кийдирилади.

Ҳароратни ўлчаш тартиби

Ҳарорат асосан қўлтиқдан, камроқ ҳолларда чов бурмасидан ўлчанади. Қоқ суяк бўлиб қолган беморларда ва чақалоқларда ҳароратни тўғри ичакдан ёки оғиз бўшлиғидан ўлчаш мумкин. Ҳарорат ўлчанадиган жойларда яллиғланиш жараёни (терининг қизариши, бир оз шишиши) бўлмаслиги керак, чунки бундай жойда ҳарорат баланд булади.

Ҳароратни ўлчашдан олдин қўлтиқ соҳаси ёки чов бурмаси қуруқ қилиб артилади, чунки нам бўлса, курсаткичлар паст чиқади. Дезинфекция қилинган қуруқ термометр силкитилиб, симоб устунчаси шкаладан пастга тушиб кетганлигига ишонч ҳосил қилинганч, термометрни симоб резервуари терига ҳамма томондан тегиб турадиган қилиб, пастки учи билан қўлтиқ соҳасига қўйилади. Бемор қўлини кўкрагига яқинлаштириб термометрни қўлтиғида қисиб туради. Беҳуш ётганлар, нотинч беморлар ва ёш болаларнинг қўлини ҳамшира ушлаб туради.

Ўлчаш вақтида бемор қимирламай ўтириши ёки ётиши керак. Ухлаб ётганда ҳароратни ўлчаш мумкин эмас, чунки термометр сирғаниб тушиши ва бемор беҳосдан уни босиб олиши, бундан ташқари унинг кўрсаткичлари ҳақиқий кўрсаткичлардан паст бўлиб қолиши мумкин.

Чақалоқларда ҳарорат чов бурмасидан ёки тўғри ичакдан ўлчанади. Термометрни чов бурмасига қўйиб, оёқни чаноқ-сон бўғимидан букилади. Термометр резервуарига вазелин суртилади ва орқа чиқарув йўлига 2—3 см киритилади. Ўлчаш вақтида думбаларни қисиб туриш лозим. Термометрни чиқариб олгандан сўнг уни тозалаб ювилади ва дезинфекция қилинади.

Оғиз бўшлиғидан ўлчаш учун термометр резервуарини тилнинг пастки юзаси билан оғиз бўшлиғи тубининг орасига қўйилади. Бемор оғзини юмиб термометрни тутиб туради.

Қўлтиқ ва чов соҳасидан ҳароратни ўлчаш муддати 10 дақиқа, бўшлиқлардан ўлчаш муддати 5 дақиқа.

Касалхонада ҳарорат ҳамма беморларда эрталаб соат 7 дан 9 гача, кечқурун соат 17 дан 19 гача ўлчанади. Баъзан кунига 3—4 марта ёки ҳар 2 соатда ўлчаш талаб этилади, чунки ҳарорат кўтариладиган вақт ҳамма беморларда ҳам уни одатдаги ўлчаш вақтига мос келавермайди. Олинган

маълумотлар касаллик тарихига ёзиб борилади. Бундан ташқари, ҳар бир беморга ҳарорат варақаси тутилиб, уни касаллик тарихига қўшиб қўйилади. Ҳар бир ўлчаш натижасини шу варақча ёзиш, сўнгра касаллик тарихига кўчириш керак.

Яллигланиш жараёни ёки юқумли касаллик сабабли кўтарилган ҳароратни терморегуляциянинг бузилиши (иссиқликни идора қиладиган марказлар неврози) натижасида ҳарорат кўтарилишидан тахминан бўлса-да, фарқ қилиш учун амидопирин (пирамидон) синамаси қилиб кўрилади. Ўриндан турмай ётадиган бемор ҳарорати 3 кун мобайнида соат 6 дан 21 гача ҳар соатда ўлчаб борилади. Текширишнинг 2-кунда унга 0,5 фоиз амидопирин эритмаси, эрталаб соат 6 дан 60 мл, сўнгра ҳар соатда (соат 21 гача) 20 мл дан берилади. 3 кунгача ҳар соатда олинган термометрия маълумотлари аниқ қилиб алоҳида ёзиб борилади. 1- ва 3- кундаги ўлчашлар 2-кундаги ўлчашга қиёс қилиб олинади. 2-кун амидопирин қабул қилинган кун агар ҳарорат пасайса, инфекция ёки яллигланишга гумон қилиш мумкин, агар у 1- ва 3-кундагидек бўлиб қолаверса, гумон йўқолади.

Иситма деб, организмнинг узғариш жараёнида касб этган мослашиш реакциясига айтилади. Бу реакция инфекция ёки туқималарнинг парчаланиш маҳсулотларидек кучли таъсиротларга жавобан тана ҳароратининг кўтарилиши билан намоён бўлади.

Микроблар ва улар ажратадиган маҳсулотлар (микроб пирогенлар), бир томондан, иссиқликни бошқарадиган нерв марказларига таъсир кўрсатиб, уларнинг қўзғалишига сабаб бўлса, иккинчи томондан, оқ қон таначаларини (нейтрофилларни) таъсирлантиради, улар бунга жавобан ўз пирогенларини ишлаб чиқариб, қонга ажратади. Бу пирогенлар инфекцияга қарши фаол курашади.

Худди шунга ўхшаш вирус инфекциясига жавобан организмда интерферон ишлаб чиқарилади. Ҳужайралар томонидан ҳимоя моддалар (пирогенлар, интерферон) ишлаб чиқариш жараёни кўп қувват сарфланишини талаб қилади ва иситмадагина рўй бериши мумкин, тана ҳарорати нормал бўлганда эса бу жараён тўхтайд.

Шундай қилиб, иситма касаллик вужудга келган шароитларда организмнинг тирик қолишини маълум дара-

жада енгиллаштиради. Врачларга қадимдан маълум бўлган усул—иссиқ тутиб даволашнинг яхши кор қилиши ана шундан далолат беради.

Бирок, юқори иситма ҳар бир касалликда организмга фойдали бўлавермай, балки ёмон таъсир кўрсатиши ҳам мумкин. Шунга кўра, иссиқни туширадиган воситаларни қўллашнинг урни бор-йўқлигини ҳар бир ҳолда пухта ўйлаб кўриш керак. Келиб чиқиш сабабига кўра, инфекцион ва инфекцион бўлмаган иситмалар фарқ қилинади. Иситманинг кейинги хили шикастланган тўқималарга дори сури-лаётганда, қон қуйилганда, организмга ёт нарса тушган-да, марказий нерв тизими шикастланганда, одам захар-ланганида кузатилади.

Иситма турлари. Иситмалар нечоғлик баландлиги, қанча давом этиши ва ҳарорат қай тариқа ўзгариб туришига қараб фарқ қилинади.

Баландлигига қараб субнормал ($35-36^{\circ}$), нормал ($36-37^{\circ}$) ва субфебрил ($37-38^{\circ}$) ҳарорат тафовут қилинади. Ҳароратнинг 38° дан ошиши иситма деб, шу билан бирга 38° дан 39° гача кўтарилиши ўртача, 39° дан 42° гача етиши юқори ва $42-42,5$ гача ошиши ўта юқори иситма деб ҳисоб-ланади.

Иситма қанчалик узоқ давом этишига қараб: 1) тез ўтиб кетадиган — бир неча соатдан 1—2 кунгача давом этадиган; 2) ўткир — 15 кунгача; 3) ўртача ўткир—45 кунгача; 4) чўзиладиган ва сурункали—45 кундан кўп давом этадиган иситмаларга бўлинади.

Ҳароратнинг ўзгаришига қараб, иситманинг қуйидаги турлари фарқ қилинади.

1. Доимий иситма баланд бўлиб, узоқ давом этади, ҳарорат кунига 1° дан кўп ўзгармайди. Тошмали терлама ва ичтерлама ҳамда зотилжам (ўпканинг крупоз яллиғланиши) учун хос.

2. Бушаштирадиган иситма — febris remittens—ҳарорат суткасига 1° дан кўп ўзгариб, 38° дан паст тушиб туради. Йирингли жараёнларда, ўпканинг учоғли яллиғланишларида кузатилади.

3. Тинкани қуритадиган ёки гектик иситма — febris hectica — узоқ давом этадиган иситма бўлиб, бунда ҳарорат кунига $4-5^{\circ}$ ўзгариб туради ва нормал ёки субнормал рақамларгача тушади. Упка силинини оғир хилида, сепсисда

(қон зарарланганда), яллиғланиш касалликларида қайд қилинади.

4. Норасо иситма — febris inversa — хусусияти ва даражасига кўра гектик иситмага ўхшаб кетади-ю, лекин ҳарорат эрталаб максимал, кечқурун эса нормал бўлади. Бу ҳам сил ва сепсиснинг оғир турларида учрайди.

5. Атипик иситма — febris irregularis — муддатнинг нотайинлиги ва ҳароратнинг кун давомида нотўғри ва турли-туман ўзгариб туриши билан таърифланади.

6. Ўзгариб турадиган иситма — febris intermittens безгакда бўлади. Ҳароратнинг хусусияти ва ўзгариш даражасига кўра гектик иситмага ўхшайди, лекин ҳароратнинг баланд бўлиб туриши, бир соатдан бир неча соатгача давом этиши мумкин, ҳарорат кутарилиши ҳар кун эмас, безгак сабабчисининг хилига қараб кунора, икки кунда бир марта такрорланиб туради.

7. Қайталама иситма — febris recurrens — бир неча кун давом этадиган баланд иситма даврларининг иситмасиз даврлар билан қонуний алмашилиб туришидир. Қайталама терлама учун хос.

8. Тўлқинсимон иситма — febris undulans — ҳарорат аста-секин юқори рақамларгача кутариладиган даврларнинг аста-секин субфебрил ёки нормал рақамларга тушадиган даврлар билан алмашилишидир. Бруцеллёз ва лимфогранулематозда кузатилади.

Ҳарорат эгри чизигининг кўриниши аксарият касалликни аниқлаш имконини берибгина қолмай, балки унинг келгусида қандай ўтиши тўғрисида тахминий фикр юриштишга ҳам ёрдам беради.

Масалан, ўпканинг учоғли яллиғланишида атипик ҳарорат эгри чизиги гектик иситма билан алмашинса, асорат бор, ўпкада йирингланиш бошланаяпти, деб гумон қилиш керак.

ИСИТМАЛАЁТГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Иситманинг ўтиши уч даврга бўлинади: ҳарорат кутарилиши, максимал даражага чиқиши ва пасайиши. Бу даврларда ҳар бирининг ўз клиник кўриниши бор, шунга кўра беморларни парвариш қилишнинг ҳам ўзига хос хусусиятлари бўлади.

Ҳароратнинг кутарилиш даврида иссиқлик ҳосил қилиш иссиқлик йўқотишдан устунлик қилади. Бу давр бир неча соат, бир неча кун ва ҳатто ҳафталаргача давом этиши мумкин. Бемор ҳароратининг тез кутарилишини анча оғир утказади: қалтираб, эти увишади, аъзойи бада-ни оғриб, қақшайди. Уни иситиш: иссиқ қилиб ураб-чир-маш, иситгич қуйиш, иссиқ ичимликлар (чай, кофе) ичириш керак.

Ҳарорат максимал кутарилган даврда иссиқлик йўқо-тишнинг кучайиши билан иссиқлик ҳосил қилишнинг кучайиши нисбий мувозанатда бўлади. Бу давр бир неча соатдан бир неча ҳафтагача давом этади. Иссиқликнинг бузилишидан ташқари, иситмада барча аъзолар ва тизим-лар фаолиятининг бузилишига алоқадор ҳодисалар куза-тилади. Биринчи навбатда моддалар алмашинуви бузила-ди: бир томондан иситмалаш кучаяди, иккинчи томондан эса ҳазм ҳамда сўрилиш функцияси ва иштаҳанинг пасай-иши туфайли организмга озикли моддалар тушиши кама-яди. Бунда эса организмнинг ўзидаги туқималар: жигар углеводлари, ёғ клетчаткасининг ёғлари оксидлана бош-лайди. Оқсиллар парчаланишга учрайди. Беморнинг тин-каси қуриydi. Ҳарорат қанчалик юқори, қанчалик узок давом этадиган ва кўп ўзгарадиган бўлса, бемор шунча-лик дармонсизланади.

Организмни қувватлантириш, шунингдек унинг инфек-цияга қаршилигини ошириш учун беморни кўп ва яхши таомлар билан овқатлантириш зарур. Меъда-ичак йўллари функциясининг етарли эмаслигини назарда тутиб, исит-малаётган беморга юқори калорияли ва осон ҳазм бўлади-ган суюқ ва ярим суюқ овқатлар бериш лозим.

Иштаҳанинг анча пасайиб кетганлигини ҳисобга олиб овқатни тез-тез, кунига 6—7 марта бериш, бунинг учун ҳарорат бирмунча пасаядиган пайтдан (кечқурун ва ҳатто тунда) ҳам фойдаланиш зарур.

Бироқ моддалар алмашинувининг бузилиши иситма кучайишидан бўлибгина қолмай, балки нотўлиқ алмаши-нув маҳсулотлари, шунингдек микроб заҳарларининг (агар бу инфекция иситма бўлса) организмга кенг тарқалиб, ҳужайра ва туқималарнинг заҳарланишини ҳам ўз ичига олади. Буйраклар фаолияти пасайганлиги сабабли, заҳар-ли маҳсулотлар чиқарилиши сусайиб кетади. Беморлар иситманинг бу даврида кўп чанқайдилар. Шунга имкон

борича кўпроқ суюқлик киритиш билан заҳарли моддаларни организмдан чиқариб ташлаш зарур. Ҳар 20—30 дақиқа касалга оз-оздан суюқлик ичириш керак. Суюқлик билан бирга С ва А витаминларини киритиш тавсия қилинади, чунки иситмада уларнинг алмашинуви бузилиб, уларга булган эҳтиёж эса ошади. Шу мақсадда сабзавот, мева ёки данакли меваларнинг сувлари ёки морселари, мева қоқиси, биринчи галда, наъматак дамламаси, сут, чой, минерал сувларни ичириш фойдали. Сульфаниламид препаратлар билан даво қилинаётган ҳолларда суюқлик киритиш алоҳида аҳамият касб этади, чунки бу препаратлар буйраклар орқали чиқарилади ва буйрак каналчаларида чуқиб қолиши мумкин. Ишқорли ичимликларни (содали сут) куп миқдорда ичириш йули билан ана шу кунгилсиз асоратнинг олдини олса бўлади. Иситмалаётган бемор организмга кўп суюқлик киритиш билан қондаги зарарли моддалар концентрацияси камайтиради.

Овқатда туз миқдорини чегаралаш сийдик ажралишининг кучайишига ва яллиғланиш жараёнининг камайишига шароит яратади.

Нерв системасининг чала оксидланган маҳсулотлар ва микроб заҳарларидан заҳарланиши одатда бош оғриши, уйқусизлик, тезда чарчаш ва шу кабилар билан намоён бўлади. Бироқ, эс-хушнинг кирди-чиқди булишдан, то бутунлай йўқолишигача бориб етадиган бирмунча оғир ҳодисалар ҳам кузатилади. Бемор бесаранжом бўлиб қолади, ўзига қаттиқ шикаст етказиб қўйиши, алаҳлаб бўлимдан чиқиб кетиши ва ҳатто деразадан ўзини ташлаб юбориши мумкин. Буни ўз вақтида аниқлаш ва беморни психиатр ихтиёрига ўтказиб, хато қилмаслик керак. Бундай беморни парвариш қилишда ходимлар ғоят хушёр бўлишлари жуда муҳим: беморни имкони борича бошқалардан ажратиш ва унга ҳамшира қараб туриши керак. Бундай бемор каравотининг ён томонига тўр тутиб қўйилади.

Иситмалаётган беморларда сўлак етарлича ажралмаслиги туфайли, купинча уларнинг оғиз шиллиқ пардаси куриб қолади, лаблари ва тили пўст ташлаб ёрилади. Бундай беморнинг оғиз бўшлиғини парвариш қилиш, унинг тишларини артиш ва оғиз бўшлиғини чайиш, сўнгра лаб ва тилидаги ёриқларга вазелин мойи ёки глицериндаги 10 фоиз бура эритмасини суртиш керак.

Ичак функцияси бузилганда қабзият ва ич кетиши кузатилиши мумкин. Тиббиёт ҳамшираси ўзининг ҳамма кузатувлари ҳақида шифокорга хабар қилиб туриши лозим.

Терини парваришлаш беморда ёқимсиз сезгиларни камайтиради ва тери сатҳидан ажралиб чиққан алмашинув маҳсулотларини йўқотиб, шу тариқа тер ажратиш фаолиятини кучайтиради. Терлашни кучайтириш мақсадида баъзан ванналар, иссиқ қилиб ураб-чирмаш буюрилади ва ҳоказо.

Иситмада юрак-томир системаси ва нафас функцияларининг бузилиши ҳарорат кутарилишига пропорционал равишда артериал босимнинг пасайиши, пульс ҳамда нафаснинг тезлашиши билан намоён бўлади. Ҳароратнинг 1° гача ошиши пульснинг ҳар дақиқада ўрта ҳисобда 8—10 марта тезлашишига (ич терлама ва менингит бундан мустасно) сабаб бўлади, деб ҳисобланади. Тиббиёт ҳамшираси беморни кузатишда унинг пульси ва нафасига қараб аҳволини аниқлай олиши ва шунга яраша унга диққат-эътиборини кучайтириши лозим.

Иситма максимал чўққига чиққан даврда ҳамшира биринчи навбатда беморни тинчлантириши, физикавий (муз халталар, совуқ сувга ҳўлланган сочиқ, вентилятор ва бошқалар), кимёвий (баданни қизаргунча сув-спирт, ароқ-сув, одеколон-сув ва бошқалар билан ишқалаш) омиллар ва иситмани туширувчи дори-дармонлардан (литик аралашма сифатида) фойдаланиб, иситмани туширишга ҳаракат қилиши керак. Шифокор кўрсатмасига биноан симптоматик даво чоралари ҳам олиб борилиши шарт.

Ҳароратнинг пасайиш даврида иссиқлик ҳосил қилиш камайган, иссиқлик йўқотиш эса ошган бўлади. Ҳароратнинг тез, бир неча соат ичида тушиши *кризис*, бир неча кун мобайнида аста-секин пасайиши *лизис* дейилади.

Ҳарорат сусайиши, айниқса критик пасайишда аксарият юрак-томирларнинг ўткир етишмовчилиги юз бериши сабабли бемор жуда оғир аҳволга тушади, бундай вақтда ёрдам кўрсатилмаса, ўлим содир бўлади.

Ҳарорат пасайиши кўп терлаш билан ўтиб, пульс ва нафас тезлашмаса, эс-хуш жойига келса, иситмадан бемор саранжомланиб, ухлай олмаган бемор уйқуси яхшиланса, кризис ўтиб кетиши мумкин.

Бирок, кризиснинг кечиши бошқача тус олиши ҳам мумкин. Ҳарорат тез пасайиб, нормал даражадан ҳам тушиб кетиши, бемор аҳволининг тусатдан ёмонлашишига сабаб бўлади. Бемор дармонсизлик, ташналик, совқотиш, эт жунжикишидан шикоят қилади. Унинг териси оқаради, сўнгра кўкаради, баданини совуқ тер босади, оёқ-қўллари совқотади. Артериал босим пасаяди, пульси тез ҳамда кичик («ипсимон»), нафаси тез ва юзаки бўлади. Қорачиқлари кенгаяди. Уткир томир етишмаслиги—коллапс авж олиб, ўлим содир бўлиши мумкин.

Шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш: кофеин, камфора, стрихнин, мезатон, адреналин юбориш зарур. Миянинг қон билан таъминланишини яхшилаш учун беморнинг бошидан ёстигини олиб, каравотнинг оёқ томонини эса 30—40 см га кўтариб қўйиш керак. Беморни иситгич билан иситиш, унга иссиқ чой, кофе ичириш лозим. Мана шу тадбирлар бажарилиб бемор аҳволи яхшилана бошлаганидан сўнг унинг ич кийими, чойшабини алмаштириш зарур. Аҳволи яхшиланмаса, инъекциялар такрорланади ва томчи усулида венага глюкоза билан норадреналин юборилади.

Пульсни аниқлаш

Пульс деб, томирлар деворининг юрак ҳайдайдиган қон ҳаракати натижасида келиб чиқадиган турткисимон тебранишларига айтилади. Чап қоринча томонидан аортага ритмик ҳайдаладиган қон артериал оқим ичида тебранишлар ҳосил қилади ва артериялар деворининг чўзилишига ва кучайишига олиб келади. Пульс унинг частотаси, ритми, таранглиги ва тўлиқлиги билан белгиланади.

Пульс нормада минутига 60 дан 80 гача ўзгариб туради. Пульс кенг чегараларда ўзгариб туриши ва унинг тезлиги ёшга, жинсига, тана ва ташқи муҳит ҳароратига, шунингдек жисмоний ҳаракатга боғлиқ. Энг тез пульс ҳомиланинг она қорнидаги даврида ва бола ҳаётининг дастлабки йилларида қайд қилинади. 25 дан 60 ёшгача пульс барқарор бўлиб қолади.

Аёллар пульси эркакларга нисбатан тездир. Мускул иши қанчалик кучли бўлса, пульс шунчалик тез бўлади.

Пульс артериялар юза жойлашган ва бевосита пальпация қилиш қулай жойларда текширилади (24-расм). Пульсни пайпаслаш жойи асосан билак артериясидир. Пульсни



24-расм. Томир уришини (пульсни) аниқлаш.
 а-билак артериясидан; б-чакка артериясидан; в-уйқу артериясидан аниқлаш.

чакка артерияларида, уйқу ва сон артерияларида пайпаслаб куриш мумкин. Пульс одатда билакнинг кафт юзаси-

да, I бармоқ асосида, билак артериясида аниқланади. Мускуллар ва пайлар таранглиги пайпаслашга халақит бермаслиги учун бемор қўли бўш қўйилиши керак. Билак артериясида пульсни текширишни албатта иккала қўлда ўтказиш лозим ва пульс хоссаларида фарқ бўлмагандагина кейинчалик уни бир қўлда текшириш мумкин. Бемор панжаси ўнг қўл билан панжа бўғими соҳасида бўшгина ушланади ва ўнг қўл билан текширилувчининг юраги сатҳига қўйилади. Бунда I бармоқни тирсак томонига, II, III ва IV бармоқларни эса билакка, бевосита билак артериясига қўйилади. Нормада бармоқ остида юмшоқ ва қайишқоқ пульсация сезилади. Текширувчи кишининг IV бармоғи беморнинг V бармоғи рўпарасида туриши керак. Пульсация қилаётган артерияни учала бармоқ билан пайпаслаб, уни билак суягининг ички томонига босилади. Артерияни қаттиқ босмаслик керак, чунки босим таъсирида пульс тўлқини йўқолиши мумкин. Агар бирор сабабга кўра билак артериясида пульсни аниқлаб бўлмаса, пульсни чакка ёки уйқу артериясида текширилади.

Пульснинг тезлашуви *тахикардия*, сийраклашиши *брадикардия* дейилади. Тахикардияда ҳам, брадикардияда ҳам турли-туман асоратларнинг олдини олиш учун беморларни диққат билан кузатиш зарур.

Томир уришини камида 30 сония ичида санаш лозим. Бунда олинган рақам 2 га кўпайтирилади. Аритмик пульсда санаш 1 дақиқа ичида ўтказилади. Чап қоринчанинг айрим қисқаришлари жуда суст бўлиб, пульс тўлқин перифериягача етмайдиган ҳолларда пульс танқислиги (дефицити) пайдо бўлади (периферик пульс частотаси ва юрак қисқаришлари уртасидаги фарқ). Бунда пульсни икки киши санаши лозим, билак артериясидаги пульс ва юрак қисқаришлари саналади. Пульс турткилари бир хил вақт ичида бирин-кетин келса, тўғри ритм ёки ритмик пульс дейилади. Акс ҳолда нотўғри — аритмик пульс кузатилади.

Соғлом одамларда пульснинг кўпинча нафас олишда тезлашуви ва унинг нафас чиқаришда секинлашуви — нафас аритмияси қайд қилинади, бу адашган нерв тонусининг ўзгаришига боғлиқ бўлиб, кўпинча болалик ва ўсмирлик ёшида пайдо бўлади. Электрокардиография усули буйича аритмияларнинг ҳамма турлари бирмунча яхши аниқланади.

Пульс тезлиги пульс тўлқинининг ошиш ва пасайиш хусусияти билан белгиланади.

Пульс таранглиги пульс тўлқинининг тарқалишини тухтатиш учун зарур куч билан белгиланади. Пульс таранглигининг даражаси бўйича максимал артериал босимнинг катта-кичиклиги туғрисида тахминий хулоса чиқариш мумкин, у қанчалик юқори бўлса, пульс шу қадар таранг бўлади.

Пульс тўлиқлиги пульс тўлқинини ҳосил қиладиган қон миқдори билан белгиланади ва юракнинг систолик ҳажмига боғлиқ бўлади. Тўлиқлиги яхши бўлганда бармоқ остида юқори пульс тўлқини сезилади, ёмон бўлганда — пульс кучсиз, пульс тўлқинлари кичик, аранг билинади. Бу юрак мушаги иши заифлашганидан дарак беради. Ипсимон дейиладиган, аранг билинадиган пульс айниқса ёмон аломат ҳисобланади. Ҳамшира беморда ипсимон пульсни аниқлаш билан тезда шифокорга хабар бериши керак.

Сунгги йилларда пульсни узоқ вақт ва узлуксиз текшириш учун махсус аппаратлар — пульсотахометрлар, мониторлар қўлланилмоқда, улар пульсни ҳисоблаб ёзиб боради, бу эса узоқ муддатга чузиладиган операцияларда ниҳоятда муҳимдир.

Пульс туғрисидаги маълумотлар ҳарорат варақасида қайд қилинади. Ҳарорат ўзгариши пульснинг ҳам ўзгаришига олиб келади. Шунинг учун пульс туғрисидаги маълумотларнинг график тасвири муайян аҳамиятга эга.

Артериал босимни аниқлаш

Артериал босим систола ва диастола вақтида томирлар деворига тушадиган қон босимидир. Уни соғлом одамларда ҳам, юрак-томирлар системасига баҳо бериш мақсадида ўлчанади. Артериал босим юракдан отилиб чиқадиган қон миқдорига, қон оқимиغا, умумий периферик томирларнинг нечоғлиқ қаршилиқ кўрсатишига, томирлар деворининг эластиклигига боғлиқ. Систолик (максимал), диастолик (минимал) артериал босим ва пульс артериал босими фарқ қилинади.

Систолик босим — артериал системада чап қоринча систоласидан кейин пайдо бўладиган пульс тўлқини максимал кўтариладиган вақтдаги босимдир. Диастолик босим эса юрак диастоласи охирида, пульс тўлқини тушган

вақтда юзага келади. Систолик ва диастолик босим ўрта-сидаги фарқ пульс босими дейилади.

Артериал босимни улчаш юрак-томирлар ва нафас тизими касалликларида қўлланиладиган муҳим ташхисий усул ҳисобланади. Соғлом, катта ёшли одамларда артериал босимнинг нормал рақамлари қатор сабабларга айниқса ёшга, нерв системаси ҳолатига, сутка соатларига ва шунга ўхшашларга кўра ўзгариб туради. Систолик босим 120 дан 140 мм гача, диастолик босим 70 дан 90 гача симоб устуни атрофида ўзгариб туради. Эрталаб артериал босим 5—10 мм симоб устунига паст бўлади.

Артериал босимни улчаш учун турли хил мосламалар ишлатилади. Симобли сфигмоманометр (Рива-Роччи) манометр, манжетка, нокча-баллон ва асбоб қисмларини ўзаро туташтирадиган резина найчалар тизимидан иборат. Асбоб қопқоғига монтаж қилинган манометр шиша найчали бўлиб, унинг пастки учи симоб солинадиган, сифими 15—20 мл ли шиша резервуарга кавшарланган. Манометр миллиметрли бўлинмалари (0 дан 250 мм га гача) бўлган шкалага уланган. Шиша найчадаги симоб даражаси 0 га қўйилади. Манжетка—эни 12—14 см ва узунлиги 30—50 см ли ичи бўш резина қопчиқдир. Қопчиққа қалин дағал матодан ғилоф кийдирилган, бу резина қопчиққа ҳаво киритишда унинг чўзилиб кетмаслиги, фақат текширилаётган одамнинг қўлини босиб туриш учун хизмат қилади. Ҳаво уни ташқаридан киришига йўл қўядиган ва ташқарига чиқишига тўсиқлик қиладиган клапани бўлган қалин деворли резина баллон ёрдамида ҳайдалади. Симоб солинган резервуардан нокча-баллонга ва манжеткага бириктирувчи резина найчалар ўтган.

Пружинали манометри бўлган аппаратлар — *тонометрлар* дейилади. Бунда артериал босим пружина қаршилиги кучи билан ўлчаниб, бу куч миллиметрли бўлинмалари бўлган циферблат бўйлаб ҳаракатланадиган стрелкаларга ўтади.

Артериал босим билвосита усул (Коротков усули) билан ўлчанади. Бу усул манжеткадаги ҳаво босимини аста-секин пасайтиришга ва бу босим даражасини Коротков тонлари пайдо бўлган ва йўқолган пайтларда қайд қилишга асосланган. Артериал босим маълум соатларда, яхшиси эрталаб, тушки овқатгача, муайян тана вазиятида, имкон борича бир хил уртгача ҳаво ҳароратида ва нормал атмос-

фера босимида ўлчанади. Агар бемор чарчаган ёки кўзғалган ҳолда бўлса, босимни ўлчамаслик дозим.

Артериал босимни елка артериясида ўлчаш усули. Артериал босимни ўлчаш вақтида текширилаётган одам тинч ўтириши ёки ётиши, гаплашмаслиги ва ўлчашни кузатиб турмаслиги керак. Беморнинг яланғочланган қўлига тирсак бўғимидан 2—3 см юқорига манжеткани сиқмасдан у билан тери орасида фақат битта бармоқ сиғадиган қилиб ўралади ва маҳкамланади. Текширилаётган кишининг қўлини қулай вазиятда, кафтини юқори томонга қаратиб қўйилади. Тирсак бўғимида елка артерияси топилади ва пульсни аниқлаш учун уни тақиб, бироқ босмасдан фонендоскоп қўйилади. Сўнгра баллон билан аста-секин ҳаво берилиб, у айна вақтда манжеткага ҳам, манометрга ҳам тушади. Ҳаво босими остида манометрдаги симоб шиша найчага кўтарилади. Шкаладаги рақамлар манжеткадаги ҳаво босимини, яъни елка артериясининг юмшоқ тўқималар орқали қандай куч билан босилганини кўрсатади.

Ҳаво беришда эҳтиёт чораларига амал қилиш керак, чунки симоб кучли босим остида найчадан чиқиб кетиши мумкин. Манжеткага аста-секин ҳаво ҳайдаб, товуш йўқоладиган вақт белгиланади. Сўнгра баллон олдидаги вентилни бироз очиб, манжеткадаги босим аста-секин туширилади. Манжеткадаги босимга қарши босим систолик босим миқдорига етганда бирмунча қаттиқ қисқа товуш—тон эшитилади. Симоб устунчасидаги рақамлар систолик босимни кўрсатади. Манжеткадаги босимнинг бундан кейинги пасайишида эшитилган тонлар пасаяди ва аста-секин йўқолади. Тон йўқолган вақтда манжеткадаги босим минимал бўлиб, бу диастолик босимга мос келади. Манжетдаги рақамлар минимал босимни ифодалайди.

Беморнинг босими паст бўлганда томирларни шикастлантирмаслик ва артериал босим кўрсаткичлари туғрисида бирмунча аниқ маълумотлар олиш учун манжеткага ҳаво аста-секин киритилади. Тонларнинг биринчи марта пайдо бўлиши диастолик босимни кўрсатади. Манжеткадаги босим кўтарилганда тонларнинг йўқолиш пайтида рақамлар систолик босимни кўрсатади.

Артериал босимни осциллятор усул билан ҳам ўлчаш мумкин: бу пружинали манометр стрелкасининг тебранишлари устидан кузатишдан иборат. Манжеткага елка артерияси тўлиқ босилгунча ҳаво ҳайдалади, сўнгра вен-

тилни очиб, ҳавони аста-секин чиқара бошланади ва қоннинг дастлабки порциялари артерияга тушиб, осцилляциялар, яъни систолик артериал босимни кўрсатадиган стрелканинг тебранишларини беради. Манометр стрелкасининг тебранишлари аввалига кучаяди, сўнгра аста-секин камаяди, бу минимал босимга мувофиқ.

Турли-туман касалликларда артериал босим ўзгариб, нормадан ё ошиб кетиши (**гипертония**) ёки пасайиб кетиши (**гипотония**) мумкин.

Гипертония — гипертония касаллигида, нефритда (буйраклар яллиғланиши) ва ички секреция безларининг айрим касалликларида кузатилади. Бунда систолик босим 200—250 мм симоб устунига чиқади.

Гипотония — коллапс ва шокда, юқумли касалликларда, бронза хасталигида ва баъзи бир бошқа касалликларда кузатилади.

Болаларда артериал босим ёши қанча кичик бўлса, шунга мос равишда шунча паст бўлади. Ёши улғайган сари томирлар тонусининг ортиб бориши, юрак мускул қаватининг кучга тўла ва ҳаётий жараёнларнинг тезлашуви натижасида артериал босим ҳам кўтарилиб боради.

Мақтаб ёшидаги болаларда артериал босим махсус манжеткали тонометрларда ўлчанса, чақалоқлар ва эмицикли болаларда формулалар ёрдамида аниқланади.

Нафас олиш сонларини санаш

Нафас организмга кислороднинг узлуксиз тушиб туришини ва карбонат ангидрид гази ва сув буғлари ажралиб чиқишини таъминлайдиган асосий ҳаётий жараёндир.

Газ алмашинуви жараёни ташқи ва ички нафас ёки тўқима нафасидан ташкил топади.

Нафас турлари — кўкрак қафасининг ўлчовлари қайси йўналишда ўзгаришига қараб, нафаснинг кўкрак, қорин ва аралаш турлари фарқ қилинади. Кўкрак туридаги нафас аксари аёлларда учрайди. Нафас олишнинг турида кўкрак бўшлиғининг ҳамма йўналишларида бир меъёردа кенгайиши, ўпканинг ҳамма қисмларида вентиляцияни таъминлайди. Нафас турлари ташқи ва ички муҳитнинг жуда кўп турли-туман таъсири натижасида юзага келади ва ўзгаради.

Нафас ҳаракатлари тезлиги — катта одамда ҳар дақиқа ўрта ҳисобда 16—20 та бўлади. Соғлом кишиларда унинг узгариши жуда кўп сабабларга: ёшга (янги туғилган чақалоқларда минутига 40—45 нафас, 1—2 ёшли болаларда минутига 30—40 нафас); жинсга (аёлларда эркакларга нисбатан минутига 2—4 нафас кўпроқ); тананинг вазиятига (ётган ҳолатда минутига 14—15 нафас, утирганда 16—18, тик турган ҳолатда 18—20 марта нафас) боғлиқ. Жисмоний иш, овқат ейиш, тана ҳароратининг ошиши, руҳий қўзғалиш нафасни тезлаштиради. Машқ қилган спортчиларда нафас тезлиги тинч турганда минутига 6—8 бўлиши мумкин.

Беморлар кўкрак қафасида нафас ҳаракатларини кузатиб бориш: нафас ҳаракатларининг тезлиги, ритм чуқурлигини узгариши, нафас турининг узгаришини аниқлашга, нафас қисшининг хусусиятини билиб олишга имкон беради.

Бу кузатувлар касалликни аниқлашга ёрдам бериб, уни ҳамширалар ҳам бажарса бўлади.

Нафас ҳаракатларини бемор сезмайдиган қилиб санаш керак. Қўлни бемор кўкраги устига қўйиш ёки пульсни санагандек унинг қўлини ушлаб туришнинг ўзи кифоя. Бемор нафасининг кузатилаётганлигини билиб қолса, у нафас ҳаракатларининг миқдорини, маромини ва хусусиятини беҳосдан ўзгартириши мумкин. Ҳамшира 1 дақиқада олинадиган нафас миқдорини ҳарорат варағига график тарзда ёзиб боради. Одатда, нафас эгри чизиғи кўк қаламда, бундан фарқли равишда, ҳарорат эгри чизиғи эса қора қаламда чизилади.

Нафас қисиши, ҳансираш (диспноэ). Нафас тезлиги, мароми ва чуқурлигининг бузилишига нафас қисиши дейилади. Нафас қисиши беморларга ҳамиша сезилавермайди.

Беморнинг нафаси жуда қаттиқ қисиб, унинг бўғилишига ёки кислород танқислиги туфайли нафас тўхтаб қолиши асфиксияга олиб боришига — бўғилиш дейилади.

Тиббиёт ҳамшираси нафас қисиши ва бўғилиш хусусияти устида олиб борган кузатувларини шифокорга хабар қилиши лозим, бу шунинг учун зарурки, нафас қисиши баъзан уйқу вақтида сезиларли бўлади, бўғилиш хужралари эса аксари кечаси тутади.

Нафас қисиш ва бўғилишда беморни парвариш қилиш шу ўзгаришларни келтириб чиқарган сабабларга қараб турличадир. Нафасни енгиллаштириш учун қупинча: 1) беморнинг кўкрагини қисиб турадиган кийимларини ечиш ва оғир адёлларни олиб ташлаш; 2) беморнинг нафас ҳаракатларини енгиллаштириш учун уни ўрнида қаддини баланд қилиб ётқизиш; 3) уйга соф ҳаво киритиш; 4) беморга кислород билан нафас олдириш лозим.

Суткалик диурезни аниқлаш

Диурез — сийдик ҳосил бўлиш ва ажралиш жараёнидир. Одамнинг бир кунда ажратадиган умумий сийдик миқдори 1000 дан 1800 мл гача (1 дақиқада 0,7—1,2 мл) ўзгариб туради, бу миқдор организмга суюқлик тушиши чегараланганда камаёди ва кўп миқдорда суюқлик ичилганда кўпаяди. Диурезнинг минимал миқдори қон плазмасида нормал осмотик босимни сақлаб туриш учун зарур сув ва тузлар миқдори билан белгиланади. Соғлом одамда бир суткада ажратиладиган сийдик миқдори суткалик диурез дейилади. Суткалик диурез овқатланиш шароитларига, жисмоний ҳаракат, атроф-муҳит ҳарорати ва намлиги ҳамда бошқа омилларга боғлиқ. Мўътадил иқлимда одатдаги овқатланиш шароитларида ва ўртача жисмоний ҳаракатда соғлом одам тери билан ўрта ҳисобда 500 мл, ўпка орқали 400 мл, ахлат орқали 100 мл ва сийдик билан 1500 мл сув ажратади, бунда суткалик диурезнинг 3—4 қисми кундузги соатларга тўғри келади.

Суткалик сийдикни йиғиш. Сийдикнинг эрталабки биринчи қисми тукилади. Вақт белгилаб қўйилади. Сутка мобайнидаги кейинги қисмлар битта идишга йиғилади. Сийдик охириги марта эртаси қуни эрталаб, белгиланган вақтда жамланади. Текшириш сифати сийдикни тўғри йиғиш ва лабораторияга етказишга боғлиқ.

Сув балансини аниқлаш

Тана вазнининг ўрта ҳисобда 65 фоизини (45 фоиздан 70 фоизгача) сув ташкил этади, бу миқдорнинг кўп қисми — 71 фоизи ҳужайралар ичида, тахминан 19 фоизи — ҳужайралардан ташқарида (туқималарда) ва 10 фоизи плазмада, орқа мия суюқлигида ва лимфада бўлади. Ҳаёт учун муҳим барча жараёнлар организмда турли-туман моддаларнинг сувли эритмаларида содир бўлади. Организм 10

фоиз сувни йўқотганда унинг аҳволида оғир узгаришлар руй беради, 20—25 фоиз сув йўқотиш эса унинг ўлимига сабаб булади. Одам кунига ўрта ҳисобда 2,5 л сув истеъмол қилади, тахминан 1,5 л ни турли суюқликлар (сут, шўрва, кисель, чой, кофе ва бошқалар) кўринишида қабул қилади ва қарийб 1 л ни 40 фоиз сувдан ташкил топган овқатдан олади. Жисмоний иш вақтида ва ташқи муҳит ҳарорати ошганда одамнинг сувга эҳтиёжи бирмунча ошади. Сув организмдан турли хил заҳарли моддаларни чиқаради, шунинг учун инфекцияларда ва заҳарланиш ҳолларида рационнинг суюқ қисми кўпайтирилади. Баданга шиш келиши билан ўтадиган юрак етишмовчилигида ва умумий ёғ босишда камайтиради.

Ичилган суюқлик миқдори билан ажратилган суюқлик миқдори ўртасидаги нисбат **сув баланси** дейилади. Одатда ичилган суюқликларнинг 70 фоизи организмдан турли йўллар билан қайтиб чиқарилади. Бу кўрсаткичнинг камайиши организмда шиш пайдо бўлганидан, кўпайиши эса организмда **дегидратация** — сув йўқотиш бўлаётганидан дарак беради. Ҳамшира беморларнинг сув баланси устидан кузатиши ва унинг кўрсаткичларини касаллик тарихига аниқ ёзиб бориши керак.

Сув балансини аниқлаш учун ҳамшира сутка давомида бемор истеъмол қилган барча суюқликларни (овқат, мева, сабзавотлар, суюқликлар, суюқ дори воситалари — ҳаммасини) ҳисобга олиб боради. Шу давр ичида ажратган ахлати, сийдиги терлаш хусусиятларини ҳам аниқлайди. Олинган нисбатга асосланган ҳолда сув баланси ҳақида хулосалар чиқарилади.

8-бўлим

ҚОН АЙЛАНИШИГА ТАЪСИР ҚИЛАДИГАН ЧОРАЛАР

ОДДИЙ ФИЗИОТЕРАПИЯ

Бадан териси ташқи муҳитнинг турли-туман таъсиrotларини қабул қиладиган кўп сонли нерв учлари билан таъминланганлиги туфайли, теридан ички аъзоларга рефлекс-

тор реакциялар қоидаси буйича қон айланишига таъсир кўрсатиш мумкин. Нерв рецепторларининг иссиқ ёки совуқ билан таъсирланиши натижасида томирлар теридагина эмас, балки ички аъзоларда ҳам кенгайди ёки тораяди. Чалғитувчи воситалар (банкалар, ханталлар, горчичниклар, зулуклар, компресслар, ванналар ва бошқалар) қўллаш шу қоидага асосланган. Бироқ бу муолажалар беморда оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин, шунинг учун ҳамшира уларни бажариш усулини, таъсири-ни, уларни қўллашга кўрсатмалар ва монелик қиладиган ҳолларни яхши билиши керак.

Ханталма (горчичник)

Ханталли қоғоз терини таъсирлантириши ва теридаги қон томирларнинг эфирли хантал мойидан кенгайиши билан бемор терисига таъсир кўрсатади.

Кўрсатмалар. Ханталмалар оғриқда, ўпка ёки бронхлар яллиғланиши қон томирлар спазмаси ва бошқа қатор касалликларда қўлланади.

Фабрикада тайёрланган ханталма ўлчами 12x18 см қоғоз бўлагидан иборат бўлиб, унга махсус усулда қуруқ хантал ёпиштирилган бўлади. Ханталмани ҳар ким ўзи тайёрлаши мумкин. 1 ош қошиқда хантал олинади, унга 1 ош қошиқда бугдой уни қўшилади ва аста-секин аралаштириб турган ҳолда бир хил бутқасимон масса ҳосил бўлгунча иссиқ сув (45—50°С ҳароратдаги) қўшиб, эфир мойлари ҳосил бўлиши учун уни 30 дақиқа қўйиб қўйилади. Сўнгра бутқасимон массани икки букланган докага ёки зарур ўлчамдаги латтага унчалик қалин қилмасдан (0,5 см) суртилади, устига яна бир қават дока ёки оқ қоғоз ёпилади ва терининг керакли соҳасига қўйиб, боғлам билан маҳкамланади. Бу ханталма фабрикада тайёрланадиган ханталли қоғозлардан бирмунча кучли, шу сабабли қўйиб қолишдан сақланиш учун уларни ўз вақтида ечиб қўйиш зарур.

Ханталли қоғозни қуруқ ва қоронғи жойда сақлаш керак, сақлаш муддати 8 дан 11 ойгача. Янги ханталма яроксизидан ўткир хантал мойининг ҳиди келиб туриши ва уқаланиб кетмаслиги билан фарқ қилади, ишлатишдан олдин бу сифатларни текшириб кўриш керак. Ханталмани тананинг ҳамма соҳасига қўйиш мумкин.

Ишлатишдан олдин ханталмани илиқ сувда (35°C дан юқори бўлмаган) намлаш, силкитиш ва терининг керакли қисмига ханталли томони билан 10—15 дақиқага қўйиш лозим. Беморда тери сезувчанлиги юқори ва у ачишишни тез сезадиган бўлса, ханталма тагига сув ҳўлланган папирос қоғози булаги, устидан салфетка ёки сочиқ қўйиш зарур. Ханталмани газета устидан қўйиш асло мумкин эмас, чунки хантал мойининг терига бевосита таъсири йўқолади. Ханталма тўғри қўйилган бўлса, тери қизаради ва ачишиш сезгиси пайдо бўлади. У ўз вақтида олинмаган ва тери сезувчан бўлганда терини куйдириши мумкин. Ханталма олингандан сўнг тери илиқ сув билан ювилади, қуруқ қилиб артилади, бемор кийинтирилади ва яхшилаб ўраб-чирмаб қўйилади.

