

A.B. IRMATOVA

90^{*yil*}
T D I U

AHOLI VA REPRODUKTIV SALOMATLIK



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA
MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI**

TOSHKENT DAVLAT IQTISODIYOT UNIVERSITETI

Aziza IRMATOVA

**AHOLI VA REPRODUKTIV
SALOMATLIK**

**O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi
tomonidan o‘quv qo‘llanma sifatida tavsiya etilgan.**

TOSHKENT – 2021

UO‘K: 31(075.8)

KBK 60.7ya73

I 28

Irmatova A.B. Aholi va reproduktiv salomatlik (O‘quv qo‘llanma). – T.: «Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi», 2021. – 160 b.

ISBN 978-9943-7421-9-2

Mazkur o‘quv qo‘llanmada aholining rivojlanish tendensiyalari, reproduktiv huquq va salomatlik, unga ta‘sir etuvchi omillar, kasallik, nogironlik va o‘limning mamlakat aholisining o‘rtach hayot davomiyligiga ta‘siri va oqibatlarini, Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining maqsadi va vazifalari, rivojlangan davlatlarning aholi reproduktiv salomatligini mustahkamlash borasidagi tajribalari, oilani rejalashtirish dasturlari va ularni tug‘ilishga bo‘lgan ta‘siri, reproduktiv salomatlik borasidagi konsepsiya, barqaror rivojlanish maqsadlari va ularning aholi salomatligidagi ahamiyati bayon etilgan.

O‘quv qo‘llanmada BMT Rivojlanish dasturining global va mintaqaviy ma‘ruzalarida, O‘zbekiston Respublikasining Milliy ma‘ruzalarida bayon etilgan uslubiy ishlanmalaridan foydalanilgan. Ushbu o‘quv qo‘llanma oliy o‘quv yurtlarining talabalari, magistrantlari va o‘qituvchilari, aholi reproduktiv salomatligi muammolari bilan qiziqadigan mutaxassislar uchun mo‘ljallangan.

UO‘K: 31(075.8)

KBK 60.7ya73

Taqrizchilar: **Shakarov Z.G.** – iqtisodiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (PhD);

G‘oyipnazarov S.B. – Toshkent davlat iqtisodiyot universiteti “Inson resurslarini boshqarish” kafedra mudiri, iqtisodiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (PhD).

ISBN 978-9943-7421-9-2

© «Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi», 2021.

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И
СРЕДНЕСПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

АЗИЗА ИРМАТОВА

НАСЕЛЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Учебное пособие

ТАШКЕНТ – 2021

А.Б.Ирматова “Население и репродуктивное здоровье” (Учебное пособие) – Т.: «Innovatsion rivojlanish nashriyotmatbaa uyi», 2021. - 160 стр.

В учебном пособии рассмотрены тенденции развития населения, репродуктивнеи права и здоровье, факторы, влияющие на него, влияние на среднюю продолжительность жизни страны заболеваний, инвалидности и смертности, цели и задачи Всемирной организации здравоохранения, опыт развитых стран по укреплению репродуктивного здоровья населения, программы планирования семьи и их влияние на рождаемость, концепция репродуктивного здоровья, значение Целей устойчивого развития на здоровье населения.

В учебном пособии использованы методические разработки, описанные в глобальных и региональных отчетах Программы развития ООН, Национальных отчетах Республики Узбекистан. Учебник предназначен для студентов, магистров и преподавателей высших учебных заведений, специалистов, интересующихся вопросами репродуктивного здоровья населения.

Посвящается 90-летию Ташкентского государственного экономического университета

Рецензенты: **Шакаров З.Г.** – доктор философии по экономическим наукам (PhD).

Гойипназаров С.Б. – заведующий кафедрой “Управление человеческими ресурсами” Ташкентского государственного экономического университета, доктор философии по экономическим наукам (PhD).

**THE MINISTRY OF HIGHER AND SECONDARY
SPECIAL EDUCATION OF THE REPUBLIC OF
UZBEKISTAN**

TASHKENT STATE ECONOMY UNIVERSITY

AZIZA IRMATOVA

POPULATION AND REPRODUCTIVE HEALTH

Textbook

TASHKENT – 2021

**A.B.Irmatova “Population and reproductive health”
(Textbook) – T.: «Innovatsion rivojlanish nashriyot-matbaa uyi»,
2021. - 160 p.**

The textbook examines trends in the development of the population, reproductive rights and health, factors influencing it, the impact of diseases, disability and mortality on the average life expectancy of the country, the goals and objectives of the World Health Organization, the experience of developed countries in improving the reproductive health of the population, family planning programs and their impact on fertility, the concept of reproductive health, the importance of the Sustainable Development Goals on the health of the population.

The textbook uses the methodological developments described in the global and regional reports of the UN Development Program, the National Reports of the Republic of Uzbekistan. This textbook is intended for students and teachers of higher education institutions, professionals interested in the problems of reproductive health.

*Dedicated to the 90th anniversary of
the Tashkent State University of Economics*

Reviewers: **Shakarov Z.G.** – Doctor of Philosophy (PhD).

G‘oyipnazarov S.B. – Head of Department
“Human resources management”, Tashkent state
university of economics, Doctor of Philosophy
(PhD).

MUNDARIJA:

KIRISH	9
1-BOB. AHOLI VA REPRODUKTIV SALOMATLIK NAZARIY ASOSLARI.....	11
1.1. Dunyoda aholi o'zgarish tendensiyasi.....	11
1.2. Tug'ilish, o'lish va tabiiy o'sish.....	20
1.3. Aholining tarkibiy qismlari (bolalar va yoshlar, qariyalar, tub aholi, nogironlar)	24
1.4. Reproktiv huquq va salomatlik.....	27
1.5. Reproktiv huquq va salomatlikka ta'sir etuvchi omillar ...	31
2-BOB. KASALLIK VA O'LIM	35
2.1. Kasallik va nogironlik tushunchasi	35
2.2. Ishlab chiqarish travmatizmi va kasbiy kasalliklar.....	42
2.3. O'lim va uning turlari	55
3-BOB. DAVLATLAR ICHIDAGI, O'RTASIDAGI TAFOVUT OMILLARI	63
3.1. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti, uning maqsadi va funksiyalari.	63
3.2. Rivojlangan davlatlarning aholi va reproduktiv salomatligini mustahkamlash borasidagi tajribalar.....	70
3.3. Rivojlangan davlatlarda sog'liqni saqlashning tashkil etilishi.	79
3.4. Rivojlanayotgan mamlakatlarda sog'liqni saqlash tizimi.	88
3.5. 2020–2025-yillarda O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash sohasini moliyalashtirish tizimini takomillashtirish strategiyasi.....	91
4-BOB. OILANI REJALASHTIRISH.....	95
4.1. Oilani rejalashtirishning mohiyati va ahamiyati.	96
4.2. Oilani rejalashtirish bo'yicha dasturlar va ularning vazifalari.	98
4.3. Oilani rejalashtirish shakllari.....	100
4.4. Oilani rejalashtirishga ta'sir qiluvchi omillar.....	103
5-BOB. REPRODUKTIV SALOMATLIK SOHASIDA KONSEPSIYA.....	108

5.1. Reproduktiv salomatlik komponentlari va xususiyatlari.	108
5.2. Ayollarning reproduktiv salomatlik, axborot va ta'lim hamda reproduktiv salomatlik xizmatlaridan foydalanish huquqlari.....	116
5.3. Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida Qonunning mazmun-mohiyati.	121
5.4. Reproduktiv salomatlikni himoya qilish bo'yicha profilaktik tadbirlar tizimi.	128
6-BOB. BARQAROR RIVOJLANTIRISHDA XALQARO SOG'LIQNI SAQLASH TASHKILOTLARNING O'RNI.....	135
6.1. Barqaror rivojlantirishda xalqaro sog'liqni saqlash tashkilotlarning ahamiyati.....	135
6.2. Toza suv sanitariya maqsadi.....	140
6.3. Gender tengligi maqsadi.....	142
6.4. Barqaror rivojlanish maqsadlarining 3-maqsadi: sog'lik va farovonlik (bolalar salomatligi).....	143
6.5. Barqaror rivojlanish maqsadlari bo'yicha O'zbekistonda amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar.....	147

KIRISH

Reproduktiv salomatlik sog‘liqni saqlashning muhim qismidir. Reproductiv salomatlik, Populyatsiya va taraqqiyot bo‘yicha xalqaro konferensiyaning (Qohira, 1994-y.) Harakatlar Dasturining tavsiyalariga muvofiq, reproduktiv tizim kasalliklarining yo‘qligi emas, balki to‘liq jismoniy va ijtimoiy farovonlik holatini, uning funksiyalari va / yoki undagi jarayonlarning buzilishini anglatadi. Shunday qilib, reproduktiv salomatlik - bu qoniqarli va xavfsiz jinsiy hayot imkoniyati, ko‘payish qobiliyati (farzand ko‘rish) va buni qachon va qancha vaqt qilish kerakligini hal qilish qobiliyati. Bunga erkaklar va ayollarning ma'lumot olish huquqi va xavfsiz, samarali, arzon va maqbul oilani rejalashtirish usullari va / yoki qonunga zid bo‘lmagan o‘zlari tanlagan tug‘ilishni nazorat qilish usullari kiradi. Bu shuningdek, ayollarga homiladorlik va tug‘uruqdan xavfsiz o‘tishlari va sog‘lom bola tug‘ilishining eng yaxshi imkoniyatlarini ta'minlaydigan tegishli tibbiy xizmatlardan foydalanish huquqini anglatadi.

Ko‘pgina rivojlangan mamlakatlarda sodir bo‘lgan depopulyatsiya jarayonlari aholining sifat xususiyatlari, xususan, sog‘lig‘ining dolzarbligini oshiradi. Reproductiv salomatlik konsepsiya imkoniyatlarini, homiladorlik va tug‘ish jarayonining farovonligini, ona va bola sog‘lig‘ini saqlashni, to‘liq reproduktiv sikllarning chastotasini va oilani rejalashtirishni aniqlab, aholining tug‘ilish darajasiga sezilarli ta'sir qiladi. Umuman bu uning mustaqil tadqiqot predmeti sifatida ahamiyatini ta'kidlaydi.

Reproduktiv salomatlikni tavsiflovchi umumlashtirilgan indekslar hali ishlab chiqilmagan, shuning uchun aksariyat mualliflar reproduktiv salomatlik sohasida jamoat sog‘lig‘ini tadqiq qilish metodologiyasini ekstrapolyatsiya qiladilar va faqat uning individual tarkibiy qismlarini hisobga oladilar. Ular orasida uchta ko‘rsatkich guruhini ajratish mumkin:

1. Ma'lum bir hududning demografik ko'rsatkichlari (aholining hayotiy harakatining umumiy va maxsus ko'rsatkichlari, bolalar va perinatal o'lim, onalar o'limi);

2. Hudud aholisining sog'lig'i holatini tavsiflovchi ba'zi ko'rsatkichlar (homilador ayollarning ekstragenital patologiyasining chastotasi, homiladorlik asoratlari va tug'ilishning asoratlari, turmushdagi bepushtlik chastotasi, genital va ekstragenital patologiyaning tarqalishi, jinsiy salomatlik buzilishlarining chastotasi, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklarning tarqalishi);

3. Ayrim kontratsepsiya usullaridan foydalanishning tarqalishi va homiladorlikning sun'iy ravishda uzilish chastotasi to'g'risidagi sanitariya va statistik ma'lumotlar.

«Aholi va reproduktiv salomatlik» fani barcha iqtisodiy mutaxassisliklarni tayyorlash, ta'lim va kasb olish bo'yicha umum uslubiyat fanlari jumlasiga kirib, iqtisodiy fanlarning uslubiy muammolarini o'rganishga yo'naltirilgan.

«Aholi va reproduktiv salomatlik» fani talabalarni demografiya, demografik tahlil ahamiyati, ijtimoiy va o'zaro bog'liqligi, demografik holatning o'zgarishi, sog'liqni saqlashga ta'siri, kasalikka chalinishi, populyatsiyaga ta'siri va bevosita bilvosita ta'sir qilishi va o'lim haqida bo'lgan bilimlar bilan qurollantiradi. Shuningdek, bu fan jamiyatning har bir a'zosini demografik holat, demografiya to'g'risidagi qonunlar, tug'ilish va o'lim haqida tushuncha berishdan iborat.

1-BOB. AHOLI VA REPRODUKTIV SALOMATLIK NAZARIY ASOSLARI

- 1.1. Dunyoda aholi o'zgarish tendensiyasi.
- 1.2. Tug'ilish, o'lish va tabiiy o'sish.
- 1.3. Aholining tarkibiy qismlari (bolalar va yoshlar, qariyalar, tub aholi, nogironlar).
- 1.4. Reproduktiv huquq va salomatlik.
- 1.5. Reproduktiv huquq va salomatlikka ta'sir etuvchi omillar.

1.1. Dunyoda aholi o'zgarish tendensiyasi

Zamonaviy rivojlanish davri ijtimoiy-mehnat sohasidagi dinamik o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. 2030-yilgacha ta'lim to'g'risidagi qonun, yangi konsepsiyalar va rivojlanish strategiyalarini amalga oshirish, kasb-hunar va ta'lim standartlarini joriy etish ishchi kuchi sifatiga yuqori talablar qo'yadi.

Globalashuv davridagi beqaror iqtisodiy rivojlanish, keskin demografik "sakrashlar" va "muvaffaqiyatsizliklar", migratsiya jarayonlarining kuchayishi sabab mehnat bozori jiddiy ijtimoiy-iqtisodiy chaqiriqlari oldida qolishiga sabab bo'ldi.

Dunyo miqyosidagi eng muhim tendensiyalar qatori rivojlanayotgan mamlakatlarda *aholi sonining doimiy ravishda o'sib borishi* va *keksayishi* bo'lib, bu hodisa odatda, demografik o'tishni allaqachon yakunlagan iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarni qamrab oladi. *Eng muhim global muammo - bu sayyoramiz aholisining dinamikasi va o'zgarishining beqarorligidir.*

BMT kotibiyatining iqtisodiy va ijtimoiy masalalar departamenti yaqinda jahonning demografik holati va uning rivojlanish istiqbollari bo'yicha yillik hisobotni taqdim etdi. 2020-yilda dunyo aholisi 7,8 milliard kishiga yetgani qayd etildi. Aholining o'sish sur'atlari biroz kamayganiga qaramasdan, sayyoramiz aholisining soni ortib bormoqda. Hisobotda davomiy, mahalliy, demografik

portlashni tavsiflovchi ijtimoiy-demografik jarayonlar qayd etilgan.

1-jadval

Jahon aholisining prognozlari

Yil	Jahon aholisi	Yillik o'zgarishi	Absolyut o'zgarishi	Aholi zichligi (P / km ²)	Shahar aholisi,%
2020	7 794 798 739	1,05%	81 330 639	52	56%
2025	8 184 437 460	0,94%	75 832 072	55	58%
2030	8 548 487 400	0,84%	70 826 707	57	60%
2035	8 887 524 213	0,74%	65 661 552	60	63%
2040	9 198 847 240	0,66%	60 018 772	62	65%
2050	9 735 033 990	0,50%	48 233 633	65	69%
2060	10 151 448 761	0,36%	36 429 112	68	NA
2070	10 459 152 507	0,25%	26 342 098	70	NA
2080	10 673 719 474	0,17%	17 665 031	72	NA
2090	10 809 575 802	0,10%	10 463 754	73	NA
2100	10 874 902 318	0,03%	3 090 840	73	NA

Manba: Worldometer (www.Worldometers.info)

Hisobotda tug'ilish, nikoh, o'lim, migratsiya, urbanizatsiya va qarish darajalaridagi o'zgarish tendensiyalari hamda dunyodagi demografik vaziyatga ta'sir qiluvchi boshqa omillar yetarlicha batafsil ko'rib chiqilgan. Sayyoramiz mamlakatlari va hududlarida demografik rivojlanish tendensiyalarining xilma-xilligi alohida ta'kidlanadi. BMT prognozida Afrika va Osiyoda kutilayotgan aholining o'sishi sezilarli darajada kuzatilmoqda. Aholi sonining umumiy o'sishining deyarli yarmi Afrika mamlakatlari aholisining o'sishiga to'g'ri keladi. Hindiston aholi soni bo'yicha Xitoyni ortda qoldirishi kutilmoqda.

2-jadval

2020-yil uchun aholi soni

	Hudud	Aholi (2020)	Yillik o'zgarishi	Absolyut o'zgarishi	Aholi zichligi (P / km²)	Migrantlar (netto)	Fertillik koeffitsiyenti	O'rtacha yosh	Jahondagi salmog'i
1	Osiyo	4 641 054 775	0,86%	39 683 577	150	-1,729,112	2,1	32	59,5%
2	Afrika	1,340,598,147	2,49%	32 533 952	45	-463 024	4,4	20	17,2%
3	Yevropa	747 636 026	0,06%	453 275	34	1,361,011	1,6	43 год	9,6%
4	Lotin Amerika va Karib havzasi	653 962 331	0,9%	5 841 374	32	-521 499	2,0	31 год	8,4%
5	Shimoliy Amerika	368 869 647	0,62%	2 268 683	20	1,196,400	1,7	39	4,7%
6	Okeaniya	42 677 813	1,31%	549 778	5	156 226	2,3	33	0,5%

Manba: Worldometer (www.Worldometers.info)

Taqdim etilgan hisob-kitoblar Shimoliy va Janubiy Amerika hamda Avstraliyada aholi sonining o'sishi ushbu hududlarning iqtisodiy va tabiiy salohiyatiga nisbatan kichik ekanligini ko'rsatadi. Kelajakda Yevropada jiddiy depopulyatsiya prognoz qilinmoqda.

3-jadval

1950 va 2050-yillarda dunyo aholisining mintaqalarga nisbatan qiyosiy jadvali

№	Hudud	1950		2050 (prognoz)	
		Aholi soni	Jahondagi salmog'i	Aholi soni	Jahondagi salmog'i
1	Osiyo	1 404 909 021	55,4%	5 290 263 118	54,3%
2	Afrika	549 328 883	21,7%	710 486 313	7,3%
3	Yevropa	227 794 136	9%	2 489 275 458	25,6%
4	Lotin Amerika va Karib havzasi	172 602 624	6,8%	425 200 368	4,4%
5	Shimoliy Amerika	168 820 620	6,7%	762 432 366	7,8%
6	Okeaniya	12 975 865	0,5%	57 376 367	0,6%

Manba: Worldometer (www.Worldometers.info)

Dunyoda ko'p yo'nalishli tendensiyalar shakllanib bormoqda, ammo ularning har birini amalga oshirish iqtisodiy sohada odamlar va jonli mehnat mavqeining o'zgarishiga sezilarli darajada ta'sir qiladi. Globallashuv sharoitida mamlakat va hududga qarab turli xil kuch bilan namoyon bo'ladigan ushbu tendensiyalar o'zaro ta'sir o'tkazib, ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanish darajasiga ta'sir ko'rsatadigan global trendlarni shakllantiradi. Ko'pgina rivojlanayotgan mamlakatlar va o'tish davri iqtisodiyotiga ega davlatlar, birinchi navbatda, Xitoy ham ushbu davrni tug'ilish va o'lim ko'rsatkichlarining pastligi aholi tarkibidagi qariyalar ulushining oshganligi bilan yakunlamoqda.

Boshqa tomondan, prognozlarga ko'ra, tug'ilishning past darajasi tufayli dunyoning bir qancha mamlakatlarida aholi kamayishi mumkin. Bu asosan Yevropa hududiga tegishli.

Dunyo aholisining o'sish sur'atlari 1965-1970-yillarda, yiliga 2% bo'lganida eng yuqori darajaga yetdi, keyinchalik o'sish sur'ati doimiy ravishda pasayib bordi: 2005-2010-yillarda o'sish sur'ati yiliga 1,17% ni tashkil qildi, 2045-2050-yillarda esa 0,36% ga kamayadi.

Biroq, bu turli mamlakatlarda bu jarayon har xil kechadi. "Boy" davlatlarda aholi kamayib boradi (2009-yildagi 1,23 milliarddan 2050-yilga kelib 1,25 milliardgacha), "qashshoqlar" da, aksincha, o'sadi (shu muddat davomida 5,6 milliarddan 7,9 milliardgacha). 2050-yilga kelib eng qashshoq mamlakatlarda aholining soni qariyb ikki baravar ko'payadi. BMT departamenti mutaxassislarining ta'kidlashicha, 2050-yilda to'rtta mamlakatda - Hindiston, Nigeriya, Pokiston va Kongoda bu o'sish 100 milliondan oshadi. O'z navbatida, ushbu davrda 45 davlatning aholisi kamayadi – bu jarayon Rossiyada (aholi 33 millionga kamayadi), Yaponiya (25 million), Ukraina (15 million) va Germaniya (8,4 million) eng fojeali tarzda sodir bo'ladi. Hozirgi vaqtda sayyoramiz aholisining o'zgarish dinamikasiga asoslanib, demografik rivojlanishda ikkita qutb shakllanganligini aniqlash mumkin.

Birinchi qutbga iqtisodiy jihatdan rivojlangan davlatlar, Lotin Amerikasining rivojlanayotgan davlatlari kiradi. Shuni ta'kidlash kerakki, ayrim Osiyo mamlakatlarida aholi soni past sur'atlarda o'sib bormoqda. Yevropada yashovchilar soni doimiy ravishda kamayib bormoqda. Shu bilan birga, o'tgan davrda Janubiy Osiyoda va ayniqsa Afrikada aholi sonining ko'payishi kuzatilgan.

Aynan demografik rivojlanishning ikkinchi qutbida aholining ijobiy dinamikasi kuzatilmoqda va bu ijtimoiy-iqtisodiy taraqqiyotga tahdid solmoqda. Ushbu mintaqalar mamlakatlarida aholining o'sish ko'lami juda katta, ammo iqtisodiy resurslar esa yetarli emas. Bu birinchi navbatda bozorga kirib kelayotgan yoshlarni ish bilan ta'minlashi mumkin bo'lgan barqaror rivoj-

lanishni ta'minlash, barqaror rivojlanish masalalariga tegishli. O'z navbatida, oilalar sonining kamayishi va umr ko'rish davomiy-
ligining o'sishi butun dunyo bo'ylab keksayib borayotgan aholi
sonining ko'payishiga olib kelmoqda.

1950-yilda dunyo aholisining atigi 8 foizini 60 yoshdan katta
bo'lgan aholi tashkil qilgan. 2009-yilga kelib ushbu ulush 11
foizga o'sdi, 2050-yilda u 22 foizga yetadi va 15 yoshgacha
bo'lgan bolalar sonidan oshadi.

Shuning uchun eng dolzarb va o'ta keskin ijtimoiy-iqtisodiy
muammolardan biri – aholining qarishini ajratib ko'rsatish
mumkin. IHRT ning “Insoniyatning qarishi masalalari”
hisobotidan kelib chiqqan holda, hozirgi kunda dunyoda 60
yoshdan oshgan 900 millionga yaqin odam mavjudligini ko'rsatish
mumkin. Mutaxassislarning fikrlariga ko'ra, 2050-yilga kelib
ularning soni 2,4 milliardga yetadi. Hisobot materiallarida
ta'kidlanishicha, asrning o'rtalariga kelib IHRT davlatlarining 60
foizida har to'rtinchi aholisi 65 yoshdan oshgan bo'ladi.

Tadqiqot shuni ko'rsatadiki, so'nggi 25 yil ichida 191
mamlakatda umr ko'rish davomiyligi o'sdi. O'rtacha ko'rsatkich
10 yoshga oshib, erkaklar uchun 69,0 yoshni, ayollar uchun 74,8
yoshni tashkil etdi.

Boshqa tomondan, tug'ish yoshidagi har bir ayolga to'g'ri
keladigan bolalar sonining kamayishi tendensiyasi kuzatilmoqda.
Shunday qilib, 1970-yilda IHRT mamlakatlarida har bir ayolga
o'rtacha 2,7 bola to'g'ri kelgan bo'lsa, hozirda u atigi 1,7 ta bolaga
teng. Rivojlanayotgan mamlakatlarda uchun ham xuddi shunday
holat xos. Masalan, Hindistonda bir ayolga to'g'ri keladigan
bolalar soni 1970-yilda 5,5 ni tashkil etgan bo'lsa, 2012-yilda bu
atigi 2,5 ta bolani tashkil etdi.

Ishlaydigan va ishlamaydigan aholi o'rtasidagi mavjud
muvozanat ham buzilgan - agar 2010-yilda Iqtisodiy hamkorlik va
rivojlanish tashkilotining aksariyat mamlakatlarida ish bilan band
bo'lganlar soni davlat qaramog'ida bo'lganlar sonidan ikki
baravar ko'p bo'lsa, unda 2050-yilga kelib ushbu ulushlar
tenglashadi.

Rivojlangan hududlarda aholining keksayishi jarayoni tez sur'atlar bilan kechmoqda, 2009-yilda keksa odamlarning ulushi 21 foizni tashkil etgan bo'lsa, hozirda ular bolalar sonidan ancha yuqori bo'lgan. 2050-yilga kelib, sanoati rivojlangan mamlakatlarning har uchinchi odami 60 yoshlik chegarani kesib o'tadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, keksa yoshdagi odamlar ulushi Osiyo va Lotin Amerikasi davlatlarida tez sur'atlar bilan o'sib bormoqda. Shimoliy Amerikada xuddi shunday davrda o'sish sur'ati 21% dan 28% gacha prognoz qilinmoqda. Osiyo mamlakatlari, birinchi navbatda, Sharqiy va Janubi-Sharqiy Osiyodagi davlatlar keksa yoshdagi odamlar ulushini 12 dan 25% gacha oshiradi. Xitoyda aholining qarishi jarayoni kuchli namoyon bo'ladi. Agar 2015-yilda XXR aholisining 15,2% ni 60 yoshdan kattalar tashkil qilgan bo'lsa, 2050-yilga kelib ular 36,5% ni tashkil qiladi.

Ushbu jarayonlar sayyoramiz aholisining yuqori urbanizatsiyasi bilan birga sodir bo'lmoqda. 2008-yilda tarixda birinchi marta shahar aholisi soni qishloq aholisidan oshib ketdi. Urbanizatsiya ko'plab rivojlanayotgan mamlakatlarda tez sur'atlar bilan sodir bo'lishi kutilmoqda, natijada 2050-yilga kelib dunyo aholisining 70% shaharlarda yashaydi.

Natijada ijtimoiy-iqtisodiy sohada quyidagi salbiy oqibatlar paydo bo'ladi:

- yalpi ichki mahsulot ishlab chiqarishda aholi ishtiroki ulushining pasayishi;
- budjet ajratmalarini tashkil etuvchi shaxslar ulushining pasayishi, bu budjet kamomadiga va mamlakatlar aholisining ijtimoiy ta'minotining pasayishiga olib keladi;
- mehnatga layoqatli aholiga ijtimoiy yukining doimiy ravishda ortib borishi.

Qoida tariqasida, ushbu ijtimoiy-iqtisodiy muammoni, har doim ham qulay bo'lmagan, ammo zaruriy choralar asosida hal qilish mumkin:

- pensiya yoshini oshirish;
- mehnatga yaroqli aholining mehnat unumdorligini oshirish;

- kuzatilayotgan ishchi kuchi yetishmovchiligi muammolarini hal qilish uchun migrantlarni majburiy jalb qilish.

Buning natijasi sifatida esa migratsion faollikni oshirish lozim. Nazariyaga ko'ra, migratsiya oqimlarining paydo bo'lishi har doim surib chiqaruvchi va o'ziga tortuvchi omillar bilan bog'liq. Shubhasiz, omillar ichida eng jozibadori - qabul qiluvchi mamlakatlarda doimiy ravishda ishchi kuchiga bo'lgan ehtiyojdir, shu bilan birga surib chiqaruvchi omillar qatorida ishsizlik, o'z hayotini biroz yuqori darajada ta'minlash istagi kabilarni ko'rsatish mumkin.

Shunday qilib, ayrim mamlakatlarda davom etayotgan demografik portlash va boshqalarda aholining qarishi muqarrar ravishda tez o'sib borayotgan aholiga ega bo'lgan mamlakatlardan kelgan muhojirlarning oqimini keltirib chiqaradi. Xalqaro migratsiya omillaridan biri - bu mamlakatlarda demografik rivojlanishining bir xil emasligidadir. Istaklaridan qat'i nazar, rivojlangan mamlakatlarning aksariyat qismida tug'ilish, o'lim darajasining pastligi va keksayish sonining ortishi tendensiyasi saqlanib qolayotganligi sababli, bunday mamlakatlar yashab qolishi uchun immigrantlarga muhtoj. Ko'pgina davlatlar aholisining kamayishi yoki uning alohida yoshdagi kontingentlari o'rnini qoplash uchun chet ellik migrantlarni jalb qilish yo'lini tutishlari, "o'rnini to'ldiruvchi migratsiya" deb nomlangan usuldan foydalanishga o'tishlari lozim.

Bundan tashqari, sayyoramizning mehnatga layoqatli aholisining yuqori migratsion faolligining manbalari dunyo mamlakatlarini ish bilan ta'minlash va mehnat bozorini rivojlantirish nuqtai nazaridan keskin qutblanishida yotadi. Ikkita qutbni ajratish mumkin. Birinchi qutbda quyidagi mamlakatlar jamlangan:

- nisbatan past darajadagi ishsizlik;
- mehnat bozorida ijtimoiy himoyaning yuqori darajasi;
- aholining iqtisodiy faolligining yuqori darajasi;
- yuqori turmush darajasi va ijtimoiy kafolatlari.

Ikkinchi qutbga quyidagi mamlakatlar kiradi:

- ishsizlikning yuqori darajasi;

- ishsiz qolgan shaxslarning past ijtimoiy himoyasi.

Mehnat bozorlarida bunday “qutblashuvi”ning mavjudligi sayyoramizdagi barcha aholi o‘rtasida yuqori migratsion faollikni keltirib chiqaradi. Xalqaro mehnat migratsiyasi muammolari XX asr oxiri va XXI asr boshlarida alohida nazariy va amaliy ahamiyat kasb etdi. Bu ijtimoiy-demografik omillarning ta'siri bilan bog‘liq.

Sanoat rivojlangan mamlakatlarda tug‘ilishning pasayishi va aholining qarishi bilan bog‘liq bo‘lgan keskin demografik muammolar natijasida, ularning ko‘pchiligidagi mehnat bozorlarida nomutanosibliklar yuzaga keladi. Natijada, aksariyat mamlakatlar, ayniqsa, sanoati rivojlangan mamlakatlarda chet el ishchi kuchini jalb qilishning obyektiv ehtiyoji yuzaga keladi. Endilikda mehnat migrantlarining ishtirokisiz nafaqat rivojlanish, balki iqtisodiyotning o‘zi ham mumkin emasligi aniqlandi. Migratsiya mehnat resurslarini to‘ldirishning asosiy manbasiga aylanmoqda.

Umr ko‘rish davomiyligining ortishi, tug‘ilishning pasayishi va pensiya xarajatlarining kelayotgan to‘lqini ko‘plab sanoatlashgan mamlakatlarning budjetlariga zarba berishi mumkin. “Soliq to‘lovchilarini import qilish” orqali qariyotgan jamiyatlar soliq yukini yengillashtiradilar.

Dunyoning ko‘plab mamlakatlarida siyosiy tizimlarning butkul tanazzulga uchrashi, ularning iqtisodiy komplekslarini keng miqyosda qayta qurish noqulay iqtisodiy vaziyatni keltirib chiqarish bilan birga, ishsizlar sonining ko‘payishiga va qashshoqlik muammolarining kuchayishiga olib keldi. Bunday vaziyatda migratsiya asosan qayta qurishning salbiy oqibatlarini neytrallashtiradi.

O‘nlab yillar davomida Osiyo, Afrika va Lotin Amerikasidan kelgan migrantlar uchun Shimoliy Amerika, Avstraliya va Yevropa hududlari qulay hudud bo‘lgan. Aholining chiqib ketishi vaqtinchalik, yoki ko‘chib o‘tish xususiyatiga ega edi, lekin har ikkala holatda ham bu asosan mehnat migratsiyasi edi, ya'ni odamlar ish izlab ketdilar va odatda uni topdilar.

Bugungi kunda xalqaro migratsiyaning bir necha turlari mavjud: qaytarib bo'lmaydigan, vaqtinchalik, mavsumiy. Mavsumiy migratsiyani nafaqat klassik ravishda, 1-3 oylik (mavsum) migratsiya, balki aholining keyinchalik o'z vataniga qaytish sharti bilan chet elga ishlash uchun ketadigan oqim sifatida ham aniqlash mumkin. Ushbu migratsiya turlarining kombinatsiyasi aholi harakatining zamonaviy ko'rinishini, ishchi kapitalini va natijada eksport qiluvchi mamlakatlar daromadlarini shakllantiradi. Jahon iqtisodiyoti rivojlanishining barqarorligini ta'minlashda mehnat migratsiyasining iqtisodiy ahamiyati sezilarli darajada oshmoqda. Notekis rivojlangan iqtisodiyotlarning birlashishi natijasida xalqaro tizimda tengsizlik o'sib bormoqda. 1820-yilda 3: 1, 1913-yilda 11: 1, 1950-yilda 35: 1 va 1973-yilda 44: 1 bo'lgan boy va kambag'al mamlakatlar o'rtasidagi taqsimot 2001-yilga kelib 78:1 ga yetdi. Shu bilan birga, sanoati rivojlangan mamlakatlar va rivojlanayotgan mamlakatlar aholisining nisbati 1: 5 ni, aholining o'rtacha yillik o'sish sur'ati mos ravishda 0,6% va 1,7% ni tashkil etadi. Jahon mehnat migratsiyasi, migrantlar pul o'tkazmalarining kuchli oqimlari bilan birga, mavjud assimetriyani bir oz to'g'rilaydi, qarama-qarshiliklarni yumshatishga yordam beradi, qashshoqlikka qarshi kurashga hissa qo'shadi va rivojlanayotgan mamlakatlar uchun qo'shimcha moliyalashtirish manbalaridan foydalanishga yordam beradi.

Darhaqiqat, migratsiya insoniyat uchun tabiiy jarayon bo'lib, tarixiy jihatdan xalqlarning taqsimlanishi, madaniyat va tillarning xilma-xilligi bilan bog'liq. Shu bilan birga, so'nggi o'n yilliklarda inson resurslari ham mamlakat iqtisodiyotiga sarmoya kiritadigan kapitalga aylanadi va har qanday kapital kabi, to'g'ri qo'llanilishi bilan foyda keltiradi. Foyda emigrantlar tomonidan o'z mamlakatlari yuborilgan "mikrodollar" da ifodalanadi.

1.2. Tug'ilish, o'lish va tabiiy o'sish

"Aholishunoslik" deganda ma'lum hudud doirasida (viloyat, mamlakat, kontinent yoki umuman yer shari) yashovchi aholi

to‘plami tushuniladi. Bu tushunchaning ikkita asosiy – songa doir (aholi – bu yig‘indi), hududga doir (aholi hudud bilan bog‘liq) belgilari mavjud ekanligi ko‘pgina fanlar uchun tadqiqot obyekti bo‘lishi uchun yetarli hisoblanadi. Shunday qilib, aholishunoslik bir qancha fanlar tomonidan va asosan esa – demografiya fanida o‘rganiladi.

Aholi – yer yuzida yoki uning muayyan hududi, qit‘a, mamlakat, tuman, shaharda istiqomat qiluvchi odamlar majmuidir. Bundan aholining ikki asosiy: miqdori (ya‘ni u insonlar jamlanmasi ekanligi) hamda hududiy (aholining muayyan hududda yashashi) belgisi ayon bo‘ladi.

Aholi haqidagi bilimlar va uning rivojlanish qonuniyatlari shundan dalolat beradiki, faqat XVII asrning ikkinchi yarmidan boshlab “aholi” tushunchasi ilmiy iste‘molga kiritilgan. Ungacha “odamlar”, “yashovchilar” kabi tushunchalardan foydalanilgan.

Aholi mohiyatiga ko‘ra bir-biridan farq qiluvchi uchta jihatga ega: Birinchisi, aholining biologik birlik ekanligidir. Ushbu jihatga ko‘ra insonga biologik mavjudot sifatida ko‘payish, biologik jamlanma sifatida takror barpo bo‘lish xos. Ikkinchi jihatga muvofiq, aholi ijtimoiy-biologik kategoriyadir. Bu jihat bo‘yicha aholi ijtimoiy va biologik munosabatlarning o‘ziga xos davomchisi hisoblanadi. Va nihoyat, uchinchi jihat shu bilan izohlanadiki, aholi ijtimoiy hodisa bo‘lib, ijtimoiy aloqalar orqali birlashgan insonlar jamlanmasi sifatida yuzaga chiqadi.

Aholi ko‘plab xususiyat va vazifalarga ega. Ulardan eng asosiylari ishlab chiqarish, iste‘mol va ko‘payish vazifalari bo‘lib, ular turli tarixiy davrlarda va jamiyatlarda turlicha o‘lchovga ega bo‘lgan. Masalan, ishlab chiqarish vazifasi ijtimoiy mehnat samaradorligi ko‘rsatkichlari yordamida yuzaga chiqsa, iste‘mol aholi jon boshiga to‘g‘ri keluvchi yalpi ichki mahsulotni ishlab chiqarilishi sifatida, takror barpo bo‘lish esa reproduktiv yoshdagi ayol tomonidan dunyoga keltirilgan bolalar soni sifatida yuzaga chiqadi.

Bulardan tashqari, aholining boshqa vazifalari ham mavjud bo‘lib, ular jumlasiga ijtimoiy, migratsion harakatchanlik

vazifalari kiradi. Mazkur vazifalar aholi faoliyatining turli jihatlarini tavsiflab beradi. Aholini ko'p qirrali ekanligini insonlarning turli jihatlardan o'rganuvchi boshqa fanlar ham tasdiqlab beradi. Masalan, demografiya, aholi geografiyasi, etnografiya, aholishunoslik iqtisodiyoti, sotsiologiya, mehnat iqtisodiyoti, ijtimoiy psixologiya va h.k. kabi fanlar uchun aholining umumiy yoki qandaydir bir qismi tadqiqot obyekti bo'lib yuzaga chiqadi.

Demografiya fanining predmeti aholining tabiiy va migratsion harakatini, uning shakllanish va rivojlanish qonuniyatlarini, omillarini hamda oqibatlarini o'rganish hisoblanadi.

Shunday qilib, inson resurslarining takror barpo bo'lishi qonuniyatini demografiya o'rganib, har bir mamlakat uchun quyidagi tavsiflarni istalgan demografik jarayonlar sifatida ta'riflaydi:

1. Takror barpo bo'lish barqaror kengaytirilgan bo'lishi zarur.
2. Aholining ko'payishi tug'ilishning o'lishdan ustunligi, ya'ni tabiiy o'sish hisobiga to'g'ri kelishi kerak.
3. Mamlakatning ayrim hududlardagi aholi harakatchanligi milliy-siyosiy emas, balki iqtisodiy sabablarga ko'ra yuz berishi kerak.
4. Aholining umumiy tarkibida o'rtacha farzandli nuklear (ikkala ota-ona) oilalar ustun bo'lishi kerak.
5. Mamlakatda turli millat vakillari orasidagi tug'ilish koeffitsiyenti yaqin bo'lishi kerak.

Demografik omilning o'zgarib borishi global muammo bo'lib, u ko'p jihatdan jamiyatning holati va rivojlanishini belgilaydi. Mehnat iqtisodiyoti mehnat munosabatlarining qatnashchisi bo'lgan aholi qismiga alohida e'tibor beradi.

Hozir sanoati rivojlangan mamlakatlarda (immigratsiyani hisobga olmaganda) aholining ko'payishi yo nolga, yoki manfiy qiymatga teng bo'lmoqda. Bu hodisani demografik o'tish nazariyasi izohlaydi, unga ko'ra daromadlar oshishi va ayollar emansipatsiyasidan tortib, bola tug'ilishiga munosabat o'zgarishigacha — qator ijtimoiy omillar tufayli muayyan davrda yer kurrasi aholisining soni ko'payishi to'xtaydi. Insoniyat yuqori

darajalardagi tugʻilish va oʻlimdan past darajalardagi tugʻilish va umr uzunligiga oʻtadi. Hozirgi vaqtga kelib, bu jarayon rivojlangan mamlakatlarda tugallandi va endilikda rivojlanayotgan mamlakatlarda kechmoqda.

