

Аннотация

Сўнги йилларда, постменопауза даврининг тиббий ва рухий ижтимоий буғини қарилик даврида аёллар орасида кузатиладиган муаммолари кўпгина мутахасисларнинг диққат марказини эгалламоқда.

Чунки, 50% дан 80% гача беморлар даврдан бош тортадилар ёки даво курсини охирига етказмай тўхтатиб қўядилар, бу ўз навбатида даво самарадорлигини аҳамиятли тарзда пасайишига олиб келади.

Тадқиқотнинг мақсади бўлиб постменопауза давридаги артериал гипертензия билан касалланган аёлларда маълумот берувчи технологияларнинг самарадорлигини баҳолашдан иборат. Тадқиқот давомида постменопауза давридаги аёлларда артериал гипертензияни кечишини, турмуш тарзи сифатини саволнома ва психологик тестлар ёрдамида ўрганилди, антропометрик кўрсаткичлар ва АҚБ ва ЭКГ маълумотларини корреляцион тахлили ўтказилди ва маълумот берувчи технологияларнинг артериал гипертензия билан касалланган аёлларда касаллик кечишига кўрсатадиган таъсирини ва самарадорлигини баҳоланди.

Бундан ташқари магистрлик ишининг якунида бирламчи тиббиёт тизими умумий амалиёт шифокори (УАШ) фаолиятида АГ беморларнинг ўз саломатлигига жавобгарлик хиссини ошириш ва касаллик назоратини олиб бориш, касалликни асоратланишини олдини олиш мақсадида маълумот берувчи технологиясини «Аёл қалби» мактабини яратиш, қўлланди ва самарадорлигини аниқланди.

Аннотация

В последние годы, медицинский и психологический социальный элемент среди женщин в период постменопаузы которые с возрастом имели проблемы в центре внимания многих специалистов.

Так как, от 50 до 80% больных отказываются от лечения или прерывают его, не закончив курса, что существенно снижает эффективность терапии. Целью исследования явилось изучить эффективность применения образовательных технологий среди женщин, страдающие АГ в период постменопаузы в амбулаторно-поликлинических условиях.

Процессе исследование у женщин в период постменопаузы был изучен как протекает артериальная гипертензия, был изучен качества жизни с помощью вопросниками и психологическими тестами, также был проведен корреляционный анализ антропометрических показателей, артериального давления и ЭКГ, был изучен и оценен эффективность образовательных технологий для женщин в период постменопаузы, как проходит болезнь и влияет на здоровье.

Кроме того в конце магистерской работы в первичном звене здравоохранение на практику ВОП врачей для больных страдающих АГ было создано школа «Женское сердце» с целью повышения ответственности к своему здоровью и для контроль своего заболевания, предоставить информации об осложнениях заболевание, использованный нами образовательные технологии дали свои успешных результатов.

Abstract

In recent years, the medical and moral social element in postmenopausal period women who have had problems with age in the spotlight for many professionals.

Because 50% to 80% of patients refuse treatment or not recovered until the end, stop treatment and this reduces the efficiency of treatment.

Purpose of the study to evaluate the study to evaluate the efficiency of the developed technology giving information about postmenopausal period women suffering from arterial hypertension.

Continuing to study in postmenopausal period women has been studied as they pass hypertension was studied quality lifestyle issues and psychological tests, anthropometric indices and information about DCE and ECG carried out a correlation analysis was to explore and evaluate the effectiveness of technology giving information about women who suffer from arterial hypertension and how the disease affects the health.

In addition, at the end of the master's work in first activity of the medical system of general practitioners has been supported and to determine the effectiveness among patients more than a sense of responsibility for their own health and to carry out disease control, and the establishment of schools «Feminine heart» in order to provide information about the complications of the disease.

МУНДАРИЖА

	Бет.
ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ.....	4
КИРИШ.....	5
БОБ I. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ.....	9
1.1. Ўзбекистон Республикаси Президенти таклиф этган, мамлакатда аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш концепцияси.....	9
1.2. Постменопауза давридаги аёлларда артериал гипертензия.....	10
1.3. Маълумот берувчи технологиялар соғлиқни сақлаш бирламчи тизими даражасида беморларни хабардор қилишнинг перспектив шакли	12
1.4. Постменопауза давридаги артериал гипертензия билан касалланган аёлларнинг психологик статуси.....	16
I – боб бўйича хулосалар.....	19
БОБ II. ТЕКШИРУВ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ	20
2.1. Клиник кузатувлар характеристикаси	20
2.2. Текширув усуллари.....	22
2.3. Текширувнинг статистик усуллари	31
II–боб бўйича хулосалар.....	33
БОБ III. ШАХСИЙ ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ	34
3.1. Постменопауза давридаги аёлларда артериал гипертензиянинг ўзига хос кечиши.....	34
3.2. Постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларда ҳаёт сифатининг ўзига хослиги	39
3.3. Постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларни “Аёл	

қалби” мактабида ўқитилиши ва унинг самарадорлигини бахоланиши .	50
III-боб бўйича хулосалар	63
ХОТИМА	65
ХУЛОСАЛАР	69
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	70
ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ	71
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	72

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ

АГ - артериал гипертензия

АҚБ – артериал қон босими

АҚБСП — артериал қон босимининг суткалик профили

АҚСМ – артериал қон босимининг суткалик мониторинги

ДАҚБ - диастолик артериал қон босими

ФС – функционал синф

ЖССТ– Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

МИ — миокард инфаркти

САҚБ — систолик артериал қон босими

СИ — суткалик индекс

ЮИК —юрак ишемик касаллиги

ЮЕ ФС – юрак етишмовчилигининг функционал синфи

ЮҚЧ – юрак қисқариш частотаси

ЭКГ — электрокардиограмма

КИРИШ

Ишнинг долзарблиги: Артериал гипертензия (АГ) кардиологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Артериал гипертензиянинг шаклланишида беморларнинг жинси ва ёши, хусусан организмнинг гормонал қайта ўзгариши даврида муҳим аҳамиятга эга [7, 11, 12]. Климактерик даврда жинсий гормонларнинг етишмовчилиги натижасида кўпинча артериал гипертензия ривожланади, унинг умумсоматик ва кардиогемодинамик кўринишлари аёллар ҳаёт сифатини пасайтириб, ҳаётининг давомийлигини камайтиради [99, 100].

Артериал гипертензиянинг ривожланиши ва менопаузанинг бошланиши орасидаги ўзаро боғлиқлик кўп сонли тадқиқотлар билан исботланган [73; 118]. Шундай қилиб, постменопауза давридаги аёллар учун нафақат АГ нинг юзага келиши ва шаклланиши, балки касалликнинг тез суратда зўрайиши хосдир [50, 88, 97].

Беморларни профилактик, даволаш ёки реабилитацион тадбирларда иштирок этишга жалб қилиш муаммоси тадқиқотчиларнинг диққатини янада ўзига қаратмоқда. Чунки, 50% дан 80% гача беморлар даводан бош тортадилар ёки даво курсини охирига етказмай тўхтатиб қўядилар, бу ўз навбатида терапия самарадорлигини аҳамиятли тарзда пасайтиради. Бунда беморларнинг ҳаёт тарзини модификация қилиш ва уларнинг тиббий саводхонлиги даражасини ошириш нафақат тиббий, балки давога бўлган харажатни бевосита ва билвосита камайтириш ҳисобига ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга [25, 31, 118].

Таълим дастурида иштирок этиш касаллик, унинг хавф омиллари, прогрессив кечишининг шартлари ҳақида тўғри тушунчани шакллантиради, бу беморга узоқ вақт давомида комплекс тавсияларни аниқ бажаришга имкон туғдиради, беморлар ва уларнинг яқинларининг соғломлаштириш жараёнида фаол ҳаётий позициясини шакллантиради. Артериал қон босимини (АҚБ) ўзи

назорат қилиши ва организмнинг асосий физиологик параметрлари коидаларига, профилактика усулларига ўргатиш артериал гипертензия асоратларининг ривожланиш хавфини камайтиришга имкон беради, бу беморлар ҳолатининг стабиллашувига ва шифохонага ётқизиш кўрсаткичларининг пасайишига олиб келади [40, 116].

Асосида АГ ни АҚШ ва Ғарбий Европа мамлакатларида комплекс даволаш ётган гипертоник дастурларни қўллаш тажрибаси ўлим ҳолати даражасини камайтириш мумкинлиги ҳақида далолат беради. Ҳозирги вақтда жаҳон тиббиёт амалиётида сурункали ноинфекцион касалликларни, шу билан бирга АГ ни ҳам, даволаш билан боғлиқ бўлган муаммони ечишдаги прогрессив ёндошишлардан бири, ҳам стационар ва ҳам амбулатор босқичда ўтказилиши мумкин бўлган беморларни ўқитиш тизимини ташкиллаштириш тан олинган [9, 12, 87]. У даволаш муассасига арзонга тушади ва беморларга қулай бўлиши учун мос иш графигини яратишга имкон беради [30, 72].

Ушбу муаммога бағишланган даволаш жараёнида таълим дастурларининг самаралилигини ёритиб берувчи кўп сонли тадқиқотларнинг бўлишига қарамай, ҳозирча унинг яхлит кўринишини яратишга эришилмади. Кўзга ташланувчи хулқий феноменлар ортида ётувчи комплайнс (даволанишга жалб қилиниш) билан боғлиқ механизмлар амалда яхши ўрганилмаган. Чоп этилган маълумотлар тарқоқ ва бир-бирига зид.

Тадқиқот мақсади: Постменопауза давридаги артериал гипертензия билан касалланган аёлларда маълумот берувчи технологияларнинг самарадорлигини баҳолаш.

Текширув вазифалари:

1. 50-55 ёшли аёлларда артериал гипертензияни кечишини ўрганиш.
2. 50-55 ёшли артериал гипертензия билан касалланган аёлларда турмуш тарзи сифатини ўрганиш.
3. Маълумот берувчи технологияларнинг артериал гипертензия билан касалланган аёлларда касаллик кечишига кўрсатадиган таъсирини ўрганиш ва самарадорлигини баҳолаш.

Текширув предмети ва объекти: Тошкент шаҳар Юнусобод туманидаги 54- оилавий поликлиникасида диспансер кузатувида бўлган постменопауза давридаги АГ билан касалланган 50 та аёлнинг текширув натижалари тадқиқотга асос қилиб олинган. Беморларнинг ёш градацияси 50 дан 55 ёшни ташкил қилган.

Текширув усуллари: беморларни текшириш режасига қуйидаги текширув усуллари киритилган: клинико-анамнестик, инструментал, психологик ва статистик.

Илмий янгилик. Постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларда АГ ни кечишининг ўзига хос белгилари ва ҳаёт сифатининг кучли намоён бўлган хавотирлик хисси ва депрессияга мойиллик билан кечиши аниқланган. Ўқитиш технологияларнинг беморлар маълумотини оширишда, турғун ва узоқ муддатли соғломлаштириш кўникмаларини ривожлантиришда юқори самарадорлиги белгиланди.

Текширув натижаларининг чоп этилиши. Текширув натижаларига кўра 1 та мақола ва тезис чоп этилди.

Магистрлик диссертациясининг ҳажми ва структураси. Магистрлик диссертацияси 92 саҳифадаги компьютер тўпламида баён қилинди. Қуйидагилардан иборат: кириш қисми, адабиётлар шарҳи, “Текширув материаллари ва усуллари” бўлими, шахсий текширув натижалари, хотима, хулосалар ва амалий тавсиялар. Библиографик кўрсаткич 93 рус тилидаги ва 25 хорижий муаллифлардан иборат 118 манбани ўз ичига олган. 5 та жадвал, 6 та расм киритилган ва 3 та иловалар.

БОБ I. АДАБИЁТЛАР ШАРХИ

1.1. Ўзбекистон Республикаси Президенти таклиф этган, мамлакатда аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш концепцияси

Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимида дунё стандартларига асосланган кенг кўламли ислохотлар амалга оширилди.

Мустақиллик йилларида мамлакатимизда давлатимиз раҳбари ташаббуслари билан соғлиқни сақлаш тизимида туб ўзгаришлар олиб борилди. Шу туфайли бугун республикаимизда шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича марказларни ўз ичига олган сифат жиҳатидан янги, энг юқори талабларга жавоб берувчи тиббий муассасалар тармоғи яратилди, вилоятларда кўп тармоқли клиникалар муваффақиятли иш олиб бормоқда, барча туманларда энг замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозланган қишлоқ врачлик пунктлари ташкил этилган. Бунинг натижаси сифатида охириги йилларда аҳоли орасида касалланишнинг умумий даражаси аҳамиятли тарзда пасайганлигини эътироф этиш мумкин [3].

Шу билан боғлиқ ҳолда 1998 йил ноябр ойида қабул қилинган соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш бўйича Давлат дастурини таъкидлаб ўтиш жоиз. Тиббий хизматнинг жамоат моделини яратиш, ушбу тизимда юқори малакали кадрларни тайёрлаш, аҳолига сифатли тиббий хизматни кўрсатиш унинг бош мақсади бўлиб ҳисобланади [1]. Ушбу дастурнинг ҳаётга татбиқ этилиши туфайли соғлиқни сақлаш тизимида даволашнинг илғор шакллари ва усуллари киритилди. Соғлиқни сақлаш бирламчи тизими муассасаларининг базалари, хусусан қишлоқ врачлик пунктлари, сезиларли даражада мустаҳкамланди, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, шошилишч тиббий ёрдам хизмати фаолияти, тиббий ходимларни тайёрлаш кўрсаткичларининг анчагина яхшиланишига эришилди, фармацевтика соҳаси

жадал ривожланди. Шаҳар ва қишлоқларда ўнлаб тиббий муассасалар, даволаш ва соғломлаштириш марказлари қад ростлади. Буларнинг ҳаммаси инсон саломатлигини мустаҳкамлаш, ҳаётнинг ўртача давомийлигини ошириш ва сифатини яхшилашга қаратилган [4].

Аҳоли ҳаётининг ўртача давомийлиги, ҳамда бола ва она ўлими кўрсаткичлари тиббий хизмат даражасининг индикатори бўлиб ҳисобланади. Мингйилликни ривожлантириш Мақсади бўйича БМТ Бош Ассамблеяси ялпи мажлисида Президент Ислом Каримов чиқишларида шу нарса қайд этиб ўтилдики, Ўзбекистонда оналар ўлими икки мартага, болалар ўлими эса уч мартага камайди. Охириги 20 йил ичида аҳоли ҳаётининг ўртача давомийлиги 67 ёшдан 73 ёшга, аёллар орасида эса 75 ёшга ошди [3, 5].

Мамлакатда ўсиб келаётган авлодни мувофиқ тарбиялаш бўйича янада кенг масшабли ишлар олиб борилмоқда.

1 июл 2009 йилдаги “2009-2013 йй. га аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмонан ва маънан ривожланган авлодни шакллантириш бўйича олиб борилаётган ишларни янада кучайтириш ва самарасини ошириш бўйича чора-тадбирлар Дастури ҳақида” Президентимиз Ислом Каримовнинг Қарори ушбу йўналишдаги ишларни амалга оширишда муҳим қўлланма бўлиб ҳисобланади [2].

Шундай қилиб, мамлакатимизда мустақиллик йилларида Президент Ислом Каримов бошчилигида соғлиқни сақлаш тизимида туб ислохотлар амалга оширилди. Аҳоли соғлом ва муносиб ҳаётини таъминлаш, жисмонан ва маънан соғлом авлодни тарбиялаш, маҳаллий фармацевтик маҳсулотларни ишлаб чиқаришни кенгайтириш учун барча зарур шароитлар яратилди. Қабул қилинган тегишли Ўзбекистон Республикаси қонунлари, мамлакатимиз Президенти, Вазирлар Маҳкамаси фармонлари ва қарорлари соғлиқни сақлаш тизими ривожланишининг муҳим омили бўлиб хизмат қилади [6].

1.2. Постменопауза давридаги аёлларда артериал гипертензия

Кексалар орасида аёллар устунлик қилган, ёш структураси кексайиш томонга стабил силжиётган аҳоли саломатлиги профилактикаси, уни сақлаб қолиш ва мустаҳкамлаш давлат сиёсатининг муҳим стратегик йўналиши бўлиб ҳисобланади. Менструал, ундан сўнг эса репродуктив функциянинг тугалланиши аёлларнинг кексайиш жараёнида муҳим звено бўлиб ҳисобланади [18, 73].

Постменопауза давридаги аёллар соғлиғи бутун дунёда муҳим ижтимоий ва тиббий аҳамиятга эга. Репродуктив функциянинг тўхташи ва эстроген дефицитининг ошиши билан бир қаторда ёшга доир ва, кўпинча, аъзо ва тўқималарда кўпгина касалликларнинг юзага келиши ва намоён бўлиши климактерик даврнинг ўзига хос хусусиятлари ҳисобланади. Юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТК), ва айнан артериал гипертензия(АГ), менопаузанинг умумқабул қилинган оқибатлари бўлиб ҳисобланади. Артериал гипертензия аёлларнинг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бу юрак-қон томири касалликларидан касалланиш ва ўлим ҳолатларига омиллардан ҳеч бири артериал босимнинг кўтарилиши каби таъсир этмаслиги билан чақирилган [11, 31, 81].

Кўпгина тадқиқотчилар ушбу нохуш тенденцияни аёл популяциясида Артериал гипертензия (АГ) , қон липид спектрининг бузилиши, чекиш, ортиқча вазн, менопауза даврида эстроген ҳимоянинг йўқотилиши каби хавф омилларининг тўпланиши билан боғлайдилар. Аёлларда Юрак ишемик касаллигининг ривожланиши ва зўрайишида, эркаклардан фарқли равишда, гомеостазнинг метаболик, жумладан, углеводли четга оғиши катта ўрин тутади [6, 23, 36, 93].

Охирги йилларда дислипидемия ва углевод алмашинуви билан боғлиқ инсулинрезистентлик ва компенсатор гиперинсулинемия рол ўйнаган метаболик дисбаланс диққат билан ўзига жалб қилмоқда. Артериал гипертензия (АГ) билан бир қаторда метаболик бузилишлар атерогенез

жараёнларининг зўрайишида аҳамиятли рол ўйнайдиган оксидатив стресс ва эндотелий дисфункциясининг юзага келишига олиб келади [9, 76, 99].

Эпидемиологик текширувлар эстроген дефицити ривожлана борган сари аёлларда Артериал гипертензия (АГ) ва Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) учрашининг кўпайиши ҳақида далолат беради. Аёллар жинсий гормонлари қон зардоби липидли спектри, углеводлар алмашинуви, эндотелий ҳимоясининг бузилишига нисбатан протектив рол ўйнайди деб ҳисобланади [15, 34, 82].

Шу билан бир вақтда Юрак қон томир касалликлари профилактикасида ўрин босар гормонал терапиянинг (ЎБГТ) самарадорлигини тасдиқловчи проспектив контрол текширувлар мавжуд эмас. Бунда постменопаузал гипертензиянинг табиий пайдо бўлиш модели йўқ бўлганда аёл гормонал фони ўзгаришига ўрин босар гормонал терапия натижаларининг шартли ўтиши шубҳасиз. Бундай вазиятда эстроген етишмовчилиги билан юрак-қон томир хавфининг ошиши қанчалик боғлиқлиги маълум эмас [7, 19, 74].

1.3. Маълумот берувчи технологиялар соғлиқни сақлаш бирламчи тизими даражасида беморларни хабардор қилишнинг перспектив шакли

Беморларни профилактик, даволаш ёки реабилитацион тадбирларда иштирок этишга жалб қилиш муаммоси тадқиқотчилар диққат-эътиборини янада ўзига қаратмоқда. Чунки 50 дан 80% гача беморлар даволанишдан бош тортадилар ёки даво курсини тугатмасдан уни тўхтатиб қўядилар, натижада даво самарадорлиги жиддий равишда пасаяди. Бунда беморлар ҳаёт тарзи модификацияси ва тиббий саводхонлик даражасининг ошиши давога сарф-ҳаражатларнинг тўғридан-тўғри ва билвосита пасайиши ҳисобига нафақат тиббий, балки ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга бўлади [14, 28, 90].

Таълим дастурида иштирок этиш касаллик, унинг юзага келишида хавф омиллари, прогрессив кечиш шароитлари ҳақида тўғри тушунчаларни шакллантиради, бу беморга узоқ вақт давомида комплекс тавсияларни аниқ

бажариш, кейинги соғломлаштириш жараёнида беморларнинг ўзи ва уларнинг яқинларида фаол ҳаётий позицияни шакллантиришга имкон беради. Артериал қон босимини ўзи назорат қилиш қоидаларига ва организмнинг асосий физиологик параметрлари, профилактика усулларига ўргатиш артериал гипертензия асоратларини ривожланиш хавфини камайтиришга имкон яратади, бу беморлар аҳволининг стабиллашувига ва госпитализация кўрсаткичларининг пасайишига олиб келади [21, 69, 92].

Асосида АҚШ ва Ғарбий Европа мамалакатларида Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган беморларни комплекс ўқитиш ётган гипертоник дастурларни қўллаш тажрибаси ўлим даражасини пасайтириш ва яшаш давомийлигини оширишнинг имкони борлиги ҳақида далолат беради. Ҳозирги вақтда дунё тиббий амалиётида шу нарса тан олинганки, беморларни ўқитиш тизимини ташкиллаштириш сурункали ноинфекцион касалликларни, шу қаторда Артериал гипертензияни (АГ) ҳам, даволаш билан боғлиқ муаммони ҳал қилишга прогрессив ёндошишлардан бири бўлиб ҳисобланади [8, 24, 77], у ҳам стационарда, ва ҳам амбулатор босқичда ўтказилиши мумкин. Охиргиси тиббий муассаса учун арзон ва беморларга қулай бўлган иш графигини тузишга имкон беради. [12, 70, 96].

Шундай қилиб, 2008 йилда XVIII Европа гипертония жамияти конгрессеида и XXII интернационал гипертония жамияти конгрессеида уй шароитида АҚБ ни назорат қилиш бўйича янги Европа тавсияларини ўз ичига олган “Қатта илмий-таълим дастури” намоёниш қилинди [10].

Реал амалиётда ноадекват назорат сабабларига бағишланган кўп сонли тадқиқотларга мувофиқ, Артериал гипертензия билан касалланган беморларни шифокор тавсияларини бажаришга кам жалб қилинганлиги тиббий профилактик ёрдам сифатини оширишда асосий тўсқинлик бўлиб ҳисобланади. [62, 95].

Шифокор ва бемор орасида биродарлик муносабатлари ва ҳамкорлик мавжуд бўлмаса замонавий тиббиётнинг ютуқларини амалга ошириб бўлмаслиги аниқ бўлиб бормоқда. Пировардида бемор нима ва қандай

қилишни ўзи танлайди: дориларни қабул қилиш бўйича шифокор тавсияларига амал қилиш керакми, овқатланиш одатларини ўзгартириши керакми, жисмоний фаолликни ошириши керакми, соғлиқ учун зарарли бўлган одатлардан воз кечиши керакми [13, 68, 87].