Монелик қиладиган ҳоллар: тери касалликларида ва қон оқишида ханталма қўйиш мумкин эмас. Тери пигментацияси юз бермаслиги учун уни ҳар гал битта жойга қўявермаслик керак.

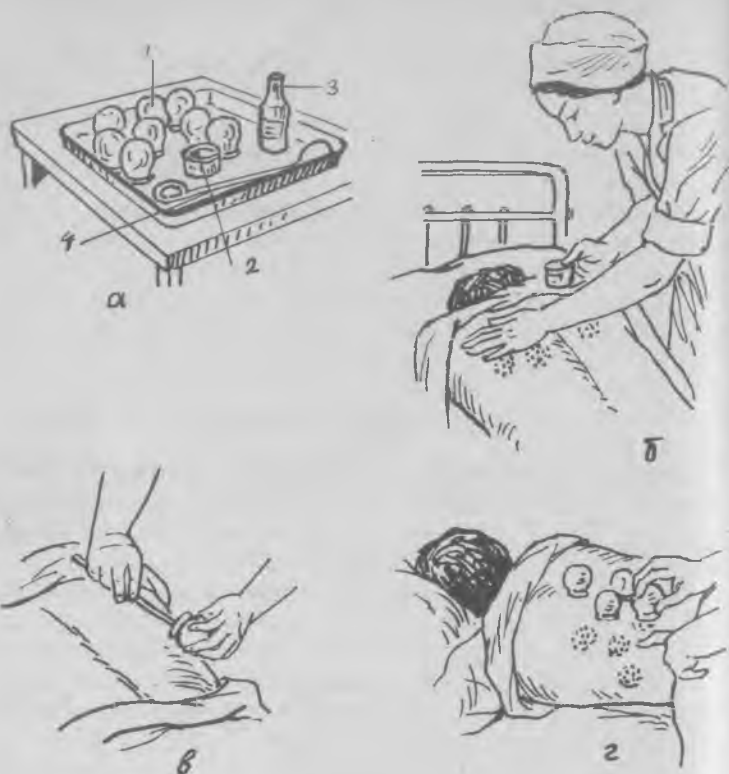
Юқори нафас йўллари касалликларида, шунингдек артериал босимни пасайтириш учун оёққа ханталли ванналар қилинади: сув ҳарорати 50°C , хантал концентрацияси бир челақ сувга 50 г, ванна муддати 20—30 дақиқа. Ванна қилгандан сўнг оёқни илиқ сув билан чайилади, яхшилаб артилади, бемор ўринга ётқизилади.

Банкалар

Банкалар шифокор тайинлайдиган даво муолажалари қаторига киради. Тиббиёт ҳамшираси касалхонада ҳар куни банка қўйишига тўғри келади. Бу муолажа яллиғланиш ҳодисалари сўрилишини яхшилаш, оғриқни камайтириш мақсадида аъзолар ва тўқималарнинг қон билан таъминланишига рефлектор таъсир кўрсатиб, бадан терисига физикавий таъсир қиладди. Аксари оддий қуруқ банкалар ишлатилади. Булар четлари яхши силлиқланган, туби юмалоқ кенг колбасимон, қалин шиша станчалардир.

Кўрсатмалар: кўкрак қафаси аъзоларидаги яллиғланиш жараёнлари, қовурғалараро невралгиялар, радикулитлар, ўткир ва сурункали миозитлар.

Монелик қиладиган ҳоллар: ўпкадан қон оқиши, ўпка сили ва кўкрак қафаси ўсмалари, тери касалликлари ва унинг ўта сезувчанлиги; беморнинг ҳолсизланиб қолган-



25-расм. Банка қўйиш, а-зарурий ашёлар:

1-банклар; 2-вазелин; 3-спирт; 4-корнцанг билан пахта; б-териға вазелин суртиш; в-банкани қиздириш; г-банкани олиш.

лиги; талваса тутиши билан утадиган умумий кўзғалиш ҳолати.

Банка қўйиш усули (25-расм). Одатда банклар беморнинг ётган ҳолатида 10 тадан 20 тагача қўйилади. Ишла-тишдан олдин уларни иссиқ сув билан яхшилаб ювилади, қуруқ қилиб артилади, четлари учмаганлиги текшириб кўрилади ва беморнинг ўрни ёнига қўйилади. Сунгра узунлиги 10—15 см ли металл стерженга гигроскопик пахта ўралади ва уни тез алангаланадиган суюқликка (спиртга) бироз ҳўллаб олинади. Беморни куйдириб қўймаслик учун

сувоқликнинг ортиқчаси тампондан силкитиб туширилади ва шундан кейингина уни ёқилади.

Банкалар кўпинча кўкрак қафасига, орқага, белга, яъни тананинг мускул ва ёғ қатлами қалинроқ сатҳига қўйилади. Банкани умуртқа поғонасига ва аёлнинг сут безларига қўйиш мумкин эмас. Терини жун босган бўлса, уни қириб ташланади, илиқ сув билан ювилади, вазелин ёки бошқа мой суртилади. Шундагина банкалар тана сатҳига зич ёпишиб туради ва бадан куйиб қолмайди. Банкани бемор тана яқинида чап қўлда ушлаб турилади, ўнг қўлда эса ёниб турган тампон банкага қисқа вақтга (2—3 сек.га) тиқиб олинади, сўнгра тезлик билан баданга энлик бўғзи билан қўйилади. Банка ичидаги ҳаво сийраклашади, шу туфайли тери унга 1—3 см баландликкача тортилади ва тиниқ қизил ёки қўнғир тусга киради.

Бу муолажа маълум малакани талаб қилади, чунки тампон етарлича ёнмаганда банкалар терига ёпишмайди ва тушиб кетади. Банкани ортиқча қиздириш куйиш хавфини туғдиради. Банкалар терида 15—20 дақиқа туриши керак. Банкалар яхши қўйилган бўлса, улар урнида туқ рангли доғ—қон талашган жой қолади.

Банкани оғритмай олиш учун бир қўлда уни эҳтиётлик билан бироз четга буриш, иккинчи қўл бармоқлари билан эса қарама-қарши томондаги банка четдаги терини босиш керак. Банка олингандан сўнг терини артилади. Беморни иссиқ кийинтириб устига адёл ёпиб қўйилади.

Асоратлари. Энг кўп учрайдиган асоратлари терининг пўрсилдоқлар пайдо бўлишигача куйиши, артериал босим кескин тушиб кетиши, периферик қонда лейкоцитлар сонининг вақтинча камайиши ва қон ивиш хоссасининг ошишидир. Тери куйганда яхшиси Коньхов малҳамдориси, 1:1000 риванол суртилган стерил салфеткалар босиш ёки терига балиқ мойи суртиш зарур. Тиббиёт ҳамшираси пайқалган асоратлар ҳақида шифокорга хабар қилиши ва унинг курсатмаларини пухта бажариши керак.

Банкалар ишлатилгандан сўнг яхшилаб артилади ва яшикка териб қўйилади. Спирт, вазелин ва гугурт ҳам шу ерда сақланади. Ҳамшира банка қўйиш вақтида палатада нарчалар очилмаслиги, елвизак бўлмаслиги устидан кузатиб бориши шарт.

Компресслар

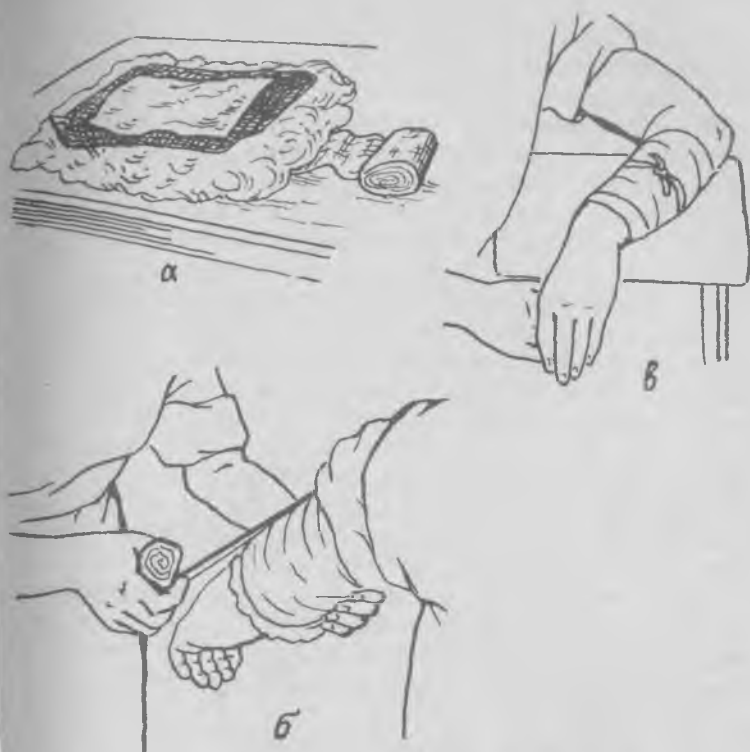
Компресс — чалғитадиган ва сўрадиган восита сифатида таъсир қилувчи кўп қаватли даво боғламидир.

Иситувчи компресс теридаги ва чуқур жойлашган қон томирларнинг узоқ вақтгача кенгайишини юзага келтиради, шунинг натижасида шу жойга қон оқиб келиб, яллиғланиш жараёни сўрилади ва оғриқ камаяди. Иситувчи компрессни тананинг исталган жойига қўйиш мумкин.

Қўлланишга мопелик қиладиган ҳоллар. Тери касалликлари, дерматитлар, пиодермия, фурункулёз.

Иситувчи компресс 3 қаватдан иборат: 1) тоза, зич, бироқ юмшоқ ва гигроскопик газмол (зигирдан туқилган газмол, салфетка қилинадиган газмол, бумазей ва бошқалар парчаси хона ҳароратидаги сувда обдон ҳўлланиди ва яхшилаб сиқилади); 2) клеёнка ёки мум қоғоз; 3) пахта. Намлик тез бугланиб кетмаслиги учун ҳар бир кейинги қават олдингисидан 2 см энлик бўлиши лозим. Шундай тайёрланган компрессни тана соҳасига нам қавати терига зич ёпишиб турадиган, қолганлари эса уни ортиғи билан ёпиб турадиган қилиб, тартиб билан қўйилади. Боғлам устидан иссиқ жун рўмол, шарф боғлаган яхши (26-расм).

Компрессни қўллаш давомийлиги ўрта ҳисобда 6—8 соат, бироқ 12 соатдан ошмаслиги керак. Компрессни эрталаб ва кечқурун алмаштирилади. Терининг таъсирланишига йўл қўймаслик учун компресс қўйилган жой илиқ сув билан обдон ювилади, илиқ, юмшоқ сочиқ билан артиради ва 2 соатга танаффус қилинади. Янги компресс қўйиш учун тоза мато олиш лозим. Компресслар учун илиқ сув, кучсиз сирка эритмаси (0,5 л сувга 1 ош қошиқ), ароқ, одеколон ёки сув қўшиб суюлтирилган спирт ишлатилиши мумкин. Тошмалар тошса, терига тальк, упа сепиш лозим. Компресс қўйилгандан сўнг беморнинг эти жунжикса, демак, компресс нотўғри қўйилган бўлади, уни шу заҳоти ечиш ва қайта қўйиш зарур. Клеёнка ёки пахта докани тўлиқ беркитиб турмаса ёки компресс яхши бинтланмаган бўлса, демак, у билан тери орасидаги бўшлиққа ташқи ҳаво киради ва сув бугланиб терини иситиш у ёқда турсин, балки совутади. Шунинг учун компрессни юқорида айтилган қоидаларга амал қилиб, пухталик билан қўйиш лозим.



26-расм. Иситувчи компресс.

а — зарур ашёлар; б — бинт шундай уралади; в — иситувчи компресснинг умумий қурилиши.

Иситадиган компресснинг тўғри қўйилганлигини текшириш учун бармоқни боғлам тагига киритилади ва ички қатламнинг намлиги аниқланади. Агар 2 соатдан кейин ичи нам бўлса, компресс тўғри қўйилган, деб ҳисобланади.

Иситувчи компресс катта сатҳга қўйилган бўлса, беморлар ўринда ётишлари керак. Ароқли ва айниқса спиртли компресслар тезроқ буғланади ва қуриydi, шунинг учун уларни тез-тез алмаштиришга тўғри келади. Бундай компрессларни узоқ вақт қўллаш мумкин эмас, чунки улар теини қаттиқ таъсирлантиради.

Совуқ компресслар (примочкалар) — лат еганда, жаҳатланганда, қон оққанда қўйилади. Улар маҳаллий со-



28-расм. Муз солинадиган халтача.

Муз солинадиган халтача оғзи анчагина катта ва пробкаси бураб беркитиладиган резина қопчиқдан иборат (28-расм). Муз латтада майда бўлакчаларга майдаланади ва халтачанинг ярмигача муз билан тўлдирилади. Халтачадан ҳаво сиқиб чиқарилади ва пробкаси бураб бекитилади. Терини ортиқча совитиб юбормаслик учун музли халтача тўрт қават қилиб букланган сочиққа ўралади. Халтача ҳўл бўлиб қолса, уни артиш керак. Халтачанинг босиб туриши қаттиқ оғриқ пайдо қилса, уни касал соҳа устига осиб қўйилади. Муз эриган сайин суви тўкилади ва янги муз парчалари солинади.

Сув билан даволаш

Сув билан даволаш (гидротерапия) нинг асосий вази-фаларидан бири организм учун қулай реакцияга эришиш ҳисобланади.

Ҳарорат омилнинг таъсири одам гавдаси билан сув ўртасида иссиқлик энергиясининг алмашинуви содир бўлишига асосланган.

Механик омил (ҳаракат, сув босими) ҳарорат омилига қўшилиб, муолажанинг умумий таъсирини кучайтиради. Сув билан даволашнинг асосий жойи тери ҳисобланади. Ундаги терморецепторлар сув таъсирига реакция бериб, марказий нерв тизимига, юрак-томирлар тизимига, қон, нафас тизимига, моддалар алмашинувига, мускулларга, сийдик ажралишига таъсир кўрсатади.

Реакция сует ва тез ўтадиган бўлганда муолажаларни ҳар куни, кучли бўлганда — кунора тайинлаш мумкин. Сув билан даволаш одатда курс кўринишида 12—15 дан 20—30 муолажагача тайинланади. Сув билан даволаш муолажалари бошдан сув қўйиш, чўмилиш, артиниш ва ванналардан иборат.

Даво ванналарини шифокор тайинлайди. Улар умумий — сув бутун танани қоплаб турадиган, маҳаллий — тананинг бир қисми сувда турадиган (қўл ва оёқ ванналари)

ванналардан иборат бўлиши мумкин. Ҳарорати бўйича ванналар (20°С дан паст), салқин (30°С гача), иссиқ (40° дан юқори), индифферент (3—36°) ванналарга бўлинади. Ваннанинг давомийлиги одатда 15 дан 20 дақиқагача ўзгариб туради. Таркибига кўра ванналар чучук сувли, хушбўй, дориворли, минерал ва газли бўлиши мумкин.

Ванна қабул қилишдан олдин ҳамшира ваннахонанинг муолажа бажарилишига тайёрлигини текшириши лозим. Ванна қабул қилиш вақтида беморнинг пульси, нафаси ва умумий ҳолатини кузатиб бориш зарур.

Кварц лампасидан фойдаланиш

Деворга ва шифтга ўрнатиладиган, шунингдек машъала туридаги кўчма бактерицид нурлатгичлар мавжуд.

Деворга ўрнатиладиган бактерицид нурлатгич полдан 2,5 м баландликда деворга ўрнатилади. Нурлатгичнинг металл корпусида қуввати 30 Вт гача (БУВ-30) бўлган иккита бактерицид лампа ва созловчи аппаратура қўйилган. Нурлатгич 20 м³ ли хоналарнинг ҳавосини зарарсизлантириш учун мўлжалланган.

Шифтга ўрнатиладиган бактерицид нурлатгич 30 м³ ли хона ҳавосини зарарсизлантиради. Нурлатгич корпуси ичига 4 бактерицид лампалар (2 та БУВ-15 ва 2 та БУВ-30) қўйилган. Нурлатгич баландлиги 3 м дан кам бўлмаган шифтга ўрнатилади.

Атроф муҳитдаги ҳаво 30—35°С дан юқори бўлса, лампалардан фойдаланишга йўл қўйилмайди, чунки приборлар қизиб кетиб ишдан чиқиши, бундан ҳам хатарлироғи ёнғинга сабаб бўлиши мумкин.

Оксигенотерапия

Оксигенотерапия — кислородни даво мақсадида қўллашдир. Организмда кислород етишмаганда бу усул жуда яхши таъсир кўрсатади.

40—50 фоиз кислород тутган газ аралашмаси билан нафас олиш артериал қонни тез вақт ичида нормагача тўйинтиради. Кислород терапиясидан сўнг беморнинг кайфияти яхшиланади, юзидаги қуқимтирлик камаяди, нафас бирмунча сийрак ва чуқур бўлади, нафас қисиши тўхтайдди, юрак фаолияти ва уйқуси яхшиланади. Кислород нам ҳолда ва атмосфера ҳавоси билан муайян нисбатларда берилиши лозим. Кислород терапияси давомли ва

узлуксиз булиши керак. Кислородни рационал ва тежаб сарфлаш лозим. Кислородга ортиқча тўйинтиришдан сақланиш лозим, чунки юқори концентрацияларда (70 фоиздан юқори) юрак-томирлар тизимига ва нафас олишга салбий таъсир курсатади. Уни кислород ёстиги, бурун катетери, кислород палаткалари бевосита баллон ёки марказий кислород станцияси орқали бериш мумкин.

Кислород беришнинг ингаляцион усули. Кислородни куллашдан олдин нафас йўлларидаги яхши ўтказувчанлигига, уларда балғам ёки қусуқ массалари йиғилиб қолмаганлигига ишонч ҳосил қилиш лозим. Беморга ингаляцион йўл билан кислород беришда қуйидаги аппаратлардан фойдаланилади: редуктор билан таъминланган кислородли баллон, кислородли ёстиқ, жумрак ва мундштукли найча. Кислородни қуйидагича тўлдириш мумкин: мундштукни олиб, резина найчани кислород баллон редуктори билан туташтирилади, аста-секин вентил очилиб, газ ёстиққа тўлдирилади ва ёстиқ найчаси бекитилади, мундштук кийгизилади. Бунда кислородни намлаш ва оғиз қуришининг олдини олиш учун мундштукка нам дока ўралади. Мундштукни оғизга тақаб қўйиш керак эмас, уни бемор оғзи олдида 4—5 см масофада тутиб турилади ва резина найчадаги клапан аста-секин очилади. Кислород ошган босим натижасида ёстиқдан чиқади ва нафас олишда нафас йўлларига тушади. Кислороднинг тушиш тезлиги найчадан кран билан бошқарилади ва ёстиқнинг бурчагини босиш йўли билан кислороднинг ҳаммаси чиқарилади. Ёстиқ 4—7 дақиқага етади, сўнгра уни бошқа ёстиқ билан алмаштирилади ёки яна кислород тўлдирилади.

Бу усул билан юборишда кислородни намлаш кифоя қилмайди, у оғиз ва бурун бўшлиғи шиллиқ пардаларини қуритади. Шунга кўра бу усулни бурун катетерлари орқали кислород киритиш билан алмаштириш мумкин.

Кислородни бурун катетерлари орқали бериш. Бу мақсадда №10 катетерлар ва тегишли узунлик, диаметрдаги пластмасса найчалар ишлатилади, уларни учликнинг иккита бўлинмасига кийдирилади, учини эса исталган кислород манбаига уланади (кислород ёстиги, кислородни марказлашган тизим орқали узатиш крани). Катетерлар олдиндан қайнатилади, вазелин мойи суртилади ва паст-

ки бурун йули буйлаб ютқиннинг орқа деворигача, бироқ қусиш рефлексини қўзғатмай киритилади. Кислород намлагич (Бобров аппарати) орқали минутига 2—3 л тезликда берилади.

Кислород бериш тезлигини кислород пуфакчаларининг намлагич орқали ўтиш тезлиги буйича назорат қилиш мумкин. Кислородни жуда тез бериш ёқимсиз сезгиларга ва газнинг ортиқча сарфланишига сабаб бўлади.

Кислородни ниқоб орқали бериш. Металл ва пластмасадан ясалган ниқоблар бўлади. Уларнинг капсуласи юзга қўйилганда оғиз бўшлиғи ва бурунни ёпиб турадиган шаклда ишланиши керак. Ниқобнинг нафас олиш ва чиқариш клапанлари мавжуд. Нафас олиш клапанининг тубуси юпқа резинадан ишланган нафас қопчиғига уланади, у кислород берилишини тартибга солиб туради. Нафас чиқариш вақтида у нафас қопчиғида йиғилади, нафас олишда ўпка томонидан фаол сўрилади. Нафас қопчиғи клапан билан таъминланган бўлиб, у қопчиғидаги кислород ҳажми бемор олган нафас ҳажмидаги кам бўлганидан эркин нафас олиш имконини беради.

Ниқоб ёрдамида кислород киритиш очиқ, ярим ёпиқ ёки ёпиқ система буйича амалга оширилиши мумкин.

Баллондан кислород юбориш. Кислородни бевосита баллондан қўллаш муолажани яна осонлаштиради ва кислород терапиясини узоқ муддатгача узлуксиз ўтказиш имконини беради. Тиббиёт кислороди солинган баллонларнинг сифими 40 л бўлади ва 150 атм остидаги газсимон кислород сақлайди. Кислородни 2—3 атм дан ошмаган босим остида қўллаш мумкинлигини назарда тутиб, баллонга махсус прибор — босимни пасайтирадиган редуктор уланади. Редукторнинг иккита камераси ва иккита манометри бўлиб, улардан баллонга энг яқин тургани ундаги босимни кўрсатади. Шу манометр буйича баллондаги кислород миқдори туғрисида хулоса чиқарилади. Паст босимли камера билан туташтирилган иккинчи манометр беморга бериладиган кислород босимини кўрсатади. У 1—2 атм атрофида тартибга солиб турадиган винт билан белгилаб қўйилади.

Кислородни палаталарга марказлашган тизим буйича бериш энг қулай усулдир.

Кислородли баллондан фойдаланишда сиқилган газсимон кислороднинг мойлар, ёғлар, нефть билан дуч кел-

ганда улар билан фаол бирикмаларга киришиб, алангала ниши ва портлашини унутмаслик зарур. Баллонлар сақланадиган хонада чекиш қатъиян ман қилинади. Мой артилган латтани кислородли баллонлар билан бир хонада сақлашга рухсат этилмайди. Мосламаларга қараб турадиган шахсларнинг қули, кийим-боши, асбоблари ёғ ва бўёқлар билан ифлосланмаган бўлиши керак. Баллонни силкиниш ва урилишлардан эҳтиёт қилиш лозим. Уни вертикал ҳолатда салқин жойда, деворга маҳкамлаб қўйиб сақланади. Баллоннинг юқори учига ундаги босимни кўрсатиб турадиган манометр ўрнатилади. Баллон вентилини очишда унга рўпара туриш тавсия этилмайди, чунки куз шиллиқ пардасига кислород сачраб кетиши ва кузни шикастлаб қўйиши мумкин. Бахтсиз ҳодисаларнинг олдини олиш учун кислород баллонлари турадиган ҳар бир хонада ёнғинга қарши ут учиргич бўлиши керак.

Ҳозирги вақтда касалхоналарнинг лойиҳаларида кислород ва азот (I)- оксидини марказлашган ҳолда узатиш кўзда тутилади. Кислород бевосита бемор ётган жойга етказиб берилади, тиббиёт ходими эса баллоннинг сақланиши, транспортировка қилиниши ва алмаштирилишини кузатиб боришдан холи бўлади. Газ сарфи камаяди.

Кислородни марказлашган усулда берадиган тизими бўлмаган касалхоналарда баллонлар йулак, ертула, палаталарда ўрнатилади. Бунда ёнғинга қарши қоидалар ва техника хавфсизлигига риоя қилишда қийинчиликлар юзага келади.

9- бўлим

ҚУСАЁТГАН ВА ФИЗИОЛОГИК БУШАЛИШИ БУЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ ВА ПАРВАРИШЛАШ

ҚУСАЁТГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ

Ҳазм аъзолари организмга тушадиган мураккаб овқат моддаларини майдалаш ва уларни ассимиляцияланишга лаёқатли оддий кимёвий бирикмаларга майдалаб, овқат

дукмасини ҳазм йўллари бўйлаб суриш, ҳазм бўлган таомнинг сўрилиши ва организмда шлакларнинг чиқарилиши учун хизмат қилади.

Қусиш — мураккаб рефлектор акт бўлиб, қусиш марказининг қузғалишидан юзага келади ва меъдадаги овқатнинг қизилунгач, ҳалқум, оғиз, баъзан бурун йўллари орқали беихтиёр отилиб чиқиши билан утади.

Қусиш меъда-ичак йўллари касалликлари, тиш илди-зи ва юмшоқ танглайни таъсирлантириш оқибати бўлиши мумкин. Бу **периферик қусиш** дейилади. Қусиш шунинг-дек, калла суяги ичидаги босим ошганда (мия ўсмалари, гипертония касаллиги ва бошқалар) пайдо бўлиши мумкин, бу **марказий қусиш** дейилади. Марказий ва периферик қусиш ўртасидаги фарқ шундаки, периферик ёки меъдадан қайт қилиш кўнгил айнаши, сўлак оқишидан кейин бошланади, қусуқ массасида ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари топилади, у нордон ҳидли бўлади. Меъда бўшатиладан сўнг беморнинг аҳволи анча яхшиланади. Марказий қусиш ҳеч қандай белгисиз, тусатдан бошланади ва бемор аҳволини енгилаштирмайди.

Баъзан қайт қилиш бирданига ҳолсизлик сезиш, бош айланиши, юзнинг оқариб кетишидан бошланади, сунгра қусиш рўй беради. Чуқур нафас олиш, қорин мушакларининг қаттиқ қисқариши ва пилорус ёпиқлигида диафрагманинг кескин пастга тушиши овқатнинг меъдадан, қизилунгач орқали оғиз бўшлиғига ва ташқарига отилиб чиқишига сабаб бўлади. Бунда ҳиқилдоқ қопқоғи пастга тушади, ҳиқилдоқ кутарилади ва товуш ёриғи бекилади, бу қусуқ массаси нафас йўлларига тушишининг олдини олади. Қаттиқ қусишда овқат масса-сига ўт пуфағи ва ўт йўллари босилиши натижасида 12 бармоқ ичакка жадал тушадиган ўт суюқлиги қўшилиб келади.

Айрим ҳолларда атайин қустириш зарур бўлиб қолади, бунинг учун тил илдизини шпатель билан таъсирлантириб, рефлектор таъсирдан фойдаланилади.

Қусуқ массасида ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари бўлади ва у нордон ҳидлидир. Наҳорда қусуқ массасига ўт суюқлиги қўшилади ва унга саргимтир ёки оч сариқ кўкимтир тус беради. Оғиз бўшлиғидан, қизилунгачнинг юқори бўлимларидан янги қон аралашиб келиши қусуқ массасини пушти рангга бўяйди, меъдадан қон оқаётганда у меъ-



29-расм. Бемор қусганда унга ёрдам бериш.

а — бемор ётганида; б — утирганида.

да ширасининг хлорид кислотаси таъсири остида рангини ўзгартиради ва қусуқ массаси қўнғир, деярли қора тусга (кофе қуйқаси ранги) қиради.

Ҳамшира қусуқ массасини шифокор келгунча қолдиради, сўнгра уни бўғзи кенг ва қопқоқли, даражаланган тоза банкада лабораторияга жўнатади, этикеткасида бемор ва текширишнинг мақсади ҳақида зарур маълумотлар кўрсатилади. Қусуқ массасини лабораторияга тез жўнатиш имкони бўлмаса, уни салқин жойда сақлаш керак. Агар бемор бир кунда бир неча марта қусадиган бўлса, қусуқ

массасини ҳар гал алоҳида идишга йигиш зарур, чунки унинг сифати ва миқдоридоғи фарқ ташхисий аҳамиятга эга.

Беморларга қараш (29- расм). Тиббиёт ҳамширасининг вазифаси қусаётган бемор аҳволини имкон борича енгиллаштиришдир: уни қулай ҳолатда ўтказиш, кўкрагига сочиқ ёки клеёнка солиш, оғзига тоза лоток, тоғорачани яқин қилиб тутиш ёки челақ қўйиш керак. Тиш протезлари олиб қўйилади. Агар бемор дармонсиз ва унга утиришга рухсат этилмаган бўлса, қусиш осон бўлган ҳолат яратилади: боши гавдасидан бироз пастга энгаштирилади ва бемор ётган томонга оғзининг бурчагига идишни яқин тутиб турилади, ёстиқ ва ич кийимлар ифлосланмаслиги учун бир неча қават қилиб букланган сочиқ ёки чойшабча ёзилади. Қусиш пайтида ҳамшира бемор олдидан узоққа кетмаслиги ва бу ҳақда дарҳол шифокорга хабар қилиши шарт.

Қайт қилишдан сўнг бемор оғзини илиқ сув билан чайдириш ва лабларини, оғиз бурчакларини артиб туриш лозим. Дармонсиз беморларда ҳар гал қусишдан сўнг оғиз бўшлиғини сув ёки зарарсизловчи бирорта эритмага (фурацилин эритмаси, кучсиз калий перманганат эритмаси, 2 фоизли гидрокарбонат эритмаси) шимдирилган пахта билан артиб қўйиш лозим. Қусишни тўхтатиш учун беморга бир неча томчи ялпиз суви, бир қултум совитилган сув, муз бўлакчаси, 5 мл 0,5 фоизли новокаин эритмаси бериш мумкин.

Беҳуш ётган беморларга қараш ва уларга ёрдам бериш тиббиёт ҳамширасидан катта масъулият талаб этади. Беҳуш ҳолатда қусиш натижасида қусуқ массаларидан аспирация бўлиш, оқибатда эса аспирацион пневмония келиб чиқиши, айрим ҳолларда бемор бўғилиб қолиши ҳам мумкин. Ушбу оғир оқибатларнинг олдини олиш учун беморда қусишга ҳаракат сезилганда ҳамшира бемор бошини бир томонга буриши, қусиб бўлгандан сўнг оғиз бўшлиғини қолдиқ моддалардан тозалаб артиб қўйиши лозим.

Айрим ҳолатларда (коматоз, агонал ва бошқа оғир ҳолатлар) бемор меъдасига йўғон зонд киритиб, меъдани ювиш ва зондни турт-беш соатга қолдириш билан ҳам қусуқ массаларидан аспирация бўлишнинг олдини олиш мумкин.

Кофе куйқаси ёки соф қон рангидаги қусуқ меъдадан қон оқаётганини билдиради. Қон аралаш қусиш юзнинг оқариб кетиши, ёпишқоқ совуқ тер чиқиши, артериал босимнинг пасайиши ва пульснинг ипсимон бўлиши билан ўтади. У хатарли белги ҳисобланади ва тиббиёт ходимларидан тез ва кечиктириб бўлмайдиган чоралар кўришни талаб этади. Ҳамшира зудлик билан шифокорни чақиради ва беморга шифокоргача бўлган ёрдамни кўрсатади.

Меъдасидан қон оқаётган бемор тезлик билан горизонтал ҳолатда ётқизилиши ва меъда соҳасига музли халтача қўйилиши лозим. Муз эриган сари алмаштириб турилади, ҳамшира беморни тинчлантириши, унга руҳий осойишталик яратиши, шифокор келгунча уни ёлғиз қолдирмаслиги, шифокорнинг барча кўрсатмаларини шошмасдан, пухталиқ билан бажариши зарур.

Дастлабки кунлари беморга овқат бериш, суюқлик ичириш мумкин эмас, кейинроқ совуқ ёки сал илиқ суюқ овқатлар бериледи.

ИЧАК ФАОЛИЯТИ БУЗИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ

Ичак 7—8 м узунликда бўлиб, иккита асосий бўлимдан: ингичка ичак (12 бармоқ ичак, оч ичак ва ёнбош ичак) ва йўгон ичак (чувалчангсимон ўсимтали кўричак; чамбар ичак, сигмасимон ичак ва тўғри ичак) дан иборат. Тўғри ичак орқа чиқарув йули — сфинктери билан тугайди.

Ичакнинг асосий вазифаси овқатни ҳазм қилиш, сўриш ва ҳаракатдан иборат. Ичакларда овқат ҳазм қилиш жараёни меъда ости бези секретети, ўт, ичак шираси таъсири остида кечади ва сўрила оладиган моддалар ҳосил қилиш билан тугалланади. Ичакда овқат ҳазм қилиш ва айрим витаминларнинг ҳосил бўлишида ичаклардаги бактериал флора иштирок этади.

Аминокислоталар, моносахаридлар, ёғ кислоталари ва совунлар ингичка ичакда сўрилади, йўгон ичакда эса фақат сув сўрилади. Ичакларнинг ҳаракат фаолияти асосан овқатнинг аралашувига сабаб буладиган тебранма ҳаракатлар ва ичакдаги овқат моддасининг йўгон ичакка томон сўриладиган перистальтик ҳаракатлар билан ифода-

ланади. Овқат моддаси ингичка ичак орқали 3—4 соат, йўгон ичак бўйлаб эса 17—24 соат мобайнида сўрилади.

Ичак фаолиятининг бузилиши. Турли касалликларда ичак функциялари бузилиб, оғриқ, ич қотиш, ахлатни тутиб тура олмаслик, метеоризм, ичакдан қон кетиши, беихтиёр дефекация ҳодисалари билан ўтиши мумкин.

Ич кетар — ичакларнинг мотор ва секретор функцияларининг бузилиши натижасида пайдо бўлади. Ичак шиллиқ пардасининг таъсирланиши перистальтикани кучайтиради, ҳазм бўлишга ва сўрилишга улгурмаган овқат қолдиқлари ичак бўйлаб тез сурилади ва ундан ташқарига чиқади. Агар бунда ичак шиллиқ пардаси яллиғланса, бу ҳолда суюқ ахлатда ҳар хил аралашмалар пайдо бўлади.

Ингичка ичакдаги яллиғланиш жараёни (энтерит) да ахлат суюқ, мўл, оч сариқ-кўкимтир рангли (ўт аралашганидан) бўлиб, кунига 3—6 марта ич кетади. Йўгон ичак шиллиқ пардаси яллиғланган (колит) да одам бундан кўп (суткасига 10—15 марта) ҳожатга боради, ичи оз-оздан шилимшиқ, йиринг ва қон аралаш келади.

Ич кетарда беморларни парвариш қилиш. Бемор баданини, ич кийимларини ва ўрин-кўрпасини тоза тутиши лозим. Бунинг учун ҳар бир дефекациядан сўнг орқа чиқарув йўлини илиқ сув ёки зарарсизлантирадиган кучсиз эритма билан ювиш лозим.

Бемор унитаздан фойдаланмаслиги, ахлатни кўздан кечириш қулай бўлиши учун суднога ёки тувакка ўтириши керак.

Ич кетар кўпинча инфекция (дизентерия, ич терлама ва бошқалар) аломати бўлгани туфайли, парвариш қиладиган кишилар унинг сабаби аниқлангунга қадар, кундалик дезинфекция ўтказиб туришлари шарт.

Беморнинг тувакдаги ахлати ва сийдигига 1:2 нисбатда қуруқ хлорли оҳақ сепиб, 1 соат қолдириш ва шундан кейингина канализацияга оқизиш керак. Бемордан қолган овқат қолдиқлари ҳам шундай юкүмсизлантирилади.

Шахсий тувак ёки тагга қўйиладиган суднони зарарсизлантирадиган эритма билан ювиш, сувда чайиш, усига қопқоғини ёпиш ва тагига бир варақ қоғоз солиб, полга қўйиш лозим. Қоғозни тез-тез алмаштириб туриш ва ёқиш керак.

Беморни парвариш қилишда ишлатиладиган буюмларни ҳар кун иссиқ сув билан совунлаб ювиш, ўйинчоқларни

15 дақиқа қайнатиш ёки зарарсизловчи эритмага ҳулланган чўткада тозалаш керак.

Беморнинг кир чойшаб, ич кийимларини ёпиқ алоҳида бакка йиғиш ва ювишга қадар совун- содали эритмаларда 15 дақиқа қайнатиш зарур. Агар уларга ахлат тегиб ифлосланган бўлса, қайнатишгача чайиш ва чайинди сувни ҳожатхонага тукишдан аввал бир соатга қуруқ хлорли оҳак (1 л сувга 2 ош қошиқда) сепиб қўйиш керак.

Қабзият (ич қотиши) — ичакда овқатнинг секин сўрилиши оқибатида юзага келиб, ичакнинг озгина қаттиқ ахлат келиши билан туриб-туриб бўшалишига (дефекацияга) олиб боради. Қабзият ичакда бирор касаллик бўлмай туриб, фақат нотўғри овқатланиш натижасида, овқат миқдори ва сифат жиҳатдан ичак перистальтикасини етарли даражада таъсирлантирмаганда пайдо бўлиши ҳам мумкин. Одам жуда ҳам кам овқатланганида ёки ахлатнинг шаклланиш учун қолдиқлари (ўсимлик клетчаткаси) кам, осон сингийдиган концентрланган овқат билан кун кечирганда шундай бўлади. Умумий сувсизланишда ичаклардаги суюқлик миқдорининг етарли бўлмаслиги ҳам перистальтикани ва ахлат массасининг сўрилишини қийинлаштиради.

Доимий ўринда ётадиган беморларда кўпинча қабзият бўлади, бунга сабаб улардаги асосий касалликкина эмас, балки кам ҳаракат қилиш, иштаҳа йўқлигидан кам овқат ейишдир. Шунинг учун ҳамшира беморга қараётганда уни овқатнинг ҳаммасини ейишга ундаши ва кўпроқ суюқлик ичириши керак.

Қабзиятда беморларда қорин оғирлашади, дам бўлиб, ичакнинг тўла бўшалмаслигига хос сезги пайдо бўлади. Ичакда ахлат массаси туриб қолиши натижасида чириш маҳсулотларининг сўрилиши организмнинг заҳарланишига олиб келади. Бу — бош оғриғи, ланжлик, беҳолликда кўрилади.

Қабзиятга қарши курашиш учун шифокор буюрганига қараб вақти- вақтида ҳар хил сурғи дорилар берилади ва ҳуқна қилинади. Ҳамшира беморнинг фақат ичи келганлигини эмас, ахлат миқдорини ҳам кузатиб бориши керак.

Бейхтиёр ич келиши (дефекация) — беморларда дефекация актининг нерв бошқаруви бузилганда, нерв системаси касалликларида, ҳушдан кетиш билан ўтадиган хас-

таликларда (инфекцияларда, мияга қон қуйилганда ва ҳоказоларда) кўрилади. Ахлатни тутиб туролмасликка тўғри ичак сфинктери соҳасидаги маҳаллий яллиғланиш, усмалар ва травматик касалликлар сабаб бўлиши мумкин.

Беихтиёр ичи келадиган беморлар алоҳида хоналарга жойлаштирилади. Уларга юқори калорияли ва осон ҳазм бўладиган овқатлар бериш лозим. Бундай овқат организм эҳтиёжларини қондириб, ахлат шаклланиши учун жуда кам қолдиқ беради.

Беморларга ҳар куни эрталаб ҳуқна қилиб, ичаклари ювилади. Улар вақти- вақтида резина суднода ёки махсус жиҳозланган каравотда ётадилар. Баданни тоза тутиш учун остини тез- тез ювиб туриш, нам сочиқ билан артиш, ич кийимларини вақтида алмаштириш лозим.

Метеоризм — ҳазм йулларида газларнинг ортиқча тупланиши натижасида қориннинг дам бўлишидир. Метеоризм аксарият қорин бўшлиғидаги операциядан кейин ва қорин парда касалликларида беморларни кўп безовта қилади. Бундай ҳолат юз берганда бемор овқатида углеводлар чекланади, чунки улар бижғишни, бинобарин, газ ҳосил бўлишини ҳам кучайтиради. Кунига 2—3 марта 1 чой қошиқда фаоллашган кумир қабул қилиш, мойчечак ва бошқа утларнинг дамламасини ичиш тайинланади. Тозалаш ҳуқналари ичаклардан ахлатнигина эмас, газларнинг ҳам чиқарилишига имкон бериб, беморнинг аҳволини бирмунча енгиллаштиради. Ҳуқнага рухсат этилганда ёки ҳуқнадан кейин ҳам қориннинг дам бўлиши йўқолмаганида газларни чиқариш учун узунлиги 40—50 см, йулининг диаметри 5—10 мм бўлган резина найча қўлланади. Газ утказувчи найчанинг учи юмалоқ қилинган ва ён томонларида битта ёки иккита овал тешиги бор. Найчанинг юмалоқланган учига вазелин суртиб, уни тўғри ичакка 20—30—40 см ичкарига киритилади. Газ утказувчи найчанинг ташқи учини беморнинг тагига қўйилган ёки унинг ёнида турган суднога туширилади. Найчадан тасодифан тушган суяқ ахлат ўринбошни ифлослантирмаслиги учун шундай қилинади, худди шу мақсадда муолажани бажариш вақтида бемор тагига устига чойшабча ёзилган клеёнка солиб қўйилади. Бир соат утгач, найчани эҳтиётлик билан чиқариб, орқа чиқарув йули тешиги нам дока билан артилади.

Хуқна

Соғлом одамнинг ичи мунтазам равишда кунига бир марта, бир пайтда бўшалади. Айрим касалликларда беморларда ич келиши тўхтади (қабзият). Бундай ҳолларда ични юмшатадиган парҳез, сурги дорилар, шунингдек хуқналар тайинланади.

Хуқна деб, йўғон ичакнинг пастки бўлагига турли суюқликларни даволаш ва диагностика мақсадида киритишга айтилади. Тозалайдиган, сифонли, озиқли, дорили ва томчили хуқналар бўлади.

Хуқна учун Эсмарх кружкасидан фойдаланилади, у сифими 1—2 л резервуардан (шиша, эмаль қопланган резина) иборат. Кружка тубида узунлиги 1,5 м ва диаметри 1 см йўғон деворли резина найча кийдириладиган сўргичли тешик, найча учида эса суюқликнинг ичакка тушишини бошқариб турадиган крани бўлади. Найчанинг эркин учига узунлиги 8—10 см ли шиша, эбонит ёки пластмассадан ясалган учлик кийдирилади. Учлик бут- бутун, четлари силлиқ бўлиши керак. Ишлатишдан сўнг учликни совун билан илиқ сув остида яхшилаб ювилади ва қайнатилади. Учликларни зарарсизлантирадиган эритмали банкада сақланади.

Тозалаш хуқнаси — ичакни ахлат ва газларни тозалаш учун қўлланади. Муолажа шифокор кўрсатмаси бўйича қилинади.

Кўрсатмалар: 1) ич келмай қолиши, 2) операцияларга, йўғон ичакни эндоскопия қилишга ва рентгенологик текширишларга тайёрлаш, 3) заҳарланиш ва интоксикациялар, 4) даво, озиқли ва томчили хуқна қилиш олди-дан.

Монелик ҳоллари: 1) тўғри ичак ва йўғон ичакдаги яллиғланиш ҳодисалари; 2) қонаб турадиган бавосил; 3) тўғри ичакнинг тушиши; 4) меъда ва ичаклардан қон оқиши.

Тозалаш хуқнаси юмшоқ таъсир кўрсатади, бунда ичакнинг фақат пастки бўлими бўшалади. Қиритиладиган суюқлик ичакка механик, термик ва кимёвий таъсир кўрсатади, бу перистальтикани анча кучайтиради, ахлат массасини юмшатади ва унинг чиқарилишини осонлаштиради. Беморга қаттиқ кучанишга тўғри келмайди ва хуқна бир неча дақиқадан сўнг таъсир қилади.

Тозалаш ҳуқнаси қилиш учун Эсмарх кружкасидан ташқари уни осиб қўйиш учун штатив, суюқлик ҳароратини ўлчаш учун термометр (уй ҳароратидаги сув, мойчечак эритмаси ва б.), клеёнка, тоғора, судно бўлиши зарур (30-расм).

Ҳуқнани шифокор курсатмаси бўйича тиббиёт ҳамширалари ёки яхши ўргатилган кичик ҳамшира ўтказилади. Беморни ёғоч каравот ёки каравотнинг четига, оёқлари букилган ва қорнига тортилган ҳолатда, чап ёнбошига ётқизилади. Ҳаракат қилиш мумкин бўлмаса, уни чалқанча ётқизилади. Думбалари остига судно қўйилади ва клеёнка ёзилади, унинг бўш турган учи челакка туширилади. Челак бемор сувни тутиб туrolмаган тақдирда керак бўлади. Эсмарх кружкасига уй ҳароратидаги 1,5 л сув қўйилади, кружка юқорига кўтарилади ва озроқ миқдордаги сувни, сув билан эса, ундаги ҳавони чиқариш учун учликни пастга туширилади. Резина найчадаги краё бекитилади. Учликнинг синиқ эмаслиги текширилади, унга яхшилаб вазелин суртилади ва чап қўл билан беморнинг думбаларини кериб, орқа чиқарув йўли тешигига секин-аста киритилади. Учликни аввал юқорига ва олдинга 8—10 см киритилади, сўнгра айланма энгил ҳаракатлар билан ташқи сфинктер қаршилигини энгиб, бирмунча орқага бурилади. Шиллиқ парданинг туртиб чиқиб турган бурмалари ёки гемороидал тугунлар бўлганда, учликни уларга теккизмай, орасидан ўтказиш мумкин. Агар тўсиқ учраса, найча ичак деворига ёки қаттиқ ахлатга тақалиб қолса, уни 1—2 см га чиқариш ва кранни очиш керак. Эсмарх кружкасини 1 м баландликкача кўтарилади ва сув босим остида йўғон ичакка тушади. Учлик ахлат массаси билан тиқилиб қолганда уни чиқарилади, тозаланади ва яна киритилади. Тўғри ичак ахлат билан тўла бўлса, уни сув оқими билан ювишга уриниб кўрилади. Баъзан ахлат массаси шунчалик қаттиқ бўладики, ҳуқна қилишга имкон бўлмайди. Бундай ҳолларда ахлатни тўғри ичакдан вазелин суртилган резина қўлқоп тақиб, бармоқ билан чиқаришга тўғри келади.