Olimlarning hisoblashlaricha, yaqin yarim asr ichida sayyoramiz aholisi soni qariyb ikki baravar oshganidan keyin, tugʻilish va oʻlim koʻrsatkichlari barcha mamlakatlarda umuman tenglashadi. Demografik oʻsish nazariyasi goʻyo insoniyatga resurslar yetmay qolishi mumkinligi toʻgʻrisidagi vahimali bashoratlarni rad etadi. Ovqatlanish boʻyicha xalqaro tashkilotning maʼlumotlariga qaraganda, mavjud resurslar bilib ishlatilsa, 20 – 25 mlrd. odamni boqishga bemaʼlol yetadi. Yaʼni, olimlarning hisoblariga koʻra, ular sayyoramizda yashaydigan odamlarning eng koʻp miqdoridan ham koʻproq miqdordagi odamlarni boqishga yetarlidir.

Yer kurrasi aholisi hozirgi kunda juda yosh, ayniqsa rivojlanayotgan davlatlarda va bunday yosh tarkibi mehnatga layoqatli boʻlmagan aholini boqish sezilarli darajada iqtisodiy xarajatlarni talab qiladi. Masalan, 15 yoshgacha boʻlgan bolalar rivojlanayotgan mamlakatlarda umumiy aholining taxminan 40%, rivojlangan davlatlarda esa 21% tashkil qiladi. Shuning uchun rivojlanayotgan davlatlardagi ishlayotganlar rivojlangan davlatlardagiga qaraganda ikki barobar koʻproq bolani taʼminlashlari kerak. Hozirgi kunda Shvetsiya va Buyuk Britaniya aholisining taxminan 65 % mehnatga layoqatlilikni tashkil qiladi: ishlayotganlar Shvetsiyada 18% va Buyukbritaniyada 19% aholini-mehnatga layoqatli boʻlmagan yoshlarni qoʻllab-quvvatlashi kerak. Bu mamlakatlarda asosiy muammolar tabiiy oʻsish darajasining pastligi va 65 yoshdan yuqori boʻlgan qariyalar bilan bogʻliq boʻlib, ular aholining 16-18% tashkil qiladi.

Aholi sonining oʻsishi uning takror hosil boʻlishi xarakteri bilan bogʻliq. Aholining takror hosil boʻlishi (tabiiy harakati) deganda tugʻilish, oʻlish, tabiiy koʻpayish jarayonlari tushunilib, ular inson avlodlarining doimiy yangilanishi va almashishini taʼminlaydi.

Aholining tug‘ilishi, o‘lishi va tabiiy ko‘payishi biologik jarayonlardir. Shu bilan birga bu jarayonlarga insonlarning ijtimoiy-iqtisodiy hayot sharoitlari hamda ularning jamiyatdagi va oiladagi o‘zaro munosabatlari ham hal qiluvchi ta’sirga ega.

O‘lim darajasi insonlar hayotidagi moddiy sharoitlar bilan bog‘liq. Biroq bunday bog‘liqlik ancha murakkab va fanda bir qancha qarama-qarshi tortishuvlarga sabab bo‘lgan. Odatda, farovonlik va madaniyatning oshishi, ayollarning ishlab chiqarish va ijtimoiy faoliyatga keng jalb qilinishi, farzandlarni o‘qitish muddatlarining oshishi bilan tug‘ilish kamayadi. Biroq daromadlarning oshishi uning oshishiga rag‘bat ham bo‘lishi mumkin.

Aholining takror hosil bo‘lishiga urushlar, birinchi o‘rinda jahon urushlari katta salbiy ta’sir qilib, ham harbiy harakatlar natijasida, ham ocharchilik va kasalliklarning tarqalishi natijasida katta miqdorda insonlar yo‘qotilishiga olib keladi.

Aholining tabiiy harakatiga ta’sir qiluvchi muhim omillarga quyidagilar kiradi:

- ijtimoiy-iqtisodiy – insonlarning hayot sharoitlari;
- harbiy-siyosiy omillar;
- tabiiy omillar;
- diniy va etnik xususiyatlar;
- ekologik omillar.

Aholining tabiiy harakati ko‘rsatkichlari quyidagilar:

1. O‘lish koeffitsiyenti.
2. Tug‘ilish koeffitsiyenti.
3. Tabiiy harakat koeffitsiyenti.
4. Yillik o‘shish koeffitsiyenti.
5. Tug‘ilganda kutilayotgan umr ko‘rish koeffitsiyenti.

1.3. Aholining tarkibiy qismlari (bolalar va yoshlar, qariyalar, tub aholi, nogironlar)

Ro‘yxatga olish jarayonida aholini kategoriyalarga ajratib o‘rganiladi.

Doimiy aholi - ma'lum hududda ro'yxatga olish vaqtida doimiy yashovchi aholi. Shu bilan birga vaqtinchalik safarga ketganlar ham doimiy aholiga kiritiladi. Doimiy yashash mezoni sifatida olti oyga teng davr olinadi. Doimiy aholiga quyidagilar kiradi: muntazam tarzda shu hududda yashovchilar, ular orasida 6 oydan ko'p bo'lmagan muddatga ketganlar, o'qish yoki ishlash uchun kelib, 6 oy va undan ko'p muddat davomida mazkur hududda yashovchilar.

Mavjud aholi - ro'yxatga olish vaqtida ma'lum hududda bo'lgan jami aholi, shu jumladan, vaqtinchalik yashab turgan aholi.

Vaqtinchalik yashovchilar - bu mazkur hududda doimiy yashab qolishni istamagan, lekin bu yerda ro'yxatga olish davrida bo'lgan aholi. Vaqtinchalik ketganlar bu mazkur hududda doimiy yashaydigan, biroq ro'yxatga olish davrida u yerda bo'lmaganlar.

Yuridik (qayd etilgan) aholi - muayyan hududda shu mamlakat qonunlariga ko'ra qayd etilgan aholi kiradi. Masalan, turar-joy bo'yicha ro'yxatda turuvchi aholi. Yuridik aholi soni doimiy yoki mavjud aholi soni bilan mos kelmaydi, shuning uchun zamonaviy aholi ro'xatlarida ushbu toifa juda kam hollarda qo'llaniladi.

Aholini ro'yxatdan o'kazishda aholi toifalaridan biri yo mavjud, yo doimiy, yoki ikkala toifasi ham bir vaqtning o'zida qo'llanilishi mumkin. Hududning mavjud va doimiy aholi soni bir-biridan keskin farq qilishi mumkin, ammo jamoat transporti tarmog'i, ulgurji savdo va h.k. aynan mavjud aholiga mo'ljal-lanishi lozim. Bu, ayniqsa mavsumiy omil bo'lib, muhim ahamiyat kasb etuvchi hududlar uchun dolzarbdir. 1926 va 1939- yillarda o'tkazilgan aholi ro'yxatlarida mavjud aholi qayd etilib, keyingi aholi ro'yxatlarida ham mavjud, ham doimiy aholi ro'yxatga kiritilgan. Bugungi kunda dunyoning aksariyat mamlakatlarida faqat doimiy aholi ro'yxatga olinadi.

Aholining tarkibi – bu aholining muayyan bir alomatlariga ko'ra taqsimlanishidir. Aholi tarkibini quyidagi o'zgaruvchilar toifasiga asoslanib belgilanadi:

- aksriptiv (qo‘shimcha qilingan) tavsiflar (tug‘ilganda hisobga olinuvchi): jins, yosh, irqiy mansublik, etnik mansublik va ba’zi boshqalar;

- ijtimoiy tavsiflar: nikoh maqomi (nikoh holati), savodxonlik va ta’lim, maktabda o‘qitilishi (bolalar va o‘smirlar uchun), qaysi mamlakatda tug‘ilgani, ona tili, fuqarolik holati, diniy mansublik va hokazolar;

- iqtisodiy tavsiflar: daromad manbai, ish bilan bandlik maqomi, kasbi, tarmoq va hokazolar;

- migratsiya tavsiflari: tug‘ilgan joyi, mazkur aholi manzilgohida qachondan buyon yashayotganligi, u yoki bu vaqt oralig‘ida yashash joyini necha marta o‘zgartirganligi va hokazolar;

- vital (demografik) tavsiflar: nikoh tuzishdagi yoshi, nikohning tartib raqami, tug‘ilgan farzandlari soni, bola tug‘ilgandagi yoshi, homiladorliklar soni, genetik oraliqlar, tug‘ilishlar soni, o‘lim soni, o‘lik tug‘ilganlar soni va boshqalar;

- oila (uy xo‘jaligi) tavsiflari: uy xo‘jaligi turi, kattaligi, tarkibi va boshqalar.

U yoki bu alomatlar bo‘yicha ma’lumotlar aholini ro‘yxatdan o‘tkazishda va demografik hodisalarni hisobga olishda inobatga olinadi. Ushbu alomatlar bo‘yicha aholi tarkibi haqidagi umumlashgan ma’lumotlar tuziladi. Lekin, demograf uchun aholining takror hosil bo‘lishiga bevosita va bilvosita bog‘liq bo‘lgan aholi tarkibi va tavsiflari muhimdir, chunki ulardagi o‘zgarishlar oilaning shakllanishiga bevosita va eng kuchli ta’sir qiladi.

Demografik tavsiflar unchalik ko‘p emas: ular jins, yosh, nikoh maqomi va oilaviy maqom, shuningdek, vital hodisalar tavsifidan iboratdir. Demografik holatni o‘zgartiruvchilar ichida birinchi o‘rinda jins va yosh, oila (uy xo‘jaligi) tavsiflari turadi. Demografik tarkiblar ichida esa bu, tegishli ravishda – aholining jins, yosh va nikoh-oila tarkiblaridir.

Aholining jinsiy tarkibi – aholining erkak va ayollarga taqsimlanishidir.

Aholining ijtimoiy tarkibi – odamlarning ijtimoiy guruhlariga taqsimlanishidir. Bozor iqtisodiyoti sharoitlarida aholining ijtimoiy guruhlari asosan jamiyatning iqtisodiy tizimdagi mavqei va bilimi darajasi bo‘yicha ajratiladi. Shu mezonlar asosida aholini quyidagi guruhlariga bo‘lish mumkin.

- 1) yuqori martabali davlat xizmatchilari, ma'murlar;
- 2) ziyolilar (ularni ixtisosliklari bo‘yicha iqtisodchilar, muhandislar, o‘qituvchilar, shifokorlar va hokazolarga bo‘lish mumkin);
- 3) tadbirkorlar, shu jumladan shaxsiy mehnat faoliyati bilan mashg‘ullar;
- 4) ishchilar (ular malakali va malakasiz ishchilarga bo‘linadi);
- 5) qishloq xo‘jalik xodimlari, shu jumladan fermerlar;
- 6) ijtimoiy yordamga muhtoj shaxslar.

Aholining yoshi bo‘yicha to‘rtta asosiy guruh ajratib ko‘rsatiladi:

- Go‘daklar (0)
- Chaqaloqlar (0-1)
- Bolalar (1-15)
- Yoshlar (16-29)
- 30-49 yoshdagi fuqarolar;
- pensiya arafasidagi shaxslar (50-59 yoshdagi erkaklar – 50-54 yoshdagi ayollar);
- qariyalar (erkaklar -60 yoshdan so‘ng, ayollar – 55 yoshdan so‘ng).

1.4. Reproduktiv huquq va salomatlik

Reproduktiv salomatlik umumiy salomatlikning muhim qismidir va u insonning rivojlanishida asosiy o‘rinni egallaydi. Reproduktiv salomatlik hayotning shaxsiy va eng qimmatli jihatlariga borib taqaladi.

Reproduktiv salomatlik bolalik va o‘smirlik davrida sog‘liqni saqlash sifatini o‘zida aks ettirib, ham ayollar, ham erkaklar hayotining reproduktiv davridan keyingi sog‘lig‘ini ta‘minlash

uchun zamin yaratadi, avlodan-avlodga o‘tadigan oqibatlarni aniqlaydi. Bunday sharoitda reproduktiv salomatlikning roli sezilarli darajada oshadi. Faqat tug‘ilish darajasigina emas, balki kelajak avlodlarning hayotiyliigi ham uning holatiga bog‘liq.

Oila darajasida reproduktiv salomatlikni yaxshilash ko‘pincha nikoh-oilaviy munosabatlarni beqarorlashtirishga va oilaning buzilishiga sabab bo‘ladigan bepushtlik yoki istalmagan homiladorlikning paydo bo‘lishi bilan bog‘liq fojialar sonini kamaytirishga yordam beradi.

Millat salomatligining ajralmas qismi bo‘lgan reproduktiv salomatlikni yaxshilash hukumat va sog‘liqni saqlash tizimining ustuvor yo‘nalishi bo‘lishi kerak.

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) ta‘rifiga ko‘ra, reproduktiv salomatlik (*reproductive ehealth*) - bu reproduktiv tizim, uning funksiyalari va jarayonlari bilan bog‘liq har qanday narsada kasalliklarning yo‘qligi emas, balki to‘liq jismoniy va ijtimoiy farovonlik holatidir.

Reproduktiv salomatlik “Reproduktiv salohiyat” tushunchasi bilan chambarchas bog‘liq. *Reproduktiv salohiyat* insonning jismoniy va ruhiy holati (individdning biologik va ijtimoiy holatining birligi) darajasi sifatida tavsiflanadi, bu esa ijtimoiy yetuklikka erishishda sog‘lom avlodni qayta tiklash va reproduktiv salomatlik muvozanatini ta‘minlashga imkon beradi.

Reproduktiv salomatlikning yuqori darajasi fuqarolarning reproduktiv huquqlarini to‘liq amalga oshirishni nazarda tutadi: reproduktiv xulq-atvorda tanlash erkinligi, shu jumladan turmush o‘rtog‘ini tanlash huquqi, bolalar soni va intergenetik interval-larning miqdori; reproduktiv va jinsiy salomatlik bilan bog‘liq ehtiyojlarni qondirish uchun malakali axborot va vositalardan foydalanish; gender tengligi; jinsiy va reproduktiv xavfsizlik, shu jumladan zo‘ravonlikdan holi bo‘lish va maxfiylik huquqi.

Reproduktiv salomatlik umumiy sog‘liqni saqlashning tarkibiy qismi sifatida aholi ko‘payishining muhim omili bo‘lib, mamlakat uchun qulay demografik istiqbollarni ta‘minlaydi, uning demografik shakllanishi va shu sababli ijtimoiy-iqtisodiy salohiya-

ting barqaror rivojlanishini ta'minlashning muhim sharti hisoblanadi. Aynan shular Ukraina davlati oldida turgan muhim strategik vazifalarga kiradi.

Aholining reproduktiv salomatligini tavsiflovchi umumlash-tirilgan indekslar hali ishlab chiqilmagan, shuning uchun ko'pchilik mualliflar reproduktiv salomatlik sohasidagi ijtimoiy sog'liqni saqlash tadqiqotlari metodologiyasini ekstrapolyatsiya qiladilar va faqat uning tarkibiy qismlarini ko'rib chiqadilar.

Viloyat aholisining reproduktiv salomatligini baholashda JSST ekspertlari quyidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi:

1. Xavfsiz onalik ko'rsatkichlari: neonatal o'lim darajasi; o'lik tug'ilish darajasi; past va juda kam tana vazniga ega bo'lgan chaqaloqlarning o'lishi; onalar o'limi va boshqalar.

2. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarning (STI) oldini olish darajasini, shu jumladan OIV/OITSni aks ettiruvchi ko'rsatkichlar.

3. Oilani rejalashtirish tizimining rivojlanishini aks ettiruvchi ko'rsatkichlar:

reproduktiv yoshdagi ayollar o'rtasida kontratseptivlarning tarqalishi darajasi; oilani rejalashtirish masalalari bo'yicha tibbiy xodimlarning tayyorgarlik darajasi; aholini oilani rejalashtirishning asosiy masalalarini bilish; kontratseptiv vositalar bilan ta'minlash tizimining samaradorligi darajasi.

4. Yoshlarning reproduktiv salomatligini tavsiflovchi ko'rsatkichlar.

5. Jinsiy zo'ravonlikning oldini olishni aks ettiruvchi ko'rsatkichlar.

Reproduktiv salomatlik mezonlariga quyidagilar kiradi:

- fertillik darajasi;
- erkak va ayollarda bepushtlikning tarqalishi;
- onalar, perinatal va chaqaloq o'limining darajasi, bola tushishlari;
- kam vaznli bolalarning tug'ilish chastotasi ko'rsatkichlari (2500 g gacha);

- tug‘ma nuqsonlari bo‘lgan bolalarning tug‘ilish darajasi ko‘rsatkichlari;

- ayniqsa, uch yilgacha bo‘lgan davrda bolalar kasalliklari ko‘rsatkichlari;

- ginekologik kasallanish ko‘rsatkichlari, homiladorlik va tug‘uruqning asoratlari, shuningdek, erkaklarda reproduktiv tizimining kasalliklari.

Fertillik (fertilis - serhosil, hosildor) (sinonim: umumiy unumdorlik, nasl qoldirish) - jinsiy yetuk organizmning hayotga yaroqli nasl berish qobiliyati. Fiziologik ma’noda fertillik deganda ayol yoki erkak tanasining urug‘lanishda ishtirok etish qobiliyati tushuniladi.

So‘nggi yillarda “katta” yoshdagi ayollar tug‘urug‘i ko‘rsatkichi ortdi. Bu yoshlik davrida kamroq tug‘ib, keyin esa shoshilinch tug‘uruq boshlanadi, bu “kechiktirilgan” tug‘uruq deb ataladi, BMT tasnifiga ko‘ra, maksimal unumdorlikning uch turi mavjud:

– erta, maksimal unumdorlik 20-24 yoshga to‘g‘ri kelganda (bizda ilgari bo‘lgani kabi);

– kech, maksimal unumdorlik 25-29 yoshda (bugungi kunda ko‘rib turganimizdek) kuzatilganda;

– keng 20-24 yoshdagi va 25-29 yoshdagi tug‘ilish darajasi sezilarli darajada farq qilmasa, boshqa barcha yosh guruhlaridagi tug‘ilishdan yuqori bo‘lsa.

Reproduktiv yosh (shuningdek, tug‘ish yoki fertillik yoshi) - bu ayolning hayotida u bolani ko‘tarishi va tug‘ishi mumkin bo‘lgan davr. Demografiyada reproduktiv yosh 15-49 yosh deb qabul qilinadi (unumdorligi past bo‘lgan mamlakatlarda 15-44 yoshni olish mumkin). Erkak tanasi sperma ishlab chiqarishi mumkin bo‘lgan vaqt erkakning reproduktiv yoshi deb ataladi.

Ayol uchun eng maqbul tug‘ish yoshi 20 yoshdan 35 yoshgacha bo‘lgan oraliq deb hisoblanadi. Ayol tanasining homilador bo‘lish, homilani ko‘tarish va farzand ko‘rish uchun tabiiy qobiliyatini hisobga olgan holda birinchi bolani 25-27 yoshgacha tug‘ilishi tavsiya etiladi. Bundan tashqari, bunday yosh

yetarli ijtimoiy va psixologik yetuklik bilan tavsiflanadi. Erkak uchun maqbul reproduktiv yosh 35 yoshgacha deb hisoblanadi.

Reproduktiv salomatlik ko'rsatkichlariga quyidagilar kiradi:

- ayolning hayoti davomida tug'ishlari soni;
- onalar o'limi darajasi va uning xususiyatlari;
- go'daklar o'limi (shu jumladan neo-, peri- va postnatal) o'lim;
- o'lik tug'ish;
- homilaning tushishi;
- bepushtlik darajasi;
- abortlar: har 100 tug'ilishga, reproduktiv yoshdagi 1000 ayolga, 100 tirik tug'ilishga;
- kontratseptivlardan foydalanadigan ayollar soni;
- OIV bilan kasallangan ayollar soni;
- reproduktiv zarar va boshqalar.

Reproduktiv salomatlikning eng muhim ko'rsatkichi - bu aholining tug'ilish darajasidir. Tug'ilish - bu aniq bir populyatsiyada ma'lum bir davrda tug'ilish jarayoni, yoki tug'ilish - bu avlodlarni yangilash jarayoni bo'lib, u organizmning naslni ko'payishiga ta'sir qiladigan biologik omillarga asoslanadi (urug'lanish, urug'lantirish, homila ko'tarish).

1.5. Reproductiv huquq va salomatlikka ta'sir etuvchi omillar

Reproduktiv salomatlik buzilishlarini rivojlantiradigan xavf omillari. Kelajakdagi shaxsning sog'lig'ini prognoz qilish uchun patologiyani rivojlantirishda ishtirok etishga qodir bo'lgan bir-biriga bog'liq va o'zaro bir-birini taqozo etadigan xavf omillarini hisobga olish kerak. Shunga ko'ra endogen va ekzogen omillar mavjud.

Endogen xarakterdagi omillar orasida irsiy omillar, homiladorlik davrida ota-onalar va ayniqsa onaning sog'lig'i (somatik), ona va otaning reproduktiv salomatligi, ularning bolalik tarixi va reproduktiv funksiyani shakllantirish davri va boshqalar ustuvor hisoblanadi.

Ekzogen xarakterdagi omillarga noqulay ishlab chiqarish va atrof-muhit omillari, hayotning ijtimoiy-iqtisodiy ko‘rsatkichlari, tibbiy yordam sifati va uning samaradorligi, yashash sharoitlari va yashash joyi, ovqatlanish muvozanati, ayniqsa homiladorlik paytidagi ovqatlanish va boshqalar kiradi.

Rivojlanayotgan homila uchun ona organizmining tashqi muhit rolini bajarishini hisobga olsak, quyida keltirilgan ro‘yxatda onadan kelib chiqishi mumkin bo‘lgan asosiy xavf omillarini alohida blok bilan ajratish muhimdir.

Homila paytidayoq rivojlanish buzilishining asosiy xavf omillari (onadan kelib chiqadigan):

- bola paydo bo‘lishidan oldin onaning (va otaning) sog‘lig‘i (somatik, ayniqsa buyrak va jigar kasalliklari, temir tanqisligi anemiyasi va boshqalar);

- homiladorlikning 1 trimestridagi onaning virusli kasalliklarga chalinishi;

- uzoq davom etgan bepushtlik tarixi, gormonal dorilar bilan davolash, psixotrop dorilarni qo‘llash;

- onaning yoshi (18 yoshgacha - “o‘spirin homiladorligi” yoki 35 yoshdan yuqori bo‘lishi);

- irsiy yoki oilaviy anomaliyalar tarixi;

- ijtimoiy-iqtisodiy holat (otaning mehnat sharoitlari, stressli vaziyatlarni hisobga olgan holda homiladorlikdan oldin ham, homiladorlik paytida ham onaning zararli va / yoki qiyin ish sharoitlari);

- yomon odatlar (spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish, chekish, giyohvandlik va boshqalar);

- ushbu homiladorlik paytida tibbiy nazoratning mavjud emasligi yoki kech boshlanishi;

- avvalgisi tug‘uruqdan keyin 3 oy ichida sodir bo‘lgan homiladorlik;

- ayolning bo‘yi va vazni ko‘rsatkichlari (bo‘yi 152,4 sm dan past va vazni ma‘lum bir bo‘y uchun standart deb hisoblanadigan vazndan 20% past yoki yuqori);

- ovqat sifati va uning foydaliligi;

- homiladorlik bepushtlik uchun buyurilgan dori-darmonlardan keyin sodir bo'lsa.

Ro'yxatda keltirilgan omillardan, ayniqsa, homiladorlik paytida yoki homiladorlikdan oldin ayolning ishlashi hamda yashash sharoitlari juda muhimdir. Mehnat faoliyati omillari ekzogen xavf omilidir, gigiyenik mezonlarga va mehnat sharoitlarini xavfsizlik va xavflilik darajasi bo'yicha tasnifiga ko'ra ular 4 sinfga bo'linadi - maqbul, ruxsat etilgan, zararli va xavfli.

Ko'pincha, quyidagilar qoniqarsiz yashash va mehnat sharoitlari bilan bog'liq bo'lgan tug'ma nuqsonlar va boshqa reproduktiv kasalliklar paydo bo'lishining xavf omillari sifatida ko'rib chiqiladi:

-atmosfera havosi va ishchi hudud havosining kimyoviy, fizik, biologik va radioaktiv ifloslanishi;

- kosmetika, yuvish vositalari va dori vositalari, bo'yoq, lak va polimer mahsulotlarini ishlab chiqarish va ulardan foydalanish bilan bog'liq xavflar;

- ish og'irligining belgilangan standartlarga mos kelmasligi. Bunday holda, ta'siri atrof-muhit va ish muhiti bilan bog'liq bo'lmagan boshqa xavf omillarining mumkin bo'lgan ta'sirini chiqarib tashlash kerak:

- gormonal buzilishlar;

- homiladorlik paytida onaning kasalliklari;

- ota-onaning yoshi > 35 yosh - Daun sindromi, trisomiya, - homiladorlik paytida onaning kasalliklari;

- ota-onaning yoshi (> 35 yosh - Daun sindromi, trisomiya, MNT nuqsonlari rivojlanish xavfini oshiradi);

- oilaviy moyillik;

- dorivor moddalarni qabul qilish;

- gipo- va gipervitaminoz A, gipervitaminoz D- homiladorlik paytida onaning kasalliklari;

- ota-onaning yoshi (> 35 yosh - Daun sindromi, trisomiya, CNS nuqsonlari rivojlanish xavfini oshiradi);

- oilaviy moyillik;

- dorivor moddalarni qabul qilish;
- gipo - va gipervitaminoz A, gipervitaminoz D;
- narkotik moddalarni suiiste'mol qilish, tamaki chekish;
- bachadon ichi gipoksiyasi;
- noto'g'ri ovqatlanish;
- spirtli ichimliklar.

Kundalik hayotdagi kimyoviy va fizik omillar: isitish vositasidan foydalanish, uying elektr uzatish liniyasiga yaqinligi, hasharotlar yoki pestitsidlardan foydalanish va boshqalar.

OIV infeksiyasi dunyoning ko'plab mamlakatlarida sog'liqni saqlash muammolari orasida yetakchi o'rinni egallab kelmoqda.

Nazorat va muhokama uchun savollar

1. Bugungi kunda aholi o'zgarishlarida qanday tendensiyalar kuzatilmoqda?
2. 1950 va 2050-yillarda dunyo aholisining mintaqalarga qanday o'zgarishlari kuzatilmoqda?
3. Aholi va "aholishunoslik" atamalarining ma'nosi nimadan iborat?
4. Aholi qanday xususiyat va vazifalarga ega?
5. Aholining tabiiy harakatiga ta'sir qiluvchi muhim omillarga qaysilari kiradi?
6. Aholining tarkibiga tushuncha bering.
7. Reproktiv salomatlik nima?
8. Reproktiv huquq va salomatlikka ta'sir etuvchi omillarga nimalar kiradi?

2-BOB. KASALLIK VA O'LIM

- 2.1. Kasallik va nogironlik tushunchasi.
- 2.2. Ishlab chiqarish travmatizmi va kasbiy kasalliklar.
- 2.3. O'lim va uning turlari.

2.1. Kasallik va nogironlik tushunchasi

Ma'lumki, kasallanish aholining salomatlik darajasiga baho beruvchi ko'rsatkichlardan biri hisoblanadi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ta'rifiga ko'ra, organizmning normal fiziologik holatidan har qanday obyektiv yoki subyektiv siljishi, farqlashishiga *kasallanish* deyiladi. Shunday qilib, «kasallanish» tushunchasi «kasallik» tushunchasidan birmuncha keng. Ayrim joylarda va ma'lum vaqt oralig'ida kasallanishlarni o'rganish sog'liqni saqlash muassasalari uchun katta ahamiyatga ega.

Birinchidan, kasallanishlar aholi salomatligini, uning sanitariya holatini aks etuvchi asosiy ko'rsatkichlaridan biri hisoblanadi.

Ikkinchidan, kasallanishlar sog'liqni saqlash muassasalari ish faoliyatining sifati va samarasini ko'rsatuvchi asosiy mezon hisoblanadi.

Uchinchidan, kasallanishlarni o'rganish va uni kamaytirish nafaqat sog'liqni saqlash, sanitariya-epidemiologiya, davolash-profilaktika muassasalarining, balki davlatning bosh vazifalaridan biri hisoblanadi. Chunki kasallanishlar darajasi ortgan hududlarda tashqi muhit, aholining turmush darajasi va oila daromadlari, ishchi kuchining mehnat sharoitlari bilan bog'lab o'rganish aholi salomatligini yaxshilash, ularga mos bo'lgan yangi joylarni yaratish, ish bilan ta'minlash uchun chora-tadbirlar ishlab chiqishda asosiy manba hisoblanadi.

Aholining davolash-profilaktika muassasalariga murojaati natijasida o'rganilgan kasallanishlarni tahlil qilinganda, ma'lumotlarning to'liqligiga ta'sir etuvchi omillarni albatta

inobatga olish kerak: tibbiy yordamning yaqinligi, vrachlar bilan ta'minlanganlik darajasi, aholining yashash joyida ixtisoslashgan tibbiyot muassasalariga murojaati, aholi sanitariya madaniyatining darajasi, ularning o'z sog'lig'iga munosabati (yengil kechuvchi kasalliklar bo'yicha murojaati) va boshqalar. Umumiy kasallanishlarni o'rganishning asosiy manbalaridan biri aholi orasida o'tkaziladigan profilaktik va maqsadli tibbiy ko'riklar hamda dispanser kuzatuvlaridir. Bu usul orqali yashirin kechuvchi, oldindan ma'lum bo'lmagan yoki aholini faol ravishda tibbiy yordam olish uchun murojaat etishga majbur qilmagan surunkali kasalliklar aniqlanadi. Tibbiy ko'riklar oldiga qo'yilgan maqsad, vazifa va qo'llanilayotgan tashkiliy texnologiya turiga qarab oldindan, davriy va maqsadli bo'lishi mumkin.

Oldindan o'tkaziladigan tibbiy ko'rik kasbga va o'qishga bo'lgan talablardan kelib chiqqan holda ishga va o'qishga kirayotganda hamda o'qish jarayonida va ish sharoitidagi kasb bilan bog'liq zararli omillar tufayli qaytalanadigan, rivojlanadigan, avj oladigan kasalliklarni aniqlashda qo'llaniladi.

Davriy tibbiy ko'riklarning maqsadi zararli sharoitlar tufayli paydo bo'ladigan kasbiy kasalliklarni barvaqt aniqlash, xodimlar salomatligini dinamik kuzatish zararli sharoit va xavfli moddalar bor ish sharoitida ishlash man etiladigan (profilaktik, davolash va boshqa tadbirlarni o'tkazishni talab etadigan) umumiy kasalliklarni aniqlashdan iborat.

Tibbiy ko'rik o'tkaziladigan shaxslar kontingentiga ko'ra oldindan va davriy o'tkaziladigan tibbiy ko'riklarning 3 xil turi mavjud:

- kasbga oid zararli sharoitda ishlovchi muassasa, tashkilotlarning xodimlari;
- kasbiy faoliyati tufayli aholi orasida kasalliklarning tarqalishiga sabab bo'luvchi shaxslar (umumiy ovqatlanish, bolalar va ayrim kommunal-xo'jalik muassasalari xodimlari);
 - barcha yoshdagi bolalar, o'smirlar, oliy va o'rta maxsus ta'lim o'quv yurtlari talabalari, o'quvchilari o'rtasida tibbiy ko'rik o'tkazish.

Maqsadli tibbiy ko‘riklar, odatda, ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklarning barvaqt shakllarini aniqlash (xavfli o‘smalar, sil, qand kasalligi va h.k.) maqsadida turli uyushgan va uyushmagan aholi orasida o‘tkaziladi.

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan ishlab chiqarishda oldindan va davriy o‘tkaziladigan tibbiy ko‘riklarni o‘tkazish qoidalari belgilab qo‘yilgan. Tibbiy ko‘riklar o‘tkazish tartibi va muddatlari, ishdagi xavfli moddalar, noxush ishlab chiqarish omillari ro‘yxati tuzilgan va ularga bog‘liq holda tibbiy ko‘riklarni o‘tkazish muddatlari belgilangan. Ko‘riklarni o‘tkazish muddati ta‘sir etuvchi omillarning xavf darajasiga bog‘liq. Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan ko‘rikda ishtirok etuvchi mutaxassis-vrachlar soni, laborator va funksional tekshiruvlar ro‘yxati, ishga olmaslik bo‘yicha tibbiy ko‘rsatmalar ro‘yxati aniqlangan.

Aholining umumiy kasallanishlari haqidagi ma‘lumotlardan foydalangan holda quyidagi statistik ko‘rsatkichlar keltirilib chiqariladi:

1. Birlamchi kasallanishlar (PD):

$$PD = \frac{nPD \cdot 1000}{N},$$

bunda nPD - joriy yilda birinchi marta ro‘yxatga olingan kasalliklar soni, N - aholining yillik o‘rtacha soni.

2. Umumiy kasallanishlar (TD):

$$TD = \frac{nTD \cdot 1000}{N},$$

bunda nTD - joriy yilda ro‘yxatga olingan jami kasalliklar soni, N - aholining yillik o‘rtacha soni.

3. Kasalliklar tarkibi (jami kasalliklar ichida ayrimlarining salmog‘i) DC.

$$DC = \frac{nD \cdot 1000}{D},$$

bunda nD – ma‘lum kasalliklar soni, D – umumiy kasalliklar soni.

4. Tibbiy ko‘rikda aniqlangan kasalliklar ko‘rsatkichi (DI):

$$DI = \frac{nDI \cdot 1000}{NME},$$

bunda nDI – tibbiy ko‘rikda aniqlangan kasalliklar soni, NME – tibbiy ko‘rikdan o‘tkazilgan shaxslarning umumiy soni.

Nogironlik mehnat qobiliyatining doimiy (uzoq muddat) yo‘qotilganligi yoki ko‘p jihatdan qisqarganligidir. Invalid (nogiron) so‘zi lotincha **invalidus** so‘zidan olingan bo‘lib, nimjon, kuchsiz degan ma‘noni anglatadi.

Nogironlik deganda, kasalliklar, shikastlanishlar yoki ayrim yetishmovchiliklar (anomaliyalar) tufayli ijtimoiy himoya talab etuvchi organizm funksiyasining o‘zgarishiga, salomatlikning turg‘un buzilishiga aytiladi.

Turli ko‘rsatkichlarning sifat va son jihatlarini inobatga olgan holda kompleks baho berishda organizm funksiyasi buzilishlarining 3 turdagi darajasi farqlanadi:

1-daraja – organizm funksiyasining oz darajadagi buzilishlari;

2-daraja–organizm funksiyasining o‘rta darajadagi buzilishlari;

3-daraja – organizm funksiyasining og‘ir, o‘ta og‘ir darajadagi buzilishlari.

Yuqoridagilardan ma‘lum bo‘lishicha, nogironlik xayot faoliyatining chegaralanishiga, boshqacha qilib aytganda, insonning to‘la yoki qisman bo‘lsa-da o‘z-o‘ziga xizmat qila olish, mustaqil harakatlanish, muloqotda bo‘lish, o‘z xatti-harakatini nazorat qilish, o‘qish va mehnat qilish qobiliyatini yo‘qotishidir.

Organizm funksiyasining buzilishi, hayot faoliyatining chegaralanishi darajasiga qarab nogiron deb topilgan shaxslarga nogironlik guruhlari belgilanadi. O‘zbekistonda nogironlikning uch guruhi farqlanadi:

- oddiy sharoitlarda muntazam kasbiy faoliyatini to‘liq yo‘qotgan va o‘zgalar xizmatiga (yordamiga) doimiy muhtoj bo‘lgan fuqarolarga I guruh nogironligi beriladi.

- II guruh nogironligi mehnat qobiliyatini doimiy, uzoq muddatga yo‘qotgan, o‘zgalar xizmatiga muhtoj bo‘lmagan shaxslarga beriladi.

- III guruh nogironligini aniqlashning shartlaridan biri kasbiy mehnat faoliyatini bajara olmaslikdir. Odatda, surunkali xastaliklar, anatomik yetishmovchiliklar sababli organizm funksiyasining buzilishi natijasida mehnat qobiliyatining keskin kamayish hollarida beriladi.

Ushbu guruh nogironligi ishchi salomatligining holati tufayli oldingiday malaka talab etmaydigan, boshqa, yengil ishga o'tkazilishi lozim bo'lganda beriladi. Ma'lum anatomik yetishmovchiliklarda, bajarilayotgan ishning xarakteridan qat'iy nazar, III guruh nogironligi o'rnatiladi. Nogironlikning og'irligi (darajasi)ga qarab nafaqa miqdori va boshqa ijtimoiy ta'minot, xizmat turlarining hajmi belgilanadi.

Bolalar nogironligining ekspertizasi JSSTning zamonaviy konsepsiyasiga asoslangan. Bolalarda nogironlik bevosita kasallikning yoki shikastlanishning turi bilan emas, balki ularning ruhiy-fiziologik yoki anatomik tizim yoki funksiyalarning buzilishi orqali ijtimoiy yetishmovchilik va hayot faoliyatining chegaralanishiga olib keluvchi oqibatining og'irlik darajasi bilan belgilanadi.

Tug'ma, nasliy kasalliklar hamda hayot davomida orttirilgan kasalliklar va shikastlanishlar oqibatida paydo bo'ladigan patologik holatlar bolalarda nogironlikni belgilovchi ko'rsatmalar bo'lib hisoblanadi.

Bolalarda nogironlikni belgilovchi tibbiy ko'rsatmalar 3 qismga bo'linadi:

- 1-qismga bolalar a'zo va tizimlari funksiyalarining buzilishlariga, bolalarning vaqtinchalik ijtimoiy deadaptatsiyasiga, hayot faoliyatining chegaralanishiga sabab bo'luvchi patologik holatlarning ro'yxati kiritilgan. Bunday hollarda nogironlik 6 oydan 2 yilgacha belgilanadi.

- 2-qismga prognoz qilinganda bolalar a'zo va tizimlari funksional buzilishlarining to'liq yoki qisman tiklanishiga, bolalar qisman ijtimoiy deadaptatsiyasiga, hayot faoliyatining chegaralanishiga sabab bo'luvchi patologik holatlar ro'yxati kiritilgan. 2 guruh patologik holatlar farqlanadi: 2A – nogironlik

2–5 yil muddatga belgilanadi, qayta ko‘rik 2–5 yilda o‘tkaziladi. 2B – nogironlik 5 yilgacha belgilanadi, qayta ko‘rik 5 yildan kam bo‘lmagan muddatda o‘tkaziladi.

- 3-qismga bolalar a‘zo va tizimlari funksiyalarining qaytmas buzilishlariga, bolalarning ijtimoiy dezadaptatsiyasi va hayot faoliyatining og‘ir darajadagi chegaralanishlariga sabab bo‘luvchi patologik holatlar ro‘yxati kiritilgan. Bu holatlar bo‘yicha tibbiy xulosalar bir marta 16 yoshgacha o‘rnatiladi.

Bolalarda nogironlikning o‘rnatilishi nogiron bolaga faqatgina ijtimoiy ta‘minot va imtiyoz huquqini berib qolmasdan, balki unga va uning oilasiga davlat tomonidan tibbiy yordam, ta‘lim olish, ijtimoiy va kasbiy tanlash bo‘yicha yordam olish huquqini beradi. Bunda kasallikning xarakteri, bolaning yoshi, organizm funksiyalarining buzilish holati, kompensator mexanizmlarning holati, kasallikning oqibati, ijtimoiy moslashuv va ijtimoiy ta‘minot shakllari, turlari bo‘yicha ehtiyojlarni qondira olish imkoniyati e‘tiborga olinadi.