Бу жараёнда фақатгина шифокор ва беморнинг партнерлик иттифоқи позитив натижани беради ва беморнинг давога жалб қилинишини таъминлайди, касалликнинг яхши яқун топишига ва меҳнатга қобилиятли ҳаётнинг узайишига олиб келади. Беморларни ўқитиш шифокор-бемор партнерлиги шаклланишининг йўлларида бири бўлиб ҳисобланади. [44, 103, 107].

Беморларни, қаторига юрак-қон томир касалликларини ҳам киритиш мумкин бўлган сурункали ноинфекцион касалликлар билан хабардор қилиш турли инфорацион технологияларни ўз ичига олади ва тиббий ходимлар иштирокини кўзда тутаяди.

Модомики айнан шифокор беморлар учун тиббий маълумотнинг авторитетли манбаи бўлиб ҳисобланади экан, реал амалиётга, айниқса оилавий поликлиника (ОП) ва қишлоқ врачлик пунктлари фаолиятига, таълим технологияларини жорий қилиш муҳимдир.

Таълим технологияларини шакллантиришда беморларни нима учун ва нимага ўқитиш кераклигини тушуниш зарур, чунки уларнинг ҳам даволаш ва ҳам профилактик жараёндаги ҳошиши ва иштироки соғлиқ ва касалликни муваффақиятли назорат қилишнинг асоси бўлиб ҳисобланади [27, 50, 101].

Мактаблар соғлиқни сақлаш бирламчи тизими даражасида беморларни хабардор қилишнинг перспектив шаклларида бири бўлиб ҳисобланади, уларнинг мақсади беморларни тегишли билимлар билан таъминлаш, зарур кўникмалар ва қобилиятларга ўргатиш, носоғлом одатларни тарк этишни шакллантириш, соғломлаштириш ва шифокор тавсияларини бажаришга бўлган интилишларини қўллаб-қувватлашдир [22, 78, 85].

Ҳар бир шифокор шуни билиши лозимки, беморларни самарали ўқитиш учун клиник билимлардан ташқари қўшимча касбий билимлар ва

кобилиятлар: шахслараро муносабатлар асосларини билиш; қайтар алоқа техникасига эга бўлиш, хулқ (одатлар) шаклланишининг психологик тамойилларини билиш ва ҳисобга олиш; унинг самарадорлигини ошириш учун ўқитишнинг фаол шакллари билиш керак бўлади [41, 106].

Шифокор ва бемор муносабатида ўзаро ишонч атмосфераси, ўзаро тушуниш ва бирга қайғуриш ҳисси, ҳамда самарали қайтар алоқа (эшитиш, муҳокама қилиш, ўқитиш мақсадини аниқ тушунтириш ва б.) беморларни муваффақиятли ўқитишга имкон яратади. Агар улар ижобий ассоциацияларга урғу бериб ўтказилса, бажарилиши қийин бўлган тавсияларни ўзида сақламаса, маслаҳатлар улар томонидан яхши қабул қилинади ва ишонарли амал қиладилар. Иложи борича маслаҳатларни ёзма равишдаги тавсиялар, эслатмалар, брошюралар, тавсия этилаётган таомнинг рецептураси, яхши иллюстрацияли жадвал ва схемалар ва б. бирга олиб борган маъқул [17, 52, 84]

Беморларни ўқитиш мураккаб жараён бўлиб, кўпинча шифокорнинг шахсига, баъзан эса унинг кайфияти, аҳволи ва бошқа омилларга боғлиқ. Тиббиётнинг айнан шу соҳаси санъат билан чегарадош. Мактабда таълим олаётган конкрет индивидуумнинг профилактик чораларнинг фойдаси ва муҳимлигини тушуниб етиши хулқ-атвори соғломлаштиришга бўлган мотивациянинг шаклланишида асосий жараён бўлиб ҳисобланади [31, 98].

Беморлар учун мактаблар шунчаки маълум билимларни беришга ундамайди. “Лекториялар”, ва мужмал, кўпинча эса расмий санитар-оқартув бўйича маърузалар ўқиш орқада қолди. Беморлар учун мактаблар – бу янги информацион-мотивацион технологиялар бўлиб, улар беморларни даволаш ишига жалб қилишнинг ошишига имкон яратади, уларда ўз соғлигини сақлашга бўлган мотивацияни шакллантиради ва шахсий мулки сифатида ўз соғлиғи учун жавобгарлик ҳиссини оширади [16, 40, 112].

Мактабнинг мақсадга эришишида аҳолига профилактик ёрдам сифати таъминланади, бу соғлиқни сақлаш хизматининг профилактик йўналишдаги

фаолятини амалга оширишда кўмаклашади ва уни ислоҳ қилишнинг асосий тамойили бўлиб ҳисобланади [45, 110].

Охирги йилларда АГ билан касалланган беморларни ўқитиш фаол ривожланмоқда. Артериал гипертензия билан касалланган кўпгина беморларда АҚБ бироз кўтарилганлиги боис, интенсив медикаментоз даво талаб этилмайди. Бундай ҳолларда прогнозга негатив таъсир кўрсатувчи асосий хавф омиллари коррекциясининг номедикаментоз чоралари даво ва АҚБ кўтарилишини муваффақиятли назорат қилишнинг самарали усули бўлиб ҳисобланади [20, 38, 104].

Улар орасида профилактика позициясидан олиб қаралганда, назорат усуллари илмий асосланган, маъқулланган ва самарали бўлган, хавф омиллари катта аҳамиятга эга. Улар хулқий характерга эга бўлган хавф омиллари бўлиб, уларни бошқариш мумкин ва бемор ўзининг иродаси ва кучига зўр беришига боғлиқ [43, 88, 97].

Беморлар учун мактаблар тиббий профилактик хизмат кўрсатувчилардан бири бўлиб, профилактик тиббий ёрдам сифатининг эталони бўлиб хизмат қилиши ва соғлиқни сақлашни ислоҳ қилишнинг тамойилларига асосланган тиббий профилактик ёрдам сифатини баҳолаш ва соғлиқни сақлаш бирламчи тизимида тиббий ёрдамни кўрсатишга мўлжалланган янги йўналишдаги ривожланишнинг модели бўлиши мумкин [25, 60].

Ушбу муаммога бағишланган даволаш жараёнида таълим дастурларининг самаралилигини ёритиб берувчи кўп сонли тадқиқотларнинг бўлишига қарамай, ҳозирча унинг яхлит кўринишини яратишга эришилмади. Кўзга ташланувчи хулқий феноменлар ортида ётувчи комплайнс (даволанишга жалб қилиниш) билан боғлиқ механизмлар амалда яхши ўрганилмаган [29, 56, 114].

Чоп этилган маълумотлар тарқоқ ва бир-бирига зид. Беморларнинг даволаш жараёнида иштирок этишига таъсир кўрсатувчи шахс хусусиятларини ёритишда муаллифларнинг ишлари бир-биридан фарқ

қилади. Беморларнинг маълумоти ва ёши каби омилларнинг комплайнсга таъсири ҳақидаги маълумотлар ҳам бир-бирига қарама-қарши. [32, 54, 100].

Постменопауза давридаги Артериал гипертензия билан касалланган аёлларда комплайнс муаммосини ўрганишга бағишланган ишлар сони ҳам кўп эмас. Медикаментоз терапия олаётган беморлар-аёлларнинг иштироки текширувлари асосий ўринни эгалламоқда [26, 33, 109].

1.4. Постменопауза давридаги артериал артериал гипертензия билан касалланган аёлларнинг психологик статуси

Беморларнинг клиник статуси, климактерик даврда аёллар ҳаёт сифатининг даражаси кўп ҳолларда йўлдош психосоматик бузилишларнинг ривожланиш босқичига боғлиқ. У ёки бу босқичда ифодаланган рухий бузилишлар климактерик синдромнинг клиник кўринишида албатта иштирок этиб, қатор ҳолларда эса устунлик қилади [35, 49, 86]. Бундан ташқари охирги йиллардаги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, депрессия юрак-қон томир касалликларининг ривожланиши ва прогнозини аниқловчи энг муҳим омиллардан бири бўлиб ҳисобланади. Адабиёт маълумотларига кўра Артериал гипертензия билан касалланган беморларда хавотир-депрессив бузилишлар 55-70% га етади [37, 47, 94]. Бироқ климактерик даврдаги аёлларда артериал гипертензияда психосоматик бузилишлар намоён бўлишининг ўзига хослиги ва қонунчилиги келажакда янада ўрганилишини талаб қилади.

Охирги вақтларда артериал гипертензия билан касалланган беморлар ҳаёт сифатини ўрганиш тадқиқотлари алоҳида аҳамиятга эга бўлмоқда [39, 42, 57]. Шу нарса диққатни ўзига жалб қиладики, Артериал гипертензия билан касалланган климактерик даврдаги аёллар ҳаёти сифати ҳақидаги маълумотлар етарли даражада ўрганилмаганлигича қолмоқда.

Шунинг учун климактерик даврдаги аёлларда артериал гипертензиянинг клиник кечиши хусусиятларини янада ўрганиш, унинг

кечишига таъсир кўрсатувчи қатор ташқи омилларни, турли, азалдан белгиланган асоратларнинг ривожланиши мумкинлигини аниқлаш муҳимдир [46, 66, 91].

Юқорида қайд этилганлар клиник кўринишларнинг хусусиятлари, Артериал қон босимини суткалик профили ва климактерик даврда аёлларда мияда қон айланиш ҳолати, юрак ритми вариабеллиги ва уларнинг рухий статуси, хусусан климакседа нафақат аёллар ҳаёт сифатини ёмонлаштирувчи, балки Артериал гипертензиянинг ривожланишига таъсир кўрсатувчи шахсиятли ўзгаришлар, рухий ижтимоий стресс ва хавотир-депрессив бузилишларнинг ифодаланганлигини аниқловчи текширувларнинг долзарблигини асослайди. Бу мураккаб категориядаги беморларда кузатув тактикаси ва артериал гипертензиянинг профилактикаси ва даволаш тамойилларини ишлаб чиқишга имкон беради [48, 111].

Психоэмоционал ва нейровегетатив бузилишлар климактерик синдромнинг эрта ва кўп учрайдиган клиник белгиларига киради. Эмоционал лабиллик, хавотирнинг ошиши, депрессия, рухий фаолликнинг ва ишга лаёқатлиликининг яққол ўзгарувчанлиги, либидонинг пасайиши уларнинг симптомлари бўлиб ҳисобланади [51, 64, 83, 113]. Хавотир-депрессивли бузилишлар Артериал қон босимини нормал бўлган аёлларга қараганда кўпинча Артериал гипертензия билан касалланган беморларда постменопауза давридаги 80 % дан ортиқ аёлларда учрайди [53, 73].

Барча аёлларда постменопауза давридаги симпатик тонуснинг ошиши ва вагус таъсирининг пасайиши билан вегетатив дисфункция клиник кўринишлари номоён бўлади [55, 65, 102]. Психопатологик ва нейровегетатив бузилишлар постменопауза давридаги ҳаёт сифатини (ХС) аҳамиятли тарзда ёмонлаштиради ва давога алоҳида ёндошишни талаб қилади. Хавотирлик, вегетатив реакцияларни йўқотишга имкон берадиган психотроп препаратларга бўлган талаб ошади, бунда кучли седация ва бемор учун одатдаги фаолиятнинг бузилиши кузатилмайди [58].

Нейровегетатив, психоэмоционал ва метаболик бузилишлар билан намоён бўлувчи климактерик синдром (КС), [81] турли муаллифларнинг маълумотлари бўйича 10% - 75% аёлларда шаклланади [67]. КС нинг энг кучли ифодаланган симптомлари бу даврда тухумдонлар функциясининг батамом тўхташи ва эстрогенларнинг кескин дефицити билан чақирилган эрта постменопауза даврида пайдо бўлади [75].

Вазиятни рухий-ижтимоий омиллар оғирлаштиради. Ички ва ташқи муҳитнинг ўзгараётган омиллари адаптация механизмининг фаоллашишини талаб қилади. Агар ушбу механизмларнинг зўрайиши ички муҳитнинг стабиллигини тутиб тура олмаса ёки уларнинг юқори фаоллиги хавфли бўлиб қолса, узилиш юзага келади ва организмнинг кўпгина функцияларида ўз аксини топади [59].

Шундай қилиб, шахсиятнинг хусусиятлари, ҳамда климактерик даврда психологик бузилишларнинг ривожланиши Артериал гипертензиянинг юзага келиши ёки унинг тезда зўрайишига олиб келади. Бундан ташқари, сўнгги йиллардаги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, юрак-қон томир касалликларининг ривожланиши ва прогнозини белгилайдиган, тарқалганлиги Артериал гипертензия билан касалланган беморларда 55-70% ни ташкил қиладиган, хавотир-депрессив бузилишлар, муҳим омиллар бўлиб ҳисобланади [71, 89, 105]. Бироқ психосоматик бузилишларнинг ўзига хослиги ва қонунчилиги, климактерик даврда артериал гипертензиядан азият чекаётган аёлларнинг ҳаёт сифати даражасини янада ўрганишни талаб этади.

I боб бўйича хулосалар

Ушбу йўналишда кўп сонли ишларнинг олиб борилаётганлигига қарамай, Артериал гипертензиянинг клиник-функционал хусусиятлари, постменопауза давридаги аёлларда Артериал қон босимнинг ўзгаришига таалуқли бўлган маълумотлар етарли эмас. Шахсиятнинг ўзига хослиги, шунингдек климактерик даврда рухий бузилишларнинг ривожланиши

Артериал гипертензиянинг юзага келиши ёки унинг тез суръатларда зўрайишига олиб келади. Бундан ташқари, сўнгги йиллардаги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, юрак-қон томир касалликларининг ривожланиши ва прогнозини белгилайдиган, тарқалганлиги Артериал гипертензия билан касалланган беморларда 55-70% ни ташкил қиладиган, хавотир-депрессив бузилишлар, муҳим омиллар бўлиб ҳисобланади [61, 108]. Бирок психосоматик бузилишларнинг ўзига хослиги ва қонунчилиги, климактерик даврда артериал гипертензиядан азият чекаётган аёлларнинг ҳаёт сифати даражасини янада ўрганилишини талаб этади [9, 63, 102].

Ушбу муаммога бағишланган, даволаш жараёнида таълим дастурларининг самаралилигини ёритиб берувчи, кўп сонли тадқиқотларнинг бўлишига қарамай, ҳозирча унинг яхлит кўринишини яратишга эришилмади.

Кўзга ташланувчи хулқий феноменлар ортида ётувчи комплайнс (даволанишга жалб қилиниш) билан боғлиқ механизмлар амалда яхши ўрганилмаган.

Чоп этилган маълумотлар тарқоқ ва кўп жиҳатдан бир-бирига зид.

II БОБ. МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

2.1. Клиник кузатувлар характеристикаси

Постменопауза давридаги Артериал гипертензия билан касалланган Юнус обод туманидаги поликлиника ҳисобида турган 50 та аёлнинг текширув маълумотлари тадқиқотга асос қилиб олинган.

Мақсад ва олдинга қўйилган вазифаларга мувофиқ текширув дизайни Артериал гипертензиядан азият чекаётган беморларни танлашга асосланган. Артериал гипертензиянинг босқичлари Умумроссия кардиологларнинг илмий жамияти (2008), Артериал қон босимининг ошиш даражаси эса ESH/ESC (2007) экспертлари тавсияларига мувофиқ ўрнатилди.

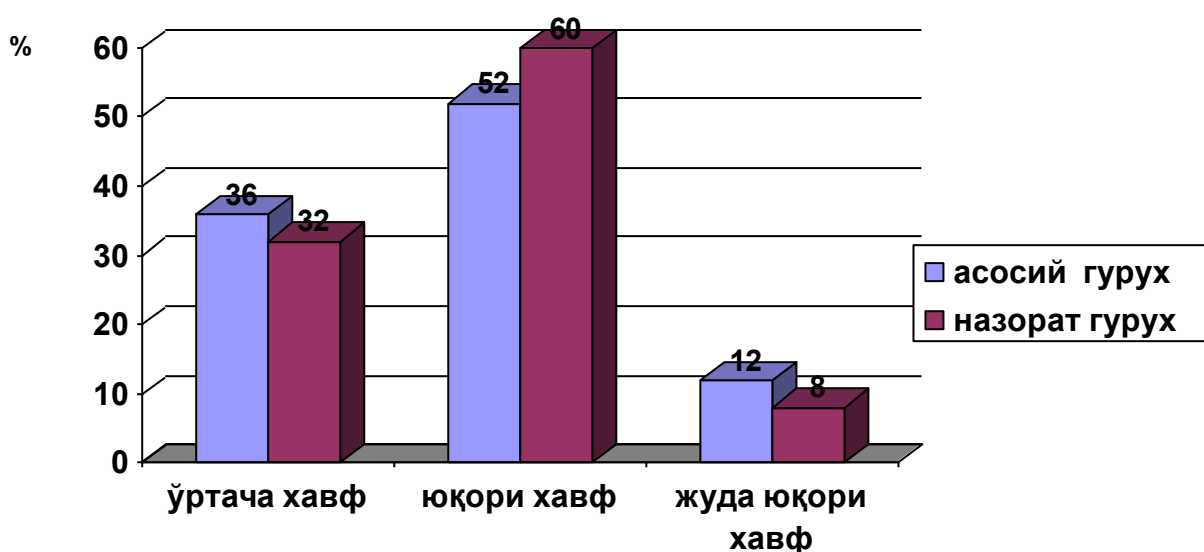
Аёлларнинг ўртача ёши $52,5 \pm 0,9$ ни ташкил қилди. Артериал гипертензия билан касалланиш давомийлиги ўртача $7,9 \pm 0,8$ йилни ташкил этди.

Беморлар асосий клиник ва лаборатор-клиник кўрсаткичлари бўйича ўхшаш бўлган икки гуруҳга бўлиндилар. Асосий гуруҳга “Аёл қалби” мактабида ўқув курсини ўтган 25 та аёл (асосий гуруҳ) киритилди. Таққослаш гуруҳига эса таълим дастурида иштирок этмаган ва поликлиника шароитида анъанавий усул билан даволанган 25 та аёллар олинди. АГ нинг I даражаси 24 та беморда (48%), II - 26 та беморда ташхисланган (52%). Касалликнинг кризли кечиши ҳолатлари кузатилган беморлар тадқиқот гуруҳига киритилмади.

Асосий гуруҳда юрак-қон томир асоратлари ривожланишининг ўртача хавфи 9 та (36%) , юқори - 13 та (52%), жуда юқори - 3 та (12%) кузатувда аниқланган, таққослаш гуруҳида эса - мос равишда 8 та (32%), 15 та (60%) ва 2 та кузатувда (8%) аниқланди (2.1.- расм).

Беморларнинг репродуктив функцияларини ўрганиш шуни кўрсатдики, иккала текширилаётган гуруҳларда анамнезида туғруқлар (93,9%), абортлар (80%) ва бола ташлашлар (20%) бўлган аёллар бир хил частотада учраган.

Йўлдош касалликларнинг учраш частотаси таҳлил қилинганда шу нарса маълум бўлдики, иккала гуруҳда ҳар учинчи беморда функцияси бузилмаган қалқонсимон безнинг диффуз катталашганлигининг белгиларига эга бўлган ва сурункали аднексит, ҳар тўртинчи беморда оёқ томирларининг варикоз касаллиги аниқланган.



Расм. 2.1. Юрак-қон томир асоратлари ривожланишининг хавфи бўйича постменопауза давридаги АГ билан текширилган аёлларнинг тақсимланиши

Постменопауза давридаги аёлларнинг 40% ида бачадон миомаси, 20% ида сурункали эндометрит ва бачадон бўйни эрозияси аниқланган. 74% беморларда умуртқа поғонаси остеохондрози учраган.

Сурункали ошқозон ичак тракти касалликлари 72% аёлларда аниқланган, сурункали пиелонефрит - 70% ни ташкил қилган.

Климактерик даврнинг бошланиши билан текширилаётган аёлларда Артериал гипертензия кечишининг ёмонлашиши кузатилган: эрта самарали

антигипертензив терапия фонида Артериал қон босимининг мақсадли даражасига эришилмаган ва вегетатив бузилишлар симптомлари қўшилган.

2.2. Текширув усуллари

Ишнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ қуйидаги текширув усуллари танланди:

- анамнестик: анамнез йиғилаётганда қуйидаги омилларга эътибор қаратилди: Юрак ишемик касаллиги ва Артериал гипертензиянинг хавф омилларига, касаллик бўйича наслий мойилликнинг бор ёки йўқлиги, чекиш, йўлдош патологиянинг бор ёки йўқлиги, шифохонагача бўлган босқичда фармакотерапия;
- умумклиник: шикоятлар тахлили, физикал текширув, антропометрик кўрсаткичларни ўлчаш (тана вазни индексини (ТВИ) аниқлаш, бел айланаси (БА) ва сон айланасини (СА) ўлчаш ёрдамида ёғнинг тақсимланганлик характери ва БА нинг СА га нисбати аниқланди), АҚБ ва юрак қисқариш частотасининг (ЮҚЧ) қиймати;
- инструментал: ЭКГ текширув, электрокардиограмма кўрсаткичлари тахлили;
- психологик текширув: депрессияни мойилликни аниқлаш - Д. Бернс психологик тести; хавотирликни текшириш - Спилбергер психологик тести.
- статистик текширувлар.

Ишнинг мақсадига мувофиқ замонавий ўқитиш технологияларни ўзида мужассам этган “Аёл қалби” мактаби ташкил этилди ва амалиётда татбиқ этилди.

Антропометрик текширув

Антропометрик текширув бўй, вазн, тана вазни индексини ўлчашни ўз ичига олган.

Текширилаётганларнинг бўйи оёқ кийимсиз турган ҳолатда 0,5см гача аниқлик билан ўлчанди, вазни стандарт тарозиларда аниқланди.

ТВИ тана вазнининг(кг) бўйга нисбатида (м²) ҳисобланди. Тана вазни индексининг 25 кг/м² дан катта бўлган қиймати ортиқча тана вазни деб ҳисобланади. Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (БЖССТ) тавсияларида ТВИ 21 кг/м² га тенг ва ундан юқори бўлганда сурункали касалликларнинг юзага келиш хавфи ўсиб бориши кўрсатилган.

Артериал қон босимини ўлчаш усули

Тонометр билан систолик ва диастолик артериал қон босимини (АҚБ) билвосита аускультация ёрдамида ўлчаш усулини қўлладик.

Керакли шароит ва анжомлар: тонометр (стандарт манжета кенглиги 12 см, семиз беморлар учун 18 см, болалар учун унинг ёшидан келиб чиққан ҳолда манжета кенглиги танланади), фонендоскоп. Артериал қон босимини (АҚБ) ўлчанишидан олдин бемор адреностимуляторларни қўллаши мумкин эмас, ҳамда 30 – 60 дақиқа ичида чекмаслиги ва таркибида кофеин бўлган ичимликларни (кока-кола, қахва, какао, чой ва бошқалар) ичмаслиги лозим. АҚБ бемор 5 дақиқа тинч ҳолатда ўтирганидан сўнг ўлчаниши ва у қулай шароитда бўлиши лозим.