Метеоризмда ичакларга суюқликнинг бутун ҳажмини киритиб, ичакка ҳаво тушмаслиги учун кружка тубида озроқ сув қолдирилади, суюқлик тушишини тартибга солидиган кран бекитилади ва аста-секин айланма ҳаракатлар

Хуқна

Соғлом одамнинг ичи мунтазам равишда кунига бир марта, бир пайтда бўшалади. Айрим касалликларда беморларда ич келиши тўхтади (қабзият). Бундай ҳолларда ични юмшатадиган парҳез, сурги дорилар, шунингдек хуқналар тайинланади.

Хуқна деб, йўғон ичакнинг пастки бўлагига турли суюқликларни даволаш ва диагностика мақсадида киритишга айтилади. Тозалайдиган, сифонли, озиқли, дорили ва томчили хуқналар бўлади.

Хуқна учун Эсмарх кружкасидан фойдаланилади, у сифими 1—2 л резервуардан (шиша, эмаль қопланган резина) иборат. Кружка тубида узунлиги 1,5 м ва диаметри 1 см йўғон деворли резина найча кийдириладиган сўргичли тешик, найча учида эса суюқликнинг ичакка тушишини бошқариб турадиган крани бўлади. Найчанинг эркин учига узунлиги 8—10 см ли шиша, эбонит ёки пластмасадан ясалган учлик кийдирилади. Учлик бут- бутун, четлари силлиқ бўлиши керак. Ишлатишдан сунг учликни совун билан илиқ сув остида яхшилаб ювилади ва қайнатилади. Учликларни зарарсизлантирадиган эритмали банкада сақланади.

Тозалаш хуқнаси — ичакни ахлат ва газларни тозалаш учун қўлланади. Муолажа шифокор кўрсатмаси бўйича қилинади.

Кўрсатмалар: 1) ич келмай қолиши, 2) операцияларга, йўғон ичакни эндоскопия қилишга ва рентгенологик текширишларга тайёрлаш, 3) заҳарланиш ва интоксикациялар, 4) даво, озиқли ва томчили хуқна қилиш олди-дан.

Монелик ҳоллари: 1) тўғри ичак ва йўғон ичакдаги яллиғланиш ҳодисалари; 2) қонаб турадиган бавосил; 3) тўғри ичакнинг тушиши; 4) меъда ва ичаклардан қон оқиши.

Тозалаш хуқнаси юмшоқ таъсир кўрсатади, бунда ичакнинг фақат пастки бўлими бўшалади. Киритиладиган суюқлик ичакка механик, термик ва кимёвий таъсир кўрсатади, бу перистальтикани анча кучайтиради, ахлат массасини юмшатади ва унинг чиқарилишини осонлаштиради. Беморга қаттиқ кучанишга тўғри келмайди ва хуқна бир неча дақиқадан сунг таъсир қилади.

Тозалаш ҳуқнаси қилиш учун Эсмарх кружкасидан ташқари уни осиб қўйиш учун штатив, суюқлик ҳароратини улчаш учун термометр (уй ҳароратидаги сув, мойчечак эритмаси ва б.), клеёнка, тоғора, судно бўлиши зарур (30-расм).

Ҳуқнани шифокор курсатмаси бўйича тиббиёт ҳамширалари ёки яхши ўргатилган кичик ҳамшира ўтказди. Беморни ёғоч каравот ёки каравотнинг четига, оёқлари букилган ва қорнига тортилган ҳолатда, чап ёнбошига ётқизилади. Ҳаракат қилиш мумкин бўлмаса, уни чалқанча ётқизилади. Думбалари остига судно қўйилади ва клеёнка ёзилади, унинг буш турган учи челақка туширилади. Челақ бемор сувни тутиб туролмаган тақдирда керак бўлади. Эсмарх кружкасига уй ҳароратидаги 1,5 л сув қўйилади, кружка юқорига кўтарилади ва озроқ миқдордаги сувни, сув билан эса, ундаги ҳавони чиқариш учун учликни пастга туширилади. Резина найчадаги кран бекитилади. Учликнинг синиқ эмаслиги текширилади, унга яхшилаб вазелин суртилади ва чап қўл билан беморнинг думбаларини кериб, орқа чиқарув йўли тешигига секин-аста киритилади. Учликни аввал юқорига ва олдинга 8—10 см киритилади, сўнгра айланма энгил ҳаракатлар билан ташқи сфинктер қаршилигини энгиб, бирмунча орқага бурилади. Шиллиқ парданинг туртиб чиқиб турган бурмалари ёки гемороидал тугунлар бўлганда, учликни уларга теккизмай, орасидан ўтказиш мумкин. Агар тўсиқ учраса, найча ичак деворига ёки қаттиқ ахлатга тақалиб қолса, уни 1—2 см га чиқариш ва кранни очиш керак. Эсмарх кружкасини 1 м баландликкача кўтарилади ва сув босим остида йўғон ичакка тушади. Учлик ахлат массаси билан тиқилиб қолганда уни чиқарилади, тозаланади ва яна киритилади. Тўғри ичак ахлат билан тўла бўлса, уни сув оқими билан ювишга уриниб кўрилади. Баъзан ахлат массаси шунчалик қаттиқ бўладики, ҳуқна қилишга имкон бўлмайди. Бундай ҳолларда ахлатни тўғри ичакдан вазелин суртилган резина қўлқоп тақиб, бармоқ билан чиқаришга тўғри келади.

Метеоризмда ичакларга суюқликнинг бутун ҳажмини киритиб, ичакка ҳаво тушмаслиги учун кружка тубида озроқ сув қолдирилади, суюқлик тушишини тартибга солидиган кран бекитилади ва аста-секин айланма ҳаракатлар



а



б



в

30-расм. Тозаловчи ҳуқна.

а — Эсмарх кружкасига сув тулдириш;
 б — системага сув тулдириш; в — тозаловчи ҳуқна қуиниш усули.

билан учлик чиқарилади. Бемор сувни 10 дақиқа мобайнида тутиб тургани маъкул. Бунинг учун у чалқанча ётиши ва чуқур нафас олиши керак.

Муолажа тугагач, кружка ювилади, қуригунча артилади ва устига дока ёки сочиқ ёпиб қўйилади. Сувдан ҳуқна қилиш ҳамма вақт ҳам ичак бўшалишига олиб келавермайди. Унинг таъсирини кучайтириш учун сувга кукун ҳолига келтирилган болалар совунидан ярим чой қошиқ, 2—3 ош қошиқ глицерин, 1—2 ош қошиқ ош тузи, 1 стакан мойче-чак дамламаси ва шу кабилар қўшилади. Ҳуқна таъсир қил-маса, бир неча соат ўтказиб, уни такрорлаш мумкин.

Тозалаш ҳуқнасини қилишда бир вақтнинг ўзиде кўп миқдорда суюқлик киритилмаслигига аҳамият бериш зарур.

Сифонли ҳуқна. Одатдаги тозалаш ҳуқналари таъсир қилмаган ҳолларда сифонли ҳуқналар қўлланади.

Кўрсатмалар: 1) ичакнинг тутилиб қолиши; 2) заҳардан заҳарланиш; 3) даволаш мақсадида газларни ҳайдаш ва йўгон ичакнинг пастки қисмини ювиш. Ичакнинг тез бўшалиши учун сифон усули (ичакни кўп марта ювиш) энг яхши усул ҳисобланади, бу усулда туташадиган идишлардан фойдаланилади. Бундай идишнинг бири—ичак, иккинчиси — тўғри ичакка киритилган резина найчанинг ташқи учидаги воронкадир.

Сифонли ҳуқна учун узунлиги 1,5 метр ва диаметри 1,5 см ли стерилланган резина найча тайёрлаб қўйилади, унинг ташқи учига тахминан 0,5 л суюқлик йиғадиган воронка кийдирилади, шунингдек зарарсизлайдиган суюқлик (калий перманганатнинг кучсиз эритмаси, 2 фоизли натрий гидрокарбонат эритмаси) ёки 38°C ҳароратгача иситилган сув учун 5—8 л ли кўзача ва сувни тўкиш учун челак бўлади. Беморни чап ёнбошига ёки чалқанча ётқизилади, тагига клеёнка тўшалади, каравоти ёнига эса челак ва суюқлик солинган идиш қўйилади. Тўғри ичакка киритиладиган резина найча учига вазелин суртилади ва 20—30 см олдинга сурилади, зонднинг тўғри ичак ампуласида буралиб қолмаслигига аҳамият бериб, унинг ҳолати зарур булса, бармоқ билан назорат қилиб турилади.

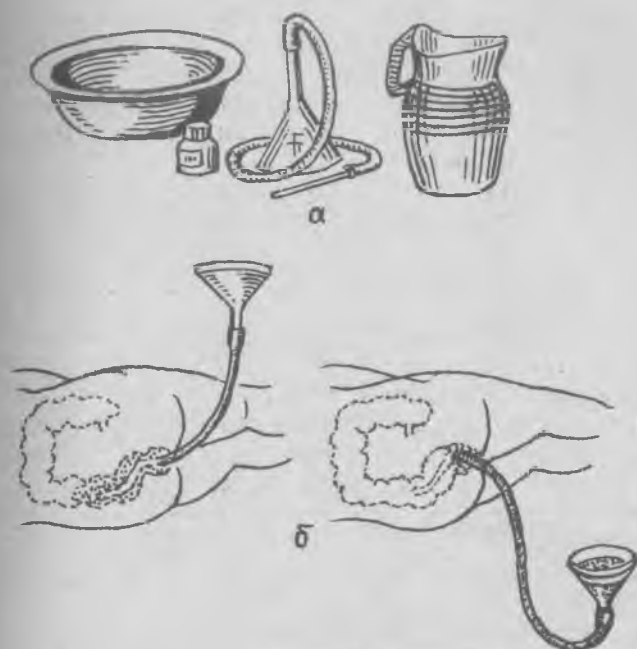
Воронкани бемор танасидан пича пастда, қия ҳолатда тутиб туриш лозим. Сўнгра аста-секин суюқлик билан тўлдирилади ва тана устидан 0,5 м масофага кўтарилди, камайиб бораётган сув сатҳи воронканинг торайган қис-

мига етгач, уни тоғора тепасидан туширилади ва сув воронкани тўлдирмагунча воронка тўнтарилмайди. Воронканинг бу ҳолатида ҳаво пуфакчалари, ахлат бўлакчалари яхши кўриниб туради. Воронка ичидаги нарсалар тоғорага тўкилади, уни яна сув билан тўлдирилади ва бу бир неча марта такрорланади (31- расм).

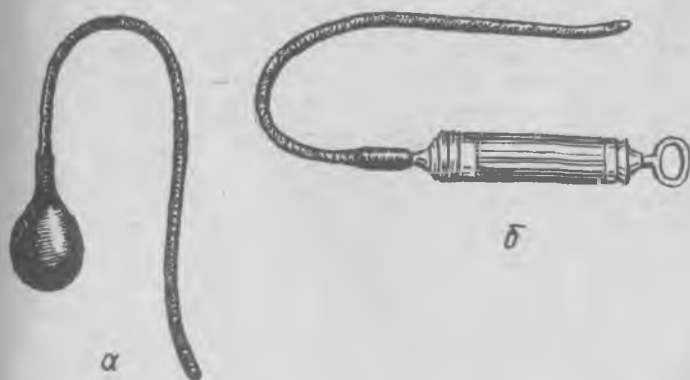
Ичакдан киритилганига қараганда кам суюқлик ажралиб чиқмаслигини кузатиб бориш муҳим. Воронкани гоҳ кўтариб, гоҳ тушириб, газлар чиқиши тўхтагунча ва воронкага тоза сув тушмагунча ичак ювилади. Баъзан сифонли клизмага 10 л сув сарфланади. Суюқлик билан тўлдиришда воронканинг қия ҳолатда бўлишига ва ичакка ҳаво кирмаслигига эътибор бериш керак, чунки бу ичак ювишни қийинлаштириши мумкин.

Муолажа тугагандан сўнг воронка олинади, ювилади ва қайнатилади, резина найчани эса 10—12 дақиқага тўғри ичакда қолдириб, унинг ташқи учини қолган суюқлик ва газларнинг оқиб тушиши учун тоғорага тушириб қўйилади.

Дорили ҳуқналар. Дори моддаларини огиз орқали киритишга монелик қиладиган ҳол булса, уларни тўғри ичак орқали киритиш мумкин, бунда улар сўрилади ва жигарни четлаб ўтиб, тезда қонга ўтади. Дори ҳуқналари маҳаллий таъсир қиладиган бўлади. Биринчиси, йўғон ичакка яллиғланиш жараёнини камайтириш мақсадида, иккинчиси организмга баъзан узоқ вақтгача дори ёки озик моддаларини киритиш учун қўлланади. Уларнинг миқдори 50—100 мл дан ошмаслиги керак. Дори моддалари оддий 20 г ли шприц, Жане шприцига ёки сифими 50 дан 100 м гача бўлган резина баллончага олинади (32- расм). Дори моддасининг ҳарорати 40° дан паст бўлмаслиги керак, чунки бундан паст ҳароратда дефекацияга эҳтиёж пайдо бўлади ва дори сўрилмайди. Дори ҳуқнасидан 30—40 дақиқа олдин тозалаш ҳуқнаси ва ичак батамом бўшалганидан сўнг дори кирита бошланади. Бемор чап ёнбошида оёқларини тиззасидан букиб қоринга ётади. Резина катетер ва шприц яхши стерилизацияланган бўлиши керак. Ҳамшира унч қўл билан айланма ҳаракатлар қилиб, стерил вазелин мойидан яхшилаб суртилган катетерни тўғри ичакка 10—12 см га киритади, сўнгра катетер дори моддаси олинган шприцга уланади ва бу эритмани катетерга унча катта бўлмаган босим остида кичик порциялар билан аста-секин юбори-



31-расм. Сифонли ҳуқна.
 а — зарур ашёлар; б — сифонли ҳуқна қуйиш бошқичлари (схема).



32-расм. Дорили ҳуқна.
 а — мойли ҳуқна учун баллон, б — микроҳуқна учун резина найчали шприц.

лади. Кейин, катетердан суюқлик қайтиб чиқмаслиги учун уни ичакдан чиқармай, ташқи учидан тутиб ва босиб туриб шприц катетердан эҳтиётлик билан олинади, унга ҳаво тортилади, яна катетерга қўйилади ва ундан қолган суюқликни чиқариш учун пуфланади. Ичакнинг механик, термик ва кимёвий таъсирланишининг олдини олиш учун илиқ изотоник натрий хлорид эритмаси ёки 50 г гача крахмал қайнатмаси юбориш керак. Мукрохуқналарда купинча оғриқсизлантирадиган, тинчлантирадиган ва ухлатадиган моддалар юборилади.

Томчили ҳуқна. Кўп миқдорда йўқотилган қон ёки суюқлик тўлдириш учун узоқ вақт таъсир қиладиган дори ҳуқналар қўлланади (томчилаб юбориш усули). Бунда 5 фоизли глюкоза эритмаси изотоник натрий хлорид эритмаси билан кўп миқдорда юборилади. Томчили ҳуқна учун тозалаш ҳуқнасида ишлатиладиган асбоблардан фойдаланилади, фақат учликни Эсмарх кружкаси билан туташтирадиган резина найчага томизгични қисқич билан қўйилади. Уни шундай бураладики, резина найчадан суюқлик тўғри ичакка оқим билан эмас, балки томчилаб тушади. Томчи тушиш тезлигини ҳам қисқич билан тартибга солинади (аксари минутига 60—80 томчи, яъни соатига 240 мл). Томчи усули билан кунига 3 л гача суюқлик юбориш мумкин. Эритмали кружкани каравот сатҳи устидан 1 м баландликка осиб қўйилади (бу муолажа учун томчилаш тизимидан фойдаланилса ҳам бўлади).

Озиқли ҳуқналар. Озиқли моддаларни оғиз орқали киритиб бўлмаган ҳолларда уларни тўғри ичак орқали юбориш мумкин, бу сунъий овқатлантириш турларидан бири ҳисобланади. Озиқли ҳуқналарни қўллаш жуда чегараланган, чунки ҳуқна ёрдамида суюқлик тушадиган йўғон ичак пастки бўлимида фақат сув, изотоник натрий хлорид эритмаси, глюкоза эритмаси, спирт, гўшт бульони, қаймоқ ва қисман оқсиллар ва аминокислоталар сўрилади.

Озиқли ҳуқналар озиқли моддалар киритишнинг қўшимча усули бўлиши мумкин, холос. Озиқли ҳуқнанинг ҳажми 1 стакандан ошмаслиги керак. Одатда озиқли ҳуқна тозалаш ҳуқнасида 1 соат кейин ва ичак батамом бўшалгач қилинади. Суюқлик ҳарорати 38—40°С булиши керак.

Ҳуқнанинг яхшироқ тутиб турилиши учун унга 5—10 томчи опий дамламаси қўйилади. Озиқли ҳуқна кунига 1—2 мартадан кўп қилинмайди, чунки тўғри ичакни таъ-

сирлантириб қўйиши мумкин. Агар тўғри ичак таъсирланса, бир неча кун танаффус қилиш лозим.

Озиқли ҳуқнани кичик босим остида аста-секин резина баллонининг чуқур киритилган юмшоқ учлиги орқали юборилади. Бемор чап ёнбошида оёқларини тиззасидан букиб ёки чаноғини қутариб чалқанча ётади. Муолажадан кейин бемор тахминан 1 соатча тинч ётиши керак.

Озиқли клизмаларни томчи усулида юборган маъқул. Бу усулнинг айрим афзалликлари бор: 1) тўғри ичакка томчилаб тушаётган суюқлик бетиним сўрилади, 2) у ичакни чўзмайди ва қорин ичи босимини оширмайди, 3) ичак перистальтикасини қўзғатмайди, 4) газ ажралиб чиқишига тўсқинлик қилмайди, 5) оғриқ келтириб чиқармайди. Томчили ҳуқна учун штатив тайёрланади, унга Эсмарх кружкаси осилади, овқат моддалар сув ёки глюкоза билан суюлтирилади, учликка вазелин суртилади ва тўғри ичакка киритилади. Муолажа давомида ҳамшира беморларни қўзғатиб бориши керак.

Ҳуқна қилиш сифати ва унинг яхши натижа бериши куп жиҳатдан тиббиёт ҳамширасининг билимига ва масъулиятига боғлиқ. Асбобларни, беморни яхши тайёрлаш ва бу муолажани техник жиҳатдан моҳирлик билан адо этиш лозим. Беморга юриш рухсат этилган бўлса, уни махсус ажратилган хонага киритиб, ёғоч каравотга ётқизилади ва ичаги тўлиқ бўшалмагунча ёлғиз қолдирилмайди. Агар беморга ҳуқнани палатада қўйиш лозим бўлса, бемор хижолат чекмаслиги учун каравот олдига ёғоч дарпарда қўйган яхши. Судно олингандан сўнг орқа чиқарув йули соҳаси артилади, дарпарда олиб қўйилади, палатани йилнинг қайси фасли бўлишидан қатъий назар шамоллатилади.

Мойли ҳуқналар. Қаттиқ қабзиятларда қўлланади. Битта ҳуқна учун 37—38°C ҳароратгача илитилган 50—100 мл кунгабоқар, зайтун ёки зигир, вазелин мойидан фойдаланилади. Одатда уни резина баллон ёрдамида шприц ёки катетер орқали тўғри ичакка 10 см киритилади. Мой ичак девори бўйлаб тарқалади, ахлатни ўраб олади, ичак мускулатурасини бўшаштиради ва ахлат чиқишига имкон беради. Мой оқиб тушмаслиги учун бемор 10—15 дақиқагача қимирламай ётиши керак.

Эмульсион ҳуқналар. Урнидан туролмайдиган оғир беморларда қўлланади. 2 стакан мойчечак эритмаси олдиндан тайёрлаб қўйилади (1 ош қошиқ мойчечакни 1 стакан

қайноқ сувга солинади), сунгра битта тухум сарифини 1 чой қошиқ натрий гидрокарбонат билан купиртирилади, устидан мойчечак настойкаси қуйилади ва 2 ош қошиқ вазелин мойи ёки глицерин қушиб юборилади. 15–20 дақиқа ўтгач, ичакларнинг батамом бўшалиши юз беради.

СИЙДИГИ ТУТИЛИБ ҚОЛГАН ВА СИЙДИГИНИ ТУТИБ ТУРОЛМАЙДИГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ

Сийдик тутилиши (ишурия) — тулиб кетган қовуқни бўшатиб бўлмаслик — сийдик йулига тош тиқилиб қолиши, яллиғланиб кетган парда, ўсиб кетган усма ёки тортишиб қолган чандиқ туфайли сийдик чиқариш канали ўтказувчанлигининг бузилишидан вужудга келиши мумкин. Қўшни аъзолар ва тўқималар травмадан шикастланганида, шунингдек яллиғланиш, усма касалликлари ва чандиқ ҳосил қиладиган турли-туман хасталик жараёнлари билан оғриганда сийдик чиқариш канали босилиб қолиши мумкин. Сийдик тутилиши кўпинча кекса ёшдаги эркакларда ўсиб катталашган простата безининг сийдик чиқариш каналини босиб қўйиши натижасида келиб чиқади.

Сийдик тутилиши нерв бошқарувининг бузилиши сабабли рўй берадиган ишурия маркази ва периферик нерв системасининг ҳар хил касалликларида пайдо бўлади. Шунингдек вегетатив нерв системаси бузилиши муносабати билан операция ва туғруқдан кейинги даврда тез учраб турадиган асорат ҳисобланади.

Айрим беморлар одатдан ташқари шароитларда: бошқа кишилар олдида, горизонтал ётганда қовуғини бўшата олмайди.

Сийдик тутилиши ўткир, сурункали, тулиқ ва чала бўлиши, азоб берадиган даражада захар танг қилиши билан ва бусиз ўтиши мумкин. Сийдик чала тутилганда нормада тула ва кучли бўлиб турган сийдик оқими ингичка жилдираган, узуқ-юлуқ бўлиб қолади, баъзан сийдик томчилаб туради.

Бундай беморни парвариш қилаётган ҳамширанинг вазифаси бемор қовуғини бўшатдими-йўқми уни кунига неча марта бўшатгани ва қанча сийдик ажратганини кузатишдан иборат. Нерв системаси касалликлари билан оғри

ган беморларга алоҳида эътибор бериш лозим; бундай хасталиклар аксарият қовуқнинг фалажланиши ва сфинктернинг спазми билан ўтади, айтилиши вақтда бемор ёзилгиси келмайди, натижада ғоят тўлиб ва жуда чўзилиб кетган қовуқ ёрилиши мумкин.

Операция ёки туғруқдан кейин, шунингдек бирор касалликда 6 соат ичида сийдик келмаса, имкони борича катетер солмасдан туриб, қовуқни бўшатиш чораларини қўриш лозим. Баъзан сийдик келиши учун беморнинг якка ўзини қолдириш ёки уни ўтирган ҳолатда ушлаб туришнинг ўзи кифоя қилади. Кўпинча крандан шилдираб оқаётган сув оқими сийдик ажралиши рефлексини вужудга келтиради.

Худди шу мақсадда иссиқ қилинади — қориннинг пастига иситгич қўйилади, ташқи жинсий аъзолар (аёлларда) илиқ сув билан чайилади ёки жинсий олат (эркакларда) илиқ сувга солиб турилади, 100 г илиқ сувга ҳуқна, умумий ёки маҳаллий ванна қилинади (бунга монелик қиладиган ҳоллар бўлмаса) ва ҳоказо.

Қовуқни катетерлаш

Катетерлаш — қовуқни сийдик чиқариш, қовуқни ювиш, унга дори моддасини киритиш ёки текшириш учун сийдик олиш мақсадида қовуққа катетер киритишдир. Қовуққа микроблар тушмаслиги учун катетерлашни ғоят эҳтиёткорлик билан қилиш керак, чунки унинг шиллиқ пардаси инфекцияга бардош беролмайди. Шу сабабли катетерлаш зарур бўлгандагина ўтказилиши лозим. Катетерлаш юмшоқ ва қаттиқ катетерлар ёрдамида ўтказилади.

Юмшоқ катетер — узунлиги 25—30 см ва диаметри 10 мм гача бўлган (№ 1—30) эластик резина найчадан иборат. Катетернинг юқори учи юмалоқланган, берк. Унинг яқинида ён томондан овал тешиги бор. Катетернинг ташқи учи дори эритмаларини юбориш учун шприц учлигини киритиш ва қовуқни ювиш учун қийшиқ кесилган ёки воронкасимон кенгайтирилган.

Ишлатишдан олдин катетерлар 10—15 дақиқа мобайнида қайнатилади. Қайнатиш натижасида улар аста-секин эластиклигини йўқотиши ва яроқсиз бўлиб қолишини унутмаслик керак. Ишлатилгандан сўнг уларни илиқ сув ва совун билан яхшилаб ювилади ва юмшоқ латтада артилади. Резина катетерлар қоққоқли ва эмалланган ҳамда

узун шиша қутичаларда 2 фоиз борат ёки карбон кислота эритмасида сақланади, акс ҳолда қурийди, эластиклигини йўқотади ва мўрт бўлиб қолади.

Қаттиқ катетерлар (металл катетер) :1) катетер, 2) уқ (стержен) ва 3) тумшукдан иборат (иккита овал тешикли уретрал учи). Катетер юмалоқланган ва тешигининг пас-тида қаваги йўқ. Эркаклар катетери узунлиги 30 см гача, аёлларники 12—15 см:

Аёлга катетер киритиш. Муолажадан олдин тиббиёт ҳамшираси қўлини илиқ сувда совунлаб ювади, тирноқ фалангаларини спирт ва йод эритмаси билан артади. Қиндан ажраладиган ажратмалар бўлганда аёлларнинг олдин таги ювилади ва спринцовка қилинади. Тиббиёт ҳамшираси ёки шифокор ўнг томонда туради. Чап қўл билан жинсий лаблар керилади, ўнг қўл эса ташқи жинсий аъзоларни ва сийдик чиқариш канали тешигини юқоридан пастга томон (орқа чиқарув тешиги йўлига томон) бирор зарарсизлайдиган эритма (сулема эритмаси 1:10000, фурацилин, симоб оксиданид эритмаси) билан яхшилаб артилади. Сўнгра стерил вазелин мойи суртилган аёллар катетери пинцет билан олинади ва сийдик чиқариш каналининг ташқи тешигини топиб, катетер эҳтиётлик билан киритилади. Катетернинг ташқи учида сийдик кўриниши, унинг қовуққа тушганлигини билдиради.

Сийдик ўзича ажралмаганда қолган сийдикни чиқариш учун қорин девори орқали қовуқ соҳасини бир оз босиш мумкин, сўнгра катетерни аста-секин чиқарса бўлади, шундагина қолдиқ, сийдикнинг озроқ миқдори катетер чиқарилгандан кейин, сийдик чиқариш каналини ювиб чиқади. Аёлларда у деярли узун (4—6 см) бўлмайди, шунга кўра катетерлаш қийинчилик туғдирмайди.

Сийдикни экиш учун олиш керак бўлса, стерил пробирка четларини аланга устидан ўтказилади ва у тўлгандан сўнгра стерил пахта тиқин билан беркитилади. Катетерлаш ностерил катетер ёки ювилмаган қўл билан ўтказилса, қовуққа инфекция юқорига кўтариладиган йўл билан тушади ва яллиғлантиради, бу кўпинча бемор аҳволини оғирлаштиради, шунинг учун ҳамшира асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиши керак.

Эркакларга катетер киритиш. Эркакларга катетер киритиш бирмунча қийин, чунки уларда сийдик каналининг

узушлиги 22—25 см бўлади ва иккита физиологик то-райиш ҳосил қилиб, улар катетернинг ўтиши учун тусқинлик қилади. Бемор катетерлаш вақтида оёқлари-ни тиззасидан оз-моз букиб, чалқанча ётади, оёқ пан-жалари орасига «утка», лоток ёки кружка қўйилиб, сий-дик катетердан шу идишга оқиб тушади. Ҳамшира ёки шифокор чап қўлига жинсий олатни олади ва унинг бошчасини зарарсизловчи эритмага ҳўлланган пахта бўлакчаси билан яхшилаб артади. Ўнг қўли билан сте-рид вазелин мой суртилган катетерни аста-секин, кўп куч сарфламай сийдик чиқариш каналига киритади. Ка-тетер пинцет ёки стерил дока салфетка билан олинади. Катетерлашни резина катетердан бошлаш лозим. У юм-шоқ ва айни вақтда қайишқоқ бўлганлигидан осонгина турли шаклни эгаллайди, бу мавжуд тўсиқларни четлаб ўтишга имкон беради. Катетер қовуққа тушиши билан сийдик пайдо бўлади.

Эркакларга металл катетерни фақат шифокор кири-тади.

Қовуқни ювиш. Ундан йиринг, тўқималарнинг пар-чаланиш маҳсулотларини механик чиқариш учун, шу-нингдек, цистоскоп киритиш олдидан ювилади. Одатда қовуқ резина катетер ёрдамида ювилади. Олдин қовуқ-нинг сифими аниқлаб олинади, бунинг учун бир марта сийдик ажратишда чиққан сийдик миқдори ўлчанади. Бемор тиззаларини букиб, сонларини кериб ва чаноғи-ни кўтарган ҳолда чалқанча ётади. Бу муолажани уроло-гик курсида бажариш мумкин. Қовуқни резина найчаси-га катетер кийгизилган Эсмарх кружкасида, Жане шпри-цида ювилади. Калий перманганат (1:100000), фураци-лин эритмасидан фойдаланилади. Асбоблар стерил бўли-ши керак. Катетер киритилади ва сийдикни чиқариб, уни Эсмарх кружкасининг резина найчаси билан уланади. Қовуқни тиниқ суюқлик пайдо бўлгунча ювилади ва шундан кейин цистоскоп киритилмайдиган бўлса, қовуқ-нинг ярмигача эритма билан тўлдирилади ва катетер чи-қарилади.

Ювишдан кейин бемор 30—60 дақиқагача ётиши за-рур. Агар қовуқ дори моддалари билан ювиладиган бўлса, бу ишни ҳар куни ёки кун ора бажарилади. Одатда жами 12—14 марта ювилади.

Сийдик тутолмаслик

Сийдик тутолмаслик деб, заҳар танг булмасдан сийдик чиқаришга айтилади. Бу кўпинча бош ёки орқа мияси касалланган (фалаж бўлган) беморларда, юқумли касалликка учраган беморларнинг беҳушлик ҳолатида, қовуқ ва сийдик чиқариш канали касалликларида ва неврозларда курилади.

Сийдик тутолмасликка сфинктер нерв регуляциясининг бузилиши, бушашиб қолиши ёки фалажланиши бевосита сабаб бўлади.

Доим ўринда ётадиган беморлар сийдигини тутолмайдиган бўлса, уларни айниқса кунт билан парвариш қилиш керак, чунки сийдик ич кийим, ўрин-бошларни ифлослантириши, аммиак ҳиди (шиптир ҳид) чиқариши ҳамда терининг бичилиши ва ётоқ яралар пайдо қилиши мумкин.

Сийдик тутолмайдиган беморларга сийдикни йиғиш учун шиша идиш (сийдик йиғгич) ёки резина судно тутилади. Уни кунига 3—4 марта тўкиш ва илиқ сувда совунлаб ювиш лозим. Сийдик йиғгич деворларида ҳосил буладиган аммиак ҳидли қаттиқ чўкмани эритиш учун уни калий перманганат (1:5000) ёки хлорид кислотанинг кучсиз эритмаси билан чайиш керак.

Резина суднони тез-тез бўшатиб туриш керак, чунки резина сийдикни қисман ўзига сингдиради, натижада ҳидни йўқотиб бўлмайди. Юрадиган, лекин сийдик тутолмайдиган беморларга осон ювиладиган эластик материаллар: резина, полиэтилен, нейлон, капрон ва шу кабилардан тайёрланадиган махсус сийдик тўлатгичлар чиқарилган. Булар беморга ҳаракат қилиш, ишлашга халал бермайдиган қилиб боғлаб қўйилади.

10-бўлим

ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ ЁЗИБ БЕРИШ, САҚЛАШ ВА ҚўЛЛАШ

Энг муҳим терапевтик тадбирлардан бири дори-дармонлар билан даволаш ҳисобланади. Тиббиёт ҳамшираси зарур дори-дармонларни тўғри ёзиб бериши, сақлай оли-

ши, беморларга ўз вақтида дориларни тарқатиши ва уларни юбориш усулларини билиши керак. Дориларни фақат ҳамшира беради ва бемор дориларни унинг хузурида қабул қилиши лозим. Тиббиёт ҳамшираси ўз вазифасини кичик ҳамширага ёки беморнинг ўзига топшириши мумкин эмас.

ДОРИЛАРНИ ЁЗИБ БЕРИШ

Дорихонадан дориларни ёзиб бериш, уларни бўлимда сақлаш ниҳоятда муҳим ва масъулиятли ишдир. Рецептлар, айниқса кучли таъсир қиладиган ва захарли моддаларни пала-партиш ёзиш, бепарволик қилиш, хатоликларга йул қўйиш беморга тузатиб бўлмайдиган зарар етказиши мумкин. Тиббиёт ҳамшираси дори-дармонлар билан ишлаш қоидаларини яхши ўзлаштириб олиши керак.

Дориларни ҳар куни ёзиб бериш лозим. Бу иш билан ҳамшира шуғулланади, у шифокор билан бирга беморларни кўриб чиқишда қатнашади ва унинг кўрсатмаларини синчиклаб ёзиб олади. Беморлар кўриб чиқилгандан сўнг ҳамшира касаллик тарихидан барча тайинланган дориларни махсус кўрсатмалар варақасига ва рецептура дафтарига ёзиб олади, бу дафтарлар икки нусхадан иборат: бири дорихонага дорилар тайёрлаш учун юборилади, иккинчиси эса бўлимда назорат учун қолдирилади. Кучли таъсир қиладиган ва захарли моддалар алоҳида дафтарларга ёзилади, уларга беморнинг исми-шарифи, касаллик тарихи, сони, кун, ампулалар миқдори қайд қилинади ва ҳамшира ўз имзосини қўяди. Бутун бўлимнинг рецептураси бўлимнинг катта ҳамширасига келиб тушади, у ўз навбатида рецептларнинг туғри ёзилганлигини кўради ва текшириш ҳамда уларга имзо қўйиш учун бўлим мудирига олиб боради, шундан сўнг дорихона дорилар тайёрлашга киришади. Йирик касалхоналарда дори-дармонларни бўлимларга етказиш учун махсус транспорт ажратилган.

Тиббиёт ҳамшираси дорихонадан дориларни қабул қилиб олишда дори устидаги ёзувларни рецептура дафтарларидаги ёзувлар билан солиштиради, дозасини, дориларнинг ташқи кўринишини текширади, шундан сўнг ҳамма дориларни махсус шкафга солиб қулфлаб қўяди. Дозаларда бирор номувофиқлик ёки дори тайёрлашдаги нуқсонлар аниқланганда, ҳамшира шу ондаёқ бўлим мудирига хабар қилади ва препаратни яна дорихонага қайтаради.

Дори моддалари дорихонадан ишлатиш учун тайёр ҳолда келади. Тиббиёт ҳамшираси мажмуани ўзгартириши, суюқликнинг бир шишадан иккинчисига қуйиши, кукун ёки хабдориларни бир пакетга солиб қушиб қуйиши, кукунлардан эритма қилиши асло мумкин эмас. Дориларни этикеткасиз сақлаш қатъиян ман қилинади. Ҳамшира дори-дармонлар билан ҳамиша эҳтиёткорлик билан ишлаши, беморга дори беришдан олдин, унинг қутисидаги ёзувини синчиклаб ўқиб чиқиши лозим.

Дориларни сақлаш

Дориларни сақлаш учун махсус шкафлар бўлиб, улар тиббиёт ҳамширасининг постида туради. Улар яхши қулфланиши ва постдаги ҳамширалар томонидан назорат қилиниши лозим. Дорилар шкафда гуруҳлар бўйича (стерил, ички, ташқи дорилар) алоҳида жавонларда жойлаштирилади. Ҳар бир жавонда тегишли ёзув бўлиши керак. Жавонлардаги дориларни уларнинг турига қараб жойлаштириш зарур. Орқа томонига йирикроқ идишлар, олд томонига майдароқлари қўйилади. Бу ҳар бир этикеткани ўқиш ва керакли дорини олишга имкон беради.

Уткир ҳидли дорилар (йодофром, лизол ва бошқалар) ва осон алангаланадиган моддалар (спирт, эфир) алоҳида сақланиши керак. Боғлов материали, шприцлар ва беморларга қараш учун ишлатиладиган бошқа воситалар дорилардан алоҳида сақланиши лозим.

Дориларнинг сақланиши куп сабабларга, шаклига (порошоклар, таблеткалар, микстуралар), хона ҳарорати ва намлигига, ёруғлик тушишига, оғзининг қандай маҳкамланганлигига боғлиқ. Настойкалар ва дамламалар тезроқ бузилади, шунинг учун уларни салқин жойда, яхшиси совитгичда сақлаш лозим. Вакциналар, зардоблар, антибиотиклар ҳам шу ерда сақланади. Спиртли ва эфирли эритмалар буғланиб, натижада дори моддаси бирмунча қуюқлашиб қолиши ва дозаси ошиб, организмни заҳарлаши мумкинлигини унутмаслик керак. Малҳам дори ва турли хил ёғларда тайёрланган дорилар бирмунча тез айнийди. Улар салқин жойда сақланиши керак. Ёруғликда парчаланадиган моддалар (кумуш нитрат, йод, бром) тўқ рангли шишаларда берилади ва қоронғи жойда сақланади. Бўлимда дорилар 3—4 кун сақланиши мумкин.

Заҳарли ва кучли таъсир қиладиган дори моддалари алоҳида шароитда сақланиши лозим. Улар учун унчалик катта бўлмаган сейфлар мавжуд, уларнинг ички деворида сақланиши лозим бўлган дорилар рўйхати осиб қўйилди. А шкафда заҳарли моддалар (наркотиклар, стрихнин, мишьак), Б шкафда эса кучли таъсир этадиган (кодеин, адреналин), ухлатадиган моддалар туради. Заҳарли ва кучли таъсир этадиган дорилар сарфини ҳисоблаш учун ихкита дафтар бўлади, бу дафтарлар номерланган, ип ўтказилган ва шу даволаш муассасининг сўргич муҳри билан муҳрланган бўлиши керак. Заҳарли ва кучли дорилар, шўнингдек уларни ҳисоблаш дафтари уларнинг тулиқ сақланишига кафил бўла оладиган шароитларда сақланиши керак.

Заҳарли ва кучли таъсир қиладиган дориларни нотўғри сақлаган ва талон-тарож қилган тиббий ходимлар жиноий жавобгарликка тортилади.

Дорилар ҳар бир бўлимда турлича тарқатилади. Уячаларга бўлинган қутичалардан фойдаланиш ҳам мумкин, уларнинг тубида беморнинг исми-шарифи ёзилган ва дори олдиндан солиб қўйилган бўлади. Ҳамшира дориларни палаталарга шу тартибда тарқатади. Баъзан кўчма столчалардан фойдаланилади, уларда ҳамма дорилар, сув солинган графин, пилюла ва таблеткаларни тарқатиш учун пинцет, томчи дорилар учун тоза пипеткалар ва суюқ дорилар учун тоза мензуркалар қўйилган бўлади. Ҳамшира бу столчани палатага киритиб, керакли дориларни олади ҳамда бемор уларни шу жойнинг ўзида ичади. Дори беришдан олдин ҳамшира уни синчиклаб кўздан кечиради, дозасини кўрсатмаларга мувофиқлигини текширади ва ҳоказо. Дори-дармонли барча шкафлар қулф-калитли бўлиши, калити постдаги ҳамширада сақланиши лозим. Вакциналар, зардоблар, антибиотиклар, сувли настойкалар ва дамламаларни махсус ажратилган совитгичда маълум ҳароратда сақлаш зарур.

Дори моддаларини юбориш усуллари

Дори моддалари юборишнинг турли хил усуллари мавжуд: ташқи усул — тери қопламалари, шиллиқ пардалар ёки нафас йўллари орқали ва ички (энтерал) — оғиз ёки тўғри ичак орқали ва меъда-ичак йўлларини четлаб ўтиб (парентерал) юбориш усули.

Дори моддаларини ташқи қўллаш

Терига дорилар малҳам, эмульсия, эритма, кукун дори, дамлама, чайқатма (болтушка) ҳолида қўлланади. Дорини ишлатиш унинг маҳаллий таъсирига асосланган. Шикастланмаган терининг сўриш хусусияти ниҳоятда кам (кўпчилик моддалар учун), ёгда эрувчи моддаларгина асосан, ёғ безларининг чиқарув йўллари ва соч фолликулалари орқали сўрилади.

Қўллаш усуллари: суртиш, компресслар, примочка (латгани хўллаб босиш), сепиш, жароҳатга ҳар хил боғламлар қўйиш ва ишқаб (ийлаб) суртиш.

Дориларни доимо тоза терига, тоза асбобларда ва қўлни тозалаб ювгандан кейингина қўйиш керак. Дезинфекция қилиш ёки рефлектор таъсир кўрсатиш мақсадида терига кўпинча йоднинг спиртдаги эритмаси суртилади. Бунинг учун учига пахта ўралган стерил чўп (суртмани) олиб, уни йоднинг спиртдаги эритмасига хўлланади ва терига суртилади, суртма эса ташлаб юборилади. Пахтани йод билан хўллаш учун суртмани йоднинг спиртли эритмаси солинган флаконга ботириш ярамайди, флакондаги йодни пахта толалари билан ифлослантирмаслик учун озроқ миқдордаги йод эритмасини стаканга қўйиб олиш лозим. Йоднинг спиртдаги эритмаси тиқини зич бекитилмайдиган идишда узоқ сақланса, спиртнинг буғланиши ҳисобига йод концентрацияси кучайиб қолиши мумкин. Терининг нозик соҳаларига ана шундай концентрланган эритма суртиш, қўйишга сабаб бўлади.

Кўз касалликларини даволашда турли хил моддаларнинг эритмалари ва малҳамлар қўлланади. Улардан мақсад—маҳаллий таъсир қилишдир. Бироқ конъюнктиванинг яхши сўриш қобилияти борлигини назарда тутиб, дорилар дозалашда ана шу томонини ҳам ҳисобга олиш керак.

Кўзга томизиладиган томчи дориларнинг стерил сақланишига катта эътибор бериш зарур. Кўз касалликлари хонасида кўз дориларининг эритмалари туби кенг ва бўғизга резина қалпоқчали томизгич кийдирилган махсус колбачаларда сақланади. Дори тулдиришдан олдин колбачалар дистилланган сувда ювилади ва 15 дақиқа қайнатилди. Томизгичлар алоҳида, улардан олиб қўйилган резина қалпоқчалари билан қайнатилади. Совитилгандан сунг томизгичларга резина қалпоқчалар кийдирилади ва мос ке-

ладиган колбачаларга солиб қўйилади. Бу иш стерил резина қўлпоқларда бажарилади. Дори икки кунга етадиган қилиб қўйилади ва олдиндан тайёрланган этикетка ёпиштирилади.

Дорилар қузга томизгич билан томизилади. Муолажадан аввал қўлни яхшилаб ювиш лозим. Бемордан юқорига қараш сўралади ва бу вақтда чап қўлдаги стерил нам пахта шарчаси билан қовоқни пастга тортилади. Унг қўл бармоқлари билан томизгичнинг резина қалпоқчаси босилади ва қовоқ орасига 1—2 томчи эритма томизилади. Қовоқлар юмилганда дорининг ортиқчасини ўша доқа шарчанинг ўзи шимиб олади. Конъюктивал халтачага фақат бир томчи сиғади, холос, шунинг учун 1—2 томчидан ортиқ киритиш керак эмас. Дори томизишда томизгичнинг учи беморнинг киприкларига тегмаслиги керак, борди-ю, тегиб кетса, бу томизгичдан фойдаланиб бўлмайди, уни албатта стериллаш зарур.

Қузга малҳам дори олдин қайнатиб олинган махсус шиша куракча билан қўйилади. Куракча учига озгина малҳам олинади ва куракчани қовоқ четига параллел ҳолда ушлаб, уни пастки оралиқ бурмага тегизилади. Шундан кейин бемор қовоқларни юмади, малҳамни қовоқлар орасида қолдириб, куракчани эса чеккага томон горизонтал юритиб оҳиста чиқарилади. Малҳам қуз соққаси юзасида яхшироқ ёпишиши учун юмилган қовоқлар усти стерил шарча билан енгил уқаланади.