Ijtimoiy kamchiliklar, hayot faoliyatining chegaralanishi, buzilishlar xalqaro nomenklaturasiga ko‘ra nogiron bolalar guruhiga bolaning rivojlanishi, o‘shining buzilishi, xatti-harakati ustidan nazorat qila olmaslik, o‘z-o‘ziga xizmat qila olmaslik, bir joydan ikkinchi joyga harakatlana olmaslik, bilim olish, muloqot qilish, kelgusida mehnat qila olmaslik tufayli ijtimoiy dezadaptatsiyaga, hayot faoliyatining keskin chegaralanishiga ega 16 yoshgacha bo‘lgan bolalar kiradi.

Nogironlarga samarali tibbiy-ijtimoiy yordamni rejalashtirish, uni asoslash uchun nogironlikning tarqalganligi, aholi orasidagi tendensiyasi, sabablari va uni keltirib chiqaruvchi omillar haqida bilimlarga ega bo‘lish zarur. Shu munosabat bilan nogironlikni tavsiflovchi ko‘pgina intensiv va ekstensiv ko‘rsatkichlar hisoblanadi:

- kalendar yili davomida ma‘muriy hududda ro‘yxatga olingan birlamchi nogironlar kontingenti (birlamchi nogironlik);
- aholi orasida nogironlarning umumiy kontingenti (umumiy to‘plangan nogironlar).

Birlamchi nogironlikni baholash uchun quyidagilar aniqlanadi:

- birlamchi qayd etilgan nogironlar soni (10 ming aholiga);
- birlamchi qayd etilgan nogironlar soni (10 ming mehnat faoliyati yoshidagilarga);
- birlamchi qayd etilgan nogironlar kasalliklarining sinflari (ayrim guruhleri) bo'yicha (shu jumladan, nogironlikning sabablari, og'irligi bo'yicha);
- yosh, jins, nogironlar guruhleri, kasalliklar sinflari va boshqalar bo'yicha.

BMT ekspertlari, JSST ma'lumotlariga asosan yer yuzining 10% dan ortiq aholisi sog'lig'i tufayli chegaralangan imkoniyatlarga ega, shundan 100 mln. dan oshig'ini bolalar tashkil etadi. JSST ekspertlarining fikricha, dunyoda og'ir shaklli nogiron bolalar ulushi jami bolalarning 1—2% ni tashkil etadi.

Kattalar orasida nogironlikka olib keluvchi asosiy sabablar ichida umumiy kasallanishlar — birinchi, shikastlanishlar — ikkinchi, tug'ma anomaliyalar — uchinchi, ishdagi baxtsiz hodisalar va kasb kasalliklari — to'rtinchi o'rinni egallaydi.

Birlamchi nogironliklar orasida yurak-qon tomir kasalliklari — birinchi, xavfli o'smalar — ikkinchi, shikastlanish va zaharlanishlar oqibati va tashqi ta'sirlar — uchinchi, ruhiy kasalliklar to'rtinchi o'rinni egallaydi.

Bolalar nogironliklari sabablari ichida asab tizimi va sezgi a'zolari kasalliklari — birinchi, ruhiy kasalliklar — ikkinchi, tug'ma anomaliyalar uchinchi o'rinni egallaydi.

Shunday qilib, bugungi kunda O'zbekistonda nogironlik muhim tibbiy-ijtimoiy muammo hisoblanadi. Nogironliklarning tarqalganligi, sabablari, kechishini har tomonlama chuqur o'rganish ushbu muammolarni hal qilish, kamaytirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar ishlab chiqish imkonini beradi.

Nogironlik kursatkichlari:

1. Birlamchi nogironlik ko'rsatkichi (***PDa***)

$$PDa = \frac{nPDa * 1000}{N},$$

bunda $nPDa$ - joriy yilda birinchi marta nogironlik berilgan xodimlar soni, N – tuman, shahar, viloyat xodimlarining umumiy soni.

2. Birlamchi nogironlik strukturasi (kasalliklar, yoshi, jinsi, ijtimoiy kelib chiqishi bo‘yicha) DaC

$$DaC = \frac{nDa*100}{ND},$$

bunda nDa – joriy yilda birinchi marta nogironlik berilgan xodimlar (kasalliklar, yoshi, jinsi, ijtimoiy kelib chiqishi bo‘yicha), ND – joriy yilda birinchi marta nogironlik berilgan jami xodimlarning soni.

3. Nogironliklar dinamikasi (ushbu ko‘rsatkichni ayrim guruhlar bo‘yicha ham hisoblash mumkin) IDa

$$IDa = \frac{Da1*100}{Da0},$$

bunda $Da1$ - joriy yildagi nogironlik ko‘rsatkichi (birlamchi yoki umumiy), $Da0$ – o‘tgan yildagi nogironlik ko‘rsatkichi (birlamchi yoki umumiy).

4. Barcha nogironliklar ichida birlamchi nogironliklarning salmog‘i ($WPDa$)

$$WPDa = \frac{PDa*100}{Da},$$

bunda PDa - joriy yilda berilgan birlamchi nogironliklar soni, Da – umumiy nogironlar soni.

5. Umumiy nogironlar orasida bolalikdan nogironlarning salmog‘i ($WChDa$)

$$WChDa = \frac{nChDa*100}{Da},$$

bunda $nChDa$ - joriy yilda bolalikdan nogironlar soni, Da – umumiy nogironlar soni.

2.2. Ishlab chiqarish travmatizmi va kasbiy kasalliklar

O‘zbekiston Respublikasi hududida mulkchilikning barcha shakllaridagi korxonalar, muassasalar, tashkilotlarda, shuningdek, mehnat shartnomasi bo‘yicha ishlayotgan ayrim fuqarolarda

mehnat faoliyati bilan bog‘liq holda yuz bergan hodisalarni va xodimlar salomatligining boshqa xil zararlanishini tekshirish va hisobga olishning yagona tartibini belgilaydi.

Mazkur tartib:

- ishlab chiqarishda ishlayotgan davrida sud hukmi bo‘yicha jazoni o‘tayotgan fuqarolarga;
- ish beruvchilarga;
- pudrat va topshiriqlarga ko‘ra fuqarolik-huquqiy kontraktlar bo‘yicha ishlarni bajarayotgan shaxslarga;
- tabiiy va texnogen tUSDagi favqulodda vaziyatlarni bartaraf etishda qatnashayotgan fuqarolarga;
- agar maxsus davlatlararo bitimda o‘zgacha hol ko‘rsatilmagan bo‘lsa, yollanib ishlayotgan chet el fuqarolariga;
- qurilish, qishloq xo‘jaligi va harbiy xizmatni o‘tash bilan bog‘liq bo‘lmagan o‘zga ishlarni bajarish uchun korxonaga yuborilgan harbiy xizmatchilarga, shu jumladan, muqobil xizmatni o‘tayotgan harbiy xizmatchilarga;
- korxonada ishlab chiqarish amaliyotini o‘tayotgan talabalar va o‘quvchilarga ham tatbiq etiladi.

O‘quvchilar va talabalar bilan o‘quv-tarbiya jarayonida yuz bergan baxtsiz hodisalar Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligi bilan kelishilgan holda Xalq ta’limi vazirligi, Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligi, Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining O‘rta maxsus, kasb-hunar ta’limi markazi tomonidan belgilangan tartibda tekshiriladi va hisobga olinadi.

Korxonada hududida va uning tashqarisida:

- mehnat vazifalarini bajarayotganda (shuningdek xizmat safarlarida) yuz bergan jarohatlanish, zaharlanish, issiqlik ta’siri, portlash, falokatlar, imoratlar, inshootlar va konstruksiyalar buzilishi, kuyish, muzlash, qizish, elektr toki va yashin urishi, hayvonlar, hasharotlar va sudralib yuruvchilar tomonidan, terroristik harakatlar natijasida shikastlanishlar, shuningdek tabiiy ofatlar (zilzilalar, o‘pirilishlar, suv toshqinlari, to‘fonlar va boshqalar) tufayli salomatlikning boshqa xil shikastlanishlari;

– o‘z funksional vazifalarini bajarish yuzasidan, shuningdek avariyalarning, odamlar halok bo‘lishining oldini olish va korxonaning mulkini saqlash maqsadida, ish beruvchi topshiriq bermagan bo‘lsa ham, korxonada manfaatlarini ko‘zlab qandaydir xatti-harakatlarni amalga oshirayotgandagi;

– xodim xizmat safarida bo‘lgan yoki o‘z funksional vazifalarini bajarish vaqtida – yo‘l-transport hodisasidagi, temir yo‘l, havo yo‘llaridagi, dengiz va daryo transportidagi, elektr transportidagi hodisa natijasidagi;

– ish beruvchi tomonidan buyruq bilan maxsus ajratilgan uydan ishga va/yoki ishdan uyga xodimlarni tashish uchun mo‘ljallangan transportda, shuningdek ushbu maqsadlar uchun shartnoma (buyurtma)ga muvofiq o‘zga tashkilot transportida ishga ketayotgan yoki ishdan qaytayotgandagi;

– ish vaqtida shaxsiy transportda, uni xizmatga oid safarlar uchun ishlatishga ruxsat berilganlik haqida ish beruvchining yozma buyrug‘i mavjud bo‘lgandagi;

– ish beruvchining topshirig‘ini bajarish uchun transportda yoki piyoda harakatlanayotganda, shuningdek mehnat faoliyati xizmat ko‘rsatish obyektlari orasida yurish bilan bog‘liq xodimlar bilan ish vaqtida transportda yoki piyoda ketayotgandagi;

– tadbirlarning o‘tkazilishi yoki ishlar bajarilishi joyidan qat‘i nazar, shanbalik (yakshanbalik), fuqaro mudofaasi bo‘yicha o‘quv mashg‘ulotlari, ko‘ngilli yong‘in muhofazasi musobaqalari o‘tkazilayotgandagi, qishloq xo‘jaligi ishlariga jalb etilgandagi, ish beruvchining yozma farmoyishi bo‘yicha korxonada tomonidan otaliq yordami ko‘rsatilayotgandagi;

– ichki ishlar organlarining ma‘lumotlari asosida – ish vaqtida mehnat vazifalarini bajarayotganda boshqa shaxs tomonidan tan jarohati yetkazilgandagi;

– smenali dam olishda bo‘lgan xodim bilan transport vositasidagi vaxta shaharchasi hududidagi yoki ijaraga olingan xonadagi (kuzatib boruvchi, refrijerator brigadasi xodimi, smenali haydovchi, dengiz va daryo kemalari xodimlari, shuningdek,

vaxta-ekspeditsiya usulida ishlayotganlar va boshqalar) baxtsiz hodisalar tekshiriladi va hisobga olinadi.

Tabiiy o'lim, o'zini o'zi o'ldirish, jabrlanuvchining o'z salomatligiga qasddan shikast yetkazishi, shuningdek, jabrlanuvchining jinoyat sodir qilish chog'ida shikastlanishi holatlari (sud-tibbiy ekspertiza xulosasi yoki tergov organlarining ma'lumotlariga ko'ra) tekshirilmaydi va hisobga olinmaydi.

Ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisa natijasida xodimning mehnat qobiliyati kamida bir kunga yo'qotilsa yoki tibbiy xulosaga muvofiq yengilroq boshqa ishga o'tishi zarur bo'lsa, N-1 shaklidagi dalolatnoma bilan rasmiylashtiriladi (1-ilova).

Ish beruvchi tekshirish tugaganidan so'ng 3 sutkadan kechiktirmay jabrlanuvchiga yoki uning manfaatlarini himoya qiluvchi shaxsga davlat tilida yoki boshqa maqbul tilda rasmiylashtirilgan baxtsiz hodisa to'g'risidagi N-1 shaklidagi dalolatnomani berishi kerak.

Ish beruvchi ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalarni to'g'ri va o'z vaqtida tekshirish hamda hisobga olish, N-1 shaklidagi dalolatnomani tuzish, baxtsiz hodisa sabablarini bartaraf etish chora-tadbirlarini ishlab chiqish va amalga oshirish uchun javobgardir.

Ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalarni to'g'ri va o'z vaqtida tekshirish va hisobga olishni, shuningdek, baxtsiz hodisa kelib chiqishi sabablarini bartaraf etishga oid chora-tadbirlarning bajarilishini korxonaning yuqori turuvchi xo'jalik organi, kasaba uyushmasi qo'mitasi yoki xodimlarning boshqa vakillik organi, davlat mehnat texnika nazoratchisi, O'zbekiston Respublikasi «Sanoatgeokontexnazorat» davlat inspeksiyasi va «O'zenergo-nazorat» agentliklari organlari nazoratdagi tegishli obyektlarda nazorat qiladi.

Ish beruvchi N-1 shaklidagi dalolatnomani tuzishdan bosh tortsa, jabrlanuvchi yoki uning manfaatlarini himoya qiluvchi shaxs N-1 shaklidagi dalolatnoma mazmunidan norozi bo'lsa, jabrlanuvchi yoki uning manfaatlarini himoya qiluvchi shaxs

korxonada kasaba uyushmasi qo‘mitasiga yoki korxonada xodimlarining boshqa vakillik organiga murojaat qiladi.

Kasaba uyushmasi qo‘mitasi yoki korxonada xodimlarining boshqa vakillik organi 10 kun muddat ichida baxtsiz hodisaning kelib chiqishi sabablarini o‘rganib chiqadi, mehnatni muhofaza qilish qoidalari va me‘yorlari, mehnat xavfsizligi andozalari buzilishini aniqlaydi, zarur deb hisoblasa, ish beruvchidan N-1 shaklidagi dalolatnomani tuzishni yoki qayta tuzishni talab qiladi. Ish beruvchi bu talablarni bajarmasa, korxonada kasaba uyushmasi qo‘mitasi yoki boshqa vakillik organi, shuningdek jabrlanuvchi yoki boshqa manfaatdor shaxs davlat mehnat texnika nazoratchisiga murojaat qiladi.

N-1 shaklidagi dalolatnoma tuzilmaganligi yoki noto‘g‘ri tuzilganligi aniqlangan hollarda davlat mehnat texnika nazoratchisi ish beruvchidan N-1 shaklidagi dalolatnomani tuzishni yoki boshqatdan tuzishni talab qilish huquqiga egadir. Ish beruvchi davlat mehnat texnika nazoratchisi xulosasini bajarishga majburdir.

Ish beruvchi bilan davlat mehnat texnika nazoratchisi o‘rtasidagi anglashilmovchilikni bosh davlat mehnat texnika nazoratchisi hal qiladi.

Ishlab chiqarishdagi har bir baxtsiz hodisa haqida jabrlanuvchi yoki guvoh darhol bo‘linma (sex) rahbariga xabar berishi kerak, u esa:

- jabrlanuvchiga zudlik bilan birinchi yordam ko‘rsatishi va uni tibbiy-sanitariya qismiga yoki boshqa davolash muassasasiga yetkazishni tashkil etishi;

- tekshirish komissiyasi ish boshlanishiga qadar ish joyidagi vaziyatni va jihozlar holatini hodisa yuz bergan daqiqada qanday bo‘lsa, shundayligicha (agar bu atrofdagi xodimlar hayoti, salomatligiga tahlika solmayotgan bo‘lsa va halokatga olib kelmasa) saqlab qolishi;

- darhol hodisa to‘g‘risida ish beruvchiga va kasaba uyushmasiga yoki korxonada xodimlarining boshqa vakillik organiga xabar qilish.

Korxonada tibbiy-sanitariya qismi (shifoxona, poliklinika) bir sutka ichida yordam so'rab murojaat qilgan xodimlar, shu jumladan, xizmat safaridagi va korxonada ishlab chiqarish obyektlarida ish bajarayotgan xorijiy tashkilot xodimlari bilan yuz bergan har bir baxtsiz hodisa haqida ish beruvchiga va kasaba uyushmasiga yoki xodimlarning boshqa vakillik organiga xabar beradi.

Ish beruvchining buyrug'iga ko'ra ish beruvchi va kasaba uyushmasi qo'mitasi vakillari yoki xodimlarning boshqa vakillik organi tarkibida komissiya tuziladi.

Ishlab chiqarishdagi mehnat xavfsizligiga bevosita javob beruvchi rahbar baxtsiz hodisani tekshirishda ishtirok etmaydi.

Komissiya:

– uch sutka ichida baxtsiz hodisani tekshirib chiqishi, guvohlar va mehnat muhofazasi qoidalari, mehnat xavfsizligi andozalarini buzishga yo'l qo'ygan shaxslarni aniqlab so'roq qilishi, imkoni bo'lsa, jabrlanuvchidan tushuntirish xati olishi;

– baxtsiz hodisa sabablarini yo'qotish chora-tadbirlari ko'rsatilgan N-1 shaklidagi dalolatnomani uch nusxada tuzishi va imzo chekib, ularni tasdiqlash uchun ish beruvchiga berishi kerak.

Ish beruvchi ishlab chiqarishda baxtsiz hodisani keltirib chiqargan sabablarni bartaraf etish choralarini ko'radi va tekshirish tamom bo'lgandan so'ng uch sutka davomida tasdiqlangan N-1 shaklidagi dalolatnomalarni:

jabrlanuvchiga yoki uning manfaatlarini himoya qiluvchi shaxsga, tekshirish materiallari bilan birga korxonada mehnatni muhofaza qilish xizmati rahbari (muhandisi, mutaxassisi)ga, davlat mehnat texnika nazoratchisiga yuboradi.

N-1 shaklidagi dalolatnoma bilan rasmiylashtirilgan baxtsiz hodisalar korxonada tomonidan hisobga olinadi va daftarda qayd qilinadi (2-ilova).

Ish beruvchi N-1 shaklidagi dalolatnoma nusxalarini, kasaba uyushmasi qo'mitasiga yoki korxonada xodimlarining boshqa vakillik organlariga, O'zbekiston Respublikasi «Sanoatgeokontekst nazorat» davlat inspeksiyasi yoki

«O‘zenergonazorat» agentliklari organi vakiliga, agar baxtsiz hodisa nazoratdagi tegishli korxonalar (obyektlar)da yuz bergan bo‘lsa, yuqori turuvchi xo‘jalik organiga, tegishli vazirlik (xo‘jalik boshqaruvi organlari)ga ham ularning talablariga muvofiq yuborishi shart.

N-1 shaklidagi dalolatnoma to‘rt nusxada tuziladi va tasdiqlanadi. Mehnatni muhofaza qilish xizmati rahbari (muhandisi, mutaxassisi)ga tekshirish materiallari bilan yuborilgan N-1 shaklidagi dalolatnoma 45 yil davomida saqlanishi lozim. Boshqa joylarga yuborilgan N-1 shaklidagi dalolatnomalar va uning nusxalari ehtiyoj yo‘qolguncha saqlanadi.

Agar korxonada qayta tashkil etilsa N-1 shaklidagi dalolatnoma huquqiy vorisga korxonaning boshqa qimmatli qog‘ozlarini topshirish tartibida beriladi. Agar korxonada tugatilsa N-1 shaklidagi dalolatnoma korxonaning yuqori turuvchi xo‘jalik organiga beriladi. Agar korxonada yuqori turuvchi xo‘jalik organi bo‘lmasa, unda N-1 shaklidagi dalolatnoma, tuman (shahar) O‘zbekiston Respublikasi Moliya vazirligi huzuridagi budjetdan tashqari Pensiya jamg‘armasi bo‘limiga beriladi.

Jabrlanuvchi yoki guvohlar ish vaqti davomida ish beruvchiga xabar bermaganligi yoki ish qobiliyati darhol yo‘qolmaganligi to‘g‘risidagi baxtsiz hodisalar jabrlanuvchining yoki uning manfaatlarini himoya qiluvchi shaxsning arizasiga, shuningdek, (bosh) davlat mehnat texnika nazoratchisining talabiga binoan ariza berilgan yoki ko‘rsatma olingan kundan boshlab bir oy muddat ichida tekshiriladi. N-1 shaklidagi dalolatnomani tuzish masalasi baxtsiz hodisa to‘g‘risidagi ariza har tomonlama, barcha shart-sharoitlar, guvohlarning ko‘rsatmalari va boshqa dalillar hisobga olingan holda tekshirilganidan so‘ng hal etiladi.

Tasdiqlangan N-1 shaklidagi dalolatnomaning bir nusxasi jabrlanuvchining doimiy ish, xizmat yoki o‘qish joyiga yuboriladi.

Baxtsiz hodisalarni maxsus tekshirish. Quyidagi baxtsiz hodisalar maxsus tekshiriladi:

– bir vaqtning o‘zida ikki va undan ziyod xodimlar bilan salomatlikka yetkazilgan zararining og‘irligi darajasidan qat’i nazar, yuz bergan guruhiy baxtsiz hodisalar;

– o‘lim bilan tugagan baxtsiz hodisalar;

– oqibati og‘ir baxtsiz hodisalar.

Salomatlikka yetkazilgan zararining og‘irligi darajasi to‘g‘risidagi tibbiy xulosani davolash muassasasi beradi.

Guruhiy o‘lim bilan tugagan va oqibati og‘ir baxtsiz hodisa to‘g‘risida ish beruvchi darhol sxemaga binoan (3-ilova) quyidagilarga xabar berishi kerak:

– davlat mehnat texnika nazoratchisiga;

– yuqori turuvchi xo‘jalik organiga;

– O‘zbekiston Respublikasi Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligiga, viloyat (Toshkent shahar) mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish bosh boshqarmasiga;

– baxtsiz hodisa yuz bergan joydagi hududiy ichki ishlar organiga;

– baxtsiz hodisaga uchragan xodimni yuborgan tashkilotga;

– O‘zbekiston Respublikasi Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligiga;

– O‘zbekiston Respublikasi «Sanoatgeokontexnazorat» davlat inspeksiyasining mahalliy organiga va «O‘zenergonazorat» agentligining hududiy organiga, agar baxtsiz hodisa nazorati ostidagi korxonada yuz bergan bo‘lsa;

– ish beruvchining fuqarolik javobgarligini majburiy sug‘urta qilish shartnomasi bo‘yicha sug‘urtalovchiga.

– guruhiy, o‘lim bilan tugagan va oqibati og‘ir baxtsiz hodisalar yuz berganida ish beruvchi va kasaba uyushmasi qo‘mitasi yoki xodimlarning boshqa vakillik organi vakillari tarkibida ish beruvchining buyrug‘i bilan tashkil etilgan komissiya tomonidan N-1 shaklidagi dalolatnoma komissiya tomonidan maxsus tekshirish dalolatnomasi tuzilgandan so‘ng bir sutka ichida komissiya xulosalariga muvofiq rasmiylashtiriladi.

Baxtsiz hodisalar to‘g‘risida hisobot va ularning kelib chiqishi sabablari tahlili

N-1 shaklidagi dalolatnoma bo‘yicha rasmiylashtirilgan barcha baxtsiz hodisalar hisobotga kiritiladi.

N-1 shaklidagi dalolatnomalar asosida ish beruvchi ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalar chog‘ida jabrlanuvchilar to‘g‘risida statistika organi tasdiqlagan shakllarda hisobot tayyorlaydi va uni tegishli tashkilotlarga belgilangan tartibda taqdim etadi.

Ish beruvchi ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalar sabablarini tahlil qilishi, ularning mehnat jamoasida ko‘rib chiqilishini ta‘minlashi va ishlab chiqarishda jarohatlanishning oldini olishga oid chora-tadbirlarni amalga oshirishi shartdir.

Vazirlik, korporatsiya, uyushma, konsern barcha baxtsiz hodisalarning hisobini va tahlilini olib boradi, uni o‘ziga qarashli korxonalar va tashkilotlarga ma‘lumot uchun yuboradi. Tegishli kasaba uyushmasi yoki boshqa vakillik organi bilan kelishilgan holda baxtsiz hodisalarning oldini olishga oid chora-tadbirlar ishlab chiqadi va ularning bajarilishini nazorat qiladi.

O‘lim bilan tugagan baxtsiz hodisa yuqori turuvchi kasaba uyushmasi yoki xodimlarning boshqa vakillik organi bilan birgalikda yuqori turuvchi xo‘jalik organlarida va O‘zbekiston Respublikasi «Sanoatgeokonteksnazorat» davlat inspeksiyasi va «O‘zenergonazorat» agentligi hay‘atida (agar baxtsiz hodisa shu organ nazorati ostidagi obyektida yuz bergan bo‘lsa) (bosh) davlat mehnat texnika nazoratchisi ishtirokida muhokama qilinadi.

Ikki va undan ziyod kishi halok bo‘lgan baxtsiz hodisa Qoraqalpog‘iston Respublikasi Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligi hay‘atida, viloyat (Toshkent shahar) mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish bosh boshqarmasi kengashida va O‘zbekiston Respublikasi «Sanoatgeokonteksnazorat» davlat inspeksiyasi va «O‘zenergonazorat» agentligi hay‘atida, baxtsiz hodisa shu organ nazorati ostidagi korxonada (obyekt)da yuz bergan bo‘lsa, (bosh) davlat mehnat texnika nazoratchisi ishtirokida ko‘rib chiqiladi. Qoraqalpog‘iston

Respublikasi Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish vazirligi hay'ati, viloyat (Toshkent shahar) mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish bosh boshqarmasi kengashi chiqargan qaror bajarilishi shartdir.

Baxtsiz hodisa yuzasidan maxsus tekshirish olib borayotgan (bosh) davlat mehnat texnika nazoratchisi talabiga binoan hududiy ichki ishlar organlari, sog'liqni saqlash organlari (sud-tibbiy ekspertiza), yo'l harakati xavfsizligi davlat xizmati, yong'in xavfsizligi davlat xizmati 3 sutkadan kechiktirmay, baxtsiz hodisaga taalluqli hujjatlar va materiallar nusxalarini taqdim etishlari shartdir.

Hududiy ichki ishlar organlari Mehnatni muhofaza qilish va mehnat sharoitlari ekspertizasi davlat inspeksiyasiga, O'zbekiston Respublikasi «Sanoatgeokontexnazorat» davlat inspeksiyasi va «O'zenergonazorat» agentligi organiga ishning borishi to'g'risida axborot berib turadilar.

Mehnatni muhofaza qilish ahvollarining mezonlari sifatida (Kch)- shikastlanish tezligi kursatkichi;

(Kt) — shikastlanish og'irligi ko'rsatkichi;

(Kn) — mehnat qobiliyatini yo'qotish ko'rsatkichi;

(Kl) — inson halok bo'lishiga olib kelgan baxtsiz hodisalar tezligi ko'rsatkichini keltirish mumkin.

Kch ko'rsatkichi ishlab chiqarishda ish bilan band bo'lgan har bir ming xodim hisobiga muayyan vaqt davomida (odatda, bir yilda) ro'y bergan baxtsiz hodisalarni ifodalaydi:

$$K_{\text{ч}} = \frac{T * 1000}{C}$$

K_t ko'rsatkichi har bir baxtsiz hodisa oqibatida mehnat qobiliyatini yo'qotish o'rtacha davomiyligini ifoda etadi:

$$K_t = \frac{D}{T}$$

K_n ko'rsatkichi shikastlanish tezligi va og'irligini kompleks ravishda ifoda etadi:

$$K_n = K_{\text{ч}} K_T \frac{D * 1000}{C}$$

K_l ko'rsatkichi ishlab chiqarishda har 1000 nafar xodim hisobiga to'g'ri keladigan halok bo'lish darajasini ifoda etadi:

$$K_l = \frac{N_{\text{л}} * 1000}{C}$$

Yuqorida qayd etilgan formulalarda T - shikastlangan odamlar soni;

S - ro'yxatdagi o'rtacha xodimlar soni;

D - barcha baxtsiz hodisalar bo'yicha mehnat qobiliyatini yo'qotish kunlari umumiy miqdori;

NI - ishlab chiqarishda baxtsiz hodisalar oqibatidagi o'limlar soni.

Shikastlanish va mehnat qobiliyatini yo'qotish ko'rsatkichlarining dinamikasi korxonada mehnat sharoitlari va mehnatni muhofaza qilishdagi o'zgarishlar tendensiyasini ifoda etadi va ish beruvchilar hamda yuqori boshqaruv organlari uchun mehnatni muhofaza qilish sohasida boshqaruv qarorlarini ishlab chiqishda asos vazifasini o'taydi.

Kasb xavflari toifasi ham ana shunday mezonlardan biri hisoblanadi, uning yordamida tarmoq (tarmoq ichida) mehnat sharoitlari ahvoli aniqlanadi. Kasb xavflari toifasi uning integral ko'rsatkichlari darajasi bo'yicha quyidagi formulaga muvofiq aniqlanadi:

$$I_p = (\Sigma_{\text{vv}} / \Sigma_{\text{fot}}) * 100$$

bu yerda I_p — iqtisodiyot tarmog'i (tarmoq ichidagi) kasb xavflarining % da ifoda etilgan integral ko'rsatkich;

Σ_{vv} - tarmoq (tarmoq ichida) joriy yilda zararni qoplash uchun sarf qilingan to'lovlar yig'indisi;

Σ_{fot} - iqtisodiyot tarmog'i (tarmoq ichida) ijtimoiy sug'urta fondiga badal to'lash uchun asos bo'lgan mehnatga haq to'lash fondi.

Shunday qilib, baxtsiz hodisalardan ijtimoiy sug'urta qilishda kasb xavflarini baholash uchun baxtsiz hodisa yoki kasb kasallanishi oqibatidagi barcha moddiy sarf-xarajatlar, ijtimoiy, tibbiy va kasb rehabilitatsiyasi uchun xarajatlar, ish haqi miqdori,

yo'qotilgan ish haqini qoplash uchun to'lovlar miqdori va davomiyligi hisobga olinadi.

Mehnatning sanitariya-gigiyena sharoitlarini baholash uchun ish joyida yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan daraja yoki yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan konsentratsiyadan cheklanish hisoblab chiqiladi. Bu cheklanish koeffitsiyentlarini ifoda etuvchi ko'rsatkichlar deb ham ataladi:

$$a = F_p / C_n \text{ yoki } a = C_n / F_p$$

bu yerda a - ishlab chiqarish omillaridan birining sanitariya normativlariga muvofiqligi koeffitsiyenti;

F_p - asboblarning yordamida o'lgan ko'rsatkichlarning tegishli birlikdagi miqdori;

C_n - ana shu o'lchov birliklaridagi sanitariya normativlari.

Yuqoridagi hisob-kitoblardan juda oddiy xulosa chiqarish mumkin. Agar amaldagi ko'rsatkichlar sanitariya normativlari darajasida bo'lsa, koeffitsiyent 1,0 ga teng bo'ladi, demak bu holda mehnat sharoitlarini normal deb hisoblash mumkin. Agar sanitariya normasi tahlil etilayotgan ko'rsatkichlar, masalan shovqin, changlanish darajasi yo'l qo'yiladigan eng yuqori ko'rsatkichda bo'lsa, u holda kasrning suratida bo'ladi. Agar u, masalan, ish joyi yoritilishi bo'yicha yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan darajaning quyi qismida bo'lsa, kasrning mahrajida bo'ladi.

Ana shu uslubiyot asosida ish joyining sanitariya-gigiyena sharoitlari bo'yicha o'rtacha sanitariya normativlariga mosligini quyidagi formula asosida aniqlash mumkin:

$$A = \sqrt[n]{a_1 \cdot a_2 \cdot a_3 \dots a_n}$$

bu yerda A - moslikning o'rtacha koeffitsiyenti.

$a_1, a_2 \dots a_n$ - ishlab chiqarish muhitining alohida omillari bo'yicha koeffitsiyentlar.

Mehnat sharoitlarining umumiy xususiyatlari uchun turli usullardan, masalan, mehnat sharoitlari koeffitsiyentini statistika ko'rsatkichlari asosida aniqlashdan foydalanish mumkin.

Mehnat sharoitlarining umumiy xususiyatlari uchun turli usullardan, masalan, mehnat sharoitlari koeffitsiyentini statistika ko'rsatkichlari asosida aniqlashdan foydalanish mumkin.

1. Tahlil etilayotgan ko'rsatkichlar umumiy miqdorida sanitariya normativlariga mos bo'lgan sanitariya mehnat sharoitlarining ulushi:

$$K_1 = F_{p(n)} / F_{p.umum}$$

bu yerda $F_{p(n)}$ - sanitariya normalari doirasida bo'lgan sanitariya-gigiyena ko'rsatkichlari miqdori;

$F_{p.umum}$ – tahlil etilayotgan umumiy ko'rsatkichlar soni.

2. Noqulay mehnat sharoitlarini hisobga olgan holda ish vaqtidan foydalanish:

$$K_2 = T / T+P$$

bu yerda T – tahlil etilayotgan davrda ish bajarilgan umumiy vaqt (inson-soat);

P - shikastlanish, kasallanish oqibatida ish vaqtining yo'qotilishi (inson-soat).

3. Umumiy ish o'rinlariga nisbatan xavfsiz mehnat sharoitlariga ega ish o'rinlari salmog'i:

$$K_3 = M_b / M_{umum}$$

bu yerda – M_b qulay mehnat sharoitlariga ega ish o'rinlarining o'rtacha yillik miqdori;

M_{umum} - o'rtacha yillik ish o'rinlarining umumiy miqdori.

4. Mehnat sharoitlarining umumlashtiruvchi ko'rsatkichi:

$$K_{u.t.} = \sqrt[3]{k_1 \cdot k_2 \cdot k_3}$$

bu yerda $K_{u.t.}$ - mehnat sharoitlarining koeffitsiyenti;

Shunday qilib, mehnat sharoitlari holatini baholash va kasb xavflarini aniqlash turli usublardan foydalangan holda tahlillar o'tkazish va hisob-kitoblar olib borishni talab etadi. Mazkur barcha ishlarni ish o'rinlarini attestatsiyalash paytida amalga oshirish ko'zda tutiladi. Bunda ana shu attestatsiya natijalariga ko'ra korxonada mehnatni muhofaza qilish bo'yicha ishlar sertifikatlash qilinadi. Bu ishlab chiqarishning xavfli va zararli omillari ta'sirini kamay-

tirish hamda xodimlar salomatligi va hayoti uchun kasb xatarlari paydo bo'lishini kamaytirish kafolati hisoblanadi.

2.3. O'lim va uning turlari

Neonatal o'lim (tirik tug'ilganlar ichida hayotining dastlabki to'liq 28 kuni davomidagi o'lim): ilk neonatal o'lim, ya'ni hayotining birinchi 7 kuni ichidagi o'lim, kech neonatal o'lim, ya'ni hayotining 7 to'liq kunidan 28 to'liq kunigacha bo'lgan davr mobaynidagi o'lim hisoblanadi.

Hayotining birinchi kunidagi (0-kun) bola o'limining vaqti to'g'risidagi yozuvda hayot davomiyligi aniq (to'liq soat yoki daqiqa) ko'rsatilishi lozim. Bolaning o'limi ikkinchi sutkada, uchinchi sutkada (2-kuni) va qolgan 27 to'liq kun davomida yuz bersa, bolaning yoshi kunlarda belgilanadi.

O'lik tug'ilish va tirik tug'ilishlarni qayd etishga qo'yiladigan yuridik talablar mamlakatlararo, hattoki, mamlakat ichida turlicha bo'lishi mumkin. Gavda og'irligi 500 gr dan kam bo'lmagan homila tug'ilish holatlarini, ular tirik yoki o'likligidan qat'iy nazar, imkoni boricha statistikaga kiritish lozim. Agar tug'ilish vaqtida gavda og'irligi noma'lum bo'lsa, unda homiladorlik muddatini tegishli aniqlash mezonlarini qo'llash lozim (22 to'liq hafta) yoki gavdaning uzunligiga mo'ljal qilish mumkin (bosh chanoq suyagi cho'qqisidan tovongacha 25 sm). Ushbu hodisa perinatal davrda ro'y berganmi degan savolga javob berish uchun mezonlarni quyidagi tartibda qo'llash lozim:

- 1) tug'ilishda gavda og'irligi;
- 2) homiladorlik muddati;
- 3) gavdaning bosh chanoq suyagi cho'qqisidan tovongacha uzunligi.

Milliy statistikaga 500 gr dan 1000 gr gacha gavda og'irligida tug'ilgan homila va chaqaloqlarni kiritish shu maqsadda tavsiya etilganki, zero ushbu ma'lumotlar mustaqil mohiyatga ega va bundan tashqari 1000 gr va undan ortiq gavda og'irligi bilan tug'ilgan homila va chaqaloqlar to'g'risidagi ma'lumotlarning to'laqonligini oshiradi.

O'lik tug'ilish, perinatal, neonatal va chaqaloqlar o'limi hamda tyg'ma nuqsonlar natijasidagi o'lim holatlarining soni statistikasi bo'yicha hisobotda imkon boricha tirik tug'ilganlar va o'lik tug'ilganlar uchun alohida va, shuningdek, tug'ilganda gavda og'irligi 500 – 999 gr va gavda og'irligi 1000 gr va undan ortiq guruhlar uchun alohida ko'rsatish lozim. Tug'ma nuqsonlar natijasida neonatal davrdagi o'lim holatlarini ilk va kech neonatal davrlar uchun alohida qayd etish kerak. Bunday ma'lumot tug'ma nuqsonlar natijasida yoki ularsiz ro'y bergan o'lim holatlarini hisobga olib, perinatal va neonatal o'lim haqidagi statistik ma'lumotlarni yoritishga imkon beradi.

Chop etilayotgan ko'effitsiyentlarda ko'rsatkichlar maxraji doimo ko'rsatilishi lozim, ya'ni tirik tug'ilganlar soni yoki tug'ilishlarning (tirik tug'ilganlar + o'lik tug'ilganlar) umumiy soni. Mamlakatlarga quyida qayd etilgan ko'effitsiyent va ko'rsatkichlarni taqdim etish tavsiya etiladi yoki ma'lumot yig'uvchi mavjud tizim imkoniyatiga ko'ra ko'rsatishi lozim.

$$\text{Ona qornidagi o'lim ko'effitsiyenti} = \frac{\text{o'lik tug'ilganlar soni} * 1000}{\text{tirik tug'ilganlar soni}}$$

$$\text{O'lik tug'ilish ko'effitsiyenti} = \frac{\text{o'lik tug'ilganlar soni} * 1000}{\text{barcha tug'ilganlar soni}}$$

$$\text{Ilk neonatal o'lim ko'effitsiyenti} = \frac{\text{ilk neonatal davrida o'lganlar soni} * 1000}{\text{tirik tug'ilganlar soni}}$$

$$\text{Perinatal o'lim ko'effitsiyenti} = \frac{(\text{o'lik tug'ilganlar soni} + \text{ilk neonatal davrida o'lganlar soni}) * 1000}{\text{barcha tug'ilganlar soni}}$$

$$\text{Neonatal o'lim ko'effitsiyenti} = \frac{\text{neonatal davrida o'lganlar soni} * 1000}{\text{tirik tug'ilganlar soni}}$$

Onalar o'limi. Onalar o'limi homiladorlik sababli ro'y bergan (homiladorlikning davomiyligi va uning lokalizatsiyasidan qat'i nazar), homiladorlik bilan bog'liq uning o'zi yoki uning

davolanishda og'irlashgani, lekin baxtsiz hodisa yoki behosdan yuz bergan sababga bog'liq bo'lmagan bo'lib, homiladorlik davri yoki u tugagandan 42 kundan so'ng ro'y bergan ayol o'limi sifatida ta'riflanadi.

Kech ona o'limi tug'uruqdan 42 kundan ko'proq vaqt o'tgandan keyin, lekin tug'uruqdan so'ng 1 yil ichida ro'y bergan, bevosita akusherlik sabablariga ko'ra yoki ular bilan bilvosita bog'liq bo'lgan ayol o'limi sifatida ta'riflanadi.

Homiladorlik bilan bog'liq o'lim, sababidan qat'iy nazar, homiladorlik vaqtida yoki tug'uruqdan so'ng 42 kun ichida ro'y bergan ayol o'limi sifatida ta'riflanadi.

Onalar o'limi holatlarini 2 guruhga bo'lish mumkin. **Akusherlik sabablariga bevosita bog'liq o'lim** – homiladorlik holati (ya'ni homiladorlik, tug'uruq, tug'uruqdan keyingi davr) akusherlik asoratlari natijasida, shuningdek, muolajalar, kamchiliklar, noto'g'ri davolash yoki qayd etilgan sabablarning biridan hodisalar zanjiri natijasida ro'y bergan o'lim.