Артериал қон босими — қон томир тизими ишини характерловчи муҳим кўрсаткич ҳисобланади. Қон босимини юракдан вақт бирлигида отилаётган қон ҳажми ва томирларнинг қаршилиги белгилаб беради. Қон юрак ҳосил қиладиган томирлардаги босим градиентининг таъсири остида ҳаракатланганлиги учун, унинг энг юқори босими юракдан чиқиш жойида (чап қоринчада), бундан сал пастроғи артерияларда, капиллярларда ундан ҳам паст, энг паст эса веналарда ва юракка киришда (ўнг бўлмачада) бўлади. Юракдан чиқаверишда аорта ва катта артериялардаги босим кам фарқ қилади (5 – 10 мм сим.уст), чунки ушбу томирларнинг диаметри катта бўлгани учун гидродинамик қаршилиги паст. Худди шу зайлда катта веналар ва ўнг бўлмачадаги босим ҳам кам фарқланади. Қон босимининг энг кўп пасайиши кичик томирларда: артериолалар, капиллярлар ва венулаларда юз беради.

Юқоридаги рақам — систолик артериал босим бўлиб, юрак сиқилиб қонни артерияларга отиб берган пайтда артериялардаги қон босимини

кўрсатади. Пастки рақам — диастолик босим бўлиб, юрак мушагининг бўшашиши вақтида артериялардаги босимни кўрсатади. Диастолик босим — бу артериялардаги энг кам босимдир. Қон томирлар бўйлаб ҳаракатланган сайин қон босими ўзгаришининг амплитудаси пасайиб боради, веноз ва капилляр босимларнинг юрак циклининг босқичларига боғлиқлиги кам.

Соғлом одамда артериал қон босимининг кўрсаткичи одатда (систолик/диастолик) 120/80 мм сим. уст.га тенг, катта веналардаги босим эса нолдан бир неча мм.сим.уст га паст (атмосфера босимидан паст). Систолик ва диастолик артериал қон босимлари орасидаги фарқ (пульс босими) меъёрида 30 – 60 мм сим.уст.ни ташкил этади.

Артериал қон босимнинг (АҚБ) “ёлғондакам” кўтарилишига олиб келувчи куйидаги бир неча сабаблар мавжуд: семириш, «ташриф гипертонияси», елка артериясининг склерози (катта ёшдагиларда).

Стандарт манжета ишлатилганда Артериал қон босиминини (АҚБ) ўлчаш натижаларининг елка диаметрига боғлиқлик даражасини ҳисобга олиш лозим. Шунинг учун Артериал қон босимини ўлчашда беморни елкасининг ўлчамлари ва ёшидан келиб чиқиб манжета танлаш муҳим аҳамиятга эга. Болаларда ва жуда озиб кетган беморларда стандарт манжетанинг ишлатилиши кўрсатишларнинг пасайишига олиб келади, чунки ҳаво босими артериал қон томирни тўлиқ қисиб қолади. Аксинча мушаклари яхши ривожланган беморларда эса, қисқа ва ингичка манжета ёрдамида унинг қалин тўқималари орасидаги елка артериясини сиқиш қийин бўлганлиги сабабли, ортиқча босим ҳосил қилиш лозим бўлади. Кўрсатиладиган босим ҳақиқийсидан юқорироқ бўлиб чиқади. Одатда манжетанинг газмол қопламаси ичида жойлашган резинали қопчанинг ўрта қисмини елка артериясига жойлаштириш кераклигига кам эътибор берилади. Кўпгина замонавий асбобларда ушбу қисмда белги қилиб қўйилган ва ушбу белгини тўғри жойлаштириш ҳақида қўлланма илова қилинган.

ЭКГ текширувини ўтказиш

Стандарт ЭКГ ESH/ESC 2007 тавсияларига мувофиқ ҳар бир беморда 12 каналли электрокардиограф ёрдамида бажарилди.

Электрокардиография – миокарднинг деполяризацияси ва реополиризациясида юзага келувчи юракнинг электр ҳаракатлантирувчи кучининг регистрацияси усули.

Электрокардиограммани ёзиш учун бир каналли (ЭКПСЧ-3 «Малыш») ёки кўп каналли (ЭЛКАР, 6 НЕК, «Мингограф») аппаратлар системаси) аппаратлардан фойдаланилади. Электрокардиограмма беморнинг танаси юзасидан юрак ишлаганда юзага келувчи электрик жараёнларнинг график регистрациясини аниқлайди.

Стандарт тармоқларни ҳосил қилиш учун электродлар оёқ ва қўлларга ўрнатилади. Уларга тегишли белгиланган симлар уланади: ўнг оёққа қора ранг (ерга уланган сим), чап қўлга сариқ рангли; чап оёққа яшил рангли; ўнг қўлга қизил рангли.

Стандарт тармоқлар қуйидаги электродларнинг жуфт бўлиб уланишида қайд қиладилар:

- I. Тармоқ – чап қўл (+) ва ўнг қўл (-)
- II. Тармоқ – чап оёқ (+) ва ўнг қўл (-)
- III. Тармоқ – чап оёқ (+) ва чап қўл (-)

Бу ерда (+) ва (-) белгилар билан гальванометрнинг (+) ёки (-) полюсларига электродларнинг мос равишда уланиши белгиланган, яъни ҳар бир тармоқнинг (+) ва (-) кўрсатилган. Учала стандарт тармоқларда Электрокардиографиянинг барча элементлари орасида стандарт тармоқлар тизимининг электрофизиологик шароитини акс эттирувчи доимий равишдаги миқдорий муносабат мавжуд : I ва III тармоқлар тишчалари қийматининг алгебраик йиғиндиси II тармоқ шу тишчасининг қийматига тенг.

Электрокардиография (ЭКГ) тахлилини ўтказиш ва уни баҳолаш учун олдиндан тишчалар, ЭКГ қисмлари ва интервалларининг аниқ ўлчовини олиб бориш зарур. Бунда ўлчов ва ҳисоблашда кетма-кетликка риоя қилиш муҳим.

Аввал Электрокардиографияда назорат милливольти амплитудасини аниқлаб олиш керак. ЭКГ қоғоз тасманинг 50 мм/сек тезлигида олинади, агарда бошқа тезликда олинса тасмада шу нарса белгилаб қўйилади. Тасманинг ҳаракат тезлиги 50 мм/сек ни ташкил қилса 1 мм 0,02 сек. га , 25 мм/сек тезликда 1 мм - 0,04 сек, 100мм/сек тезликда 1 мм - 0,01 сек. га тенг.

Амалиётда сегментлар, интерваллар, тишчаларнинг давомийлигини (кенглиги) ни аниқлаш учун юпқа тиниқ линейка ёки чизма ўлчовидан фойдаланилади.

Электрокардиографиянинг қуйидаги элементлари ва комплексларининг давомийлиги албатта ўлчаниши лозим: Р тишча, P-Q, QRS, (жадвал 2), алоҳида Q тишча, Q - Т (QRST).

P₁ тишча, P-Q интервали, электик систола (Q - Т) нинг давомийлигини ўлчаш учун кўпинча II тармоқдан фойдаланилади, у ерда одатда энг катта Р тишча регистрация қилинади ва Т тишча аниқ кўрсатилган. Кўкрак отведенияларида Т тишча V тишча устига тушади ва бунда Q - Т интервалининг давомийлигини аниқлашни қийинлаштиради. Синусли тахикардия ҳам шундай қийинчиликка учраш мумкин, бунда Р тишча олдинги юрак циклидаги Т тишчага яқинлашади. Бундай ҳолатларда Q - Т интервалининг давомийлигини V тишча энг кам амплитудага эга бўлган давомийлиги билан таққослаш тавсия этилади. QRS комплексининг давомийлигини ўлчаш энг кенг бўлган V_{1,2,3} кўкрак тармоқларининг бирида олиб бориш мақсадга мувофиқ.

Q - Т интервалини ўлчаш унинг давомийлиги энг бўлган тармоқда олиб борилади. Топилган Q – Т давомийлигини баҳолаш учун уни талаб этилган қиймат билан таққосланади ва қуйидаги формуладан фойдаланилади:

$$Q - TD = K \sqrt{RR}$$

к=0,39 янги туғилган чақалоқлар учун

к=0,38 болалар ва эркаклар учун

к=0,40 аёллар учун.

Бунинг учун топилган (фактли) Q – T қиймати ёнига қовус ичида ўнг томонда талаб этилган Q – T интервали давомийлиги тегишли RR да ёзиб қўйилади. Масалан:

$$Q - T_{ф} = 0,30 \text{ (RR=0,58" да т.э.=0,28")}$$

Нормада фактли қиймат ва талаб этилган қиймат орасидаги фарқ 0,04" дан ошмаслиги лозим. Қоринчалар электрик систоласининг (Q-T) бутун юрак цикли давомийлигига фоизли нисбатини намойиш қилувчи систолик кўрсаткични (СК) ҳисоблаб чиқиш мумкин.

$$СП = \frac{Q - T}{RR} \cdot 100\%$$

Психологик тестлари

Депрессияга мойилликни аниқлаш Д. Бернс (1995) психологик тести. Бу текширув яширин кечаётган депрессияни аниқлаш учун мўлжалланган. Текширилувчи берилган рим рақамидаги саволга жавоб белгилайди

«Хавотирликни текшириш» Спилбергер тести. Шахсиятнинг хусусияти сифатида хавотирликни ўлчаш айниқса муҳим, чунки бу хусусият кўп жиҳатдан субъект хулқини таъминлайди. Хавотирликнинг маълум даражаси – шахснинг табиий ва албатта бўлиши лозим бўлган хусусияти. Ҳар бир инсонда ўзининг оптимал ёки мақбул хавотирлик даражаси мавжуд – бу фойдали хавотирлик деб аталади. Шу нуқтаи-назардан ўз ҳолатини инсон томонидан баҳоланиши унинг учун ўз-ўзини назорат қилиш ва ўз-ўзини тарбиялашнинг аҳамиятли компоненти бўлиб ҳисобланади.

Шахс хавотирлиги остида субъектнинг хавотирликка бўлган мойиллигини акс эттирувчи турғун индивидуал характеристикаси ётади. Мойиллик сифатида шахс хавотирлиги инсон томонидан ўзини баҳолаш учун хавотирли деб қабул қилинган маълум стимулларни ўзлаштирганда фаоллашади. Ситуатив ёки реактивли хавотирлик ҳолат сифатида субъектив бошдан кечирган эмоциялар билан характерланади: зўриқиш, хавотирлик, ташвишланиш, асабийлашиш. Бу ҳолат стресс вазиятларга эмоционал

реакция сифатида юзага келади ва интенсивлиги бўйича турлича бўлиши мумкин.

Юқори хавотирлилик категориясига кирувчи шахслар хавотирликнинг ўта ифодаланган ҳолати билан таъсирланадилар. Агар психологик тест шахс хавотирлигининг юқори кўрсаткичларини кўрсатса, айниқса унинг компетенцияси ва нуфузини баҳолашга таалукли бўлса, у ҳолда беморда турли-туман вазиятларда хавотирлиликнинг пайдо бўлиши мумкинлигини тахмин қилади.

Хавотирлик ва шахс хусусиятини дифференциал ўлчашга ёрдам берувчи ягона усул Ч. Д. Спилбергер томонидан таклиф қилинган усулдир. Унинг рус тилидаги шкаласи Ю.Л.Ханин томонидан мослаштирилган (1-илова).

“Аёл қалби “ – мактаби

“Аёл қалби “ – мактаби ўзида маълумот берувчи замонавий технологияларни мужассамлаштирган дастур бўлиб, бу дастур 10 та дарсдан иборат бўлган. Дастурнинг асосий вазифаси бу беморларни даволашга нисбатан йўналтиришга, касаллик ҳақида тиббий билим савиясини оширишга бўлган қизиқишини уйғотиш, хаёт тарзи сифати ва дориларни доимий қабул қилишда ўзини ўзи бошқаришни ўргатишдан иборатдир. Дарс 90-120 мин 15-20 дақ ҳафтасига 1 марта шанба куни ўтказилган. Дарс давомида интерфаол ўйинлар, интерфаол такдимотлар ўтказилган ва тарқатма материаллар берилган. Биринчи ва охири дарсда аёлларнинг билим савиясини текшириш мақсадида аноним саволномалар ўтказилган ва тахлил қилинган.

1- дарс - Гуруҳ билан танишув, мактабда ўқитишнинг зарурлиги , анкеталаш ўтказилади. Асосий диққат марказини Артериал гипертензия (АГ) нима, Артериал қон босимини (АҚБ) бошқариш йўллари. Артериал гипертензиянинг (АГ) хавф омиллари ҳақида маълумот берилади.

2- дарс – Артериал гипертензиянинг (АГ) асоратлари гипертоник криз, инфаркт миокарди, бош мия қон томирлари инсулти ҳақида маълумот.

Артериал қон босимини (АҚБ) ўлчаш техникаси, пульс частотасини ўлчаш, ўзини бошқариш учун анкета юритишни ўргатиш.

3- дарс – Артериал қон босимини кўтарилишига сабчи омиллар ва улардан халос бўлиш йўллари. Артериал гипертензияни (АГ) номедикаментоз даволаш. Ортиқча тана вазни- юрак қон томир касалликларидаги асосий омили сифатида. Тана вазнини назорат қилиш. Семизлик даражалари. Тана вазни индексини аниқлаш (ТВИ).

4- дарс- Артериал гипертензия (АГ) ва семизликда рационал овқатлантириш йўллари. Ош тузи одам организмига таъсири ва натрий хлоридининг Артериал қон босими (АҚБ) кўтарилишига таъсири.

5- дарс- Даволовчи жисмоний тарбиянинг Артериал гипертензиядаги (АГ) ахамияти. Кунлик физик юкламани назоратлаш. Машғулотларнинг бажариш тартиби.

6- дарс- АГ ни медикаментоз даволаш асослари. Гипотензив даво ҳақида маълумот ва тушунча. Мақсадли Артериал гипертензия (АГ) (140/90 мм.сим.уст дан паст) ҳақида маълумот.

7- дарс- Гипертоник криз кўринишлари ва келтириб чиқарувчи факторлар ҳақида маълумот. АҚБ нинг ўткир кўтарилишида ўз ўзига ёрдам бериш ва шахсий аптекасига эга бўлиш.

8- дарс- Дарс давомида олинган билим ва кўникмалар ривожлантириш ва қайта ишлаш. Артериал қон босимини (АҚБ) амбулатор кунлик назорати ва унинг Артериал қон босими (АҚБ) кўтарилишидаги ахамияти ҳақида маълумот.

9- дарс- беморлар билан биргаликда юритилган кундаликлар баҳолаш. Беморларни ўқитиш программасидан сўнг қайта Артериал гипертензия (АГ) хавф омиллари, олиб бориш ва даволаш йўллари юзасидан қайта анкетлаш ўтказиш.

10- дарс- сўнги дарсда Артериал гипертензиянинг (АГ) психологик сабабларига, стресс ҳолатларида ўзини ўзи бошқариш усуллари ўргатилади. Дарс бошланишидан олдинги ва сўнги натижалар солиштирилади.

Нисбий равишда амалий машғулотлар 7та этапга бўлинади. 1- (10мин) кириш (мавзу долзарблиги, уйга вазифани текшириш) 2- (35мин) мавзуни ёритиш, 3-чи 20-25 мин танаффус , 4- (30мин) амалий кўникмалар тахлили . 5-(15мин) қайта боғланув, 6- (10мин) маш-улот натижалари, методик материаллар тарқатиш, 7- (5мин) саволларга жавоб берилади.

Аёллар учун бир қатор аниқ маслаҳатлар:

- Хаёт тарзингизни ва унга бўлган муносабатингизни ўзгартиринг – салбий нарсаларга эътибор берманг ва ижобий туйғуларга диққатингизни қаратинг
- Чекишни камайтиришга ҳаракат қилинг, иложи бўлса бу зарарли одатдан воз кечинг, чунки чекиш айниқса терида, қариш жараёнини тезлаштиради. Шунингдек, юрак – томир касалликларини ривожланиш омилларини сунъий равишда кўзгатади.
- Ўз вазнингизга эътибор беринг ва кўп овқатланманг.
- Овқат рационада хайвонлар оқсилени (гўшт) камайтиринг ва кўпроқ ўсимликдан олинадиган маҳсулотларни (сабзавот ва мевалар) балиқни истеъмол қилинг.
- Менопауза бошланиши билан организмда остеопарозга олиб келувчи кальций таркиби камаяди, шунинг учун таркибида кальций мавжуд бўлган овқатлардан , сут ва сут маҳсулотларидан (қаттиқ пишлок, кунжут,сельдерей, ва холва) ва хоказолардан фойдаланинг. Климактерик даврда кальцийнинг аёл организмига келиб тушишининг тавсия этилган нормаси –кунига 1500 мг .
- Жисмоний фаолликни оширинг, кўп ҳаракат қилинг, чунки кам ҳаракат қилиштарзи вазни ошишига ва семиришга олиб келади. Бир ҳафтада 2 –3 маротаба сузиш, югириш, жисмоний машқлар, ва хоказолар билан шуғулланинг.
- Кўпроқ ухланг , чунки уйқу вақтида организм кучлари тикланади ва асабийлашиш омилларининг оқибатлари йўқолади.

Аёл қалби мактабида ўқитиш сифатини баҳолаш

Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган беморлар мактаби фаолиятини таҳлил қилиш уларнинг тиббий-ижтимоий ва иқтисодий самарадорлигини ишонарли тарзда кўрсатиб берди. Кўникмаларнинг шаклланиши ва шифокор тавсияларини онгли бажаришга имкон туғдирувчи фаол шакллардан фойдаланган дастур бўйича ўқитиш илгари маълум бўлганлардан принципиал фарқ қилади.

Янги технология касаллик юзага келганда нафақат тиббий ёрдамни кўрсатишга(симптоматик ва патогенетик даво), балки касаллик прогнозига таъсир кўрсатувчи хавф омилларини коррекция қилишга ҳам имкон яратади.

Шу нарса муҳимки, реал амалиётга ушбу технологияни киритиш ва унинг самарадорлигини баҳолашда, биринчи навбатда Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган беморлар контингентларининг хусусиятларини ва кузатув муддатларини ҳисобга олувчи, дифференциацияланган ҳолда ёндошиш зарур.

2.3. Текширувнинг статистик усуллари

Олинган маълумотларга EXCEL пакетида ишлаб чиқилган Pentium-4 персонал компьютерида статистик функциялар библиотекасидан фойдаланган ҳолда, ўрта арифметик қиймат (M), стандарт хато (m), нисбий қиймат (частота,%), Стъудент мезонлари (t), эҳтимолий даражаси (P) ни ҳисоблаш билан статистик ишлов берилди.

Ўрта қийматларнинг фарқлари даражаси $P < 0,05$ бўлганда ишончли деб ҳисобланди. Бунда клиник ва лаборатор текширувлари натижаларини статистик ишлови бўйича мавжуд кўрсатмаларга ёндошилди.

Маълумот берувчи технологияларнинг самарадорлигини аниқлашда нисбий хавф (relative risk - RR) кўрсаткичи ҳисобланди [45]. Нисбий хавф кўрсаткичи касалликни ўрганишда қўлланилган омилни асосий гуруҳга таъсир этиши (I_e) ва айнан шу омилни таққослаш гуруҳига таъсир

этмаганлиги (I_o) да аниқланади. Нисбий хавфни тахлили омилнинг таъсири асосида чиқарилади ва қуйидаги формула асосида нисбий хавф аниқланади:
 $RR = I_e/I_o = C I_e/C I_o = [a/(a + b)]/[c/(c + d)]$.

Бу кўрсаткичда систематик фарқи бўлмаган маълумотларнинг ишончли эканлигини билдиради. Олинган маълумотларни «2*2» жадвал кўринишида кўриш қулайроқ бўлиб уни яна тўртбўлимли (тетрахорик) ёки ҳолатлар жадвали деб ҳам номланади. «2*2» деб номланишига сабаб жадвал 2 та қатор ва 2та сатрдан иборатдир. Бунда касалликнинг у ёки бу комбинациядаги таъсир ва касалликка таъсир этувчи омилнинг бор йўқлигига мос равишда кузатув сонлари a, b, c, d харфлар кўринишида бўлади.

	Самарадорликнинг мавжудлиги		Жаъми
	Ха	Йўқ	
Бўлган	a	b	a+b
Бўлмаган	c	d	c+d
Жаъми	a+c	b+d	a+b+c+d

Жадвалнинг сатр ва қаторлардаги кузатувлар йиғиндиси:

$a+b$ = Умумий кузатувлар сони, омил таъсири бўлган,

$c+d$ = Умумий кузатувлар сони, оми таъсири бўлмаган

$a+c$ = Умумий кузатувлар сони, таълим олишнинг эффе́ктивлиги

$b+d$ = Умумий кузатувлар сони, таълим олишнинг ноэффе́ктивлиги.

Корреляцион тахлил Кендалл бўйича ўтказилди [45]

II боб бўйича хулосалар

Постменопауза давридаги Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган 50 та аёлнинг текширув маълумотлари тадқиқотга асос қилиб олинган. Аёлларнинг ўртача ёши $52,5 \pm 0,9$ ни ва Артериал гипертензия (АГ) билан касалланиш давомийлиги ўртача $7,9 \pm 0,8$ йилни ташкил қилди.

Беморлар асосий клиник ва лаборатор-клиник кўрсаткичлари бўйича ўхшаш бўлган икки гуруҳга бўлиндилар. Асосий гуруҳга аёл қалби мактабида ўқув курсини ўтган 25 та аёл (асосий гуруҳ) киритилди. Таққослаш гуруҳига таълим дастурида иштирок этмаган ва оилавий поликлиникада анъанавий усул билан даволанган 25 та аёл олинди. (таққослаш гуруҳи). Артериал гипертензиянинг (АГ) I даражаси 24 та беморда (48%), II - 26 та беморда ташхисланган (52%). Касалликнинг кризли кечиши ҳолатлари кузатилган беморлар тадқиқот гуруҳига киритилмади.

Асосий гуруҳда юрак-қон томир асоратлари ривожланишининг ўртача хавфи 9 та (36%) , юқори - 13 та (52%), жуда юқори - 3та (12%) кузатувда аниқланган, таққослаш гуруҳида эса - мос равишда 8 та (32%), 15 та (60%) ва 2 та кузатувда (8%) аниқланган.

Ишнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ қуйидаги текширув усуллари танланди: - анамнестик: анамнез йиғилаётганда қуйидаги омилларга эътибор қаратилди: Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва Артериал гипертензиянинг (АГ) хавф омилларига, касаллик бўйича наслий мойилликнинг борлиги ёки йўқлиги, чекиш, йўлдош патологиянинг бор-йўқлиги, шифохонагача бўлган босқичда фармакотерапия; - умумклиник: шикоятлар тахлили, физикал текширув, антропометрик кўрсаткичларни ўлчаш аниқлаш, бел айланаси (ва сон айланасини ўлчаш ёрдамида ёғнинг тақсимланганлик характери ва БА нинг СА га нисбати аниқланди), АҚБ ва юрак қисқариш частотасининг (ЮҚЧ) қиймати; - инструментал: ЭКГ текширув, электрокардиограмма кўрсаткичлари тахлили; - психологик текширув: депрессияни ташхислаш - Д. Бернс психологик тести; хавотирликни текшириш - Спилбергер психологик тести. - статистик текширувлар.

III БОБ. ШАХСИЙ ТЕКШИРУВЛАР НАТИЖАЛАРИ

3.1. Постменопауза давридаги аёлларда артериал гипертензиянинг ўзига хос кечиши

Текширувга киритилган аёллар турли даражадаги артериал гипертензияга эга бўлганлар: 48% (n=24) аёлларда 1 даражадаги АГ, 52% (n=26) да эса 2 даражадаги АГ ташхисланган.

САҚБ нинг бирламчи ўрта даражаси $155,2 \pm 0,98$ мм. сим. уст., ДАҚБ нинг бирламчи ўрта даражаси $89,8 \pm 1,4$ мм. сим. уст. ни ташкил қилган.

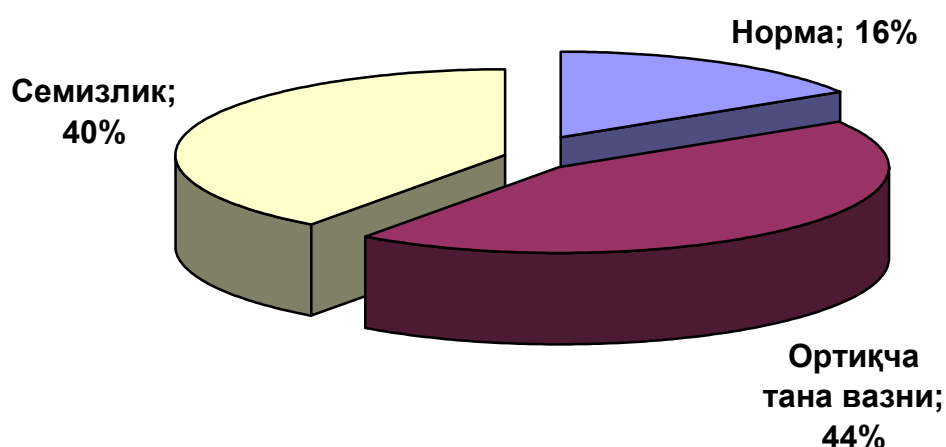
Гипертоник анамнезнинг ўртача давомийлиги $7,9 \pm 0,8$ йил, постменопаузанинг ўртача давомийлиги $4,6 \pm 1,7$ йилни ташкил қилган. Климактерик синдром 24% аёлларда ташхисланган бўлиб, улардан 2 тасида энгил кечиши, 10 та аёлда эса ўрта оғир кечиши кузатилган.

Ортиқча тана вазн, наслий мойиллик ва чекиш каби юрак-қон томир асоратлари хавф омилларининг тарқалганлигининг баҳоланиши ўтказилган. Бу кўрсаткичлар адабиётлар таҳлили билан мос келади. Аниқланишича, ортиқча тана вазни гиперхолестеринемия, артериал гипертензия, қандли диабетни келтириб чиқаради. Хар бир килограмм ёғ тўқимаси ўзи билан 15 км қўшимча майда қон томирни қамраб олади.шунинг учун қон хам бу қон томирлардан ҳаракатланишиучун шунча юқори босим зарур бўлади.

Статистик маълумотларга кўра: тана вазни норма чегарасидан 20 % юқори инсонларда нормал тана вазнли инсонларга қараганда 5 баробар кўп артериал гипертензия билан касалланиши аниқланди. Касалликнинг ортиқча тана вазн сабабли юзага келиш частотаси эркакларда 70%ни, аёлларда 61%ни ташкил этиши аниқланди. Тамаки тутини таркибий қисмлари қон таркибига тушиб қон томирлари спазмини юзага келтиради. Тамаки таркибий қисмлари қон томирлар деворини механик жароҳатлаб кейинчалик

атеросклеротик пилакча шаклланишига олиб келади. Тамаки сабабли кон босимининг кўтарилиши тахминан 30 дақиқа баланд кўрсаткичларда сақланади.

Барча текширилган аёллар орасида семизлик ҳақида далолат берувчи Тана вазни индексининг 26 кг/м^2 дан кўп бўлиши $84 \pm 5,2\%$ ҳолатларда аниқланган (расм. 3.1).



Расм. 3.1. Текширилган аёллар орасида ТВИ кўрсаткичлари

Семизликнинг абдоминал турининг сезгир мезони бўлиб ҳисобланган бел ва сон айланаси кўрсаткичларини баҳолашда унинг ошиши $66 \pm 6,7\%$ беморларда аниқланган.

Барча текширилган 50 та аёл орасида чекувчилар $8 \pm 3,8\%$ ($n=4$), алкогольга ружу қўйганлар $6 \pm 3,3\%$ ($n=3$) ни ташкил қилган.

Қандли диабет, артериал гипертензия, ва юрак ишемик касаллиги бўйича наслий мойиллик $76 \pm 6,0\%$ ($n=38$) ни ташкил қилган.

Бу кўрсаткичлар адабиётлар тахлили билан мос келади. Аниқланишича, яқин қариндошлар орасида артериал гипертензия билан оғриган беморларда бошқа соғлом оилаларга нисбатан артериал гипертензия учраш частотаси ортади. Артериал гипертензия (АГ) билан оғрувчи беморларнинг болалари

бошқа болаларга нисбатан 3,5 баробар кўп мартаба гипертония билан оғришга мойил бўладилар.

Стресс гормони бўлган адреналин юракни тез уришига, қисқа вақт ичида кўп миқдорда қон хайдашга, ва натижада қон босимининг кўтарилишига олиб келишига олиб келади. Агарда стресс холатлари узок муддат давом этаверса доимий зўриқиш қон томирларни чарчашига ва қон босимини сурункали кўтарилишига олиб келади.

Бу даврда асаб тизими томонидан шикоятлар частотасининг юқори даражада эканлиги диққатни ўзига жалб қилади: сержаҳллилик ($80 \pm 5,6\%$, $n=40$), уйқунинг бузилиши ($82 \pm 5,4\%$, $n=41$). Бош оғриши ($84 \pm 5,2\%$, $n=42$) ва астения ($84 \pm 5,2\%$, $n=42$) кўп учраган. Жисмоний фаолликнинг пасайиши билан кечувчи астенизация ва депрессия, ва кўпинча ($70 \pm 6,5\%$, $n=35$) иштаҳанинг ошиши кузатилган.

Антигипертензион препаратларни $74 \pm 6,2\%$ ($n=37$) беморлар қабул қилганлар, бироқ фақат $16,2 \pm 5,3\%$ ($n=12$) да АҚБ $< 140/90$ мм. сим. уст. бўлган. $48,6 \pm 7,1\%$ ($n=18$) беморларда АҚБ даражаси $140/90 - 159/99$ мм. сим. уст., $18,9 \pm 5,5\%$ $n=7$ $160/100 - 179/109$ мм сим. уст. бўлган.

Бирламчи кўриқда Юрак қисқаришлари частотаси (ЮҚЧ), ўртача норманинг юқори чегараси учун характерли бўлган, дақиқасига $79,8 \pm 0,36\%$ мартани ташкил қилган. Юрак қисқаришлари частотасининг ошиши вегетатив асаб тизими симпатик бўлими тонусининг устунлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин.

$70,3 \pm 6,5\%$ аёлларда нафас частотаси норманинг юқори чегарасини ташкил қилган, ўртача қилиб олганда гурух бўйича дақиқасига $18,8 \pm 0,23\%$ мартани ташкил қилган.

Умуртқа поғонаси, асосан бел ёки кўкрак қисмидаги суяклардаги оғрик $48 \pm 7,1\%$ аёлларда аниқланган.

Адабиётларда келтирилишича, ош тузи одам организмида сувни ушлаб қолади, айланиб юрувчи қон хажмини оширади ва бу натижада қон томирлар зўриқишига ва қон босимининг ортишига олиб келади. Артериал

кон босимини ортишидан ташқари юз соҳаси ва оёқ қўлларда шишлар юзага келади. организмда сув ушланишининг яна бир белгиси бу тана вазнининг ортиши хисобланади.

Беморларнинг кўп қисмида натрий хлорга кучли сезгирлик аниқланган ва уни кўп миқдорда қабул қилганда юз ва қўл соҳасида шиш пайдо бўлади ёки кучаяди ($56 \pm 7,0\%$, $n=28$). Амбулатор карталари маълумотларига кўра $68 \pm 6,6\%$ аёлларда холестерин юқори даражада бўлган. Капилляр қонда глюкоза миқдорининг $5,5$ ммоль/л дан кўп бўлиши $14 \pm 5,2\%$ ($n=7$) аёлларда рўйхатга олинган.

Электрокардиография маълумотларига кўра $28 \pm 6,3\%$ ($n=14$) аёлларда постменопауза давридаги чап қоринча миокардининг гипертрофияси учраган. Шунинг учун бу аёллар постменопауза давридаги юрак-қон томири касалликлари ва асоратлари ривожланишининг юқори хавф гуруҳига киритилди.

Вегетатив асаб тизими одам организмидаги адаптация механизмларининг асосини ташкил этади. Вегетатив белгиларнинг эмоционал белгилар билан биргаликда келиши психовегетатив синдромни ташкил қилади.

Улар полисимптом характерга эга бўлиб гоҳида пароксизмлар билан кечиши мумкин. Баъзида полисистем вегетатив бузилишлар хуружлар кўринишида номоён бўлиб эмоционал (хавотир, депрессия, кўрқиш, агрессия) синдромлар билан бирга келиши мумкин.

Аёллик гормонларининг яъни эстроген протектив химоянинг камайиши постменопауза даврида вегетатив фаолиятнинг яъни симпатик тонуснинг ортиши симпатикотония томон силжишига олиб келади.

Аёлларда постменопауза давридаги вегетатив дисфункция энг кўп учрайдиган кўринишларига қуйидагилар кирди: юзнинг қизаришга мойиллиги ($92 \pm 3,8\%$, $n=46$), оёқ ва қўл бармоқларининг увушиши ($86 \pm 5,2\%$, $n=43$), ва кўп терлаш ($30 \pm 6,5\%$, $n=15$), ошқозон-ичак тракти функциясининг бузилиши ($80 \pm 5,6\%$, $n=40$), ишлаш қобилиятининг пасайиши ва тез чарчаш (

90±4,2% ҳолларда), уйқунинг бузилиши (98±1,9% аёлларда), иссиқни ва совуқни, ҳавонинг димлигини кўтара олмаслик (94±3,3% ҳолларда). 90±4,2% аёллар аҳволининг ёмонлашишини об-ҳавонинг ўзгариши билан боғлашган (жадвал 3.1).

Жадвал 3.1

**Постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларда
вегетатив дисфункция белгилари**

Вегетатив дисфункция кўринишлари	АГ билан касалланган аёллар сони	
	Абс.	%
Юзнинг қизаришга мойиллиги	46	92± 3,8%
оёқ ва қўл бармоқларининг увушиши	43	86± 5,2%
кўп терлаш	15	30± 6,5%
ошқозон-ичак тракти функциясининг бузилиши	40	80± 5,6%
ишлаш қобилиятининг пасайиши ва тез чарчаш	45	90± 4,2%
уйқунинг бузилиши	49	98± 1,9%
иссиқни ва совуқни, ҳавонинг димлигини кўтара олмаслик	47	94± 3,3%
об-ҳавонинг ўзгариши билан аҳволининг ёмонлашишини	45	90± 4,2%

Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёлларнинг ярмидан кўпларини юракни “ҳовучлаб ушлаб қолиши” ёки “тўхташ” ҳисси хавотир қилган, ҳаво етишмаслиги ҳисси ва нафас олишнинг қийинлиги кўринишидаги нафас бузилиши синдроми эса тахминан 2/3 ларда учраган.

Вегетатив бузилишлар белгиларини аниқлаш учун 80±5,6% (n=40) дан кўп аёлларда “томирли марварид”, дермографизмнинг бузилиши ва локал терлаш аниқланган.

Артериал қон босимининг (АҚБ) лабиллиги $80 \pm 5,6\%$ ($n=40$) аёлларда кузатилган. Пульс лабиллиги $76 \pm 6,3\%$ $n=38$ аёлларда аниқланган. Вегетоқонтомирли кризлар ва ҳушдан кетишга мойиллик $46 \pm 7,0\%$ $n=23$ аёлларда аниқланган.

Кўпгина аёллар «қуйилиб келувчи қизиш» га шикоят қилганлар. Яримдан кўп беморларда кунига 1 мартадан 10 мартагача, 7% да эса кунига 10 мартадан кўп кузатилган.

Шундай қилиб, олинган маълумотларга кўра, постменопауза давридаги аёлларда Артериал гипертензиянинг (АГ) клиник кечишининг ўзига хос белгилари аниқланди. Бунда аёлларда постменопауза давридаги артериал гипертензия кўпинча ортиқча тана вазни ва семизлик (44%, 40% мос равишда) билан бирга келди. 28% аёлларда чап қоринча миокарди гипертрофияси аниқланди. 56% беморларда натрий хлорга кучли сезгирлик аниқланган ва уни кўп миқдорда қабул қилганда юз ва қўл соҳасида шиш пайдо бўлган ёки кучайган. Юрак-қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик 76% аёлларда учради. 94,6% дан ортиқ аёлларда артериал гипертензия асоратли яъни постменопауза давридаги вегетатив дисфункция белгиларининг яққол намоёиши билан кечди. Юрак-қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик 76% аёлларда учради, Артериал гипертензиянинг (АГ) ривожланишида хавф омилларининг 7,1 мартаба ортишини таъминлади.

3.2. Постменопауза давридаги Артериал гипертензия билан касалланган аёлларда ҳаёт сифатининг ўзига хослиги

Яхши маълумки, менопаузанинг бошланиши аёлларда психоэмоционал бузилишлар билан кечади. Юрак-қон томир патологиясининг қўшилиши ушбу ўзгаришларни оғирлаштиради ва асоратлар билан кечишига олиб келади. Стандартлаштирилган саволномалар ёрдамида постменопауза давридаги аёлларда бош оғриғи, бош айланиши, хотиранинг пасайиши, уйқунинг бузилиши, хавотирликнинг ошиши, депрессиянинг ривожланиши ҳисобига ҳаёт сифатининг анча пасайиши аниқланган.

Депрессиянинг мавжудлиги ва унинг даражасини ҳамда яширин кечувчи депрессияни аниқлаш мақсадида “Депрессияга мойилликни аниқлаш” Д. Бернс (1995) тест маълумотлари таҳлил қилинди. Текширилувчи аёл ўзидаги бўлаётган кечинмаларини тест саволлари устида узоқ ўйланмасдан жавобларда белгилайди.

I. 0. Хеч қандай ҳолат менда тушқинликни чақирмайди.

1. баъзан мен тушқинликка тушаман.
2. мен доимо тушқунман ва буни тўхтата олмайман.
3. мен жуда бахтсиз ва тушқунман ва бу ҳолатларга қаршилик қила олмайман.

II

0. Мен олдинда қўрқувга тушмайман.

1. Мен олдиндан қўрқувга тушаман.
2. Мен келажакдан яхшиликни кутмайман
3. Мен биламанки келажак жуда қўрқинчли ва ҳеч нарса ўзгармас.

III

0. Менда омадсизликлар бўлмайди.

1. Мен ўйлайманки менда бошқаларга нисбатан омадсизликлар кўп кузатилади.
2. Келажакка боқибмен кўп омадсизликларни хис этаман.
3. Менимча мен жуда омадсизман.

IV

0. Мен ҳамма нарсадан борича роҳатлнман.

1. мен оддий нарсалардан роҳатлана олмайман.
2. мен ҳе нрсадан роҳатлана олмайман.
3. Мен ҳеч нарсадан кўнглим тўлмайди.

V

0. Мен айбдорлик хиссини сезмайман.

1. Мен ўзимни кўп муддат айбдор деб биламан.
2. мен узоқ вақт давомида кўпроқ айбдор деб биламан.

3. Мен доимо айбдорман.

VI

0. Мен жазоланганлигимни хис этмайман.

1. Мен жазоланишимни олдиндан сезаман.

2. Мен жазоланишимни кутаман.

3. Мен жазоланганлигимни хис этаман.

VII

0. Мен ўзимга ишонмайман.

1. Мен ўзимга ишонмайман.

2. Мен ўзимни ёмон кўраман.

3. Мен ўзимни яхш кўраман.

VIII

0. Мен ўзимни кимдирдан камлигимни хис этмайман.

1. Менда ўз хатти харакатларимга нисбатан айбдорлик хис қилмайман.

2. Мен доимо ўзимни хатоларимга нисбатан айбдор деб биламан.

3. Мен бўлаётган ходисада айбдорлигимни сезаман .

IX

0. Мен ўзимни ҳеч қачон ўлдиришга харакат қилмаганман.

1. Мен ўзимни ўлдиришни ўйлаганман лекин амалда қилмаганман

2. Мен ўзимни ўлдиришни хохлаганман.

3. Мен ўзимни ўлдирган бўлардим агарда аниқ хохласам.

X

0. Мен доимгига нисбатан хавотирланмайман

1. Мен ҳозир ҳар доимгидан ҳам кўпроқ хавотирдаман

2. Мен доимо ўйланаман.

3. Мен доимо йиғлайман лекин ҳозир хохласам ҳам қилолмайман.

XI

0. Мен оддадагидан кўра кўп таъсирланаман .

1. Мен оддатдагидан кўра кўп таъсирланаман

2. Мен доимо таъсирланганман.

3. Мен доимо таъсирланаман.

XII

0. Мен одамларга нисбатан қизиқишим йўқолмаган.

1. Мен одамларга қизиқишим камайган.

2. Мен одамларга нисбатан ката қизиқишимни йўқотганман .

3. Мен одамларга нисбатан умумий қизиқишимни йўқотганман.

XIII

0. Мен доимгидек қарор қабул қилади.

1. Мен доимгидан кўра узоқ муддат қарор қабул қиламан.

2. Мен доимгидан кўра қарор қабул қилишга қийналаман.

3. Мен умуман қарор қабул қила олмайман.

XIV

0. Мен доимгидан кўра кўринишим ўзгармаган.

1. Мен ўзимни доимгидан кўра жозибатор кўринмаслигим учун ташвишланаман.

2. Мен ҳар доимгига нисбатан ўзимни жозибатор деб биламан

3. Мен аниқ ёмон кўринишдаман .

XV

0. Мен доимгига нисбатан яхши ишляпман

1. Доимги ишим менга қўшимча ҳаракат талаб қилмоқда .

2. Мен нимадир қилишим учун ўзимни зўрлашим лозим.

3. Мен ишлай олмайман.

XVI

0. Мен доимгидек уйқим яхши .

1. Мен оддатдагидан кўра уйқим йомонлашган.

2. Мен ҳозирда 1 2 соат олдин туриб кейин ухлашга қийналаман.

3. Мен ҳозирда бир неча соат олдин туриб олиб кейин ухлай олмайман .

XVII

0. Мен доимгидан кўра чарчоқни сезмадим .

1. Мен тез чарчаяпман .

2. Мен хамма ишдан сўнг чарчаяпман.

3. Мен хамма нарсдан чарчадим.

XVIII

0. Мени иштахам доимгидек

1. Мен иштахам доимгидан кўра пасайган

2. Мени иштахам пасайган.

3. Мени умуман хеч нарса иштахамни очмайди .

XIX

0. Мен бир оз тана вазним камайганлигини сездим.

1. Мен 2, 5 кг тана вазнини йўқотдим

2. Мен 5, 0 кг.дан ортиқ тана вазнини йўқотдим

3. . Мен 7, 5 кг тана вазнини йўқотдим.

XX

0. Мени соғлиғим доимгидан кўра кўп ташвишлантирмоқда

1. Мени тиш оғриғи ич қотиш безовта қилмоқда.

2.. Мени тиш оғриғи ич қотиш безовта қилмоқда ва уларни кўп ўйлаяпман.

3. Мени соғлиғим одатдагидан кўра кўп ташвишлантирмоқда.

XXI

0. Менда жинсий майлга нисбатан қизиқишим ўзгармаган.

1. Жинсий хаёт мени мени доимгига кўра қизиқтиролмайдди.

2 Жинсий хаёт мени доимгига кўра камроқ мени қизиқтиролмайдди

3. Мени жинсий хаётга нисбан умуман қизиқишим қолмаган.

Тахлил натижалар : белгиланган кўрсаткичлар қўшиб чиқилади.

- I-10 - холати нормал .
- II-16 - кучсиз ўзгаришлар.
- 17-20 - клиник депрессия чегарасида.
- 21-30 - кучсиз ривожланган депрессия.
- 31-40 - жиддий депрессия .
- 40 дан юқори - экстремал депрессия.

Текширувдаги Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган постменопауза давридаги аёллар артериал гипертензиянинг даражасига кўра бўлинган.