Бурунга кукун, эритма, эмульсия малҳами ва буг (амилнитрат, новшадил спирти буглари) кўринишидаги дорилар маҳаллий, резорбтив ва рефлектор таъсир кўрсатиш мақсадида киритилади. Бурун шиллиқ пардасидан дорилар жуда жадал сурилади.

Кукундори бурунга нафасга олинadиган ҳаво оқими билан тортилади: буруннинг унг катагини бекитиб туриб, кукунни чап катаги орқали тортилади ва аксинча.

Одам ҳушдан кетганда рефлектор таъсир кўрсатиш учун новшадил спирти қўлланилади. Унга ҳулланган пахта шарча беморнинг бурнига яқинлаштирилади ва унинг буглари нафас орқали бурунга киради.

Томчи дорилар бурунга томизгич орқали (болаларга 2—3 томчи, катталарга 5—6 томчи) томизилади. Томизишдан олдин бемор бурнини қоқиб олиши керак, болаларнинг бурни эса стерил пахта тампонлар («пиликчалар»)

билан тозаланади. Бемор ўтирган бўлса, ундан бошини орқага ташлаш сўралади, чалқанча ётган бўлса, бошидан ёстиқни олиб қўйиш керак, чап қўлнинг бош бармоғи билан бемор бурнининг учи бир оз кўтарилади ва дорини буруннинг четларига теккизмасликка ҳаракат қилиб томизилади, шундан кейин бемор дори томизилган томонга бошини энгаштириши лозим. 1—2 дақиқа ўтгач, дори буруннинг иккинчи катагига томизилади.

Бурунга эмульсиялар киритиш учун чой қошиқдан фойдаланилади, эмульсияни суюлтириш учун қошиқ олдиндан қиздириб олинади. Буруннинг иккала катагига юбориш учун чорак чой қошиқ эмульсия етарли.

Қулоққа дорини томизгич билан (болага 5—6 томчи, катта одамга 6—8 томчи) қўйилади. Эшитув йўлини олдиндан тозалаш, томизиладиган дорини эса, тана ҳароратигача иситиш (совуқ дори эритмасини қўйиш бош айланишига сабаб бўлиши мумкин) керак. Бемор ётиб, бошини чаккаси билан қўйиши лозим. Эшитув йўлини тўғрилаш учун қулоқ супраси юқори ва орқага (болада пастга) томон чўзилади ва дори томизилади. Сўнгра дори томчиларини ўрта қулоққа тушириш учун қулоқ супраси бир неча марта босилади, бунда беморнинг оғзида дори таъми ҳосил бўлиши мумкин. Дорининг қулоқдан оқиб чиқмаслиги учун бемор 25—30 дақиқа шу вазиятда ётиши керак, кейин қулоқни стерил пахта билан артилади. Қулоқдан йиринг ажралаётган бўлса, мой дори томизиш мумкин эмас.

Аёллар жинсий аъзоларига таъсир қилиш учун қинга дориларни какао мойидан тайёрланган шарчалар, турли суюқликлар ва мойларга шимдирилган пахта — дока тампонлар, порошоклар (присипкалар) суртиш ва чайиш учун ишлатиладиган эритмалар кўринишида киритилади. Дориларнинг таъсири асосан маҳаллий бўлади, чунки қиннинг шикастланган шиллиқ пардаси орқали моддалар жуда оз сўрилади.

Қинни иссиқ суюқлик билан чайиш учун аёл аввал ҳожатга бориб келиши ва қовуғини бўшатиши керак. Муолажа вақтида бемор чалқанча ётиши керак, унинг тагига судно қўйилади. Шишадан ясалган қин учлиги бор Эсмарх кружкаси олдиндан қайнатилади, унга 45°С ҳароратдаги қайнаган сув (ёки тайинланган дорининг кучсиз эритмаси) тўлдирилади. Кружкани каравот сатҳидан кўпи билан 1 м га кўтарилади, бемордан сонларни кериш сўралади ва

учликни қинга унинг орқа девори бўйлаб киритилади ва айни вақтда суюқлик қин деворини ювади ва суднога тўкилади. Қинни чайиш тугаллангандан сўнг суюқликнинг бир қисми қинда қолади, бемор ярим соатгача тинч ётиши керак. 45°С ҳароратдаги сувга қин деворлари яхши чидайдди, лекин у ташқи жинсий аъзолар терисини қуйдириб қўйиши мумкин, шунинг учун чайишдан олдин бу соҳа терисига вазелин суртиб қўйиш керак.

Қин тампони тайёрлаш учун кичикроқ пахта бўлаги олиниб, докага уралади ва пишиқ ип билан крестсимон боғлаб, ипларнинг учи узун қолдирилади. Тайёр тампонлар стерилизацияланади. Қин чайилгандан кейин 1—1/2 соат ўтгач, дорига шимдирилган тампон гинекологик кўзгу ёрдамида қиннинг орқа гумбазига киритилади. 10—12 соатдан сўнг аёл тампонни (қиндан чиқиб турган ип учидан тортиб) ўзи чиқариши мумкин.

Ингаляция — дори моддаларини нафас йўллари орқали киритиш усули. Газлар (кислород, карбонат ангидрид), осон буғланидиган моддалар (эфир, хлороформ), шунингдек чанг ҳолидаги майда моддалар (аэрозоллар) ни нафасга олиш мумкин. Уларни ҳосил қилиш учун пульверизатор каби ишланган махсус аппаратлар ёки буғ ингаляторлари ишлатилади — қисилган ҳаво ёки кислород эритмаларини чангсимон ҳолатга келтиради, улардан бемор нафас олади. Ингаляцияларни шунингдек дори солинадиган дастаки ингаляторлар ёрдамида ўтказиш мумкин.

Ингаляциядан олдин кийимларни ифлосланишдан сақлаш учун беморнинг кўкрак қафаси клеёнка билан беркитилади. Бемор аппарат рўпарасига буғ қуйдириб қўймайдиган масофада ўтказилади. Буғни оғиз орқали нафасга олиш, оғиз орқали чиқариш керак. Бронхиал астмали беморлар учун уйда ишлатиладиган ингаляторлар мавжуд. Дори модда пластмасса найчада бўлиб, унга резина баллон кийдирилган. Бемор уни босади ва ҳавони ютиш билан дорини нафас йўллариغا киритади.

Дориларни энтерал йўл билан юбориш

Дорилар оғиз орқали — *per os*, — тўғри ичак орқали — *per rectum* ва тил остига қўйиб — *sub lingua* ичга киритилади. Бу усулларнинг ҳаммаси маҳаллий, резорбтив ва рефлексор таъсир қилиши мумкин.

Дориларни оғиз орқали киритиш усули энг кўп қўлланади. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, у содда, дориларни турли-туман шаклларда ва ностерил ҳолда киритилади. Камчилиги қуйидагилардан иборат:

а) дори моддалар умумий қон айланиш доирасига аста-секин тушади (меъданинг тўлиқлик даражасига, овқат сифатига, дорининг сўрилиш хусусиятларига қараб); меъда шиллиқ пардаси орқали сўрилиш секин боради ва ёғда эрувчан моддаларгина сўрилади, дорилар асосан ичакларда сўрилади;

б) дори овқат моддалари билан ўзаро таъсир қилиш (абсорбция, эриш, кимёвий реакциялар) натижасида меъда ва ичак ширалари ҳамда жигардаги кимёвий жараёнлар таъсирида ўзгариб қолади (парчаланишгача бориб етади);

в) сўрилиш тезлиги ва сўриладиган модда миқдори номаълум бўлганида қон ва тўқималарда дориларнинг қандай концентрацияда эканлигини аниқлаб бўлмайди.

Мана шу ноўрин таъсирларни камайтириш учун дорилар овқатдан олдин ичилади (меъда шиллиқ пардасини таъсирлантирадиган дорилардан ташқари), дори капсулага жойланиб, меъда шираси таъсиридан ҳимоя қилинади ёки ун икки бармоқ ичакка зонд орқали киритилади.

Оғиз орқали дориларни кукун дори, хаблори, пилюлалар, дамламалар (сув ва спиртдаги), экстрактлар, микстуралар (аралашмалар) кўринишида киритилади.

Тиббиёт ҳамшираси дорини бемор тилининг илдизига қўяди ва ичиб юбориш учун сув беради. Болалар кукун ва хабдорини ҳамма вақт ҳам ичавермайдилар, шунга кўра бу дориларни майдалаб ёки сувда эритиб, ичириш зарур.

Спиртдаги настойкалар ва айрим эритмалар томчилаб берилади. Томчиларни томизгичдан ёки махсус мосламаси бўлган флаконнинг узидан санаб томизилади. Қабул қилишдан олдин томчиларни озроқ сувда суюлтирилади ва сув билан ичилади. Томчини санашда янглишиб кетилса, дорини тўкиб ташлаш (флаконга эмас), мензуркани чайиш ва неча томчи керак бўлса, қайта томизиш керак. Ҳисоблаш учун 1 г сувда 20 томчи, 1 г спиртда 65 томчи, 1 г эфирда 85 томчи бўлишини билиш керак.

Дориларни тўғри ичак орқали юборишнинг афзаллиги шундаки, улар тез сўрилади ва дозаси аниқ бўлади. Дори ферментлар таъсирига йўлиқмайди, чунки тўғри ичакда

ферментлар бўлмайди ва дори жигарни четлаб утиб, сўри-
либ пастки геммороидал веналар орқали бевосита пастки
кавак венага тушади. Бундан ташқари, бу усул дорини оғиз
орқали қабул қила олмайдиган: қусадиган, қизилўнғачда
овқат тутилиб қоладиган, юта олмайдиган, жумладан хуш-
сиз ётган беморлар дори ичишдан бош тортадиган (руҳий
хасталар), бесаранжом ва (алаҳлаб) ётгани учун дори ича
олмайдиган, укол қилиш ҳам қийин ва хавfli бўлган-
ларга дори юбориш имконини беради. Бундай ҳолларда
бесаранжомликни бартараф этиш учун тинчлантирувчи
воситаларни дорили ҳуқна (масалан, хлоралгидрат эрит-
маси) орқали юбориш мумкин.

Тўғри ичакда ферментлар бўлмаслиги бу усулнинг аф-
заллиги эмас, камчилиги саналади, чунки тузилиши жи-
ҳатидан оқсил, ёғ ва полисахарид бўлган дорилар ичак
девори орқали ферментлар иштирокисиз кира олмайди ва
уларни фақат маҳаллий таъсир қилиш жиҳатидан қўллаш
мумкин.

Тўғри ичакка юбориш учун шамчалар ва дорили ҳуқна-
лардан фойдаланилади. Дори эритмасини ҳуқна қилиб ич
тозалангандан кейин, тўғри ичакка юборилади.

Ютиниши бузилган, тинмай қусадиган, алаҳлаш ва бе-
хуш ҳолатдаги беморларга дори моддаларни тўғри ичакка
шамчалар ҳолида юборган маъқул, чунки геммородиал ве-
налар айрим дори моддаларни яхши сўради. Шамчалар ци-
линдрик шаклга эга бўлиб, учи конуссимон. Улар какао
мойида тайёрланиб, турли дори препаратлари билан ара-
лаштирилади. Шамчаларни музлатгичда ёки салқин жой-
да сақлаш лозим. Шамчалар тўғри ичакка киритилади, улар
шу ерда эрийди ва шиллиқ пардани ўраб олади. Шамча-
лардаги дори моддалар шиллиқ пардага маҳаллий таъсир
қилади ёки қонга сўрилади ва организмга умумий таъсир
курсатади. Шамча киритишдан олдин тозалаш ҳуқнаси
қилинади. Шамчани орқа чиқарув тешигига киритиш учун
бемор оёқларини қорнига тортиб, ёнбоши билан ётади.
Ҳамшира шамчани очади, чап қўли билан беморнинг дум-
баларини кериб, ўнг қўли билан шамчанинг ингичка учи-
ни тўғри ичак ташқи сфинктерининг ичкарисига кирита-
ди, акс ҳолда сфинктер мускулларининг қисқариши на-
тижасида, шамча ташқарига чиқиб кетиши мумкин. Шам-
чани қўлда узоқ тутиб туриш мумкин эмас, чунки у тезда
эриб кетади. Шамча киритилгандан сўнг бемор бир неча

дақиқа ётиши керак, сунгра ҳамшира думбалари орасига пахта булакчасини қўяди.

Дори моддаларини парентерал юбориш

Бу усулнинг асосий афзалликлари юборишнинг тезлиги ва дозасининг аниқлигидир.

Инъекция деб, дори моддаларини шприц ёрдамида тери орасига, тери остига, мушакка суяк орасига, орқа мия каналига юборишга айтилади. Бу усул асептика қоидаларига риоя қилишни талаб этади. Акс ҳолда организмга касаллик қўзғатувчи микроблар тушиб, инфекция асоратлар ривожланиши, улар эса баъзан ўлим билан тугаши мумкин. Шунинг учун тиббиёт ҳамшираси асбобларни стериллашдан олдин тайёрлаш; ўз қўлларини ва бемор терисини қайта ишлаш; дори моддаларини парентерал юбориш; энг муҳими эса асептика қоидалари — жароҳатларни инфекция қўзғатиш эҳтимоли бўлган микроорганизмлардан эҳтиёт қилишни яхши билиши керак.

Инъекциялар учун шприцлар ва игналардан фойдаланилади. Шприц ичи бўш цилиндрдан иборат бўлиб, бир учида игна қўйиладиган конуси бор, иккинчи учи поршень киритиш учун очиқ қолади, поршень дастали стерженга ўрнатилгандир. Баъзан цилиндрда поршенни маҳкам ушлаб туриш учун олиб қўйиладиган қопқоқча бўлади. Цилиндрда поршенни тортиш манфий босимни вужудга келтиради, натижада учлик ёки ичи бўш игна орқали ҳаво ёки шприцга тўлдирадиган суюқлик сўриб олинади. Поршень босилганда ҳаво ёки суюқлик шприцдан отилиб чиқади. Шприц герметик бўлиши, яъни цилиндр билан поршень орасидан ҳавони ҳам, суюқликни ҳам ўтказмаслиги лозим, акс ҳолда у яроқсиз бўлади. Поршень цилиндрда бемалол урилиши, унинг деворларига зич ёпишиб туриши керак. Герметиклигини текшириш учун цилиндр конусини чап қўлнинг II бармоғи билан зич қилиб бекитиш, ўнг қўл билан эса поршенни цилиндрдан тортиш лозим. Агар шприц герметик бўлса, бу ҳолда поршень дастлабки ҳолатни эгаллайди.

«Рекорд» шприци бир учига зангламайдиган металлдан ясалган, воронка зич маҳкамланган шиша цилиндрдан иборат. Цилиндрнинг иккинчи учида худди шундай металл гардиши бор. Қалта металл цилиндр поршень шиша ци-

линдрга мос қилиб ишланган, бу яхши герметикликни таъминлайди. Поршенга металл стержен бураб қўйилиб, унинг ясси дастаси бўлади.

Махсус вазифаси бўлган шприцлар кичик сифимли булгани ҳолда торайтирилган ва узунлаштирилган цилиндрга эга, шу туфайли унда 0,02 ва 0,03 мг га мос келадиган бир-биридан катта масофада ва аниқ қилиб чизилган булинмалари бўлади. Бу инсулин, вакциналар ва зардоблар, кучли таъсир қиладиган воситаларни бирмунча аниқ дозаларда юбориш имконини беради.

Сунгги вақтларда бир марта ишлатишга мўлжалланган шприцлар кенг қўлланмоқда. Улар пластмассадан қилинади ва фабрика шароитида стерилланади. Бундай шприц айниқса биринчи ёрдам курсатишда қулайдир. Шприцни қўллашда игнани бекитиб турган қалпоқчани бураб, уни шприц корпусига охиригача сурилади, бунда игна мандрени билан унинг каналини бекитиб турган мембранаси тешилади. Қарама-қарши йўналишда бураш билан қалпоқчани мандрен билан олинади ва игнани юқорига қутариб, корпус девори игнадан ҳаво чиқиб кетгунча босилади. Игна санчиш вақтида корпусни қаттиқроқ босиб дори юборилади. Бунда игнага қўл теккизиш мутлақо мумкин эмас.

Люэр шприцлари камроқ ишлатилади. Бу шприцнинг поршень ва цилиндри шишадан тайёрланган. Люэр шприцларининг сифими 1—20 мл. Шприц қайнатилганда яхши стерилланади, бироқ унинг герметиклиги тезда бузилади.

Инъекциялар учун игналар бўш металл найчали, бир учи қийшиқ кесилган ва ўткир қилинган, иккинчи учига муфта маҳкамланган бўлиб, бу шприц учлигига зич ёпишиб туриши керак, шундагина унга ҳаво кирмайди. Игна оддий ёки зангламайдиган пулатдан тайёрланади.

Турли хил инъекциялар учун турли хил игналар мавжуд: 1) венага дори қўйиш учун узунлиги 5—6 см, бўшлиғи 0,3 дан 0,5 мм гача игналардан фойдаланилади; 2) тери ости инъекциялари учун — узунлиги 3—4 см, бўшлиғи 0,5 дан 1 мм гача игналар; 3) мускул орасига инъекция қилишга узунлиги 8—10 см, бўшлиғи 0,8 дан 1,5 мм гача бўлган игналар ишлатилади.

Шприц ва игналарни эҳтиётлаш зарур, уларни қуруқ ва булақларга ажратилган ҳолда металл филофларда сақлаш мумкин.

Шприц йиғишдан олдин ҳамшира қўлини илиқ сувда совунлаб, чўтка билан яхшилаб ювиши, сунгра стериллик бузилмаслиги учун қўлини сочиққа артмай туриб, унга спирт суртиши лозим. Тиббиёт ҳамшираси тоза қўллари билан бошқа нарсаларни ушламаслиги керак. Инъекциядан олдин бемор терисини ҳам яхшилаб тайёрлаш зарур. Бунинг учун спиртга ҳўлланган тампон билан терининг инъекция қилиниши керак бўлган қисми артиб чиқилади. Шприц, игна, тиббиёт ходимининг қўли ва бемор бадани терисини тўғри тайёрлашнинг аҳамияти ниҳоятда катта. Бунда энг муҳими — асептика қоидаларининг ҳаммасига амал қилишдир.

Қайнатилган шприц совиб бўлганда сўнг йиғилади. Стерилланган ашёларни стерил пинцетлар билан олиш керак, ҳатто тоза ювилган қўллар билан ҳам бемор баданига тегмайдиган қисмларнигина ушлаш мумкин. Игнага қўл теккизиш қатъий ман этилади. **Шприц қуйидагича йиғилади:** чап қўл билан пинцетни ушлаб, цилиндр олинади, ўнг қўлдаги пинцет билан поршень бошчасидан ушланади, айланма ҳаракатлар билан цилиндр тешигига киритилади ва охиригача сурилади. Поршень чиқиб кетмаслиги учун бармоқ билан ушлаб турилади. Ўнг қўлдаги пинцет билан игна муфтасидан ушланади, уни цилиндр учига ўрнатади, яхшилаб маҳкамланади. Муфтани II бармоқ билан ушлаб туриб, игна орқали ҳаво ёки стерил эритма ўтказиш билан унинг ўтказувчанлиги текширилади. Шундан кейин шприц ишлатишга тайёр ҳисобланади.

Шприцни тўлдиришдан олдин юбориладиган дори ампуласи ёки флакондаги ёзувни ўқиш, унинг тиниқлигига ишонч ҳосил қилиш ва ярқилик муддатини текшириб кўриш керак.

Ампуладан шприцга дори олиш учун уни чап қўл билан тутиб турилади ва игна бўғзи синдирилган ампула ичига киритилади. Ўнг қўл билан поршенни тортиб (чап қўлнинг иккинчи бармоғи билан ампулани тутиб турилади) унга ампуладаги дорини сўриб олинади. Ампулага дори киритилаётганда игна учи ампуланинг ташқи деворларига тегиб кетмаслигига ҳаракат қилиш керак, чунки ампуланинг сиртқи томони етарлича стерил бўлмайди. Буш ампулани инъекция вақтигача игнада қолдириш жуда қўлай, бу игнанинг стериллигини сақлайди ва керак бўлса дори номини такрор текшириб кўришга имкон беради.

Агар стерил дори флаконда бўлса, унинг ёзувини ўқиб ва тиниқлигига ишонч ҳосил қилинганча, флаконни бўғзи-га қўл теккизмай (стериллигини йўқотмаслик учун), игнани ичига киритилади ва шприцга дори эритмаси тортиб олинади. Игнани киритишда уни флаконнинг ташқи деворига теккизмаслик керак.

Фабрикада ишлаб чиқарилган стерил медикаментли флаконлар резина тиқин билан бекитилган ва металл қалпоқча билан маҳкамланган бўлади. Флаконнинг сиртқи юзаси стерилланмаган бўлса, инъекциядан олдин спиртга намланган стерил пахта шарча билан флакон қалпоқчалари артилади ва қалпоқча гардиши стерил пинцет билан олинади, тиқиннинг очилган қисми спирт билан артилади. Йўғон игна кийдирилган шприцга дори эритмаси миқдорига барабар ҳажмдаги ҳаво тортилади, сўнгра резина тиқинни тешиб, игна бир оз ичкарига киритилади ва флаконга ҳаво юборилади.

Флакон тубини юқорига кўтариб ва унда игнанинг вазиятини аввалгича қолдириб, дори эритмаси тортиб олинади. Қуруқ дорили флаконларга ҳам худди шундай ҳаво тортилади, кўпик ҳосил қилмасликка ҳаракат қилиб, муайян миқдорда стерил эритувчи юборилади, ҳосил бўлган эритма ёки аралашмани бир неча марта силкитилади ва шприцга тортиб олинади, флаконда бир доза эритма бўлса, игнани чиқариб олиш, бир неча доза бўлса, у орқали эритманинг кейинги порциясини олиш учун игна флаконда қолдирилади, инъекция тиқинни тешишга ишлатилган игна билан эмас, бошқаси билан қилинади.

Бемор хонада бўлса, инъекцияга киришиш мумкин, борди-ю, палатада бўлса, тўлдирилган шприцни игнаси билан бўш ампулага киритиб стерил лотокка қўйилади, унга яна спирт шимдирилган бир неча стерил дока салфеткалар солинади, лоток устига стерил дока салфетка ёпиб палатага олиб кирилади.

Инъекциядан кейин шприц билан игна ўша заҳоти сув оқими остида ювилади ва уни ишлатилган асбоблар солинган лотокка қўйилади. Қўлни ювиб спирт билан артилади ва навбатдаги инъекцияга киришилади.

Иккита ёки бир неча инъекция қилиш учун биргина шприцдан фойдаланиш ва иккита препарат инъекциясини битта игна билан галма-гал қилиш мумкин эмас, турли дори эритмаларини бир шприцда аралаштириш ҳамда

шифокор рухсатисиз уларни бир вақтнинг ўзида юборишга асло йул қўйиб бўлмайди.

Анафилактик шок ва зардоб касаллиги каби аллергия реакцияларнинг олдини олиш учун зардоблар (қоқшолга ва дифтерияга қарши) юборишда махсус қоидаларга амал қилиш шарт. Аввало сезувчанликни текшириш учун тери ичига синама қилинади: 0,1 мл зардоб тери орасига юборилади ва бир соат мобайнида кузатилади. Синама манфий бўлса, яъни беморда шу зардобга ортиқча сезувчанлик аниқланмаса, бу ҳолда ҳаммага маълум Безредка усулидан фойдаланилади: тери остига 0,2 мл зардоб киритилади. Зардоб илитилган ҳолда юборилади. Зардоблар ёпишқоқ бўлганлиги туфайли уларни шприцга йўғон игнада олиш керак. Зардоб юборилган заҳоти, игна ва шприцни зардоб қолдиқларидан тозалаш учун яхшилаб ювиш (эфир билан ювиш) ва қайнатиш керак.

Инъекцияга тайёргарлик кўрилаётган вақтда бемор билан гаплашиб, унга инъекциянинг оғриқсиз ўтишини ва дори шундай усулда юборилганда таъсири кучли бўлишини ва у тезда соғайиб кетишини айтиб, уни чалғитиб туриш керак. Айни вақтда беморнинг хатти-ҳаракатларини бошқариш, унинг қандай ётиши ва қандай нафас олиши кераклигини тушунтириш керак.

Тери орасига қилинадиган инъекциялар

Тери орасига инъекциялар ташхис мақсадида қилинади. Буларга мисол қилиб Манту синамасини (еилни аниқлаш учун), Бюрне синамасини (бруцеллёзни аниқлаш учун), Касони синамасини (эхинококкозни аниқлаш учун), Мак Клюр — Олдрич синамасини (яширин шишларни аниқлаш учун) кўрсатиш мумкин. Бундан ташқари тери орасига инъекциялардан маҳаллий оғриқсизлантириш мақсадида фойдаланилади.

Юбориладиган суюқлик миқдори 0,01—1 мл. Учи 40—45° қийшиқ қилиб кесилган энг ингичка ва калта игна бир граммми яхши шприц олинади, чунки тери дори юборишга қаршилиқ кўрсатади. Диагностик, аллергия синамалар ва дориларга сезувчанликни аниқлаш учун инъекциялар биланнинг ички сатҳи соҳасига қилинади. Инъекция қилинадиган жой спирт билан артилади ва қуригунча бир оз кутиб турилади. Игнани учи билан юқорига ва ўткир бурчак остида, терига деярли параллел тутиб туриб, учи-

ни фақат тешиги ботиб, кўринмай кетадиган қилиб, бир оз ичкарига киритилади ва тайинланган миқдордаги суюқлик юборилади. Инъекциядан сўнг қоладиган бўртмача 1/2—1 соат мобайнида сўрилиб кетади. Терига юборилган дори эритмаси (0,1 мл) ёки зардобга (0,1 мл) ортиқча сезувчанлик бўлганда 1/2—1 соатдан сўнг инъекция атрофидаги тери қизариб қолади. Бу ҳолда даволаш учун мазкур воситани қўллашдан воз кечишга тўғри келади. Манту, Бюрне, Касони синамаларининг натижаларига 24—48 соат ўтгач баҳо берилади.

Тери остига инъекциялар қилиш ва дори қўйиш

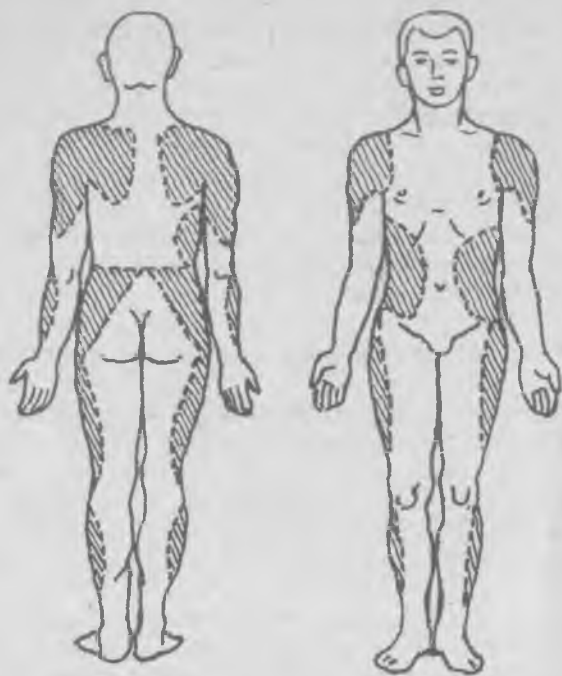
Тери ости ёғ ҳужайраси томирларга бой юмшоқ туқимадан иборат, шунга кўра тери остига бир неча миллилитрдан (инъекциялар) 0,5 л гача (қўйиш) дори эритмаларини юбориш мумкин. Мойдаги эритмалар секин сўрилади, уларни бир неча миллилитр миқдорида ва сўрилишни яхшилаш мақсадида албатта илитилган ҳолда юборилади.

Тери ости инъекциялари учун аксари елка ва сонларнинг ташқи юзасидан, камроқ ҳолларда курак ости ва қорин соҳасидан фойдаланилади. Дори қўйиш учун сонларнинг олдинги — ташқи юзасидан фойдаланилади (33-расм).

Тери ости ёғ ҳужайраси шишган ёки аввалги инъекциялардан яхши сўрилмаганлиги туфайли қаттиқлашиб қолган жойларга инъекция ва дори юборишга рухсат этилмайди.

Бевосита инъекция олдидан шприц игнасини юқорига тик тутиб туриб, шприцдан ҳаво чиқарилади. Эритмадаги ҳаво пуфакчалари майда бўлса, уларни бир-бирига қўшиб яхлит қилиш ва поршенни суриб, уни чиқариб юбориш учун поршенни тортиш керак. Бунда дори эритмасининг озроқ миқдори беҳуда сарф бўлади.

Инъекцияга мулжалланган жойдаги тери сатҳини спирт шимдирилган стерил пахта шарчалар билан икки марта артилади: биринчи марта 10x15 см майдондаги соҳа, иккинчи марта пахта шарчаси билан эса бевосита тешиладиган 5x5 см жой тозаланади, сўнгра бу жойга йоднинг спиртли эритмаси суртилади. Тери анчагина ифлос бўлса, уни олдин эфир билан артиш лозим.



33-расм. Тери остига инъекция қилинадиган соҳаларга штрихлар чизилган.

Эритмаларни инъекция қилиш учун ингичка игна, мойларни инъекция қилиш учун йўғонроқ игна, тери остига дори куйиш учун узунлиги 90 мм, бушлиғи 1 мм бўлган игна олинади. Инъекция қилинадиган жойдаги терини чап қўл билан бурма қилиб ушлаб, игнани унинг асосига чаққон ҳаракат билан киритилади. Шприцни ушлаш ва терини тешишнинг иккита усули бор.

Биринчи усул. Шприц цилиндри биринчи ва иккинчи — учинчи бармоқлар орасида сиқиб турилади, тўртинчи ва бешинчи бармоқлар билан поршень ушлаб турилади. Игнани елка сатҳига 30° бурчак остида тери бурмасининг асосига пастдан юқорига (бемор тик туради) санчилади (34-расм, а). Терини тешишда игна тешиги ҳамиша юқорига қараган бўлиши керак. Тери остига, мушакларга ва веналарга инъекция қилишда игнани бор буйича эмас, балки тахминан 2/3 қисми киритилади, чунки игна муфтаси

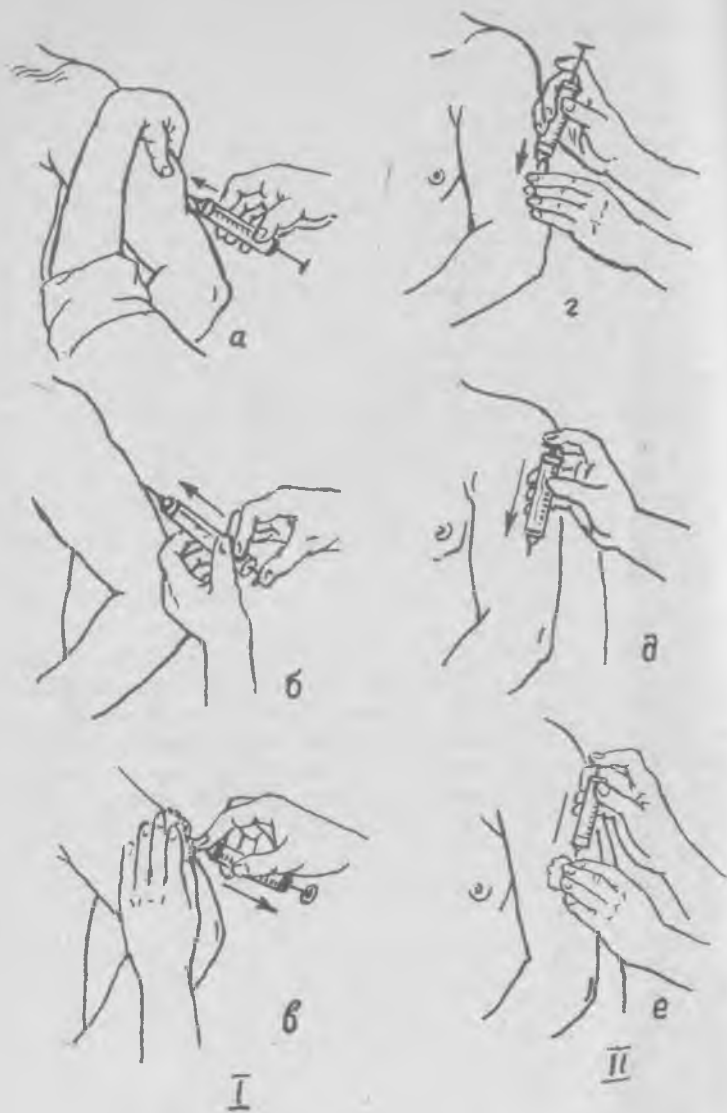
билан бириккан жойдагина синиши мумкин. Тери тешил-гач, шприц чап кўлга олинади, ўнг кўлнинг иккинчи ва учинчи бармоқлари билан цилиндр гардиши қисиб турилади, биринчи бармоқ билан эса поршень дастасини босиб, дори юборилади (34-расм, б). Сўнгра спиртга ҳўлланган янги пахта шарчани чап кўл билан қўйиб, игна тортиб олинади (34-расм, в), чап кўлдаги пахта шарча билан эса дори юборилган жойни енгил ўқаланади: шундагина у тери ости ёғ ҳўжайрасида яхши тақсимланади ва қайтиб чиқмайди. Терининг тешилган жойига спиртдаги йод эритмаси шимдирилган пахта шарчасини инъекция қилинган жойда узоқ ушлаб турмаслик керак, чўнки йод терини кўйдириши мумкин.

Иккинчи усулда тўлдирилган шприцни иккинчи ва учинчи, тўртинчи бармоқлар билан вертикал ҳолда игнасини пастга қаратиб ушлаб турилади (34-расм, г). Игнани тезлик билан санчиб, иккинчи бармоқ билан поршень дастаси босилади ва дори юборилади (34-расм, д), сўнгра игна чиқарилади (34-расм, е).

Тери ости инъекцияларида асоратлар юз бериши эҳтимол. Улардан бири турли ҳажм ва қаттиқликдаги инфилтратлар ҳосил бўлишидир. Инфилтрат — механик шикастланиш булган жой атрофидаги тўқима ҳўжайраларининг реактив кўпайиши бўлиб, бунга ўтмас игна билан инъекция қилиш дори моддасидан, айниқса мойли эритмалар ва аралашмалардан кимёвий таъсирланиш, шунингдек инфекция тушиши сабаб бўлади. Инфилтрат юзага келишига беморнинг аҳволи сабаб бўлиши мумкин. Чўнончи, оғир аҳволда ётган беморларда дорининг сўрилиши секинлашади. Баъзан инфилтратлар ириб, мадда, оқма яра ҳосил қилади.

Ҳосил бўлган инфилтратларнинг сўрилишини тезлаштириш учун иситадиган компресслар, физиотерапия қўлланади. Йиринг бойлаган жойлар (абсцесслар) ёрилади.

Инфилтрат абсцесслар олдини олиш учун инъекция қилаётганда ўткир игна ишлатиш ва асептика қоидаларига пухта амал этиш; асбобларни яхшилаб стериллаш, ҳамшира кўлини, бемор терисини ва ампулани концентрацияси камида 70° булган спирт ва стерил материал билан қайта тозалаш, шприцга дори олиш ва уни бемор палатасига етказиш вақтида дори эритмаси ва асбобларнинг стериллигини сақлаш лозим. Игнани кўл билан ушлаш,



34-расм. Тери остига инъекция қилиш.

I биринчи усул: а — терини тешши, б — дори юбориш, в — игнани чиқариш; II
 иккинчи усул: г — терини тешши; д — дори юбориш, е — игнани чиқариш.

ампула ва флаконнинг ностерил сатҳига теккизиш игнанинг стериллигини бузади ва инфекция манбаига ҳамда йирингланишга сабаб бўлади. Масалан тиббиёт ҳамшираси стериллашдан сунг шприцни йиға туриб, игна муфтасини стерил пинцет билан эмас, бармоқлари билан ўрнатса, у ҳолда, кейинроқ шприцдан ҳаво чиқариш вақтида эритма қисман игнадан чиқади, муфтага оқиб чиқиб инфекцияланади, инъекция вақтида эса игна бўйлаб терининг тешилган жойига оқиб тушади ва унга инфекция туширади. Ниҳоят, шприц ва игнани бир инъекциядан ортиқ ишлатишга рухсат этилмайди.

Игна синигининг юмшоқ тўқималарда қолишга игнанинг тайёрлашдаги нуқсонни ёки эскирганлиги, етарлича узун бўлмай, унинг ҳаммасини киритишга тўғри келганлиги, шунингдек беморни инъекция ҳақида огоҳлантириб қўйилмаганда, мушакларнинг тўсатдан қисқариши сабаб бўлади. Бу ҳолда рентгеноскопиядан кейин, иложи борича тезроқ игнани жарроҳлик усули билан чиқариб олиш керак, чунки юмшоқ тўқималарда игнанинг синиги сўрилиши ва ўз йўлида аъзо, тўқималарни шикастлантриши мумкин.

Дори эмболияси, яъни мойдаги аралашманинг қон томир бўшлиғига тушиб қолиши ва тикилиши, масалан, камфора мойининг илгари инъекция қилинган жойда пайдо бўлган инфилтратга яна инъекция қилинган ҳолларда юзага келади. Қаттиқлашган (инфилтратланган) тўқимадаги артериялар ва веналар кам ҳаракатчан бўлиб, уларнинг бўшлиғи очилиб қолади. Игнанинг учи тасодифан артерия бўшлиғига тушиб қолиши мумкин, шунда юборилган камфора мойи унга тикилиб қолади ёки мой томчилари қон оқими билан бу артериянинг тармоқларига сурилиб бориб, уларни бекитиб қўяди. Ҳар қандай ҳолда ҳам шикастланган артерия билан таъминланган соҳада тўқималарнинг қон билан таъминланиши бузилади. Бунда инъекция қилинган жойда тобора кучайиб борадиган оғриқ, шиш ва қизариш пайдо бўлади, бу соҳа териси қизил-кўкимтир тусга киради, маҳаллий ва умумий ҳарорат кўтарилади. 3—4 кунга келиб тўқималар ҳалок бўла бошлайди, сунгра улар кучиб яра ҳосил қилади. Бу асоратни баргараф этиш шарт.

Мой эмболининг очилиб қолган инфилтрат венасига тушиши кўпроқ кузатилади, чунки веналарнинг сони кўп

ва уларнинг деворлари юпқа бўлади. Эмболлар бу ердан ўпка томирларига тушади, бунда нафас қисади, йўтал хуружи тутади, бемор кукариб кетади ва кукракда қисилиш сезгиси, оғизда юборилган модданинг таъми пайдо бўлади. Асорат оқибатида бемор нобуд бўлиши мумкин. Бундай ҳодиса содир бўлмаса, 5—10 дақиқадан сўнг ёғ эмболларининг бир қисми ўпка томирларидан катта қон айланиш доирасига ва мия томирларига тушиши мумкин, натижада қаттиқ бош оғрийди, бош айланади, кўнгил беҳузур бўлади, кўлоқ шанғиллайди ва бемор қисқа муддатга ҳушдан кетади, бир неча соатдан кейин эса кўрув, эшитув қобилиятининг пасайиши, қўл-оёқларнинг тортишиши, фалажлар вужудга келади. Кўпинча бу ҳодисалар батамом йўқолади, баъзан эса улқада (эмболлар атрофида) маддалар пайдо бўлади, миядаги узгаришлар эса узок муддатга қолади.

Дори эмболиясининг олдини олиш мақсадида тери ости инъекциялари учун бемор танасининг шунга мос келадиган ҳамма соҳаларидан: билакнинг ташқи сатҳидагина эмас, балки сонларнинг олдинги ташқи сатҳи, қорин девори ва курак соҳаларидан фойдаланиш керак. Тери ости инъекцияларини думба соҳасига қилмаслик, бу соҳаларни мушаклар орасига қилинадиган инъекциялар учун қолдириш лозим. Ходимнинг шахсий масъулиятини ошириш учун ҳар бир тиббиёт ҳамширасига тери ости инъекциялари учун муайян соҳа ажратилади.

Аллергик реакциялар. Тери остига дори моддасини юборишга жавобан рўй берадиган аллергия реакциялар эшакем тошиши, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шишиши, астма хуружи (бўғилиш), аллергия тумов, конъюнктивит, ўткир колит билан намоён бўлиши мумкин. Лекин энг даҳшатли аллергия реакция — **анафилактик шокдир**. У инъекциядан кейин бир неча дақиқа ўтиши биланоқ ривожланади. Бунда беморнинг дармони курийди, бадан териси оқаради ва совуқ тер босади, оёқ-қўллари музлаб кукариб кетади, артериал босими кескин пасаяди, пульси ипсимон бўлиб қолади, талваса тутади, сўнгра бемор ҳушдан кетиб, ўлиб қолиши мумкин. Бу ҳолда зудлик билан шифокорни чақириниш ва тезда қатор чораларни куриш: а) дори юборилган жой юқорисидан жгутни артериялар ва веналар босиладиган қилиб қўйиш керак (жгут тўғри қўйилган бўлса, пульсни ушлаб бўлмайди); б) иккинчи қўл венасига ал-

лергияга қарши препарат (димедрол, дипразин, супрастин, гидрокортизон ва бошқалар) юбориш; в) жгутни ечмай, препарат юборилган жой атрофидаги тери остига адреналин эритмаси юбориш (0,1 фоиз 1 мл адреналинни изотоник натрий хлорид эритмасида эритиш, бу эритма томирларни торайтирувчи таъсир кўрсатиб, анафилактик шокка сабаб бўлган препаратларнинг сўрилишини секинлаштиради).

Бу оғир асоратнинг олдини олиш учун бемордан суриштириб кўришдан ташқари (илгари шу препаратга бўлган реакцияси хусусида), биринчи инъекцияни битта қўл ёки оёқ соҳасига қилиш (реакция пайдо бўлган тақдирда жгут қўйишга имкон бўлиши учун) ва беморни биринчи кун мобайнида, айниқса инъекциядан кейинги дастлабки дақиқаларда синчковлик билан кузатиб бориш керак.

Тайинланган дори ўрнига тери остига янглишиб бошқа дорини юбориш дорининг кимёвий хоссаларига қараб турли кўнгилсиз ҳолларга сабаб бўлиши мумкин. Шприцни тўлдиришдан ва (қуруқ ампула игнада қолган бўлса), инъекциядан олдин дорига ёзувни қайта текшириш йўли билан бунинг олдини олиш мумкин. Бордию, хато қилиб қўйилса, препарат юборилган жой юқорисидан жгут боғланади ва қандай дори юборилгани маълум бўлса, ўша жойга қарама-қарши таъсир қиладиган препарат юборилади. Агар маълум бўлмаса, дори юборилган ва унинг атрофидаги тери остига изотоник ош тузи эритмасидан бир неча мл, ҳаммаси бўлиб 50—100 мл юборилади, бу янглишиб юборилган препарат концентрациясини пасайтириш ва шу билан унинг ёқимсиз таъсирини камайтириш имконини беради.

Тери остига дори қўйиш: а) организм сув ва тузларни қўплаб ва бирдан йўқотгандан (варақ-варақ қайт қилиш, қон кетиши, қуйиш, ичаклар тутилиб қолиши ва бошқаларда) уларнинг ўрнини қоплаш мақсадида; б) инфекцияларда ва интоксикацияларда организмда ҳосил бўладиган захарли моддаларнинг концентрациясини пасайтириш ва уларни буйраклар орқали чиқариш учун; в) операциядан сўнги даврда беморга суюқлик ичиш мумкин бўлмаганда ва операциядан олдин ичиш чеклаб қўйиладиган ҳолларда қўлланади.

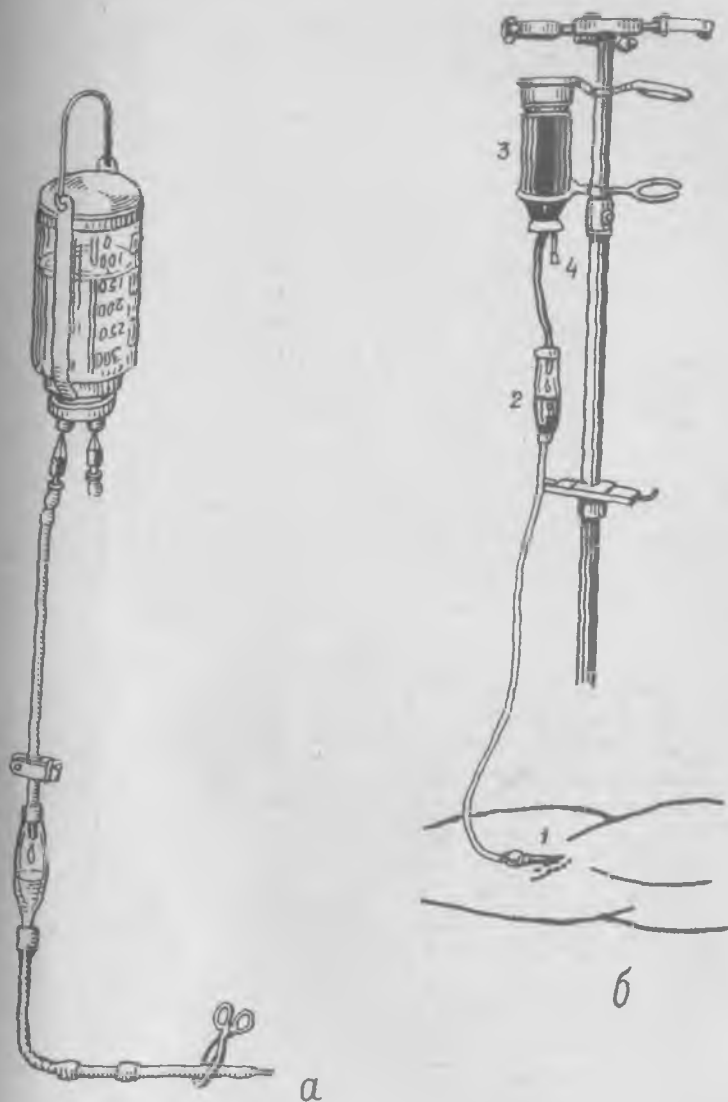
Тери остига дори қўйиш учун аксарият сонларнинг олдинги ташқи сатҳидан фойдаланилади, бироқ курак ости

соҳасига ва сут безлари остига дори қуйса ҳам булади. Кўрсатилган соҳалардаги тери касалликлари ва йирингли жараёнлар тери остига дори қуйишга монелик қилади.