Akusherlik sabablari bilan bilvosita bog'liq o'lim. Akusherlik sabablari bilan bevosita bog'liq bo'lmagan, lekin homiladorlikning fiziologik ta'siri bilan og'irlashgan, avvaldan mavjud kasallik yoki homiladorlik davrida yuz bergan kasallik natijasidagi o'lim. Onalar o'limi to'g'risidagi ma'lumotlar sifatini oshirish va homiladorlikning kechishi yoki u bilan bog'liq holatlarda yuz bergan o'lim holatlari to'g'risidagi ma'lumotlarni alternativ yig'ish usullarini tatbiq etish maqsadida, shuningdek, akusherlik sabablari natijasida homiladorlik tugagandan 42 kundan so'ng yuz bergan o'lim to'g'risidagi ma'lumotlarni qayd etishni yaxshilash uchun 1990-yil Jahon sog'liqni saqlash Assambleyasining 43-sessiyasi tavsiyanoma qabul qildi va unga muvofiq, mamlakatlar o'lim to'g'risidagi guvohnomaga o'lim yuz berishdan oldingi joriy homiladorlik va yil davomidagi homiladorlikka tegishli punktlarni kiritishlari to'g'risidagi masalani ko'rib chiqishlari lozim.

Xalqaro hisobot. Onalar o'limini xalqaro hisob-kitob qilish maqsadida, tug'uruqdan so'ng 42 kungacha ro'y bergan faqat onalar o'limi holatlarini turli koeffitsiyentlar va ko'rsatkichlarning hisob-

kitobiga kiritish lozim, lekin kech onalar o'limini qayd etish milliy saviyadagi tahliliy maqsadlar uchun foydalidir.

Onalar o'limi ko'rsatkichlarini hisoblashda qo'llaniladigan maxrajlarni tirik tug'ilganlar soni ko'rinishida yoxud tug'ilganlarning umumiy soni (tirik tug'ilganlar + o'lik tug'ilganlar) ko'rinishida belgilash lozim. Natijalarni suratning maxrajga nisbati va uni k (k 1000, 10000, 100 000 bo'lishi va ushbu maxrajda qanday talab qabul qilingan bo'lsa, shunday bo'lishi mumkin)ga ko'paytmasi ko'rinishida talqin etish mumkin. Shunday qilib, onalar o'limining koeffitsiyenti va ko'rsatkichlari quyidagicha ifodalanishi mumkin:

$$\text{Onalar o'limi ko'rsatkichi} = \frac{\text{onalar o'limi holati soni (bevosita va bilvosita sabablar)} * k}{\text{tirik tug'ilganlar soni}}$$

$$\text{Bevosita akusherlik sabablari va tirik tug'ilishlardan keyingi onalar o'limi koeffitsiyenti} = \frac{\text{to'g'ridan-to'g'ri faqat akusherlik sabablaridan yuz bergan onalar o'limi holatlarining soni} * k}{\text{tirik tug'ilganlar soni}}$$

$$\text{Homiladorlik va tirik tug'ishlar bilan bog'liq sabablardan ro'y bergan onalar o'limining koeffitsiyenti} = \frac{\text{homiladorlik bilan bog'liq sabablaridan yuz bergan onalar o'limi holatlarining soni} * k}{\text{tirik tug'ilganlar soni}}$$

Nazorat va muhokama uchun savollar

1. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ta'rifiga ko'ra kasallanish bu - ?
2. Tibbiy ko'riklar oldiga qo'yilgan maqsad, vazifa va qo'llanilayotgan tashkiliy texnologiya turiga qarab qanday turlarga bo'linadi?
3. Nogironlik deganda nima tushuniladi?
4. Ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalar qanday tekshiriladi?
5. O'lim va uning turlarini sanab o'ting
6. Onalar o'limi va uni hisoblash metodikasi

1-ILOVA

«TASDIQLAYMAN»

N-1 shakli

Ish beruvchi

(imzo, imzo yoyilmasi)

19 ____ yil _____

korxonada muhri

Bir nusxadan yuboriladi:

— jabrlanuvchiga
(o'lgan bo'lsa oilasiga);

— mehnatni muhofaza
qilish xizmati rahbari
(muhandisi, mutaxassisi)ga;

— bosh davlat mehnat
texnika nazoratchisiga

DALOLATNOMA №

Ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisa va salomatlikka boshqa xil zarar yetkazilishi to'g'risida

1. Korxonaning nomi _____

1.1. Korxonaning manzili _____

(viloyat, shahar, tuman, ko'cha, uy)

1.2. Mulkchilik shakli _____

(davlat, aksiyadorlik, xususiy va hokazo)

1.3. Baxtsiz hodisa yuz bergan joy

(bo'linma, sex)

2. Vazirlik, xo'jalik boshqaruvi organi _____

3. Xodimni yo'llagan korxonada _____

(nomi, manzili, vazirlik)

(xo'jalik boshqaruvi organi)

4. Jabrlanuvchining familiyasi, ismi va otasining ismi _____

5. Jinsi: erkak, ayol (tagiga chizilsin)

6. Yoshi (to'liq yillar soni ko'rsatilsin) _____

7. Kasbi, lavozimi _____

7.1. Razryadi, klassi _____

8. Baxtsiz hodisa yuz berganda bajarilayotgan ish bo'yicha ish staji _____

9. Mehnat xavfsizligi bo'yicha yo'riqnoma, o'qitish:

9.1. Kirish yo'riqnomasi (sana) _____

9.2. Mehnat xavfsizligi bo'yicha o'qitish (sana) _____

9.3. Dastlabki (davriy) yo'riqnoma (sana) _____

9.4. O'ta xavfli ishlar uchun bilimlarni tekshirish (sana) _____

9.5. Ishga kirayotganida va davriy tibbiy ko'rikdan o'tganligi _____

10. Baxtsiz hodisa yuz bergan sana va vaqt _____
(*yil, kun, oy*)

(*ish boshlashdan to'liq soatlar soni*)

11. Baxtsiz hodisa holati _____

11.1. Baxtsiz hodisa sabablari _____

11.2. Jarohat yetkazilishga sabab bo'lgan asbob-uskuna _____

11.3. Jabrlanuvchining hushyorligi (alkogol yoki narkotiklar ta'siridaligi) _____

(*tibbiy xulosaga binoan*)

11.4. Tashxis _____

(*dastlabki, oxirgi*)

12. Baxtsiz hodisa sabablarini bartaraf etish tadbirlari:

13. Mehnat to'g'risidagi qonunchilik, mehnatni muhofaza qilish qoidalari va me'yorlari buzilishiga yo'l qo'ygan shaxslar _____

(*F.I.Sh., lavozimi, korxon nomi*)

(*ular tomonidan buzilgan qonunlar, qoidalar va*

me'yoriy hujjatlarning moddalari, bandlari)

14. Baxtsiz hodisa guvohlari _____

Dalolatnoma tuzildi _____

(*yil, kun, oy*)

Komissiya raisi _____

(*F.I.Sh., imzo*)

Komissiya a'zolari _____

(*F.I.Sh., imzo*)

N-1 shakldagi dalolatnomani to'ldirish

7-band. Agar jabrlanuvchi bir necha kasb egasi bo'lsa, unda baxtsiz hodisa yuz berganda bajarayotgan kasbi ko'rsatiladi.

8-band. Ish stajining to'liq yillar soni ko'rsatiladi, agar ish staji bir yildan kam bo'lsa, unda oy va kunlar son ko'rsatiladi.

11.1-band. Baxtsiz hodisaning asosiy texnik va tashkiliy sabablari – asosiysi birinchi bo'lib, qolganlari ahamiyatiga yarasha tartibda ko'rsatiladi.

11.2-band. Jarohatga sabab bo'lgan asbob-uskunaning nomi, turi, rusumi, chiqarilgan yili, tayyorlangan korxonona nomi.

11.3-band. Sud-tibbiy muassasa ma'lumotnomasi (xulosasi)ga asosan jabrlanuvchining hushyorligi (alkogol yoki narkotiklar ta'siridaligi) ko'rsatiladi.

2-ILOVA

Ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisalarni qayd qilish DAFTARI

(korxonada, muassasada, tashkilot nomi)

3-ILOVA

Ishlab chiqarishdagi baxtsiz hodisa to'g'risida xabar berish SXEMASI

1. Korxonada, yuqori turuvchi xo'jalik organi, vazirlik, xo'jalik boshqaruvi organi nomi.
2. Hodisa yuz bergan sana, vaqt, joy, bajarilayotgan ish va baxtsiz hodisa yuz bergandagi holatning qisqacha tavsifi.
3. Jabrlanuvchilar, shu jumladan, halok bo'lganlar soni.
4. Jabrlanuvchi (halok bo'lgan)ning familiyasi, ismi, otasining ismi, yoshi, kasbi, lavozimi.
5. Xabar yuborilgan sana, vaqt, xabarni imzolagan shaxsning familiyasi, lavozimi.

3-BOB. DAVLATLAR ICHIDAGI, O‘RTASIDAGI TAFOVUT OMILLARI

3.1. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti, uning maqsadi va funksiyalari.

3.2. Rivojlangan davlatlarning aholi va reproduktiv salomatligini mustahkamlash borasidagi tajribalar.

3.3. Rivojlangan davlatlarda sog‘liqni saqlashning tashkil etilishi.

3.4. Rivojlanayotgan mamlakatlarda sog‘liqni saqlash tizimi.

3.5. 2020–2025-yillarda O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash sohasini moliyalashtirish tizimini takomillashtirish strategiyasi.

3.1. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti, uning maqsadi va funksiyalari

JSST — yirik xalqaro tibbiy tashkilot. Uning faoliyatining asosiy maqsadi — hamma xalqlar orasida yuqori darajadagi salomatlikka erishish. JSST Nizomida birinchi marotaba xalqaro darajada har bir insonning salomatlikka huquqi e‘lon qilindi, hukumatning o‘z xalqi salomatligiga javobgarlik prinsipi tasdiqlandi hamda salomatlik — xalqaro xavfsizlik, ilmni mustahkamlash — salomatlik o‘rtasida ajralmas bog‘liqlik borligi ta‘kidlandi.

JSST Ikkinchi Jahon urushidan keyin, dunyo mamlakatlarining hayotida siyosiy va ijtimoiy-iqtisodiy o‘zgarishlar yuz berayotganda tashkil qilindi. Kuchlarning hammasi urushdan keyin buzilgan joylarni tiklash va xalqni shoshilinch tibbiy yordam bilan ta‘minlashga qaratilgan edi. Bu esa dunyoda yagona xalqaro sog‘liqni saqlash markazini tashkil qilishni talab qildi. Shunga asosan 1946-yili Nyu-Yorkda BMTda iqtisodiy va ijtimoiy kengashlarning qarori bo‘yicha BMT qoshida xalqaro sog‘liqni saqlash bo‘yicha konferensiya chaqirildi, unga 51 mamlakatdan vakillar, xalqaro tashkilotlar vakillari, shu

jumladan, jamoat gigiyenasi xalqaro byurosi, xalqaro Qizil Xoch, xalqaro mehnat byurosi va boshqa tashkilotlardan delegatlar qatnashdi. Konferensiyada JSST Nizomi ishlab chiqildi va u 1948-yili 7-aprelda kuchga kirdi. Bu kun har yili xalqaro salomatlik kuni sifatida nishonlanadi.

JSST — BMTning o‘z tarkibi bo‘yicha eng keng ixtisoslashgan muassasalaridan biri. Bu tashkilotga O‘zbekiston Respublikasi ham a‘zo.

Davlatlarning ijtimoiy rivojlanish darajasi, ijtimoiy-siyosiy tuzilishidan qat’i nazar, hamma davlat uning tarkibiga kirishi mumkin. JSST a‘zolari bo‘lgan hamma davlatlar teng huquqqa ega. Hozirgi kunda bu yirik va obro‘li xalqaro tashkilotlardan biri, u dunyoning 200 ga yaqin davlatlarini (191 to‘liq huquqli va 2 ta assotsiatsiyalashgan a‘zo) birlashtiradi. Tashkilot o‘zining rasmiy tili sifatida butun dunyoda keng tarqalgan olti tildan foydalanadi, shular ichida ingliz, fransuz, nemis, rus tillarida JSST axborotnomalari, to‘plamlari chop etiladi va xalqaro kengashlar shu tillarda o‘tkaziladi.

JSST strukturasi. JSSTning yuqori organi Xalqaro Sog‘liqni Saqlash Assambleyasi bo‘lib, JSSTga a‘zo-davlatlar vakillaridan tashkil topgan. Har qaysi mamlakatdan 3 tadan ko‘p bo‘lmagan vakillar tayinlangan, ularning bittasi delegatsiya boshlig‘i. Vakillar o‘z mamlakatining sog‘liqni saqlash idorasi xodimlari hisoblanadi. Ular sog‘liqni saqlash doirasida maxsus bilim va yuqori malakaga ega bo‘lishlari kerak. Odatda, vakillarni maslahatchilar, ekspertlar va texnik xodimlar kuzatib boradi.

Assambleya sessiyasi har yili bo‘ladi. Assambleyalar JSST faoliyat yo‘nalishini aniqlaydi, ishlarning yillik va perspektiv rejalarini, budjet, yangi a‘zolarini qabul qilish va ovoz berish huquqidan mahrum qilish masalalarini qayta ko‘radi va tasdiqlaydi, JSST bosh direktorini tayinlaydi, boshqa tashkilotlar bilan hamkorlik masalalarini ko‘rib chiqadi, sanitar va karantin talablarni belgilab, zararsizlik, xalqaro savdoga aloqador farmatsevtik va biologik mahsulotlar kuchi va tozaligi, standartlar va qoidalarini ishlab chiqadi. Bundan tashqari, JSST assambleyasi

sogʻliqni saqlash masalalari boʻyicha BMT xavfsizlik kengashi, Iqtisodiy va ijtimoiy kengash va Bosh Assambleya tavsiyalarini koʻrib chiqib, shu tavsiyalarni amalga oshirish maqsadida JSST qabul qilgan choralar haqida ularga maʼruzalar taqdim etadi. JSST yuqori organi ijroiya qoʻmita hisoblanadi. Ijroiya qoʻmita 32 aʼzo-davlatlar vakillaridan tashkil topgan, ular 3 yilda bir marotaba saylanadi. Har yili uning tarkibining 1/3 qismi yangilanib turadi. Rossiya Federatsiyasi, AQSH, Buyuk Britaniya, Fransiya va Xitoy vakillari doimo qayta saylanadi, ammo 3 yilda 1 yillik tanaffus bilan.

Ijroiya qoʻmita tashkilot budjeti va dasturini, JSST faoliyati bilan bogʻliq maʼmuriy va yuridik masalalarni koʻrib chiqadi, qoʻmita, ekspertlar, tadqiqotchi guruh maʼruzalari eshitiladi, assambleya qarorlarini hayotga tatbiq etadi va uning uchun tavsiyalar tayyorlaydi. Ijroiya qoʻmitaga favqulodda holatlarda (epidemiya yuzaga kelganda, falokat yuz berganda va boshqalar) keskin choralar qabul qilish huquqi berilgan.

JSST markaziy maʼmuriy organi — bu sekretariat, uni bosh direktor boshqaradi. Ijroiya qoʻmita taqdimoti boʻyicha, assambleya tomonidan 5 yillik muddatga saylanadi. Sekretariat shtab-kvartirasi Jenevada joylashgan. Bosh direktor assambleya va ijroiya qoʻmita topshiriqlarini bajaradi, har yili assambleyaga tashkilot ishlari haqida hisobotlar beradi, sekretariatdan tashkil topgan apparat faoliyatini boshqaradi, moliyaviy hisobot va budjet smetalarini tayyorlaydi.

Bosh direktorning 6 ta yordamchisi bor. JSSTning umumiy xodimlar soni 4 ming kishidan ortiq. JSSTning sekretariat boʻlimlari 5 ta guruhga birlashtirilgan: atrof-muhit gigiyenasi boʻlimi va sanitar statistika boʻlimi, SS xizmatini mustahkamlash va oila salomatligini muhofazalash boʻlimi, SS kadrlari va dori vositalarini rivojlantirish, yuqumsiz kasalliklar boʻlimi, maʼmuriy rahbarlik va xodimlar boʻlimi, budjet va moliya boʻlimi. Mahalliy sharoitlarni yaxshiroq oʻrganish va har bir mamlakatning alohida shu mamlakat uchun SS masalalari boʻyicha ehtiyojlarini hisobga olib unga yordam berish uchun JSSTda 6 ta hududiy tashkilot

tashkil qilindi. Har bir bunday tashkilot hududiy qo‘mitaga ega, shu mamlakat geografik tumanga kiradigan JSSTga a‘zo-davlat vakillaridan tashkil topgan. Hozirgi vaqtda quyidagi hududiy tashkilotlar mavjud: Kopengagenda (Daniya) — Yevropa byurosi, Brazzavilda (Kongo) — Afrika byurosi, Iskandariyada (ARE) — Sharqiy — O‘rta dengiz byurosi, Dehlida (Hindiston) — Janubi-Sharqiy Osiyo byurosi, Manilada (Filippin) — Tinch okeanning G‘arbiy qismi byurosi, Vashingtonda (AQSH) — Amerika byurosi.

JSST budjeti. JSSTning muntazam 520 mln. dollarga ega budjeti JSST a‘zo-davlatlari badallaridan tashkil topgan. Bundan tashqari, JSST faoliyatini 1960-yili tashkil qilingan sog‘liqni mustahkamlash ixtiyoriy jamg‘armasi ham moliyalashtiradi. Bu jamg‘arma ixtiyoriy xayr-ehson va JSST a‘zo-davlatlarining ixtiyoriy badallaridan yig‘iladi.

JSST vazifalari. Nizomga muvofiq JSST sog‘liqni saqlash bo‘yicha xalqaro faoliyatda boshqaruvchi va nazorat qiluvchi organ sifatida faoliyat olib boradi.

JSST xalqaro standartlar, nomenklaturalar va kasalliklar klassifikatsiyasini ishlab chiqib, ularni tarqatadi. Bundan tashqari, JSST tibbiy tadqiqotlar o‘tkazishni tashkillashtiradi, milliy sog‘liqni saqlashni mustahkamlashda hukumatlarga texnik yordam beradi. JSST sog‘liqni saqlashda xalqaro konvensiya, bitamlar va qoidalarni qabul qilish va amalga oshirishda ko‘maklashadi.

JSST faoliyatining asosiy yo‘nalishlari quyidagilardan iborat:

- sog‘liqni saqlash xizmatini mustahkamlash va takomillash-tirish;
- yuqumli va yuqumsiz kasalliklarning oldini olish va ularga qarshi kurash;
- atrof-muhitni muhofazalash;
- ona va bola salomatligini muhofazalash;
- tibbiy kadrlarni tayyorlash;
- sanitar statistika;
- tibbiy-biologik tadqiqotlarni rivojlantirish.

Sog‘liqni saqlash xizmatini mustahkamlash va takomillashtirish. Har xil davlatlarda sog‘liqni saqlash xizmati har xil tashkillashtirilgan, lekin asosiy maqsad pul va mehnat resurslaridan foydalanib, aholi uchun maksimal darajada foyda olish. Shuning uchun hududiy byurolar epidemiologik tadqiqot orqali JSSTga a‘zo-davlatlar tajribasini umumlashtirishga harakat qiladi. Bu tadqiqotlarning maqsadi — sog‘liqni saqlash xizmatini ilmiy asosda rejalashtirish va rivojlantirish hisoblanadi.

Kasalliklarning oldini olish va ularga qarshi kurash. JSST tomonidan quyidagi dasturlar ishlab chiqilgan: bezgakka qarshi kurash dasturi; parazitlar kasalliklarga qarshi kurash dasturi; yurak-qon tomir kasalliklariga qarshi kurash dasturi. Bundan tashqari, JSST faoliyatida ruhiy va o‘zma kasalliklar, dorilarga o‘rganib qolish, og‘iz bo‘shlig‘i himoyasi, revmatik kasalliklar, suiqasd va boshqalarga katta e‘tibor qaratiladi.

Ona va bola salomatligini himoyalash. Har xil davlatlarda onalik va bolalikni himoyalash milliy xizmati turli darajada taraqqiy etgan. Rivojlanayotgan mamlakatlarda sog‘liqni saqlash tashkilotlari onalar va bolalar o‘limini kamaytirishga va homiladorlar uchun xizmatlar tashkil etishga harakat qilmoqda. Rivojlangan mamlakatlarda onalar va bolalar o‘limi juda past darajada, shuning uchun sog‘liqni saqlashning bu sohadagi yangi dasturlari onalar va bolalar holatini yaxshilashga mo‘ljallangan.

JSST oilani rejalashtirish va tug‘uruqlar orasidagi vaqtni nazorat qilish bo‘yicha tavsiyalar beradi. Hozirgi vaqtda bolalar immunizatsiyasining kengaytirilgan dasturlari butun dunyo bolalarini qizamiq, ko‘k‘yo‘tal, qoqshol, qizilcha, poliomyelit va sil kasalliklariga qarshi immunizatsiyani ta‘minlash yo‘li bilan shu kasalliklardan o‘lim va kasallanishni kamaytirishni o‘z oldiga maqsad qilib qo‘ygan. Rivojlanayotgan mamlakatlarda har yili tug‘iladigan 80 mln. chaqaloqdan faqat 10% to‘liq immunizatsiya qilinadi.

Tibbiyot xodimlarini tayyorlash. JSST unga a‘zo-davlatlar bilan tibbiyot xodimlarini tayyorlash bo‘yicha dasturlarini tahlil qilishda hamkorlik qiladi. JSST dasturlari nafaqat vrachlar, balki

barcha tibbiyot xodimlarining ish faoliyatida samaradorlikni oshirishga qaratilgan.

Sog'liqni saqlashda kadrlarni rivojlantirish bo'yicha asosiy choralardan biri — bu stipendiya bo'yicha dasturlar. Faqat Yevropa Hududiy byurosi har yili stipendiyaga 2500 dan ortiq arizani ko'rib chiqadi. Ularning ko'pchiligi hudud sog'liqni saqlash organlari tavsiya qilgan nomzodlardan keladi, yanada boshqa hududlardan kelgan arizalar ko'pchilikni tashkil qiladi. Hududiy byuro ularni dunyoning universitet va boshqa o'quv muassasalarida o'qishga joylashtirishga javobgar.

JSSTning stipendiya bo'yicha dasturi ko'pchilik mamlakatlarda vrachlar, hamshiralar, muhandislar, tashkilotchilar va sog'liqni saqlashning boshqa xodimlarini tayyorlashga yordam berdi. Qaror qabul qilishda til bo'yicha qiyinchiliklarni e'tiborga olish kerak. Masalan, epidemiologiya va tibbiy-sanitar statistika bo'yicha mutaxassislarini tayyorlash hozirgi kunda ingliz, fransuz va rus tilida London, Bryussel va Bratislavada olib boriladi. Hamma mamlakatlarning sog'liqni saqlash tizimi har tomonlama tayyorlangan, shu jumladan, yuqori malakali hamshiralarga muhtoj. Hozirgi kunda bu hamma mamlakatlarda tan olingan bo'lib, hamshiralik ishi bo'yicha tayyorlanish uchun universitet va boshqa darajadagi dasturlar tashkillashtirilgan.

Tibbiy-biologik tadqiqotlarni rivojlantirish. JSST ilmiy - tadqiqot ishlariga katta e'tibor qaratadi. Lekin, JSSTning o'z ilmiy-tadqiqot muassasasi yo'qligi sababli, u ilmiy-tadqiqot muassasalariga ega mamlakatlar bilan shartnoma tuzish yo'li orqali ilmiy tadqiqotlar tashkil qiladi, ularni pul mablag'lari, jihozlar va kerakli materiallar bilan ta'minlaydi. JSST ilmiy tadqiqotlar tashkillashtirish uchun ekspert-maslahat kengashlari, ekspertlar qo'mitasi va tadqiqot guruhlarini yaratadi.

Ekspert-tadqiqot kengashi — bu mutaxassislar guruhi. Ularni JSST a'zo-davlatlari taklifi bo'yicha bosh direktor tayinlaydi va ijroiya qo'mitasi tomonidan tasdiqlanadi. Hozirgi vaqtda 50 ga yaqin bunday kengashlar mavjud: o'sma, yurak-qon tomir kasalliklari, atmosfera havosining ifloslanishi, tishlar gigiyenasi,

ovqatlanish, sanitar statistika, nurlanish va boshqalar bo'yicha. Kengash tarkibida qo'mita ekspertlari va sog'liqni saqlash , tibbiyot sohasiga kiruvchi boshqa masalalar bo'yicha tadqiqot guruhlarini tashkil qilish mumkin.

3.2. Rivojlangan davlatlarning aholi va reproduktiv salomatligini mustahkamlash borasidagi tajribalar

Sog'liqni saqlashning ijtimoiy-iqtisodiy modeli — soha asosiy tomonlarining ko'rinishi, bosh xarakteristikasidir. Mamlakatda sog'liqni saqlashning u yoki bu ijtimoiy-iqtisodiy tizimining mavjudligi quyidagi omillarga bog'liq:

- ijtimoiy-iqtisodiy taraqqiyotning umumiy darajasi;
- aholi salomatligini muhofazalashga qaratilgan davlatning ijtimoiy siyosati;

- tarixiy va milliy an'analar, qadriyatlar.

Jahonning turli davlatlarida turlicha tarixiy va milliy urf-odatlar, an'analar, qadriyatlar mavjudligiga qaramasdan, sog'liqni saqlashning 5 ta turg'un modeli mavjud. Ushbu modellar bir-biridan quyidagilar bo'yicha prinsipial jihatdan farq qiladi: birinchidan, davlatning ishtiroki darajasi; ikkinchidan, tibbiy xizmatning xususiylashtirilganlik shakllari; uchinchidan, davlat dasturi bo'yicha aholi qatlamining qamrab olinganlik darajasi; to'rtinchidan, sog'liqni saqlashni moliyalashtirish manbalari. Evolyutsion taraqqiyot nuqtai nazaridan sog'liqni saqlashning quyidagi modellari farqlanadi:

- davlat tomonidan boshqarilmaydigan xususiy sog'liqni saqlash modeli;

- aholining ayrim qatlamlari majburiy tibbiy sug'urta dasturining davlat tomonidan boshqariladigan xususiy sog'liqni saqlash modeli;

- barcha aholi majburiy tibbiy sug'urta dasturining davlat tomonidan boshqariladigan xususiy sog'liqni saqlash modeli;

- monopollashtirilgan davlat sog'liqni saqlash modeli;

— umumdavlat tibbiy sugʻurta tizimiga asoslangan, davlat sogʻliqni saqlash modeli.

Shartli ravishda birinchi 3 ta modelni nodavlat (xususiy) sogʻliqni saqlash modeliga, 4- va 5-larini esa davlat sogʻliqni saqlash modeliga qoʻshish mumkin.

Sogʻliqni saqlash tizimi modellarini belgilashning asosiy mezonlaridan biri sohani moliyalashtirish usuli hisoblanadi. Bu koʻproq aholi salomatligini muhofazalashga qaratilgan davlat siyosatiga bogʻliq.

Davlat tomonidan boshqarilmaydigan xususiy sogʻliqni saqlash modeli oddiy ehtiyojlar bozori qonuniyatlariga asoslangan. Tibbiy yordamning hajmi toʻlash imkoniyatiga ega boʻlgan talab va takliflar orqali shakllanadi. Kambagʻal aholi qatlami malakali tibbiy yordam ololmaydi. Bunday modelda davlat tomonidan aholining kambagʻal qatlami qoʻllab-quvvatlanmaydi. Tibbiy xizmatlar mustaqil xususiy tibbiyot amaliyoti bilan shugʻullanuvchi vrachlar tomonidan koʻrsatiladi. Davlat jamoat joylarida epidemiyaga qarshi tadbirlar oʻtkazish va eng minimal hajmdagi sanitariya sharoitlarini taʼminlash bilan shugʻullanadi. Bundan tashqari, davlat jamiyatga zarar keltiruvchi bemorlarni (yuqumli, ruhiy va b.) davolash va izolyatsiya qilish ishlarini amalga oshiradi.

Xususiy sogʻliqni saqlash tizimi tibbiy xizmatga talabgor shaxslarga ular tomonidan tegishli haq toʻlanganidan soʻng tibbiy yordam koʻrsatadi. Ularga quyidagi belgilar xos:

- tibbiy yordamning asosiy moliyalash manbasi fuqarolarning shaxsiy mablagʻlari hisoblanadi;
- tibbiy xizmatga narx erkin belgilanadi;
- vrach erkin tanlanadi;
- vrachlarning daromadi juda yuqori.

Rivojlangan mamlakatlarda ushbu model XIX asrning oxirigacha mavjud boʻlgan. Yuqoridagi model Osiyo, Afrika va Lotin Amerikasi davlatlarida mavjud.

Aholi ayrim qatlamlarini majburiy tibbiy sugʻurtalash dasturining davlat tomonidan boshqariladigan xususiy

sog'liqni saqlash modeli. Sog'liqni saqlashning bu modeli kapitalizm endi boshlangan davrda yuzaga keldi. Uning yuzaga kelishi kompleks davolash uchun vrachlarning jamoa bo'lib ishlashini talab qilgan, murakkab tibbiy texnologiyalar (jarrohlik, narkoz, rentgen va b.) rivojlanishi bilan bog'liq bo'ldi. Tibbiyot xodimlarining tor soha mutaxassislari paydo bo'la boshladi, xususiy shifoxonalar va gospitallar rivojlana boshladi. Bu ishlarning hammasi ko'pchilik aholi oldiga davolanish uchun ketadigan xarajatlarni qoplash muammosini qo'ydi.

Muammoni hal qilish yo'llaridan biri o'zaro yordam kassasi, shifoxona kassasi va xususiy tibbiy sug'urtani yaratish bo'ldi. Sug'urta kompaniyalari jamiyat birdamligi prinsipini ishlata boshladi, unda boylar — kambag'allarga, yoshlar — qariyalarga, sog'lom odamlar — kasallarga to'laydi. Bu katta kapitalga ega bo'lmagan, faqat ish haqiga yashaydiganlar uchun qulay. Sug'urta ishi 10 yil davomida saqlanib keldi. Sug'urtachilar (ish beruvchi, xususiy shaxslar), sug'urta kompaniyalari, xususiy tibbiy xizmat ko'rsatuvchilar, munozarali masalani tartibga soluvchi advokat firmalar orasidagi munosabatni huquqiy boshqarish uchun yuridik bazalar yuzaga keldi.

Shu davrda qonun chiqaruvchi huquqiy bazalarning shakllanishida davlat rolining asta-sekin kuchaya boshlagani e'tiborga loyiq. Shu paytlarda aholining ayrim qatlamlari uchun (AQSH ning nogironlar va kambag'allar uchun dasturi) majburiy tibbiy sug'urtaning alohida elementlari amalga oshirila boshlandi. Tibbiy xizmat ko'rsatuvchilarni litsenziyalash rivojlanib bordi, davlat tomonidan xususiy vrachlarni litsenziyalash yuzaga keldi. Tibbiy yordamdan foydalanish rejasida aholining ayrim qatlami davlat tomonidan qo'llab-quvvatlana boshlandi, lekin bu davlat yordami hamma uchun emas edi.

Aholining aksariyat qismi kafolatlangan tibbiy yordamga ega emas. Sog'liqni saqlash bu modelining asosi — tibbiy yordamdan foydalanuvchilarning (pullik tibbiyot) ixtiyoriy ravishda tibbiy sug'urtalash orqali pul to'lashiga asoslangan. Unga quyidagi belgilar xos:

– tibbiy yordamni moliyalashning asosiy manbasi fuqarolarning shaxsiy mablag‘lari va yuridik shaxslarning daromadlari hisoblanadi;

– xo‘jalik mexanizmi asosida ishlovchi ko‘plab tibbiyot muassasalari va vrachlarni erkin tanlash;

– tibbiyot va boshqa tashkilotlar, asosan, nodavlat sug‘urtalash usuli orqali sog‘liqni saqlash moliyalashtirilib tibbiy yordam ko‘rsatiladi;

– tibbiy xizmatga narxlarning erkin belgilanishi;

– sog‘liqni saqlashga ajratiladigan mablag‘da milliy daromad ulushining yuqoriligi.

Sog‘liqni saqlash ushbu modelining ijobiy tomonlari quyidagilardan iborat:

– turli individual ehtiyojlarni qondirishga qaratilgan tibbiy xizmatning narxi va sifat darajasi jihatidan ko‘plab tibbiyot muassasalarining mavjudligi;

– tibbiy xizmatga navbatning yo‘qligi;

– iste‘molchi huquqlari himoyasi, tibbiy yordam sifatiga alohida e‘tibor qaratilayotganligi;

– vrachlar va boshqa tibbiyot xodimlari daromadining yuqoriligi.

Lekin shuni ham ta‘kidlab o‘tish kerakki, aholining ayrim qatlamlari uchun tibbiy sug‘urta dasturi davlat tomonidan boshqariladigan majburiy xususiy sog‘liqni saqlash tizimi faqat AQSHda, ko‘pchilik arab, ba‘zi Afrika va qator Lotin Amerikasi davlatlarida mavjud. Bu tizimga xos ko‘pgina muammolar mavjud. Ularning ichida eng muhimlari quyidagilar:

– tibbiy yordam xizmatining qimmatligi, aholining barcha qatlamlari tibbiy xizmatdan foydalana olmasligi;

– profilaktika va uy sharoitida yordam ko‘rsatishga yetarli e‘tibor berilmasligi va yengil kechuvchi kasalliklarning ustuvorligi;

– resurslardan samarasiz foydalanish, xo‘jalik mexanizmlari xarajatlarining ko‘pligi;

– giperdiagnostika, tibbiy ko‘rsatmasiz qimmat muolajalarning bajarilishi;

– bemorlar salomatligi uchun xavfsiz bo‘lmagan tibbiyot texnologiyalarini qo‘llash, tibbiy muolajalar sifati davlat tomonidan nazorat qilinmasligi va boshqarilmasligi.

Barcha aholini majburiy tibbiy sug‘urta dasturi davlat tomonidan boshqariladigan xususiy sog‘liqni saqlash modeli. Umumiy majburiy tibbiy sug‘urtaning zamonaviyroq va mukammalroq modeli XIX asr oxirida Germaniyada yuzaga keldi va Birinchi Jahon urushidan keyin ko‘pchilik Yevropa davlatlarida rivojlana boshladi. Bunday modelning asosiy tavsifi: davlat aholining (boylardan tashqari) asosiy qismini kafolatlangan tibbiy yordam bilan ta‘minlash maqsadida hamma ish bilan ta‘minlovchilar va fuqarolarning o‘ziga daromadlaridan ma‘lum qismini tibbiy sug‘urtaga ajratish majburiyatini yuklaydi. Davlat tibbiy xizmat ko‘rsatuvchilarga, sug‘urta tashkilotlari bilan hamkorlikda majburiy tibbiy sug‘urta dasturi bo‘yicha davlat me‘yorlari doirasida barcha sug‘urtalanganlarni tibbiy yordam bilan ta‘minlash majburiyatini yuklaydi.

Shunday qilib, davlat tibbiy xizmatni tashkillashtirishda to‘g‘ridan-to‘g‘ri ishtirok etmasdan, faqat huquqiy jihatdan aholining tibbiy yordamga bo‘lgan ehtiyojini ta‘minlaydi. Bundan tashqari, sog‘liqni saqlashni boshqarish davlat tashkilotlari mintaqalarda ekspert-analitik vazifani bajaradi, davlat hududiy tibbiy-ijtimoiy dasturni amalga oshiradi, mamlakatda aholining sanitariya-epidemiologiya jihatdan xotirjamligini ta‘minlaydi.

Shu bilan birga, sog‘liqni saqlash tizimi mustaqil subyektlari orasidagi o‘zaro munosabatlar hamkorni erkin tanlash va individual shartnoma majburiyatlari asosida amalga oshiriladi. Davlat ma‘lum to‘lov miqdorlarini amalga oshirish orqali umumiy xarajatlar bo‘yicha boshqaruvni o‘z qo‘liga olishi mumkin va shundan kelib chiqqan holda, o‘z fuqarolari huquqlarini to‘liq ta‘minlab berishi mumkin. Shu bilan bir

qatorida, majburiy tibbiy sugʻurta dasturi doirasida tibbiy faoliyat hajmi va uning moliyaviy bazasi toʻla muvofiqlashmagan boʻlishi mumkin.

Koʻpchilik rivojlangan mamlakatlarda **majburiy tibbiy sugʻurta umummilliy tizimini** qoʻllash ularning aholisini kafolatlangan tibbiy yordam bilan taʼminlashga, sogʻliqni saqlash samaradorligining oshishiga va sarf-xarajatlarni keskin kamaytirishga olib keldi. Samaradorligi boʻyicha majburiy tibbiy sugʻurta prinsipiga asoslangan sogʻliqni saqlash faqat davlat sogʻliqni saqlash tizimidan keyin turadi (davlat tibbiy-ijtimoiy sugʻurta va davlat sogʻliqni saqlash tizimi).

Hozirgi vaqtda bu model Germaniya va Fransiyada yaxshi rivojlangan. Bu tizim u yoki bu darajada davlat tomonidan boshqarilayotganligi sababli, u «boshqariladigan sogʻliqni sugʻurtalash tizimi» deb nomlanadi.

Umumiy majburiy tibbiy sugʻurta dasturi davlat tomonidan boshqariladigan modelga quyidagi xususiyatlar xos:

- moliyalash bir necha asosiy manbalarining mavjudligi: tibbiy sugʻurta boʻyicha majburiy toʻlovlar (ish bilan taʼminlovchi hamda ishchilarning oʻzi tomonidan amalga oshiriladi), majburiy tibbiy sugʻurta dasturiga ixtiyoriy pul oʻtkazish, pullik xizmatlarga fuqarolarning shaxsiy badallari;

- mustaqil nodavlat ixtisoslashgan tashkilotga (jamgʻarma, sugʻurta kompaniyasi) asoslangan markaziy moliyalash tizimining mavjudligi;

- tibbiy xizmat koʻrsatishga xarajatlar miqdori va tibbiy yordam sifatini nazorat qilishga moliyalashtiruvchi tashkilotlar eʼtiborining kattaligi;

- sugʻurtalanganlarga tibbiy xizmat koʻrsatuvchi tibbiyot muassasalari,

xususiylashtirilgan shakllarning turli-tumanligi;

- tibbiy xizmatlar narxini boshqarish, tibbiy yordamga toʻlov usuli va shaklining har xilligi.

Ijtimoiy-tibbiy sug'urta tizimining eng muhim ijobiy tomonlari quyidagilardan iborat:

– bepul tibbiy yordam ko'rsatishning yuqori darajada kafolatlanganligi;

– aholi, ish beruvchilarning tibbiy sug'urta (sug'urta tashkilotlari) jamg'armalarini erkin tanlashi;

– tibbiy xizmat ko'rsatish va moliyalashtirish funksiyalarining ajratilganligi;

– davlat tomonidan tibbiy yordam ko'rsatish sifatining yuqoriligi va kafolatlanganligini ta'minlash.

Lekin ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimi qator muammolarga ega. Ulardan:

– majburiy tibbiy sug'urta dasturi bilan aholini to'liq qamrab ololmaslik;

– milliy uzoq muddatli strategik rejalashtirishning yetarlicha qo'llanilmasligi;

– katta hajmdagi hisob-kitob ishlari kiritilganligi sababli ma'muriy xarajatlarning kattaligi.