Олинган маълумотлар 3.2 жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 3.2

Постменопауза давридаги аёлларда АГ нинг даражасига кўра “Депрессияни ташхислаш” саволномасининг кўрсаткичлари

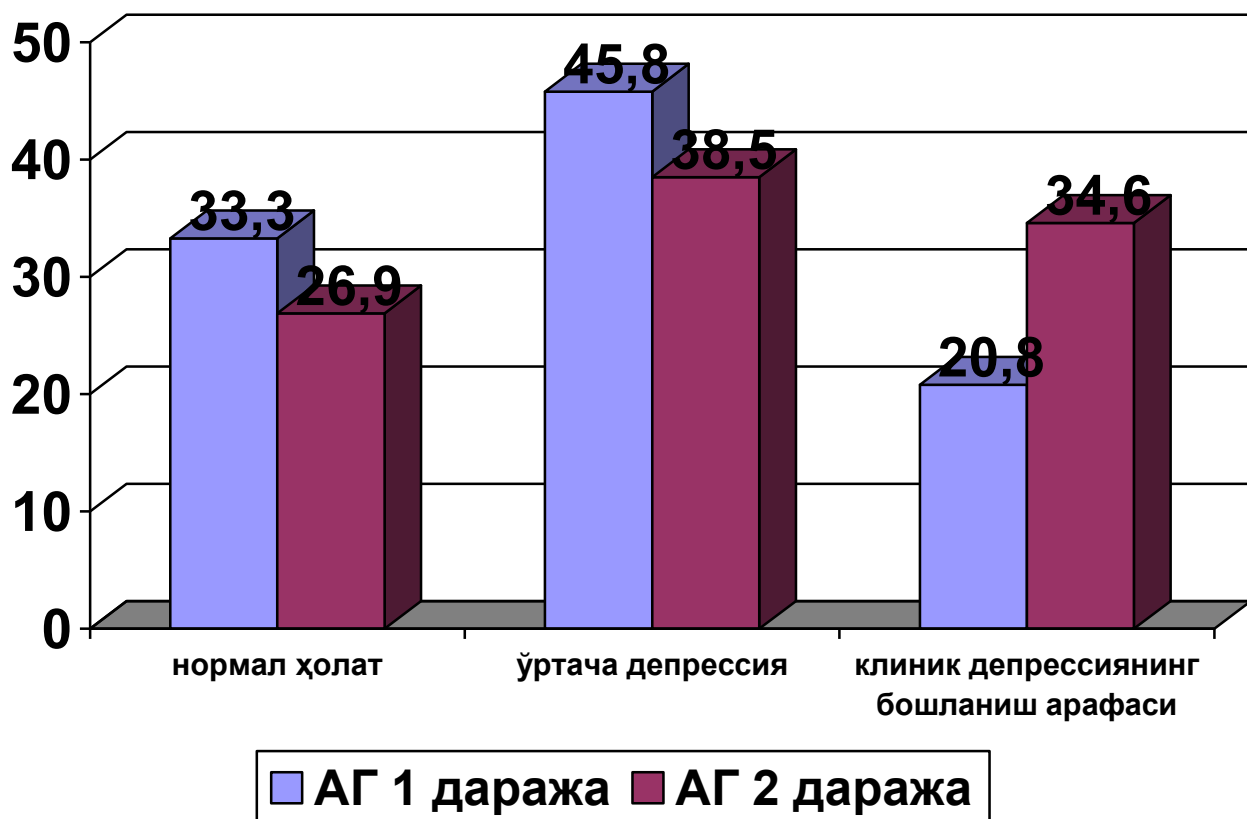
Параметрлар	АГ I даражаси (n=24)		АГ II даражаси (n=26)	
	Абс	%	Абс	%
Нормал ҳолат	8	33,3	7	26,9
Депрессияга мойиллик ўрта даражада	11	45,8	10	38,5
Клиник депрессиянинг арафаси	5	20,8	9	34,6
Ўртача балл	11,2±0,3		12,5±0,4*	

Изоҳ: * - гуруҳлар орасидаги маълумотларнинг ишончилиги ($p < 0,01$)

Берилган маълумотлардан кўриниб турибдики, текширилаётган гуруҳ аёлларида депрессияга мойиллик ўрта даражаси $42 \pm 6,9\%$ ҳолатларда, клиник депрессия бошланиш арафасида эса $28 \pm 6,3\%$ ҳолатларда кузатилган. Олинган маълумотлар Артериал гипертензиянинг (АГ) даражасига боғлиқ бўлган: 1 даражада ўртача Бернс тести балли $11,2 \pm 0,3$ ни ташкил қилган ва АГ нинг 2 даражасига нисбатан ишончли паст бўлган ($p < 0,01$). Артериал гипертензиянинг (АГ) 2 даражасига нисбатан Артериал гипертензиянинг 1 даражаси бўлган аёлларда нормал ҳолат 1,2 баравар кўп учраган (расм 3.2).

Шахс хусусияти сифатида хавотирлик даражасини ўлчаш айниқса муҳим бўлиб, бу хусусият кўп томонлама субъект хулқини белгилайди. Хавотирликнинг маълум даражаси шахснинг актив фаолиятининг табиий ва муҳим бўлган ўзига хослигидир. Ҳар бир инсонда ўзининг оптимал, ёки мақбул, хавотирлик даражаси мавжуд - бу фойдали хавотирлик деб аталади.

Ўз ҳолатини инсон томонидан баҳоланиши унинг учун ўз-ўзини назорат ва тарбиялаш учун аҳамиятли компоненти бўлиб ҳисобланади.



Расм 3.2. АГ даражасига боғлиқ равишда постменопауза давридаги аёлларда депрессия ифодаланишининг кўрсаткичлари

Кейинги босқичда хавотирликни текшириш - Спилбергер тестини ўтказдик. Бу тестда вазият ва шахс хавотирлиги аниқланади.

Вазият хавотирлиги шкаласини (ВХ) аниқлашда текширилувчи аёл гапларни диққат билан ўқиб чиқиб ва ҳозирда ўзини қандай хис қилаётганлигига кўра ўнг томонда жойлашган мос графани узоқ ўйланмасдан белгилайди (3.2-жадвал).

Вазият хавотирлиги аниқлаш шкаласи

№	Мулоҳаза	Йўқ ундай эмас	Эҳтимол шундай	Тўғри	Жуда тўғри
1	2	3	4	5	6
1	Мен хотиржамман	1	2	3	4
2	Менга ҳеч нарса хавф солмайди	1	2	3	4
3	Диққат-эътиборим бир ерга тўпланган	1	2	3	4
4	Ич-ичимдан сиқилганман	1	2	3	4
5	Ўзимни эркин ҳис қиляпман	1	2	3	4
6	Кўнглим ғаш	1	2	3	4
7	Юзага келиши умкин бўлган омадсизликлар ташвишлантиради	1	2	3	4
8	Руҳан тинчликни ҳис қиляпман	1	2	3	4
9	Мен хавотирман	1	2	3	4
10	Ички қониқиш ҳиссини сезаяпман	1	2	3	4
11	Мен ўзимга ишонаман	1	2	3	4
12	Мен асабийлашаяпман	1	2	3	4
13	Ўзимни қўйрга жой топа олмаяпман	1	2	3	4
14	Асабим таранг	1	2	3	4
15	Мен сиқилаётганимни сезмаяпман	1	2	3	4
16	Мен мамнунман	1	2	3	4
17	Мен ташвишдаман	1	2	3	4
18	Мен жуда ғазабдаман	1	2	3	4
19	Мен хурсандман	1	2	3	4
20	Менга хуш ёқаяпти	1	2	3	4

Шахс хавотири шкаласи (ШХ) аниқлашда ҳам текширилувчи аёл гапларни диққат билан ўқиб чиқиб ва ҳозирда ўзини қандай ҳис

килаётганлигига кўра ўнг томонда жойлашган мос графани узоқ ўйланмасдан белгилайди (табл. 3.3).

3.3. - жадвал

Шахс хавотири аниқлаш шкаласи

№	Мулоҳаза	Ҳеч қачон	Деярли ҳеч қачон	Кўпинча	Деярли ҳар доим
1	2	3	4	5	6
21	Менинг кайфиятим кўтаринки руҳда бўлиб туради	1	2	3	4
22	Мен таъсирчан бўлиб тураман	1	2	3	4
23	Мен осон асабийлашаман	1	2	3	4
24	Мен бошқаларга ўхшаб омадли бўлишни ҳоҳлайман	1	2	3	4
25	Мен кўнгилсизликларни жуда оғир бошдан кечираман ва уларни узоқ вақтгача унутолмай юраман	1	2	3	4
26	Мен ўзимда куч пайдо бўлиши ва ишлашга бўлган хоҳишни сезаман	1	2	3	4
27	Мен хотиржам, совуққон ва ўзимни тута оламан	1	2	3	4
28	Юзага келиши мумкин бўлган қийинчиликлар мени хавотирга кўяди	1	2	3	4
29	Мен бўлар-бўлмасга жуда қайғураман	1	2	3	4
30	Мен ўзимни буткул бахтли	1	2	3	4

	сезаман				
31	Мен ҳамма нарсани ўзимга жуда яқин оламан	1	2	3	4
32	Менга ўзимга бўлган ишонч етишмайди	1	2	3	4
33	Мен ўзимни ҳимоясиз сезаман	1	2	3	4
34	Мен ўзимни кескин вазиятлар ва қийинчиликлардан олиб қочишга ҳаракат қиламан	1	2	3	4
35	Менда зерикиш, сиқилиш бўлиб туради	1	2	3	4
36	Менда қониқиш бўлиб туради	1	2	3	4
37	Арзимаган нарсалар мени чалғитади ва хавотирга солади	1	2	3	4
38	Ўзимда омадсизликни ҳис қилиш бўлиб туради	1	2	3	4
39	Мен оғир, вазмин инсонман	1	2	3	4
40	Ўз ишим ва ташвишларим ҳақида ўйлаганда хавотирламан	1	2	3	4

Натижалар тахлилини амалга оширганда ҳар бир шкала ости саволларда баллар диапазони ўртача 20 дан 80 баллгача ташкил этади. Яъни бунда қанчалик баллар юқори бўлса хавотирлилик шунчалик юқори бўлади. натижалар тахлилини қуйидагича ҳисобласа бўлади: 30 баллгача — паст, 31—44 баллгача — ўртача 45 ва ундан баланд юқори дажадаги хавотирлилик.

Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, Спилбергер тести бўйича кўрсаткичлар постменопауза давридаги аёлларда Артериал гипертензиянинг (АГ) даражасига боғлиқ бўлган. Хавотирлиликнинг паст даражаси АГ нинг 1 даражаси бўлган аёлларда 1,7 баравар кўп учраган, АГ

нинг 2 даражасида юқори даража 2,8 баравар кўп учраган. Олинган натижалар 1-иловада келтирилган жавоблар калити ёрдамида текширилади. (илова-1)

Шахс хавотирлиги остида субъектнинг хавотирликка бўлган мойиллигини акс эттирувчи турғун индивидуал характеристикаси ётади. Мойиллик сифатида шахс хавотирлиги инсон томонидан ўзини баҳолаш учун хавотирли деб қабул қилинган маълум стимуллари ўзлаштириганда фаоллашади. Олинган маълумотлар 3.3 жадвалда кўрсатилган.

Вазият ёки реактивли хавотирлик ҳолат сифатида субъектив бошдан кечирган эмоциялар билан характерланади: зўриқиш, хавотирлик, ташвишланиш, асабийлашиш. Бу ҳолат стресс вазиятларга эмоционал реакция сифатида юзага келади ва интенсивлиги бўйича турлича бўлиши мумкин.

Жадвал 3.3

Постменопауза давридаги аёлларда АГ даражасига боғлиқ равишда Спилбергер тести кўрсаткичлари

Параметрлар	АГ I даражаси (n=24)		АГ II даражаси (n=26)	
	Абс	%	Абс	%
Паст	8	33,3	5	19,2
Ўртача	14	58,3	15	57,7
Юқори	2	8,3	6	23,1
Шахс хавотири (ШХ- балл)	33,2±0,19		41,8±0,29*	
Вазиятли хавотирлик (ВХ- балл)	32,8±0,18		43,5±0,26*	

Изоҳ: *-АГ даражаси орасидаги маълумотлар ишончлилиги ($P < 0,01$)

Юқори хавотирлилик категориясига кирувчи шахслар хавотирликнинг ўта ифодаланган ҳолати билан таъсирланадилар. Агар психологик тест шахс хавотирлигининг юқори кўрсаткичларини кўрсатса, айникса унинг

компетенцияси ва нуфузини баҳолашга таалукли бўлса, у ҳолда беморда турли-туман вазиятларда хавотирлиликнинг пайдо бўлиши мумкинлигини тахмин қилади.

Постменопауза давридаги Артериал гипертензиянинг (АГ) 1 даражаси бўлган аёлларда шахс хавотирлилигининг ўртача балли $33,2 \pm 0,19$ ни ташкил қилди, Артериал гипертензиянинг (АГ) 2 даражасида бу балл юқори бўлиб, $41,8 \pm 0,29$ ($P < 0,01$) ни ташкил қилди. Шунингдек вазият хавотирлилигининг ўртача балли Артериал гипертензиянинг 1 даражаси бўлган аёлларда паст бўлиб, $43,5 \pm 0,26$ баллга қарши $32,8 \pm 0,18$ ни ташкил қилган ($P < 0,01$).

Олинган маълумотлар асосида Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган ва хавотирлиликнинг юқори баҳоланиши бўлган аёлларда ишонч ва муваффақият ҳиссини шакллантириш лозим. Уларга фаолиятни мазмундор англашда вазифаларни қўйишда ташқи талабчанлик, қатъийлик, юқори аҳамиятликка урғу бериш муҳим. Хавотирлилиги паст бўлган аёллар учун, аксинча, фаолликни уйғотиш, фаолиятнинг мотивацион компонентларини таъкидлаш, у ёки бу вазифаларни ҳал қилишда жавобгарлик ҳиссини ёритиш, қизиқувчанликни қўзғатиш талаб қилинади.

Шундай қилиб, постменопауза давридаги Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёлларда Бернс тести бўйича нормал ҳолат 15 та ($30 \pm 6,5\%$, $DI: 43\% - 17\%$), аксинча депрессияга мойиллик ўрта даражада ва клиник депрессиянинг бошланиш арафаси ҳолати 35 та ($70 \pm 6,5\%$, $DI: 63\% - 57\%$) аёлларда кузатилган ва кўрсаткичлар Артериал гипертензия (АГ) даражасига боғлиқ ҳолда тақсимланган.

Спилбергер тести натижаларига кўра шахс ва вазиятли хавотирликнинг намоён бўлиши ҳам Артериал гипертензия (АГ) даражасига боғлиқ бўлиб, балл кўрсаткичлари АГ нинг 2 даражаси бўлган аёлларда 1 даражасига нисбатан ишончли равишда ўта юқори ифодаланган ($p < 0,01$, $p < 0,01$, мос равишда).

Корреляцион таҳлилда депрессияга мойиллик ўрта даражаси ва клиник депрессиянинг бошланиш арафаси ҳолати Артеиал гипертензия (АГ) кечиш

даражаси билан ($r=0,56$) ва тана вазни билан ($r=0,47$) тўғри пропорционал боғлиқлик топилган.

3.3. Постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларни “Аёл қалби” мактабида ўқитилиши ва унинг самарадорлигини бахоланиши

“Аёл қалби” мактабида ўқитишнинг таклиф этилган технологиясида постменопауза давридаги аёлларнинг таълим даражаси эътиборга олинди. Дарс 90-120 мин 15-20 дақ хафтасига 1 марта шанба куни ўтказилди. Дарс давомида интерфаол ўйинлар, интерфаол тақдимотлар ўтказилди ва тарқатма материаллар берилди.

Ўқув материали аёлларнинг масъулиятини ошириб боровчи, касаллик ҳақида тиббий билим савиясини оширишга бўлган қизиқишини уйғотиш, соғлом турмуш тарзини кечиришга тарафдорликни шакллантиришга, мунтазам гипотензив препаратлар билан даволанишга имкон берувчи мантиқий кетма-кетлик билан қуйидаги бўлимларда структуралаштирилган дастур бўйича олиб борилди.

1. Гуруҳ билан танишиш, “Аёл қалби” мактабида таълим олишнинг муҳимлиги ҳақида суҳбат ва саволнома ўтказиш. Артериал гипертензия (АГ) нима, Артериал қон босимнинг бошқарилишининг механизми, юрак-қон томир касалликларини ҳаёт тарзи сифатига таъсири, ҳамда Артериал гипертензиянинг хавф омилларига алоҳида эътибор қаратилди.

2. Артериал гипертензиянинг(АГ) асоратлари - гипертоник кризлар, миокард инфаркти, мия инсульта. Артериал қон босими ни ўлчаш усули, пульс частотасини аниқлаш, ўз-ўзини назорат қилиш кундалигини тутишга ўргатиш.

3. Артериал қон босимнинг кўтарилишига олиб келувчи сабаблар ва улардан олдини олиш йўллари. Артериал гипертензиянинг(АГ) номедикаментоз даволаш ва олдини олиш усуллари. Ортиқча тана вазни -

юрак-қон томири касалликларининг муҳим хавф омили сифатида. Тана вазнини назорат қилиш. Семизликнинг турлари. Тана вазни индексини (ТВИ) аниқлаш.

4. Артериал гипертензия (АГ) ва семизликда рационал овқатланиш. Ош тузининг организмга таъсири, натрий хлорид ва юқори артериал қон босимнинг ўзаро боғлиқлиги.

5. Артериал гипертензияда (АГ) даволовчи жисмоний машғулотлар. Мунтазам дозаланган жисмоний зўриқишлар. Машқларни қандай бажариш.

6. Артериал гипертензияни (АГ) медикаментоз даволаш йўллари. Базис гипотензив терапия тушунчаси ва тамойиллари. Артериал гипертензияни курсли ва “вақти-вақти билан” даволашга йўл қўймаслик. Мақсадли артериал қон босим (140/90 мм сим. уст.дан паст) ҳақида тушунча.

7. Гипертоник кризнинг асосий кўринишлари ва унга олиб келувчи омиллар. Артериал қон босимнинг ўткир кўтарилишида ўзига ёрдам кўрсата олиш, Артериал гипертензияда (АГ) шошилиш ёрдам дори қутичаси.

8. Машғулотларда ўзлаштирилган амалий кўникмаларни такомиллаштириш ва кўрсатиб бериш. Артериал қон босимини мустақил кундузги амбулатор мониторингига ўргатиш ва унинг аҳамияти.

9. Беморлар иштирокида ўз-ўзини назорат қилиш кундалигини таҳлил қилиш. “Аёл қалби” мактабида ўқув курсидан сўнг Артериал гипертензиянинг хавф омиллари, олиб бориш тактикаси ва даволаш ҳақидаги олган билимларини аниқлаш учун беморларнинг қайта саволномасини ўтказиш.

10. Сўнгги машғулотда Артериал гипертензиянинг (АГ) психологик сабабларига эътибор қаратилади. Ўқитишдан олдин ва кейин машғулотда тўлдирилган анкеталар таҳлил қилинди.

“Аёл қалби” мактабининг асосий вазифаси – постменопауза давридаги хавф омиллари таъсирини инкор қилувчи аёллар ҳаёт тарзини ўзгартириш, шу билан бир қаторда артериал қон босими, пульс частотасини ўлчаш, ўзини назорат қилиш кундалигини тутиш, артериал қон босимини ўткир

кўтарилганда ўзига ёрдам кўрсатиш каби амалий кўникмаларга ўргатиш, муҳим хавф омили – гиперхолестеринемиянинг таъсирини камайтириш учун одатлар ва овқатланиш тартибини ўзгартириш, беморларни мақсадли артериал қон босимига эришиш учун давонинг номедикаментоз усулларидан фойдаланиш ва самаралилиги исботланган гипотензив препаратларни узлуксиз қабул қилиш зарурлигига ишонтиришдир.

Уйга берилган вазифани бажариш йўли билан, ҳафта мобайнида ўзини назорат қилиш кундалигини таҳлил қилиш билан беморларни ўқитиш жараёнига фаол жалб қилинди. “Аёл қалби” мактабида ишнинг муҳим бўлими – ўзини ўзи даволашнинг, дориларни нерегуляр қабул қилиш ёки шифокор билан маслаҳатлашмасдан уларни қабул қилишни тўсатдан тўхтатишнинг зарарини тушунтириш.

Тингловчиларнинг машғулотларда фаол иштирок этиши; билимни олишда индивидуал ёндошишга интилиш; тингловчилар орасида бир-бирини ўзаро тушуниш ва ҳурмат қилиш асосида гуруҳда оптимал микроклиматни шакллантириш; Артериал гипертензиянинг аниқланган хавф омилларига урғу бериш; амалий кўникмаларга эга бўлишни исташ ўқитиш жараёнининг максимал самарали бўлишининг шарти бўлиб ҳисобланди.

Юқорида келтирилган вазифа ва шартларни эътиборга олган ҳолда аёллар таққослаш тахлили 2 гуруҳда ўтказилди. Асосий гуруҳ постменопауза давридаги Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган 25 аёлдан таркиб топган бўлиб, улар «Аёл қалби» мактабида 10 кун давомида ўқитилди. Таққослаш гуруҳини Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган шу ёшдаги 25 аёл ташкил қилди ва ўқитишга жалб этилмади.

Биринчи ва охириги дарсларда аёлларнинг билим савиясини текшириш мақсадида аноним саволномалар ўтказилди ва натижалар таҳлил қилинди

Саволнома натижалари шуни кўрсатдики, иккала гуруҳда Артериал гипертензия (АГ) билан аёллар бўй, тана вазни ва тана вазни индекси, Артериал қон босими (АҚБ) каби ўзларининг соғлиқ кўрсаткичлари ҳақида яхши маълумотга эгалар. Ўз бўйларини 96%, Тана вазнини – 86% аёллар

билганлар. Артериал қон босимини (АҚБ) 74,0% аёллар билганлар (жадвал 3.4).

Ўқитишдан аввал иккала гуруҳда билимлар даражасида фарқлар кузатилмади. Аммо иккала гуруҳда тана вазни индекси ва унинг аҳамияти каби маълумотга эга бўлган аёллар сони 5 тани (10%) ташкил қилди.

Қонда глюкоза даражаси ва умумий холестерин (УХ) каби кўрсаткичлар ҳақида хабардорлиги паст бўлган: ўзларида гликемия даражасини 33,0%, Умумий холестерин даражасини фақат 17,0% беморлар билганлар. Саволнома натижалари шунингдек Артериал гипертензиянинг (АГ) нораціонал овқатланиш билан боғлиқ бўлган хавф омиллари ҳақидаги хабардорлиги паст эканлигини кўрсатди.

Жадвал 3.4

Таққослаш аспектида респондентларни сўроқлашнинг дастлабки кўрсаткичлари

Тегишли кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ (n=25)		Таққослаш гуруҳи (n=25)		Жами (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АГ мавжудлиги ҳақида хабардорлиги	13	52	14	56	27	54
АГ нинг асосий хавф омиллари ҳақида беморларнинг билими	5	20	4	16	9	24,3
Ўзининг бўй кўрсаткичлари ҳақида билими	23	92	24	96	48	96
Ўзининг тана вазни кўрсаткичлари ҳақида билими	21	84	22	88	43	86
Ўзининг АҚБ нинг даражаси ҳақидаги билими	19	76	18	72	37	74
Ўзининг қондаги глюкоза миқдори ҳақидаги билими	8	32	9	36	17	34

Ўзининг УХ миқдори ҳақидаги билими	4	16	4	16	8	16
АГ нинг юзага келиш частотаси	7	28	9	36	16	32
Шошилинич ҳолатлар бўйича шифохонага ётқизилган	7	28	9	36	16	32
Доимий мустақил равишда АҚБ ни назорат қилиш	14	56	12	48	26	52
Мақсадли даражага эришиш билан АГ ни медикаментоз даволаш	3	12	3	12	6	12
Даволанишга берилиш	18	72	17	68	35	70
АГ ни медикаментоз даволашнинг ножўя таъсирлари	9	36	7	28	16	32

Артериал гипертензиянинг (АГ) ривожланишига ош тузни ортиқча истеъмол қилиш салбий таъсир кўрсатиши ҳақида 10,0% беморлар билганлар.

Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёлларнинг 34,2% мунтазам қўшимча равишда туз 5 гр дан ортиқ қўшиб овқат истеъмол қилишган. Ўзларининг овқат рационининг тавсия этилган калориясини фақат 8,6% беморлар билишган. Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёлларда алиментар хавф омиллари ҳақидаги қўшимча маълумотга талаб аниқланган; (91,4%) беморлар касаллик ҳақида қўшимча маълумот олишни истаганлар.