Стерил сув-тузли эритмалар («Сунъий йўл билан овқатлантириш») ва 5 фоизли глюкоза эритмаси қуйилади. Организмга юбориладиган суюқлик миқдори унинг қанчалик кўп йўқотилишига (сийдик, ахлат, қусуқ массалари, тери билан) боғлиқ, бунинг албатта назарда тутиш лозим. Йўқотилган суюқлик ўрнини тўлдириш ва бунга қўшимча равишда яна бемор танасининг ҳар 1 кг га 30—45 мл ҳисобида ёки кунига тахминан 1500—2000 мл суюқлик юбориш лозим. Организмга зарур тузларнинг минимал миқдори: натрий хлорид кунига 4 г, калий хлорид 2 г, кальций хлорид 1 г.

Бир жойга 500 млдан кўп суюқлик юбориш мумкин эмас, катта миқдорда суюқлик қуйиш натижасида тўқималар механик шикастланиб ҳалок бўлиши мумкин. Тери остига юбориладиган стерил суюқлик яхшироқ сўрилиши учун 40°С гача илитилади. Қуйиш вақтида суюқлик совиб қолмаслиги учун идишга иситгич осиб қўйилади ва игна билан туташтирилган найча иккита иситгич орасига жойланади.

Тери остига суюқлик қуйишнинг томчилаб юбориш усули бирмунча қулайдир, бунинг учун махсус флакон ва қон қуйишга ишлатиладиган томизгичли найчалар тизимдан фойдаланилади (35-расм). Стерил эритма тўлдирилган флакон герметик тарзда бекитилган. Резина тиқин устидан металл қалпоқча кийдирилган система иккита: узун ва калта резина найчалардан иборат. Узун найча 3 та резина найчалар бўлагидан ташкил топган бўлиб, улар орасига томизгич ва шишадан ясалган контрол найча уланган. Томизгич — қутблари иккита найча билан тугайдиган кичкина шиша баллондир. Чиқадиган найчаларнинг бирига торайган очиқ учи билан баллон бўшлиғига кириб турадиган капилляр кавшарланган. Томизгич капилляр томонидан флаконга киритишга мўлжалланган калта — йўғон игнага резина найча игна учун хизмат қиладиган канюля билан бириктирилган. Инъекцион игна олдида суюқликнинг оқиб тушишини назорат қиладиган шиша найча ўрнатилган. Найчада ҳаво пуфакчалари кўринса, игна олдидан қисқич қўйиб, ҳаво йўлини тўсиш мумкин. Калта резина найчанинг бир учи узун ва йўғон игнанинг муфтасига кий-



35-расм. Венага томчилаб дори қуйиш.

а-«қўп марталик система»; б-«бир марталик система». 1-игна вена бушлығыда. 2-томизгич, 3-флакон суюқлиги билан; 4-флаконга ҳавони тушириш учун филтрли игна.

дирилган, иккинчи учига эса стерил пахта фильтр қўйилган. Флаконнинг металл қалпоқчасини спирт билан артиб, стерил пинцет билан металл гардиши олинади ва резина тиқинга системалардаги узун найчанинг калта игнасини ва фильтрли калта найчанинг узун игнаси кириртилади. Флакондаги калта игнадан суюқлик тушади, узун игна орқали эса флаконга ҳаво киради. Сўнгра узун резина найчага томизгич олдидан қисқич қўйилади, флаконнинг туби юқорига қилиб тўнкарилади ва каравот тепасига 1—1,5 метр баландликда тиргакка осиб қўйилади. Фильтрли узун игнанинг учи суюқлик сатҳида туриши керак. Шундан кейин системанинг узун найчасига суюқлик тўлдириб, унинг ҳавосини чиқариш керак. Канюляли найча учини томизгич флакон билан бир хил сатҳга келгунча юқорига кутарилади. Ҳамма қисқич бўшатилади ва суюқлик флакондан томизгичга туша бошлайди. Томизгич баллони ҳажмининг $3/4$ қисми тўлгач, игнали резина найча учи пастга туширилади ва суюқлик найчадан ҳавони сиқиб чиқариб, канюлядан бир меъёрда оқиб чиқа бошлайди. Бу вақтда қисқични игнага яқин жойга қўйиш лозим. Шу билан система тайёр булган ҳисобланади.

Дори қўйиладиган жой терисининг тахминан 20x25 см қисмига 2 фоизли спиртдаги йод эритмаси суртилади ва игнани тери остига киритилади. Игнадан қон кўринмаётгани текширилади ва шундан кейингина, уни системанинг канюлясига уланади. Қисқич бўшатилади ва суюқлик тери ости ёғ клетчаткасига туша бошлайди. Энди суюқликнинг ҳаракат тезлигини бошқариш керак. Винтли Мор қисқичи резина найчага томизгичдан юқори ёки пастга қўйилади ва унинг ёрдамида томчилар тезлиги тартибга солинади. Қўйиш тезлигини ҳисоблаб чиқариш учун юборишга мўлжалланган суюқликнинг умумий миқдорини дақиқалар билан ҳисобланадиган вақтга тақсимлаш керак. Бунда бир дақиқада юборилиши лозим булган миллилитрлар миқдори ҳосил булади. 1 мл сувда 20 томчи бўлишини билганимиз ҳолда 1 дақиқада неча томчи юборилишини ҳисоблаймиз. Масалан, 500 мл ни 3 соат ичида юбориш керак булса, бу ҳолда 500 ни 180 дақиқага тақсимлаймиз ва 2,8 мл ёки 56 томчини ҳосил қиламиз.

Суюқликни қўйиб булгандан сўнг система қисмларга ажратилади ва оқар сувда ювилади, резина найчаларни

юваётганда ишқалаш керак. Автоклавда стериллаш олди-дан найчалар системаси игна ва шприц каби тозаланади ва уларда қон бор-йўқлиги текширилади.

Бироқ, пластмассадан тайёрланган, фабрика шароитида стерилланиб жойлаштирилган, бир марта ишлатиладиган системалар стериллик жиҳатидан бирмунча ишончлидир. Сўнги вақтларда улар амалиётда тобора кўпроқ қўлланмоқда. Герметик пакетда йиғилган ҳолатдаги игна-ли найчалар, томизгич ҳамда қисқич бўлади. Игналарда қушимча қалпоқчалар бўлиб, уларни охириги навбатда системани тўлдириш олдидан олинади.

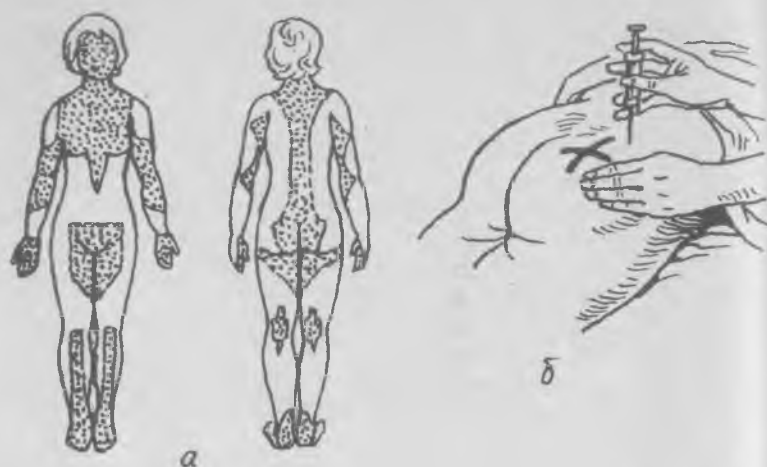
Асоратлари: 1) асептикада қоидаларнинг бузилиши ва эритмаларнинг етарлича стерилланмаслиги, маҳаллий яллиғланишга ва умуман ҳарорат кўтарилишига олиб келиши мумкин;

2) 0,85 фоиз натрий хлорид эритмаси ўрнига янгилиб 10 фоиз натрий хлорид эритмаси ёки бошқа бирор гипертоник эритмани юбориш эритма қуйилган жойда туқималар ҳалок бўлишига олиб келиши мумкин; 3) жуда иссиқ (40°С) эритмани қуйишда ҳам туқималар нобуд бўлиши эҳтимол.

Дори моддаларини мушак орасига юбориш

Мушакларда қон томирлар ва лимфатик томирлар тармоғи бирмунча кўп, шунинг учун уларда дориларнинг тез ва тўлиқ сўрилиши учун шароит яратилади. Дори воситаларини тери остига юборганда оғритса ва яхши сўрилмаса, шунингдек дори моддалари юборишдан тез орада даволовчи натижа олиш зарур бўлганда тери остига юбориш мускул орасига юбориш билан алмаштирилади. Мушак орасига инъекцияларни тананинг маълум жойларида мушак туқимаси қавати анчагина қалин соҳада, йирик қон томирлар ва нерв стволлари ўтадиган жойдан узоқда (36-расм), масалан думба, қорин ва сонларнинг мушакларига қилинади.

Мушак орасига инъекциялар қилиш учун Люэр шприци, игналарнинг қалинлиги 0,8—0,5 мм ва узунлиги 8—10 см бўлган «Рекорд» шприцидан фойдаланилади. Игнанинг калта-узунлиги тери ости клетчаткасининг қалинлигига боғлиқ, чунки у игна киритилганда тери ости ёғ қаватидан ўтиши ва мушак бағрига бориши керак.



36-расм. Мушак орасига инъекция қилиш.

а — мушак орасига инъекция қилиб булмайдиган жойлар; б — инъекция усули.

Думбалар соҳаси мускул орасига инъекциялар учун энг қулай жой ҳисобланади, чунки бу ердан қуймиш нерви ва йирик қон томирлар ўтади, инъекциялар учун унинг юқори — ташқи қисмидангина фойдаланилади. Думба хаёлан 4 қисмга бўлинади, бу ҳолда юқори ташқи квадрат энг қулай жой ҳисобланади.

Аксари мускул орасига антибиотиклар, магний сульфат, зардоблар юборилади. Антибиотиклар махсус флаконларда кристалли кукун кўринишида чиқарилади. Ишлатишдан олдин уни натрий хлориднинг стерил изотоник эритмасида, икки марта дистилланган сувда ёки 0,5 фоизли новокаин эритмасида эритилади. Стерил шприцга антибиотик миқдорига кўра эритувчи олинади. У таъсир бирликларида (ТБ) дозланади. 100000 ТБ га 1 мл эритувчи, 500000 ТБ га 5 мл ва ҳоказо эритувчилар олиш лозим. Флакондан қопқоғи олинади, резина пробкасини спирт билан артилади ва эритувчиси бор шприц игнаси билан тешилади. Эритма аста-секин киритилади, эритма таъсир остида антибиотик эрийди, сўнгра флакон тўнкарилади ва суюқлик шприцга сўраб олинади. Антибиотик эритмасини иситиш мумкин эмас, чунки ҳарорат таъсирида у парчаланadi. Антибиотикни эритилган ҳолда 1 кундан қўй

сақлаб бўлмайди. Йод ҳам антибиотикларни парчалайди, шунинг учун флаконларнинг резина пробкаси ва инъекция қилинадиган жойдаги тери йод настойкаси билан артилмайди.

Тиббиёт ҳамшираси шприцни йиғишдан олдин қулни совунлаб чўтка билан оқиб тушаётган иссиқ сувда ювади. Тоза қўллари билан у бошқа нарсаларга тегиши мумкин эмас. Спиртга ҳўлланган пахта бўлакчаси билан тирноқларини, сўнг бемор терисини артади (спиртга ҳўлланган, бошқа пахта бўлаги билан).

Мушак орасига инъекциялар қилиш усули. Дори думба соҳасига юборилганда бемор қорнини босиб ёки ёнбошига, соннинг олдинги юзасига юборилганда чалқанча ётади. Шприц қуйидагича ушланади: II бармоқ поршенни, V бармоқ игна муфтасини, қолган бармоқлар цилиндрни тутиб туради. Шприц бемор танаси юзасига нисбатан перпендикуляр ҳолда туради. Игнани дадил ҳаракат билан тери бурмасининг ўртасига 7—8 см ичкарига киритиб, муфта устидан 1 см қолдирилади, чунки кўпинча игна шу жойда синади. Шундан кейин ҳамшира поршенни ўзига тортади ва игнанинг қон томирига тушмаганлигига ишонч ҳосил қилади (шприцда қон пайдо бўлмайди), шундан кейингина поршенни босиб, эритмани аста-секин охиригача сиқиб чиқаради. Игна санчилган жойдаги тери атрофи чап қўл билан тортилади. Игнани чаққон ҳаракат билан чиқариш, терига спиртга ҳўлланган пахта тампон босиш лозим.

Соннинг мушак орасига дори юборишда шприцни ёзув пероси каби бурчак остида тутиб туриш керак. Шунда суяк усти пардасига шикаст етмайди.

Айрим дори-дармонлар, айниқса антибиотиклар киритилганда анафилактик шок ва бошқа аллергик реакциялар ривожланиши мумкин. Шу туфайли олдин беморнинг антибиотикларга реакциясини аниқлаш зарур. Аллергик асоратларнинг олдини олиш мақсадида Безредко усули бўйича антибиотиклар юборилади. Бунинг учун шприцга 0,1 мл антибиотиклар эритмаси олинади ва тери остига юборилади, 20 дақиқа ўтгач реакция текшириб кўрилади. Беморда ноҳуш сезгилар, баданида эшакем доғлари бўлмаса, артериал босими пасайиб кетмаса, у ҳолда 0,5 мл эритма ва 20 дақиқа ўтгач флаконда қолган эритманинг ҳаммаси юборилади. Бемор қизариб кетса, унинг юрагида,

туш остида ва бошқа жойида нохуш сезгилар пайдо бўлса, антибиотиклар эритмасининг иккинчи қисми юборилмай, шифокор чақирилади ва унинг курсатмалари бажарилади.

Асоратлари: 1) мушаклар орасига инъекция қилишда ҳам, игнанинг худди тери ости инъекцияларидаги сабабларга кўра синиши ва игна синиғининг тўқималарда қолиши ҳамда кўпинча ўтмас ва нуқсонли игнани кўполлик билан киритиш вақтида мушакларнинг тўсатдан қисқариши сабаб бўлади; 2) нерв стволларининг (қуймич нерви ва бошқа нервларнинг тармоқлари) шикастланиши, бу — механик (инъекция учун жой нотўғри танланганда инъекцион игнадан), кимёвий таъсирлар (депоси нерв яқинида жойлашган дорининг таъсирдан), томирларга алоқадор (нервни озиқлантирувчи томирларнинг тиқилиб қолиши) бўлиши мумкин. Нервнинг шикастланиши — неврит пайдо бўлишига, қўл-оёқларда сезувчанликнинг бузилишига (фалажлик, парезлар) олиб келади; 3) мушаклар орасига инъекция қилинган дори эмболиялари тери ости инъекцияларидагидан кўпроқ содир бўлади, чунки мускулларда томирлар тўри кўпроқ ривожланган; 4) йирингли инфекция (абсцесс), газли инфекция, қоқшол, зардоб гепатити, булар шприцлар ва игналарни етарлича стерилламаслик, ампулани очиш олдидан ҳамшира уз қўлини ва беморнинг терисини яхши тозаламаслиги оқибатида келиб чиқади. Ўтмас игна билан тўқималарни қаттиқ шикастлаб қўйиш натижасида мўматалоқ бўлиб қоладиган соҳалар йиринг бойлаб, мадда пайдо бўлишига имкон беради.

Дори моддаларини венага юбориш

Дори моддаларини юборишнинг бу усулида дори моддаси бевосита қонга тушади ва тезда таъсир кўрсатади. Венага дори қўйиш **венепункция** ва **венесекция** йўли билан амалга оширилади.

Венепункция. Камроқ миқдордаги дориларни венага шифокор ёки тажрибали тиббиёт ҳамшираси юборади. Бунинг учун сизими 10—20 мл ли игнаси яхши шприц, резина жгут, спирт ва стерил материал бўлиши керак. Шприц ва игналар яхшилаб стерилланади. Ҳамшира қўлини совунлаб илиқ сувда ювади, спирт билан артади, тирноқ бўғимларига йод настойкасини суртади. Қонга касал-

лик қўзғатувчи микробларни туширмаслик учун асептикнинг ҳамма қоидаларига қатъий амал қилиш зарур.

Венага дорилар юбориш учун стерил тиниқ эритмалар қўлланади. Бу усудда юборилган дориларни тақсимлаш тери ости инъекцияси дозировкасидан фарқ қилади, кучли таъсир этадиган дорилар эса ҳамиша секин юборилади.

Тиббиёт ҳамшираси юбориладиган эритмани шприцга олишдан аввал, янглишмаслик мақсадида керакли эритма олинганини, тайёрланиш кунини ва дозасини текшириб кўриши шарт. Бундай текширув албатта ўтказилиши зарур, чунки тиббиёт ходимларининг бепарволиги оқибатида венага заҳарли моддалар, ностерил ёки концентранган эритмалар юборилиши натижасида ўлим содир бўлиши мумкин.

Эритмани шприцга бевосита ампуладан катта диаметрдаги игна орқали олинади. Шприцда бўлиши мумкин бўлган ҳаво пуфакчаларининг ҳаммасини йўқотиш зарур. Шприц вертикал игнасини юқорига қилиб, поршенни тортиш йўли билан майда пуфакчалар бирмунча йирикларига айлантиради ва уларни игна орқали чиқариб юборилади. Венага дори қуйишда қонга ҳатто оз миқдорда бўлса-да, ҳаво тушишидан эҳтиёт бўлиш керак, чунки бу ҳаво эмболиясини пайдо қилиши мумкин.

Венага дори қуйиш одатда тирсак бўғими венасидан қилинади, шунинг учун санчиш жойига яхшилаб спирт суртиш керак. Шу мақсадда тирсак бўғимидан юқорида елканинг учдан бир ўрта қисмига жгут ёки исталган резина найчани веналар буртиб чиқадиган қилиб боғланади; бунда артерияларнинг босилмаслиги муҳимдир, буни биллак артериясида пульс борлиги бўйича аниқланади. Жгут осон ечиладиган қилиб боғланади.

Веноз димланишни кучайтириш учун бемордан муштини бир неча марта сиқиб-очиш ёки жгут қуйишдан олдин, қўлини пастга тушириш сўралади.

Муолажа вақтида бемор утиради ёки ётади. Унинг қўли столда ёки каравотда тирсак бўғимида максимал ёзилган ҳолатда бўлади; бунинг учун қўл тагига ясси ёстиқ қуйилади.

Венадан текширишга қон олиш учун уни оддий игна ёки катта диаметрдаги Дюфо игнаси билан тешилади.

Венага катта миқдордаги суюқликларни томчилаб киритиш. Томчилаб киритиш усули организмнинг қаршили-

гини тезда ошириш ёки унда йигилиб қолган заҳарларни чиқариш зарур бўлганда катта миқдордаги суюқликларни (кунига бир неча литргача) киритиш имконини беради. Киритиладиган суюқликларнинг таркиби қон осмотик босимини ўзгартирмайдиган, ўзида кучли таъсир қиладиган воситаларни сақламайдиган, қунт билан стерилизация қилинган ва 40°С гача иситилган бўлиши керак.

Венага дорилар қуйиш учун зарур асбоблар: шиша идиш ва томчилаб дори қуйиш учун система, қон тўхтатувчи 1—2 қисқич, винтли қисқич, веналарни пункция қилиш учун турли калибрдаги 3—4 та игналар. Томизгичдан пастга, системага ҳаво киришини ўз вақтида пайқаш ва ҳаво эмболиясига йўл қўймаслик учун текшириш ойнаси киритилиши шарт. Резина найчаларни шиша қисмларга зич қилиб кийгизиш лозим.

Система (ампула ёки флакон, томизгич, резина найчалар) ҳеч қаердан суюқлик чиқармаслиги ёки ҳаво тортмаслиги, яъни герметик бўлиши керак (35-расмга қ.).

Дори қуйиш системалари одатда олдиндан тахт қилиб қўйилади ва йиғилган ҳолда, ҳар бир системани алоҳида чойшабга ураб, автоклавда стерилланади. Система стериллангандан сўнг 1—2 кун ичида яроқли бўлади.

Бир марта фойдаланиладиган системалар қон, қон ўрнини босадиган суюқликлар, туз ва дори эритмаларини қуйиш учун тобора кенг қўлланмоқда. Системалар токсинсиз пластмассадан тайёрланади, тайёрлаб чиқарган завод томонидан стерилланади ва серияси ҳамда стерилланган куни курсатилган стерил урамда чиқарилади. Бу системалар резина пробка билан бекитилган флаконлардан бир марта дори қуйиш учун мўлжалланган. Система ҳавони флаконга тушириш учун игнаси бўлган калта найчадан ва томизгичли узун найчадан иборат. Калта найчанинг бир учида игна, иккинчи учида чангни тутиб қолиш фильтри бор. Узун найча конусида флаконнинг резина пробкасини тешиш учун игна, иккинчисида — венага киритиладиган игнага борадиган канюля бўлади. Игналар махсус қалпоқчаларда сақланади.

Системани қўллашдан аввал урам пакетининг зичлиги ва қалпоқчадаги игналарнинг бус-бутунлиги текширилади. Система урам пакети йиртиб очилади ва уни қалпоқчалари ва игналарини бушатмай туриб чиқарилади. Флакон ичидаги модда аралаштирилгандан сўнг пробкасини

спирт ёки йод билан артиради ва игнани химоя қилиб, уни флакон пробкасига имкон борича ичкарига киритилади. Игнанинг тармоқ найчасини флакон деворига параллел ҳолда маҳкамланади. Томизгичга яқин игна озод қилингандан сўнг уни ҳам пробка орқали флаконга киритилади, бунда системани томизгичдан юқорида пакетдаги пластинкасимон қисқич билан бекитилади. Флаконнинг туби юқорига кўтарилади, штативга ўрнатилади ва одатдагича система тўлдирилади. Томизгични капрон фильтри юқорида, томизгич ва найчаси эса пастда турадиган қилиб юқорига кўтариб, фильтрдан ва томизгичдан ҳавони сиқиб чиқарилади. Юбориладиган эритма билан томизгич ярмигача тўлдирилади, сўнгра у пастга туширилади ва эритма игнадан оқим бўлиб тушгунга қадар қалпоқчани олиб, найчанинг қуйи бўлимидан сиқиб чиқарилади. Найчага игна олдидан қисқич қўйилади.

Пункция қилишдан олдин терига спирт суртилади ёки уни эфир мойи билан ёғсизлантирилади, венани пункция қилиш тўғри бажарилган бўлса (қоннинг игна орқали ўтиши), система игна билан туташтирилади ва венага эритма юборилади. Суюқликнинг тери остига тушмаётганлиги бир дақиқа мобайнида кузатиб борилади (бу ҳолда оз-моз шиш пайдо бўлиши мумкин), сўнгра игнани вена йўли бўйлаб ёпишқоқ пластир билан маҳкамланади, пункция соҳасига эса стерил салфетка ёпиб қўйилади. Эритма юбориш вақтида системани доимо кузатиб бориш лозим.

Эритмани оқим билан ҳам юбориш мумкин. Оқим билан юбориш (кўпи билан 500 мл суюқлик) айланиб юрадиган суюқлик ҳажмини тез тўлдириш зарур бўлиб қолганда (операция вақтида кўп қон йўқотиш, шок ёки коллапс) қўлланади.

Суюқлик ҳароратини 40°C атрофида тутиб туриш учун суюқликни олиб келадиган резина найчага иссиқ сувли иситгич қўйилади ва унинг совиб қолмаслиги кузатилади.

Венага томчилаб дори юбориш узоқ муддат ўтказиларди, шунинг учун беморни қулай вазиятда чалқанча ётқизиш, санчиш жойини юмшоқ бинт билан боғлаш ва тирсак венасидан кичикроқ калибрдаги венани (оёқ панжаси веналари ёки қўл кафтининг орқа юзаси веналари) танлаш керак.

Эритма юборилгандан сўнг игна венадан чиқарилади ва инъекция қилинган жойга йод настойкаси суртилади.

Аппарат қисмларга ажратилади, илиқ сув билан обдон ювилади, стерилланади, игна қайнатилади ва унга мандрен кийгизилади. Бу нарсалардан исталган вақтда фойдаланишга имкон бўлиши учун улар махсус стерилизаторда туриши керак.

Зарур малака етишмаслиги, игнани томир бўшлиғига шошиб киритиш, жгутни нотўғри боғлаш, учи ўтмас тўмтоқ игна ишлатиш асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Тиббиёт ҳамшираси ҳар қандай инъекцияни ўтказишда дори ёзувига аҳамият бериши ва ўқиб чиқиши лозим. Дори солинган кути ампула ҳеч қандай ёзувсиз ёки уни ўқиб бўлмаса, бунда ампула ишлатишга яроқсиздир.

Эритма юбориш вақтида бутун системани тўғри ишлатишни кузатиш лозим: боғлам эритмадан ҳўл бўлмаганини, суюқликнинг венадан бўлак ташқарига ёки атроф клетчаткага тушиши туфайли дори юборилган жойда инфилтрат ёки шиш пайдо қилмаганини, система найчалари буралиб қолишдан ёки вена тиқилиб қолишидан суюқлик оқими тўхтамаганини текшириб кўриш зарур. Вена тромбози туфайли суюқлик оқими тўхтаб қолганда системада босимни ошириш ва канюляни тозалашга уриниш мумкин эмас, балки бошқа венада янги венепункция ёки венесекция қилиб суюқлик томизгичга тушишдан тўхтаганда венага ҳаво кирмаслиги учун томчилаб юбориш тўхтатилади.

Венага бирор дори моддасини юбориш зарур бўлганда унга йод настойкаси суртилгандан сўнг найча игнаси билан тешилади. Агар аста-секин юбориш лозим бўлса, уни томчилаб юбориш учун эритмали идишга киритилади.

Тиббиёт ҳамшираси дори моддаси қуйиш вақтида, шунингдек у тугаллангандан кейин бемор ўзини қандай ҳис қилаётганлиги (унинг ташқи кўриниши, пульси, нафас тезлиги) билан қизиқиши лозим. Дори юборишни бошлашдан олдин, бемордан шў препаратни кўтара олиши ҳақида суриштириш лозим, чунки уни қўллаш аллергия реакция кўзғатиши мумкин. Беморнинг аҳволи бир оз ўзгаргандек бўлса, ҳамшира тезликда шифокорни чақиритиши ва унинг ҳамма кўрсатмаларини бажариши керак.

Венепункцияларда, венага инъекция қилишда ва суюқлик қуйишда юз берадиган асоратлар: 1) Вена тешилган жойда анчагина қон қуйилиб қолса, оғрийдиган шиш пайдо бўлади, қон қуйилган бундай соҳадаги вена деворлари

яллигланиши, унинг бушлиғи эса тромб билан бекилиб қолиши (тромбофлебит) мумкин.

2. Венани тешиш вақтида баъзан спазм пайдо бўлиб, шу сабабли венага дори қуйиш вақтинча мумкин бўлмай қолади.

3. Венани пункция қилиш муваффақиятсиз чиққанда, юборилаётган дори эритмасининг бир қисми венани ўраб турган тери ости ёғ клетчаткасига тушиши мумкин. Агар бу эритма миқдори кам ва тўқималарга унчалик таъсир қилмайдиган бўлса, муддати ва кучи ҳар хил оғриқ пайдо бўлади. Борди-ю, вена атрофидаги клетчаткага кучли таъсир қиладиган моддадан талай миқдорда тушган бўлса, тўқималар ҳалок бўлиши, некроз авж олиши мумкин.

4. Пункция вақтида нерв стволлари шикастланиб қолиши (пункция қилишда ишлатиладиган игна ёки таъсирлантирадиган эритмадан) ва етган шикаст даражасига қараб фалаж бўлиб қолиши эҳтимол.

5. Муваффақиятсиз чиққан пункцияда венага тушмай қолган ўткир дорининг таъсир зонасига артерия тушиб қолиши мумкин, бунда унинг девори некрозга учрайди, бушлиғида эса тромб ҳосил бўлади ва шу артерия таъсирланган соҳада қон айланиши бузила бошлайди. Кейинчалик бу соҳанинг ҳаммасида некроз бошланади. Агар венани пункция қилиш вақтида тасодифан унинг яқинида жойлашган артерияга тушиб қолинса, унга кучли таъсирлантирадиган дори юбориб қўйилса, бу ҳолда дори юборилаётгандаёқ оғриқ пайдо бўлади, терининг шу артериядан таъминланадиган соҳаси бузаради, унда нуқта-нуқта қон талашлар пайдо бўлади, сўнгра шиш юзага келади, тегишли томондаги қўл кукаради ва муздай бўлиб қолади, янглишиб дори юборилган жойнинг пастида пульс йўқолади. Бу ҳолда жарроҳлик усули қўлланади.

6. Ҳаво эмболияси венага эритма қуйиш усулининг бузилиши натижасида вужудга келиб, ҳавонинг миқдори, қанчалик тез кирганлиги ва қон оқими билан қаерга бориб қолганига қараб, турли хил ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин. Ҳаво эмболиясидан бемор ўлиши ҳам эҳтимол.

Қон олиш (чиқариш)

Қон чиқариш ёки қон олиш турли мақсадларда қўлланади:

1) қон димланиш ҳоллари (упка шиши) руй-рост кўринган юрак етишмовчилигида айланиб юрган қон мас-

сасини камайтириш йўли билан юрак ишини осонлаштириш учун;

2) артерия қон босими ҳар хил сабабга кўра (гипертония касаллиги, уткир нефрит, эклампсия) кутарилганда уни пасайтириш ва калла ички босимини камайтириш мақсадида;

3) буйрақларнинг азот ажратиш функцияси етишмай қоладиган сурункали нефритда ва захарланишда организмдан азотли моддалар ва бошқа захарларни чиқариб ташлаб, кейин физиологик эритма ёки 5 фоизли глюкоза эритмасини юбориш учун қоннинг бир қисмини суюқлик билан алмаштириб, қондаги захар концентрациясини камайтиришга ва унинг буйрак орқали ажралиб чиқишини тезлаштиришга эришилади:

4) қон кўпайиб кетганда қоннинг ёпишқоқлигини камайтириш мақсадида;

5) турли биокимёвий ва бактериологик, серологик текширувлар учун.

Қон олиш учун венага инъекция қилиш мавзусида баён этилгандай веналарга тушилади. Лекин шуни эътиборга олиш лозимки, бу муолажа бажарилишида асептика қоидаларига риоя этиш, оғиз-бурунга ниқоб тутиш талаб этилади. Ҳамшира венага тушгач, жгутни ечмасдан игна учига тоза пробирка тутиб туради ва керакли миқдорда қон олиб бўлгач аввал жгутни бушатиб, сўнг тезлик билан игнани чиқаради. Санчилган жойга спиртдаги йод эритмасидан суртиб, 2—3 дақиқа стерил пахта шарча босилди ёки босиб турадиган куруқ стерил боғлам қўйилади.

Қандай сабабларга кўра қон олинишига қараб, чиқариладиган қон миқдори турлича, аксарият 300—500 мл атрофида бўлади. Такрор қон олиш керак-керакмаслиги беморнинг аҳволига ва қон олинишини қай даражада кўтара олишига боғлиқ. Қон чиқаришга қадар ва ундан 1—2 кун ўтгач, қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини аниқлаш зарур.

Қон олишда рўй берадиган асоратлар венепункция усулига боғлиқ. Баъзан кўп миқдор қон олингандан кейин бемор ҳушидан кетиб қолади. Енгил ҳолларда бурунга новшадил спирти ва сирка ҳўлланган пахта бўлакчасига тутиб туришнинг ўзи кифоя. Борди-ю, бу ёрдам бермаса, юрак-томир дорилари қўлланади ва физиологик эритма юборилади.

Қон олишга монелик қиладиган сабабларда ёки техник сабабларга кўра қон олиб бўлмайдиган ҳолларда оёққўлларга (кўпинча оёқларга) жгут қўйиб, юракнинг ўнг қоринчасига веноз қон оқиб келишини вақтинча камайтириш (упка шиши) мумкин, бунда веналаргина босилиб, артериялар босилишдан холи бўлиши керак, буни оёқларнинг периферик қисмида пульс қўлга уннашидан билса бўлади. Оёқнинг жгут боғланган жойидан пастки кўм-кўк кўкариб, веналари бўртиб чиқади. Шу йўл билан ҳар бир оёқда 100—200 мл қонни вақтинча тўхташиб, айланиб юрган қон массасини камайтириш мумкин, деб ҳисобланади. **Буни қон олмай қонни камайтириш** дейилади. 1—2 соат ўтгач беморнинг аҳволи яхшилангандан кейин, жгутларни секинлик билан биринкетин бўшатилади.

II-бўлим

ТИББИЙ ҲУЖЖАТЛАР. НАВБАТЧИЛИКНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШ ВА ТОПШИРИШ

Тиббий ҳужжатлар беморларга хизмат кўрсатаётган шифокорлар (даволовчи шифокор, навбатчи шифокор, маслаҳатчи ва бошқалар) уртасида турли хил даволаш ва профилактик муассасалар ва ишлаб чиқариш корхоналари кабилар уртасида алоқа боғлаш ва изчиллик билан иш олиб боришга имкон беради.

Кўпчилик тиббий ҳужжатларга шифокор имзо қўяди, улар учун шифокорнинг ўзи масъулиятлидир. Тиббиёт ҳамшираси унга ҳужжатларни тўлдиришга ёрдам беради. Ҳамширанинг ҳужжатларни расмийлаштириш ишидаги улуши унинг умумий ва тиббиётга оид маълумотларни қай даражада эгаллаганига боғлиқ. Ҳамширанинг бу жиҳатдан фаол ёрдамлашиши ҳар бир дақиқа ҳам ғанимат бўлган поликлиника қабулида алоҳида аҳамият касб этади ва шифокор ёзув-чизувлардан нечоғлик озод қилинса, у беморга шунчалик кўп вақт ажрата олади ва эътибор билан қарайди.

ТИББИЙ ҲУЖЖАТЛАР ВА УЛАР БИЛАН ИШЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

1. Стационар беморнинг касаллик тарихи қуйидагилардан иборат: а) ҳужжат қисми; б) беморнинг шикоятлари; унинг турмуш тарзи ва ҳозирги касаллик тарихи; в) уни текшириш (кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, тукиллатиб ва эшитиб кўриш) маълумотларига кўра ҳозирги аҳволи ҳақида маълумотлар; г) кундалик; д) даволашнинг якуни ва унинг натижалари, хулосанома (эпикриз).

Касаллик тарихининг ҳужжат қисмини тўлдириш тиббиёт ҳамширасининг вазифаси ҳисобланади, унда бемор исми-шарифи, унинг жинси, манзилгоҳи, касби, иш жойи, касалхонага келтирилган куни ва вақти ёзиб қўйилади. Бундан ташқари, тиббиёт ҳамшираси лаборатория ва бошқа текширувларнинг натижаларини хронологик тартибда касаллик тарихига мунтазам тикиб бориши шарт. Шифокор ўлчашни тайинлаганда ҳамшира ҳароратни ва суткалик балғам миқдорини ҳар куни ёзиб боради, ҳар ҳафтада санитария тозалови қилинган кунни ёзиб қўяди ва ҳарорат варақасини тўлдиради. Шифокор кўрсатмаларини ёки ҳароратни ёзаётганида ҳамшира касаллик тарихини уз жойида турганлигини текшириши лозим.

Касаллик тарихи тиббиёт ҳамшираси постидаги қулфланадиган қутида сақланади. Беморга унинг касаллик тарихини бериш, унга касаллиги ёки лаборатория текшируви натижалари тўғрисидаги маълумотларни кўрсатиш ман этилади. Бўлимдаги касаллик тарихининг йўқолиши жиний иш ҳисобланади ва айбдор қонун бўйича жазоланади. Шунинг учун тиббиёт ҳамшираси касаллик тарихини эҳтиёткорлик билан сақлаши керак.

2. Беморларни қабул қилиш ва госпитализациядан бош тортиш дафтарини — қабулхона бўлимида навбатчи ҳамширалар тутади, ундан беморлар тўғрисида маълумотлар бериш учун фойдаланилади, чунки бу ҳужжатда паспорт маълумотларигина эмас, балки беморни қайси даволаш муассасаси қандай ташхис билан юборгани, унинг қайси бўлимга ва палатага ётқизилгани, агар чиқарилган бўлса, нима сабабдан, қачон, қаерга чиқарилгани, ўлган бўлса, ўлими тўғрисидаги маълумотлар бўлади.

Бемор ўлган бўлса, унинг ўлганлиги ҳақидаги ҳужжатни ЗАГС учун мурдани ёрган шифокор тўлдиради ва қабулхона бўлимидан беради. Ўлганлик тўғрисидаги маълумотлар махсус дафтарда қайд қилинади (уларни хатосиз ва тушунарли қилиб тўлдириш керак, чунки тузатилган ва сиёҳ тукилиб кетган маълумотларни ЗАГС қабул қилмайди).

3. Беморнинг келганлиги ва кетганлиги тўғрисидаги дафтарни — ҳар бир бўлимда катта ҳамшира олиб боради, унга паспорт маълумотларидан ташқари, келган ва кетаётган вақтидаги соғлиги, беморнинг бўлимда ётган кунлари, касаллик варақаси сони ва унинг неча кунга берилганини ёзиб қўяди.

Бундан ташқари бўлимнинг катта ҳамшираси, доридармонлар, заҳарли ва кучли таъсир қилувчи моддаларни сарфлаш дафтарини тутаяди, дорихонадан дорилар ёздириб олади.

Катта ҳамшира тиббий асбоблар учун моддий масъулиятли ходим, у инвентарлар дафтарини тутаяди, ҳужалик ҳамшираси ич кийим ва сурп-газмоллар учун моддий масъулиятли бўлиб, уларнинг ҳисобини олиб боради. Навбатчи ҳамширалар ва палата ҳамширалари даволаш кўрсатмалари дафтарини тутаядилар, порционниклар белгилайдилар, бир сменада сарф бўлган наркотик моддаларнинг ҳисобини олиб борадилар, даво воситаларини соатли график бўйича қабул қиладиган беморларга хусусий чизмалар тузадилар.

Бўлимнинг навбатчи ҳамшираси беморларнинг келиши тўғрисидаги маълумотни тузади: кун бошида қанча бемор борлиги, қанча бемор келгани, қанчаси кетгани (уйига жўнатилгани, бошқа касалхона ва бўлимларга ўтказилгани, ўлгани) ва кейинги кунгача қанча бемор қолганини ёзиб боради.

4. Касалхонага тушган беморни қайд этиш дафтарини тиббиёт ҳамшираси касаллик тарихидаги маълумотлар асосида тўлдирилади ва уни бемор касалхонадан чиқарилгандан сўнг статистика бўлимига жўнатади.

5. Стационарда турли маълумотнома (справка) ва йўлланмалар ҳам ёзиб бериллади.

6. Амбулатория дафтари — беморларнинг поликлиникага қатнаётганлиги ҳақидаги асосий ҳужжат бўлиб, унда беморнинг биринчи марта борганидан бошлаб, барча маъ-

лумотлар қайд қилинади. Агар бемор бошқа район ёки шаҳарга кўчиб кетса, амбулатория дафтари ўша жойга жўнатилади. Амбулатория дафтаридаги ёзувлар касаллик тарихидаги ёзувларга нисбатан қисқа, кузатув даврлари эса кўп бўлади.

Тиббиёт ҳамшираси амбулатория дафтарчасига лабораториянинг барча текшириш натижаларини тартиб билан ёзиб бориши, шунингдек диспансер ҳисобидаги беморларнинг ўз вақтида чақирилишини кузатиб туриши керак.

Бемор стационарга тушганда амбулатория дафтари даволочи шифокорга берилади, у бемор стационардан чиққандан сўнг амбулатория дафтарига энг муҳим текширишлар билан бирга хулосанома ёзади ва уни поликлиникага қайтаради. Стационарда бўлган ҳар бир бемор қўлига касаллик ташхиси кўрсатилган маълумотнома берилади, касаллик тарихидан батафсил кўчирма даволаш муассасасининг талабномаси бўйича тузилади ва уни шу муассасага почта орқали жўнатилади.

7. Алмашинув дафтари — беморни стационарга жўнатишда тўлдирилади. У уч қисмдан иборат: корешоги поликлиникада қолади, иккинчи қисмига ташхис тўғрисидаги маълумот, лаборатория текшируви натижалари, даволаш тадбирлари ёзилади, учинчи қисмини эса стационар шифокори беморни касалхонадан чиқаришда тўлдиради.

8. Меҳнат қобилиятини вақтинча йўқотганлик варақаси тиббий ҳужжатгина эмас, балки пул тўланадиган ҳужжат ҳам ҳисобланади, шунинг учун у пухталиқ билан расмийлаштирилиши керак.

Касаллик варақаси махсус дафтарда қайд қилинади, уни олган бемор томонидан имзоланган қисми сақлаб қўйилади, касаллик варақаси сони эса касаллик тарихига ёки амбулатория дафтарига ёзилади. Шифокор беморларга уйда хизмат кўрсатиш учун касаллик варақаларининг маълум миқдорини тилхат бериб олади. Уларнинг (корешоклар) қирқиб олинган қисмларини кўрсатиб, сарфланган варақалар ҳисобини беради. Касаллик варақалари сейфда сақланади.

9. Юқумли касаллик ва ўткир захарланиш аниқланган ёки лоақал шунга шубҳа қилинганда 12 соатдан кечиктирмай санитария-эпидемиология станциясига хабар бериш керак. Хабарномада беморнинг манзилгоҳи, унинг иш

ёки ўқиш жойи батафсил кўрсатилади, бу зарур ҳолларда ўша жойда эпидемияга қарши тадбирлар ўтказиш учун қилинади.

10. Шифокорлик-меҳнат эксперт комиссиясига жўнатиладиган варақа, санаторий-курорт картаси жуда муҳим ҳужжатлардир, ҳамшира уларни расмийлаштиришда қатнашиб, паспорт қисмини тулдиради, таҳдилларни ёзиб қўяди.

11. Ҳар бир участка ҳамшираси ва патронаж ҳамшира алоҳида дафтар тутади, унда бажарган ишини ёзиб боради. Тиббий курсатмаларни бажариш билан бирга кўвартира, ётоқхоналарнинг санитария ҳолатига аҳамият беради ва санитария қоидалари бузилганлиги аниқланганда аҳоли билан тегишлича суҳбат ўтказади.

Касаллик тарихи стационар архивида 25 йил, поликлиникаларда эса беморлар даволанадиган муддатнинг бошидан охиригача сақланиши керак. Ҳужжатлар қуруқ хоналарда, махсус жавонларда йили аниқ кўрсатилган ҳолда жойланиши лозим, бу керакли касаллик тарихини тезда топиш имконини беради.

НАВБАТЧИЛИКНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШ ВА ТОПШИРИШ

Беморларни даволашда энг муҳим тартиб-қоидалардан бири, навбатчиликни қабул қилиш ва топшириш ҳисобланади. Тиббиёт ҳамширасининг навбатчи келмай қолганида иш жойини ташлаб кетишга ҳаққи йўқ. Ўз навбатчилиги вақтида у шифокорнинг ҳамма кўрсатмаларини бажариши ва беморларни тегишлича парвариш қилиши лозим.

Стационарда навбатчиликни топширишда биринчи гада палаталар айланиб чиқилади ва сменани топшираётган ҳамшира уни қабул қилаётган ҳамширага навбатчилик вақтида беморнинг аҳолида қандай ўзгариш рўй берганлигини тушунтиради, бунда оғир бўлиб ётган беморларга ва янги келганларга айниқса аҳамият берилади. Айни вақтда сменани қабул қилаётган ҳамшира палаталарнинг санитария ҳолатини ва беморларнинг шахсий гигиенаси аҳолини текширади.

Сунгра навбатчиликни топшираётган ҳамшира ўрнида қоладиган ҳамширага бажарилиши лозим бўлган кўрсатмалар: кимни рентгенологик текширишга тайёрлаш, кимни

дан таҳлил учун ажратмалар йиғиш, кимга ҳуқна қилиш, ханталма ва банкалар қуйиш, инъекциялар қилиш ёки тунги уйқудан олдин дорилар бериш рўйхатини тузади. Беморнинг соат бўйича дори қабул қилишига дори хусусий чизмалари ҳам топширилади. Бундан ташқари, навбатчиликни тугаллаган ҳамшира термометрлар, шприцлар, дори-дармонлар, А ва В шкафларининг калитини ҳам топширади ва иккала ҳамшира ҳам наркотик моддаларни ҳисобга олиш дафтарига имзо чекади.