Sog'liqni saqlashning monopollashgan davlat modeli. Sobiq Ittifoqqa kiruvchi mamlakatlarda sog'liqni saqlashning monopollashgan davlat modeli yuzaga keldi. Keyin bu model Mustaqil Davlatlar Hamdo'stligida ham qo'llanila boshlandi. Bu model tarmoqlar budjetini shakllantirishning markazlashgan mexanizmiga asoslangan. DMPlarni moddiy-texnik vositalar va dori-darmon bilan ta'minlash davlat buyurtmasi va belgilangan narx asosida amalga oshiriladi. Davolash muassasalarining shakllanishi va rivojlanishi shtatlar, resurslar, oylik ish haqi va boshqalar bo'yicha davlat me'yorlariga mos ravishda amalga oshadi. Bu modelning xususiyatlari:

— davolash-profilaktika muassasalari tizimi monopollashgan tuzilishga ega;

— byurokratik boshqaruv tizimi;

— markaz va periferiyalar orasida aloqaning qat'iyiligi;

— qo'shimcha pullik va servis xizmatlarning yo'qligi;

- raqobatning yo‘qligi;
- vrachlarning mehnat haqi tarif usulida to‘lanadi, yollash qoidasi va mehnat haqi davlat tomonidan belgilanadi;
- tibbiyot xodimlari ish haqining pastligi;
- tibbiyot xodimlarining qo‘nimsizligi;
- tibbiyot kadrlarining bir ishda doim ishlamasligi;
- birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining rivojlanishiga bo‘lgan ahamiyatning pastligi;
- statsionarda davolashning ustuvorligi rejali gospitalizatsiyada navbatga turishga olib kelishi;
- tibbiy yordam sifatini nazorat qilishda ma‘muriy usulning ustuvorligi.

Sog‘liqni saqlashning monopollashgan davlat modeli quyidagi afzalliklarga ega:

- bepul tibbiy yordam ko‘rsatishni kafolatlash yo‘li bilan fuqarolarni yuqori darajada ijtimoiy himoyalash;
- tibbiy yordam ko‘rsatish ustidan davlat nazorati;
- o‘ta xavfli, infeksiyon kasalliklarga ma‘muriy usulda samarali ta‘sir etish;
- favqulodda holatlarda uyushgan holdagi harakatlarning yuqori darajadali.

XX asrning 50—60-yillariga kelib davlat sog‘liqni saqlash tizimi xizmati tibbiy yordamni tashkil etishning ilg‘or milliy tizimi deb qaralgan. Davlat sog‘liqni saqlash tizimining tarixiy o‘rnini quyidagi tarzda aniqlash kerak. Barcha fuqarolar uchun bepul va ommabop tibbiy yordam davlat tomonidan boshqariladi va moliyalashtiriladi. Ammo iqtisodiy tanglik davrida va fuqarolarning turli tibbiy xizmatga bo‘lgan ehtiyoji oshganda davlat ajratgan mablag‘ sarflarini to‘la qoplay olmaydi va bunda sog‘liqni saqlash tizimini moliyalashtirish uchun budjetdan tashqari mablag‘larga murojaat qilishga to‘g‘ri keladi.

Sog‘liqni saqlashning monopollashgan davlat modelining asosiy salbiy omillari: tibbiy yordam faoliyatini davlat budjetidan qoldiq prinsipiga asosan moliyalashtirish; budjet

solliqlardan tushgan va har bir hududdan yig'ildigan real badallarga bog'liq bo'lmagan; davlat tibbiy yordamning yagona buyurtmachisi hisoblangan; yuqoridan pastga qarab boshqarilganlik.

Umumdavlat tibbiy sug'urtasiga asoslangan davlat sog'liqni saqlash modeli. Ikkinchi Jahon urushidan keyin dunyoning yetakchi davlatlari (Buyuk Britaniya, Italiya, Ispaniya, Yaponiya, Kanada) sobiq Ittifoqdan davlat tomonidan boshqariladigan sog'liqni saqlashning samarali prinsipini o'zlashtirib, davlat tibbiy sug'urtasi modeli deb tavsiflasa bo'ladigan, majburiy tibbiy sug'urta sxemasidan keskin farq qiladigan yangi model ishlab chiqishdi. Shu bilan birga, qo'shimcha xizmat va xususiy sektor tizimlari ham saqlanib qoldi. Davlat tibbiy sug'urta modelida barcha tibbiy muassasalar faoliyatini davlat boshqaradi va aholining barcha qatlamini tibbiy xizmat bilan o'zi ta'minlaydi. Davlat sug'urta modeli eng tejamkor va ratsional model hisoblanadi. Bu sifat va samaradorlikni yo'qotmasdan xarajatlarni kamaytirishga intiluvchi mamlakatlar uchun XXI asr modeli. Sog'liqni saqlash tizimining davlat boshqaruvida xarajatlar va tibbiy xizmatning rejalashtirilganligi sog'liqni saqlashning yagona modeliga xos bo'lgan qator bozor tamoyillaridan foydalanishga yo'l qo'ymaydi. Davlat boshqaruv organlari xarajatlarni va tibbiy xizmatni rejalashtiradi.

Ba'zi davlatlarda (Buyuk Britaniya, Italiya, Ispaniya) bepul yordam faqat davolash kursining ma'lum bosqichlarida ko'rsatiladi, qulaylik kabi xizmatlar esa pul to'lovi asosida amalga oshiriladi. Shuning uchun bunday davlatlarda davlat tibbiy sug'urta doirasidagi tibbiy xizmat tizimidan tashqari nodavlat davolash bazasiga ega, ixtiyoriy tibbiy sug'urta dasturlari keng tarqalgan. Boshqa davlatlarda ixtiyoriy tibbiy sug'urta uncha keng rivojlanmagan (Kanada).

Ushbu modelga xos qator xususiyatlar mavjud:

— monopollashgan territorial davolash-profilaktika muassalarini bozor munosabati asosida qayta taqsimlash imkonining yoʻqligi (segmentatsiya);

— ixtiyoriy tibbiy sugʻurta kompaniyalari orasida raqobatning yoʻqligi (5 ta kompaniya bitta tuman aholisini boʻlib oladi va oʻz polislarini tarqatib, MTSHga yagona tarif boʻyicha mablagʻ toʻlaydi);

— majburiy tibbiy sugʻurta (MTS) tizimi boʻyicha ish tutgan, DPM ITSning qoʻshimcha dasturi boʻyicha sugʻurta qilinganlarga qoʻshimcha xizmat koʻrsatishga buyurtmalar olish imkoniyatining mavjudligi;

— davlat va munitsipal davolash-profilaktika muassasalarida aholiga pullik xizmat koʻrsatish imkoniyatining mavjudligi;

— MTS tizimi, budjet, ITS va pullik xizmatdan tushadigan moliyaviy oqimlarning DPM xoʻjalik faoliyatiga aralashtirilishi tufayli ishlab chiqarish va xodimlar resurslaridan alohida faoliyat turi boʻyicha foydalanish mexanizmida toʻliq tartibsizlikning mavjudligi;

— MTS kompaniyalari kontingentlar tanlashni tarmoqlar boʻyicha amalga oshirish imkoniyatining mavjudligi;

— DPM ning har yili qatʻiy tasdiqlangan yillik budjet orqali moliyalashtirilishiga (faoliyat natijalariga qarab) qaramasdan, DPM «ilgʻor tajriba» sifatida koʻrsatgan xizmatini moliyalash imkoniyatining mavjudligi;

— inson huquqlariga, konstitutsiyaviy meʼyorlarga tayangan holda, amal qilish va jon boshiga bepul xizmatlar turining davlat tomonidan kafolatlangan dasturini tasdiqlash;

— davlat va munitsipal buyurtmalar va boshqaruv strukturalarini taʼminlash boʻyicha vakolatga ega tizimning yoʻqligi.

3.3. Rivojlangan davlatlarda sog‘liqni saqlashning tashkil etilishi

Amerika Qo‘shma Shtatlari konstitutsiyasi aholining ma‘lum guruhlaridan tashqari hammasini davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy yordam bilan ta‘minlashni nazarda tutmagan. AQSHdagi sog‘liqni saqlash tizimiga majburiy tibbiy sug‘urta dasturlarining davlat tomonidan boshqariladigan xususiy sog‘liqni saqlash modeli yoki sog‘liqni saqlashning 2-modeli xos.

Bunday tizimning ma‘lum kamchiliklari ham bor, ular orasida asosiylari quyidagilar: birinchidan, tibbiy yordamning hamma aholi uchun ommabop emasligi. 40 mln.ga yaqin amerikaliklar sug‘urta polisiga ega emas. Bundan tashqari, turli hududlardagi sog‘liqni saqlash nafaqat moliyaviy jihatdan cheklangan, balki ommabopligi ham yetarli emas. Sog‘liqni saqlashning moliyaviy tomondan, tibbiy kadrlar bilan ta‘minlanganligi shtat va tumanlar bo‘yicha bir tekis emas. Ayniqsa, qishloq joylarida tibbiy yordam sezilarli darajada yetishmaydi.

Ikkinchidan, doimo tibbiy xizmatga sarf-xarajatlar oshib borayotganligi sababli sug‘urta badallarining oshishi va tarmoqni moliyalash muammosi kuchaymoqda.

Uchinchidan, sog‘liqni saqlashga sarflangan mablag‘ning samarasi past. AQSH dunyo bo‘yicha bitta odam uchun va absolyut mablag‘ sarflash bo‘yicha birinchi o‘rinda turadi (Germaniya, Fransiyaga nisbatan 2 barobar ko‘p, Yaponiyaga nisbatan 2,5 barobar, Buyuk Britaniyaga nisbatan 3 barobar).

To‘rtinchidan, tarmoq faoliyatida «og‘irlik markazi» davolanishga to‘g‘ri keladi, profilaktikaga esa kerakli e‘tibor qaratilmagan.

AQSHda sog‘liqni saqlashning markazlashmagan tizimi amal qiladi. Sog‘liqni saqlashning umumiy milliy maqsadlarini amalga oshirishda davlatning har bir qatlami o‘ziga tegishli rol

bajaradi. AQSHda sog‘liqni saqlashni, odatda, Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy xizmat (SSVIX) departamenti boshqaradi, ammo uning vazifalari anchagina chegaralangan. SSVIX tarkibiga jamoat sog‘liqni saqlash xizmati kiradi. JSS xizmatini ushbu vazirlikning tibbiyot va sog‘liqni saqlash ishlari bo‘yicha vazirlik kotibi yordamchisi, ya’ni Bosh vrach boshqaradi.

Jamoat sog‘liqni saqlash xizmatining asosiy vazifalari:

- chegaraning sanitariya muhofazasi;
- atrof-muhit gigiyenasi;
- sanitariya statistikasi;
- sog‘liqni saqlashning milliy institutlarini boshqarish;
- fuqaro mudofaasi tibbiyot xizmati;
- tashqi tibbiy aloqalar o‘rnatish.

JSSX aholining faqat ma’lum guruhlariga: urush qatnashchilari, savdo flotining xodimlari, qurollangan kuchlar shaxsiy tarkibi, davlat xizmatchilari, Amerika hindulariga tibbiy yordamni (ambulatoriya va statsionar) tashkil etish bilan shug‘ullanadi. Sog‘liqni saqlash departamenti 9 ta hududiy bo‘limlardan tashkil topgan, ularni direktor boshqaradi. Har bir hududga bir necha shtatlar kiradi. Har bir shtat o‘z sog‘liqni saqlash departamentiga ega. Uning vazifasiga laboratoriya xizmati bilan bog‘liq sanitariya-epidemiya qarshi himoyaning asosiy masalalari kiradi. JSSX quyi bo‘g‘iniga shahar va tumanlarda yuqumli kasalliklar, sil, venerik kasalliklar va bezgakka qarshi kurashish, ularni qayd qilish va demografik statistikasi olib boruvchi tashkilotlar kiradi.

Rivojlangan davlatlardan faqat AQSHda davlat tomonidan sog‘liqni sug‘urtalash tizimi yo‘q. By aholining ko‘pchilik qismi (50%) xususiy tibbiy sug‘urtaga ega ekanligidan dalolat beradi. Shundan 46% ish joyidan sug‘urtaga ega, 13% esa individual sug‘urta sotib oladi. 27% aholi davlat sug‘urtasiga ega, shundan 13% — «Mediker», 10% — «Medikeyd» va 4% — armiya veteranlar fondidan. AQSHning 4% aholisi hech qanday sug‘urtaga ega emas. Tibbiy sug‘urtaga ega bo‘lmagan shaxslar,

tibbiy yordamdan butunlay mahrum emas. Ularga, sug'urtaga ega odamlarga nisbatan, tibbiy xizmatlar soni kam va tibbiy xizmat yomonroq tashkillashtirilgan, ularning ko'pchiligi tibbiy yordamni xayriya sifatida tibbiy xizmatni mablag' bilan ta'minlovchi xususiy sug'urta firmalari, mahalliy hukumat, alohida shtatlar o'tkazadigan sog'liqni saqlash dasturlari orqali davlat shifoxonalarida va klinikalarida oladi.

AQSHda 1000 dan ortiq xususiy sug'urta tibbiy shirkatlari mavjud. Ularning ichida «Ko'k xoch» va «Ko'k qalqon» eng yiriklaridan hisoblanadi.

Ko'pchilik sug'urta kompaniyalari ishga qabul qilinuvchilarning ishiga ta'sir ko'rsatmaydigan, ammo davolash uchun ko'p mablag' talab qiladigan kasalliklarini aniqlashga ko'proq yondashmoqda. Agar bunda ishchi yoki uning oila a'zosi ko'p mablag' talab qiladigan og'ir kasallik bilan kasallangan bo'lsa, u ishsiz qolishi mumkin. AQSHda bunday diskriminatsiya deyarli qonunlashtirilgan.

Yuqorida aytilganlardan tashqari, AQSHda muqobil sug'urta tizimi mavjud. Bular — xususiy tijorat kompaniyalari va sog'liqni muhofazalash tashkilotlari. Ular sog'lom shaxslarga sug'urta taklif qilayotganda har xil shartlar qo'yishi mumkin, masalan, vrach tanlashni cheklash: bemorlarni vrach yordamchisi yoki hamshira ko'rigidan o'tmaguncha vrachga murojaat qilishni taqiqlash va boshqalar. Odatda, federal hukumat sug'urta kompaniyalarining faoliyatini nazorat qilish bilan shug'ullanmaydi, bu bilan alohida shtatlardagi sug'urta bo'yicha komissiya shug'ullanadi. AQSHda sog'liqni sug'urtalashning asosiy 3 ta turi bor: asosiy gospital sug'urta, asosiy tibbiy va umumiy tibbiy sug'urta. Asosiy gospital sug'urta shifoxona chiqimlarini qoplaydi, ammo shifoxonada davolanish muddati va davolanishga bo'lgan umumiy xarajatni sug'urta kompaniyasining o'zi belgilaydi. Asosiy tibbiy sug'urta esa shifoxonada vrachga murojaat, vrach tibbiy xizmati bilan boshqa sarf-xarajatni qoplaydi. Bu sug'urta to'lov, narx va vaqt

bo'yicha cheklangan. Umumiy tibbiy sug'urta sarf-xarajatlar, gospital sug'urta va asosiy tibbiy sug'urta doirasidan chiqib ketganda qo'shimcha sarf-xarajatni qoplash uchun xizmat qiladi.

Davlat dasturlari qariyalar, nogironlar va ba'zi kambag'al guruhlarni ta'minlashga qaratilgan. Tibbiy sug'urta bo'yicha xususiy va davlat dasturlari beriladigan imtiyozlar sifati va miqdori bo'yicha bir-biridan farq qiladi, mablag' bilan ta'minlash manbalari har xil, sog'liqni saqlash muassasalari va tibbiyot xodimlariga haq to'lash miqdori har xil. Xususiy va davlat tashkilotlari orasida kelishmovchiliklar ko'p. Tibbiy xizmatga haqni to'lashda jamiyat yordami ham davlat, ham xususiy xayriya tashkilotlari tomonidan ko'rsatiladi. Asosiy davlat dasturlariga «Mediker» va «Medikeyd» kiradi.

«Mediker» — ish qobiliyatini yo'qotgan shaxslar va qariyalar uchun davlat tomonidan ko'rsatiladigan yagona yordam dasturi. «Mediker» dasturidan 65 yoshga kirgan, nafaqa oluvchi, bundan tashqari, ish turiga qarab 5 yildan 10 yilgacha ish stajiga ega shaxslar foydalanishi mumkin. Bu dastur bo'yicha imtiyozni 65 yoshga kirmagan, lekin ishga qobiliyatsizligi tufayli 2 yildan beri ijtimoiy ta'minot dasturi orqali nafaqa oluvchi, bundan tashqari, davlat ishida ma'lum yillar ishlagan shaxslar olishi mumkin. 65 yoshga kirgan, lekin «Mediker» imtiyoziga ega bo'lmagan shaxslar har oyiga pul to'lab bu sug'urtani olishi mumkin. «Mediker» dasturi mamlakatda aholining 13% ni sug'urta bilan ta'minlovchi eng katta sug'urta kompaniyasi.

«Medikeyd» — kam ta'minlangan oilalarga tibbiy yordam ko'rsatish davlat dasturi. U aholining 10% ni qamrab olgan va federal hukumat tomonidan yordam puli ajratiladi, lekin shtatlar qonunlari bilan nazorat qilinadi. Oilaviy xarajati har bir shtatda belgilangan miqdordan kam bo'lgan oila «Medikeyd» dasturining imtiyoziga ega bo'lish huquqiga ega. Kambag'al, bir vaqtning o'zida qari yoki ko'r, yoki homilador, yoki ishga qobiliyatsiz, yoki ko'p bolali shaxslar «Medikeyd» imtiyoziga

ega bo'lishi mumkin. Shuning uchun kambag'allikning rasmiy darajasidan past yashovchi kambag'allarning 60% ga yaqini ushbu dasturga kiritilmagan. «Medikeyd» o'tkir kasalliklarni davolashni va uzoq muddatda tibbiy yordam xarajatlarini qoplaydi.

Shifoxonadan tashqari tibbiy yordam, asosan, xususiy amaliyot vrachlari qo'lida, ular umumiy vrachlarning 70% ni tashkil qiladi.

Germaniya sog'liqni saqlash tizimiga umummajburiy tibbiy sugurta (MTS) dasturi davlat tomonidan boshqariladigan xususiy sog'liqni saqlashning modeli xos.

Bu davlatda tibbiy sug'urta tizimining eng rivojlangan turlaridan biri tashkil etilgan. U birinchi marta Yevropada 1883-yili O. fon Bismark tomonidan taklif etilgan bo'lib, hozirgi kunda aholining 90% ni qamrab olgan. Bu tizim hamma sug'urta qilingan shaxslarni, shu jumladan: yollanma mehnat xodimlari va ularning boqimandalarini, kichik tadbirkorlarni, talaba, nafaqaxo'rlarni tibbiy yordam bilan ta'minlaydi. Faqat aholining yuqori ijtimoiy tabaqasiga kiruvchi 10% fuqarolar xususiy sug'urta bilan qamrab olingan, MTS tizimiga kiritilganlarning 3% ga yaqini xususiy sug'urtaga ega, ular gospitalizatsiya qilinganda yaxshi sharoitga yoki kasallanganda pullik kompensatsiyaga ega bo'ladi.

Germaniya sog'liqni saqlashning eski an'analariga ega. U ijtimoiy sug'urta va ijtimoiy ta'minot — nafaqa, baxtsiz hodisa, ishsizlik bo'yicha sug'urta va ijtimoiy yordam sug'urtasini o'z ichiga qamrab olgan bo'lib, murakkab va chalkash tuzilishga ega. Unda bir-biriga bog'liqlik va takrorlanishlar uchraydi. Bu tizim dunyoda tan olingan.

Germaniyada sug'urtani boshqariladigan tizimga 3 ta sug'urta jamg'arma fondi kiradi: kasbiy, hududiy va milliy shifoxona kassalari.

Hududiy boshqarma (yer boshqarmasi) federal hukumat bilan birgalikda shifoxonalar kassalariga badallar miqdorini

belgilab beradi, bu, o'z navbatida, sarflanayotgan mablag' nazoratini kuchaytiradi. Yagona moliyalashtirish siyosatini olib borishda hududiy va federal shifoxona kassalari uyushmalari tashkil etilib, tibbiy yordamning umummilliy standartlari belgilanadi. Aholi salomatligi boshqariladigan sug'urta tizimi bilan bir qatorda xususiy sug'urta kompaniyalari rivojlanmoqda.

Mamlakatda 1000 dan ortiq mustaqil sug'urta kompaniyalari ish olib bormoqda, ulardan 45% davlat va 55% xususiy kompaniyalardir. Bu kompaniyalarning ko'pchiligi kasbiy tamoyilga asoslangan bo'lib, fermerlar o'zining qishloq xo'jaligi sug'urtasi, dengizchilar o'zlarining, shaxtyorlar o'z sug'urta kompaniyasiga ega. Sug'urta jamg'armalariga badallar majburiy bo'lib, ish haqining 6,5% (ishchilar to'laydi) va ish haqi fondining 6,5% ni (tadbirkorlar to'laydi) tashkil qiladi. Hamma badallarning 80% ga yaqinini davlat amalga oshiradi. Sog'liqni saqlash tizimini moliyalashtirishda uning hissasi oxirgi o'n yilliklarda barqaror bo'lib qolmoqda. Sug'urta badallarini nafaqaxo'rlar ham to'laydi, talabalar ham maxsus talabalik sug'urta badallarini to'laydi, ishsizlarga esa badallarni Mehnat va ijtimoiy ta'minot federal vazirligi to'laydi. Ularning badal miqdori oldingi ish haqiga qarab va ishsizlik nafaqasi asosida belgilanadi. Majburiy sug'urta tizimiga vaqtincha ishlayotgan, daromadi qonuniy belgilangan darajadan yuqori bo'lgan shaxslar kirmaydi. Germaniya sog'liqni saqlash tizimida 2 toifa professional vrachlar mavjud. Birinchi toifadagi shaxslarga (*heilpraktiker* — praktikantlar) amaliyot bilan shug'ullanish taqiqlangan, lekin tibbiy yordam ko'rsatishga ruxsat etilgan. Ikkinchi toifaga malakali xizmat ko'rsatuvchi amaliyot vrachlari kiradi. «Mustaqil yordam ko'rsatish» (*kurierfreiheit*) hozirgi vaqtda Germaniyada keng tarqalgan.

An'anaviy tibbiyotda ambulator yordamni umumiy amaliyot vrachlari ko'rsatadi (ikkinchi toifa vrachlari). Vrachni mijozning o'zi tanlaydi va unga sug'urta sertifikatini beradi. Mamlakatda vrachlar kooperatsiyasiga qiziqish oshmoqda. Birgalikda qimmat

jihozlar olishga, hamshiralar yollashga yordam beradigan guruhliy amaliyotning ulushi oshmoqda. Kichik korxonalar — guruhliy amaliyotda bitta yoki har xil mutaxassislardan tashkil topgan 5—7 vrach va 10—20 xodim ishlaydi. 70-yillar oxirida Germaniyada guruhliy amaliyotda 20% vrach ishlagan bo'lsa, 90-yillar oxiriga kelib ular 65% ni tashkil qildi. Mamlakatda shifoxona kimga bo'ysunishiga qarab, jamoat (ijtimoiy), daromadsiz va xususiyga bo'linadi. Daromadsiz shifoxonalar cherkov va «Qizil Xoch»ga qarashli. Xususiy shifoxonalar tijorat korxonolari kabi ishlaydi. Bular kichik klinikalar bo'lib, mamlakatda ularning soni 900 ga yaqin.

Germaniyaning birlashishi natijasidagi ijtimoiy-iqtisodiy qiyinchiliklar tufayli ijtimoiy ta'minot xarajatlari kamaytirildi. Germaniyada Salomatlik federal vazirligi sog'liqni saqlashning yuqori tashkiloti hisoblanadi, u sog'liqni saqlashning hamma masalalari: havo tozaligi, shovqinga qarshi kurash, gigiyena, ichimlik va oqova suv sifati, ionli nurlanishdan himoya, zararli dorilardan iste'molchilarni himoyalash, oziq-ovqat mahsulotlari bo'yicha javobgar.

Oxirgi yillarda Germaniya sog'liqni saqlash tizimida katta o'zgarishlar yuz bermoqda. 1993-yili kuchga kirgan shifoxona sug'urta strukturasi yaxshilash va ta'minlash bo'yicha qonun («Sog'liqni saqlash tizimi haqida qonun») shifoxona sug'urtasining mablag' va a'zolik badallari miqdori barqarorligiga kafolat beradi.

Fransiya uchun sog'liqni saqlash umumiy tibbiy sug'urta dasturining davlat tomonidan boshqariladigan xususiy modeli xos.

Fransiyada sog'liqni saqlashning yuqori tashkiloti Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot vazirligi bo'lib, unga ijtimoiy ishlar va rehabilitatsiya bo'yicha davlat kotibi yordam beradi.

Ijtimoiy sug'urta Fransiyada 1946-yilda tashkil etilgan, shu tarzda aholining keng qatlami tibbiy yordam bilan ta'minlangan. Yollanma ishchilar va unga tenglashtirilgan guruh xodimlari

kasal bo'lgan holatda, ijtimoiy sug'urta, sug'urta qilinganlar va ish beruvchilar tomonidan moliyalashtiriladi. Bunda hukumatning ishtiroki ham ko'zda tutilgan. Ijtimoiy sug'urta vositalari sug'urta tizimlaridan kasallik bo'yicha markazlashgan milliy sug'urta jamg'armasiga tushadi.

Fransiyada bir necha sug'urta tizimi mavjud. Ularning ichida eng kattasi umumiy ijtimoiy sug'urta tizimi hisoblanadi, u savdo va sanoat sohasida yollanib ishlayotganlarni, davlat ishchilarini, talabalar, urush nogironlari, urush tufayli yetim va bevalarni, vrachlarni qamrab oladi. Bu tizim mamlakat aholisining 67% ni qamrab olgan. Umumiy ijtimoiy sug'urta tizimiga, qishloq xo'jaligi sektorida (18% aholi) yollanib ishlayotgan ishchilar tizimi va maxsus tizimlarda (5% aholi) ishlovchilar qo'shiladi. Maxsus tizimlarning eng kattalariga Fransiya milliy temir yo'l jamoasi, konchilar tizimi, savdo floti, harbiy kadrlar tizimi va boshqalar kiradi.

Fransiyada sug'urta kompaniyalaridan tashqari, ko'plab o'zaro yordam jamiyatlari ish olib boradi. Bu tashkilotlar sug'urtaning majburiy va qo'shimcha turlarini amalga oshiradi. Har bir o'zaro yordam jamoasi o'z a'zolarini ma'lum kompleks xizmatlar bilan ta'minlaydi. Masalan, milliy sog'liqni saqlash tizimi xizmatchilarning o'zaro yordam jamoasi xususiy ruhiy klinikalar tarmog'iga ega. Ba'zi jamoalar qariyalarni parvarish qilish bo'yicha yordam ko'rsatishi mumkin. Hamma jamoalarning faoliyati milliy uyushma tomonidan nazorat qilinadi.

Davlat umumiy tizimni moliyalashtirishda ishtirok etmaydi, u faqat yig'inlarning 2% ni to'laydi. Boshqa tizimda uning ishtiroki nisbatan yuqori. Maxsus sug'urta tizimi umumiy sug'urta tizimiga nisbatan sug'urta qilingan shaxslarga katta imtiyozlar beradi (faqat uzoq ish stajiga ega bo'lganlariga). Qishloq xo'jaligi sektoridagi yollanma ishchilarni birlashtiruvchi tizim uchun tibbiy yordamga xarajatlarda sug'urta

qilinganlarning ishtirok ulushi umumiy ijtimoiy sug'urta tizim belgilagan miqdorga yaqin.

Vrachga murojaat qilganda, shifoxonaga yotganda yoki boshqa tibbiy yordam olganda xizmatlar uchun xarajatlarning hammasini bemor o'zi to'laydi, so'ngra sug'urta tashkiloti sug'urtalangan shaxsga ortiqcha qilgan xarajatlarni qaytaradi. Ammo to'lovni kutish vaqti ba'zida sug'urta kassasida pul yo'qligi sababli cho'ziladi. Shu vaqt ichida xizmat ehtiyojlarining narxi oshadi. Natijada mijozning olgan pullari davolanishga sarflangan puldan kam bo'lib qolmoqda. Davolanish uchun katta miqdordagi pul to'lash majburiyligi, uning tez qimmatlashishi Fransiya aholisini xususiy sug'urta kompaniyalariga murojaat qilishga majbur qiladi. Hozirgi vaqtda sug'urtaning bunday turiga 60% aholi murojaat qilmoqda.

Fransiya aholisiga tibbiy yordam 2 bosqichda ko'rsatiladi: shifoxonadan tashqaridagi yordam va shifoxonadagi yordam.

Aholiga shifoxonadan tashqaridagi xizmat ko'rsatishda asosiy rol ijtimoiy sug'urta tashkiloti bilan bitim tuzgan mustaqil amaliyot vrachiga tegishli. Oxirgi vaqtlarda vrachlar ko'proq guruhli amaliyot bilan shug'ullanishmoqda. Bu guruhlarga ham bir xil, ham har xil yo'nalishdagi mutaxassislar kiradi. Bundan tashqari, aholiga shifoxonadan tashqari yordamni umumiy tipdagi jamoat shifoxonalari va ko'p tarmoqli salomatlik markazlari qoshidagi poliklinika bo'limlari (xonalarida) ko'rsatadi. Shifoxonadan tashqarida ixtisoslashgan tibbiy yordamni ijtimoiy sug'urta tashkilotlari bilan shartnomaga ega davlat dispanserlari ko'rsatadi (silga qarshi, tanosil, ruhiy-nevrologik, onkologik).

Fransiyada shifoxona yordami davlat va xususiy shifoxonalar tomonidan amalga oshiriladi. Davlat shifoxonalari 3 toifaga bo'linadi: mahalliy yoki qishloq shifoxonalari 40 o'rinli, 100 o'ringa mo'ljallangan keng tibbiy xizmat diapazoniga ega umumiy shifoxonalar yoki o'quv, ilmiy-tadqiqot bazasiga ega klinik shifoxonalar. Parijdagi katta

universitet hospitali 1300 o‘ringa, eng katta markaziy hospital esa 2830 o‘ringa mo‘ljallangan.

Davlat sektorlarida shifoxonalar, xodimlar, mablag‘ yetishmaydi.

Xususiy shifoxonalar va davlat davolash muassasalarining faoliyati davlat miqyosida muvofiqlashtiriladi, xususiy shifoxonalarning qurilishi reja asosida amalga oshiriladi. Jamoa sektoriga nisbatan xususiy shifoxonalardagi o‘rinlar qisqa muddat hospitalizatsiya qilishga mo‘ljallangan. Ular jarrohlik operatsiyalari va homiladorlarga yordamni pullik to‘lov orqali amalga oshiradi. Shu bilan birga, qimmat dori-darmon va jihozlar talab qiladigan kasallik bilan kasallangan bemorlar davlat shifoxonalarida davolanishiga to‘g‘ri kelmoqda. Xususiy shifoxonalardagi o‘rinlar barcha o‘rinlar fondining 30% ni tashkil qiladi.

Davlat kasalxonalarini aholini hamma turdagi statsionar yordam bilan ta‘minlashi kerak, vrachlarni tayyorlash va malakasini oshirish, tibbiyot va farmakologiya sohasida ilmiy tadqiqotlarda ishtirok etishi kerak. Aholiga kasalxona yordamini ko‘rsatish bo‘yicha uchastkalar va tumanlar, chegaralarga bo‘lingan davlatning sanitar kartasi qonuniy tasdiqlangan.

Hozirgi vaqtda vrachlarni o‘qitish bilan universitetlarning 33 ta tibbiyot fakultetlari shug‘ullanadi. O‘quv davomiyligi 7 yil; I sikl — 2 yil (fundamental bilimni o‘qitish), II tsikl — 4 yil (1 yil klinikagacha tayyorgarlik va 3 yil shifoxonada ekstern sifatida ishlash davri), III sikl — 1 yil shifoxonada intern sifatida ishlash. Keyin yosh vrach tanlov kasbi bo‘yicha ixtisoslik kursini o‘tishi mumkin.

3.4. Rivojlanayotgan mamlakatlarda sog‘liqni saqlash tizimi

Ko‘pchilik rivojlanayotgan mamlakatlar uchun aholining ayrim qatlamiga MTS dasturi davlat tomonidan boshqariladigan xususiy sog‘liqni saqlash modeli, Osiyo va Afrikaning bir qator

past rivojlangan mamlakatlari uchun davlat tomonidan boshqarilmaydigan xususiy sog‘liqni saqlash modeli xos. Bu mamlakatlar uchun shaharlarda maxsus — davolash yordami rivojlangan hududiy va bosqichli sog‘liqni saqlash tizimi xos. Ko‘pchilik Sharqiy, O‘rta dengiz bo‘yi va Afrika mamlakatlarida markazlashgan yoki qisman markazlashmagan sog‘liqni saqlash tizimi mavjud bo‘lib, ular vazirlik tomonidan boshqariladi. Uning vazifasiga davlat tibbiyot muassasalari ustidan nazorat, ularni loyihalashtirish, kadrlar bilan ta‘minlash, xalqaro hamkorlik, karantinli va boshqa kasalliklar bilan kurashish vazifalari kiradi.

Lotin Amerikasi mamlakatlarida sog‘liqni saqlashni boshqarishning markazlashmagan tizimi amal qiladi. Tibbiy yordamni tashkil etish strukturasi ko‘plab umumiy qonunlarga ega. Ular turli yillarda JSST taklif qilgan sog‘liqni saqlash tizimining yagona sxemasiga asoslangan, birinchi navbatda, aholining ko‘pchilik qismini tashkil qiluvchi qishloq aholisiga birlamchi tibbiy yordam, sanitar yordam ko‘rsatadigan muassasa tarmoqlarini tashkillashtirishni o‘z ichiga oladi. Ammo, yagona maqsad va vazifaning borligiga qaramasdan, bu mamlakatlarda tibbiy yordam ko‘rsatish bosqichi va darajalari birlamchi tibbiy-sanitar yordam muassasalarini ko‘rishda bir xil bo‘lmaydi. Shu bilan birga, birlamchi bo‘g‘indagi tibbiyot muassasasi nomi (dispanserlar, sog‘liqni saqlash markazlari, sog‘liqni saqlashning kommunal markazlari va boshqalar) ularning bajaradigan ish hajmi, xizmat ko‘rsatadigan aholi soni, xizmat ko‘rsatish radiusi bir-biridan ancha farq qiladi.

Rivojlanayotgan mamlakatlarda sog‘liqni saqlash tizimini tashkil etishning quyidagi asosiy bosqichlari farqlanadi:

I bosqich — birlamchi zveno (bo‘g‘in). Tibbiy yordam dispanserlar, kichik markazlar, tibbiyot punktlarida ko‘rsatiladi. Bu muassasalarning vazifasi birlamchi vrachgacha yordam, tug‘uruqda yordam, epidemiyaga qarshi elementar choratadbirlar o‘tkazishdan iborat. Birlamchi zvenoda bitta ishchi

ishlaydi (hamshira yoki kichik tibbiyot xodimi). Tibbiy yordam xizmat radiusi 5—10 km va xizmat ko'rsatiladigan aholi soni 1000 kishiga yaqin bo'lgan 1 ta yoki bir necha qishloqlarda ko'rsatiladi. Dispanserlar moslashtirilgan binolarda joylashtiriladi.

II bosqich — sog'liqni saqlash tizimi. JSST ta'rifi bo'yicha, bu sog'liqni saqlash tizimining mahalliy muassasasi bo'lib, uning vazifasiga aholi yashash punktlarida sanitar-gigiyenik sharoitlarni yaxshilash va tibbiy yordam ko'rsatish, jumladan, kasallikka tashhis qo'yish va davolash, yuqumli kasalliklar bilan kurashish, tug'uruqqa yordam, profilaktik va sanitar targ'ibot ishlari, atrof-muhit gigiyenasi, tibbiy statistika kiradi.

Sog'liqni saqlash markazini o'rta ma'lumotga va 3—8 oylik maxsus tayyorgarlikdan o'tgan vrach yordamchisi boshqaradi. Bundan tashqari, markaz shtatlariga hamshira, akusherka, tibbiy va sanitar inspektorlar, sanitarlar kiradi. Markazlarda bemorlar gospitalizatsiyasi va tug'uruq davrida yordam uchun 5 — 10 o'rin joylashtiriladi. Sog'liqni saqlash markazi 60 —70 ming va undan ko'p aholiga mo'ljallangan. Ammo turli mamlakatlarda aholi soni va xizmat ko'rsatish radiusi har xil. Masalan, Keniyada 15 — 80 ming kishiga, Tanzaniyada 50 —100 ming, Nigeriyada 150 — 200 ming kishiga xizmat ko'rsatiladi. Ko'pchilik qishloq aholisi uchun sog'liqni saqlash markazlari tibbiy yordam olish mumkin bo'lgan yagona muassasa hisoblanadi. Biroq markazning kichik shtati 50 va undan ko'p kilometr radiusda biriktirilgan.

Hamma aholiga tibbiy yordam xizmatini ko'rsata olmaydi. Markaz faoliyatidagi ikkinchi muhim kamchiliklar — bu vrach nazoratining va kerakli maslahatning yo'qligi. Bundan tashqari, tibbiyot xodimlariga juda katta ish yuklatilgan. Masalan, bitta kasalga 2 daqiqa vaqt ketadi, statsionarda tug'adigan ayollar 1 kundan ortiq yotmaydi, ko'pchilik markazlarda statsionar yordami ko'rsatilmaydi. Hamma xodimlar haftaning 2—3

kunida markazda ishlaydi, boshqa kunlari qishloqlarda dispanser bazasida ambulator qabul o‘tkazadi.

III bosqich — qishloq kasalxonalari yoki gospihallari. Bu bosqichda birlamchi vrachlik yordami ko‘rsatiladi. Biriktirilgan aholi soni mamlakatlarda 500 mingdan 1,5 mln. gacha. Har xil hududda, qishloq kasalxonalari 10 tadan 100 tagacha o‘ringa ega. Bu muassasalar shtatidagi 2 ta vrachning bittasi terapevt, ikkinchisi jarroh va akusher-ginekolog vazifasini bajaradi. Tibbiyot xodimlari vazifasiga ham ambulator, ham statsionar sharoitda bemorlarni davolash va tashhis qo‘yish kiradi.

Vrachlarga katta hajmdagi ish yuklatilgan, tashhis qo‘yish va davolash jihozlari, dori-darmonlar yo‘q, o‘rinlar yetishmaydi, shifoxona ko‘rpa-to‘shaklari va hisobot hujjatlari yo‘q, bemor bir kunda bir marta ovqatlanadi, bemor palatalarga jinsidan qat’i nazar yotqiziladi, ularning vrach ruxsatisiz shifoxonadan chiqib ketish holatlari kuzatiladi.

IV bosqich — tuman bosqichi, guberniya va boshqa ma’muriy tumanlar kasalxonalarini birlashtiradi. Bu bosqichda ixtisoslashgan vrach yordami ko‘rsatiladi. Bu shifoxonalarning statsionarlar quvvati har xil va ular o‘rtacha 150—200 o‘rinni tashkil qiladi. Shifoxonalarning ba’zilarida o‘ntalab vrachlar, boshqalari esa bitta mutaxassis bilan cheklangan. Bu muassasalarning vazifasiga tashhislash, davolash ishidan tashqari qishloq kasalxonalariga maslahat berish, epidemiyaga qarshi kurashish, sanitar-gigiyenik chora-tadbirlar o‘tkazish ustidan nazorat kiradi.

V bosqich — poytaxtlarda joylashgan ixtisoslashgan va malakali tibbiy yordam ko‘rsatadigan katta tibbiyot muassasasi. Yuqorida sanab o‘tilgan tibbiyot muassasalari ichida ham moliyaviy tomondan ham kadrlar bilan eng yaxshi ta’minlangan muassasa hisoblanadi. Mamlakat sog‘liqni saqlash budjetining yarmidan ko‘pi poytaxtda tibbiy yordamni rivojlantirishga ajratiladi. Bu yerda tibbiyot xodimlarining yarmidan ko‘pi ishlaydi.

3.5. 2020–2025 yillarda O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash sohasini moliyalashtirish tizimini takomillashtirish strategiyasi

O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabr-dagi “O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi PF–5590-son Farmoniga muvofiq 2019–2025-yillarda O‘zbekiston Respublikasining sog‘liqni saqlash tizimini rivojlantirish konsepsiyasi (keyingi o‘rinlarda – Konsepsiya) qabul qilindi.