Гипотензив препаратларни мунтазам ва давомли қабул қилишлари ҳақидаги маълумотларни таҳлил қилишга мувофиқ асосий гуруҳда ўқитишдан аввал 12% доимий равишда, вақти-вақти билан - 72,0%, даво курси билан - 16% беморлар дори воситаларини қабул қилганлар.

Сўров олиб бориш кўрсатганидек, “Аёл қалби” мактабида таълим олмаган кўпгина беморлар тўсатдан Артериал қон босими (АҚБ) кўтарилганда ўзига ёрдам кўрсатиш ва Артериал қон босимини (АҚБ) ўзи

назорат қилиш кўникмаларига эга бўлмаганлар. Бундан ташқари, медикаментоз гипотензив давонинг тамойилларидан бири (препаратларни мунтазам ва узоқ вақт қабул қилиш) қувватланмайди. Кузатув остига олишдан аввал таққослаш гуруҳида гипотензив препаратларни доимий равишда 3 (12%) респондентлар, вақти-вақти билан - 17 (68%), курс билан - 5 (20,0%) қабул қилганлар.

Сўров натижалари Артериал гипертензия (АГ) билан оғриган беморларни қон босими ўткир кўтарилганда ўзига ёрдам кўрсата олишга имкон берувчи ва унинг мақсадли даражасини номедикаментоз даво усуллари билан қувватлаб туриш ва гипотензив препаратларни қабул қилиш қоидаларига риоя қилиш каби қатор кўникмаларга ўқитиш зарур эканлиги ҳақида далолат беради.

Текширув натижалари шуни кўрсатадики, беморларнинг Артериал гипертензия (АГ) профилактикаси бўйича таълим даражасини ошириш амбулатор босқичда ўтказиладиган тадбирларнинг асосий звеносидан бири бўлиши лозим. Ўқитилмаган беморларда давога нисбатан мотивация бўлмагани боис, умумий амалиёт шифокори томонидан ишлаб чиқилган номедикаментоз ва медикаментоз давонинг индивидуал дастурини амалга ошириши жуда қийин.

Умумий амалиёт шифокори Артериал гипертензия (АГ) билан оғриган беморларни касалликнинг хавф омиллари, ўткир ва сурункали асоратларнинг ривожланиш хавфи ҳақида маълумот бериши, қатор кўникмалар ва қобилиятларга ўргатиши, номедикаментоз давонинг самарадорлиги исботланган гипотензив препаратлар билан мунтазам олиб бориладиган медикаментоз давонинг фойдаси ҳақида гапириб бериши лозим.

Артериал гипертензия (АГ) профилактикасининг тамойиллари ва унинг асоратлари ҳақидаги маълумотлар билан таништирилгандан сўнггина беморларда даволанишга интилиш ва ўз соғлиғига масъулияти ошади. Соғлиқни сақлаш бирламчи тизими даражасидаги гипертониклар мактаби ўз

ҳолатини сифатли назорат ва кузатиш учун билим ва кўникмаларни оширишнинг идеал усули бўлиб ҳисобланади.

Хавф омиллари, ҳаёт тарзини ўзгартириш, парҳез бўйича тавсиялар, фаол ҳаётий позицияни шакллантириш ва соғлиғини яхшилаш ҳақида беморлар билимида позитив ўзгаришларни шакллантириш гипертониклар мактабининг мақсади бўлиб ҳисобланади.

Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёлларнинг даво самарасига таъсир кўрсатувчи омиллар орасида касаллик кечишининг ўзига хос клиник хусусиятлари ва шифокорнинг тўғри тавсиялари (препарат, дозаси, қабул қилиш тартиби ва йўлини танлаш) билан бир қаторда беморларнинг давога бўлган содиқлиги, яъни улар томонидан шифокор тавсияларини тўғри бажарилиши катта аҳамиятга эга.

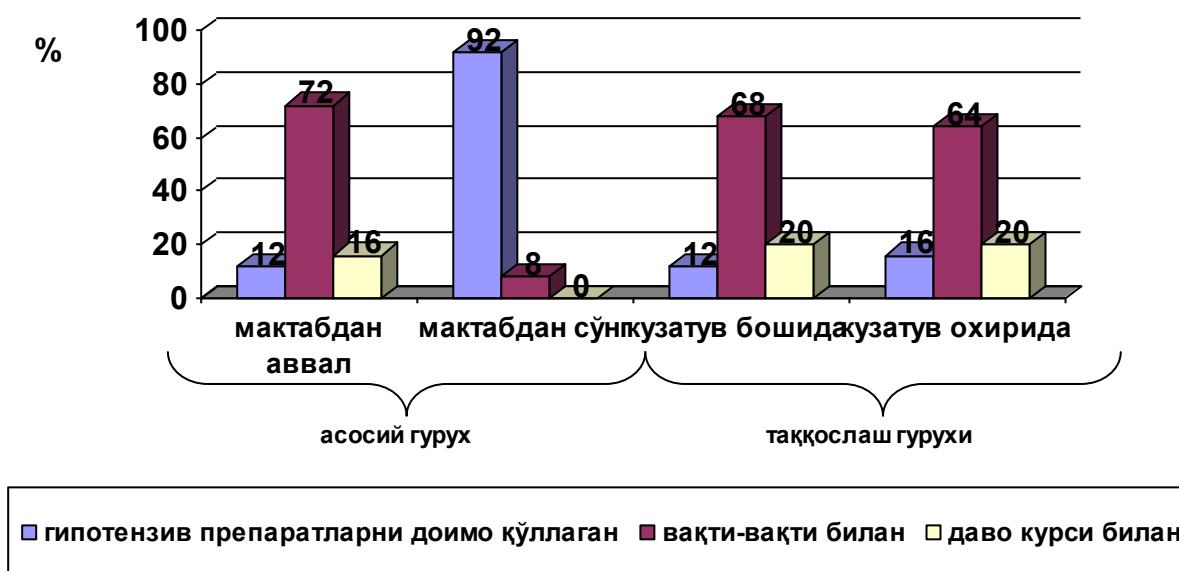
Аёллар учун бир қатор аниқ маслаҳатлар:

- Ҳаёт тарзингизни ва унга бўлган муносабатингизни ўзгартиринг – салбий нарсаларга эътибор берманг ва ижобий туйғуларга диққатингизни қаратинг
- Чекишни камайтиришга ҳаракат қилинг, иложи бўлса бу зарарли одатдан воз кечинг, чунки чекиш айниқса терида, қариш жараёнини тезлаштиради. Шунингдек, юрак – томир касалликларини ривожланиш омилларини сунъий равишда қўзғатади.
- Ўз вазнингизга эътибор беринг ва кўп овқатланманг.
- Овқат рационида хайвонлар оқсиллини (гўшт) камайтиринг ва кўпроқ ўсимликдан олинадиган маҳсулотларни (сабзавот ва мевалар) балиқни истеъмол қилинг.
- Менопауза бошланиши билан организмда остеопарозга олиб келувчи кальций таркиби камаяди, шунинг учун таркибида кальций мавжуд бўлган овқатлардан , сут ва сут маҳсулотларидан (қаттиқ пишлоқ, кунжут,сельдерей, ва холва) ва хоказолардан фойдаланинг. Климактерик даврда кальцийнинг аёл организмига келиб тушишининг тавсия этилган нормаси –кунига 1500 мг .

- Жисмоний фаолликни оширинг, кўп ҳаракат қилинг, чунки кам ҳаракат қилиштарзи вазни ошишига ва семиришга олиб келади. Бир ҳафтада 2 –3 мартаба сузиш, югириш, жисмоний машқлар, ва хоказолар билан шуғулланинг.

- Кўпроқ ухланг , чунки уйқу вақтида организм кучлари тикланади ва асабийлашиш омилларининг оқибатлари йўқолади.

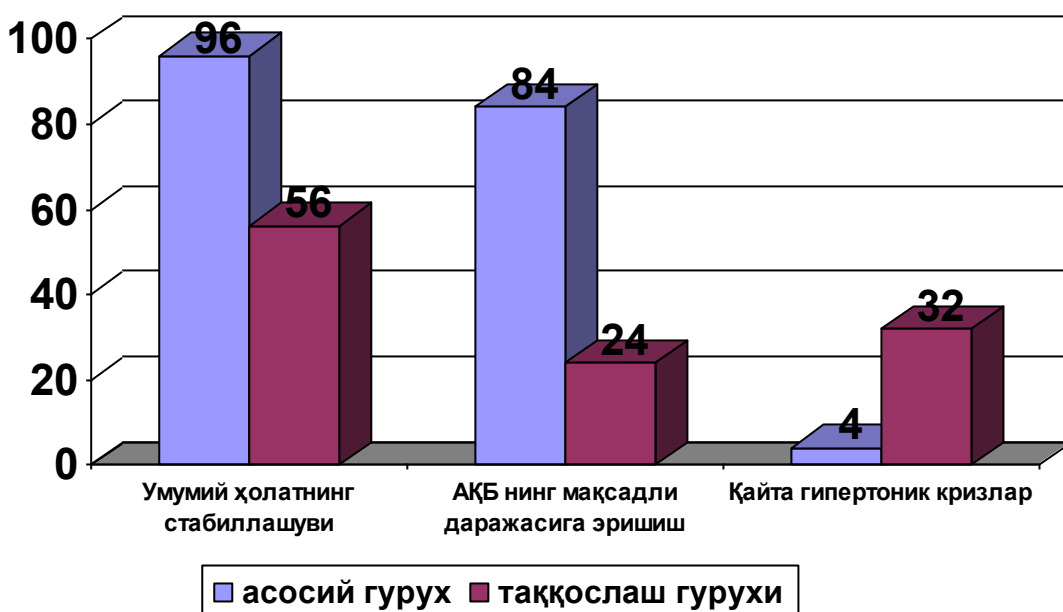
Ўқитишдан сўнг асосий гуруҳда гипотензив препаратларни доимий равишда қабул қилувчи беморлар сони 92% гача ошди, фақат артериал қон босими юқори бўлганда дорини вақти-вақти билан қабул қилувчи беморлар сони 8% гача камайди ($p < 0,001$) (расм 3.3).



Расм 3.3. Таққослаш аспектида гипотензив препаратларни қабул қилиш кўрсаткичларининг динамикаси

Таққослаш гуруҳида мос равишда 16%, 64% ва 20%, бу дегани гипотензив препаратларни қабул қилиш қоидалари деярли ўзгармаган ва даво йўқлигида беморларда барча оқибатлар билан юқори даражадаги артериал қон босими (140/90мм сим. уст. дан юқори) кузатилган. Бу эса, асосий гуруҳда олиб борилган ўқитиш технологиясининг комплайнсга (даволанишга жалб қилиниш) эришишда таққослаш гуруҳига нисбатан 7,2 (RR=7,2) баробар самара берганлигини кўрсатди.

Текширув натижалари шуни кўрсатадики соғлиқни сақлаш бирламчи тизими даражасида даволаш-диагностик ва таълим жараёнида Артериал гипертензия (АГ) билан оғриган беморларнинг фаол иштироки уларни адекват ва муваффақиятли даволашнинг зарур шарт-шароити бўлиб ҳисобланади. “Аёл қалби” мактабида ўқитиш беморларда ишонарли тарзда клиник яқунларига таъсир кўрсатди. Умумий ҳолатнинг стабиллашуви 96% (24) ҳолларда учради, Артериал қон босимнинг (АҚБ) мақсадли даражасига эришиш - 84% (21), қайта гипертоник кризлар - фақат 4,0% (1), асосан АГ II даражасида учради ($p < 0,001$) (расм 3.4).



Расм 3.4. Ўқитиш ўтказилган ва ўтказилмаган АГ бўлган аёлларда умумий ҳолати стабилизациясининг кўрсаткичлари

Таққослаш гуруҳида умумий ҳолатининг стабилизацияси (зўрайишнинг йўқлиги) 56% (14), Артериал гипертензиянинг (АГ) мақсадли даражасига эришиш - 24% (6), қайта гипертоник кризлар - 32% (8) беморларда кузатилган.

Артериал қон босимнинг (АҚБ) доимий мустақил назорати асосий гуруҳда ўқитишдан аввал 56% ни ташкил қилган бўлса, ўқитишдан сўнг эса бу кўрсаткич 40% га ошиб 96% ни ташкил қилган. Таққослаш гуруҳида

Артериал қон босимнинг доимий мустақил назоратининг дастлабки маълумотлари 48% ни, қайта сўровда 52% ни ташкил қилган.

Шундай қилиб, “Аёл қалби” мактабида ўқитиш аёлларда умумий ҳолатнинг стабиллашувида 1,7 (RR=1,7), Артериал қон босимининг (АҚБ) доимий мустақил назоратини ўтказишда 1,8 (RR=1,8), Артериал қон босимининг (АҚБ) мақсадли даражасига эришишда 3,5 (RR=3,5) ва қайта гипертоник кризларни олдини олишда 8,0 (RR=8,0), баробар самарасини кўрсатди.

Саволнома №2. Аёл қалби мактабида ўқитиш сифатини баҳолаш

Савол (тасдиқлаш)	Балл (баҳо)				
	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6
Мактабдаги ўқитиш Сиз учун фойдали бўлди					
Сиз ўқитишдан қоникдингиз					
Мактабдаги машғулотлар ишончингизни оқлади					
АГ ва хавф омиллари ҳақидаги билимларингиз кенгайди					
Овқатланиш ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Жисмоний фаоллик ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Соғлиққа хулқ ва одатларнинг таъсири ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Стресс ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Даволаш ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Артериал қон босимини ўлчашни ўргандим					
Кундаликни тутиб боришни ўргандим					
Касалликни мустақил назорат қилиш ва асоратларни олдини олиш мумкинлигига бўлган муносабат қанчалик ўзгарди.					
Артериал қон босимини мунтазам ўлчаб бораман					
Овқатланишни назорат қилиб бораман					
Жисмоний фаолликни назорат қилиб бораман					
Стрессли вазиятларни назорат қилиб бораман					
Шифокор тавсияларини бажараман					
Овқатланишдаги одатларимни ўзгартира бошлайман					
Кўпроқ ҳаракат қилишни бошлайман					
Кундалик тутишни бошлайман					
Чекишни ташлайман					

1	2	3	4	5	6
Шифокор келгунига қадар биринчи ёрдамни ўзимга ёки АГ билан касалланган бошқа беморга кўрсата оламан					
Дориларни қабул қилишнинг регулярилигига эътибор беришни бошлайман					
Яқинларим ва дўстларимга ўқишга қатнашишни маслаҳат бераман					

Бемор нуқтаи назаридан мактабда ўқитиш сифатини баҳолаш мезонлари:

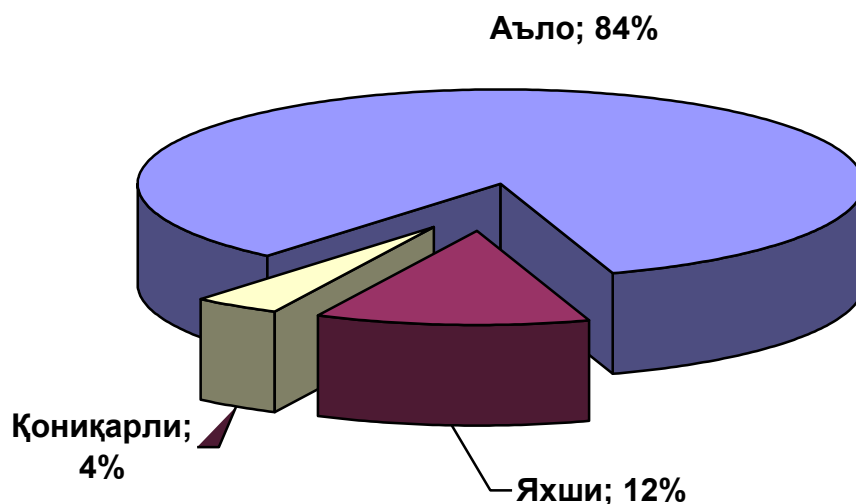
30 баллгача - паст, қониқарсиз;

31-60 балл - қониқарли;

61-90 балл - яхши;

91 балл ва ундан юқори - аъло.

“Аёл қалби мактаби” да ўқитишдан сўнг саволномага мувофиқ ўқитиш сифатини баҳолаш бўйича 84% аёллар аъло баҳо, 12% - яхши, 4% - қониқарли баҳоларга эга бўлдилар (расм 3.5).



Расм 3.5. Постменопауза давридаги АГ бўлган аёлларнинг асосий гуруҳида ўқитиш сифатини баҳолаш кўрсаткичлари

Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёлларнинг билимини баҳолаш саволномаси бўйича ўқитишдан аввал $75,6 \pm 0,2$ балл, “Аёл қалби

мактаби” да ўқитишдан сўнг уларнинг билим даражаси ишонarli тарзда ошди, ўртача балл эса саволнома бўйича $41,2 \pm 0,3$ баллни ташкил қилди ($P < 0,05$).

Шундай қилиб, “Аёл қалби” мактаби ни ташкил қилиш постменопауза давридаги Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёллар орасида хулқининг ўзгаришига аҳамиятли тарзда ижобий таъсир кўрсатиб, уларнинг маълумотини оширди, соғломлаштиришнинг турғун ва узок муддатли кўникмаларини ривожлантирди, бу Артериал кон босимнинг мақсадли даражасига эришишнинг стабилизациясида ўз аксини топди.

III бобга хулосалар

Постменопауза давридаги аёлларда Артериал гипертензиянинг (АГ) клиник кечишининг ўзига хос белгилари аниқланди. Бунда аёлларда постменопауза давридаги артериал гипертензия кўпинча ортиқча тана вазни ва семизлик (44%, 40% мос равишда) билан бирга келди. 28% аёлларда чап қоринча миокарди гипертрофияси аниқланди. 56% беморларда натрий хлорга кучли сезгирлик аниқланган ва уни кўп миқдорда қабул қилганда юз ва қўл соҳасида шиш пайдо бўлган ёки кучайган. Юрак-қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик 76% аёлларда учради. 94,6% дан ортиқ аёлларда артериал гипертензия асоратли яъни постменопауза давридаги вегетатив дисфункция белгиларининг яққол намоиши билан кечди. Юрак-қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик 76% аёлларда учради, Артериал гипертензиянинг (АГ) ривожланишида хавф омилларининг 7,1 мартаба ортишини таъминлади.

Менопаузанинг бошланиши аёлларда психоэмоционал бузилишлар билан кечади. Юрак-қон томир патологиясининг кўшилиши ушбу ўзгаришларни оғирлаштиради. Шунинг учун Постменопауза давридаги артериал гипертензия билан касалланган аёлларда депрессиянинг мавжудлиги ва унинг даражасини ҳамда яширин кечувчи депрессияни

аниқлаш мақсадида “Депрессияга мойилликни аниқлаш” Д. Бернс (1995) тест маълумотлари тахлили ўтказилди.

Олинган маълумотлар шуни кўрсатдики, текширилаётган гуруҳ аёлларида депрессияга мойиллик ўрта даражаси $42 \pm 6,9\%$ ҳолатларда, клиник депрессия бошланиш арафасида эса $28 \pm 6,3\%$ ҳолатларда кузатилган. Олинган маълумотлар Артериал гипертензиянинг (АГ) даражасига боғлиқ бўлган: 1 даражада ўртача Бернс тести балли $11,2 \pm 0,3$ ни ташкил қилган ва АГ нинг 2 даражасига нисбатан ишончли паст бўлган ($p < 0,01$).

Шундай қилиб, постменопауза давридаги Артериал гипертензия (АГ) билан касалланган аёлларда Бернс тести бўйича нормал ҳолат 15 та ($30 \pm 6,5\%$, DI: 43%-17%), аксинча депрессияга мойиллик ўрта даражада ва клиник депрессиянинг бошланиш арафаси ҳолати 35 та ($70 \pm 6,5\%$, DI: 63%-57%) аёлларда кузатилган ва кўрсаткичлар Артериал гипертензия (АГ) даражасига боғлиқ ҳолда тақсимланган. Спилбергер тести натижаларига кўра шахс ва вазиятли ҳавотирликнинг намоён бўлиши ҳам Артериал гипертензия (АГ) даражасига боғлиқ бўлиб, балл кўрсаткичлари АГ нинг 2 даражаси бўлган аёлларда 1 даражасига нисбатан ишончли равишда ўта юқори ифодаланган ($p < 0,01$, $p < 0,01$, мос равишда).

Корреляцион тахлилда депрессияга мойиллик ўрта даражаси ва клиник депрессиянинг бошланиш арафаси ҳолати Артериал гипертензия (АГ) кечиш даражаси билан ($r=0,56$) ва тана вазни билан ($r=0,47$) тўғри пропорционал боғлиқлик топилган.

“Аёл қалби” мактабида ўқитиш аёлларда умумий ҳолатнинг стабиллашувида 1,7 (RR=1,7), Артериал қон босимининг доимий мустақил назоратини ўтказишда 1,8 (RR=1,8), Артериал қон босимининг мақсадли даражасига эришишда 3,5 (RR=3,5) ва қайта гипертоник кризларни олдини олишда 8,0 (RR=8,0), баробар самарасини кўрсатди.

Шундай қилиб, “Аёл қалби” мактаби ни ташкил қилиш постменопауза давридаги Артериал гипертензия билан касалланган аёллар орасида ҳулқининг ўзгаришига аҳамиятли тарзда ижобий таъсир кўрсатиб, уларнинг

маълумотини оширди, соғломлаштиришнинг турғун ва узоқ муддатли кўникмаларини ривожлантирди, бу Артериал қон босимининг мақсадли даражасига эришишнинг стабилизациясида ўз аксини топди.

ХОТИМА

Артериал гипертензия кардиология соҳасида энг долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. [15, 25, 69]. Климактерик даврда жинсий гормонларнинг етишмовчилиги натижасида кўпинча артериал гипертензия ривожланиб, унинг умумсоматик ва кардиогемодинамик кўринишлари аёллар ҳаёт сифатини пасайтириб, унинг давомийлигини пасайтиради. [33, 45, 68]. Ҳозирги вақтда жаҳон тиббий амалиётида ҳам стационар ва ҳам амбулатор шароитда ўтказилиши мумкин бўлган беморларни ўқитиш тизимини ташкиллаштириш сурункали инфекцион касалликлар ва шу билан бирга АГ ни даволаш билан боғлиқ муаммоларни ечишдаги прогрессив ёндошишлардан бири бўлиб ҳисобланади [16, 28, 35]. Ўқитиш тиббий муассаса учун арзон бўлиб, беморлар учун қулай бўлган иш графигини тузишга имкон беради [24, 66].

Амбулатор-поликлиник шароитда постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёллар орасида маълумот берувчи технологияларни қўллаш натижаларининг самарадорлигини ўрганиш ушбу текширувнинг мақсади қилиб олинди. Постменопауза давридаги АГ билан касалланган Юнусобод туманидаги 54- оилавий поликлиника диспансер назоратида турган 50 та аёлнинг текширув маълумотлари тадқиқотга асос қилиб олинди.