Ҳар бир тиббиёт ҳамшираси ўз ишига жавоб бериши ва кейинги сменага ишониб ўтирмай, қилиниши лозим бўлган вазифаларни бажариши керак.

12-бўлим

ТИББИЁТ ҲАМШИРАСИНING ЛАБОРАТОРИЯ ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВЛАРДА ҚАТНАШУВИ

Касалликнинг қанчалик тез ва тўғри даволаши лаборатория ва инструментал текширувларнинг қанчалик тўғри ва тез ўтказилишига боғлиқ. Бу текширувлар ўтказилишида эса тиббиёт ҳамширасининг роли жуда ҳам муҳим. Тиббиёт ҳамширасининг ўз ишининг устаси эканлиги, назарий ва амалий билимларни чуқур ўзлаштирганлиги ва масъулиятлилиги текширувнинг зарурий шартларидир. Қуйида ташхис учун зарур бўлган текширувлар ва уларнинг бажарилиш йўл-йўриқлари келтирилади.

Томоқ ва бурундан суртма олиш

Оғиз ва бурун бўшлиғидаги микроб флорасини текширишда, шунингдек дифтерияга шубҳа бўлганда томоқ ва бурундан суртма олиш зарур. Бунинг учун бактериологик лабораторияда махсус тайёрланадиган стерил пробиркалар олинади. Пробиркада пробкадан ўтказилган, учига пахта пилик ўралган ингичка сим бўлади. Ундириш учун одатда ярадан чиқадиган модда, бодомча безлар, танглай равоқларидаги караш олинади. Беморни ёруғлик манбаи олдига ўтказилади ва ундан оғзини катта очиш сўралади. Ҳамшира шпателни чап қўлга олиб, у билан беморнинг тил илдизини босиб туради, унги қўли билан пробиркадан

тампонни (тиқиннинг юқориги қисмидан ушлаб) олиб (тампонни бошқа ҳеч нарсага теккизмай) караш ёки ярадан чиқаётган модданинг бир қисмини эҳтиётлик билан олади.

Ёш боладан суртма олиш лозим бўлганда ёрдамчи ёки она боласини тиззасига ўтқизади, унинг оёқларини ўз оёқлари орасида қисиб олади, ўнг қўли билан боланинг иккала қўлини ушлайди, чап қўлининг кафтини эса боланинг пешонасига қўйиб, унинг бошини ушлаб туради (37-расм).

Бурун шиллиқ пардасидан суртма олиш учун ўнг қўл билан худди шундай тампон олинади, чап қўлнинг биринчи бармоғи билан бурун учи бир оз юқорига кутарилади. Буруннинг ташқи юзасига тегиб кетмасликка ҳаракат қилиб, эҳтиётлик билан тампон аввал бурун йулларининг бирига, сўнгра, иккинчисига киритилади ва суртма олинади.

Суртмани олинган заҳоти зудлик билан (қуриб қолмаслиги учун) лабораторияга юбориш лозим. Унга беморнинг исми-шарифи, ёши, палата рақами ва иш жойи, юборилаётган суртма номи, текшириш мақсади ва куни ёзилган йўлланма илова қилинади.

Балғамни турли текширувларга йиғиш

Балғам — йўтал ва тупуришда нафас йўлларида ажралиб чиқадиган патологик ажралма. Балғам пайдо бўлиши ҳамиша ўпка ёки бронхларда патологик жараён борлигидан дарак беради. Балғамга нафас аъзолари касаллиги белгиси сифатида баҳо бериш учун биринчи галда балғам миқдори, унинг қуюқ-суюқлиги, ранги, ҳиди ва арашмаларини ҳисобга олиш зарур. Балғам шиллиқли, се-



37-расм. Томоқ ва бурундан суртма олиш.

розли, йиринг ва қон аралаш бўлиши мумкин. Балғамда қон ёки ипир-ипир қон бўлганда ҳамшира дарҳол шифокорга хабар бериши лозим. Бемор ўлкасида бўшлиқ бўлганда балғам куп миқдорда ажралади.

Балғамнинг яхшироқ кўчиши учун бемор энг қулай вазият танлаши зарур — **бу вазият ёрдамида дренаж қилиш** дейилади. Жараён бир томонлама бўлганда бемор соғлом ёнбошида ётади. Вазият ёрдамида дренаж қилиш кунига 2—3 марта 20—30 дақиқадан ўтказилади. Тиббиёт ҳамшираси бемор бу муолажани мунтазам ўтказишини кузатиб бориши зарур. Бемор балғамни туфдонга — қопқоғи бураб бекитиладиган туқ рангли шиша идишга тупуриши лозим. Кунлик миқдори ўлчаш учун балғамни чўнтак туфдонидан қопқоқли ва даражаларга бўлинган тиниқ рангли шиша идишга солинади ва қоронғи, салқин жойда сақланади.

Лаборатория текшируви учун эрталабки балғам, ёки кунлик балғамнинг ҳамма миқдори олинади. Яхшиси, балғамни эрталаб, овқат ейишга қадар йиғиш керак. Бемор яхшилаб тишини ювади, оғзини чаяди. Чуқур нафас олиш ва йўталиш балғам ажратилишига имкон беради. Балғам қуруқ шиша банкачага ёки қопқоғи зич бекитиладиган махсус стерил туфдонга йиғилади. Одатдаги таҳлил учун олинadиган балғам миқдори 3—5 мл дан ошмаслиги керак. Керак бўлганда балғамни махсус текширувга юборилади.

а) Балғамни усма ҳужайраларига (атипик) олиш. Янги ажратилган балғам туфдонга йиғилади ва шу заҳоти лабораторияга жўнатилади, чунки атипик ҳужайралар тез емирилади.

б) Балғамни сил микобактерияларига олиш. Беморларга ўпка силига шубҳа бўлганда тайинланади. Флотация усули билан текширилади — балғам кун мобайнида стерил туфдонга йиғилади. Балғам етарлича бўлмаса, уни салқин жойда (полда) 3 кунгача сақлаб йиғиш мумкин.

Балғамни антибиотикларга сезувчанликка олиш. Бемор эрталаб стерил Петри косачасига бир неча марта тупуриши лозим.

Балғамли идишда беморнинг исми-шарифи ҳамда текшириш мақсади ёзилган қоғоз бўлиши керак. Ҳамшира балғамга ишлатилadиган банкаларнинг ҳамма вақт тоза бўлишини кузатиб бориши лозим. Бунинг учун ҳар куни

уларни иссиқ сув билан ювиш ва 30 дақиқа мобайнида 2 фоизли натрий гидрокарбонат эритмасида қайнатиш лозим. Туфдон тубига 5 фоизли карбол кислота эритмаси, 2 фоизли калий перманганат ёки 30 фоизли хлорамин эритмаси қуйилади. Умумий туфдонларни зарарсизлантиришда балғам устига зарарсизловчи хлорамин эритмаси, тиндирилган (балғам устига) хлорли оҳак эритмаси қуйилади, сўнгра канализацияга тўкилади.

Силга қарши тиббиёт муассасаларида туфдондаги балғамни қиринди ёки торф билан аралаштирилади ва махсус печларда куйдирилади.

Балғамда ипир-ипир ёки кўп миқдор қип-қизил қон пайдо бўлиши, ўпкадан қон оқаётганини билдиради.

Лабораторияда текшириш учун сийдик олиш

Стационар бўлимлардаги ҳамма беморлардан лаборатория текшируви учун албатта сийдик олинади. Текшириш натижасининг тўғрилиги ва ташхис қўйишнинг аниқлиги сийдик олиш усулининг тўғрилигига, идиш ва беморни тўғри тайёрлашга боғлиқ.

Сийдик таҳлили беморни умумий текширишда муҳим таркибий қисм ҳисобланади. Бу текшириш буйрак фаолиятидаги у ёки бу ҳолатни аниқлабгина қолмай, балки қатор аъзо ва тизимлардаги бузилишлар ҳақида ҳам хулоса чиқаришга имкон беради.

а) умумий текшириш учун сийдик йиғиш. Умумий таҳлилга сийдикнинг ранги, тиниқлиги, нисбий зичлиги (солиштирама оғирлиги), унинг реакцияси ва патологик элементлар борлигини аниқлаш киради. Умумий текширишга сийдикни тунги уйқудан сўнг эрталаб 100—200 мл миқдорда олинади ва 30—60 дақиқа ичида лабораторияга жунатилади. Сийдикни бемор стационарга келган куннинг эртасига эрталаб олинади ва текшириш 10 кунда бир марта такрорланади. Эркак беморга бир кун аввал исми-шарифи, куни ва текшириш мақсади ёзилган қоғозли тоза шиша берилади. Сийдик олишдан олдин аёл тагини ювиши керак. Унга сийиши учун тоза банкача берилади. Текшириш натижасида нотўғри чиқмаслиги учун идишни тозалаб ювиш лозим, акс ҳолда нотўғри ташхис қўйилиши мумкин. Ҳайз кўриш даврида сийдик таҳлили тавсия қилинмайди, бордию бунга зарурат бўлса, сийдикни катетер ёр-

дамида, аёлнинг ташқи жинсий аъзоларини зарарсизловчи эритма (фурацилин, калий перманганатнинг кучсиз эритмаси ва б.) билан артгандан сўнг олинади.

Сийдикни узоқ вақт сақлаш физик хоссалари ўзгаришига, бактериялар кўпайишига ва сийдик чўкмасидаги элементлар парчаланишига олиб келади. Сийдикни лабораторияга тез етказиш имкони бўлмаса, уни салқин жойга, аксари ҳожатхонадаги кафел полга қўйилади.

б) сийдикни Каковский-Аддис усули бўйича текшириш. Сийдикни олишдан аввал, аёл ташқи жинсий аъзоларини яхшилаб ювиши лозим. Олдин шишага консервант — бир неча тимол кристалчаси ёки 2 кристалча формальдегид ёки 0,5 мл хлороформ солинади. Сийдикли шишани совуқда сақлаган қулай. Каковский-Аддис усули бўйича ҳисоблаш камерасида сийдик элементлари саналади. Сийдикнинг кунлик умумий миқдоридagi сони ҳисоблаб чиқарилади. Лейкоцитлар нормаси кунига $2 \cdot 10^6$ гача, эритроцитлар кунига $10 \cdot 10^6$ гача, цилиндрлар сони кунига $3 \cdot 10^6$ гача. Бу усул бўйича сийдикни ўн соат ичида йиғиш лозим. Соат 22 да бемордан қовуқни бўшатиш ва тунда сиймаслик сўралади. Эрталаб соат 8 да эрталабки сийдикнинг ҳаммаси лабораториядан олинган махсус идишга йиғилади.

в) диастазага сийдик олиш. Бу текширувга 50 мл янги сийдик консервантсиз олинади, лабораторияга жўнатилади.

г) сийдикни Амбюрже усули бўйича текшириш. Сийдик 3 соат олдин олинади. Эрталаб тунги сийдик тукилади, вақт белгиланади ва сийдик 3 соат ўтгач, қунт билан тозаланиб, сўнгра катетерда йиғилади. Сийдикни консервантсиз лабораторияга олиб келинади, бу ерда сийдик элементлари камерада саналади. Лейкоцитлар эритроцитлар, цилиндрлар миқдори бир дақиқада ажратилган сийдик ҳажмида аниқланади. Меъёр: лейкоцитлар кунига $2,5 \cdot 10^6$ гача, цилиндрлар сони 15 гача.

д) сийдикни Нечипоренко бўйича текшириш. Сийдикни қунт билан гигиеник тозалашдан сўнг исталган вақтда йиғиш мумкин, бироқ лабораторияга эрталабки сийдикни етказган маъқул. Сийдик элементлари ҳисоблаш камерасида саналади. Уларнинг миқдори 1 мл га тақсимланади. Лейкоцитлар меъёри 1 мл да 400 гача, эритроцитлар 1 мл да 1000 гача.

е) буйраклар фаолиятини аниқлаш. Буйракнинг кон-
центрлаш ва мочевинани чиқариш хусусиятини аниқ-
лашнинг катта ташхисий аҳамияти бор. Бунинг учун
Зимницкий буйича синама қўлланади. У одатдаги сув ва
овқат режимида ўтказилади. Текшириш қоидаси буйрак-
ларнинг физиологик шароитлардаги сув режимига мос-
лашувини аниқлашга асосланган. Синама ўтказишга мо-
нелик қиладиган ҳоллар йўқ. Режим одатдагича. Бемор
эрталаб соат 6 да қовуғини бушатади ва сийдикнинг бу
қисми тукиб ташланади, сўнгра у кун мобайнида 3 со-
атлик танаффус билан ҳар гал алоҳида идишга сияди.
Ҳамшира бир кун аввал кечқурун 8 та тоза шишани тай-
ёрлаб қўяди. Уларга беморнинг исми-шарифи, шунинг-
дек шишанинг тартиб рақами ёзилган қоғоз ёпиштириб
чиқилади. Шундай қилиб бемор кун мобайнида (тунда
беморлар уйғотилади) эрталаб соат 9 дан бошлаб, эрта-
сига соат 6 гача 8 марта қовуғини бушатиши керак. Сий-
дикнинг ҳамма 8 қисми лабораторияга жўнатилади, бу
ерда ҳар бир сийдик қисмининг миқдори нисбий ўлча-
нади. Агар бирор қисмда сийдик миқдори шишага сиф-
май қолса, қолдиғи иккинчи шишага қуйилади ва қоғозга
қушимча сийдик миқдори деб ёзиб қуйилади. Агар бе-
мор белгиланган вақтда сиймаса, буш шиша лаборато-
рияга жўнатилади.

Кунлик сийдик миқдорини ўлчаб, тунги ва кундузги
диурез алоҳида аниқланади. **Кундузги диурез** (эрталаб соат
9 дан соат 18 гача) тунгидан кўп бўлиши керак. Меъёрда
у умумий диурезнинг тахминан 2/3 қисмини ташкил этади.
Соат 22 дан эрталаб соат 6 гача бўлган сийдик миқдори
тунги диурез ҳисобланади. Соғлом кишиларда умумий ди-
урез 1/3 қисмини ташкил этади. Умумий кунлик сийдик
миқдори одатда бир кунда ичилган суюқликнинг 65—75
фоизидан иборат. Кундузги диурез тунгидан ортиқ бўлса
ва сийдикнинг нисбий зичлиги 1,008 дан 1,025 гача ўзга-
риб турса, буйракларнинг функционал қобилияти яхши
ҳисобланади. Сийдик нисбий зичлигининг пасайиши,
буйраклар функциясининг етишмовчилигидан дарак бе-
ради.

Физиологик шароитларда сийдик нисбий зичлигининг
пасайиши суюқлик кўп ичилганда, нисбий зичлигининг
ошиши эса кўп терлашда ва суюқлик кам ичилганда (қуруқ
овқатлар ейишда) кузатилиши мумкин.

Меъдани зондлаш

Меъдани ювиш, меъда ширасини текшириш ва сунъий овқатлантириш учун зондланади. Меъдани йўгон ёки ингичка зонд билан зондланади. Йўгон зонд киритилгандан кейин меъда суюқлиги унинг ташқи учидан оқиб чиқади. Ингичка зонд киритилганда меъда суюқлиги тортиб чиқарилади. Зондлашнинг бу тури кўпинча меъдани секретор функцияси ва меъда суюқлигини узоқ вақт тортиб чиқариш устидан динамик кузатиш, баъзан эса беморни овқатлантириш мақсадида қўлланади. Ингичка зондни фақат оғиз орқали эмас, бурун йўлларида киритиш ҳам мумкин. Зондлашнинг бу усулидан юмшоқ танглай кам таъсирланади. Беморнинг қусгиси келмайди.

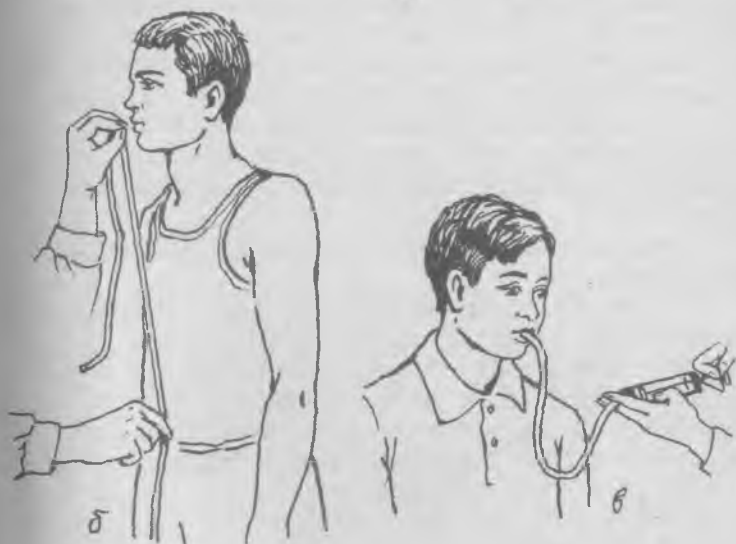
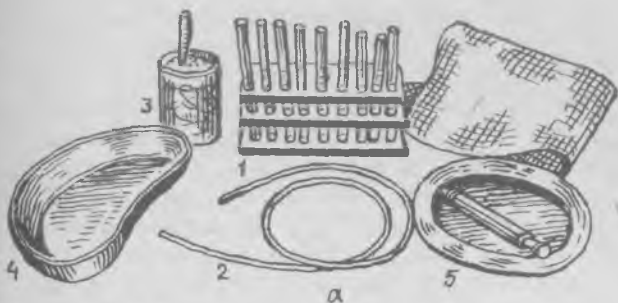
Меъдани меъда шираси олиш учун зондлаш муҳим ташхисий муолажа ҳисобланади.

Меъда шираси — меъда безлари ва меъда шиллиқ пардасининг эпителий ҳужайралари ишлаб чиқарадиган суюқлик бўлиб, таркибида ферментлар (пепсин ва бошқалар), хлорид кислота, гастромукопротеин, шиллиқ, минерал моддалар булади.

Меъда ширасининг кислоталилиги ундаги кислота миқдори билан белгиланади. Соғлом одамда умумий кислоталилик 60 дан 40 гача, эркин хлорид кислота 40 дан 20 гача ва оқсиллар билан боғлангани 20 дан 10 гача ўзгариб туради. Кислоталилик титрлаш йўли билан аниқланади. Меъда ширасида кислотани нейтраллашга кетадиган уювчи ишқор миқдори кислоталиликни курсатади. Меъда касаллиги билан оғриган беморларда кислоталилик ошиши ёки пасайиши мумкин. Меъда суюқлигини текшириш, унинг секретор ва мотор функцияларини баҳолаш ва уларнинг бузилиши бўйича касаллик хусусиятини аниқлашга имкон беради.

Меъда шиллиқ пардаси касалликларида меъда ширасининг ажралиши ва таркиби ўзгаради, бу секретациянинг ошишига ёки камайишига, шунингдек кислоталиликнинг ўзгаришига олиб келади. Меъда ширасини, унинг кислоталилигини бир лаҳзали усулда аниқлаш мумкин, бу усул ҳозирги вақтда мақсадга мувофиқ эмас. Чунки бундаги текшириш маълумотлари етарлича аниқ чиқмайди.

Меъда ширасини текширишнинг синама нонушталардан фойдаланиб олиб бориладиган фракцион усули бирмунча аниқдир (38-расм).



38-расм. Меъда ширасини олиш.

а — зарурий ашёлар; 1 — пробиркалар; 2 — ингичка зонд; 3 — синама нонуштаси; 4 — лоток; 5 — шприц; б — керакли узунликдаги зондни ўлчаш; в — меъда ширасини тортиш.

Меъда шираси ингичка зонд билан олинади, у диаметри 3—5 мм ва узунлиги 1—1,5 м ли резина найчадан иборат. Иккинчи учига 20 граммли шприц улашиб, у билан меъда шираси сўрилади. Меъда ширасини тўлдириш учун 8—10 та пробирка ҳам бўлиши зарур.

Меъда ширасини олиш махсус муолажа хонасида ўтказилади. Муолажа бошланишидан олдин ҳамшира зондни қайнатиш йўли билан стериллайди. Беморга муолажа мақсадини, унинг хавфсизлигини ва бурун орқали чуқур на-

фас олишни тушунтириш керак. Агар бурун йўллари шилликка тулган бўлса, уни тозалаш зарур. Ингичка зонд меъдага йўғон зонд киритиладиган усулда юборилади. Сувга ҳулланган зондни ёзадиган перо каби ушланади ва олдинга ва пастга бир оз босиб туриб, тил илдизи орқасига киритилади, натижада ҳалқум эгрилиги тўғриланади ва ҳиқилдоқ усти тоғайи зонд йўлидан четлашади. Шу вақтда зондни қизилўнғачга сурилади. Бемор бурни билан чуқур нафас олиши ва қусиш ҳаракатларини тутиб туриши, сулагини эса сочиққа туфлаши керак. Қусиш истаги пайдо бўлганда зондни лаблар билан қисиш ва бурун орқали чуқур нафас олиш лозим.

Бемор стол ёнидаги стулга, унинг суянчиғига тақалиб, бошини бир оз олдинга энгаштириб ўтиради. Ҳамшира чап қўли билан беморнинг бошини ушлаб туради, ўнг қўли билан эса зондни киритади. Зонднинг бўш турган учига меъда суюқлигини суриш учун 20 граммли шприц кийгизилади.

Меъда секрециясини кучайтириш учун синама нонушталар қўлланади:

1) гўшт бульони Зимпицкий бўйича — 1 кг ёғсиз гўшт олинади ва 2 л сувда қайнатилади. Наҳорга меъда суюқлигининг ҳаммаси сўриб олинади ва беморга 200 мл илиқ бульон ичишга берилади. Меъда суюқлигини 1 соат мобайнида 15 дақиқа оралатиб 4 та пробиркага сўрилади, сўнгра суюқликнинг ҳаммаси сўриб олинади ва зонд орқали яна 200 мл илиқ бульон киритилади. Сўнгра меъда суюқлигини ҳар 15 дақиқада 4 та пробиркага 1 соат ичида такроран олинади;

2) 7 фоизли карам дамламаси (Петрова ва Риссу бўйича) — 300 мл миқдорда дамлама тайёрланади. Наҳорга меъда суюқлиги сўриб олинади ва илиқ дамлама киритилади. Меъда суюқлиги бир соат ичида 4 та пробиркага 15 дақиқа оралатиб сўриб олинади. Муолажа икки марта такрорланади;

3) гистамин билан қилинадиган синама. Меъда секрециясининг энг кучли ва физиологик кўзгагувчиси ҳисобланади. Гипертония касаллигининг оғир тури коронаросклероз ва бронхиал астмада уни қўллаб бўлмаслигини унутмаслик керак. Наҳорга меъда суюқлиги сўриб олинади, сўнгра тери остига 0,5 фоизли гистамин эритмаси юборилади ва меъ-

да суюқлигини бир соат 15 дақиқа оралатиб сўриб олинади;

4) кофеинли нонушта — 200 мл сувга 0,2 г соф кофеин ва 2 томчи метилен кўки олинади. Наҳорга меъда суюқлигининг ҳаммаси сўриб олинади, кейин зонд орқали 200 мл эритма киритилади ва 15 дақиқа ўтгач, меъда ширасини 2 соат мобайнида жами 8 та пробиркага сўриб олиш бошланади.

Меъда шираси олинган пробиркалар штативга синама олинган тартибда жойлаштирилади. Ҳар бир пробиркага рақами ёзилган қоғоз ёпиштирилади ва лабораторияга жунатилади.

Меъда ширасини зондсиз текшириш

Бу усул билан меъда ширасининг фақат муҳити аниқланади (ута кислотали, кам кислотали ёки нормал кислотали). Бунинг учун 1. Ацидатест усули.

2. Радиотелеметрик усул ишлатилади.

Ацидатест усули: ацидатест 5 та, 2 та оқ ва 3 та қизил таблеткадан иборат.

Эрталаб бемор ёзилгандан сўнг, оч қоринга 2 та оқ таблеткадан 1 стакан сув билан ичирилади. 1—1/2 соатдан кейин сийдиги олинади ва текшириладиган қисм «контрол порция» деб белгиланади. Кейин 3 та қизил таблетка ҳам бир стакан сув билан ичирилади. 2 соатдан кейин сийдик олинади. «2 соатдаги сийдик» деб белгиланади, сўнг лабораторияга юборилади.

Сийдик рангининг узгаришига қараб меъда ширасининг муҳити ҳақида хулоса қилинади (нормацид, гипацид, гиперацид). Ҳозирги вақтда меъда ширасини сурьма-калломеёл электродлар монтаж қилинган бошлик (олива) билан тугайдиган зонд ёрдамида электрометрик (рН-метрик) олиш усули кенг тарқалган. Бу меъданинг турли булимларидаги меъда шираси рН ни аниқлаш имконини беради. Нормада рН 1,7—1,9 га тенг.

Меъда шираси секрециясини меъданинг бевосита айрим қисмларида мўъжазгина «Капсула» электрон приборини унинг турлича чуқурлигига киритиб радиометрик текшириш, шунингдек, меъда ширасини махсус аппарат билан узлуксиз аспирация қилиш усули ҳам қўлланади.

Дуоденал зондлаш

Жигар, ут пуфаги ва ўт йўллари касалликларида ўт суюқлигини текшириш, яъни дуоденал зондлаш зарурати туғилади. Тўғри маълумотлар олиш учун беморни яхши тайёрлаш керак. Беморнинг муолажадан чўчимаслиги ниҳоятда муҳим. Тиббиёт ҳамшираси беморга дуоденал текширишнинг боришини содда қилиб тушунтириши ва зондлашдан олдинги тайёргарлик ва зондлаш вақтида ўзини қандай тутишнинг нечоғлик муҳимлигини уқтириши лозим. Бир кун аввал беморга 8 томчи 0,1 фоизли атропин эритмаси берилади ва ўтнинг яхши ажралиб чиқиши учун бир неча бўлакча сорбит ёки озроқ илиқ сувда эритилган 30 мл ксилит берилади. Кечки овқат энгил бўлиши лозим: газ ҳосил қиладиган маҳсулотлар (қора нон, сут, картошка) берилмайди.

Дуоденал зондлаш учун узунлиги 1,5 м, диаметри 3,5 мм ингичка эластик зонд бўлиши зарур. Унинг учида бир неча тешиклари бўлган металл бошлик (олива) бўлади. Пробиркалар учун штатив, ўт суюқлигини экишга пробиркалар, 20 граммли шприц бўлиши керак. Текширишга қадар зонд қайнатилади. Бу зонд меъдада ёқимсиз сезгилар пайдо қилмай, узоқ вақтгача туриши мумкин.

Дуоденал зондлаш одатда наҳорга муолажа хонасида қаттиқ ўринда ўтказилади. Муолажанинг муваффақиятли чиқиши учун дуоденал зондни қандай қилиб ва қандай масофадан киритишнинг аҳамияти катта. Беморнинг бўйини ва конституциясини ҳисобга олиш лозим. Шунга биноан у тик ҳолатда турганида киндикдан қозиқ тишларигача масофа ўлчанади, кейин ўтказилади. Металл олива ўнг панжанинг III бармоғи остига олинади ва беморга бир неча ютиш ҳаракати қилиш ҳамда бурун орқали чуқур нафас олишни буюриб, тил илдизи орқасига киритилади. Беморнинг қусгиси келганда у зондни лаблари билан қисши ва бурни орқали чуқур нафас олиши керак. Шундан сўнг у зондни керакли белгигача ютишга ҳаракат қилиши лозим. Олива ва зонд томоқдан ўтиб қизилўнгачанинг перистальтик ҳаракатлари туфайли мустақил равишда сўрилади. Зонд буралиб қолмаслиги учун уни аста-секин ютиш керак. Зонд меъдага тушгандан сўнг бемор ўнг ёнбошига чаноғини бошидан юқори қилиб ётқизилади, оёқлари тиззасидан букилади. Ўнг ёнбоши тагига тик қилиб қўйил-

ган ёстиқ устига сочиққа уралган иситгич (беморни куйдириб қўймаслик учун) қўйиш зарур.

Зонднинг қаерда турганлиги олинадиган суюқлик бўйича аниқланади. Зонд меъдада турганда тиниқ ёки нордон, бир оз лойқа меъда шираси ажралиб чиқади (хўлланган кўк лакмус қоғози қизаради). 50—60 дақиқадан сўнг ўт пайдо бўлиши мумкин. Зонддан сарғимтир рангли суюқлик ажралганда олива ўн икки бармоқ ичакка сурилган, деб ҳисобланади. Зонднинг шу ичакда эканлиги суюқликнинг ишқорий реакцияси билан тасдиқланади (хўлланган қизил лакмус қоғози кўкаради). Зонд буралган бўлса ва ўт суюқлиги ажралмаса, зонд оҳишта тортиб чиқарилади, шундан сўнг бемор уни яна ютади. Зонднинг ўн икки бармоқ ичакда турганлигини текшириш учун шприц ёрдамида ҳаво юборилади, зонд меъдада бўлгандан бемор ҳавони сезади, ўн икки бармоқ ичакда бўлганда сезмайди. Оливанинг қаерда эканлигини аниқлаш учун рентгеноскопия қилинади. Агар узоқ вақтгача ўт пайдо бўлмаса, тери остига 1 мл 0,1 фоизли атропин эритмаси юбориш мумкин. Зондлашда уч қисм ўт суюқлиги олиш зарур.

Ўтнинг биринчи қисми (А қисми) — ўн икки бармоқ ичак суюқлиги ҳисобланади. У оч сариқ рангли, тиниқ, ишқорий реакцияли. Умумий ўт йўли очилиши ва ўт қопчаси ўти чиқиши учун бирорта таъсирловчи юборилади. Бунинг учун 60°C гача иситилган 33 фоизли магний сульфат эритмасидан 40—60 мл ни ишлатиш мумкин, уни беморлар яхши кўтара олмаса сорбит, ксилит (30 мл) ёки 40 фоизли глюкоза эритмасини шунча миқдорда киритиш мумкин. Бундан ташқари, 15—20 мл 10 фоизли пептон эритмаси ёки илитилган прован ёки зайтун мойи юборилади. Шу тариқа ўт қопчаси рефлекси ҳосил қилинади, яъни Одди сфинктери очилганда ўт қопчаси қисқаради. Сунгра зонд 5—7 дақиқага ёпилади, шундан сўнг унинг буш учи пробиркага туширилади. Тиниқ туқ рангли ўт суюқлиги чиқа бошлайди — бу В қисми бўлиб, ўт пуфаги суюқлиги ҳисобланади. Ўт пуфаги батамом бушагандан сўнг очик рангли ўт суюқлиги — С қисми ҳосил бўлади. У ўт йўлларида тушади, у оч лимон рангли, аралашмаларсиз, тиниқ бўлиши керак. Соғлом одамда В ва С қисмларда лейкоцитлар ва шиллиқ бўлмаслиги, экма қилинганда эса ўт стерил бўлиши керак.

Бактериологик текшириш учун ҳар бир қисмдан қушимча равишда озроқ миқдордаги ўтни (стерил олишга доир қоидаларга риоя қилган ҳолда) стерил пробиркаларга олиш зарур. Пробиркаларни ўт билан тулдиришдан олдин ва кейин уларнинг четини спиртовка алангаси устидан ўтказиш ва стерил пробка билан бекитиш лозим.

Дуоденал зондлашда ўт суюқлигини олиш ўт йўллари-нинг ўтказувчанлигини кўрсатади. Улар тўлиқ тиқилиб қолганда ўт суюқлигисиз фақат ичак шираси ажралади.

Дуоденал суюқликдаги аралашмаларга эътибор бериш зарур. Қон пайдо бўлганда зондлашни тўхтатиш лозим.

Баъзан зонд узоқ вақтгача ўн икки бармоқ ичакка тушмайди. Бу зонд буралиб қолганда юз бериши мумкин, бу ҳолда уни чиқариш, ювиш ва яна киритиш лозим, ёки пилорус спазми бўлганда ҳам зонд тушмайди, спазмни йўқотиш учун 100 мл 2 фоизли натрий гидрокарбонат эритмаси киритиш ва зондни 10—15 дақиқага боғлаб қўйиш, шундан сўнг зондлашни давом эттириш лозим. Оливанинг пилорус орқали сўрилишини тезлаштириш қўйидагича боради: беморга чуқур нафас олиш буюрилади, бу перистальтикани кучайтиради, туш ости соҳаси уқаланади, тери остига 1 мл 0,1 фоизли атропин сульфат эритмаси юборилади.

Дуоденал зондлаш муолажаси беморни чарчатади ва уни узоқ вақт чўзиш ярамайди. Агар 1—1,5 соат ўтгач ўт пайдо бўлмаса (А қисми), зондлашни тўхтатиш лозим. Учала қисм олингандан сўнг зонд эҳтиётлик билан чиқарилади.

Меъда ости бези функционал ҳолатини дуоденал зондлаш йўли билан текшириш бирмунча бошқача бажарилади. Зонднинг ўн икки бармоқ ичакда эканлигига ишонч ҳосил қилинганда, зонд орқали 30 мл 0,1—0,5 фоизли хлорид кислота, секретин ёки зайтун мойи киритилади. Шундан сўнг ўн икки бармоқ ичак суюқлигини ҳар 15 дақиқада бир соат мобайнида йиғилади ва унда панкреатик ферментлар аниқлаш мақсадида текширишга жўнатилади.

Лаборатория текширувига ахлат олиш

Ахлат йўғон ичакда шаклланади ва овқат қолдиқларидан, асосан усимлик клетчаткасидан иборат бўлади. Ахлат массасининг бир қисми тирик ва ўлган микроблардан иборат. Ахлатнинг таркиби овқатнинг қандайлиги ва ҳазм йўллари-нинг фаолиятига боғлиқ.

Ахлат дарҳол дефекация актидан сўнг микроорганизмлар ва ферментлар таъсири остида унда ўзгаришлар юз бериб улгурмасдан, имкон борича илиқлигида йиғилади. Текширувга олинадиган ахлат тоза, қуруқ ва қаттиқроқ, имкон борича шиша идишга йиғилиши лозим. Лабораторияга ахлатни қоғозда, картон ва гугурт қутичаларида юбориш тавсия этилмайди. Банкада беморнинг исми-шарифи, отасининг исми, манзилгоҳи (булим, палата), текширув мақсади, куни ва юборган кишининг имзоси ёзилган қоғоз бўлиши керак.

Қуриб қолиши, оксидланиши ва пашшалар орқали инфекция тарқалишининг олдини олиш учун ахлатни қопқоқли идишда сақлаш лозим. Одатда текширишга ахлатни эрталаб, уйқудан кейин олинади. Бемор тувакка ўтиради, ҳамшира ахлатни умумий кўздан кечиради, ахлатни ёғоч куракча ёки шпатель билан банкачага солинади. Ахлатни шундай кўринишда **умумий текширишга** жўнатилади. **Гижжа тухумларига** текшириш учун ахлатнинг уч жойидан олинади ва илиқлигида лабораторияга жўнатилади. Ахлатни яширин қон оқишига текшириш учун рациондан гўшт ва балиқ маҳсулотлари, шунингдек, йод, бром ва темир сақлаган дорилар чиқарилиб, бемор уч кун мобайнида тайёрланади, 4 куни ахлат лабораторияга жўнатилади.

Ахлатни **дизентерия** учун инглиз аралашмаси деб аталадиган модда солинган махсус пробиркаларда лабораторияга жўнатилади. Исталган пайтда ахлатни текширишга жўнатиш учун ҳар бир бўлимда шундай аралашмали пробирка бўлиши керак.

13-бўлим

РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР ВА ТИББИЁТ ҲАМШИРАСИНИНГ ҚАТНАШУВИ

БЕМОРЛАРНИ БРОНХОГРАФИЯГА ТАЙЁРЛАШ ВА ҚАТНАШИШ

Бронхография трахея ва бронхларнинг ички юзасини контраст модда билан тўлдириб, рентгенологик текшириш усулидир. Бронхографияга кўрсатмалар: турли бронх

ва ўпка касалликларида патологик жараённинг жойлашувини аниқлаш, бронхоскопияда қуришнинг имконияти бўлмаган бронхлар юзасини текшириш. Ўпкада ўтказиладиган жарроҳлик муолажасининг ҳажмини аниқлаш ва бошқалар.

Беморни тайёрлаш. 1. Таркибида йод туган воситаларга беморнинг жавоб реакциясини аниқлаш учун олдиндан синама қўйиш (беморга икки-уч кун давомида бир ош қошиқдан калий йодининг 3 фоизли эритмасидан берилади).

2. Беморга текширувнинг мақсади ва моҳиятини тушунтириш.

3. Йирингли балғам бўлганда эса 3—4 кун текширувдан олдин бронхларни тозалаш (дренаж усуллари билан тозалаш, қуруқ овқатлантириш, балғам кўчирувчи воситалардан фойдаланиш, бронх ичларини антибиотиклар билан санация қилиш).

4. Текширувдан 30—60 дақиқа олдин фенобарбитал (0,1 г), атропин сульфат тери остига (0,1 фоиз—1 мл), пипольфен (0,025 г), седуксен (0,005 г) буюрилади.

Текширишнинг мақсадига қараб наркоз ёки маҳаллий оғриқсизлантиришдан фойдаланилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришга 2 фоизли дикаин, 3—5 фоизли новокаин эритмаларидан фойдаланилади.

Бронхларни контраст модда билан тўлдириш мақсадида ярим эгилувчан зондлардан, бошқариладиган катетерлардан фойдаланилади. Катетерлар қайнатиб стерилланади ва махсус стерилизаторларда сақланади. Текширувни шифокор-рентгенолог ўтказди.

Беморни меъданинг рентгенологик текширувига тайёрлаш

Меъдани рентгенологик текшириш катта ташхисий аҳамиятга эга. Тиббиёт ҳамшираси беморларни бу текширишга тайёрлаш усулини билиши шарт. Унинг мақсади — меъда ва ичакларни улардаги моддалар ва газлардан холи қилишдир. Текширувдан бир кун аввал бемор дағал овқатлар (қора нон, картошка) емаслиги керак. Акс ҳолда булар текширишга халақит берадиган газлар ҳосил қилади. Кечки овқатланиш кечи билан соат 20° да ўтиши лозим. Бир кун аввал кечқурун ва эрталаб текширувдан 2 соат олдин, ичаклар 1 л сув билан ҳуқна ёрдамида тозаланади.

Текширишдан бир кун аввал, айниқса рентгенологик текширув куни сурги дорилар тайинлаш мумкин эмас, чунки улар қоринни дам қилади (метеоризм). Агар меъдада суюқлик кўп миқдорда бўлса, уни бир неча кунгача ювиш тайинланади. Баъзан меъда суюқлигини бевосита рентгенологик текширувга эрталаб наҳорда, тозалаш ҳуқна-сидан сўнг юборилади. Газлар миқдори кўп бўлганда ҳуқна қайтадан қилинади.

Рентгенологик усул ташхис учун қимматли маълумотлар беради. Унинг бирдан-бир шарты шундаки, бемор текширувга яхши тайёрланиши керак.

Беморни йўғон ичакнинг рентгенологик текширувига тайёрлаш

Йўғон ичакни икки усулда текшириш мумкин: 1) йўғон ичакка ҳуқна воситасида барий аралашмасини тулдириш (ирригоскопия); 2) бир кун аввал контраст модда қабул қилишдан сўнг йўғон ичакни кўздан кечириш. Одатда йўғон ичак меъдани рентгенологик текширишдан 24 соат ўтгач кўздан кечирилади. Барий аралашмасининг бир қисми айрим ҳолларда чиқарилади. Аксари барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг ичак бир кун мобайнида бушати-тилмайди, эрталаб беморга аралашманинг реффлектор сури-лиши учун нонушта берилади ва 2 соат ўтгач рентгено-скопия қилинади. Куричакда яллиғланиш узгаришларини аниқлаш учун беморга тунги соат 3 да барий аралашмаси (1 стакан сувга 200 г) қабул қилиш тайинланиб, 7—8 соатдан сўнг рентгенологик текширилади.

Тиббиёт ҳамшираси беморни ирригоскопияга 3 кун мобайнида тайёрлайди. Бемор рационидан газ ҳосил қиладиган моддаларни (қора нон, сут, картошка, узум ва б.қ.) чиқариш ва енгил ҳазм бўладиган овқатлар (бўтқа, кисель, омлет, шўрва, гўшт ва балиқни қайнатилган ҳолда) ейиш тавсия этилади.

Метеоризмда беморга кунига уч маҳал мойчечак дам-ламаси берилади ва кечки овқатдан сўнг газ ҳайдайдиган найчани 2 соатга 3 кун мобайнида қўйилади. Туз сургилар тайинлаш тавсия қилинмайди, чунки улар газ ҳосил бўлишига имкон беради. Текширишдан бир кун аввал беморга тушки овқат олдидан 430 г канакунжут мойи берилади ва йўғон ичакни яхшилаб ювиш учун ҳуқна қилинади. Кеч-қурун ухлашдан ва эрталаб нонуштадан олдин тозалаш

хуқнаси қўлланади. Сунгра овқат луқмасининг ичак бўйлаб сурилиши учун беморга енгил нонушта берилади ва қайтадан тозалаш хуқнаси қилинади. Ичакка текширишдан бир соат олдин, газ ҳайдайдиган найча қўйилади. Бунинг учун бемор рентген хонасига жунатилади. Йўғон ичакка хуқна ёрдамида барий аралашмаси юборилади (1 л сув+200 г барий сульфат +10 г танин). Ингичка ичакни текшириш учун барий сульфат аралашмасини текширувдан 6—8 соат аввал ичган маъқул.

Беморни ўт пуфаги ва ўт йўлларининг рентгенологик текширувига тайёрлаш

Холецистография организмга контраст модда юбориш ва кейин рентген сурати ёрдамида ўт пуфаги ва ўт йўлларининг шакли, ҳолати, фаолиятини урганиш ҳамда ўт пуфагидаги тошларни аниқлаш имконини беради. Ўт пуфагини контраст моддасиз рентгенологик текшириш баъзан таркибида оҳак моддаси бўлган тошларнигина аниқлаш имконини беради, шунинг учун организмнинг жигар орқали унга киритилган моддаларни ажратиш хоссасидан фойдаланиб, ўт пуфагини рентгенологик текшириш учун йод сақловчи моддалар (холевид, йодогност, билитраст, билигност) кўп вақтлардан буён қўлланиб келинмоқда.

Текширишдан бир кун аввал соат 17 да кечки овқат: 100 г нон, 25 г мой ва илитилган тухум берилади. Соат 10 да тозалаш хуқнаси қилинади, сунгра бемор 3—3,5 г билитраст (ҳар 20 дақиқада 1—1,5 г дан 1 стакан ширин чой билан) қабул қилади. Соат 20 да 100 мл 10 фоизли глюкоза эритмаси ичирилади. Эртасига эрталаб соат 9—10 ларда бир неча суратлар олинади. Сунгра ўт пуфагини қисқартириш учун 2 та тухум берилади ва 40 минут ўтгач яна фоторентген қилинади.

Беморга холевид тайинланганда беморни олдиндан тайёрлаш билитраст қабул қилишдаги каби ўтказилади, лекин бемор холевидни 1 таблеткадан ҳар 10 дақиқада бир соат ичида (жами 6 таблетка) ичади. Агар бемор ўртача семизликдан ортиқ бўлса у 12 таблетка: ҳар 10 дақиқада 2 таблеткадан ичиши керак.

Холеграфия — вена ичига контраст модда юбориш билан ўт пуфаги ва ўт йўлларини рентгенографик текширишдир. Ўт пуфаги олиб ташланган ёки билитраст қабул

қилиш қутилган натижаларни бермаган ёки уни қўллашга монелик қиладиган ҳолларда контраст модда (билигност) венага юборилади.

Беморни 2 кун мобайнида текширишга тайёрланади. Ичакларда газларнинг кам йиғилишини таъминлайдиган парҳез таомлар тайинланади. Сут, қора нон, олма, карам берилмайди. Тозалаш ҳуқнаси қилинади. Текширишдан бир кун аввал беморнинг контраст моддага сезувчанлиги текшириб кўрилади — венага 1—2 мл 20 фоизли билигност эритмаси юборилади. Қичима, тошмалар, эт жунжикиши, ҳарорат кўтарилиши ёки йодни кўтара олмасликнинг бошқа аломатлари бўлганда венага билигност юборилмайди.

Шошилинич ҳолларда бевосита текширув олдиан венага 1—2 мл билигност юборилади ва реакция бўлмаганда 3 дақиқа ўтгач, венадан игнани олмай туриб, препаратнинг зарур миқдори аста-секин киритилади. Катта ёшдаги одамга олдиндан тана ҳароратигача илитилган 30—40 мл 30 фоизли билигност эритмасини аста-секин 3—5 дақиқа ичида юборилади. Билигност юборилгандан сунг 10—15 дақиқа ўтгач рентгенограммада ўт йўллари кўриниши мумкин. 40—45 дақиқадан кейин эса ўт пуфаги тула бошлайди. Суратлар 45—50 дақиқадан сунг тайёрланади.

Сийдик тизимини рентгенологик текширишга беморни тайёрлаш

Буйрак ва сийдик чиқариш тизимини рентгенологик текшириш учун йодли контраст моддалар — сергазин, уротраст, верогност, трийотраст ва бошқалар қўлланилади. Контраст моддалар ё тўғридан-тўғри сийдик тизимига (цистоскоп ва катетер орқали қовуққа, сийдик йўлларига ва буйрак жомчасига) ёки венага юборилади. Венага юборилганда контраст модда буйраклар орқали тезда чиқарилади. Контраст юборилгандан кейин 10, 20, 30, 45 ва 60 дақиқа ўтгач қилинган суратларда буйрак жомчалари, сийдик йўллари ва қовуқнинг контурлари кўриниб туради.