Konsepsiya doirasida aholining barcha qatlamini davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy yordam bilan to‘liq qamrab olish, ularga ko‘rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yaxshilash va ko‘lamini kengaytirish, shuningdek, ushbu maqsadlar uchun sarflanayotgan budget mablag‘larining samaradorligi va natijadorligini ta‘minlash bo‘yicha keng ko‘lamli islohotlar amalga oshirilmoqda.

Shu bilan birga, tahlillar sog‘liqni saqlash tizimini jadal rivojlantirish va uni zamonaviy talablar asosida tashkil etishga to‘siq bo‘layotgan bir qator tizimli muammolar haligacha saqlanib qolayotganini ko‘rsatmoqda. Xususan:

— sog‘liqni saqlashni moliyalashtirishning amaldagi tizimi aholi uchun davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy yordamni tashkil etishda ijtimoiy adolatni to‘liq ta‘minlamayapti va sog‘liqni saqlash tizimiga salbiy ta‘sir ko‘rsatmoqda;

— sog‘liqni saqlash tizimidagi mavjud imkoniyat va salohiyatdan yetarlicha foydalanilmayapti, sohadagi strategik rejalashtirish va rahbarlik tizimi sustligicha qolmoqda;

— birlamchi tibbiy-sanitariya yordami, shu jumladan kasalliklarni erta aniqlash va ularning oldini olish chora-tadbirlari talab darajasida tashkil etilmayapti, ushbu maqsadlar

uchun ajratilayotgan budget mablag'larining jami xarajatlardagi ulushi pastligicha qolmoqda;

— sog'liqni saqlashni smeta asosida va koykalar soni bo'yicha moliyalashtirish tartibi saqlanib qolayotgani, shuningdek, joylarda pullik tibbiy xizmatlarni kengaytirishga yetarlicha e'tibor qaratilmayotgani tibbiyot muassasalarining moliyaviy mustaqilligini oshirish imkonini cheklamoqda;

— aholiga tibbiy yordam ko'rsatish sohasida davlat va xususiy tibbiyot tashkilotlari uchun teng sharoitlar va raqobat muhiti yaratilmagani tibbiy xizmatlar sifatini oshirishga to'siq bo'lmoqda.

Shu munosabat bilan, tibbiyot muassasalarining moliyaviy mustaqilligini oshirishga, sohada raqobatni rivojlantirishga, shu asosda aholiga davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy yordamning o'z vaqtida, sifatli va to'liq ko'rsatilishini ta'minlashga yo'naltirilgan 2020–2025-yillarda O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash sohasini moliyalashtirish tizimini takomillashtirish strategiyasini (keyingi o'rinlarda – Strategiya) ishlab chiqish va amalga oshirish muhim ahamiyat kasb etadi.

Strategiyaning asosiy maqsadi sog'liqni saqlashni moliyalashtirish tizimini tubdan takomillashtirish, aholini davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy yordam bilan to'liq qamrab olish, uning sifati va hajmini oshirish, shuningdek, tibbiy xizmatlar bozorini zamonaviy talablar asosida rivojlantirishdan iboratdir.

Strategiyadan ko'zlangan maqsadlarga erishish uchun quyidagi asosiy vazifalarni amalga oshirish zarur:

1) aholining o'z salomatligini muhofaza qilish va mustahkamlashda yanada faol ishtirok etishini hamda tibbiy resurslardan oqilona foydalanishini rag'batlantirish, fuqarolarning davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy yordam olish huquqini to'liq ta'minlash;

2) aholining tibbiy xizmatlar va dori vositalari uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri to‘lovlari darajasini kamaytirish, ularga ko‘rsatilayotgan tibbiy yordam natijadorligini ta‘minlash;

3) sog‘liqni saqlash tizimi infratuzilmasining va sohaga ajratilayotgan mablag‘larning ijtimoiy-iqtisodiy samaradorligini oshirish, mavjud moddiy va nomoddiy resurslardan oqilona foydalanish;

4) tibbiyot muassasalarida zamonaviy boshqaruv usullarini joriy etish, ularning moliyaviy mustaqilligini oshirish hamda xodimlarni moddiy rag‘batlantirishni kengaytirish.

Strategiyani amalga oshirish natijasida quyidagilarga erishish nazarda tutiladi:

— aholining barcha qatlami davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy yordam bilan to‘liq qamrab olinadi;

— tibbiy yordamni (xizmatlarni) “mablag‘ bemor ortidan” tamoyili asosida moliyalashtirish tizimi joriy etiladi;

— sog‘liqni saqlash sohasiga ajratilayotgan budget mablag‘lari bajarilgan ishlar hajmi va sifatidan kelib chiqqan holda sarflanadi hamda ularning manzilliligi, samaradorligi va shaffofligi ortadi;

— aholining tibbiy xizmatlar uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri to‘lovlari hamda tibbiy xizmatlar bozoridagi norasmiy to‘lovlar darajasi kamayadi;

— tibbiyot muassasalarining moliyaviy mustaqilligi ortadi va moddiy-texnik bazasini rivojlantirish imkoniyatlari kengayadi;

— davlat va xususiy tibbiyot tashkilotlari uchun teng shart-sharoitlar yaratiladi, natijada sog‘liqni saqlash tizimida sog‘lom raqobat muhiti shakllanadi va tibbiy xizmatlar sifati yaxshilanadi;

— tibbiy xizmatlar sifatini baholash va nazorat qilishning samarali tizimi yo‘lga qo‘yiladi;

— sog‘liqni saqlash tizimiga samarali boshqaruv usullari va zamonaviy texnologiyalar joriy etiladi;

— tibbiyot xodimlarini moddiy rag‘batlantirishning ishlar va tibbiy xizmatlar natijadorligini oshirishga yo‘naltirilgan yangi mexanizmlari joriy etiladi.

Nazorat va muhokama uchun savollar

1. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti, uning maqsadi va funksiyalarini aytib o‘ting.

2. JSST faoliyatining asosiy yo‘nalishlari qaysi?

3. Rivojlangan davlatlarning aholi va reproduktiv salomatligini mustahkamlash borasidagi tajribalari nimalardan iborat?

4. Davlat tomonidan boshqarilmaydigan xususiy sog‘liqni saqlash modeli haqida tushuncha bering.

5. Aholini majburiy tibbiy sug‘urta dasturi davlat tomonidan boshqariladigan xususiy sog‘liqni saqlash modelining afzalliklari va kamchiliklari nimada?

6. Amerika Qo‘shma Shtatlarida sog‘liqni saqlashning tashkil etilishi qanday?

7. Germaniya sog‘liqni saqlashning tashkil etilishining o‘ziga xos xususiyatlari nimada?

8. Rivojlanayotgan mamlakatlarda sog‘liqni saqlash tizimi qanday?

4-BOB. OILANI REJALASHTIRISH

- 4.1. Oilani rejalashtirishning mohiyati va ahamiyati.
- 4.2. Oilani rejalashtirish bo'yicha dasturlar va ularning vazifalari.
- 4.3. Oilani rejalashtirish shakllari.
- 4.4. Oilani rejalashtirishga ta'sir qiluvchi omillar.

4.1. Oilani rejalashtirishning mohiyati va ahamiyati.

“Oilani rejalashtirish” tushunchasining bir necha ta'riflari mavjud. Bir qator tadqiqotchilar buni “erkin va mas'uliyatli ota-onalik”, deb hisoblaydilar. Bu bilan mazkur tushunchani er-xotinning bolalar tug'ilishini rejalashtirish, ularning soni va tug'ilgan vaqti haqida mustaqil qaror qabul qilish huquqi sifatida tavsiflaydilar. Shu bilan birga, hech kim er-xotonga ularning reproduktiv huquqlarini cheklash orqali bosim o'tkazishga haqli emas, shuning uchun bolalar tug'ilishi bilan bog'liq qarorlar ular tomonidan erkin va ongli tarzda qabul qilinishi lozim.

Farzandlarning tug'ilishi vaqti, ularning oraliq intervallari bilan bog'liq bo'lgan er-xotinning har tomonlama o'ylab chiqarilgan qarorlari har bir tug'ilgan bolaga o'zini kerakli deb his qilishga imkon beradi, ota-onasi esa bolalarni parvarish qilish va tarbiyalashga mas'uliyat bilan yondashadi, natijada ular sog'lig'ining yaxshilashga yordam beradi.

JSTning ta'rifiga ko'ra, “*oilani rejalashtirish* –bu sog'lom va kerakli bolalarning tug'ilishi uchun reproduktiv funksiyani nazorat qilishni ta'minlashdir”.

Oilani rejalashtirish – bu shaxslar va er-xotinlarning muayyan natijalarga erishish uchun ularga yordam berishga qaratilgan faoliyatdir, bunday natijalarga quyidagilar kiradi:

- istalmagan homiladorlikdan qochish;
- kutilgan bolalarning tug'ilishi;
- homiladorlik orasidagi intervallarni tartibga solish;
- bola tug'ish vaqtini nazorat qilish;

- oiladagi bolalar sonini ota-onalarning istagiga binoan belgilash.

Shunday qilib, *oilani rejalashtirish* – bu kutilgan bolalarning tug‘ilishi, homiladorlik oralig‘ini tartibga solish, tug‘ish vaqtini nazorat qilish, istalmagan homiladorlikning oldini olish maqsadida amalga oshiriladigan tibbiy, ijtimoiy va huquqiy tadbirlar majmuidir. Oilani rejalashtirish kutilgan homiladorlikka tayyorgarlik, bepusht juftlarni tekshirish va davolash, kontratsepsiya, istalmagan homiladorlikni tugatish kabilarni o‘z ichiga oladi.

Tug‘ilish muammolari qadim zamonlardan beri odamlarni qiziqtirib kelgan. Ibtidoiy sivilizatsiyalarda Oy va Yer tug‘ilish xudolari hisoblangan. Qadimgi Yunonistonda nikoh va tug‘ish targ‘ib qilingan va bunga Gera (rimliklarda Yunona) homiylik qilingan. Ammo homiladorlik va tug‘ish to‘g‘risida diniy g‘oyalar paydo bo‘lganidan beri jinsiy hayotni tartibga solish muammosi paydo bo‘ldi: jinsiy tabular, diniy qonunlar va boshqalar vujudga keldi. Injil, Talmud, Qur‘oni Karimda jinsiy hayotga bag‘ishlangan maxsus bo‘limlarni ko‘rishingiz mumkin. Sog‘lom avlodga ega bo‘lish uchun qarindoshlar orasidagi nikohlar taqiqlangan. Tug‘uruqdan keyin va hayz kunlari ayolning sog‘lig‘iga salbiy ta‘sir ko‘rsatmaslik uchun u bilan jinsiy aloqada bo‘lish taqiqlangan.¹

“Oilani rejalashtirish” deb nomlangan harakat XX asrning 40-50-yillarida Hind okeani havzasidagi mamlakatlarda paydo bo‘lgan, o‘sha yillarda mazkur mamlakatlarda ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishning past darajali sharoitida umr davomiyligining qisqaligi, tug‘ilish darajasining yuqoriligi, shu bilan birga umumiy, onalar va chaqaloqlarning o‘limining yuqoriligi bilan ajralib turadigan demografik holat kuzatilar edi.

Xorijda oilani rejalashtirish tushunchasi 40 yil avval shtabkvartirasi Londonda joylashgan Xalqaro oilani rejalashtirish Federatsiyasi (XORF) rahbarligida sog‘liqni saqlash amaliyotiga kiritila boshlandi.

¹<http://29gp.by/informatsiya/novosti/763-ponyatie-planirovaniya-semi>

XORF BMTning maslahatchi maqomiga ega bo'lgan dunyodagi eng yirik nodavlat tashkiloti bo'lib, u asosan sayyoramizning 134 dan ortiq mamlakatlarida donorlarning bergan ko'maklari orqali milliy oilani rejalashtirish uyushmalariga har bir oila a'zosiga mustahkam sog'liq bag'ishlash maqsadida moliyaviy ko'mak beradi va qo'llab-quvvatlaydi.

Bundan maqsad ayolning yoshi, tug'ish oralig'i, oila salomatligi holati va boshqa omillarni hisobga olgan holda tug'ilishni optimal tartibga solish bo'yicha axborotlarni tarqatish va tibbiy yordam ko'rsatish orqali amalga oshiriladi.

So'nggi o'n yilliklarda mazkur yo'nalish yuqori darajada ijtimoiy-iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda ham muvaffaqiyatli rivojlanmoqda. Jinsiy debyutning dastlabki yoshi (15-16 yil) va birinchi bolaning ancha kech yoshga borib tug'ish (30 yosh va undan yuqori), shuningdek, oilalarda bolalar sonining kamligi kabi reproduktiv xulq-atvorning o'ziga xos xususiyatlari mazkur mamlakatlar aholisining uzoq vaqt davomida istalmagan homiladorlikdan uzoq muddat davomida (10-15 yil) saqlanish zarurligi tushunchasi bilan qarama-qarshi yashab kelmoqda).²

Aholining reproduktiv xulq-atvoridagi bu xususiyat oilani rejalashtirish xizmatlari mutaxassislarining oldiga reproduktiv salomatlik masalalari bo'yicha o'smirlar va yoshlarning xabardorligini oshirish va ularning xavfsiz jinsiy xulq-atvorini o'rgatish vazifasini qo'yadi, shuningdek, u har bir oilaga oilaviy nikoh munosabatlari bo'yicha keng miqyosda maslahat berish imkoniyatini ta'minlashga qaratilgan.

4.2. Oilani rejalashtirish bo'yicha dasturlar va ularning vazifalari

Oilani rejalashtirish xizmatlarini tashkil etishning xalqaro tajribasi shuni ko'rsatadiki, turli mamlakatlarda oilani rejalashtirishni tashkil etish tamoyillari demografik holatga, ijtimoiy-

²https://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0b65625b3bc68a4d43b89521306d27_0.html

iqtisodiy rivojlanish darajasiga, dinning oilani rejalashtirish muammolariga bo‘lgan munosabatiga bog‘liq.

Dunyodagi demografik vaziyat quyidagi omillar bilan tavsiflanadi:

1) rivojlangan mamlakatlarda tug‘ilish va aholi soni o‘shish sur‘atlarining keskin pasayishi hamda aholining qarishi;

2) rivojlanayotgan mamlakatlarda aholi sonining tez o‘shishi, onalar va bolalar o‘limining yuqori darajasi.

Ushbu ko‘rsatkichlarga qarab oilani rejalashtirish xizmatlarining maqsadlari va ustuvor yo‘nalishlari bir-biridan farqlanadi. Masalan, rejalashtirish dasturlarining rivojlangan mamlakatlardagi asosiy vazifasi tug‘ilishni rag‘batlantirish bo‘lsa, rivojlanayotgan mamlakatlarda aholining o‘shish sur‘atlarini pasaytirish hisoblanadi.

Oilani rejalashtirish bo‘yicha davlat siyosatining quyidagi uch turi mavjud:

1. Tiyib turuvchi (repressiv).

2. Homiylik (asosan oilani rejalashtirish vositalarini tarqatishga qaratilgan).

3. Qo‘llab-quvvatlovchi (fuqarolarning oilani rejalashtirish vositalari va sog‘liqni saqlash xizmatlari uchun barcha talablarini qondiruvchi siyosat).

Natijada, nafaqat oila, balki davlat va umuman jamiyat ham bolalarning tug‘ilishiga qiziqish bildirmoqda. Faqat har bir oilada mamlakatda aholining oddiy ko‘payishi uchun 2-3 bola bo‘lishi kerak. Bundan tashqari, oilalarning aksariyati faqat bitta bolaga ega bo‘lsa, aholi “qarib qoladi” (uning tarkibida keksalar va qariyalarning ulushi ortadi). Bu yosh va malakali mutaxassislarning aqliy salohiyatidan foydalanish imkoniyati kamayishidan darak beradi.

Tabiiyki, bundan davlat iqtisodiyoti va har birimizning shaxsiy farovonligimizga putur yetadi. Shuning uchun davlatning asosiy vazifasi–sog‘lom farzandlar tug‘ilishi uchun qulay bo‘lgan ijtimoiy-iqtisodiy sharoitlarni yaratishdir. Bunday shart-sharoitlarga quyidagilar kiradi:

- yosh oilani, ayniqsa, bola tug‘ilganda qo‘llab-quvvatlash bo‘yicha chora-tadbirlar va qonunchilik hujjatlari tizimi;
- homilador ayolning sog‘lig‘ini tibbiy va ijtimoiy jihatdan himoya qilish, shuningdek, xavfsiz onalik uchun sharoit yaratish;
- fuqarolarning reproduktiv huquqlarini amalga oshirishlariga imkon beruvchi shart-sharoitlar yaratish:
- oilani rejalashtirish va reproduktiv markazlari, yoshlar markazlari, genetik konsultatsiyalar, bepushtlikni davolash klinikalari kabi tibbiy xizmatlarni tashkil etish;
- aholini reproduktiv salomatlik va oilani rejalashtirish sohasida qulay va ishonchli axborot bilan ta’minlash.

Jahon tajribasi shuni ko‘rsatadiki, oilani rejalashtirish dasturlarini amalga oshirish doirasida quyidagi masalalar o‘z yechimini topadi:

1. Oilani rejalashtirish davlat xizmatini shakllantirish, uning faoliyatini normativ - huquqiy tartibga solish masalalari.
2. Aholini jinsiy va reproduktiv xulq-atvor masalalari bo‘yicha zamonaviy bilimlar bilan ta’minlash uchun axborot tizimini yaratish.
3. Jinsiy ta’lim, jinsiy tarbiya orqali bolalar, o‘smirlar va yoshlarni oilaviy hayotga tayyorlash tizimini takomillashtirish.
4. Oilani rejalashtirish xizmati muassasalarida ishlash uchun tibbiy, pedagog va ijtimoiy xodimlarni tayyorlash.
5. Aholining zamonaviy kontratsepsiya vositalariga bo‘lgan ehtiyojini qondirish va boshqalar.

Oilani rejalashtirish ishlarida alohida e’tibor o‘smirlar va yoshlarga qaratilishi lozim, ular uchun maxsus muassasalar — tibbiy-pedagogika markazlari, oilani rejalashtirish yoshlar klinikalari (xonalari), shuningdek, o‘smirlarning reproduktiv salomatligini muhofaza qilish markazlari tashkil etilishi zarur.

Bugungi kunga qadar butun dunyoda, shuningdek O‘zbekistonda ham, har bir fuqaro va jamiyatning oilani rejalashtirish muammosiga bo‘lgan munosabatini o‘zgartirish asoslari sifatida oilani rejalashtirish va uning jinsiy madaniyati

masalalari bo'yicha aholining xabardorligini oshirish eng murakkab va hal etilmagan muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Shu maqsadda hozirgi vaqtda aholining har xil qatlamlari uchun samarali va maqbul bo'lgan turli texnologiyalar qo'llanilmoqda.

O'tgan yillar davomida yetakchi mutaxassislar tomonidan radio va televideniye kanallarida efirga uzatish uchun oilani rejalashtirishning turli masalalari bo'yicha bir qator tematik dasturlar tayyorlandi. Aholi uchun oilani rejalashtirishning turli dolzarb masalalari bo'yicha bosma (bukletlar, broshyuralar, varaqalar) va videomateriallar ishlab chiqildi hamda ko'paytirildi: kontratsepsiya usullari, jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalarning oldini olish, abort qilish va boshqalar.

Ko'pgina ommabop davriy nashrlar, shu jumladan, yoshlar uchun ham mo'ljallangan nashrlarda, oilani rejalashtirishning maqsadi va vazifalarini tushuntirib beruvchi, jinsiy munosabatlar psixologiyasi, mas'uliyatli va xavfsiz jinsiy xulq-atvor masalalarini yoritadigan ma'lumotlar chop etilmoqda.

4.3. Oilani rejalashtirish shakllari

Oilani rejalashtirish ayollar va bolalar o'rtasida kasallikni kamaytirish va sog'lig'ini saqlab qolishga qaratilgan bir qator tadbirlarni nazarda tutadi. U quyidagi vazifalarni hal qilishda er-xotinga yordam berishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasidir:

1. Istalmagan bolalardan saqlanish.
2. Istalgan miqdorda bolalarning bo'lishi.
3. Homiladorlik orasidagi intervallarni tartibga solish.
4. Bolalar sonini belgilash.
5. Ota-onasining yoshiga qarab, bolaning tug'ilish vaqtini tanlashni nazorat qilish.

Ushbu vazifalarning bir qismi quyidagilar hisobiga hal qilinadi:

- Kontratseptiv vositalar bilan ta'minlash.
- Bepushtlikni davolash.
- Bola ko'tara olmaslikni davolash.

Bolaning tugʻilishi uchun ayolning yoshini aniqlash katta ahamiyatga ega. 20 yoshdan kichik boʻlgan ayollarda homiladorlik, tugʻish va tugʻuruqdan keyingi davrda asoratlar paydo boʻlishi tufayli xavf guruhiga kiradi. 35 yoshdan katta yoshdagi ayol tuqqanda genetik “buzilishi” (masalan, daun sindromili bola) boʻlgan bola tugʻish xavfi ortadi.

Oilani rejalashtirish noqonuniy sunʻiy abort qilishning oqibatlaridan biri boʻlgan onalar oʻlimini kamaytirishda muhim rol oʻynaydi. Sunʻiy abort bilan rejalashtirilmagan homiladorlikni toʻxtatish, baʼzida ayolning reproduktiv salomatligiga juda katta zarar yetkazadi. Tadqiqotlar shuni koʻrsatdiki, agar ayol 16 yoshdan kichik boʻlsa va birinchi homiladorlik abort bilan tugagan boʻlsa, keyinchalik ikkinchi homiladorlikning muvaffaqiyatsiz boʻlish darajasi yuqori boʻladi (oʻz-oʻzidan bola tushishi, erta tugʻilish).

Bolalar salomatligi va bolalar (perinatal) oʻlimlari onaning yoshi, bolalar tugʻilishi oʻrtasidagi intervallar bilan chambarchas bogʻliq. 2 yoki undan koʻp yillar oraligʻida tugʻilgan bolalar bilan bir yildan kamroq vaqt oraligʻida tugʻilgan bolalar orasida oʻlim darajasi ikki baravar yuqori.

Zamonaviy oilani rejalashtirish usullari quyidagilarni oʻz ichiga oladi:

- tugʻilishni nazorat qilish;
- yordamchi reproduktiv texnologiyalar;
- oilani rejalashtirish dasturlari.

Kutilgan homiladorlik uchun tayyorgarlik.

Kutilgan homiladorlikka tayyorgarlik oilani rejalashtirishning asosiy nuqtasidir. Rejalashtirilgan homiladorlikdan 2 oy avval er-xotin zararli odatlardan (spirtli ichimliklar, chekish, giyohvand moddalar) butunlay voz kechishi kerak. Tugʻilish oraligʻi kamida 2-2,5 yil boʻlishi va imkoni boricha 5 yildan oshmasligi kerak. Er-xotin tomonidan oʻtkir yuqumli kasallikni boshidan oʻtkazilganida kamida 2 oy boʻlganidan soʻng homilador boʻlishi lozim.

Istalmagan (rejalashtirilmagan) homiladorlikning oldini olish. Rejalashtirilmagan homiladorlikning oldini olishda er-xotin tomonidan sun'iy abortga murojaat qilmaslik imkonini beruvchi turli kontratsepsiya vositalaridan foydalanishlari katta ahamiyatga ega. Kontratsepsiya usuli tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar, shuningdek, oilaning turmush sharoitini hisobga olgan holda tanlanadi. Kontratsepsiyaning bir necha usullari mavjud:

- mexanik kontratseptivlar, ularga bo'lgan qiziqish jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar, shu jumladan OIV infeksiyasiga qarshi profilaktik roli bilan isbotlangan. Ular orasida keng tarqalgani kondomlar yoki erkaklar prezervativlaridir. Ayollar jinsiy aloqadan oldin foydalanadigan mexanik vositalardan vaginal diafragma va bo'yincha qopqoqlaridir;

- kimyoviy yoki spermitsid kontratseptivlar kremlar, pastalar, kukunlar, suppozitoriy, aerezollar va boshqalar shaklida juda keng assortimentni tashkil qiladi. Ushbu kontratseptivlarning ta'sir mexanizmi spermotoksik ta'sirga asoslanadi;

- fiziologik usul yoki ritm usuli, kontratsepsiya hayz davrining boshida va oxirida ayolni fiziologik sterillashga asoslanadi. Ammo bu usul hissiy yoki jismoniy ortiqcha yuk, iqlim o'zgarishi, tartibsiz hayz sikli va abortdan keyin tavsiya etilmaydi;

- Bachadon ichi kontratsepsiyasi (BIK) mamlakatimizda eng keng tarqalgan turlardandir. Bachadon ichi kontratseptivlari kontratseptivlarning asosiy talablariga javob beradi: ular yuqori samarador (97% gacha), organizmga ta'sir qilmaydi, ulardan foydalanish oson, har qanday ijtimoiy guruhlar uchun mos keladi, ular uzoq muddat va doimiy ravishda qo'llanilishi mumkin. BIK ning ikkita asosiy turi mavjud: inert (kimyoviy moddalarni o'z ichiga olmaydi) va medikamentoz. Kontratseptivning hajmi shifokor tomonidan tanlanadi. Foydalanish muddati 3 dan 5 yilgacha. Ushbu guruhga gormonal BIKlar ham kiradi. Bunday BIKlarning ta'siri bachadon bo'shlig'iga gormonal moddalarning chiqarilishiga asoslangan;

- oral gormonal kontratsepsiya hozirda eng samarali hisoblanadi, lekin u yurak-qon tomir tizimi, jigar, diabet va boshqa kasalliklar bilan ogʻrigan bemorlarga tavsiya etilmaydi. Ushbu guruhda eng keng tarqalgan vositalar tarkibida turli gormonal moddalarning birikmalar oʻz ichiga olgan kontratseptiv vositalardir.

- Tiyiluvchi jinsiy aloqa kontratsepsiya usullari ichida eng keng tarqalgan usullaridan biridir. Afsuski, bu usul jinsiy aloqa fiziologiyasini buzadi, ayol va erkak organizmlariga salbiy taʼsir koʻrsatadi;

- erkaklar va ayollarni sterilizatsiya qilishning jarrohlik metodlari.

4.4. Oilani rejalashtirishga taʼsir qiluvchi omillar

Ota-onalik masʼuliyatli boʻlishi, kutilgan va sogʻlom bolalar tugʻilishi uchun har bir zamonaviy inson reproduktiv salomatligini saqlash yoʻllarini bilishi kerak.

Reproduktiv salomatlik - hayotning barcha bosqichlarida reproduktiv tizim kasalliklari boʻlmasligi, toʻliq jismoniy, aqliy va ijtimoiy farovonlik holatidir.

Reproduktiv tizim - koʻpayish (tugʻish) funksiyasini taʼminlovchi tananing organlari va tizimlari toʻplamidir.

Reproduktiv salomatlik holati asosan insonning turmush tarzi, shuningdek, jinsiy hayotga masʼuliyatli munosabat bilan belgilanadi. Oʻz navbatida, bularning barchasi oilaviy munosabatlarning barqarorligiga, insonning umumiy farovonligiga taʼsir qiladi.

Reproduktiv salomatlik asoslari bolalik va oʻsmirlik davrida belgilanadi. Boʻlajak hayotning tugʻilishi bilan bogʻliq boʻlgan barcha narsalar butunlay boʻlajak onaning sogʻligʻiga bogʻliq, degan fikr mavjud. Aslida bunday emas. 100 ta farzandsiz juftlikning 40-60% i erkaklar bepushtligi sabab farzand koʻra olmasliklari isbotlangan. Bunga asosiy sabab jinsiy yoʻl bilan yuqadigan infeksiyalar, atrof-muhit, ish sharoitlari va yomon odatlarning erkaklar reproduktiv salomatligi zararli taʼsiri va boshqalar. Ushbu

dalillar nafaqat bo'lajak ayolning, balki erkaklarning ham reproduktiv salomatlikka ehtiyotkorona munosabatda bo'lishlari muhimligini isbotlaydi.³

Ayollarning va ba'zi holatlarda erkaklarning reproduktiv salomatligini buzadigan omillarga quyidagilar kiradi:

- yomon odatlar (chekish, giyohvandlik, ichkilikbozlik);
- jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar (OIV, xlamidiya, gonoreya, sifilis);
- ekologik omillar (atmosfera, suv, tuproqning ifloslanishi);
- palapartish jinsiy xatti-harakatlar;
- psixologik va reproduktiv salomatlikka ta'sir qiluvchi abortlar.

Shubhasiz, yana bir muhim omil - bu odamning demografik xulq-atvoriga, aholi soni va oilani rejalashtirish dinamikasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan aholining bilim darajasidir.

Ta'lim darajasi to'g'ridan-to'g'ri iqtisodiy o'sishga, mehnat unumdorligiga ta'sir qiladi, demokratik institutlarning rivojlanishi va taraqqiyoti bilan uzviy bog'liqdir; o'qimishli odamlar uzoqroq yashaydilar, ko'pincha to'liq jismoniy va psixologik farovonlik holatida bo'ladilar (ya'ni, "sog'lom"), kechroq "keksayib", sog'liqqa ko'proq e'tibor beradilar va tug'ish masalalarida ko'proq mas'uliyatli bo'ladilar.

Ta'lim darajasining tug'ilish darajasiga va o'lim darajasiga sezilarli ta'sir ko'rsatishini isbotlaydigan bir qator tadqiqotlar mavjud. Masalan, ma'lumotsiz va ma'lumotli aholi o'rtasida umr ko'rish davomiyligi 10 yilga farq qiladi. Ta'lim tuzilmasini, hozirgi kunda reproduktiv yoshdagi avlodlar tarkibida turli ma'lumot kategoriyasidagi ayollar o'rtasida tug'ish kalendarining (o'rtacha yosh) yuqori volativlik darajasini tug'ilishning umumiy ko'rsatkichlarini prognoz qilishda hisobga olish, ayniqsa juda muhimdir.

Demografik adabiyotda ayollarning ta'lim darajasi va tug'ilish darajasi o'rtasidagi salbiy korrelyatsiya batafsil tasdiqlanadi. Ayollarning ma'lumoti tug'ilish darajasiga ta'sir qiluvchi juda muhim omil hisoblanadi: ayollar ma'lumotining o'sishi haqiqiy

³<https://www.bestreferat.ru/referat-226859.html>

tug‘ilishni va xohish bo‘yicha tug‘iladigan bolalarning sonini kamaytiradi. 1970-yillarning oxiri va 1980-yillarning boshlarida Princeton universitetining bir guruh olimlari tomonidan olib borilgan Yevropada tug‘ilish darajasi bo‘yicha keng ko‘lamli tadqiqotlar demografik o‘tish davrida Yevropa mamlakatlarida tug‘ilishning pasayib borishiga iqtisodiy omillarga qaraganda ota-onalarning ma‘lumot darajasi va madaniy xususiyatlarining o‘sib borishi ko‘proq ta’sir ko‘rsatganligini tasdiqlaydi.

Ta’lim darajasining tug‘ilishga ta’siri mexanizmlari ham belgilab olindi – ko‘proq o‘qimishli ayollar kechroq turmushga chiqadilar, ular oilani rejalashtirish bo‘yicha ko‘proq ma‘lumot olish imkoniyatiga egalar, shuningdek bunday ayollar kontratsepsiyaning zamonaviy usullaridan tez-tez va samarali foydalanadilar.⁴

Oilani rejalashtirishda muhim omillardan yana biri – bu har ikkala turmush o‘rtoqning psixologik holatidir. Bo‘lajak ota-onalar shuni yodda tutishlari kerakki, ota-onalik har ikkalasining mas’uliyatli ishidir. Er-xotin munosabatlarida psixologik komfortning mavjud emasligi, shuningdek, ota-ona bo‘lishga tayyor emasligi bola tug‘masliklariga sabab bo‘ladi. Er-xotinning oilani rejalashtirish masalalari haqida muloqot qilishni istamasligi o‘zaro tushunish, ishonch, munosabatlarda ochiqlikning yetishmasligi, shuningdek jiddiy kelishmovchiliklarga olib keladi. Turmush qurgan erkak va ayol o‘ziga ittifoqdosh va yordamchi topishni xohlaydi.

Shuningdek, o‘z uy - joyiga ega emaslik, kam haq to‘lanadigan ish, o‘z ijtimoiy holatidan norozilik, mansab pillapoyalaridan o‘sishi istagi, kichik yoshdaligi kabi omillar yosh oilaning birinchi bolani qachon tug‘ish lozimligi to‘g‘risidagi savolga javob topishda asosiy omil hisoblanadi. Er-xotinning bo‘lajak farzandlarini ta’minlash uchun tayyor emasliklari er-xotinning qaroriga ko‘ra keyinchalik to‘xtatiladigan bevaqt homiladorlikka yoki er-xotin o‘rtasida fiziologik yoki psixo-emotsional muammolar, disfunktsiyalarning paydo bo‘lishiga olib keladi.

Xulosa qilib, oilani rejalashtirish “alohida shaxslarga, shu jumladan, voyaga yetmaganlarga o‘z farzandlarining sonini va

⁴ Щур А.Е. Уровень образования как фактор демографического прогноза//Москва, 2019

intervallarini erkin aniqlash va bunga erishish uchun zarur bo‘lgan vositalarni tanlash imkonini beradigan ta’limiy, keng qamrovli tibbiy yoki ijtimoiy faoliyat” deb ta’riflanadi.

Oilani rejalashtirish ayolning nechta bola tug‘ish, shu jumladan, farzand ko‘rmaslik va ularni asrab olish tanlovi, shuningdek bola ko‘rish yoshini hisobga olish kabilarni o‘z ichiga olishi mumkin. Bu masalalarga nikoh holati, martaba masalalari, moliyaviy ahvol, bolalarga ega bo‘lish va ularni kelajakda ta’minlash qobiliyatiga ta’sir qilishi mumkin bo‘lgan har qanday qoidabuzarliklar va boshqa ko‘plab tashqi omillar ta’sir qiladi.

Oilani rejalashtirish va reproduktiv salomatlik barkamol avlodning yetishtirish, mamlakat va butun dunyodagi sog‘lom demografik holatning ajralmas qismi sifatida tushunish nechog‘li zarurligini bilish muhimdir. Oila va jamiyat farovonligi, iqtisodiy va ijtimoiy sohani rivojlantirish, kelajak avlodning barqarorligi va farovonligi ushbu masalaga bog‘liq bo‘ladi. Bunga erishish uchun tegishli idora va tashkilotlarning oila va sog‘liqni saqlash tizimini rivojlantirish masalalari bo‘yicha faoliyatini muvofiqlashtirish, oilani rejalashtirish bo‘yicha davlat dasturlarini joriy etish, yoshlarning ta’lim darajasini oshirish, sog‘liqni saqlash, ta’lim va boshqa maxsus muassasalar kadrlarining malakasini oshirish zarur.

Nazorat va muhokama uchun savollar

1. “Oilani rejalashtirish” tushunchasiga izoh bering.
2. JSSTning ta’rifiga ko‘ra, “oilani rejalashtirish –bu...
3. “Oilani rejalashtirish” deb nomlangan harakat qachon paydo bo‘lgan?
4. Turli davlatlarda “Oilani rejalashtirish” bo‘yicha dasturlarni tushuntirib bering.
5. Dunyodagi demografik vaziyat qaysi omillar bilan tavsiflanadi?
6. Oilani rejalashtirish dasturlarini amalga oshirish doirasida qaysi masalalar o‘z yechimini topadi?
7. Oilani rejalashtirishga qanday omillar ta’sir qiladi?

5-BOB. REPRODUKTIV SALOMATLIK SOHASIDA KONSEPSIYA

5.1. Reproduktiv salomatlik komponentlari va xususiyatlari.

5.2. Ayollarning reproduktiv salomatlik, axborot va ta'lim hamda reproduktiv salomatlik xizmatlaridan foydalanish huquqlari.

5.3. Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida Qonunning mazmun-mohiyati.

5.4. Reproduktiv salomatlikni himoya qilish bo'yicha profilaktik tadbirlar tizimi.

5.1. Reproduktiv salomatlik komponentlari va xususiyatlari

Reproduktiv so'zi lotincha so'z bo'lib, re-tiklanish, takrorlanish, producto – yarataman ma'nosini anglatadi. Reproduksiya biologiyada organizmning o'ziga o'xshash organizmlarni yaratishi, ko'payishi ma'nosini bildiradi. Reproduktiv salomatlik ya'ni ayolning qachon va qanday sharoitlarda ona bo'lishini nazorat qilish, onaning va undan tug'ilajak bolaning ham salomatligi uchun maqbul shart-sharoit yaratish degani. Reproduktiv salomatlik masalasi faqat oilada tug'ilajak bolalar sonini cheklashgina emas balki, u ichiga kengroq masalalarni qamrab oladi. Bunga asosiy e'tibor oilalar farovonligini ta'minlash, ularda ijobiy psixologik iqlimning hukm surishi, onalar va bolalar salomatligini saqlash, oilalarning tom ma'noda mustahkamligini ta'minlash kabilar nazarda tutiladi.

Homila rivojlanishida ham homila organlarning barcha tizimlarini, shu jumladan reproduktiv organlarni ajratadi. Chindan ham, bola tug'ilmagan bo'lsa va reproduktiv salomatligi juda yaxshi bo'lsa yoki allaqachon salbiy ta'sirga ega bo'lsa.

Reproduktiv salomatlik - tananing umumiy holatining bir qismidir. Bu to‘g‘ridan-to‘g‘ri homiladorlik davrida onaning hayot tarziga, shuningdek, otaning salomatligiga bog‘liqdir.

Reproduktiv salomatlik atamasi demografik ilm-fan bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri bog‘liq bo‘lib, u jamiyatdagi o‘lim va unumdorlikni o‘rganadi. Ammo reproduktiv salomatlik Insonning umumiy sog‘lig‘ining bir qismi, ya'ni jismoniy, ruhiy va ijtimoiy farovonlikni anglatadi. Reprodukativ tizimning salomatligi haqida gapiradigan bo‘lsak, reproduktiv tizimda kasalliklarning yo‘qligi, funksiyalarni buzish emas, balki ongning holati va ijtimoiy farovonlik degani. Ayni paytda nafaqat shifokorlar, balki psixologlar va sotsiologlar ham reproduktiv salomatlik haqida qayg‘uradilar.

O‘smirlarning reproduktiv salomatligi. Unga zarar yetkazadigan omillar quyidagilardan iborat:

- Erta boshlangan jinsiy faoliyat.
- Jinsiy yo‘l bilan o‘tadigan kasalliklarning katta qismi.
- Spirtli ichimlik ichadigan va tamaki chekadigan ko‘plab yoshlar.

Bularning barchasi hatto juda yosh qizlarning abort qilishiga olib keladi va bu ularning reproduktiv salomatligiga ta'sir qiladi. Bu ko‘payish tizimidagi turli kasalliklarga olib keladi.

Statistikaga ko‘ra deyarli har bir kishining oila hayotining boshlanishida surunkali kasalliklarga ega, bu insonning reproduktiv salomatligiga bevosita yoki bilvosita ta'sir ko‘rsatishi mumkin. Shu bois ushbu masala nafaqat tibbiyot xodimlari, balki butun jamiyat bilan juda bog‘liq. Sog‘lom bolalar bizning kelajagimiz.

Reproduktiv salomatlikni saqlash shartlari. Savol tug‘iladi: kelajak avlodning sog‘lom va sog‘lom tug‘ilishiga imkon berish uchun nima qilish mumkin? Agar tavsiyalarni diqqat bilan o‘rgansangiz, unda mumkin bo‘lmagan narsa yo‘q:

1. Eng avvalo, jinsiy hayotga kiradigan har qanday o'smirning bilishi kerak bo'lgan narsa, birinchi navbatda, istalmagan homiladorlikdan himoya qilish kerak.

2. Genital hududning barcha kasalliklarini oldini olish va davolashda faol ishtirok etish.

3. Zamonaviy kontratseptivlar sizni istalmagan homiladorliklarning oldini olishga imkon beradi, ularni ishlatishingiz kerak.