Аёлларнинг ўртача ёши $52,5 \pm 0,9$ ни, АГ билан касалланиш давомийлиги эса ўртача $7,9 \pm 0,8$ йилни ташкил қилди.

Беморлар асосий клиник ва лаборатор-клиник кўрсаткичлари бўйича ўхшаш бўлган икки гуруҳга бўлиндилар. Асосий гуруҳга аёл қалби мактабида ўқув курсини ўтган 25 та аёл (асосий гуруҳ) киритилди. Таққослаш гуруҳига эса таълим дастурида иштирок этмаган ва поликлиника шароитида анъанавий усул билан даволанган 25 та аёллар олинди. АГ нинг I даражаси 24 та беморда (48%), II - 26 та беморда ташхисланган (52%).

Асосий гуруҳда юрак-қон томир асоратлари ривожланишининг ўртача хавфи 9 та (36%) , юқори - 13 та (52%), жуда юқори - 3 та (12%) кузатувда аниқланган, таққослаш гуруҳида эса - мос равишда 8 та (32%), 15 та (60%) ва 2 та кузатувда (8%) аниқланди.

Ишнинг мақсад ва вазифаларига мувофиқ қуйидаги текширув усуллари танланди:

- анамнестик: анамнез йиғилаётганда қуйидаги омилларга эътибор қаратилди: ЮИК ва АГ хавф омилларига, касаллик бўйича наслий мойилликга, чекиш, йўлдош патологиянинг бор-йўқлиги, шифохонагача бўлган босқичда фармакотерапия;
- умумклиник: шикоятлар тахлили, физикал текширув, антропометрик кўрсаткичларни ўлчаш (тана вазни индексини (ТВИ) аниқлаш АҚБ ва юрак қисқариш частотасининг (ЮҚЧ) қиймати);
- инструментал: ЭКГ текширув, электрокардиограмма кўрсаткичлари тахлили;
- психологик текширув: депрессияни ташхислаш - Д. Бернс психологик тести; хавотирликни текшириш - Спилбергер психологик тести.
- статистик текширувлар.

Ишнинг мақсадига мувофиқ замонавий ўқитиш технологияларни ўзида мужассам этган “Аёл қалби” мактаби ташкил этилди ва амалиётда татбиқ этилди.

Антигипертензион препаратларни $74 \pm 6,2\%$ ($n=37$) беморлар қабул қилганлар, бироқ фақат $16,2 \pm 5,3\%$ ($n=12$) да АҚБ $< 140/90$ мм. сим. уст. бўлган. $48,6 \pm 7,1\%$ ($n=18$) беморларда АҚБ даражаси $140/90 - 159/99$ мм. сим. уст., $18,9 \pm 5,5\%$ $n=7$ $160/100 - 179/109$ мм сим. уст. бўлган.

Аёлларда постменопауза давридаги вегетатив дисфункция энг кўп учрайдиган кўринишларига қуйидагилар кирди: юзнинг қизаришга мойиллиги ($92 \pm 3,8\%$, $n=46$), оёқ ва қўл бармоқларининг увушиши ($86 \pm 5,2\%$, $n=43$), ва кўп терлаш ($30 \pm 6,5\%$, $n=15$), ошқозон-ичак тракти функциясининг бузилиши ($80 \pm 5,6\%$, $n=40$), ишлаш қобилиятининг пасайиши ва тез чарчаш (

90±4,2% ҳолларда), уйқунинг бузилиши (98±1,9% аёлларда), иссиқни ва совуқни, ҳавонинг димлигини кўтара олмаслик (94±3,3% ҳолларда). 90±4,2% аёллар аҳволининг ёмонлашишини об-ҳавонинг ўзгариши билан боғлашган

Шундай қилиб, олинган маълумотларга кўра, постменопауза давридаги аёлларда АГ нинг клиник кечишининг ўзига хос белгилари аниқланди. Бунда аёлларда постменопауза давридаги артериал гипертензия кўпинча ортикча тана вазни ва семизлик (44%, 40% мос равишда) билан бирга келди. 28% аёлларда чап қоринча миокарди гипертрофияси аниқланди. 56% беморларда натрий хлорга кучли сезгирлик аниқланган ва уни кўп миқдорда қабул қилганда юз ва қўл соҳасида шиш пайдо бўлган ёки кучайган. Юрак-қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик 76% аёлларда учради. 94,6% дан ортик аёлларда артериал гипертензия асоратли яъни постменопауза давридаги вегетатив дисфункция белгиларининг яққол намоёйиши билан кечди. Юрак-қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик 76% аёлларда учраши, АГ нинг ривожланишида хавф омилларининг 7,1 маротаба ортишини таъминлади.

Яхши маълумки, менопаузанинг бошланиши аёлларда психоэмоционал бузилишлар билан кечади. Юрак-қон томир патологиясининг қўшилиши ушбу ўзгаришларни оғирлаштиради. Стандартлаштирилган саволномалар ёрдамида постменопауза давридаги аёлларда бош оғриғи, бош айланиши, хотиранинг пасайиши, уйқунинг бузилиши, хавотирликнинг ошиши, депрессиянинг ривожланиши ҳисобига ҳаёт сифатининг анча пасайиши аниқланган.

Депрессиянинг мавжудлиги ва унинг даражасини ҳамда яширин кечувчи депрессияни аниқлаш мақсадида “Депрессияга мойилликни аниқлаш” Д. Бернс (1995) тест маълумотлари таҳлил қилинди.

Кейинги босқичда хавотирликни текшириш - Спилбергер тести ўтказилди.

Шундай қилиб, постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларда Бернс тести бўйича нормал ҳолат 15 та (30± 6,5%, DI: 43%-17%),

аксинча депрессияга мойиллик ўрта даражада ва клиник депрессиянинг бошланиш арафаси ҳолати 35 та ($70\pm 6,5\%$, DI: 63%-57%) аёлларда кузатилган ва кўрсаткичлар АГ даражасига боғлиқ ҳолда тақсимланган. Спилбергер тести натижаларига кўра шахс ва вазиятли хавотирликнинг намоён бўлиши ҳам АГ даражасига боғлиқ бўлиб, балл кўрсаткичлари АГ нинг 2 даражаси бўлган аёлларда 1 даражасига нисбатан ишончли равишда ўта юқори ифодаланган ($p<0,01$, $p<0,01$, мос равишда).

“Аёл қалби” мактабида ўқитишнинг таклиф этилган технологиясида постменопауза давридаги аёлларнинг таълим даражаси эътиборга олинди. Ҳафтада 1 марта 15-20 дақиқалик танаффус билан 90-120 дақиқалик 10 та машғулот ўтказилди.

“Аёл қалби” мактабининг асосий вазифаси – бу беморларни даволашга нисбатан йўналтириш, касаллик ҳақида тиббий билим савиясини ошириш бўлган қизиқишини уйғотиш, ҳаёт тарзи сифати ва дориларни доимий қабул қилишда ўзини ўзи бошқаришни ўргатишдан иборат бўлди.

Таққослаш тахлили 2 гуруҳда ўтказилди. Асосий гуруҳ постменопауза давридаги АГ билан касалланган 25 аёлдан таркиб топган бўлиб, улар «Аёл қалби» мактабида 10 кун давомида ўқитилди. Таққослаш гуруҳини АГ билан касалланган шу ёшдаги 25 аёл ташкил қилди ва ўқитишга жалб этилмади.

“Аёл қалби” мактабида ўқитиш беморларда ишонарли тарзда клиник яқунларига таъсир кўрсатди. Умумий ҳолатнинг стабиллашуви 96% (24) ҳолларда учради, АҚБ нинг мақсадли даражасига эришиш - 84% (21), қайта гипертоник кризлар - фақат 4,0% (1), асосан АГ II даражасида учради ($p<0,001$).

Шундай қилиб, “Аёл қалби” мактабида ўқитиш аёлларда умумий ҳолатнинг стабиллашувида 1,7 (RR=1,7), АҚБ нинг доимий мустақил назоратини ўтказишда 1,8 (RR=1,8), АҚБ нинг мақсадли даражасига эришишда 3,5 (RR=3,5) ва қайта гипертоник кризларни олдини олишда 8,0 (RR=8,0), баробар самарасини кўрсатди.

ХУЛОСАЛАР

1. Постменопауза давридаги аёлларда артериал гипертензия ортиқча тана вазни ва семизлик, чап қоринча гипертрофияси, натрий хлорга кучли сезгирлик ($44\pm 7,0\%$, $40\pm 6,9\%$, $28\pm 6,3\%$, $56\pm 7,0\%$, мос равишда) ва $94,6\pm 3,2\%$ ҳолатларда вегетатив дисфункция белгиларининг яққол намоёиши билан кечди. Юрак-қон томир касалликлари бўйича наслий мойиллик ($76\pm 6,0\%$) аёлларда АГ ривожланишида хавф омилларининг 7,1 мартаба ортишини таъминлади.

2. Постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларда ҳаёт сифати текширилганда Бернс тести бўйича нормал ҳолат $30\pm 6,5\%$, (DI: 43%-17%), депрессияга мойиллик ўрта даражаси ва клиник депрессиянинг бошланиш арафаси ҳолати $70\pm 6,5\%$, (DI: 63%-57%) аёлларда кузатилди ва АГ кечиш даражаси ($r=0,56$), тана вазни билан ($r=0,47$) тўғри корреляцион боғлиқликда бўлди. Спилбергер тести натижаларига кўра шахс ва вазиятли ҳавотирлик АГ нинг 2 даражаси бўлган аёлларда ишончли равишда юқори ифодаланди ($p<0,01$, $p<0,01$, мос равишда).

3. Постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларда олиб борилган ўқитиш технологияси (“Аёл қалби” мактаби) қайта гипертоник кризларни олдини олишда 8,0 (RR=8,0), комплайнсга (даволанишга жалб қилиниш) эришишда 7,2 (RR=7,2), АҚБ нинг мақсадли даражасига эришишда 3,5 (RR=3,5), АҚБ нинг доимий мустақил назоратини ўтказишда 1,8 (RR=1,8), аёлларда умумий ҳолатнинг стабиллашувида 1,7 (RR=1,7), баробар самара берганлигини кўрсатди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Соғлиқни сақлаш бирламчи тизими амалиётига АГ кўпомилли профилактикасини самарали ўтказишда “Аёл қалби” мактаби каби замонавий ўқитиш технологияларни кенгроқ киритиш ва татбиқ этиш мақсадга мувофиқдир.
2. Соғлиқни сақлаш бирламчи тизимида постменопауза давридаги АГ билан касалланган аёлларнинг даволаш-диагностик ва таълим жараёнида фаол иштирок этиши уларни адекват ва муваффақиятли даволашнинг зарур шарт-шароити бўлиб ҳисобланади.

ЧОП ЭТИЛГАН ИЛМИЙ ИШЛАР РЎЙХАТИ

Мақола

1. Агзамова Ш.А., Арипова Н.А. “Эффективность образовательных технологий для женщин с артериальной гипертензией в период постменопаузы” // Педиатрия. - Т.- 2013. - №1-2., - С. 99-100.

Тезис

2. Агзамова Ш.А., Арипова Н.А. “Постменопауза давридаги артериал гипертензияли аёлларда маълумотини оширувчи технологияларнинг самарадорлиги”//Терапевтический вестник Узбекистана. – 2013. - № 4. - С. 37

АДАБИЁТЛАР КЎРСАТКИЧИ

Ўзбекистон Республикаси президенти И.А. Каримов асарлари

1. Встреча с участниками международной конференция «Подготовка образованного и интеллектуально развитого поколения – как важнейшее условие устойчивого развития и модернизации страны», организованная по инициативе Президента Ислама Каримова. - Ташкент 17.02.2012

2. Встреча с участниками международной научно-практической конференции «Здоровое поколение – будущее нации», посвященной 20-летию образования фонда «Соғлом авлод учун» - Ташкент, 24.04.2013

3. Доклад И.А. Каримова, посвященный к 21-годовщине конституции Республики Узбекистан // Учитель Узбекистана. – 2013. - №50. – С. 6.

4. Каримов И.А. «Человек, его права и свободы – высшая ценность». Т.14. – Т.: ИПТД «Узбекистан», 2008. – 224с.

5. ППП № 2221 от 10.08.2014 года

6. Каримова И.А. «Ўзбекистон мустақиликка эришиш остонасида» // (“Узбекистан на пороге достижения независимости”) Т.,-2011 г.

Асосий адабиётлар

7. Артериальная гипертензия Нурпертоние: монография// Под ред. В. Зидек. - М: ГЭОТАР-Медиф, 2009. - 208 с.

8. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Гипертоническая болезнь. Как жить и выжить? (советы больному с повышенным артериальным давлением) // Учебно - методическое пособие к занятиям в школе больного гипертонической болезнью Москва 2001 г.

9. Биверс Д.Г. Артериальная гипертензия// 2-е изд.. - М: БИНОМ, 2011 - 136 с.

10. Бернс Д. Яхши кайфият. — М., 1995. — б. 23—26
11. Бройтигам В. Психосоматическая медицина // ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 64с.
12. Вихляева Е.М. Постменопаузальная терапия. Влияние на связанные с менопаузой симптомы, течение хронических заболеваний и качество жизни, монография/ Е. М. Вихляева. - М: МЕДпресс-информ, 2008. - 448 с.
13. Гиляревский С.Р. Современная методология качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: методическое пособие / М., 2000. - 60с.

Қўшимча адабиётлар

14. Арипходжаева Ф. С. Выявляемость остеопороза, остеопении и артериальной гипертензии у женщин в постменопаузальном периоде : научное издание / Ф. С. Арипходжаева, Д. К. Маманазарова, Ф. К. Гаффарова//Терапевтический вестник Узбекистана. - Ташкент, 2011. - №2-3. - С. 149
15. Баранова Е.И. Опыт применения нолипрела и его сочетания с заместительной гормональной терапией у женщин с гипертонической болезнью в постменопаузе : научное издание / Е.И. Баранова, О.О. Большакова, Н.П. Маслова, А.А. Кацап и др // Артериальная гипертензия. - М., 2005. - №1. - С. 24-28.
16. Барт Б.Я. Артериальная гипертония у женщин в постменопаузе: медико-социальная значимость и результаты терапии моэксиприлом в поликлинических условиях : научное издание / Б.Я. Барт, В.Ф. Беневская, Г.М. Бороненков // Кардиология. - М., 2004. - №9. - С. 92-96.
17. Бахшалиев А.Б. Оптимизация терапии артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе с использованием агониста имидазолиновых рецепторов-моксонидина / А. Б. Бахшалиев, Г. М. Сабзалиева, Т. Ш.

Джахангиров// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М., 2006. - №1. - С. 37-44.

18. Бахшалиев А.Б. Применение моксонидина у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузальном периоде : научное издание / А.Б. Бахшалиев, Г.М. Сабзалиева // Кардиология. - М., 2006. - №5. - С. 63-64

19. Бахшалиев А.Б. Сравнительная оценка эффективности моксонидина и престариума у женщин в постменопаузальном периоде с мАГой и умеренной артериальной гипертензией /А.Б. Бахшалиев, Г.М. Сабзалиева// Кпинич. медицина. - М., 2004- №4. - С. 41-44.

20. Бедельбаева Г. Г. Артериальная гипертензия и постменопауза : научное издание / Г. Г. Бедельбаева // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2012. - N1-2. - С. 178-179

21. Белоусов Ю.Б. Влияние мозксиприла на качество жизни у женщин в постменопаузе, страдающих артериальной гипертензией : научное издание / Ю.Б. Белоусов, М.Г. Глезер, Э.Б. Тхостова, М.А. Демидова // Терапевт, архив. - М., 2005. - №10. - С. 75-78.

22. Бета-адреноблокаторы в коррекции артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе / И. А.Латфуллин, Г. П.Ишмурзин, Р. Ф.Гайфуллина, Р. И.Ахмерова, З. Ф.Ким, А. А.Подольская // Клиническая медицина : научно- практический журнал. - М. : Медицина. - ISSN 0023-2149. - 2010. - Том88 N2. - С. 68-71

23. Борт Б.Я. Артериальная гипертензия у женщин в постменопаузе: современные возможности медикаментозной терапии в поликлинических условиях : научное издание / Б.Я. Борт , Г.М. Бороненков, В.Ф. Беневская // Рос. кардиол. журн. - М., 2001. - №5. -С. 69-70

24. Бриттов А.Н. Артериальная гипертензия при метаболическом синдроме. Возможности антигипертензивной терапии / А.Н. Бриттов, М.Л. Уметов // РМЖ. 2005. - №26. - С. 1713-1720.

25. Бриттов А.Н. Динамика показателей углеводного и липидного обмена у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилмени-

дином в сравнении с атенололом / А.Н. Бриттов // Артериальная гипертензия. 2004. - Т. 10, № 1. - С.28-32.

26. Быстрова М. М. Бриттов А. Н. Артериальная гипертензия у женщин в постменопаузе // Кардиология. 1999. - №5. - С.72-86.

27. Быстрова М.М. Влияние лечения фемостоном на сердечно-сосудистую систему у женщин в постменопаузе / М.М. Быстрова; Ю.Н.Новичкова // Терапевтический архив. - М., 2001. - №10. - С. 38-40. - Библиогр.: 11 назв.

28. Быстрова М.М. Заместительная гормонотерапия у женщин с артериальной гипертензией в пери- и постменопаузе: гемодинамические эффекты / М.М. Быстрова; А.Н.Бриттов, М.Горбунов и др. //Терапевтический архив. - М., 2001. - №10. - С. 33-38.

29. Вебер В.Р. Эффективность Небиволола и Амлодипина у больных артериальной гипертензией женщин в постменопаузе с различными типами ремоделирования левого желудочка / В.Р. Вебер, М.П. Рубанова, М.А. Иванова, В. Жмайлова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М., 2004. - №6. -С. 15-20.

30. Волкова Н.И. Здоровье женщин в перименопаузе. Теория и практика: научное издание/ Н.И. Волкова //Журналы акушерства и женскихъ бользней. - СПб.,2004. - Вып.2 - С. 54-59

31. Габиева Н. Н. Эффективность комбинации амлодипина и лизиноприла в низких дозах в лечении артериальной гипертензии у женщин в постменопаузальном периоде / Н. Н. Габиева, А. Б. Бахшалиев // Клиническая медицина : ежемесячный научно- практический журнал / гл. ред. Ф. И. Комаров. - Москва : Медицина. - ISSN 0023- 2149. - 2012. - Том 90 N 2. - С. 54-57

32. Гапонова Н.И. Клинико-статистический анализ артериальной гипертензии, осложненной гипертоническим кризом, в Москве за 2005-2009 гг.: научное издание/ Н. И. Гапонова, Н. Ф. Плавунов [и др.] //Кардиология . - Москва, 2011. - N°2. - С. 40-44.

33. Гарганеева Н.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема / Н.П. Гарганеева, Ф.Ф. Тетенев, В.Я. Семке // Клинич. медицина.- 2004. -№1. -С.35-41.

34. Гафаров В. В., Панов Д. О. Риск развития артериальной гипертензии и личностная тревожность в открытой популяции среди женщин 25-64 лет (16-летнее эпидемиологическое исследование - программа ВОЗ "MONICA-psychosocial") //Артериальная гипертензия. - СПб., 2012. - Том 18 N4. - С. 298-302

35. Гиляревский С. Р. Современные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин // Сердце. 2004.-Т.3, №6. — С.280-284.

36. Динамика показателей углеводного и липидного обмена у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилменидином в сравнении с атенололом / Ю.Р. Кашерининов и др. // Артериальная гипертензия. 2004. -Т. 10,№1,-С. 28-32.

37. Душамова Б.Х. Структурно-гемодинамические параметры левого желудочка в динамике терапии лизиноприлом у женщин в постменопаузе с артериальной гипертензией : научное издание / Б.Х. Душамова, Н.С. Латипова, А.Л. Апяви, Б.Р. Хусаинов // Кардиология СНГ. - Т., 2005. - №2, прилож. - С. 64

38. Зеленина И Н Актуальные проблемы заместительной гормонотерапии у женщин с артериальной гипертензией/ И Н Зеленина//П Национальный конгресс терапевтов "Новый курс1 консолидация усилий по охране здоровья нации", Москва, 7-9 ноября 2007 г Сборник материалов -М ,2007 -С 79

39. Ибрагимова Т. Х. Постменопауза давридагиги аёлларда артериал гипертензиянинг учраш даражаси ва кечишнинг узига хослиги : научное издание / Т. Х. Ибрагимова, Г. М. Тулабаева // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2011. - №1-2. - С. 55-57.

40. Ибрагимова Т.Х. Артериал гипертензияни постменопаузал

osteoporozli aёllарда кечишининг узига хослиги ва уни коррекция килиш усуллари: тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун такдим этилган диссертация автореферати. - Ўзбекистон Республикаси, Согликни сақлаш вазирлиги. - Т, 2011. - 25 с.

41. Ишманова А.Р. Влияние терапии рамиприлом и амлодипином на вазодилатирующую функцию эндотелия, метаболический профиль и течение артериальной гипертензии у женщин с постменопаузальным метаболическим синдромом : научное издание / А.Р. Ишманова, А. Н. Закирова, И. М. Карамова, С. М. Янбаева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - Москва, 2010. - №1. - С. 58-63.

42. Караченцев А.Н. Заместительная гормонотерапия и гипотензивная терапия в пери- и постменопаузе у больных с артериальной гипертонией : научное издание / А.Н. Караченцев, И.В. Кузнецова, Ж.Д. Кобалава, В.С. Моисеев//Акушерство и гинекология. - М., 2004. - №6. - С. 10-13

43. Касумова Ф.З. Бета-адреноблокаторы при длительной монотерапии у больных с артериальной гипертензией: влияние на качество жизни и приверженность к лечению: научное издание //Российский кардиологический журнал. - Москва, 2010. - №5. - С. 52-55.

44. Кириченко А.А. Антигипертензивная эффективность и переносимость небиволола / А. А. Кириченко, Е.В. Миронова // Кардиология. 2002. - № 12. -С.35-37.

45. Кельмансон, И. А, Кендалл, М. Дж, Принципы доказательной педиатрии / И. А. Кельмансон. СПб.: Издательство Фолиант, 2004. 240с.

46. Кириченко А.А. Терапия мозксиприлом женщин с артериальной гипертонией в постменопаузе и его влияние на остеопороз : научное издание/А.А. Кириченко, Т.С. Демельханова, А.А. Рязанцев, Ю.Н. Новичкова и др // Кардиология. - М., 2005. - №7.

47. Клинико-генетические аспекты нарушений углеводного обмена и эффективность их коррекции моксонидином и метформином у больных

артериальной гипертонией / Ж.Д. Кобалава и др. // Обзоры клинич. кардиологии. 2006. - № 4. - С. 14-20.

48. Ковалева И.Б. Функция эндотелия у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузе /И.Б. Ковалева, С.Е. Мясоедова, И.К. Богатова, Е.А. Букина// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М., 2004. - №6. - С. 4-8.