Йодга ортиқча сезувчанлик бўлганда, буйракнинг пўст қавати шикастланадиган касалликларда (нефрит, нефроз, нефросклерозларда), силнинг фаол тури, оғир жигар хасталикларига, Базедов касаллигида, юрак етишмовчилигида, анурияда йодли контраст моддаларни юборишга рухсат этилмайди.

Венага контраст юбориб, пиелография қилишдан 2 кун аввал йодга сезувчанликни синаб қўриш зарур, қайси моддани ишлатиш мўлжалланаётган бўлса, уша контраст модда эритмасидан венага 1—2 мл юборилади ва кунига 2—3 марта бир ош қошиқдан 3 фоизли калий йодид эритмаси ичирилади. Йодизм аломатлари (тумов, терида тошмалар ва шишлар, эт увишиши, ҳарорат кўтарилиши) пайдо бўлганда текшириш бекор қилинади.

Бемор ичакларида газлар имкони борича камроқ бўлиши учун текширишдан аввал, 3 кун мобайнида у парҳез қилиши керак. Овқат тузи кам, осон ҳазм бўладиган, асосан ёғлар ва оқсиллардан иборат бўлиши лозим. Текширишдан бир кун аввал қуруқ овқат ейиш тайинланади. Текширишдан 12 соат олдин эса беморга ейиш учун ҳеч нарса берилмайди ва ичирилмайди.

Бундан ташқари, текширишдан бир кун аввал ва унга 2 соат қолганда тозалайдиган ҳуқна қилинади. Қабзиятга мойиллик бўлса, тайёргарлик даврида беморга енгил сургилар (итшумурт, равоч), метеоризмда эса карбалон ёки мойчечак настойкаси берилади. Эргалаб текшириш олди-дан эса қовуғини бўшатгани маъқул.

14-бўлим

ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРУВЛАР ВА ТИББИЁТ ҲАМШИРАСИНИНГ ҚАТНАШУВИ

Текширишнинг эндоскопик усуллари катта аҳамият касб этмоқда. Улар фақат ташхисий жиҳатдан эмас, балки даво усули сифатида ҳам қўлланади ва унинг ёрдамида бронх, қизилўнғач, меъда ва ўн икки бармоқ ичак, сийдик чиқариш аъзолари касалликларига даво қилинади. Шиша толали оптика ва ёритгич эндоскоп кашф этилиши туфайли эндоскопик текширувлар кўпчилик хасталикларни ташхис қилишнинг асосий усулларида бири бўлиб қолди.

Эндоскопик текширувлар махсус тайёргарлиги бўлган малакали шифокорлар томонидан ўтказилади. Аппаратураларга махсус ўргатилган тиббиёт ҳамширалари қараб турадилар. Ҳамшира шифокор ёрдамчиси ҳисобланади ва у беморни текширувга тайёрлашни билишдан ташқари,

бирмунча мураккаб аппаратурани ишлата олиш ва муолажа вақтида уни тез мувофиқлаштиришни уддалаши керак.

БРОНХЛАРНИ ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРУВГА ТАЙЁРЛАШ

Трахея ва бронхларнинг ички юзасини махсус асбоб — бронхоскоп ёрдамида кўриб текшириш — бронхоскопия деб аталади.

Диагностик бронхоскопия — трахея ва бронхлардаги хавфли ўсмалар, йирингли касалликлар, упка сили, ёт жисмлар ва рентгенда аниқлашнинг иложи бўлмаган моддаларни топиш мақсадида қўлланади.

Даволаш мақсадида эса бронхоскопиядан трахея ва бронхлардаги ёт жисмларни, бронхлар ажратмаларини олиб ташлаш ва дори воситаларини маҳаллий қўллашда фойдаланилади.

Бронхоскоп ёритиш ва оптик тизимга эга металл найчалардан иборат. Асбобга қўшимча анестезияловчи эритмани киритиш мосламаси, бронхларга эритмаларни киргишиш ва суюқликларни бронхлардан сўриб олиш найчалари, ёт жисмларни чиқариш ва биопсия олиш учун қовуздоқ, қисқичлар, пахта ушлагич ва бошқалар бўлади.

Текширувгача ҳамшира асбобнинг ушлагич ва ёритгичини спирт билан артади, қўшимча мосламаларни стериллайди ва стерил столга асбобни тўлиқ ҳолда тайёрлайди. Муолажа маҳаллий анестезия ёки наркоз остида олиб борилади. Маҳаллий анестезия дикаин, кокаин, тримексин, 10 фоизли новокаини суртиш, пуркаш ва ёки аспирация қилиш билан амалга оширилади.

Бронхоскопия наҳорга ёки енгил нонуштадан 2—3 соат ўтгач боғлов ёки эндоскопия хонасида ўтказилади. Ҳамшира қўлларини операцияга тайёрлаган каби ювади ва шифокорга ёрдам бериб, асбобларни узатиб туради. Бронхоскопияни ўтирган ёки ётган ҳолда амалга ошириш мумкин. Муолажа пайтида ҳамшира беморнинг умумий аҳволини кузатиб туради. Бронхоскопиядан сўнг асбоб қисмларга ажратилади, найчалари, пахта ушлагич ва бошқа ишлатилган мосламаларни ювиб, артиб қўйилади.

Қизилўнғач, меъда ва ун икки бармоқ ичак шиллик пардасини кўздан кечириш бир аппарат — эзофагогастро-дуоденофиброскоп билан ягона усул бўйича олиб борилади.

ди. Эзофагогастроуденофиброскоп қуйидаги қисмлардан: 1) окуляр, бошқариш дасталари ва тугмача (кнопка) лари бўлган бошчаси, меъдага турли асбоблар (биопсия қисқичлари, катетерлар, игналар ва б.қ.) киритиш учун клапани бўлган каналларга кириш қисмлари; 2) ишчи қисм — диаметри 8—12 мм, узунлиги 860—1200 мм ли қайишқоқ найча ва бириктирувчи ёриткичдан иборат. Эндоскопнинг дистал учи иккита перпендикуляр текисликларда: олдиндан орқага 200° бурчак остида ва чапдан ўнгга 120° бурчак остида эгилиши мумкин. Кузатув дарчаси яқинида биопсия учун киритиладиган асбобларнинг шаклини ва йўналишини ўзгартириш имконини берадиган манипулятор ўрнатилган канал очилади. Ҳаво киритиш ва меъдадан суюқликни сўриб олиш автоматик тарзда амалга оширилади.

Тиббиёт ҳамшираси ҳамма ички қисмларни зарарсизлаш усулларини билиши керак. Текширувдан олдин найча 33 фоизли спиртга ҳўлланган салфетка билан артилади. Текширувдан кейин эндоскоп канали қон шилимшиқ ва бошқалардан йўқотиш учун совунли илиқ сув билан ювилади. Сўнгра қуритиш учун ҳаво юборилади ва аппарат ёриткичдан ажратилади. Найчани совунли эритмада яхшилаб ювилади ва илиқ сув остида чайилади, сўнгра қуруқ латта билан яхшилаб артилади ва 33 фоизли спирт эритмаси билан зарарсизлантирилади, суюлтирилган спирт ва юқори ҳарорат эндоскоп қопламасини емириши мумкин. Буни унутмаслик керак. Деформацияга йўл қўймаслик учун фиброскопларни осиб қўйган ҳолда вертикал сақлаш керак. Биопсия қисқичлари, инъекцион игналар, катетерлар, полипларни чиқариш учун қовузлоклар 1 фоизли диоксид эритмасида 10 дақиқа қолдирилади, сўнгра чиқарилади, обдон қуруқ латта билан артилади ва стерилизаторда сақланади. Ишлатишдан олдин уларни бирор стерил эритма билан ювиш лозим. Мосламани эҳтиёт қилиш, тоза тутиш ва сақлаш қоидаларига риоя қилиш мосламанинг узоқ муддат хизмат қилишини таъминлайди.

Муолажани эрталаб наҳорга беморнинг умумий кайфияти яхши бўлганда, тиш протезларини олиб қўйиб ўтказилади. Текширувдан 30 дақиқа олдин тери остига 1 мл 0,1 фоизли атропин сульфат эритмаси юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш эндоскопиядан 20 дақиқа аввал

оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва қизилўнғачнинг юқори қисмига пульверизатордан 1—3 фоизли дикаин эритмасини сепиш иули билан амалга оширилади. Бемор универсал операцион столда чап ёнбошини босиб ётади, гавдаси тўғрилланган, елкалари ёзилган, эндоскоп киритишга қаршилиқ бўлмаслиғи учун мушаклари бўшаштирилган бўлади. Оғзига стерил оғизочғич қўйилади. Қизилўнғач, меъда ва ўн икки бармоқ ичакни текшириш ўрта ҳисобда қарийб 10 дақиқа давом этади. Текшириш ўтказиладиган кун иссиқ овқат емаслик керак, муолажадан кейин эса трахеяга овқат ёки сув тушишининг олдини олиш учун ютишнинг қийинлашуви батамом йўқолгунча (анестетиклар таъсири билан боғлиқ) 1—1,5 соат мобайнида суюқлик ичиш ва овқат ейишга руҳсат этилмайди. Амбулатор беморларни текширишдан 1—1,5 соат ўтгандан кейин, умумий кайфияти яхши бўлганда уйига жўнатилади.

Эзофагоскопия — қизилўнғачнинг илк ривожланиш босқичидаги ўсмаларни ўз вақтида аниқлаш, ундаги ёт жисмларни ташхис қилиш ва чиқариш учун қизилўнғач шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Эзофагоскопия шунингдек даволаш мақсадида ҳам қўлланади.

Гастроскопия — меъда шиллиқ пардасининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари, меъда яраларини аниқлаш, биопсия қилиш ва полипларни чиқариш учун кўздан кечиришдир.

Дуоденоскопия — ўн икки бармоқ ичак шиллиқ пардасини кўздан кечириш, шу ичакдаги яраларни бирмунча аниқ ташхис қилиш ва уларни даволаш усулидир («облепиха мойи» билан аппликация қилиш ярага антибиотикларни санчиб киритиш ва б. қ.).

Колоноскопия — йўғон ичак шиллиқ пардасини колоноскоп ёрдамида текшириш, бу шиллиқ пардани бошидан охиригача кўздан кечиришга имкон беради. Колоноскопия ёрдамида йўғон ичакнинг турли хил касалликлари (яллиғланиш жараёнлари, хавфсиз ва хавфли зарарланишлари, қон оқиши ва б. қ.) аниқланади.

Беморларни тайёрлашнинг айрим хусусиятлари бор. Беморларга текширишдан 2—4 кун илгари парҳез таомлар (гўшт бульони, қайнатилган гўшт ва балиқ, оқсилли омлет, творог, оқ сухари) тайинланади, қора нон, сут, картошка истеъмол қилинмайди. Текширишдан бир кун олдин иккинчи нонуштадан кейин 30—40 мл канакунжут мойи берилади, кечқурун ухлашдан олдин 1,5 л гача ҳажм-

даги сув билан тозалаш ҳуқнаси қилинади. Кечки овқат бекор қилинади. Қандли диабетни бор беморлар, болалар ва кекса ёшдагилар бундан мустаснодир. Эрталаб текширишдан 2 соат олдин ичак тўлиқ бўшалгунча тозалаш ҳуқнаси қилинади ва газ ҳайдайдиган найча киритилади. Колоноскоп киритишдан олдин орқа чиқарув йўли тешигига оғриқсизлантириш мақсадида ксилостезин малҳами суртилади.

Ректороманоскопия — тўғри ичак шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Бу усул анча содда ва уни поликлиника шароитида бажарса бўлади. У тўғри ичак шиллиқ пардасини кўздан кечириш ва айрим муолажаларни (ёриқларга дори суртиш, уларга упу сепиш, полипларни олиб ташлаш) бажариш имконини беради.

Бу текширишда тиббиёт ҳамширасининг вазифаси беморни тайёрлаш, асбобларни текшириш ва ректоскоп киритилгандан сўнг шифокорга ёрдам беришдан иборат. Ичакда ювинди сувлар ёки суюқ ахлат оқиб тушиши мумкин, шунинг учун ҳамшира ректоскоп найчасининг ташқи учига қўйиладиган тоғорани тахт қилиб қўйиши керак.

Ректоскоп — тўғри ичакка киритиладиган узунлиги ҳар хил найчалар йиғиндисидан, оптик тизим ва тўғри ичакка ҳаво ҳайдаш учун ишлатиладиган баллондан ташкил топган. Ректоскопияга тайёргарлик кўришда фақат найчалар, бошчаси ва пахта тутгичлар стерилланади. Ректоскопнинг бошқа соҳалари спирт билан артилади.

Ич келмаганда беморни тайёрлаш текширишдан бир неча кун олдин бошланади: туз сурги, 15 фоизли магний сульфат эритмаси (1 ош қошиқдан кунига 3 марта) берилди, ҳар куни ҳуқна қилинади. Ректоскопияга тайёрлашнинг бошқа усули ҳам қўлланилади: кечқурун иккита ҳуқна қилиб, газ ҳайдайдиган найча киритилади, энгил кечки овқат (чоё билан печенье), эрталаб ҳам 30 дақиқалик та-наффус билан иккита ҳуқна ва газ ҳайдайдиган найча киритилади. Аксарият иккита ҳуқна кифоя қилади; биттаси текширишдан бир кун аввал, иккинчиси — ундан 4 соат олдин.

Ректоскоп киритиш учун беморнинг тизза тирсак ва елка вазияти энг қулайдир. Бемор яра боғлаш столига тиззаси билан чўккалаганида оёқ кафтлари унинг четидан осилиб туриши керак. Тирсаклари ёки елкасини эса столга

тираб туради. Беморнинг иккинчи вазияти — унги ёнбоши билан ётиб, чаногини бир оз кўтариб туришдан иборат. Бемор етарлича тайёрланмаган тақдирда текширишни қолдириш ва тайёргарликни қайта ўтказиш лозим.

Текшириш тугаллангандан кейин ректоскопнинг стерилланидиган қисмларигина ажратилади, қунт билан ювилади, қолган қисмларини хлорамин ва спирт билан артилади.

Лапароскопия — қорин бўшлиғи ҳамда кичик чанокдаги аъзоларда турли патологик жараёнларни аниқлаш ва кўздан кечириш — бевосита оптикали махсус лапароскоп билан бажарилади. Тайёрлаш бир кун аввал кечқурун ва текширишдан олдин тозалаш ҳуқнаси қилишдан иборат. Тери остига 0,5 мл 1 фоизли атропин сульфат эритмаси юборилади. Тиббиёт ҳамшираси беморни аравачада олиб келади ва унинг назорати остида бемор текширишдан кейин яна палатага олиб келинади.

Ҳамма эндоскопик текширувлар асорат бериши мумкинлигини унутмаслик керак. Анестетиклар киритишга аллергик реакция, қон кетиши, ҳушдан кетиш шулар қаторига киради, шунинг учун ҳамшира беморнинг аҳволини диққат билан кузатиши ва бирор нохуш аломатлар пайдо бўлганда шифокорга хабар қилиши керак.

УРОЛОГИК ЭНДОСКОПИЯ

Эндоскопия — махсус оптик-механик ёритгич мосламалар ёрдамида бажариладиган визуал кўздан кечириш, касаллик жараёнининг кечиши устидан кузатув имконияти эндоскопияни муҳим ташхисий усулга айлантиради, у кўпгина урологик касалликларни аниқлаш, клиник манзарасига баҳо бериш ва хулоса қилишда асосий аҳамиятга эга. Урологияда эндоскопик текширишлар ва улар ёрдамида даволаш-диагностика муолажаларини бажаришни асептика нуқтаи назаридан жарроҳлик аралашуви сифатида баҳолаш керак.

Урологияда асосий эндоскопик асбоб эндоскоп ҳисобланади, у уч асосий элемент: ташқи найча — тубус, ёритгич ва оптик тизимдан ташкил топган. Замоनावий эндоскопларда ёритиш учун толали ёритгичлардан фойдаланилади. Ҳар бир аъзо учун махсус эндоскоплар мавжуд: **уретроскоп** — сийдик чиқариш каналини ташхис қилиш, қатор

даво муолажаларини ва айрим операция аралашувларини бажариш мақсадида ёритиш ва кўздан кечириш учун мўлжалланган. Цистоскоп — қуриш ва манипуляцион мослама функцияларини бажаради: унинг ёрдамида қовуқ шиллиқ пардаси кўздан кечирилади, касалликка ташхис қўйилади ва айрим жарроҳлик аралашувлари бажарилади.

Барча эндоскопик текширувлар асептика қоидаларига пухта риоя қилинган шароитда олиб борилиши муносабати билан улар худди операция хонасига қўйиладиган талабларга жавоб берадиган махсус хоналарда амалга оширилади. Эндоскопик хона яқинида фақат текшириладиган кишилар учун мўлжалланган санузел жойлаштирилади. Эндоскопик хона билан урологик ва хирургик беморлар учун мўлжалланган яра боғлаш хонасини бирлаштириш асло мумкин эмас,

Эндоскопик хонада иш бошлашдан олдин хона нам усулда тозаланади, кресло, стерил асбоблар ва ашёлар қўйиладиган металдан ясалган тиргак ва столлар артиб чиқилади. Беморлар кўздан кечириладиган тиббий кушеткаларга тоза оқлик ёзилиб, уни ҳар бир бемордан сўнг алмаштирилади.

Янги эндоскопик мосламалар ғилофдан чиқарилади, таркибий қисмларга ажратилади, оқиб турган илиқ сув остида совунлаб юмшоқ чўтка билан яхшилаб ювилади. Сўнгра уларни тоза сочиқ билан қуригунча артилади, мосламалар йиғилади ва ишчи ҳолатда қолдирилади. Ишлаштишдан олдин тубус, обтуратор ва пахта туггичлар 30 дақ мобайнида қайнатилади. Цистоскоплар ё формалин буғида 24 соат мобайнида ёки симоб оксиданиднинг 1:1000 эритмасида 30 дақиқа мобайнида стерилланади. Текширув махсус урологик курсида ўтказилади, унинг ёнида бемордан 1 м баландликда шиша резервуарли (сигими 3 л бўлган Эсмарх кружкаси хилидаги) металл тиргак туради. Резервуар 100 мл дан даражаланган.

Эндоскопик текшириш олдидан оғриқсизлантириш лозим. Текширувдан бир соат олдин тўғри ичакка омпонли шам киритилади ёки 100 мл илиқ сувдан микроҳуқна қилинади. Анальгезияловчи ва иситмага қарши таъсирни вужудга келтириш мақсадида бу сувда 0,5—1 г антипирин ва 0,025 г промедол эритилган бўлади. Бевосита цистоскопиядан олдин уретра бўшлиғига 20 мл 20 фоиз-

ли новокаин ёки 15 мл дикаин (3:1000) эритмаси киритилади ва 10 дақиқа ўтгач эндоскопия бошланади. Текширишдан олдин ҳамшира ва шифокор қўлини оқиб турган сувда совунлаб, сўнгра спиртга ҳўлланган дока салфетка билан ювади. Ҳамма эндоскопик текширишлар стерил қўлқопларда бажарилиши керак. Шифокор беморни кўздан кечирилади, бемор сийдик ажратади, ечиниб, пайпоқ ва ич қўйлақда келади, оёғига бахила (ип газламадан тўқилган махсус узун пайпоқ) кияди ва урологик курсига ётиб, оёқларини кериб оёқ ушлагичга қўяди. Бемор тагига клеёнка ёзиб, уни ҳар гал текширишдан кейин алмаштирилади. Қорни, чаноқ ва оёқларини чойшаб билан ёпиб, чойшабнинг қирқилган жойидан беморнинг ташқи жинсий аъзолари чиқариб қўйилади. Текширишдан олдин аёлларда ташқи жинсий аъзолари соҳаси антисептик эритма оқимида ювилади, сўнгра шифокор чап қўли билан стерил салфеткалар ёрдамида жинсий ёриқни очади, ўнг қўли билан эса уретра ташқи тешигини сулема эритмасига ҳўлланган пахта шарча билан артади. Шундан сўнг эндоскопик текшириш ўтказилади.

Цистоскопия — қовуқ бўшлигини унга киритилган махсус мослама цистоскоп ёрдамида кўздан кечиришдан иборат. Цистоскоп махсус тизим ва оптикага эга бўлиб, қовуққа киритилган тиниқ сууюқлик билан оз-моз катта-лаштиришда унинг бўшлиғи ва шиллиқ пардасини кўздан кечириш имконини беради. Цистоскопия оптикаси чиқарилиб, қўш оқимли ювиш тизими билан алмаштирилган, кўриш учун мўлжалланган ирригацион цистоскоп ёрдамида бажарилиши мумкин.

Ишлатишдан олдин формалиннинг ачиштирадиган таъсиридан сақланиш учун цистоскоп дистилланган сув билан ювилади, этил спирти билан артилади ва стерил глицерин суртилади. Такрор қўлланиш олдидан цистоскоп 15—20 дақ. мобайнида симоб оксиданиднинг 1:1000 эритмасида зарарсизлантирилади. Цистоскопнинг оптик тизими этил спиртига ҳўлланган дока билан артилади. Беморга муолажадан олдин тозалаш ҳўқнаси қилинади.

Буйрақлар функцияси аниқланадиган хромоцистоскопия ёрдамида венага 5 мл 0,5—1 фоизли индигокармин эритмаси киритилади, сўнгра цистоскоп орқали сийдик йўллари оғзидан бўялган сийдик пайдо бўлиши устидан кузатилади. Соғлом одамда бу бўёқ киритилгандан кейин

3—5 дақиқа утгач сийдик йулларидан ажралиб чиқа бошлайди. Буйраклардан бири зарарланганда тегишли сийдик йулидан бўялган сийдик ажралиши кечикади.

Одатда цистоскопия оғриқсизлантирмасдан қилинади ва жуда сезувчан беморлардагина текширувдан 5—10 дақ олдин уретрага 2—3 фоизли новокаин ёки 3:1000 дикаин эритмаси киритилади.

Муолажа тугагандан сунг беморлар бир неча соат уринда ётишлари шарт. Қовуқ шиллиқ пардаси яллиғланишининг олдини олиш мақсадида антибиотиклар тайинланади. Тиббиёт ҳамшираси беморни текширишга асбоблар ва зарарсизлантирадиган эритмаларни тайёрлаб қўйишни билиши лозим.

15-бўлим

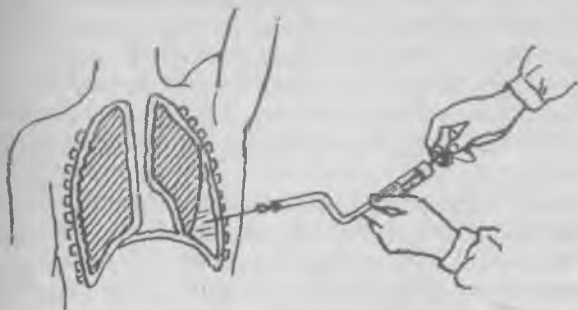
БЕМОРЛАРНИ ПУНКЦИЯЛАРГА ТАЙЁРЛАШ

Пункция — бу ташхис ва даво мақсадида бирон-бир бўшлиқни, аъзо ва тўқималарни тешик игна (ёки троакар) билан тешишдир. Ҳамшира қилинадиган пункция усулини билан туриб, ҳар бир муайян вазиятда керакли асбобларни, боғлов ва дори воситаларини тайёрлайди ҳамда уни бажариш вақтида шифокорга фаол ёрдамлашади.

ПЛЕВРА ПУНКЦИЯСИ

Плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиб қолганда плеврани ташхис мақсадида пункция қилиш зарур бўлади (39-расм).

Плевра пункциясини шифокор бажаради. Бунда ҳамширанинг вазифаси асбобларни, беморни тайёрлаш ва муолажани бажариш вақтида шифокорга ёрдам беришдан иборат. Диагностика (синама) мақсадида пункция қилиш учун одатда 20 граммли шприцдан фойдаланилади, шприц игна билан (игнанинг узунлиги 7—10 см. диаметри 1—1,2 мм, учи 45° бурчак остида қийшиқ кесилган) диаметри игна муфтасига лойиқ бўлиб, узунлиги 10—15 см келадиган резина найча орқали туташтирилади. Бириктирувчи резина найчанинг иккала учига игна ва шприц конуси билан туташтириш учун канюля қўйилади. Булар яхши



39-рasm. Плеврани диагностик пункция қилиш.

туташмай турадиган бўлса, йўғон ипни бир неча марта ўраб, улар маҳкамланади. Пункция вақтида плевра бўшлиғига ҳаво тушмаслиги учун бириктирувчи найчага қисқич кийгизилади. Ишлатишдан олдин игнанинг ўтказувчанлиги текширилади ва асбоб стерилланади, ишлатиб бўлган ҳамон уни қисмларга ажратилади, ювилади ва қуритиб қўйилади.

Маҳаллий оғриқсизлантириш учун бир неча игнаси бўлган 2—5 граммли шприц ва 4—5 мл 0,5 фоизли новокаин тайёрлаб қўйиш лозим. Худди шу мақсадда баъзан терини хлорэтил билан музлатиш қўлланади. Лабораторияда текшириш учун 2—3 та стерил пробирка ва суртмалар олиш учун шунча миқдорда буюм ойналари тайёрлаб қўйилади. Бундан ташқари, кичикроқ очиқ стаканчаларда спирт ва йоднинг спиртдаги эритмаси, коллодий ва клеёнкали флакон, стерил пахта шарчалар, стерил чўплар ва пинцет солиб қўйилган стерил қутича олинади.

Одатда шифокорга битта ҳамшира ёрдам беради, бемор дармонсиз бўлса, беморни ўтқазиб қўйиб ушлаб туриш учун яна бир ёрдамчи бўлиши зарур.

Бемор яра боғлайдиган хонага олиб кирилади, стулга тескари ўтқазилади ва тешиладиган томон қаршисига эгилиш сўралади: тешиладиган томондаги қовурғалар оралиғини кенгайтириш учун шундай қилиш зарур. Бемор стулда ўтира олмайдиган аҳволда бўлса, уни ёрдамчи ушлаб туради: бунда бемор қўлларини ва бошини унинг елкаларига қўйиб туради.

Шифокор беморни куздан кечириб (қовурғалараро бушлиқларнинг бўртиб чиқиши, суюқлик энг кўп йиғилган жойда нафас ҳаракатларининг йўқлиги), тукиллайтиб (товушнинг қисқалиги) ва эшитиб кўриб (нафаснинг секинлашиши ёки унинг бўлмаслиги) ҳамда рентгеноскопияга асосланиб, тешиладиган жойни танлайди. Шу усуллар билан аниқланганда энг суюқлик тўпланадиган жой кўпинча курак ёки орқа кўлтиқости чизиклари бўйлаб еттинчи, саккизинчи, тўққизинчи қовурғалар орасига тўғри келади.

Тешиладиган жойни спиртдаги йод эритмаси билан белгилаб, қўлларини операцияга тайёрлагандек тайёрлайди. Операция майдонига спиртдаги йод эритмаси ва спирт суртилади. Сунгра териға, тери остига, қовурға плеврасига новокаин юбориш йўли билан маҳаллий анестезия қилинади. Худди шу мақсад учун хлорэтил қўллаш, фақат терини оғриқ сезмайдиган қилади.

Анестезиядан сўнг тешишга киришилади. Терини бир оз пастга тортиб туриб, чап қўлнинг иккинчи бармоғи кўкрак қафасига тик ҳолда қовурғанинг юқори чеккасига қўйилади ва шу бармоқ бўйлаб игна киритилади. Игнага маҳкамланган резина найча қисқич билан қисиб қўйилган бўлади. Терини пастга тортишдан мақсад, пункциядан сўнг ҳосил бўлган тешик орқали плевра бўшлиғига ҳаво киришига йўл қўймасликдир. Қовурғанинг юқори чеккаси бўйлаб тешилади, чунки паст чеккаси бўйлаб домирлар ва нервлар жойлашган бўлади. Нечоғлик чуқур тешиш кўкрак деворининг қалинлигига боғлиқ. Игна плевра бўшлиғига кириши билан қаршилиқ тўсатдан камайиб кетгандек сезилади. Игна киритилгандан кейин найчага ҳавоси чиқарилган шприц уланади ва чап қўл билан унинг канюляга туташган жойидан ушлаб турилади. Шундан кейингина қисқични бўшатиш ва шприц поршенини бирмунча орқага тортиб, унга тушаётган суюқлик бўйича пункциянинг муваффақиятли ўтаётганлигига ишонч ҳосил қилиш мумкин. Шприцга суюқлик тушмаётган бўлса, найчани қисқич билан бекитиб қўйиш ва уни шприцдан бўшатиб, игнанинг ҳолатини ўзгартириш — киритиш чуқурлигини камайтириш ёки бир оз камайтириш керак. Олинган суюқликни шприцдан пробиркаларга қўйилади ва микроскопия учун суртмалар қилинади.

Суюқлик осон оқиб чиқадиган бўлса (бу плеврал бушлиғида босимнинг юқорилигидан далолат беради), бу ҳолда даво мақсадида унинг маълум миқдорини (100—200 мл) чиқариб ташлаш учун диагностик пункциядан фойдаланиш керак. Кўпинча суюқликнинг ҳатто озгина миқдорини чиқариш ҳам, унинг сўрилиб кетишига туртки бўлади.

Диагностик пункциядан даво мақсадида ҳам фойдаланилади ва плевра бушлиғига антибиотиклар юборилади. Бунинг учун суюқлик сўриб олингандан кейин қисқични игна муфтасига яқин қилиб қўйилади ва шприц бушатилади. Резина найча игна муфтаси билан қисқич орасидан, олдин найча юзи спирт билан зарарсизлантирилгандан кейин, антибиотик эритма қўйилган шприцга кийгизилган ингичка игна билан тешилади. Ана шу жойдан антибиотик киритилади.

Пункция тугаллангандан сўнг игна чаққонлик билан чиқариб олинади, коллодийга ҳўлланиб, қўлда ушлаб турилган стерил пахта бўлакчаси зудлик билан тешикка босилади.

Пункцияда учрайдиган муваффақиятсизликлар қалин плевра битишмалари ёки ўпкага тушиб қолишга алоқадор бўлади. Биринчи ҳолда суюқлик олиб бўлмаса, иккинчисида шприцда қон билан ҳаво пуфакчалари пайдо бўлади. Ҳар иккала ҳолда ҳам игнани чиқариб олиш ва 1—2 кундан сўнг пункцияни такрорлаш керак.

Плевра бушлиғида суюқлик талайгина миқдорда йиғилиб қолган бўлса, плевра даво мақсадида пункция қилинади. Плевра бушлиғига тулиб кетган суюқлик кўкс оралиғи аъзоларини жойидан силжитади ва функциясининг бузилишига сабаб бўлади. Одам юраги ўйнаб, ҳансираб қолади, бадани кукариб, юз ва буйнида шишлар пайдо бўлади. Бу ҳолда тўсатдан ўлиб қолиш ҳам мумкин.

Йиғилиб қолган суюқликнинг бир қисмини (0,3—1,5 л, бундан ортиқ эмас) аста-секин чиқариб ташлаш бемор аҳволини бирмунча яхшилайти ва юқорида санаб ўтилган аломатларнинг ҳаммаси йўқолади. Агар суюқлик тез ва кўп миқдорда чиқариб юборилса, кўкрак ичидаги босимнинг бирмунча ўзгариб кетиши беморда коллапс юз беришига олиб келади, унинг тинка-мадори қурияди, бадан териси бузариб кетади. Совуқ тер билан қопланади, оёқ-қўллар музлайди, тез ва юзаки нафас олади,



40-расм. Плеврореспиратор.

артериал босими тушиб кетади, пульси тез ва аранг билинадиган бўлиб қолади.

Суюқликни сўриб олиш учун Лотен апарати— плеврореспиратор ишлатилади. Плеврореспиратор (40-расм) даражаларга бўлинадиган, 500 мл ли шиша идишдир. Тиқини Бобров апаратининг тиқини билан бир хил. Узун шиша найча

учига игна ўрнатилган резина найча уланган. Калта найча ҳам учига насос уланган резина найчага туташтирилган. Резина найчаларда уларнинг шиша найчалар билан уланган жойида қисқичлар булади. Насосни айтмаганда, апаратнинг ҳамма қисмларини ишлатишдан олдин қисмларга ажратиб обдон ювилади ва куруқ ҳолда сақланади.

Суюқликни тортиб олиш идишдаги ҳавони сўриб олишдан бошланади. Буни калта найчадаги кранни ечиб ва игнага уланган узун найчадаги кранни бекитиб қўйиб, насос билан бажарилади. Ҳаво тортиб олингандан сўнг насосга уланган найчадаги кран бекитилади. Пункция юқорида айтилганидек қилинади ва идиш билан игнани туташтириб турган кранни очилади. Босим фарқи туфайли суюқлик плевра бўшлиғидан идишга оқиб тушади. Идиш тўлгандан кейин игна билан уланган найча тешигини бекитиш, идишдан тиқинни чиқариш ва суюқликни тўкиш лозим. Сўнгра тиқинни жойига ўрнатиб, ҳаво сўриш ва суюқлик тортиш иши 2—3 марта такрорланади.

Абдоминал пункция

Абдоминал пункция — қорин бўшлиғини (*abdominis*) даво ва таъхис мақсадида тешишдир. Муолажа учун тиббиёт ҳамшираси қуйидагиларни тайёрлайди: 3—4 см диаметри йўғон ўткир кучли мандренли қорин бўшлиғини тешиш учун троакар, дренаж учун резина найча, қисқич,

шприцлар, йод эритмаси ёки хлорэтил, асцитик суюқлик учун пробиркалар (лабораторияга жунатиш учун), стерил бинт, стерил салфеткалар, лейкопластир, пахта, соччиқ ва асцитик суюқлик учун тоғора.

Пункцияни боғлов ёки муолажа хонасида ўтказилади. Муолажадан бир кун олдин беморга тозалов ҳуқнаси қилинади: бевосита муолажадан олдин бемор қовуғини буштади. Пункциядан 20 дақиқа аввал тери остига 1 фоизли промедолдан 1 мл, 0,1 фоизли атропиндан 0,5 мл бирга юборилади.

Бемор стулга суянган, оёқлари орасига тоғора қўйилган ҳолда утиради. Пункцияни шифокор ўтказди, ҳамшира эса беморни елкаларидан ушлаб, унинг умумий аҳволини назорат қилиб туради. Пункциядан сунг беморни аравачада палатасига олиб бориб қўяди.

Люмбал пункция

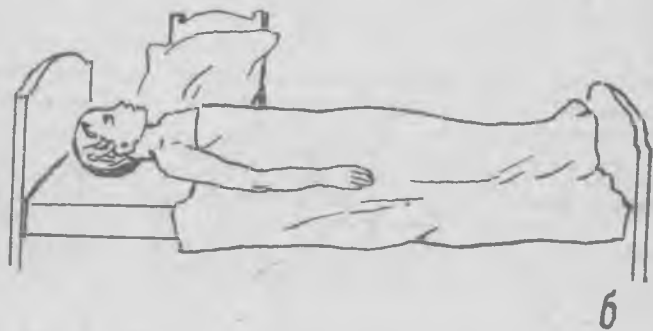
Люмбал пункция — даво ва ташхис мақсадида орқа мия суюқлигини олиш учун мия каналини тешишдир.

Муолажани даволовчи шифокор бажаради, унга ҳамшира зарурий асбоб-анжомларни ва беморни тайёрлаб беради ва бевосита муолажани ўтказишда қатнашади (41-расм).

Қуйидаги асбоблар: мандренли махсус тайёрланган, 45° эгриликда кесилган учли игна, шприцлар игналари билан (маҳаллий оғриқсизлантириш учун), 0,5 фоизли новокаин эритмаси, йод, спирт, суюқлик олиш учун пробиркалар тайёрланади.

Бемор текширувдан олдин овқатланмаслиги ва қовуғини бушлатган бўлиши лозим. Беморни чап ёнбошига ётқизиб, оёқлари тиззасида букилиб, қоринга тортилган боши максимал даражада кукрагига эгилган ҳолатда пункция қилинади.

Орқа мия суюқлигини пробиркаларга (1,5—2 мл), шунингдек битта стерил пробиркага экиш учун йиғилади. Охиргисини зудлик билан бактериологик лабораторияга ўтказилади ва термостатга қўйилади. Пункциядан сунг беморни аравачада жойига олиб борилади ва олди билан ётқизиб қўйилади. Кейинги 2—3 кун ичида бемордан қатъий ётиш режимини сақлаш талаб этилади.



41-расм. Люмбал пункция қилинадиган пайтда касал ҳолати (а), пункциядан кейин (б) стиксиз чалқанча ётқизиб қуйиш.

Орқа мия пункцияси жарроҳлик муолажалари каби барча асептика қоидаларига амал қилинган ҳолда ўтказилиши шарт.

Стернал пункция

Турли қон касалликларини аниқлаш ва даволашни туғри ташкил қилиш мақсадида стернал пункция (суяк ичи) амалга оширилади.

Муолажадан олдин тиббиёт ҳамшираси 10 ёки 20 мл шприц ва Кассирский игнасини тайёрлаб стериллайди. Бевосита муолажадан олдин шифокор игнани 70 фоизли этил спирти билан ювиб, эфир билан қуритади. Анестезия учун бошқа шприц олинади, 0,5—1 фоизли новокаин эритмаси қўлланади.

Бемор чалқанчасига ётади ва муолажани шифокор амалга оширади. Қизил кумик зудлик билан ивиб қолишини ҳисобга олиб, пункция пайтида лаборант тайёр ҳолда туриши керак.

Пункциядан сунг Кассирский игнаси туш суягидан чиқариб олиниб, стерил боғлам қўйилади.

ТИББИЁТ ҲАМШИРАЛАРИНИНГ ТОИФАЛАРИ, ШАҲОДАТЛАШ ВА МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ

1-илова

Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлигининг кўрсатма ва буйруғига асосан, тиббиёт ҳамшираси ўз истагига қўра куйидаги тоифалар эгаси бўлиши мумкин.

Олий тоифа — назарий ва амалий жиҳатдан етук, камида 10 йил бир жойда ва вазифада меҳнат стажига эга бўлган ҳамширалар.

1-тоифа — юқоридаги курсаткичлари бўлган ва камида 7 йиллик иш стажига эга ҳамширалар.

2-тоифа — юқоридаги курсаткичлари ва камида 5 йил стажига бўлган ҳамширалар (ҳар бир тоифа эгаси янги тариф ставкаси буйича қуйи тоифага нисбатан кўпроқ иш ҳақи олиш ҳуқуқини олади).

Тиббиёт ҳамшираларининг назарий ва амалий билим малакаларини назорат қилиб туриш ва тиббиёт соҳасидаги янгилликлар, кашфиётлар, янги даволаш усуллари ҳақидаги тушунчаларни аниқлаш мақсадида ҳар беш йилда бир марта шаҳодатлаш ўтказиб турилади. Ушбу шаҳодатлашни касалхона маъмурияти ва туман, вилоят соғлиқни сақлаш бўлимлари томонидан тузилган махсус текширувчилар ўтказишади. Тоифа олишни хоҳловчи ва ёки тоифасини ўзгартирмоқчи бўлган ҳамширалар ушбу текширувга (комиссияга) ўзларининг аризалари ва фаолиятлари юзасидан ҳисоботлари билан мурожаат қилишлари керак.

Тиббиёт ҳамширалари вақти-вақти билан ўзларининг соҳалари, йўналишлари буйича ёки янги даволаш усулини ўрганиш мақсадида малака ошириш курсларига юборилади. Бу эса тиббиёт соҳасидаги янгилликларнинг вақтида ҳаётга татбиқ этилишида, даволаш ва парвариш қилишнинг янада самаралироқ натижа беришида зарурий омиллардан бири ҳисобланади.

ТИББИЁТ ҲАМШИРАЛАРИ БИЛИМИНИ ОШИРИШГА ЁРДАМ БERAДИГАН КЎРСАТМАЛАР ВА ТАВСИЯНОМАЛАР

1. Бу кўрсатма касалхона бош шифокорларига, поликлиника ходимларига, туғруқхона, клиник ва бошқа даволаш профилактика муассасаларига мулжалланган.

2. Комплекс санитария-гигиена ишларини ташкил этиш ва ўтказиш, касалхона ичида юқумли касалликларнинг олдини олишга қаратилган (стафилококк ва бошқалар).

3. Юқумли касалликлар бўлимида ва касалхоналарда, туғруқхоналарда ва жарроҳлик бўлимларида санитария ва эпидемияга қарши тартибга риоя қилиш бу бўлимлар учун чиқарилган кўрсатмаларга асосан олиб борилади.

4. Касалхонада санитарияга ва эпидемияга қарши режимни назорат қилиш бош шифокорларга юклатилади.

5. Катта тиббиёт ҳамшираси бўлимидаги кичик ва ўрта тиббиёт ходимларига санитария ва эпидемияга қарши қўлланадиган режимни тушунтириб бориши керак.

II. Қабул қилиш бўлимида санитария ва эпидемияга қарши режим

6. Шифокор қабулга келган касалларни кўрганидан кейин тезлик билан бўлимга изоляция қилиши керак.

7. У беморни кўрганда шпатель, термометр ишлатади, термометрни, шпательларни (ёғоч булса, 1 марта ишлатиб ташланади) металдан булса 15 дақиқа қайнатиш керак.

8. Ҳар бир беморни кўргандан кейин, кушеткани зарарсизлантириш керак.

9. Беморни кўрган хонадаги жиҳозлар зарарсизловчи моддаларда зарарсизлантирилади.

10. Қабул қилиш бўлимида бемор тўла санитария тозаловидан ўтказилади: тирноқлари олинади, соч, жунлари тозаланади, душ ёки ванна қабул қилади. Унга ювиниш учун зарарсизлантирилган булут (мочалка) берилади.

11. Қабул бўлимида беморда педикулёз бор-йўқлигига алоҳида эътибор берилади. Агар борди-ю беморда педикулёз (бит) аниқланса, хонадаги бемор ушлаган нарсалар дезинфекция қилинади.

Педикулёз аниқланган бемор ҳақида СЭС га ишончли хабар берилади ва касаллик тарихига белги қўйилади.

12. Беморнинг санитария тозалови алоҳида ажратилган хонада ўтказилади.

13. Бемор санитария тозаловидан тула ўтгандан кейин, унга халат, ўрин-кўрпа жилдлари берилади.

Эслатма: касалхона бош шифокорининг рухсати билан беморга шу касалхона тартибига тула риоя қилган ҳолда алмаштириб туриш шarti билан ўз халати ва ўрин -кўрпа жилдидан фойдаланишга рухсат этилади.

14. Юқумли касалликлар бўлимига бемор транспорт ёки аравадада олиб борилади.

15. Беморнинг кийим ва пойафзаллари қопга солиб қўйилади. Қоплар алоҳида ажратилган хонада сақланади.

16. Қабул бўлими қўйидагилар билан етарли миқдорда таъминланиши керак:

- а) кир совун;
- б) қабул қилинувчи фойдаланиши учун алоҳида мочалка (уларнинг сони қабул қилинаётган бемор сонига тенг бўлиши керак);
- в) ишлатилаётган мочалка учун алоҳида идиш бўлиши керак, уни ишлатишга қараб қўйилади;
- г) соч олиш машинкаси, тароқ;
- д) тирноқ олувчи мослама ёки қайчи;
- е) пахта, пинцет, спирт;
- ё) ҳуқна қилиш, зарарсизлантириш учун идиш ва зарарсизлантирилган ҳолда сақлаш, маркировка қилинган ҳолда;
- ж) қопқоқли пақир;
- з) ювувчи зарарсизловчи моддалар.

17. Мочалка, ванна, машинка, соч олиш учун (тароқ, қайчи) пинцетлар, ҳуқна учун учликлар, туфдон, судно, сийдик тўплагич қоида бўйича дезинфекция қилинади.

18. Қўл ювиш учун ҳўжалик совунлари (2 марта совунлаб) фойдаланилади, кир совуни бир марта ишлатишга мослаб, майда тўртбурчак шаклида тайёрлаб қўйилади.

19. Юқумли касалликка шубҳа қилган беморни кўргандан кейин қўлни 2 дақиқа давомида 0,2 фоизли хлорамин ёки 0,1 фоизли дезоксон-1 эритмаси билан зарарсизлантирилади.

20. Тиббийёт ходимлари сочларни тула курсатмайдиган қилиб, қалпоқ кийишлари керак.

21. Қабул қилиш бўлимида хоналар камида кунига 2 марта намлаб зарарсизловчи моддалар билан тозаланади. Қабул бўлимида ювиб тозалаш учун ишлатиладиган анжомлар маркировка қилиб қўйилади.

Санузел (ҳожатхона) учун алоҳида анжомлар ишлатилади. Бу анжомларни бошқа мақсадларда ишлатиш қатъиян тақиқланади. Ювиб тозалаш анжомлари ишлатилгач зарарсизлантирилади.

III. Бўлимларда санитария-гигиена тартиби

22. Бемор келишидан олдин, у ётадиган қаравот, тумбочка ва суднони зарарсизловчи модда билан ҳўлланган латтада артилади. Беморга камерада зарарсизлантирилган кўрпа, оқликлар берилади.