4. Jinsiy yo'l bilan o'tadigan barcha infeksiyalarning yetarli darajada davolash.

5. Har qanday homiladorlik rejalashtirilishi kerak.

6. Sog'lom turmush tarzi uchun.

7. Shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qiling, bu nafaqat qizlar, balki erkaklarga ham tegishli.

8. Immunitetingizni mustahkamlang.

9. O'zingizning sog'lig'ingiz uchun zararli bo'lgan taomlarni yemaslikka harakat qiling.

Reproduktiv sohaga oid vitaminlar. Uzoq vaqt davomida har bir odamga ma'lumki, vitaminsiz odam ichki organlar va tizimlarda muammolarga duch kelmoqda. Ko'p vitaminlar va elementlar aholining reproduktiv salomatligiga bevosita ta'sir ko'rsatadi.

Ular orasida quyidagilarga alohida e'tibor qaratiladi:

1.A vitamini jinsiy gormonlar oraliq mahsulotini sintez qilishda ishtirok etadi. Erkak populyatsiyada diyetaning yetishmasligi tufayli sperma shakllanishi jarayoni buziladi va ayollarda hatto bepushtlik ham rivojlanishi mumkin.

2.E vitamini yetishmovchiligi yetarli darajada bo'lmagan erkaklar spermasining shakllanishida pasayishiga olib keladi va ayollar turli vaqtlarda homiladorlikning oldini olishlari mumkin.

3.C vitamini deyarli universal bo'lib, ko'plab organ tizimlarining ishlashiga ta'sir qiladi. Ushbu vitaminning katta miqdorida qabul qilish hatto erkaklar bepushtligining ayrim turlaridan xalos bo'lishi mumkin.

4. Folik kislota ona bachadonida to‘g‘ri rivojlanishi uchun zarurdir. Homiladorlikdan oldin ayolning tanasida yetishmasligi va bolaning tug‘ilishi birinchi oylarida chaqaloqning asab tizimida tug‘ilish nuqsonlari rivojlanishiga olib keladi.

5. Yod, qalqonsimon bezning normal ishlashi uchun talab qilinadi, bu holda reproduktiv tizimning to‘g‘ri ishlashi mumkin emas. Agar homiladorlik paytida ayolning bu elementi shafqatsiz bo‘lsa, demak, bola “kretinizm” tashxisi bilan tug‘ilishi ehtimoli yuqori.

Siz boshqa vitaminlar va minerallar haqida ko‘p gapirishingiz mumkin, ammo faqat bitta xulosa bo‘lishi kerak, reproduktiv salomatlik inson salomatligining muhim tarkibiy qismlaridan biridir. U nima bilan bog‘liq bo‘ladi, ko‘p jihatdan bizning oziqlanishimizga bog‘liq.

Ayollar salomatligi. Ayolning reproduktiv salomatligi onaning bachadonida shakllana boshlaydi. Qiz qorin bo‘shlig‘ida rivojlanganda, hozirgi vaqtda kelajakda jinsiy hujayralar paydo bo‘lishi sodir bo‘ladi. Bu davrda ularning ko‘pchiligi shakllantiriladi, keyinchalik ayollarning ko‘payish davrida juda pishib yetiladi. Ma‘lum bo‘lishicha, kelajakdagi ona qizining reproduktiv tizimini shakllantirishga mas‘uldir. Tug‘ilgandan va kattalaridan keyin har qanday adolatli jinsiy aloqa o‘zini sog‘lig‘iga, reproduktiv, ijobiy yoki salbiy ta‘sir ko‘rsatishi mumkin. Erta bolalikdan boshlab qizlarni gigiyena tamoyillari va onaning suti bilan o‘zini parvarish qilish tamoyillarini ko‘tarish va o‘rgatish kerak. Ba‘zida onalar bu masalani e‘tiborga olmaydilar, shuning uchun juda yosh qizlarda jinsiy sohasining ko‘pgina kasalliklari mavjud bo‘ladi.

Bunday muammolar orasida birinchi navbatda reproduktiv tizimning yallig‘lanish kasalliklari mavjud. Agar ular davolanmasa, ular surunkali bo‘lib, kelajakda ayolning reproduktiv salomatligiga salbiy ta‘sir ko‘rsatishi mumkin.

Reproduktiv salomatlikning tarkibiy qismlari. Ular hayot davomida bizning tanamizga ta‘sir qiladilar. U tug‘ilganda, bola

ota-onasidan genetik darajadagi salomatlik ko'rsatkichlari, ayniqsa metabolizm, muayyan muammolarga moyil bo'ladi. Bola hayotining dastlabki yillarida sog'liqni saqlash, jumladan reproduktiv salomatlik, ota-onaning yelkasiga tushadi. Ular bolaning sog'lom turmush tarzi uchun poydevor qo'yishlari va uning kelajak farzandlarining sog'lig'i uchun muhimligini tushunishlari kerak.

Kasalliklar va jinsiy funksiyasi. Hozirgi kunda oilaning reproduktiv salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan kasalliklarni katta ro'yxati mavjud.

1. Yuqumli kasalliklar. Ular orasida bepushtlikka olib kelishi mumkin bo'lganlar, masalan, tovuq go'shti, o'pko'z, ayniqsa o'g'il bolalarda bor. Venera infeksiyalari haqida hech narsa gapirish mumkin emas.

2. Umumiy kasalliklar. Yurak-qon tomir tizimi, buyraklar, jigar, diabet bilan bog'liq muammolar nafaqat tananing holatini yomonlashtirishi, balki gormonal fonni buzishi mumkin va bu reproduktiv salomatlikka ta'sir qilmaydi.

3. Tug'ma kasalliklar. Ko'pgina shifokorlar, ko'p hollarda, bepushtlik erta bolalikdan kelib chiqqaniga aminlar. Bu ham o'g'il bolalar, ham qizlar uchun qo'llaniladi.

4. Dori vositalarini qabul qilish. Ba'zilar reproduktiv funksiyaga kuchli ta'sir ko'rsatadi. Bunga quyidagilar kiradi:

- Kortikosteroidlar..
- Antikonvulzan dorilar.
- Antidepressantlar.
- Sintezatorlar.
- Antipsixotiklar.

Tashqi muhit va reproduktiv salomatlik. Reproductive salomatlik nafaqat inson jinsiy hayotining holati, balki har doim ham yuqori darajadagi umumiy farovonlik emas. Ko'p tashqi omillar reproduktiv funksiyaga bevosita ta'sir ko'rsatadi.

1. Qiyinchilik. Bizning hayotimiz shundayki, stressli vaziyat deyarli hamma joyda yotadi: uyda va ishda. Bu surunkali

uyqusizlik, charchash, nevroz rivojlanishiga sabab bo‘ladi va reproduktiv tizimda allaqachon buzilgan.

2.Zararli odatlar. Ayol va erkaklarning ko‘pchiligi spirtli ichimliklar va tutunni iste‘mol qilishadi. Bu germ hujayralari shakllanishiga ta'sir qiladi, ular allaqachon bu bosqichda turli kamchiliklarni bartaraf etishlari mumkin. Tuxum va sperma dastlab salomatliksiz bo‘lsa, qanday sog‘lom farzandlar haqida gapirishingiz mumkin!

3. Jinsiy organlarning shikastlanishi, ayniqsa erkaklarda, spermatogenezni buzadi va jinsiy funksiyalarning pasayishiga olib keladi.

4.Yuqori haroratning ta'siri. Ishlab chiqarishda texnologik sikl yuqori haroratlarda bo‘lgan do‘konlari bor. Ba’zi shifokorlar, erkak tanasi uchun zararli ekanligi haqidagi fikrga ega. Shuning uchun bolalarga uzoq vaqt bolalar tagliklarini kiyg‘izish tavsiya etilmaydi.

5.Noto‘g‘ri ovqat. Zamonaviy mahsulotlarda ortiqcha kimyo nafaqat umumiy sog‘liq muammolariga, balki reproduktiv funksiyaga ham ta'sir qiladi. Reproductiv salomatlik uchun xavfli omillar.

Ilmiy doiralarda homilador ayollarning salomatligiga ta'siri va reproduktiv yoshdagi ayollar jinsi haqida uzoq vaqt davomida turli tadqiqotlar o‘tkazildi. Uzoq muddatli kuzatuvlar davomida bir necha omil guruhlari aniqlandi:

1.Ijtimoiy-psixologik. Bu stress, asabiy taranglik, tashvish va qo‘rquv hissi ta'siridir.

2.Genetika. Reproductiv hujayralardagi mutatsiyalar mavjudligi yoki yo‘qligi.

3.Professional. Agar professional faoliyatingiz zararli va xavfli moddalar yoki ish turlariga bog‘liq bo‘lsa, homiladorlikning boshlanishi va hatto rejalashtirishdan oldin bunday omillar ta'sirini bekor qilish zarur.

4.Ekologik. Ekologik jihatdan reproduktiv salomatlikning salbiy oqibatlarini aniqlangan.

So‘nggi yillarda reproduktiv salomatlikning xarakteristikasi quyidagi misollar bilan tasdiqlanadi:

1. Farzandlik bo‘lish yoshidagi aholining aksariyati turli infeksiyon va yallig‘lanish kasalliklariga chalinadi.

2. Erkaklar va ayollarning reproduktiv salomatligi keskin yomonlashmoqda.

3. Har yili nogironlarning soni ko‘paymoqda.

4. Chaqaloq o‘lim darajasi kamaymaydi, aksincha, o‘sadi.

5. Genetik kasalliklarga chalingan ko‘plab bolalar tug‘iladi.

6. Onkologiya yosh avlodlarda ko‘plab uchramoqda.

7. Mamlakatning genofondi tezda tushib ketmoqda.

Ayniqsa, yoshlar uchun reproduktiv salomatlikni mustahkamlash va yaxshilash kerakligini tushuntirish zarur.

Aholining reproduktiv salomatligini muhofaza qilish. Himoya tushunchasi yosh oilalarning va har bir shaxsning reproduktiv salomatligini qo‘llab-quvvatlashi mumkin bo‘lgan ko‘plab uslublar, vositalar va xizmatlarni o‘z ichiga oladi. Zamonaviy sharoitda himoya qilish muammolari katta ahamiyat kasb etadi. Ayniqsa, jinsiy sohaga ta'sir qiluvchi turli kasalliklarning oldini olish uchun juda ko‘p ish olib boradi. Ma'naviyat oila bilan boshlanishi va ta'lim muassasalarida davom etishi kerak. Buni yosh avlod bilan muhokama qilish kerak.

1. Abortning oldini olish, ayniqsa yoshligida.

2. Jinsiy yo‘l bilan kuzatiladigan turli infeksiyalar orqali infeksiyaning oldini olish.

3. Oilani rejalashtirish va bolalar tug‘ilishi masalalarini ko‘rib chiqish kerak va birinchi qadam genetik konsultatsiya bilan shug‘ullanishi kerak bu yerda mutaxassislar turli patologik bo‘lgan bolalarni hisoblashda yordam beradi.

Juda qulay ekologik vaziyatga qaramasdan, insonning reproduktiv salomatligi unga ko‘proq bog‘liqdir.

Binobarin, mamlakatimizda onalar va bolalar o‘limi ko‘rsatkichi yildan-yil kamayib, yuqumli, virusli, o‘ta xavfli

infeksiyalardan asrash sog‘lom muhit sharoitlari, ekologik xavfsizlikni ta‘minlash, aholi o‘rtasida kasalliklarning oldini olishga qaratilgan profilaktik chora-tadbirlar ko‘rilayapti. Bemorlarga tegishli hajmdagi malakali tibbiy xizmat, jumladan shoshilinch tibbiy xizmat ko‘rsatish tizimi takomillashib bormoqda. Qishloq joylarida ko‘plab zamonaviy qishloq vrachlik punktlari barpo etildi. Tibbiyotning 10 ta muhim yo‘nalishi bo‘yicha zamonaviy Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy markazlar tashkil etilgani ham zamonaviy tibbiyotimizning yutuqlaridan biridir. Xalqimizning o‘rtacha umr ko‘rish darajasi uzaygani, navqiron avlodning jismoniy va intellektual salohiyati oshgani bu ezgu ishlarning samarasidir. Ta‘kidlash joizki, sog‘liqni saqlash tizimida erishilgan yutuqlar barobarida hali o‘z yechimini kutayotgan dolzarb masalalar ham mavjud.

Fuqarolarning reproduktiv salomatligini muhofaza qilishga oid muhim vazifalar ana shular jumlasidandir. Chunki aholining reproduktiv jihatdan salomatlik darajasi jamiyatning sog‘lomlik darajasiga, milliy genofond salomatligi darajasiga bevosita ta‘sir ko‘rsatadi. Shu boisdan ham butun dunyoda reproduktiv salomatlik faqat tibbiy muammo emas, balki, tibbiy-ijtimoiy, qolaversa, ijtimoiy-siyosiy muammo hisoblanadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining ta‘rifiga ko‘ra reproduktiv salomatlik masalalari birinchi bor 1994-yil Qoxirada bo‘lib o‘tgan Aholishunoslik va taraqqiyot xalqaro konferensiyasida ko‘tarilgan edi. Ushbu konferensiyada reproduktiv salomatlik iborasiga to‘la izoh berildi.

Reproduktiv huquq – bu barcha er-xotin va alohida shaxslarni oilada bolalar soni, ular tug‘ilishlaridagi oraliq, tug‘ilish vaqti haqida erkin hamda mas‘uliyat hissi bilan qaror qabul qilishi, buning uchun shart bo‘lgan ma‘lumot va vositalarga ega bo‘lish borasidagi asosiy huquqlarini tan olish demakdir. Oilani mustahkamligi ko‘pgina omillarga, asosan ona va bolaning salomatligiga bog‘liqdir. Ona sog‘lom bo‘lsagina

undan jismoniy va aqliy jihatdan sogʻlom farzand dunyoga keladi. Turmush qurishga tayyorlanayotgan yigit va qizlarimiz sogʻlom hayot gigiyenasi va reproduktiv salomatlik boʻyicha yetarli bilimga ega boʻlishlari kerak. Shu bilan birga nikohdan oldingi tekshiruv va uning ahamiyati haqidagi bilimlar yoshlarni hayotga adashmasliklari uchun yana bir imkon yaratadi.

Oilaning muhim funksiyalaridan biri bu uning reproduktiv (jamiyatning biologik uzluksizligini taʼminlash, bolalarni dunyoga keltirish) funksiyasidir. Oilaning vazifasi faqatgina yangi avlodni dunyoga keltiribgina qolmasdan, insoniyat paydo boʻlgan davrdan boshlab yashab kelayotgan ilmiy va madaniy yutuqlar bilan tanishtirgan holda ularning salomatligini saqlab turishdan ham iboratdir. Oilaning jamiyat oldidagi reproduktiv funksiyasi va uning bajarilishi deyilganda aholi sonining qayta tiklanishi uchun har bir oilada nechta farzand boʻlishi nazarda tutiladi.

5.2. Ayollarning reproduktiv salomatlik, axborot va taʼlim hamda reproduktiv salomatlik xizmatlaridan foydalanish huquqlari

Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 5-oktabrdagi PF-6079-sonli farmoniga asosan aholining reproduktiv salomatligini muhofaza qilish va sogʻlom oilani shakllantirish yuzasidan bir qator davlat va jamoat tashkilotlari bilan hamkorlikda targʻibot, tashviqot ishlari olib borilmoqda.

Aholi orasida, ayniqsa xotin-qizlar va nikohdan oʻtuvchi yoshlar orasida sogʻlom oila qurish, sogʻlom bolalar tugʻilishi va tarbiyalash masalalari yuzasidan tizimli asosda tushuntirish ishlarini tashkil qilish maqsadida, joylardagi mutasaddi tashkilotlar bilan hamkorlikda oylik ish rejalariga asosan ish tashkil etildi va ijrosini nazorat qilish boʻyicha amaliy tizim yaratildi.

Xususan, bu yo'nalishda tizimli ish tashkil etish maqsadida Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahrida, tuman, shaharlarda va barcha mahallalarda Maxsus jamoatchilik kengashi va ishchi guruhlari tuzildi.

O'zbekiston Respublikasining 2019-yil 2-sentabr kuni qabul qilingan "Xotin-qizlar va erkaklar teng huquq va imkoniyatlari kafolatlari to'g'risida"gi qonuni (O'RQ- 562-son) ning 27-moddasida belgilanganidek, Sog'liqni saqlash sohasida xotin-qizlar va erkaklar uchun teng huquq hamda imkoniyatlar kafolatlari.

Davlat quyidagilarni kafolatlaydi:

1) xotin-qizlar va erkaklarning sog'liqni saqlash sohasidagi o'z huquqlarini amalga oshirishga, shu jumladan, malakali tibbiy xizmat ko'rsatilishiga, qulay tibbiy xizmatlardan foydalanishga, oilani rejalashtirishga va reproduktiv salomatlikni himoya qilishga bo'lgan teng imkoniyatlarini;

2) zarur bo'lgan hollarda, xotin-qizlarning turli ehtiyojarini hisobga olib, ayniqsa, homiladorlik, tug'ish davrida va tug'ishdan keyingi davrda xotin-qizlarga bepul xizmatlar ko'rsatgan, shuningdek homiladorlik va emizish davrida tegishli oziq-ovqat bilan ta'minlagan holda, sog'liqni saqlash sohasidagi strategiya va dasturlarning amalga oshirilishini;

3) tibbiy ta'lim sohasida reproduktiv salomatlikni mustahkamlashga, jins bo'yicha bevosita va bilvosita kamsitishlarning oldini olishga qaratilgan tashabbuslarni qabul qilishni;

4) sog'liqni saqlash sohasida xotin-qizlar va erkaklar o'rtasidagi tafovutlarni hisobga oluvchi ilmiy tadqiqotlarni rivojlantirishga ko'maklashishni.

Shuningdek, O'zbekiston Respublikasining 2019-yil 11-martdagi "Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida"gi Qonunining 3-moddasida "Fuqarolarning reproduktiv salomatligi" yuzasidan huquqiy tushuntirishlar berilgan.

Fuqarolarning reproduktiv salomatligi insonning jismoniy, aqliy va ijtimoiy jihatdan sogʻlomligi holati boʻlib, bu holat uning bola tugʻilishiga qodirligini belgilaydigan reproduktiv tizumi, ushbu tizimning funksiyalari, hayotiy jarayonlari bilan bogʻliq boʻladi.

Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash:

— fuqarolarning reproduktiv salomatligi toʻgʻrisida ishonchli va toʻliq axborot olishni;

— homiladorlikni saqlab yurishni va bolaning asoratlarsiz hamda nuqsonlarsiz tugʻilishini taʼminlaydigan, homiladorlik, tugʻish va tugʻishdan keyingi davrdagi tadbirlar, muolajalar hamda xizmatlarni;

— reproduktiv tizim kasalliklarining oldini olishni va ularni davolashni;

— jinsiy yoʻl bilan oʻtadigan kasalliklarning oldini olishni va ularni davolashni;

— ehtumoldagi asoratlarning va reproduktiv tizim funksiyalari buzilishi oqibatlarining oldini olishga koʻmaklashgan holda homiladorlikni xavfsiz ravishda sunʼiy toʻxtatishni;

— kontratsepsiya usullari va ulardan foydalanish toʻgʻrisida axborot olishni nazarda tutadi.

Shu qonunning 10-moddasida «Fuqarolarning reproduktiv huquqlari» yoritilgan. Fuqarolar quyidagi huquqlarga ega:

a) xavfsiz va samarali reproduktiv texnologiyalardan foydalangan holda oʻz farzandlarining tugʻilishi xususida mustaqil ravishda qarorlar qabul qilish;

b) oʻzining reproduktiv salomatligi toʻgʻrisida ishonchli va toʻliq axborot olish;

c) tugʻilishni tartibga solishning xavfsiz usullaridan va kontratsepsiyadan foydalanish;

d) tibbiy-profilaktika xizmatlaridan foydalanish va sogʻliqqa xavf soluvchi vositalardan, shu jumladan ilmiy tajribalar qoʻllanilishidan himoyalani;

- e) o'z reprodktiv huquqlarini amalga oshirish chog'ida tibbiy-ijtimoiy, shuningdek psixologik yordam va axborot olish;
- f) yordamchi reprodktiv texnologiyalardan foydalanish.

Yuridik va jismoniy shaxslar fuqarolarning o'z reprodktiv huquqlarini amalga oshirilishi bilan bog'liq axborotni sir saqlashlari shart.

Jahon Sog'liqni Saqlash tashkilotining ta'kidlashiga ko'ra, reprodktiv salomatlikka ta'sir qiluvchi faktorlar quyidagilar:

1. Juda erta tug'ish – bu 16 yoshgacha qizlarning homilador bo'lishi hisoblanib, bu qizlar bir qarashda jismonan rivojlangandek ko'rinsa-da, ularda hali jinsiy a'zolarining to'la yetilmaganligi, gormonal tizimning shakllanmaganligi, aqliy mukammallik, qonuniy huquqlar yo'qligi bir qancha muammolarga sabab bo'ladi. Bu ayollarda homiladorlik, tug'uruqlar ko'pincha asoratlar bilan tugallanadi. Dunyoning ko'p qismlarida ota-onalar qizlarni erta turmushga berish moliyaviy, ijtimoiy foyda olib keladi hamda oilaning moliyaviy sharoitini yengillashtiradi degan umidda hali bola yoshidagi qizlarini turmushga chiqishlarini qo'llab quvvatlaydilar. Haqiqatda esa, bolalar turmush qurishi inson huquqlarini buzish hisoblanadi, chunki bu qizlarning rivojlanishiga to'sqinlik qilib, aksariyat hollarda erta homiladorlik va jamiyatdan ajralib chiqishiga olib keladi.

Buning oqibatida:

- qizlar past ma'lumotligicha qolib ketadi;
- kerakli kasbiy ta'lim ololmaydi;
- huquqiy jihatdan o'zini himoya qilolmaydi. Nikoh yoshi yetmaguncha nikoh qayd qilinmaydi, natijada ularning bolalari onaning nomiga qayd etiladi va yolg'iz onalar soni oshadi.

2. Juda tez tug'ish – bu tug'uruqlar orasidagi intervalning saqlanmasligi bo'lib, har bir organizm tug'uruqdan keyin kamida 3 yildan 5 yilgacha intervalni saqlashi kerak. Bu ona organizmi uchun butun homiladorlik va tug'uruq davrida yo'qotilgan energiya ya'ni vitaminlar, mikroelementlar o'rini

to'ldirish imkonini yaratadi. Qolaversa homiladorlik, tug'uruq asoratlari kamroq kuzatiladi.

3. Juda kech tug'ish bu 35 yoshdan katta ayollarning tug'uruqlari bo'lib, bu homiladorliklarning asoratli o'tishi homilada turli nuqsonlar va irsiy kasalliklarning yuzaga chiqishi bilan xavflidir. Bunday ayollarda ko'pincha tug'uruqlar qon ketish, onalar o'limi va go'daklar o'limi bilan asoratlanadi.

4. Juda ko'p tug'ish 3 tadan ortiq farzand ko'rgan ayollar bo'lib, bu ayollar tug'uruq va homiladorlik davrida organizmning charchashi kuzatiladi. Bu tug'uruqlar ayolning 35 yoshdan yuqori yoshida yoki tug'uruqlar orasidagi interval saqlanmaslik holatlari bilan kuzatiladi. Ayol organizmidagi mavjud bo'lgan ekstragenital kasalliklar homiladorlikning va tug'uruqning asoratli o'tishiga sabab bo'ladi.

5. Kasal bo'lsang tug'ma! Demak, sog'lom ayoldan sog'lom farzand dunyoga keladi. Statistika ma'lumotlari bo'yicha onalar o'limining sababi o'rganilganda, qon ketishlar birinchi o'rinni, tug'uruq travmatizmi ikkinchi o'rinni, septik asoratlar uchinchi o'rinni egallaydi. Homiladorlikni rejalashtirgan har bir oilada ona va ota sog'lom bo'lishi kerak qolaversa, ular yashayotgan muhit sog'lom bo'lishiga erishish kerak.

Reproduktiv salomatlikni tashkil etuvchi omillar deganda quyidagilar nazarga tutiladi:

1. Kontratsepsiya xizmati bu istalmagan homiladorlikning oldini olish bo'lib, hozirgi kunda kontratseptiv vositalarning ko'plab turlari mavjud bo'lib, ulardan mamlakatimizning har bir nuqtasida ayollarimiz salomatligi uchun ular bepul foydalanish imkoniyatiga ega. Ulardan bachadon ichi vositalari (BIV), og'iz orqali qabul qilinadigan gormonal tabletkalar (OK), inyeksion vositalar (IK), to'siq usullari (prezervativ), qolaversa, ixtiyoriy jarrohlik sterilizatsiyasi (IJK) zamonaviy laporoskopik usulda amalga oshiriladi.

2. Ayolni homiladorlik davrida erta hisobga olish, homiladorlikni kuzatish, tug'uruqqa tayyorlash, tug'uruqdan

keyingi chilla davrini olib borishni o'z ichiga oladi. Homilador ayolni homiladorlikning 14-20 haftaligida perinatal skrining tekshiruvidan, chaqaloq tug'ilgandan keyin 5 kun ichida neonatal tekshiruvidan o'tkazilishi bolalikdan nogironlikni oldini olish uchun zamin yaratadi.

3. Ayollarni jinsiy yo'l orqali yuquvchi kasalliklar OIV, OITS va TORCH infeksiyalarga tekshirish va davolash. Bu bilan homila tushishi, o'lik tug'ish, homilaning nuqsonli rivojlantirishi, homilaning o'smay qolishi hamda bepustlik oldi olinadi.

4. Xalqning tibbiy madaniyatini oshirish ayniqsa, mahallalar, kollej, maktab, oliygohlar bilan ishlash, ular orasida tibbiy ko'riklarning ahamiyati va buning uchun har bir insonning o'zi mas'ul ekanligini tushuntirish.

Ma'lumki, so'nggi yillarda sog'liqni saqlash tizimining eng ustuvor yo'nalishlaridan biri hisoblangan aholi reproduktiv salomatligini mustahkamlash va sog'lom oilani shakllantirish borasida muhtaram Yurtboshimiz tomonlaridan qator qarorlar chiqarildi.

Ayniqsa Yurtboshimizning «Ona va bola salomatligini muhofaza qilish, sog'lom avlodni shakllantirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida»gi hamda «Aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari dasturi to'g'risida»gi qarorlari qabul qilinib, joylarda aniq manzilli va malakali tadbirlar amalga oshirib kelinmoqda.

5.3. Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida Qonunning mazmun-mohiyati

Ushbu Qonunning maqsadi fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasidagi munosabatlarni tartibga solishdan iborat.

Fuqarolarning reproduktiv salomatligi insonning jismoniy, aqliy va ijtimoiy jihatdan sogʻlomligi holati boʻlib, bu holat uning bola tugʻilishiga qodirligini belgilaydigan reproduktiv tizimi, ushbu tizimning funksiyalari, hayotiy jarayonlari bilan bogʻliq boʻladi.

Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash:

— fuqarolarning reproduktiv salomatligi toʻgʻrisida ishonchli va toʻliq axborot olishni;

— homiladorlikni saqlab yurishni va bolaning asoratlarsiz hamda nuqsonlarsiz tugʻilishini taʼminlaydigan, homiladorlik, tugʻish va tugʻishdan keyingi davrdagi tadbirlar, muolajalar hamda xizmatlarni;

— reproduktiv tizim kasalliklarining oldini olishni va ularni davolashni;

— jinsiy yoʻl bilan oʻtadigan kasalliklarning oldini olishni va ularni davolashni;

— ehtimoldagi asoratlarning va reproduktiv tizim funksiyalari buzilishi oqibatlarining oldini olishga koʻmaklashgan holda homiladorlikni xavfsiz ravishda sunʼiy toʻxtatishni;

— kontratsepsiya usullari va ulardan foydalanish toʻgʻrisida axborot olishni nazarda tutadi.

Ushbu Qonunning asosiy prinsiplari quyidagilardan iborat:

1) reproduktiv muammolarni hal qilishda insonparvarlik;
2) reproduktiv salomatlikni saqlash sohasida erkaklar va ayollarning tengligi;

3) fuqaroning shaxsiy hayotiga aralashmaslik, shaxsiy va oilaviy sirning saqlanishi;

4) fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasidagi tibbiy xizmatlardan foydalanishni va ularning sifatini taʼminlash;

5) fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash boʻyicha xizmatlarning davlat tomonidan kafolatlangan hajmini taʼminlash.

– Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasidagi davlat siyosatining asosiy yo‘nalishlari quyidagilardan iborat:

– fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasidagi davlat dasturlarini va boshqa dasturlarni ishlab chiqish, tasdiqlash hamda amalga oshirish;

– fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash tizimini rivojlantirish va takomillashtirish;

– fuqarolarda sog‘lom farzandlar tug‘ilishiga nisbatan ongli va mas‘uliyatli munosabatni tarbiyalash;

– erkaklar va ayollarning o‘z reproduktiv huquqlarini amalga oshirishida ularning imkoniyatlari tengligini ta‘minlaydigan sharoitlarni yaratish;

– fuqarolarning reproduktiv salomatligini yaxshilash uchun ilmiy tadqiqotlarni davlat tomonidan qo‘llab-quvvatlash, zamonaviy uslublar va texnologiyalarni joriy etish;

– reproduktiv salomatlikni saqlash sohasida fuqarolarning tibbiy bilimlarini va tibbiy madaniyatini yuksaltirish;

– fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasida kadrlarni tayyorlashni, qayta tayyorlashni va ularning malakasini oshirishni tashkil etish;

– fuqarolar o‘z reproduktiv huquqlarini amalga oshirishi uchun ularga tibbiy-ijtimoiy, shuningdek psixologik yordam ko‘rsatish.

Davlat fuqarolarga:

1) reproduktiv salomatlikning saqlanishini va ularning reproduktiv huquqlari amalga oshirilishini;

2) fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlashga doir xizmatlardan foydalanilishi va bu xizmatlarning izchilligi ta‘minlanishini;

3) sog‘lom oilani shakllantirish to‘g‘risidagi qarorning kamsitishsiz, tahdidlarsiz va zo‘ravonliksiz qabul qilinishini;

4) ularning shaxsiy hayotiga aralashmaslikni, shaxsiy va oilaviy sirning saqlanishini;

5) birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining bepulligini;

6) fuqarolarning mustaqil qaror qabul qilishga bo'lgan reproduktiv huquqi amalga oshirilishini kafolatlaydi.

– Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlashga doir xizmatlar reproduktiv salomatlikni saqlash sohasidagi faoliyatni amalga oshiruvchi tibbiyot tashkilotlari tomonidan ko'rsatiladi.

– Fuqarolar quyidagi huquqlarga ega:

– xavfsiz va samarali reproduktiv texnologiyalardan foydalanish holda o'z farzandlarining tug'ilishi xususida mustaqil ravishda qarorlar qabul qilish;

– o'zining reproduktiv salomatligi to'g'risida ishonchli va to'liq axborot olish;

– tug'ilishni tartibga solishning xavfsiz usullaridan va kontratsepsiyadan foydalanish;

– tibbiy-profilaktika xizmatlaridan foydalanish va sog'liqqa xavf soluvchi vositalardan, shu jumladan ilmiy tajribalar qo'llanilishidan himoyalash;

– o'z reproduktiv huquqlarini amalga oshirish chog'ida tibbiy-ijtimoiy, shuningdek psixologik yordam va axborot olish;

– yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish.

Yuridik va jismoniy shaxslar fuqarolarning o'z reproduktiv huquqlarini amalga oshirishi bilan bog'liq axborotni sir saqlashi shart.

Ayollarning reproduktiv salomatligini saqlash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

— o'zining reproduktiv salomatligi, bepushtlikni davolash uslublari va kontratsepsiya to'g'risida ishonchli hamda to'liq axborot olish;

— reproduktiv salomatlikni saqlash sohasidagi xizmatlardan foydalanishni ta'minlash;

— reproduktiv salomatlik masalalari yuzasidan maxfiylikka rioya etilgan holda tibbiy maslahatlar va xizmatlar olish.

Ayol bepushtlikdan davolanish, reproduktiv salomatligini homilador bo'lguniga qadar, homiladorlik davrida, tug'ish va tug'ishdan keyingi davrda davolashning zamonaviy uslublaridan foydalangan holda saqlash hamda davlat tomonidan ijtimoiy jihatdan qo'llab-quvvatlanish huquqiga ega.

Homiladorlik davridagi tibbiy aralashuv er va xotinning yozma roziligi bilan, er bo'lmagan taqdirda ayolning o'z roziligi yoki ota-onasining roziligi yoxud u voyaga yetmagan yoki muomalaga layoqatsiz bo'lgan taqdirda boshqa qonuniy vakillarining roziligi bilan amalga oshiriladi.

Tibbiy aralashuvni rad etish fakti ehtimoldagi oqibatlar ko'rsatilgan holda tibbiy hujjatlarda qayd etiladi va homilador ayol tomonidan, buning imkoni bo'lmagan taqdirda uning eri yoki qarindoshlari tomonidan yozma tarzda, tibbiy aralashuvni rad etish haqida yozma javob olishning imkoni bo'lmagan taqdirda esa, shifokorlar konsiliumining xulosasi bilan tasdiqlanadi.

Ayol homiladorlikka, uni sun'iy ravishda to'xtatishga va kontratsepsiyaga majbur qilinishi mumkin emas.

Voyaga yetmagan shaxslarning reproduktiv salomatligini saqlash:

a) tibbiy-profilaktika tadbirlarini, shu jumladan reproduktiv a'zolar patologiyasini, shuningdek irsiy kasalliklarni aniqlashga qaratilgan tibbiy-profilaktika tadbirlarini tashkil etish va o'tkazishni;

b) jinsiy tarbiya va ularni oilaviy hayotga tayyorlash bo'yicha tadbirlar o'tkazishni;

c) ularni reproduktiv salomatlik masalalari bo'yicha o'qitish va axborot berishni o'z ichiga oladi.

Reproduktiv salomatlik muammolari bo'yicha tibbiy aralashuv voyaga yetmagan shaxsni, shuningdek uning qonuniy vakilini xabardor etgan holda ularning ixtiyoriy roziligi bilan amalga oshiriladi. Voyaga yetmagan shaxsning hayoti va sog'lig'ini saqlash uchun tibbiy aralashuv tavsiya etilgan

taqdirda hamda qonuniy vakildan va voyaga yetmagan shaxsdan rozilik olishning imkoni bo'lmaganda, tibbiy aralashuv shifokorlar konsiliumining xulosasi mavjud bo'lganda amalga oshiriladi.

Voyaga yetmagan shaxslarni reproduktiv salomatlikni saqlash masalalari bo'yicha tarbiyalash, o'qitish hamda ularga axborot berish, ularni oilaviy hayotga tayyorlash tegishincha oilada, ta'lim va sog'liqni saqlash muassasalarida amalga oshiriladi.

Reproduktiv salomatlik, shu jumladan jinsiy tarbiya masalalari bo'yicha o'qitish ta'limni va sog'liqni saqlashni boshqarish organlari bilan birgalikda voyaga yetmagan shaxslarning yoshi, psixologik va jismoniy o'ziga xosliklari hisobga olingan holda, ularning oilalari bilan yaqin hamkorlikda ishlab chiqilgan, maxsus tasdiqlangan dasturlarga ko'ra amalga oshiriladi. O'qitishga tegishli tibbiy tayyorgarlikka ega bo'lgan mutaxassislar jalb etiladi.

Voyaga yetmagan shaxslarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasidagi xizmatlar davlat tomonidan kafolatlangan va bepul asosda amalga oshiriladi.

Voyaga yetmagan shaxslarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasida axborot berish anonim va maxfiy tarzda amalga oshiriladi.

Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash bo'yicha profilaktika chora-tadbirlari quyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi:

- 1) fuqarolarning reproduktiv salomatligi buzilishi xavfini, shu jumladan atrof-muhit va ishlab chiqarish omillarini aniqlash;
- 2) reproduktiv salomatlik sohasidagi buzilishlarni aniqlash va davolash maqsadida fuqarolarning majburiy profilaktika tibbiy ko'riklarini (dastlabki va davriy) o'tkazish;
- 3) reproduktiv yoshdagi fuqarolarni va homilador ayollarni reproduktiv salomatlikning buzilishi xavfi hamda uning rehabilitatsiyasi haqida xabardor qilish;

4) fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash bo'yicha ta'lim dasturlarini va ilmiy dasturlarni ommaviy axborot vositalari orqali yoritish;

5) fuqarolarni sog'lom turmush tarzini yuritishga va profilaktika tadbirlarida ishtirok etishga rag'batlantirish tizimini yaratish, birinchi navbatda, fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash va mustahkamlashga ko'maklashuvchi hayot tarzini va uslubini ommalashtirish orqali yaratish;

6) ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklarning, reproduktiv tizim a'zolari kasalliklarining rivojlanishiga doir xavf guruhlarini ajratgan holda aholini, shu jumladan bolalar va o'smirlarni dispanserizatsiyadan o'tkazish hamda yakka tartibdagi profilaktika dasturlarini ishlab chiqish;

7) fuqarolarga tibbiy-genetik yordamni takomillashtirish, homiladagi nuqsonlarga erta tashxis qo'yish uchun yangi perinatal texnologiyalarni joriy etish.

Har bir insonga o'z sog'lig'i uchun o'zi mas'ul ekanligini tushuntirish va bu borada yetarli bilim, malaka va ko'nikmalarni shakllantirish bugun nafaqat sog'liqni saqlash tizimining, balki butun jamiyat oldida turgan eng dolzarb masalalardan biridir.

Yuqorida qayd etilgan onalik va bolalikni himoya qilish sog'lom avlodni kamol toptirish sohasida hukumatimiz tomonidan qabul qilingan barcha qarorlar va dasturlar asosida aholi orasida reproduktiv salomatlikni va sog'lom turmush tarzini shakllantirish va ommalashtirish bo'yicha targ'ibot-tashviqot ishlarini olib borish mutaxassis tibbiy xodimlar oldida turgan vazifalaridan biridir.

Mamlakatimizda aholi reproduktiv salomatligiga erishish sog'lom turmush tarzini shakllantirish va targ'ib qilish, turli xil kasalliklarni oldini olish, xotin-qizlar salomatligini mustahkamlash sog'lom avlodni tarbiyalash borasidagi keng ko'lamli ishlar barcha yo'nalishlarda kompleks ravishda xotin-qizlar qo'mitalari, mahalla jamg'armalari, tibbiyot xodimlarining faol ishtirokida amalga oshirilmoqda. Bu esa davlatimiz rahbari

tomonidan mamlakatimiz aholisi, birinchi navbatda, xotin-qizlar va bolalar salomatligini yaxshilash borasida ko'rsatilayotgan doimiy g'amxo'rlikning samaralaridir. Zero, Vatanimiz kelajagi ana shunday sog'lom onalar va bolalarga bogliq.

5.4. Reproktiv salomatlikni himoya qilish bo'yicha profilaktik tadbirlar tizimi

Profilaktika (yun. profi laktikos saqlovchi, oldini oluvchi) — odamlarning uzoq umr ko'rishi, ishlash qobiliyatini saqlab qolishi, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilash, kasalliklarning yuzaga kelishi va tarqalishini oldini olish hamda salomatlikni himoya qilishga qaratilgan iqtisodiy, ijtimoiy, gigiyenik va tibbiy chora-tadbirlar majmui. Profilaktika jamoat tashkilotlari va alohida fuqarolar tomonidan amalga oshiriladi.

Profilaktika tushunchasi va uning amaliy shakli jamiyatning tarixiy taraqqiyoti davrida iqtisod, davlat tuzumi va ilm-fanning rivojlanishiga qarab o'zgarib turgan. Profilaktik qadim zamondan ma'lum. Qadimgi tibbiyotda shaxsiy gigiyena va to'la-to'kis ovqatlanish qoidalariga amal qilish bilan kasalliklarning oldini olishga katta ahamiyat berilgan, lekin Profilaktika XIX asrdan boshlab ilmiy jihatdan asoslab berildi. Kasalliklarning paydo bo'lishi va tarqalishida tashqi muhitning ahamiyatini o'rganish, mikrobiologiya, fiziologiya, immunologiya va gigiyena sohasida qo'lga kiritilgan yutuqlar ilmiy profilaktikaning tashkil topishiga imkon berdi.