49. Крылов М.Ю. Аллельный полиморфизм генов щелочной фосфатазы, кислой растворимой фосфатазы и белка, связывающего витамин D, при постклимактерическом остеопорозе: научное издание/ М.Ю. Крылов, Т.А. Короткова. В.А Мякоткин, Л И. Беневоленская //Терапевт, архив. - М., 2004. - №5. - С. 61-65.

50. Куликов А.Н. Действие некоторых антигипертензивных средств на суточный профиль артериального давления у больных гипертонической болезнью / А.Н. Куликов, Л.А. Бобров // TERRA MEDICA nova. 2003. - №4. - С.3-7.

51. Латипова Н. С. Суточный профиль артериального давления при артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе, проживающих в Приаралье : научное издание / Н. С. Латипова, Б. Х. Душамова // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2009. - №4. - С. 40-42

52. Латипова Н.С. Терапия лизиноприлом беморок с артериальной гипертензией в постменопаузе : научное издание / Н.С. Латипова, Б.Х. Душамова // Леч. врач. - М., 2005. - №9. - С. 92-93.

53. Латипова Н.С. Эхокардиографические параметры левого желудочка в динамике длительной терапии лизиноприлом у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузе, проживающих в зоне Приаралья / Н.С. Латипова, Б.Х. Душамова, З.Ф. Джуманиязова, Б.Р. Хусаинов //Журн. теоретич. и клинич. медицины. - Ташкент, 2005. - №1. - С. 56-59.

54. Леонова М.В. Гипотензивные, органопротективные и метаболические эффекты ингибитора ангиотензинпревращающего фермента

моэксиприла у женщин с постменопаузальным синдромом / М.В. Леонова, М.А. Демидова, А.В. Тарасов, Ю.Б. Белоусов // Кардиология. - М., 2006. - №5. - С. 40- 43. Литвинович Е.Ф. Моэксиприл для лечения артериальной гипертензии у женщин в постменопаузальном периоде : научное издание / Е. Ф. Литвинович // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М., 2006. - №2. - С. 28-32.

55. Мальчикова С. Экономика вазопротекции у больных артериальной гипертензией / С. Мальчикова, Е. Тарловская, М. Авксентьева // Врач. - Москва, 2010. - №9. - С. 42-46.

56. Менопауза и сердечно-сосудистые заболевания влияние заместительной гормональной терапии на качество жизни / И В Юденкова, ВИТаранина, А М Устинов, И Н Зеленина // Современные методы диагностики, лечения и реабилитации лиц, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС материалы обл конф , Воронеж, 23 мая 2003 г - Воронеж, 2003 — С 47-49 5.

57. Моисеев В.С. АРГУС: артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп / В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава. М.: МИА, 2002. - 446с.

58. Недоступ А.В. Психовегетативные соотношения в кардиологии и значение их медикаментозной коррекции / А.В. Недоступ, В.И. Федорова, А.Д. Соловьева // Терапевт, арх. 2007. - №1. - С.68-73.

59. Некоторые аспекты применения ЗГТ у женщин с гипертонической болезнью//Э В Минаков, РА Хохлов, Е А.Бирюкова, ИВ Юденкова, ИН Зеленина //Профилактическая кардиология, материалы 2-ой Всероссийской конферен-ции -Саратов, 2002 -С 222-223

60. Некоторые аспекты терапии гипертонической болезни на фоне гипостроге-нии / Э В Минаков, Т М Кобцева, И В Юденкова, И Н Зеленина// Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных материалы юбил. IX науч -практ конф. Пензенск. ин-та усовершенств врачей МЗ РФ с участ регионов России, Пенза, 20-21 июня 2002 г - Пенза, 2002 - С 373-375

61. Новикова И.А. Основные факторы риска развития психосоматических заболеваний / И.А. Новикова, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Терапевт, арх. 2007. - №1. - С.61-64.
62. Овчинников А. Г. Заместительная гормонотерапия в постменопаузе: защита сердца или неоправданный риск? // Сердце. -2004. Т.3, №6. - С.302-305.
63. Остроумова О.Д. Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента моэксиприл в лечении артериальной гипертензии. Возможности моэксиприла при лечении женщин в постменопаузе : научное издание/О.Д. Остроумова, С.В. Пауков, Л.И. Фролова // Кардиология. - М., 2006. - №11. - С. 92-98. - Библиогр.: 21 назв.
64. Остроумова О.Д. Что определяет экономическую эффективность лечения артериальной гипертензии/О.Д. Остроумова, С.Р. Гиляревский. В.И. Мамаев //Кардиология. - М., 2003. - №12. - С. 86-90
65. Ощепкова Е.В. Регистр артериальной гипертензии / Е.В. Ощепкова, П.Я. Довгалецкий, В.И. Гриднев // Терапевт, арх. -2007.-Т.79, №1. -С.44-48.
66. Пестрикова Т. Ведение беморок в климактерическом периоде: Конспект врача: научное издание/ Т. Пестрикова, Е. Юрасова //Медицинская газета. - М., 2004-№24(1 апр.). - С. 8-9
67. Пестрикова Т. Ведение беморок в климактерическом периоде: Конспект врача: научное издание/ Т. Пестрикова, Е. Юрасова //Медицинская газета. - М., - №24 (1 апр.). - С. 8-9
68. Петросян С Л Артериальная гипертензия у женщин в климактерии / С Л Петросян, И Н Зеленина // Донозология-2007 материалы 3 Международ науч конф , 29-30 нояб , Санкт-Петербург - СПб , 2007 -С 210-212
69. Петросян С Л Анализ клинической эффективности применения заместительной гормональной терапии у женщин с артериальной гипертензией/ С Л Петросян, И Н Зеленина // Управление процессами диагностики и лечения межвузовский сборник научных трудов — Воронеж, 2007 —С 26-32

70. Петросян С Л Заместительная гормональная терапия у женщин с артериальной гипертензией в менопаузе /С Л Петросян, И Н Зеленина// Системный анализ и управление в биомедицинских системах -2007 -Т 6ЫЗ - С 821-826.

71. Платонова Е.В. Оценка антигипертензивной эффективности эналаприла у женщин в постменопаузе с использованием амбулаторных методов измерения артериального давления : научное издание / Е.В. Платонова, В.М. Горбунов, М.М. Быстрова // Рос. кардиологический журн. - М., 2005. - №5. - С. 67-70.

72. Подзолков В. И. Эссенциальная артериальная гипертензия у женщин или женская артериальная гипертензия?: научное издание/ В. И. Подзолков, А. Е. Брагина //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М., 2012. - №1. - С. 79-84.

73. Подзолкова Н. М. Гормональный континуум женского здоровья: эволюция сердечно-сосудистого риска от менархе до менопаузы. // Сердце. 2004. - Т.3, №6. — С.276-280.

74. Постнов Ю. П. К развитию мембранной концепции патогенеза первичной гипертензии (нарушенная функция митохондрий и энергетический дефицит) / Ю.П. Постнов // Кардиология. 2000. - №10. - С.4-12.

75. Применение амлодипина и ателолола в терапии артериальной гипертензии у женщин в постменопаузальном периоде : научное издание / Т. Ибрагимова, Г. М. Тулябаева [и др.] // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2010. - N2-3. - С. 194

76. Применение диована у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузальном периоде / Т. Х. Ибрагимова, Г. М. Тулабаева, И. И. Рахимова, М. Т. Зубайдуллаева// Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2010. - N2-3. - С. 194-195

77. Распространенность артериальной гипертонии и эффективность многолетней многофакторной профилактики в ряде регионов России / М.С. Тожиев и др. // Терапевт, арх. -2007.-Т.79, №1.-С.27-32.
78. Рогоза А.Н. К вопросу о точности измерения АД автоматическими приборами // Функциональная диагностика. 2003. - № 1. -С.56-64.
79. Рогоза А.Н. Суточное мониторирование артериального давления: варианты врачебных заключений и комментарии / А.Н. Рогоза, М.В. Агальцов, М.В. Сергеева. Н. Новгород, 2005. - 63с.
80. Рунихина Н. К. Особенности когнитивного статуса у женщин с артериальной гипертензией в период постменопаузы / Н. К. Рунихина, Н. В. Шарашкина, В. Н. Ларина, Б. Я. Барт//Акушерство и гинекология. - М., 2013. - N1. - С. 70-75.
81. Свищенко Е.П. Гипертоническая болезнь, вторичные гипертензии / Е.П. Свищенко, В.Н. Коваленко. Киев, 2002. - 502с.
82. Соболева Г. Н. Коррекция нарушенной функции сосудистого эндотелия у женщин в период менопаузы: какой препарат лучше? // Рус. мед. журн. 2001. - Т.9, №9. - С.383-386.
83. Соболева М. COMPLAINTNESS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION ON THE USE OF DRUGS THAT IMPROVE THE QUALITY OF LIFE: SCIENTIFIC EDITION/ М. Соболева, Е. Слободенюк, И. Букатова, З. Калагина //Врач. - М., 2012. - №3. - С. 68-70.
84. Струтынский А. Терапия лизиноприлом в раннем постменопаузальном периоде больных с артериальной гипертензией /А. Струтынский, Р. Бакаев [и др.] // Врач. - Москва, 2010. - №5. - С. 17-20.
85. Тарасова М.А. Влияние заместительной терапии 17 бета-эстрадиолом в сочетании с дроспиреноном на динамику артериального давления, эндотелий-зависимую и эндотелий-независимую вазодилатацию у женщин в постменопаузе / М.А. Тарасова, М.И. Ярмолинская, О.А. Соловьева, М.А. Сахновская//Журнал акушерства и женских болезней. - СПб, 2007. - №2. - С. 3-9.

86. Третьяков А. Неврогенные детерминанты артериальной гипертонии у лиц с разными мотивационными приоритетами: научное издание/ А. Третьяков, С. Захарченко, В. Шиленок, Н. Выдрин //Врач. - Москва, 2009. - №10. - С. 68-71.
87. Хабибулина М. Пременопауза: влияние терапии дилататором и ЗГТ на качество жизни при артериальной гипертензии: научное издание/ М. Хабибулина //Врач. - М., 2012. - №7. - С. 69-71.
88. Хомицкая Ю. В. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. // Сердце. 2004. - Т.3, №6 - С.296.
89. Цветкова Т.П. Лечение женщин с тяжелым климактерическим синдромом в постменопаузе: научное издание/ Т. П. Цветкова //Клиническая геронтология. - Москва, 2009. - №12. - С. 59-62.
90. Чихладзе Н.М. Возможности применения бета-адреноблокаторов с вазодилатирующими свойствами у больных с артериальной гипертензией / Н.М. Чихладзе, И.Е. Чазова // Consilium medicum. 2004. - № 2. - С. 39-41.
91. Юнусова Г.Р. Артериальная гипертензия у женщин в постменопаузальном периоде // Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2010. - №2-3.
92. Якусевич В.В., Можейко М.Е., Рябихин Е.А., Проворкова Н.В. Артериальная гипертония у женщин в постменопаузе: динамика цереброваскулярного кровотока и липидного спектра при лечении моноксиприлом в виде монотерапии и в сочетании с аторвастатином // Клинич. геронтология. - М., 2005. - №2. - С. 57-61.
93. Якусевич В.В., Можейко М.Е., Рябихин Е.А., Сударева Н.В. Цереброваскулярные нарушения у женщин в постменопаузе с артериальной гипертензией: новая концепция медикаментозной коррекции
94. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2005;112: e 154-e235.

95. Are beta-blockers as efficacious in patients with diabetes mellitus who have chronic heart failure? A meta-analysis of large-scale clinical trials / S.L. Haas et al. // *Am Heart J*. 2003. - V. 146. - P.848-853.

96. Arnold J.M., Howlett J.G., Dorian P. et al. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference recommendations on heart failure update 2007: Prevention, management during intercurrent illness or acute decompensation, and use of biomarkers. *Can J Cardiol* 2007; 23 (1): 21-45.

97. Bakris G. Metabolic effects of carvedilol vs metoprolol in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension / G. Bakris // *JAMA*. 2004. - V.292. - P.2227-2236.

98. Banach M., Bhaiia V., Feller M.A. et al. Relation of baseline systolic blood pressure and long-term outcomes in ambulatory patients with chronic mild to moderate heart failure. *Am J Cardiol* 2011; 107(8); 1208-1214.

99. Banks W.A. Impaired transport of leptin across the blood-brain barrier in obesity is acquired and reversible / W.A. Banks, C.L. Farrell // *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2003. - V.285. - P. 10-15.

100. Bell-Anderson K.S. Leptin as a potential treatment for obesity: progress to date / K.S. Bell-Anderson, J.M. Bryson // *Treat Endocrinol*. 2004. - V.3. -P.11-18.

101. European Society of Hypertension European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension: Guidelines Committee // *J. Hypertension*. - 2003. - V.21. - P. 1011 -1053.

102. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring // *Journal of Hypertension* 26: 1505-1530 2008

103. Extraadipocyte leptin release in human obesity and its relation to sympathoadrenal function / N. Eikelis et al. // *Am J Physiol Endocrinol Metab*. - 2004. V.286. - P.744-752.

104. Gheorghiu M., Abraham W.T., Albert N.M. et al. Systolic blood pressure at admission, clinical characteristics, and outcomes in patients hospitalized with acute heart failure. *JAMA* 2006; 296 (18): 2217-2226.
105. Gilder G., Frantz S., Bauersachs J. et al. Reverse epidemiology in systolic and nonsystolic heart failure: cumulative prognostic benefit of classical cardiovascular risk factors. *Circ Heart Fail* 2009; 2 (6): 563-571.
106. Grigorian-Shamagian L., Gonzalez-Juanatey J.R., Vazquez R. et al. Association of blood pressure and its evolving changes with the survival of patients with heart failure. *J Card Fail* 2008; 14 (7): 561-568.
107. Haider A. et al., Larson M.G., Franklin S.S. et al. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 2003; 138 (1): 10—16.
108. Haynes W.G. Role of leptin in obesity-related hypertension / W.G. Haynes // *Exp Physiol*. 2005. - V.90. - P.683-688.
109. Interactions between leptin and the human sympathetic nervous system / N. Eikelis et al. // *Hypertension*. 2003. - V.41. - P. 1072-1079.
110. Lee D.S., Ghosh N., Floras J.S. et al. Association of blood pressure at hospital discharge with mortality in patients diagnosed with heart failure. *Circ Heart Fail* 2009; 2: 616—623.
111. Lee T.T., Chen J., Cohen D.J., Tsao L. The association between blood pressure and mortality in patients with heart failure. *Am Heart J* 2006; 151 (1): 76-83.
112. McMurray J.J.A., Adamopoulos S., Anker S.D. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J* 2012; 33 (14): 1787-1847.

113. Messerli F.H., Panjrath G.S. The J-curve between blood pressure and coronary artery disease or essential hypertension: exactly how essential? *J Am Coll Cardiol* 2009; 54 (20): 1827—1834.

114. Raphael C.E., Whinnett Z.I., Davies J.E. et al. Quantifying the paradoxical effect of higher systolic blood pressure on mortality in chronic heart failure. *Heart* 2009; 95 (1): 56—62.

115. Rilmenidine sympatholytic activity preserve mental stress, orthostatic sympathetic responses and adrenaline secretion / M. Esler et al. // *J Hypertens.* — 2004. V.22. -P.1529-1534.

116. Strehlow K. Modulation of antioxidant enzyme expression and function by estrogen / K. Strehlow, S. Rotter, S. Wassmann // *Circ. Res.* 2003. - Vol.93 (2).- P. 170-177. Epub 2003, Jun 19.

117. Systemic hypertension in postmenopausal women: a clinical approach / E.Z. Fisman et al. // *Curr. Hypertens. Rep.* 2002. - Vol.4, suppl.6. - P.464-470.

118. Wilhelmsen L., Rosengren A., Eriksson H., Lappas G. Heart failure in the general population of men-morbidity, risk factors and prognosis. *J Intern Med* 2001; 249 (3): 253—261.

ИЛОВА

1- илова

Хавотирликни текшириш - Спильбергер тести натижаларининг тахлили

1. Калит ёрдамида вазият ва шахс хавотирлиги кўрсаткичларини аниқлаш.
2. Хавотирлик даражасини баҳолаш асосида хулқни коррекция қилиш учун тавсиялар тайёрлаш.
3. ВХ ва ШХ ўртача гуруҳ кўрсаткичларини ҳисоблаб чиқиш ва қиёсий тахлилини (масалан, жинсига қараб) ўтказиш.
4. Ўз-ўзини баҳолаш натижаларини тахлил қилинганда шуни эътиборга олиш керакки, ҳар шкала ости бўйича умумий якуний кўрсаткич 20 дан 80 диапазонгача бўлиши мумкин. Бунда якуний кўрсаткич қанча юқори бўлса, хавотирлилик даражаси шунча юқори бўлади (ситуатив ёки шахс). Кўрсаткичларни интерпретация қилишда қуйидаги тахминий баҳолардан фойдаланиш мумкин: 30 баллгача — паст, 31—44 балл — ўртача; 45 ва ундан кўп – юқори.

Мулоҳаза номерлари	Жавоблар			
	Ҳеч қачон	Деярли ҳеч қачон	Кўпинча	Деярли доимо
ВХ				
1	4	3	2	1
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4
13	1	2	3	4
14	1	2	3	4

15	4	3	2	1
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1
IIIХ				
21	4	3	2	1
22	1	2	3	4
23	1	2	3	4
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4
26	4	3	2	1
27	4	3	2	1
28	1	2	3	4
29	1	2	3	4
30	4	3	2	1
31	1	2	3	4
32	1	2	3	4
33	1	2	3	4
34	1	2	3	4
35	1	2	3	4
36	4	3	2	1
37	1	2	3	4
38	1	2	3	4
39	4	3	2	1
40	1	2	3	4

Хавотирлилик даражасини баҳолаш ва керак бўлганда уни коррекция қилиш бўйича тавсияларни ўз ичига олган, ҳар бир текширувдан ўтказилаётганлар бўйича, хулоса ёзилади. Шундай қилиб, юқори баҳо олган шахсларда ўзига ишонч ва муваффақият ҳиссини шакллантириш лозим. Уларга фаолиятни маънодор англаш билан вазифаларни олдига қўйишда ташқий талабчанлик, қатъийлик, юқори аҳамиятлиликни аралаштириб урғу бериш ва вазифаларости бўйича аниқ режалаштиришни олиб бориш лозим. Хавотирлиги паст бўлган инсонлар учун, аксинча, фаолликни уйғотиш, фаолиятнинг мотивацион компонентларини бўртириб кўрсатиш, қизиқувчанликни қўзғотиш, у ёки бу вазифаларни ечишда жавобгарлик

ҳиссини ёритиш талаба этилади. Гуруҳни текшириш натижалари бўйича, шунингдек ситуатив ва шахс хавотирлиги даражасига қараб, бутунлигича баҳоловчи хулоса ёзилади, ундан ташқари юқори ва паст хавотирли шахслар ажратилади.

Саволнома №1. Аёлларнинг билимини баҳолаш

Тасдиқлаш	Жавоб		
	ҳа	жавоб беришим қийин	йўқ
1	2	3	4
АҚБ нинг 140/90 мм сим.уст. дан ошган даражаси баланд деб ҳисобланади			
Мен АҚБ ни фақат ўзимни ёмон ҳис қилганимда ўлчайман			
Гипертоник кризда : нифедипин 10 мг, каптоприл 25—50 мг таблеткасини тил остига ташлаш керак; шифокорни чақириш лозим			
АҚБ ни фақат елка соҳасида ўлчаш лозим			
Ортиқча тана вазни АҚБ нинг кўтарилишига олиб келади			
Чекиш АҚБ нинг кўтарилишига олиб келади			
Кам жисмоний фаоллик АҚБ нинг кўтарилишига олиб келади			
Наслий мойиллик АҚБ нинг ошиш хавфига таъсир кўрсатади			
Суткасига эркаклар учун 30г ва аёллар учун 15г тоза спирт қабул қилиш, айниқса гипертонияда, хавфли			
Кундалик жисмоний фаоллик ошганда пулс частотасини назорат қилиш лозим			
Гипертонияда туз қабул қилишни 5 г/сут гача чеклаш лозим (1 чой қошиқ)			
Ўз тана вазнингизни биласизми?			
Ўзингиздаги холестерин даражасини биласизми?			

Ўзингизда қондаги қанд миқдорини биласизми?			
Ортиқча вазн бўлганда озуканинг умумий калориясини 1500—1200 ккал гача пасайтириш лозим			
Соғлиқни яхшилаш учун кунига 30 дақиқа давомида ўрта темпда (секин-аста тезлаштириб бориш билан) яёв юриш муҳим			
Озуқа маҳсулотларини харид қилишда ёрлиғида кўрсатилган ёғ миқдorigа эътибор қаратаман			
Агар вазиятни ўзгартириш мушкул бўлса, унга бўлган муносабатни ўзгартириш лозим			
Гипертонияни даволашнинг асосий мақсади- асоратлар хавфини камайтириш			
Асоратлар хавфини камайтириш учун нафақат АҚБ даражасини, балки хавф омилларини ҳам назорат қилиш лозим			

Саволнома №2. Аёл қалби мактабида ўқитиш сифатини баҳолаш

Савол (тасдиқлаш)	Балл (баҳо)				
	1	2	3	4	5
Мактабдаги ўқитиш Сиз учун фойдали бўлди					
Сиз ўқитишдан қоникдингиз					
Мактабдаги машғулотлар ишончингизни оқлади					
АГ ва хавф омиллари ҳақидаги билимларингиз кенгайди					
Овқатланиш ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Жисмоний фаоллик ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Соғлиққа хулқ ва одатларнинг таъсири ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
Стресс ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					

Даволаш ҳақидаги билимларнинг ўзгариш даражаси					
АҚБ ни ўлчашни ўргандим					
Кундаликни тутиб боришни ўргандим					
Касалликни мустақил назорат қилиш ва асоратларни олдини олиш мумкинлигига бўлган муносабат қанчалик ўзгарди.					
АҚБ ни мунтазам ўлчаб бораман					
Овқатланишни назорат қилиб бораман					
Жисмоний фаолликни назорат қилиб бораман					
Стрессли вазиятларни назорат қилиб бораман					
Шифокор тавсияларини бажараман					
Овқатланишдаги одатларимни ўзгартира бошлайман					
Кўпроқ ҳаракат қилишни бошлайман					
Кундалик тутишни бошлайман					
Чекишни ташлайман					
Шифокор келгунига қадар биринчи ёрдамни ўзимга ёки АГ билан касалланган бошқа беморга кўрсата оламан					
Дориларни қабул қилишнинг регулярилигига эътибор беришни бошлайман					
Яқинларим ва дўстларимга ўқишга қатнашни маслаҳат бераман					

Бемор нуқтаи назаридан мактабда ўқитиш сифатини баҳолаш мезонлари:

30 баллгача - паст, қониқарсиз;

31-60 балл - қониқарли;

61-90 балл - яхши;

91 балл ва ундан юқори - аъло.