23. Беморга шахсий фойдаланиш учун:

- 1) туфдон;
- 2) стакан ёки кружка;
- 3) судно ва бошқалар берилади.

Бемор касалхонадан чиқарилгандан кейин бу фойдаланиш асбоблари зарарсизлантирилади.

24. Бемор касалхонага ётқизилганда шахсий гигиена буюмлари, шиппак, совун, тиш чўткаси, порошок олишга рухсат этилади.

25. Педикулёз аниқланган беморларга бирламчи қабул қилиш бўлимида педикулёзга қарши тозалов қилинади ва улар алоҳида ҳисобга олинади.

26. Булимда ҳар бир бемор гигиеник душ қабул қилиши керак, ҳар 7—10 кунда камида 1 марта.

27. Ички кийимлар ва жилдлар ифлосланганда ҳамда ўз вақтида алмаштириб турилади.

28. Кирланган жилдларни йиғиб алоҳида қопчага (чайшабдан тикса бўлади) ёки қопқоқли идишга солиб қўйилади.

Уларни ерга, полга очиқ ҳолда ташлаш тақиқланади. Ишлатилган беморларга ювиниш ва овқатланиш ётган жойида ташкил этилади. Оғир касалларга оғиз бушлиғини тозалаш ҳар куни таъминланиши керак.

29. Жилдлар алмаштирилгандан сўнг хона поли, асбоблар зарарсизловчи эритма билан шимдирилган латтада артиб чиқилади.

30. Бемор бепул сартарош хизмати билан таъминланади:

а) бир ҳафтада 2 марта соқол олиш;

б) сочларни заруратига қараб.

31. Эрталаб ва кечқурун ухлашдан олдин бемор ювиниши ва ҳар гал овқатланиш олдидан қўлларини ювиши зарур. Оғир ва туролмайдиган беморларга ювиниш ва овқатланиш ётган жойида ташкил этилади. Оғир касалларга оғиз бушлиғини тозалаш ҳар куни таъминланиши керак.

32. Беморларга бошқа хоналарда ўтириш тақиқланади. Беморга келувчиларга алоҳида жой ажратилади.

33. Палаталарни бир кунда 4 марта шамоллатиш керак.

34. Касалхона бўлимларида тушликдан кейин дам олиш тартибига қатъий амал қилиш лозим. Бу тартибнинг беморлар ёки касалхона ходимлари томонидан бузилишига йўл қўймаслик керак.

35. Касалхона бўлимларида кун тартибига қатъий риоя этилиши шарт.

36. Беморларнинг бошқа бўлимларга чиқиши қатъий тақиқланади.

37. Кийимларни бир бемордан иккинчисига беришдан аввал уларни албатта зарарсизлантириш шарт.

38. Беморнинг касалхонадан чиқарилиши алоҳида хонада амалга оширилади.

39. Шиппак ва шунга ухшаш оёқ кийимларни 26 фоизли формалин эритмаси ёки 40 фоизли уксус кислотаси эритмасига намланган тампон билан артилади, кейин оёқ кийим полиэтилен пакетга 3 соатга солиб қўйилади ва пакет 10—12 соат давомида препаратнинг ҳиди йўқолгунча шамоллатилади.

40. Касалхонада хизмат қилувчи ходим қўлини шу кўрсатманинг 18-бандида кўрсатилгандек ювади.

41. Қўлни хирургик зарарсизлантириш, операция майдонини тайёрлаш, жарроҳлик асбобларини операцияга тайёрлаш, уларни стериллаш Республика Соғлиқни сақлаш вазирининг махсус буйруғига биноан амалга оширилади.

42. Бўлимларда намунавий тозалик ва тартибга риоя қилинади, ювиш, тозалаш кунига камида икки марта намлаб ҳўллаб зарарсизловчи моддалар қўллаган ҳолда амалга оширилиши керак.

43. Тозалаш учун ишлатиладиган асбоблар қатъий белгиланган жойда сақланиши ва фақат белгисига қараб ишлатилиши керак. Бошқа мақсадлар учун ишлатиш қатъиян тақиқланади. Ишлатиб бўлингач 60 дақиқа давомида 1 фоизли хлорамин эритмаси намлаб зарарсизлантирилади.

44. Тозалов анжомлари (пақир, латта, чўтка ва бошқалар) ишлатилишига қараб маркировка қилинади ва уларни ҳожатхона, палата, ванна ва бошқа ҳоллар учун алоҳида ишлатилади.

45. Булимларда профилактик тиббиёт куригидан утказиш тиббиёт туғрисидаги курсатмага асосан утказилади.

46. Касалхона ичида инфекция пайдо булса, ҳамма тиббиёт ходимлари навбатдан ташқари тиббий куридан утказилади.

а) ҳамма булимларда, поликлиника ва бошқа жойларда юқумли касалликларни ўз вақтида аниқлаш учун барча зарурий чора-тадбирлар утказилади, бунинг учун иситмали беморларнинг қатъий ҳисоби юритилади. 37,5 дан юқори иситма 7 кун ва ундан кўпроқ давом этса, қон таҳлили олиб тиф, паратиф ва бошқалар касалликларга текширилади.

Эслатма: барча чет элдан келган, чет элларда булганига 2 йилдан ошмаган иситмали беморлар, бирламчи ташхисдан қатъий назар безгак касалига (йуғон томчи, суртма) текширилади.

б) жигар ва талоқ этиологияли, меъда-ичак фаолияти бузилган бемор аниқланганда, унинг касаллик табиатини аниқлаш ва уни бактериологик текшириш зарур.

Бу беморга жамоат ҳожатхонасидан фойдаланиш тақиқланади, унга алоҳида судно берилади. Зарурий тартибга риоя қилиш ва дезинфекцион тадбирлар утказилиши керак.

Юқумли касалликка шубҳа тутилганда зудлик билан беморни изоляция қилиш керак. Юқумли касалликлар бўлимига утказгунга қадар, изоляторга ёки алоҳида хонага ётқизиш зарур.

Юқумли касаллик аниқланган булим, айниқса палатада, тегишли эпидемияга қарши чора-тадбирлар утказилиб, жиҳоз ва асбоблар зарарсизлантирилади.

Бундай касал билан мулоқотда булган беморлар назоратга олинади, уларни касалхонада чиқаришда бемор яшаб турган жойдаги СЭСга хабар қилинади.

IV. Овқатланиш санитария-гигиена тартиби

47. Касалхонанинг овқат тайёрлаш бўлимида умумий овқатланиш корхоналаридаги овқат маҳсулотларини сақлаш ва тайёрлашнинг санитария қоидаларига риоя қилиниши керак.

48. Овқат тайёрлаш бўлимида кўришиб турадиган жойга санитария қоидаларини ёзиб, осиб қўйиш лозим.

49. Касалхона ошхонаси, буфетчиси, тақсимловчилар кўриқдан ўтиши шарт.

50. Ошхона ходимлари фақат санитария минимумидан ўтгандан кейин ишга қўйилади.

51. Ошхонада касалхона булимларидаги идишларни ювиш қатъиян тақиқланади. Уларни шу булим буфетларида ювиш керак.

52. Касалхонада марказлаштирилган ҳолда озиқ-овқат маҳсулотларини етказиб бериш ташкил этилмаган булса, уларни (нонни ҳам) ташиб бериш учун алоҳида транспорт (махсус) ажратиш керак, бу транспорт ҳар йили бир марта СЭС томонидан паспортизациядан ўтиб туриши керак. Бу транспортда ўрин-кўрпа жилдлари, жиҳозларни ташиш ман этилади.

53. Тайёр овқатлар булим буфетларига махсус термосларда ёки қаттиқ ёпиладиган қопқоқли идишларда олиб борилади. Бу идишларни ювиб сақлаш ошхонадаги алоҳида хонада ташкил этилиши лозим.

54. Тайёр овқатларни 2 соатдан ортиқ сақлаб туришга рухсат этилмайди, тайёр овқатларни ташиб келтиришда ва тарқатишда ифлосланишига йўл қўймастик зарур.

55. Касалхонада парҳез таомларни тайёрлаш, айниқса майдалаш, қирқиш патоген микробларнинг яшаши ва купайиши учун қулай шароит яратади, шунинг учун санитария қоидаларига амал қилиш керак.

56. Булим буфетларида овқат қолдиқларини қолдириш, янги овқатларга аралаштириш қатъиян тақиқланади.

57. Тайёр овқатларни тақсимловчи ёки булим ҳамшираси тарқатади. Улар оқ халат ва румолда булишлари керак.

58. Техник ходим ёки тозалик билан шуғулланадиган ходимлар овқат тарқатишига йўл қўйилмайди. Оғир беморлардан ташқари барча беморлар ошхонада овқатланишлари керак. Беморларнинг шахсий, яъни уйдан келган овқат маҳсулотлари алоҳида ажратилган шкафда, тумбочкада ва музлатгичда сақланиши керак. Беморларга келтириладиган уй таомлари шифокор рухсат берган озиқ-овқат маҳсулотлари ассортимент миқдоридан ошмаслиги керак.

59. Ҳар бир овқат тарқатилгандан кейин, шу хонани ювиб тозалаш зарур (дезинфекцияловчи моддалар қўллаган ҳолда).

60. Беморлар овқатланган идишларни 7 дақиқа қайнатиб ёки 0,5 фоизли хлораминда 30 дақиқа сақлаб зарарсизлантирилади.

61. Ошхона ходимлари шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишга мажбур. Бу ходимлар ҳожатхонага боришдан олдин халатларини ечиб қўйишлари керак. Бориб келиб қўлларини 0,2 фоизли хлорамин эритмасида зарарсизлантиришлари зарур.

62. Ошхона ва буфетларнинг жиҳозланиши ва беморлар овқатланишини ташкил этишга касалхона бош шифокори жавобгар.

V. Касалхона ҳудудида

63. Касалхона ҳудуди атрофи тўсилади, унга кириш қўриқланади.

64. Касалхона ҳудудига кириш жойларига махсус курсаткич белгилари билан булимларга борадиган йўналишлар кўрсатиб қўйилиши керак.

Ҳўжалик ҳовлисига кириш алоҳида, яъни беморлар кирадиган йўлдан бошқа булиши лозим.

65. Патологоанатомик корпуснинг эшиги алоҳида, беморларга дезазалари ҳам кўринмайдиган булиши керак.

66. Пиёда юриладиган ва бошқа йўллар асфальтланиши зарур, қор ёки ёмғир сувларининг оқиб кетиши учун қияли булиши керак.

67. Беморларнинг тоза ҳавода сайр қилиши учун кўкаламзорлаштирилган майдон булиши лозим.

68. Беморлар сайр қиладиган, дам оладиган жойларда утиргичлар урнатилади.

69. Кечаси касалхона ҳудуди ёритилиши лозим.

70. Ҳар куни эрталаб беморлар ташқарига чиққунга қадар бутун ҳудуд тозаланади. Қиш пайтида йўлаклар, утиш жойлари қордан тозаланади, супуришдан олдин сув сепилади.

71. Ахлат ва чиқиндилар махсус идишга йиғилади.

72. Ахлат яшиқлари алоҳида бетонлашган майдончаларда, ҳўжалик ҳовлисида ўрнатилади.

73. Ахлат ҳар куни ташиб чиқарилиши керак.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ ҲАҚИДА АЙРИМ МАЪЛУМОТЛАР

«Мамлакатда вирусли гепатит касаллигини камайтиришнинг чора-тадбирлари тўғрисида».

Мамлакатимизда вирусли гепатит касаллиги билан касалланиш юқори даражада сақланиб турибди. Асосий нуқулай аҳвол Ўрта Осиё республикаларида булиб, мамлакат бўйича ўртача кўрсаткичдан ҳам баланддир.

Касалликнинг асосий қисмини А ва В гепатит ташкил қилиб, асо-сан фокал-орал йўл билан юқиши кузатилмоқда. Вирусли гепатит би-лан касалланишнинг асосий сабаблари: ичимлик сувлари ифлослани-ши, сув билан таъминланишнинг ёмон аҳволдалиги, аҳоли яшаш жой-ларининг санитария тозалиги ва канализациянинг яхши эмаслиги, болалар мактабгача муассасаларида санитария-гигиеник ҳолатнинг ёмон-лиги, улардаги зичлик, аҳоли гигиеник маданиятининг пастлиги, са-нитария эпидемияга қарши қоида ва шартларнинг қўпол бузилиши каби ва гигиеник жиҳатдан коммунал хужаликда ишловчи ходимлар билимининг пастлиги, овқатланиш муассасаларидаги аҳволнинг қони-қарсиз эканлигидир.

Вирусли гепатит В нинг тиббиёт муассасаларидаги ноҳуя ҳолатлар (зарарсизлантириш ва стериллашнинг қўпол бузилиш ҳоллари, шприц ва игналар етишмаслиги) натижасида купайиб бораётганлиги ташвишли ҳол ҳисобланади.

Вирусли гепатитларнинг ташхиси, давоси ва профилактикасини яхшилаш мақсадида:

Ҳамма Соғлиқни сақлаш вазирларига қуйидагилар буюрилган:

— маҳаллий шароитлардан келиб чиқиб, 1991—1995 йиллар учун вирусли гепатит касаллигини камайтириш умум режасини тузиш ва тасдиқлаш.

Клиникодиагностик, вирусологик лабораторияларда ишлаш учун юқори малакали шифокор-лаборантлар тайёрлашни амалга ошириш.

— ҳамма гиперэндемик жойларда ҳомиладор аёллар текширили-шини ташкил этиш.

— тиббиёт анжомларини марказлашган ҳолда стериллашни таъмин-лаш ва у ерда ишловчи ходимлар масъулиятини ошириш.

— хроник вирусли гепатит В га учраган беморларнинг стационарга ётқизилишини таъминлаш.

— соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш ишини яхшилаш.

Вилоят, ўлка, республика давлат бош санитария шифокорларига:

— сув таъминотини, канализациялар ишлашини, коммунал хиз-мат идоралари, болалар мактаблари ва мактабгача муассасалар санита-рия-эпидемиологик ҳолатини қаттиқ назорат қилиш;

— даволаш-профилактика муассасаларида эпидемияга қарши ре-жимни, дезинфекция ва стериллашни қаттиқ назорат остига олиш.

— аҳоли орасида вирусли гепатит пайдо булишини уз вақтида аниқ-лаш ва тегишли чора-тадбирларни амалга ошириш.

— сувнинг вирусли ифлосланиш даражасини назорат қилишни ташкил этиш.

Ҳамма шифокорларга вирусли гепатитларга оид семинарлар ташкил этиш

Вирусли гепатитга қарши вакцинация ишларини курсатмаларга асосланган ҳолда ташкил этиш

Изоҳ: буйруқ тулалигича 15-моддадан иборат бўлиб, асосий мақсад аҳоли орасида вирусли гепатитни камайтириш вазифаларини бажаришга қаратилган.

Ушбу буйруқ «Акушерлик стационарларида касалхона инфекцияларининг профилактикаси» ҳақида бўлиб, акушерлик стационарларида касалхона инфекцияси устидан назорат, санитар эпидемияга қарши чораларни ташкил этиш, эпидемияга қарши чоралар сифатини бактериологик назорат қилиш, чақалоқларда терининг йирингли яллиғланиш касалликлари ва омфалитнинг профилактикасида «Лифузоль»ни қўллаш, туғруқхоналарда чақалоқларга бифидумбактерин ишлатиш, касал ва чала туғилган чақалоқларни болалар бўлимларига ўтказиш, обсервацион бўлимга ҳомиладор, туғадиган ва туққан аёлларни қабул қилиш ва ўтказиш курсатмалари ҳақидаги йуриқномаларни акс эттирган.

4-илова

«Ҳамширалик иши» фани бўйича амалий машғулотлар тартиби (намуна)

| Дарс сони | Дарс хили | Мавзуси | Соат |
|-----------|-----------|---|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | К.А. | III семестр (56 соат) Даволаш-профилактика муассасаларининг сан.профилактик режими | 4 |
| 2. | К.А. | Палата, буфет, ваннахона ҳуқнахона, ҳожатхоналарнинг сан-гигиеник тартиби | 4 |
| 3. | К.Ч.А. | Дезинфекция хиллари, аҳамияти ва усуллари | 4 |
| 4. | К.Ч.А. | Стериллаш, аҳамияти ва усуллари | 4 |
| 5. | К.Ч.А. | Боғлов воситаларини тайёрлаш. Жарроҳ қўлларини зарарсизлантириш қоидалари ва усуллари | 4 |
| 6. | К.А. | Беморлар шахсий гигиенаси ва уриндаги ҳолати | 4 |
| 7. | К.А. | Беморларни овқатлантириш | 4 |
| 8. | К.А. | Беморларни кузатиш. Термометрия | 4 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------|--------|---|---|
| 9. | К.А. | Беморларни кузатиш.Пульс, АБ ни аниқлаш. | |
| 10. | К.А. | Оддий физиотерапия | 4 |
| 11. | К.А. | Сув муолажалари | 4 |
| 12. | К.А. | Физиологик озиқланиш бузилганда беморларни парвариш қилиш қусаётган беморларга ёрдам бериш. Газ чиқариш найчасидан фойдаланиш, катетеризация қилиш. | 4 |
| 13. | К.Ч.А. | Якуний машгулот | 4 |
| IV семестр (56 соат) | | | |
| 1. | К.А. | Дори моддаларини ёзиб бериш, сақлаш ва қўллаш.Дори моддаларини ташқи усулда ишлатиш | 4 |
| 2. | К.А. | Дори моддаларини энтерал қўллаш. | 4 |
| 3. | К.А. | Дори моддаларини парентерал усулда ишлатиш | 4 |
| 4. | К.А. | Т/о, Т/ос, м/о, веналарга инъекция қилиш. | 4 |
| 5. | К.А. | Инфузион даволаш учун система тайёрлаш | 4 |
| 6. | К.Ч.А. | Тиббий ҳужжатлар билан ишлаш (стационар) | 4 |
| 7. | К.Ч.А. | Тиббий ҳужжатлар билан ишлаш (поликлиника) | 4 |
| 8. | К.А. | Тиббиёт ҳамширасининг лаборатория ва инструментал текширувларда қатнашуви | 4 |
| 9. | К.А. | Беморларни рентгенологик текширувларга тайёрлаш. | 4 |
| 10. | К.Ч.А. | Беморларни эндоскопияга тайёрлаш ва қатнашиш. | 4 |
| 11. | К.А. | Беморларни пункцияларга тайёрлаш ва қатнашиш | 4 |
| 12. | К.Ч.А. | Якуний машгулот | 4 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------|--------|---|---|
| V семестр (32 соат) | | | |
| 1. | К.А. | Гипертермик синдромда ёрдам ва парвариш қилиш | 4 |
| 2. | К.А.А. | Бронхо- ва ларингоспазм синдромида ёрдам курсатиш ва парваришlash | 4 |
| 3. | К.Ч.А. | Гидро- ва пневмоторакс синдромларида ёрдам курсатиш, парвариш | 4 |
| 4. | К.Ч.А. | Ўткир томир этишмовчилигида ёрдам ва парвариш қилиш | 4 |
| 5. | К.А. | Ўткир юрак этишмовчилигида ёрдам ва парвариш | 4 |
| 6. | К.Ч.А. | Ўткир тож томирлар этишмовчилиги Бехосдан улим | 4 |
| 7. | К.А. | Гипертензив синдром. Мигрень | 4 |
| 8. | К.А. | Талваса синдромида ёрдам ва парвариш қилиш | 4 |
| VI семестр (40 соат) | | | |
| 1. | К.Ч.А. | Қандли диабет, гипо- ва гипергликемик комаларда ёрдам ва парвариш қилиш | 4 |
| 2. | К.Ч.А. | Қон кетишда ёрдам ва парвариш қилиш | 4 |
| 3. | К.А. | Дискинезиялар ва ўткир қорин синдромида ёрдам ва парваришlash | 4 |
| 4. | К.А. | Ичак токсикозларида ёрдам ва парвариш | 4 |
| 5. | К.А. | Экзоген заҳарланишларда ёрдам ва парвариш қилиш | 4 |
| 6. | К.А. | Ўткир аллергия ҳолатларда ёрдам ва парвариш | 4 |
| 7. | К.Ч.А. | Чукканда, буғилишда электрошикастланишда ёрдам ва парвариш | 4 |
| 8. | К.Ч.А. | Якуний машғулот | 4 |

Машғулотлар учун амалий кўникмалар тартиби (намуна)**III Семестр, 1-машғулот**

1. Концентрацияси ҳар хил хлорамин эритмаларини тайёрлаш.
2. Тозалаш асбоб-анжомларини (маркировка) белгилаш.
3. Беморларни қабулхонада ва булимда қайд (регистрация) қилиш.
4. Беморни антропометрик текшириудан ўтказиш.
 - а) вазни ўлчаш;
 - б) бўйни ўлчаш;
 - в) кўкрак айланасини аниқлаш;
 - г) мускул кучини аниқлаш;
 - д) ўпканинг ҳаётий сифимини топиш.
5. Битлаганда тозалов ишларини ўтказиш.
6. Ванна ёки душ қабул қилаётган беморларга ёрдам бериш.
7. Беморларни булимга транспортировка қилиш.

III Семестр, 2-машғулот

1. Палаталарни намлаб артиш.
2. Хона ҳароратини нормада сақлаш.
3. Ошхоналарда идиш-товоқларни ювиш.
4. Ваннахона ишини ташкил этиш.
5. Санузел (ҳожатхона) лар тозалигини таъминлаш.
6. Муолажалар хонасининг сан. эпид. режимини (тартибини) ташкил этиш ва сақлаш.
7. Боғлов хонасининг иш хусусиятлари билан танишиш.
8. Беморлар шахсий гигиенаси учун ишлатиладиган асбоб-анжомлар билан танишиш ва сақлашни уюштириш.

III Семестр, 3-машғулот

1. Оқ кийимлар ва урин-бош жилдларини зарарсизлантириш.
2. Резина чамбарни зарарсизлаш.
3. Тагга қўйиладиган судно, тувакни дезинфекция қилиш.
4. Томизгичлар. Жане шприцлари ва Эсмарх кружкаларини зарарсизлаш.

III Семестр, 4-машғулот

1. Шприц тузилиши билан танишиш.
2. Ювувчи эритмани тайёрлаш.
3. Стериллашдан олдинги тайёрловни ўрганиш.
4. Яширин қонга бензидинли синама ўтказиш.
5. Яширин қонга ортотолизинли синама қилиш.
6. Ювувчи эритмага фенолфталеинли синама ўтказиш.

III Семестр, 5-машғулот

1. Боғлов воситаларини тайёрлаш (салфетка, тампон, турунда ва бош-қалар).
2. Боғлов материалларини биксларга жойлаштириш.
3. Боғлов материалларини стериллаш.
4. Стерилликни назорат қилиш.

5. Стерил биксдан фойдаланиш.
6. Қўлларни жарроҳлик тозаловидан утказиш.
7. Стерил халатни кийиш ва кийгизиш.
8. Стерил столни ишга тайёрлаш.

III Семестр, 6-машғулот

1. Беморларни булимларга транспортировка қилиш ва жойига олиш.
2. Функционал каравотдан фойдаланиш.
3. Оғир ётган беморларнинг ич кийимлари ва урин-бош ашёларини алмаштириш.
4. Ишлатилган оқликларни йиғиш ва транспортировка қилиш.
5. Терини парваришлаш:
 - а) оёқларни ювиш;
 - б) гигиеник ванна қабул қилдириш;
 - в) тирноқларни олиб қуйиш.
6. Оғир ётган беморлар терисини тоза сақлаш.

III Семестр, 7-машғулот

1. Беморлар тагини ювиш.
2. Табиий бурмаларни тоза сақлаш.
3. Спринцовка утказиш.
4. Сочларни парвариш қилиш.
5. Куз, қулоқ ва бурунни парваришлаш.
6. Оғиз бўшлигини, тишларни парвариш қилиш.
7. Апликациялар утказиш.

III Семестр, 8-машғулот

1. Оғир ётган беморларни овқатлантириш:
 - а) қошиқдан;
 - б) чойнак (поилник) дан
2. Сунъий овқатлантириш:
 - а) зонд орқали;
 - б) гастростома орқали;
 - в) тўғри ичак орқали;
 - г) парентерал (меъда-ичакларни четлаб).
3. Диетик столларни тайёрлаш.
4. Овқат учун талабнома тайёрлаш ва ёзиш.

III Семестр, 9-машғулот

1. Термометр билан танишиш ва ундан фойдаланишни урганиш.
2. Тана ҳароратини бевосита ўлчаш.
3. Маълумотларни қайд қилиш ва график белгилаш.
4. Иситмалаётган беморларни кузатиш ва парваришлаш.
5. Терини турли эритмалар билан ишқалаш.
6. Муз халталардан (флаконлардан) фойдаланиш.

III Семестр, 10-машғулот

1. Пульсни аниқлаш ва уни таърифлаш.
2. Маълумотларни қайд қилиш.
3. Артериал босимни ўлчаш усули.
4. Маълумотларни ҳарорат варақасига қайд қилиш.
5. Нафас олиш сонларини санаш хусусиятлари.

6. Кунлик диурезни аниқлаш.
7. Сув балансини топиш.

III Семестр, 11-машгулот

1. Банка қўйиш.
2. Ханталмадан фойдаланиш.
3. Компресслар қўйиш.
4. Иситкичлар қўллаш.
5. Қуруқ иссиқдан фойдаланиш.
6. Муз халталар қўйиш.

III Семестр, 12-машгулот

1. Маҳаллий (қўл, оёқ, утириладиган ва б.) ванналарни тайёрлаш ва утказиш.
2. Кислород ёстигини тулдириш.
3. Кислородни беморга бериш:
 - а) бевосита;
 - б) маска (ниқоб) орқали;
 - в) Бобров аппарати орқали.
- 4) Кварц лампасидан фойдаланиш.

III Семестр, 13-машгулот

1. Кусаётган беморга ёрдам бериш.
2. Қусуқ массаларидан аспирация (тиқилиш) нинг олдини олиш.
3. Қусуқ массаларидан аспирация бўлганда шошилинч ёрдам.
4. Тагга қўйиладиган судно, тувак ишлатиш.
5. Сийдикдондан фойдаланиш.
6. Калоприёмник (аклаттуплагич) ва сийдиктуплагичлар қўллаш.
7. Қусуқ массаларидан текширув (тахдил) учун олиш.
8. Газ чиқарув найидан фойдаланиш.
9. Тозаловчи ҳуқна қилиш.
10. Сифонли ҳуқна.
11. Озиқ ва дорили ҳуқналар қилиш.
12. Гипертоник ва ёғли ҳуқналар қўллаш.
13. Томчили ҳуқна ишлатиш.
14. Сийдик тугилиб қолганда ёрдам курсатиш.
15. Қовуқни катетерлаш.
16. Қовуқни ювиш.

IV Семестр, 1-машгулот

1. Беморлар стационар картасидан курсатмаларни ажратиш.
2. Дори моддаларига талабнома ёзиш.
3. Дори моддаларини қабул қилиб олиш.
4. Дориларни бўлимда сақлаш ва жойлаштириш.
5. Дориларни тарқатиш.
6. Наркотик дори моддаларини ёзиб бериш, сақлаш ва ҳисобга олиш.
7. Кучли таъсир этувчи дориларни ёзиб бериш, сақлаш ва ҳисоблаш.
8. Малҳам дорилардан фойдаланиш: суртиш ва ийлаб суртиш.
9. Малҳамли боғламлар қўйиш.
10. Пластирлардан (ёпиштирувчи) фойдаланиш.
11. Сепма дорилардан (присипка) фойдаланиш.
12. Куз, қулоқ ва бурунга дори томизиш.

13. Кузларга малҳамдори суртиш.
14. Дориларни ингаляция (нафас йуллари орқали) усулида киритиш.

IV Семестр, 2-машгулот

1. Дори моддаларини тарқатиш қоидалари билан танишиш.
2. Порошокларни ичириш.
3. Таблетка, капсула ва дражеларни ичириш.
4. Эритма ҳолидаги дори (микстура, настойка, томчи) ларни ичириш.
5. Дори моддасини тил остига қўйиш.
6. Дориларни тўғри ичак орқали юбориш.
7. Дориларни қинга киритиш.

IV Семестр, 3-машгулот

1. Шприц турлари билан танишиш.
2. Шприцларни крафт-пакетдан стерил столдан ва стерилизатордан йиғишни ўрганиш.
3. Антибиотикларни эритиш ва буюрилган дозаларни олиш.
4. Ампула ва флаконлардан дори моддаларини олиш.
5. Бициллин инъекцияларини бажариш хусусиятлари билан танишиш.
6. Инсулин шприцидан фойдаланиш ва инсулин қилиш қоидалари.

IV Семестр, 4-машгулот

1. Тери орасига инъекциялар қилиш.
2. Тери ости инъекциялари.
3. Мускул орасига инъекциялар қилиш.
4. Веналарга инъекция қилиш.
5. Қон чиқариш усули.
6. Лабораторияга текширув учун веналардан қон олиш усули ва қоидалари (стерилликка, биокимёвий текширувга ва бошқалар).

IV Семестр, 5-машгулот

1. Томчилаб дори юбориш учун системани йиғиш ва дори қуйишга тайёрлаш.
2. Веналарга томчилаб дори моддаларни киритиш қоидаси ва усули.
3. Ёғли дори воситаларини қўллаш хусусиятлари.
4. Инъекциялардан сунг эҳтимол тутилган асоратлар, уларнинг олдини олиш ва давоси.

IV Семестр, 6-машгулот

1. Тиб. статистика хонасининг иши билан танишиш.
2. Стационарнинг асосий ҳужжатлари билан танишиш ва уларнинг айримларини тулдириш.
3. Ҳужжатлар юритилишидаги қоида ва қонунлар билан танишиш.
4. Маълумотнома (справка) ва йўлланмалар ёзишни ўрганиш.

IV Семестр, 7-машгулот

1. Поликлиниканинг асосий ҳужжатлари билан танишиш.
2. Ҳужжатларнинг айримларини тулдириш.
3. Маълумотнома ва йўлланмалар ёзиш.
4. Рецептлар ёзиш.
5. Навбатчиликни топшириш.

IV Семестр, 8-машгулот

1. Турли лаборатория текширувларига йуланма ёзиш.
2. Томоқ ва бурундан суртма олиш.
3. Умумий ва бактериологик текширувга балғам йиғиш.
4. Ахлатни умумий ва бактериологик текширувга, яширин қонга ва гижжа тухумларини аниқлашга йиғиш.

IV Семестр, 9-машгулот

1. Сийдикни умумий текширувга, диастазага, қандга ва бошқаларни аниқлаш учун йиғиш.
2. Сийдикни Зимницкий буйича текширувга йиғиш.
3. Сийдикни Нечипоренко буйича текширувга йиғиш.
4. Сийдикни Аддис-Каковский буйича текширувга йиғиш.
5. Сийдикни Амбюрже буйича текширувга йиғиш.

IV Семестр, 10-машгулот

1. Меъда ширасини фракцион усулда (булиб-булиб) йиғиш.
2. Меъдани ювиш.
3. Меъда ювинди сувларидан текширувга олиш.
4. Дуоденал зондлаш усули.

IV Семестр, 11-машгулот

1. Бронхографияга беморларни тайёрлаш.
2. Меъдани рентгенологик текширувга тайёрлаш.
3. Ичакларни рентгенологик текширувларга тайёрлаш.
4. Ут пуфаги ва ут йулларини рентгенологик текширувга тайёрлаш.
5. Буйрак ва сийдик чиқариш йулларини рентгенологик текширувга тайёрлаш.

IV Семестр, 12-машгулот

1. Беморларни бронхоскопияга тайёрлаш ва муолажада қатнашиш.
2. Гастродуоденоскопияга беморларни тайёрлаш.
3. Беморларни колоноскопияга тайёрлаш.
4. Ректороманоскопияга беморларни тайёрлаш.
5. Цистоскопияга ва хромоцистоскопияга беморларни тайёрлаш.
6. Беморларни лапароскопияга тайёрлаш.

VI Семестр, 13-машгулот

1. Плеврал пункция учун асбобларни тайёрлаш ва қатнашиш.
2. Абдоминал пункция учун асбобларни тайёрлаш ва қатнашиш.
3. Люмбал пункция учун асбобларни тайёрлаш ва қатнашиш.
4. Стернал пункция учун асбобларни тайёрлаш ва қатнашиш.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

- В. Ф. Матвеев.* «Медицина психологияси, этикаси ва деонтологияси асослари», — Тошкент, «Медицина», 1987 йил.
- Э. Э. Саркисянц.* «Гигиена билан соғлиқни сақлашни ташкил қилиш асослари». Тошкент, «Медицина» 1988 й.
- В. П. Бисярина.* «Болалар касалликлари ва беморларни парвариш қилиш». Москва, 1978 йил.
- «Медицина институтлари учун врачлик этикаси буйича методик қўлланмалар». 1988 йил.
- А. Ф. Серенко.* «Социал гигиена ва соғлиқни сақлашни ташкил қилиш». Тошкент, «Медицина» 1975 йил.
- «Медицина ҳамшираси» (журнал), 1986, 1987, 1988, 1989 йиллар.
- В. А. Масляков.* «Жисмоний тарбия». Москва. 1976 йил.
- М. И. Фонарев.* Болаларни даволаш физкультурасидан справочник. Москва. 1982 йил.
- А. П. Лаптев.* «Физкультурачи гигиенаси». М. 1974 йил.
- «Фельдшер ва акушерка» (журнал), №1. 1988 йил.
- О. Т. Ушурцева.* «Мактабгача ёшдаги болаларни чиниқтириш». Тошкент. «Медицина», 1978 йил.
- Л. С. Заликина.* «Беморларни умумий парвариш қилиш», Тошкент, Медицина, 1984 йил.
- Е. Л. Гордиенко.* «Интенсив терапиядан қўлланма». Ленинград, «Медицина», 1986 йил.
- Н. Р. Палеев.* «Медицина ҳамшираси справочниги». Тошкент. «Медицина» 1989 йил.
- Е. Я. Гагунова.* «Касалларни умумий парвариш қилиш», Тошкент, «Медицина», 1974 йил.
- Оммабоп медицина энциклопедияси «Саломатлик». Тошкент, 1986 йил.
- Ю. А. Нестеренко.* «Хирургик касалликлар», Тошкент, «Медицина», 1985 йил.
- С. Н. Муратов.* «Хирургик касалликлар ва беморларни парвариш қилиш», Тошкент, «Медицина», 1989 йил.
- В. В. Мурашко.* «Беморларни парвариш қиладиган кичик медицина ҳамширалари тайёрлаш дарслиги». Тошкент, «Медицина». 1983 йил.
- Л. Х. Постнова.* «Фармакология билан рецептура». Тошкент, «Медицина», 1990 йил.
- М. С. Брукман.* «Хирургиядан амалий машғулотлар буйича қўлланма», Тошкент, «Медицина». 1988 йил.
- А. Н. Бурая.* «Соғ ва касал бола парваришига доир амалий машғулотлардан қўлланма». Тошкент, «Медицина», 1989 йил.
- С. А. Мухина.* «Беморларнинг умумий парвариши». Москва, 1989 й.
- П. В. Козловская.* «Клиник-лаборатория текширув усуллари буйича уқув қўлланмаси». Москва, «Медицина», 1985 йил.
- В. Л. Попов.* «Уйда ва кучада биринчи медицина ёрдами». Ленинград, 1990 йил.
- Р. А. Рамазонова.* «Медицина ҳамширалари уқув қўлланмаси». Тошкент, «Уқитувчи», 1986 йил.

МУНДАРИЖА
НАЗАРИЙ ҚИСМ

| | |
|--|-----------|
| Кириш | 4 |
| Қадимги Шарқ ва уйғониш даврида Урта Осиё таъobati. «Ҳамширалик иши» фани, вазифалари ва клиник фанлар ора- сида тутган ўрни | 8 |
| 1-б ўлим . Тиббиёт ҳамширалари амалий фаолиятининг асослари. Даволаш муассасаларининг санитария-гигиена режими, мақ- сади ва амалга ошириш хусусиятлари | 10 |
| Зарарсизлантириш ва стериллаш мақсади, хиллари ва усул- лари | 11 |
| Қабулхона булими. Беморларни қабул қилиш | 16 |
| Муолажа хоналарининг санитария-профилактика тартиби. Муолажа ҳамширасининг иш хусусиятлари | 17 |
| 2-б ўлим . Касб этикаси ва деонтология | 18 |
| Тиббиёт ҳамшираларининг деонтологик хатти-ҳаракатлари асос- лари | 24 |
| 3-б ўлим . Тиббиёт ҳамширасининг маънавий (ахлоқий) ва ҳуқуқий масъулиятлари | 29 |
| Тиббиёт ходимларининг хатолари ва жавобгарлик турлари | 29 |
| Тиббиёт ходимларининг қасддан жиноят қилишлари | 32 |
| Тиббиёт ходимларининг эҳтиётсиз ҳаракатлари ва ҳужжатлар билан ишлаш хусусиятлари | 34 |
| 4-б ўлим . Саналогия асослари | 36 |
| Саломатлик ва унга таъсир этувчи омиллар | 36 |
| Соғлом турмуш тарзининг талаблари ва касалликларнинг ол- дини олиш | 43 |
| Ҳаракат ва саломатлик | 45 |
| Тўғри (рационал) овқатланиш | 50 |
| Организмни чиниқтириш | 55 |
| Рухан ўз-ўзини бошқариш | 61 |
| Оила ва саломатлик | 64 |
| Узоқ умр кўриш (геронтология) | 68 |

ХУСУСИЙ ҚИСМ

| | |
|---|-----------|
| 1-б ўлим . Беморларни парвариш қилишнинг аҳамияти | 72 |
| Палата ҳамширасининг вазифалари | 73 |
| Тиббиёт ходимининг шахсий гигиенаси | 75 |
| 2-б ўлим . Даволаш муассасаларининг санитария-гигиена тартиби, дезинфекция ва стерилизация | 76 |
| Касалхонада хоналарни жиҳозлаш | 76 |

| | |
|--|------------|
| Муолажа хонасини тозалаш | 85 |
| Ошхонани санитария жиҳатдан тоза тутиш қоидалари | 85 |
| Санитария тармоғи (узел) ини тоза тутиш | 87 |
| Парвариш буюмлари, хоналар, ванналар ва йиғиштириш анжомларини зарарсизлантириш | 88 |
| Шприц, игналарни зарарсизлантириш ва стериллаш | 89 |
| 3-бўлим . Боғлов материалларини тайёрлаш ва стериллаш | 93 |
| Стерилликни назорат қилиш | 98 |
| Жарроҳлик ходимларининг қўлларини зарарсизлантириш | 99 |
| Спасокукоцкий-Кочергин буйича қўлни зарарсизлантириш | 101 |
| Жарроҳлик ҳалатини кийиш ва кийгишиш | 101 |
| Тиббиёт ҳамширасининг операция ва туғруқ хоналаридаги иш хусусиятлари | 104 |
| Стерил столни тайёрлаш | 105 |
| 4-бўлим . Беморларни қабул қилиш | 105 |
| Қабулхона бўлими хоналарини жиҳозлаш | 105 |
| Тиббиёт ҳамширасининг қабулхона бўлимидаги иши | 107 |
| Беморнинг санитария тозалови | 109 |
| Беморларни транспортировка қилиш, жойлаштириш | 114 |
| 5-бўлим . Беморларнинг шахсий гигиенаси ва ўриндаги ҳолати | 116 |
| Беморларнинг фаоллик режими | 116 |
| Беморнинг ўриндаги ҳолати | 116 |
| Бемор ўрнини тайёрлаш | 117 |
| Оғир ётган беморларнинг ич кийимлари ва урин-қурпала- рини алмаштириш | 118 |
| Бадан терисини парваришлаш ва ётоқ яралар профилак- тикаси. Терини парвариш қилиш | 120 |
| Беморлар тагини ювиш | 126 |
| Оғиз бушлиғини парвариш қилиш | 127 |
| Кўзларни парвариш қилиш | 129 |
| Қулоқларни парвариш қилиш | 130 |
| Бурунни парвариш қилиш | 131 |
| Сочларни парвариш қилиш | 131 |
| 6-бўлим . Беморларнинг овқатланиши | 133 |
| Стационардаги беморлар овқатини ташкил қилиш | 134 |
| Сунъий овқатлантириш | 141 |
| 7-бўлим . Беморларни қузатиш. Тана ҳароратини ўлчаш, иситма .. | 144 |
| Тана ҳароратининг физиологик ўзгаришлари | 145 |
| Термометр | 146 |
| Ҳароратни ўлчаш тартиби | 147 |
| Иситмалаётган беморларни парвариш қилиш | 150 |
| Пульсни аниқлаш | 154 |
| Артериал босимни аниқлаш | 157 |
| Нафас олиш сонларини санаш | 160 |
| Суткалик диурезни аниқлаш | 162 |
| Сув балансини аниқлаш | 162 |
| 8-бўлим . Қон айланишига таъсир қиладиган чоралар | 163 |
| Оддий физиотерапия | 163 |
| Ханталма (горчичник) | 164 |
| Банкалар | 165 |
| Компресслар | 168 |
| Иситгичлар (грелкалар) | 170 |

| | |
|--|-----|
| Музли халтача | 171 |
| Сув билан даволаш. | 172 |
| Кварц лампасидан фойдаланиш | 173 |
| Оксигенотерапия | 173 |
| 9-б ўлим . Қусаётган ва физиологик бушалиши бузилган беморларни кузатиш ва парвариш | 176 |
| Қусаётган беморларни парваришлаш | 176 |
| Ичак фаолияти бузилган беморларни парваришлаш | 180 |
| Хуқна | 184 |
| Сийдиги тутилиб қолган ва сийдигини тутиб туrolмайдиған беморларни парваришлаш | 192 |
| Қовуқни катетерлаш | 193 |
| Сийдик тутолмаслик | 196 |
| 10-б ўлим . Дори воситаларини ёзиб бориш сақлаш ва қўллаш | 196 |
| Дориларни ёзиб бериш | 197 |
| Дориларни сақлаш | 197 |
| Дори моддаларини юбориш усуллари | 199 |
| Дори моддаларини ташқи қўллаш | 200 |
| Дориларни энтерал йўл билан юбориш | 203 |
| Дори моддаларини парентерал юбориш | 206 |
| Тери орасига қилинадиган инъекциялар | 210 |
| Тери остига инъекциялар қилиш ва дори қўйиш | 211 |
| Дори моддаларини мушак орасига юбориш | 221 |
| Дори моддаларини венага юбориш | 224 |
| Қон олиш (чиқариш) | 229 |
| 1-б ўлим . Тиббий ҳужжатлар. Навбатчиликни қабул қилиш ва топшириш | 231 |
| Тиббий ҳужжатлар ва улар билан ишлаш хусусиятлари | 232 |
| Навбатчиликни қабул қилиш ва топшириш | 235 |
| 12-б ўлим . Тиббиёт ҳамширасининг лаборатория ва инструментал текширувларда қатнашуви | 236 |
| Томоқ ва бурундан суртма олиш | 236 |
| Балғамни турли текширувларга йиғиш | 237 |
| Лабораторияда текшириш учун сийдик олиш | 239 |
| Меъдани зондлаш | 242 |
| Меъда ширасини зондсиз текшириш | 245 |
| Дуоденал зондлаш | 246 |
| Лаборатория текширувига ахлат олиш | 248 |
| 13-б ўлим . Рентгенологик текширувлар ва тиббиёт ҳамширасининг қатнашуви | 249 |
| Беморларни бронхографияга тайёрлаш ва қатнашиш | 249 |
| Беморни меъданинг рентгенологик текширувига тайёрлаш | 250 |
| Беморни йўғон ичакнинг рентгенологик текширувига тайёрлаш | 251 |
| Беморни ўт пуфаги ва ўт йўлларининг рентгенологик текширувига тайёрлаш | 252 |
| Сийдик тизимини рентгенологик текширишга беморни тайёрлаш | 253 |
| 14-б ўлим . Эндоскопик текширувлар ва тиббиёт ҳамширасининг қатнашуви | 254 |
| Бронхларни эндоскопик текширувга тайёрлаш | 255 |
| Урологик эндоскопия | 259 |

| | |
|---|-----|
| 15-б у л и м . Беморларни пункцияларга тайёрлаш | 262 |
| Плевра пункцияси | 262 |
| Абдоминал пункция | 266 |
| Люмбал пункция | 267 |
| Стернал пункция | 268 |
| <i>Иловалар</i> | 269 |
| <i>Адабиётлар</i> | 284 |

Уқув нашри

Иномов Қодир Саидмаматович,
врач-педиатр, олий тоифали ўқитувчи

ҲАМШИРАЛИК ИШИ

Тошкент, 700129, Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти,
Навой кучаси, 30.

Тахририят мудир *Б. Мансуров*
Муҳаррир *Д. Фуломова*
Бадий муҳаррир *М. Эргашева*
Техник муҳаррир *Н. Халитова*
Мусаҳҳиҳ *Г. Ширинова*

ИБ № 2796

Босмахонага 27.10.97да берилди. Босишга 21.05.98да рухсат этилди. Би-
чими 84×108¹/₃₂. Газета қоғози. Офсет босма. Адабий гарнитура. Шартли
босма табоқ 15,12. Шартли бўёқ-оттиски 15,33. Нашр. босма табоқ 15,32.
50-97 — рақамли шартнома. Жами 20000 нусха. 5443-рақамли буюртма.
Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон Республикаси Давлат матбуот қўмитасининг Тошкент
матбаа комбинатининг ижара корхонаси. Тошкент, Навой кучаси, 30.