Zamonaviy profilaktika inson salomatligiga salbiy ta'sir etadigan omillarni yo'qotishni ko'zda tutadigan hamda ularning jismoniy va ma'naviy irodalarini har tomonlama o'stirishni ta'minlaydigan, davlat va jamoat ahamiyatiga ega bo'lgan kompleks tadbirlar tizimini o'z ichiga oladi.

Shaxsiy, jamoat, tibbiy profilaktika farqlanadi. Shaxsiy profilaktikaga insonning o'z sog'lig'ini saqlashi va mustahkamlashiga qaratilgan choralar, ya'ni sog'lom turmush

tarziga amal qilish, shaxsiy gigiyena, nikoh va oila, shuningdek, kiyim-kechak, ovqatlanish gigiyenasi, o‘sib kelayotgan avlodni gigiyenik tarbiyalash, ratsional ishlash va dam olish, faol jismoniy tarbiya va sport bilan shug‘ullanish kiradi.

Jamoat profilaktikasiga jamoat tashkilotlari tomonidan fuqarolarni jismoniy va ma‘naviy rivojlantirishni ta‘minlovchi, xalq sog‘lig‘iga yomon ta‘sir qiluvchi omillarni kamaytirishga qaratilgan siyosiy, ijtimoiy, iqtisodiy, qonuniy, tarbiyaviy, sanitar-texnik, sanitargigiyenik, epidemiologik va tibbiy chora-tadbirlar kiradi.

Tibbiy profilaktika birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi. Birlamchi tibbiy profilaktika kasalliklarning kelib chiqish sabablari va rivojlanishiga qarshi qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigiyenik va tarbiyaviy choralar; tashqi muhitning nomaqbul ta‘siriga organizmning chidamliligini oshirish; organizmning sog‘lom holatini saqlab qolish, unga patologik ta‘sir ko‘rsatuvchi omillarning oldini olish; dispanserizatsiya o‘tkazish va yuqumli kasalliklarga qarshi emlashdan iborat. Ikkilamchi tibbiy profilaktika kasalliklarni erta aniqlash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va retsidivlarining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar.

O‘zbekiston mustaqillikka erishgandan so‘ng insonlarning sog‘lom turmush tarzini yaxshilashga, atrof-muhitni himoya qilish, onalik va bolalikni muhofaza qilish, sportning ommalashuvi va profilaktik tibbiyotni rivojlantirishga qaratilgan qonunlar, dasturlar qabul qilindi.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish tadbirlari ona va bolalar kasalliklari va o‘limining keskin kamayishiga, chilla davri kasalliklarining oldini olishga, sog‘lom avlod yaratilishiga yordam bermoqda. Hozirgi oldingi poliklinikalar va shifoxonalar o‘rniga oilaviy poliklinika va “Onalar va bolalar” markazlari tashkil etildi. Tibbiyot institutlarida oilaviy shifokorlar tayyorlash dasturiga o‘tildi. Tug‘uruqxonalar o‘rnini perinatal markazlar egalladi.

Davlatimiz rahbarining 2009-yil 1-iyulda qabul qilingan “2009-2013-yillarda aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlash, sog‘lom bola tug‘ilishi, jismoniy va ma‘naviy barkamol avlodni voyaga yetkazish borasidagi ishlarni yanada kuchaytirish va samaradorligini oshirish chora-tadbirlari Dasturi to‘g‘risida”gi qarori ijrosiga alohida e‘tibor qaratilmoqda.

O‘zbekiston Sog‘liqni saqlash vazirligida reproduktiv salomatlik va sog‘lom oilani shakllantirish asoslariga bag‘ishlangan on-line muloqot psixogigiyenasi tashkil etildi. O‘zbekiston Xotin-qizlar qo‘mitasi, O‘zbekiston Sog‘liqni saqlash vazirligi, Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi va bir qancha mutassadi tashkilotlar hamkorligida shifokorlar bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri suhbat o‘tkazildi. Ushbu tadbirda talaba va o‘quvchi-yoshlar mamlakatimizning barcha viloyatlarida faoliyat ko‘rsatayotgan tegishli vazirlik va idoralar vakillari, olimlar, mutaxassislar, shifokorlar bilan bevosita muloqot psixogigiyenasi qildi. O‘zbekiston Sog‘liqni saqlash vaziri A.Ikromov va boshqalar Prezidentimiz Islom Karimov rahnamoligida mamlakatimizda amalga oshirilayotgan “Sog‘lom ona – sog‘lom bola” konsepsiyasi inson manfaatlarini ta‘minlash, barkamol avlodni kamolga yetkazish va aholining reproduktiv salomatligini mustahkamlashda muhim omil bo‘layotganini ta‘kidladi.

Yurtimizda sog‘liqni saqlash tizimida olib borilayotgan izchil islohotlar natijasida onalik va bolalikni muhofazalash bo‘yicha zamonaviy tibbiyot muassasalarining mustahkam tizimi yaratildi. Bu borada aholiga samarali xizmat ko‘rsatayotgan birlamchi tibbiy-profilaktika muassasalari, ixtisoslashgan tibbiyot markazlari, ona-bola skrining tarmog‘i muttasil rivojlanmoqda. “Sog‘lom ona – sog‘lom bola” g‘oyasini o‘zida mujassam etgan dasturni bajarishda davlat, jamoat tashkilotlari, tibbiyot va ta‘lim maskanlarining izchil hamkorligi yo‘lga qo‘yildi. Ushbu dastur asosida ayollar, o‘smir qizlar va inson sog‘lomlashtirish haftaliklari doimiy o‘tkazilmoqda. Ta‘lim

muassasalarida “Yosh oila quruvchilar maktabi” faoliyat yuritmoqda. Yoshlarga sog‘lom turmush tarzi, reproduktiv salomatlikning ahamiyati, kashandalik, giyohvandlik va boshqa zararli illatlarning salbiy oqibatlari, jismoniy kamolot va ma’naviy yetuklikka erishish tamoyillari bo‘yicha saboq berilayotir. Mazkur on-line muloqot psixogigiyyenasini tashkil etishdan ko‘zlangan maqsad ham, yoshlarning reproduktiv salomatlik, tibbiy ko‘rik, nikoh qoidalari, sog‘lom turmush tarziga oid bilim va ko‘nikmalarini rivojlantirishdan iborat. Tadbirda yurtimizning barcha hududlaridan ming nafardan ko‘proq talaba va o‘quvchi-yoshlar bevosita ishtirok etib, ushbu mavzular yuzasidan o‘zlarini qiziqtirgan savollarga javob oldi. Ular kelgusida o‘zlari o‘qiyotgan va yashayotgan hududlarda “tengdosh-tengdoshga” tamoyili asosida targ‘ibot-tushuntirish ishlarini olib boradilar.

Aholi repraduktiv salomatligini mustahkamlash, sog‘lom bola tug‘ilishi, jismoniy va ma’naviy rivojlangan avlodni shakllantirish yuzasidan amalga oshirilayotgan ishlarni kuchaytirish va ular samaradorligini oshirish (hukumat komissiyasining 2009-yil 23-aprel bayoni) hujjatining mazmun mohiyati quydagicha: aholi o‘rtasida reproduktiv salomatlikni mustahkamlash, sog‘lom bola tug‘ilishi, jismoniy va barkamol avlodni shakllantirish, oilada erkaklarni mas’uliyatini oshirish, oila muqaddasligi kabi qadriyatlarni tushuntirish va targ‘ib etish maqsadida viloyat hokimligi va viloyat sog‘liqni saqlash boshqarmasi bilan hamkorlikda Maxsus jamoatchilik kengashi tuzilgan. Kengashning asosiy maqsadi keng jamoatchilik o‘rtasida tushuntirish va targ‘ib etish ishlarini tizimli yo‘lga qo‘yishni ta’minlash, bu borada davlat va jamoat tashkilotlari hamda jamoatchilik faolligini oshirishga erishishdan iboratdir. Aholi o‘rtasida tushuntirish va targ‘ibot ishlarini olib borishda «Behatar onalik», «Sog‘lom turmush tarzi» mavzusi asosida ishlar olib boriladi.

Oiladagi munosabatlar va sog‘lom turmush tarzi. Oila – er-xotinlarning boshqa yaqin qarindosh: ota-onalari, aka-ukalari, opa-singillari, momolar va bobolar, farzandlar va ularning

farzandlari bilan ko'pqirrali munosabatlar o'rnatish imkoniyati. Oilada tibbiy madaniyatni oshirish, avvalo, har bir oila boshliqlari zimmasidagi mas'uliyatdir. Oila va undagi munosabatlar hamisha tashqi psixologik ta'siri komida bo'ladi. Unga kichik ijtimoiy guruh sifatida qarash esa, kichik guruhga xos bo'lgan deyarli barcha ijtimoiy-psixologik qonuniyatlarning borligi va ular har bir oila a'zosining maqomini belgilashini inobatga olishni taqozo etadi. Sog'lom turmush tarzini birinchi o'rinda oilada sog'liqni saqlash va yaxshilashga qaratilgan, faoliyati deb xarakterlash mumkin. Bunda shuni tushunish kerakki, oilaning turmush tarzi sharoitga qarab o'z-o'zidan doimo maqsad sari intilish jarayonida shakllanadi. STTni shakllanish oilada sog'lig'ini mustahkamlash, hayot shaklini o'zgartirish, gigiyenik bilimlar, zararli odatlar bilan kurashish, gipodinamiya va hayot situatsiyalarini noqulay jihatlari bilan kurashishdan iborat.

Shunday qilib, sog'lom turmush tarzi deganda oilani har kungi tipik hayot shakli tushuniladi. Sog'lom turmush tarzi organizmni mustahkamlaydi, takomillashtiradi, o'zini ijtimoiy va kasbiy funksiyalarini takomillashtiradi.

So'g'lom onadan sog'lom farzand tug'ilishi. O'zbekiston Respublikasida «Ona va bola skriningi» Davlat dasturi qabul qilingan va Respublika skrining-markazi tashkil etilgan. Skrining inglizchadan «elak orqali o'tkazish» deganidir. Yangi tug'ilganlar, homilador ayollarning skriningi sog'lig'idagi yashirin nuqsonlarni vaqtli aniqlash, o'z vaqtida samarali choralar ko'rish va og'ir kasalliklarning oldini olish uchun o'tkaziladi. Sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va ma'naviy rivojlangan avlodni shakllantirish yuzasidan amalga oshirilayotgan ishlarni kuchaytirish va ularni samaradorligini oshirish bo'yicha Viloyat sog'liqni saqlash boshqarmasi tomonidan malakali mutaxassislardan iborat ishchi guruhlar tashkil qilingan bo'lib, bu ishchi guruhlar tibbiy xizmat sifatini yaxshilash borasida har bir shahar va tumanlarning birlamchi tibbiyot muassasalarida faoliyat ko'rsatayotgan umumamaliyot shifokorlari, akusher-ginekologlari, doylariga yaqindan amaliy yordam ko'rsatmoqdalar.

Aholi o'rtasida reproduktiv salomatlikni mustahkamlash, sog'lom bola tug'ilishi, jismoniy va barkamol avlodni shakllantirish, oilada erkaklarni mas'uliyatini oshirish, oila muqaddasligi kabi qadriyatlarni tushuntirish va targ'ib etish maqsadida viloyat hokimligi va viloyat sog'liqni saqlash boshqarmasi bilan hamkorlikda Maxsus jamoatchilik kengashi tuzilgan. Kengashning asosiy maqsadi keng jamoatchilik o'rtasida tushuntirish va targ'ib etish ishlarini tizimli yo'lga qo'yishni ta'minlash, bu borada davlat va jamoat tashkilotlari hamda jamoatchilik faolligini oshirishga erishishdan iboratdir.

O'zbek oilalarida sog'liqni saqlashga oid milliy qadriyatlarning o'rni nihoyatta muhimdir. Oilaning muhim bo'lgan funksiyalaridan yana biri bu uning reproduktiv (jamiyatning biologik uzluksizligini ta'minlash, bolalarni dunyoga keltirish) funksiyasidir. Bu funksiyaning asosiy mohiyati inson naslini davom etirishdan iboratdir. Oilaning vazifasi faqatgina yangi avlodni dunyoga keltiribgina qolmasdan insoniyat paydo bo'lgan davrdan boshlab yashab kelayotgan ilmiy va madaniy yutuqlari bilan tanishtirgan holda, ularning salomatligini saqlab turishidan ham iboratdir. Tabiatan berilgan avlod qoldirish instinkti insonda farzand ko'rishga, ularni o'stirishga va tarbiyalashga bo'lgan ehtiyojga aylanadi. Bu ehtiyojlarini qondirmasdan turib, kishi odatda o'zini baxtiyor his qila olmaydi. Shuningdek, er-xotnda farzand tug'ilishi bilan bog'liq holda butunlay yangi hissiyotlar: ayolda-onalik, erkakda-otalik hissi paydo bo'ladi. Farzand er-xotin munosabatlarini yanada mustahkamlovchi asosiy omil hamdir. Oilaning jamiyat oldidagi reproduktiv funksiyasi va uning bajarilishi deyilganda aholi sonining qayta tiklashi uchun har bir oilada nechtadan farzand bo'lishi lozimligi nazarda tutiladi. Stastistik ma'lumotlarga ko'ra, agar har bir oilada bittadan farzand bo'ladigan bo'lsa, bunday xalq sakkizinchi avloddan keyin yo'q bo'lib ketishi mumkin ekan.

Har bir oilada ikkitadan farzandning bo'lishi ham aholi sonini saqlab turishni ta'minlay olmaydi. Demograflarning ta'kidlashlaricha, oila o'zining reproduktiv funksiyasini bajarish

uchun har bir oilaga o‘rtacha 3-6 ta farzand to‘g‘ri kelishi kerak. Albatta, faqat oilagina jamiyat oldidagi funksiyalarni bajarib qolmasdan, balki jamiyat ham oilalarga funksiyalarini muvaffaqiyatli uddalashlari uchun zarur bo‘lgan shart-sharoitlarni yaratib berish lozim. Bu o‘rinda hukumatimiz tomonidan yuritilayotgan demografik siyosat, iqtisodiy, ijtimoiy va huquqiy tadbirlar bunga yaqqol misol bo‘la oladi. Bunday siyosatning asosiy yo‘nalishlari onalik va bolalikni muhofaza qilish, ko‘p bolali va kam ta‘minlangan oilalarning moddiy ahvolini yaxshilash, yosh oilalarga, onalarga yaratilayotgan imtiyozlar va shu kabilardan iborat.

Nazorat va muhokama uchun savollar

1. Reproduktiv salomatlikni saqlash shartlari qanday?
2. Reproduktiv salomatlikning tarkibiy qismlari haqida tushuncha berib o‘ting.
3. Oilaning reproduktiv salomatligiga salbiy ta'sir ko‘rsatadigan kasalliklarni sanab o‘ting?
4. Ayollarning qanday reproduktiv salomatlik, axborot va ta'lim hamda reproduktiv salomatlik xizmatlaridan foydalanish huquqlari mavjud?
5. “Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to‘g‘risida” gi Qonun qachon qabul qilingan?
6. Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to‘g‘risida Qonunning mazmun-mohiyati nimadan iborat?
7. Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash bo‘yicha profilaktika chora-tadbirlari qaysi tadbirlarni o‘z ichiga oladi?
8. Reproduktiv salomatlikni himoya qilish bo‘yicha profilaktik tadbirlar tizimi nimalardan iborat?

6-BOB. BARQAROR RIVOJLANISHDA XALQARO SOG‘LIQNI SAQLASH TASHKILOTLARNING O‘RNI

6.1. Barqaror rivojlanishda xalqaro sog‘liqni saqlash tashkilotlarning ahamiyati.

6.2. Toza suv sanitariya maqsadi.

6.3. Gender tengligi maqsadi.

6.4. Barqaror rivojlanish maqsadlarining 3-maqsadi: sog‘lik va farovonlik (bolalar salomatligi).

6.5. Barqaror rivojlanish maqsadlari bo‘yicha O‘zbekistonda amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar.

6.1. Barqaror rivojlanishda xalqaro sog‘liqni saqlash tashkilotlarning ahamiyati

O‘zbekistonda amalga oshirilayotgan iqtisodiy, siyosiy, huquqiy va davlat qurilishi sohalaridagi barcha islohotlar pirovard natijada aholi farovonligini izchil oshirib borish, har bir fuqaroning kasbiy, intellektual va ma’naviy salohiyatini ro‘yobga chiqarish uchun keng imkoniyatlar, sof ekologik muhit yaratishga qaratilgan. Bu esa Barqaror rivojlanish maqsadlarining keng ko‘lamda bajarilishini ta’minlamoqda.

O‘zbekistonda ayollarning iqtisodiy faolligi dunyo mamlakatlariga nisbatan yuqori hisoblanadi. Ayollarning iqtisodiy faolligi dunyo bo‘yicha 53,1, rivojlangan mamlakatlarda 50,4, o‘tish davridagi davlatlarda 51 foizni tashkil etadi, O‘zbekistonda esa bu ko‘rsatkich 68,9 foizdir. So‘nggi yillarda mamlakatimizdagi tibbiy xizmat tizimining amalga to‘liq modernizatsiya qilinishi, aholiga tekin malakali shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish uchun yuksak talabga javob beradigan shifoxonalar, ixtisoslashtirilgan tibbiyot markazlarining tashkil etilishi islohotlarning eng muhim va aniq natijasi bo‘ldi.

Mamlakatda onalar salomatligini yaxshilash borasida bir qancha ishlar amalga oshirilmoqda. Jumladan, tug‘ish davridagi ayollarda kamqonlik, buyrak faoliyatidagi yetishmovchiliklar va

yurak-qon-tomir kasalliklarini davolashga katta ahamiyat qaratilmoqda. Bu chora-tadbirlar O‘zbekiston uchun Barqaror rivojlanish maqsadlaridan hisoblangan 2015-yilga kelib chaqaloqlar va 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida o‘limni uchdan ikki qismga kamaytirish, onalar o‘limini uchdan bir qismga kamaytirish vazifalarini amalga oshirish uchun ishonchli zamin yaratdi. Natijada chaqaloqlar va 5 yoshgacha bolalar o‘limi yil sayin kamayib bormoqda. Respublikada onalar o‘limi holatining sezilarli darajada kamaytirishga erishildi, lekin bu borada amalga oshirilishi kerak bo‘lgan bir qancha vazifalar mavjud. Onalar va chaqaloqlarning reproduktiv salomatligi muhofazasi tizimini takomillashtirish tadbirlari muhim ahamiyat kasb etadi.

Reproduktiv salomatlik (RS) - bu reproduktiv tizim va uning faoliyatiga bog‘liq barcha masalalar borasida faqat kasallik va kamchiliklar yo‘qligi bo‘libgina qolmay, balki to‘liq jismoniy, aqliy va ijtimoiy muvaffaqiyatlar holati hamdir. Hozirgi vaqtda jahonda 7 mlrd. dan ortiq aholi bo‘lib, yer yuzi aholisi doimiy ravishda ko‘payib bormoqda. Tug‘ilish va sog‘lom oila tiklanish masalalari reproduktiv salomatlik masalalari bilan uzviy bog‘liq. Reproductive salomatlikka salbiy ta‘sir ko‘rsatadigan ko‘plab tibbiy va ijtimoiy omillar mavjud. Hozirgi kunda jahon miqyosida yiliga 9,6 mln chaqaloqlar o‘limi kuzatilmoqda. 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar o‘limi 4,8 mln. kishini tashkil etmoqda. Reproductive salomatlik statistikasida xavfli ko‘rsatkichlardan biri bu - onalar o‘limi hisoblanadi. Onalar o‘limi deganda – homilador bo‘lgandan boshlab tug‘uruqdan keyin 40 kun davomida o‘lgan onalar hisoblanadi.

Onalar o‘limini bir qancha sabablari bo‘lib, jahon statistikasi bo‘yicha bir qancha rivojlanayotgan davlatlarda onalar o‘limining quyidagi sabablari uchramoqda:

- qon ketish
- gipertenziya (gestoz)
- septik holatlar
- patologik tug‘uruq

- asoratlangan abortlar.

Bundan tashqari reproduktiv salomatlik sifatini belgilovchi yana bir qator ko'rsatkichlar mavjud. Onalar o'limi 35 yoshdan kattalarda 35 yoshgacha bo'lgan onalarga nisbatan 5 marta yuqori bo'lishligi aniqlangan. Jumladan, Daun kasalligi 19-35 yoshdagi ayollarda har 1000 ta tug'ish yoshidagi ayolga 1 ta to'g'ri kelsa, 35 yoshdan yuqori yoshdagi ayollarga har 1000 ayolga 30 tani tashkil etadi.

O'zbekistondagi statistik ko'rsatkichlar dunyo statistikasi bilan o'xshash. O'zbekistonda 2,5 mln.ga yaqin oilalar bor. Aholining yarmidan ko'pi, ya'ni 14,5 mln – ayollar. Yiliga O'zbekistonda 250 mingga yaqin yangi oilalar vujudga keladi. Tug'ish yoshdagi ayollar va homiladorlar orasida EGK ko'rsatkichlari juda yuqori. Ba'zi bir joylarda, masalan Qoraqalpog'istonda bu ko'rsatkich 80-90%ni tashkil etadi.

Shunga ko'ra, kasallangan onalardan kasal bolalarning tug'ilishi ko'payadi. Shunday qilib, reproduktiv salomatlik hozirgi kunda jahon miqyosida hamda mamlakatimizda ham katta ahamiyatga ega.

Reproduktiv salomatlik muhofazasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- konsultatsiya-informatsiya,
- homilador,
- tug'uruqdagi va tuqqan ayollarga xizmat ko'rsatish;
- ko'krak suti bilan oziqlantirish;
- ona va bola salomatligini muhofaza qilish;
- bepushtlikni oldini olish va davolash;
- jinsiy yo'l bilan yuquvchi kasalliklarni oldini olish;
- jinsiy hayot gigiyenasi.

Mustaqillik yillarida, avvalo, uzoq muddatli samarali maqsadga, ya'ni millat genofondini saqlash va yaxshilash, aholining umr ko'rish davomiyligini va turmush darajasini oshirish, sog'lom avlodni dunyoga keltirish va tarbiyalash uchun shart-sharoit yaratishga qaratildi.

Tabiiyki, buning uchun ulkan vazifalarni, jumladan, odamlar psixologiyasi va ongini o'zgartirishga doir ishlarni amalga oshirishga to'g'ri keldi. Xususan, sog'lom oilani shakllantirish va irsiy kasalliklarga chalinish mumkin bo'lgan holatlarni kamaytirish maqsadida mamlakatimizda turmush qurayotgan shaxslarni nikohdan oldin majburiy tibbiy ko'rikdan o'tkazish tizimi joriy etildi. Jamiyatda, ayniqsa yoshlar o'rtasida ma'naviy muhit va odob-axloq, oilani mustahkamlash, oila rishtalari barqarorligini ta'minlashga mamlakatimizda har doim katta e'tibor qaratilgan va bugungi kunda ham bu an'anaga amal qilinmoqda.

Sog'lom oila, oiladagi sog'lom muhit sog'lom bola tug'ilishida qanday ulkan ahamiyatga ega. Bugungi kunda O'zbekistonning deyarli barcha viloyatlarida ona va bola perinatal hamda skrining markazlari faoliyat ko'rsatmoqda. Qishloq joylardagi barcha homilador ayollar davlat budjeti mablag'lari hisobidan sog'lom naslni shakllantirish uchun zarur polivitaminlar bilan ta'minlanmoqda.

Respublikamizda sog'liqni saqlash hamda jismoniy tarbiya va sport sohalarini isloh qilish yuzasidan qabul qilingan normativ-huquqiy hujjatlarda ushbu tizimlarni takomillashtirish barobarida aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini shakllantirishga mazkur sohada davlat siyosatining muhim yo'nalishlaridan biri sifatida ahamiyat qaratilmoqda.

Jumladan, 2025-yilga qadar O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini, jismoniy tarbiya va sportni rivojlantirish, 2022-yilga qadar yuqumli bo'lmagan kasalliklar profilaktikasi, aholining sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash va jismoniy faolligi darajasini oshirish konsepsiyalari hamda sog'lom turmush tarzini keng tatbiq etish va ommaviy sportni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari tasdiqlandi va ijroga qaratildi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotiga ko'ra, jismoniy faollik hamda ovqatlanish me'yor va qoidalariga amal qilmaslik, tarkibida tuz, qand, yog' miqdori ko'p bo'lgan taom va shirinliklarni me'yoridan ortiq iste'mol qilish, shuningdek yetarli

darajada vitamin va minerallar iste'mol qilmaslik oqibatida yoshlarda ratsional o'sish va aqliy rivojlanishda ortda qolish, kattalarda esa yurak qon-tomir, endokrin, xavfli o'sma kabi insonning erta o'limiga olib keluvchi qator kasalliklarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Shu bilan birga, koronavirus pandemiyasi oqibatlaridan olingan saboqlar kasallikning og'irligi va o'lim holatlarining katta qismi noto'g'ri turmush tarzi tufayli kelib chiqadigan yo'ldosh kasalliklar bilan chambarchas bog'liqligini ko'rsatdi.

Aholining sog'lom ovqatlanishi va jismoniy faolligini ta'minlashda davlat siyosatini yanada mustahkamlash, yuqumli bo'lmagan kasalliklar profilaktikasi borasida amalga oshirilayotgan ishlar samaradorligini yanada oshirish, har bir fuqaroda sog'lom ovqatlanish va jismoniy faollik madaniyatini shakllantirish maqsadida:

- Aholi salomatligini ta'minlash bo'yicha shunday tartib o'rnatilsinki, unga ko'ra:
 - 2021-yil 1-iyundan boshlab:
- 6 — 23 oylik bolalar uchun uy sharoitida tayyorlangan ovqatlarni boyitish maqsadida mikronutriyent kukuni bilan;
- 6 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar "A" vitamini bilan;
- 2 — 10 yoshdagi bolalar gelmintoz profilaktikasi bo'yicha maxsus preparatlar bilan bepul ta'minlanadi;
 - 2022-yil 1-iyuldan boshlab:
- homilador va bola emizuvchi ayollar hamda 3 — 15 yoshdagi bolalar yod preparati bilan;
- 35 yoshgacha tug'ish yoshidagi ayollar temir va foliy kislotasi preparati bilan bepul ta'minlanadi;
- 2021-yil 1-apreldan boshlab birinchi nav bug'doy uni bilan bir qatorda oliy nav bug'doy uni mikronutriyentlar bilan boyitilgan taqdirda respublika hududida realizatsiya qilishga ruxsat etiladi.
- Jismoniy tarbiya va sport vazirligi hamda Axborot texnologiyalari va kommunikatsiyalarini rivojlantirish

vazirligi tomonidan aholini sogʻlom turmush tarziga undovchi “Sogʻlom turmush tarzi” platformasi ishlab chiqilayotganligi maʼlumot uchun qabul qilinsin.

Sogʻlik va farovonlik maqsadi: Aholining sogʻlom turmush tarzini qoʻllab-quvvatlash va jismoniy faolligini oshirish markazining (keyingi oʻrinlarda — Markaz) tuman (shahar) boʻlinmalari shtatlarini qayta koʻrib chiqish hisobiga shakllantiriladi. Sogʻliqni saqlash vazirligi (E.I. Basitxanova) Moliya vazirligi (J.I. Abruyev) bilan birgalikda 2022-yil 1-iyulga qadar eksperiment natijalarini tanqidiy tahlil qilib, uni respublikaning barcha hududlarida bosqichma-bosqich tatbiq etish boʻyicha Vazirlar Mahkamasiga taklif kiritsin.

Sogʻliqni saqlash va Oʻzbekiston Respublikasi aholisining sogʻlom turmush tarzi uchun sharoit yaratish mamlakat hukumati oldida turgan muhim vazifalardan biridir. Sogʻliqni saqlash sohasidagi, ayniqsa rivojlanish darajasi oʻxshash mamlakatlar bilan taqqoslaganda, nisbatan yaxshi koʻrsatkichlar buning dalilidir.

Shu bilan birga, bir qator muammolar haligacha hal qilinmayapti. Oʻzbekiston va Markaziy Osiyoning boshqa mamlakatlarida kasallikning ogʻirligi yuqumli boʻlmagan kasalliklar (NCD) ga toʻgʻri keladi, bu esa davolanishning yuqori xarajatlariga, nogironlikka va samaradorlikning pasayishiga va iqtisodiy yoʻqotishlarga olib keladi. Sogʻliqni saqlashning birlamchi tizimi umuman sogʻliqni saqlashga, xususan NIBga boʻlgan ehtiyojni qondirish uchun yetarli darajada moslashtirilmagan. 2000-yildan beri sil va OIV / OITS tufayli oʻlim hollari asta-sekin kamayib borayotgan boʻlsa-da, giyohvandlikka chidamli sil kasalligi tez surʼatlar bilan oʻsib bormoqda va bu jiddiy muammo hisoblanadi.

6.2. Toza suv sanitariya maqsadi

2030-yilga qadar toza va arzon ichimlik suvidan umumiy foydalanish uchun barcha infratuzilmani, yaxshilangan sanitariya

va gigiyena sarmoyasini talab qiladi. Suv tanqisligini kamaytirish uchun o'rmonlar, tog'lar, botqoq yerlar va daryolar kabi ekotizimlarni himoya qilish va tiklash zarur. Suvdan foydalanish masalalarida xabardorlikni oshirish ayniqsa muhimdir. Suvni tortib olish va drenajlash sohasidagi innovatsion texnologiyalarni rivojlantirish, shuningdek, qayta ishlatiladigan suvning ulushini va uni tozalash sifatini nafaqat ichimlik uchun, balki texnologik va qishloq xo'jaligi ehtiyojlari uchun oshirish orqali suvdan foydalanish samaradorligini oshirish mumkin. Aholining barcha qatlamlari uchun yangi texnologiyalarning tejamkorligi va bema'lol foydalanishi muhim rol o'ynaydi.

Sug'orish va boshqa ehtiyojlar uchun suvga ehtiyoj to'liq qondirilmayapti va iqlim o'zgarishi sharoitida Markaziy Osiyoda suv resurslari taqchilligi sezilarli darajada oshadi. Amudaryo va Sirdaryoning drenaj havzalari ko'paygan taqdirda ham, suv hajmi o'sib borayotgan talabni qondirmaydi. Bu holda tanqislik 8% ni tashkil etadi, xuddi shu zaxirada esa 15%. Ammo oqim kamaytirilsa, kamomad 33% ga yetadi.

Rasmiy ma'lumotlarga ko'ra, shaharlarning 88 foizga yaqini va qishloq aholisining 79 foizi musluk suvidan foydalanish imkoniyatiga ega. Biroq, foydalanuvchilarning atigi 17 foizi doimiy foydalanish imkoniyatiga ega va 65 foiz foydalanuvchilar kuniga olti soatdan kam vaqt davomida suv olishadi. Vaziyat, ayniqsa asbob-uskunalarining uzilishlari tez-tez uchraydigan yoki umuman markazlashtirilgan suv ta'minoti tizimi mavjud bo'lmagan qishloq joylarda qiyin.

Haroratning o'zgarishi, dengiz sathining ko'tarilishi, qishda g'ayritabiiy isish davrlari, yozda sovuqlar, issiqlik to'lqinlari, haftalik kuchli yomg'ir, qurg'oqchilik, suv toshqini, o'simlik va hayvonlar turlarining yo'q bo'lib ketishi iqlim o'zgarishi ta'sirining ba'zi omillaridir. Bu inson hayotining deyarli barcha sohalariga - iqtisodiyotga, sog'liqqa ta'sir qiladi. Bu muammo hamma uchun - kichik dehqondan tortib, biznesmengacha, ayniqsa aholining kam ta'minlangan va himoyasiz qatlamlariga, shuningdek ayollar, bolalar va qariyalarga ta'sir qiladi.

Sunami, tropik siklonlar va toshqinlardan yillik yo‘qotishlar yuzlab milliard dollarni tashkil etadi. Aholining uchdan bir qismi tabiiy gidrometeorologik ofatlar (qurg‘oqchilik, sel, ko‘chkilar, toshqinlar, sovuqlar, chang bo‘ronlari, issiqlik to‘lqinlari) hududlarida istiqomat qiladi, bu yerda yog‘ingarchilik, harorat va bug‘lanish tufayli vaziyat yomonlashishi mumkin.

Ushbu muammolar har yili jiddiy ijtimoiy-iqtisodiy oqibatlarga, odamlarning ichki ko‘chib ketishiga olib keladi, infratuzilmani buzadi va qishloq xo‘jaligida suv bilan ta‘minlanishni pasaytiradi (qishloq xo‘jaligining 90 foizi sun‘iy ravishda sug‘oriladi). 2016-yilda 67 ta gidrometeorologik favqulodda vaziyatlar qayd etildi, ulardan 7,723 mlrd. 1977-2015-yillarda 1335 ta sel toshqinlari qayd etilgan, ularning 33 tasi o‘limga olib kelgan. Suvning cheklanganligi bilan bog‘liq muammolar iqlim o‘zgarishi sababli yuqori harorat va yomg‘irning kamligi tufayli yanada kuchayadi, bu esa sug‘orish uchun suvga talabni oshiradi va vegetatsiya davrida daryolar oqimini kamaytiradi.

6.3. Gender tengligi maqsadi

Ushbu maqsad dunyo bo‘ylab ayollar va qizlarga nisbatan kamsitishga barham berishga qaratilgan. Ba‘zi hududlarda mehnat bozorida hali ham katta tengsizlik mavjud va ayollar doimiy ravishda ishlardan teng ravishda foydalanishdan bosh tortmoqda. 84 ta mamlakat va tumanlarda o‘tkazilgan so‘rov natijalariga ko‘ra, ayollar erkaklar kabi o‘rtacha ish haqi to‘lash va oila a‘zolariga g‘amxo‘rlik qilish uchun o‘rtacha uch baravar ko‘proq vaqt sarflashadi. Xabarlarga ko‘ra, uy vazifalariga sarflanadigan vaqt asosan ish haqi to‘lanmagan ishlarda gender tafovutiga bog‘liq.

Ayollarning yetakchilik lavozimlarida kam vakilligi saqlanib qolinmoqda. Bugungi kunda ma‘lumot mavjud bo‘lgan 67 ta mamlakatda ayollar yuqori va o‘rta boshqaruv lavozimlarining uchdan biridan kamrog‘ini egallaydi.

Ayollar va qizlarga ta'lim, sog'liqni saqlash, munosib mehnat va siyosiy va iqtisodiy qarorlar qabul qilish jarayonlarida ishtirok etishda teng imkoniyatlarni taqdim etish barqaror iqtisodiyotga erishishga va umuman jamiyat va insoniyat uchun foyda O'zbekistonda so'nggi yillarda ayollarning davlat boshqaruvida ishtirok etish darajasi oshdi. Shunday qilib, Oliy Majlisda (parlament) ayollar soni 7,3% dan 15,6% gacha o'sdi. Ikkinchidan, gender kvotasining kiritilishi ("O'zbekiston Respublikasining Oliy Majlisiga saylovlar to'g'risida" gi qonunning yangi tahriri, 2003-y) . Unga ko'ra ayollar ulushi siyosiy partiyalardan ko'rsatilgan deputatlikka nomzodlar umumiy sonining kamida 30 foizini tashkil qilishi kerak.

6.4. Barqaror rivojlanish maqsadlarining 3-maqsadi: sog'lik va farovonlik (bolalar salomatligi)

2000-yil sentabrda jahon tarixida va Birlashgan Millatlar Tashkiloti (BMT) tarixida muhim voqea bo'ldi. Unda Barqaror Sammit muhim global davatlarga e'tiborini qaratish uchun 189 mamlakat rahbarlarini to'pladi. Ular ushbu dunyoni butun insoniyat uchun yaxshiroq qilish majburiyatini o'z zimmalariga oldilar. Davlatlar qashoqlikka qarshi kurashish, xizmatlarning asosiy turlaridan bahramand bo'lishni yaxshilash, kasalliklar tarqalishini kamaitirish va atrof-muhitni himoyalash uchun kuch-g'ayratni birlashtirish borasida noyo'b imkoniyatga ega bo'ldilar. "Barqaror Deklaratsiyasi" XXI asrga mo'ljallangan Global kun tartibini belgilab berdi hamda Barqaror Rivojlanish Maqsadlari (MRM) sifatida ma'lum bo'lgan 8ta konkret maqsadga erishishga qaratilgan vazifalarni o'z oldiga qo'ydi. Shunday qilib, 2015-yilgacha bo'lgan davrda rivojlanishning "yo'l xaritasi" bo'lib hisoblandi.

Barqaror rivojlanish maqsadlari, Global maqsadlar sifatida tanilgan, qashoqlikni bartaraf etish, sayorani himoya qilish, shuningdek, barcha insonlar uchun tinchlik va farovonlikni ta'minlashga qaratilgan umumiy chaqiruvdir. Maqsadlar 2015-yil

sentabr oyida BMTga a'zo barcha davlatlar, jumladan, O'zbekiston tomonidan ma'qullandi. Kegin esa, 2015-yil 25-sentabrda Birlashgan Millatlar Tashkiloti Bosh Assambleyasida 70/1-sonli "Dunyomizni o'zgartirish. 2030-yilgacha bo'lgan davrda barqaror rivojlanish sohasidagi kun tartibi" rezolyutsiyasini qabul qildi va u 2016-yil 1-yanvardan kuchga kirdi.

Ushbu hujjat kompleks xarakterga ega 17 maqsad va 169 vazifani o'z ichiga olgan bo'lib, barqaror rivojlanishning har uchta komponenti - iqtisodiy o'sish, ijtimoiy integratsiya va ekologik barqarorlik muvozanatini ta'minlaydi.

Barqaror rivojlanish maqsadlari (BRM) – bu hamma joyda qashoqlik va ochlikni bartaraf etish, mamlakatlar ichida va ular o'rtasidagi tengsizlikni kamaytirish, barcha uchun sog'lom turmush tarzi, adolatli sifatli ta'lim va butun hayot davomida ta'lim olishni, gender tengligini ta'minlash, arzon, ishonchli, barqaror energiya manbalaridan foydalanishni ta'minlash, jadal, keng qamrovli va barqaror iqtisodiy o'sishga, to'liq va samarali ish bilan bandlikka va barcha uchun munosib ishga ko'maklashish, odamlarning yashash tarzi sifatini yaxshilash bilan bog'liq ekologiya va boshqa muhim sohalar barqarorligini ta'minlash.

BMTning BRM ko'rsatkichlari bo'yicha tavsiyalariga asoslanib hamda ushbu maqsadlarga erishish bo'yicha dasturlarga va milliy ustuvor yo'nalishlarga e'ttibor qilgan holda, O'zbekiston zarur axborot bazasini takomillashtirish va rivojlantirish bo'yicha o'z rejalarini ishlab chiqdi.

Barqaror rivojlanish maqsadlarining 3-maqsadi "Sog'liq va farovonlik" deb nomlanadi va maqsadning mohiyati: "Sog'lom turmush tarzini ta'minlash va barcha yo'shdagi kishilarning farovonligiga ko'maklashish"dan iborat. Ushbu maqsad quydagi vazifalarni o'z ichiga oladi:

- Bolalar salomatligi.
- Onalik muhofazasi.
- OIV/OITS bezgak va boshqa kasalliklar.

Sogʻlom turmush tarzini taʼminlash va har qanday yosh davrida barchaning farovonligiga koʻmaklashish gullab-yashnayotgan jamiyat qurishda muhim ahamiyatga ega. Biroq soʻnggi yillarda aholi salomatligi hamda farovonligini yaxshilash borasida erishilgan sezilarli muvaffaqiyatlarga qaramay, sogʻliqni saqlash tizimi xizmatlaridan foydalanishda tengsizlik hamon saqlanib qolmoqda.

Har yili 6 milliondan ziyod bola besh yoshga toʻlmay vafot etadi. Rivojlanayotgan hududlardagi barcha ayollarning yarmigina ularga zarur boʻlgan tibbiy xizmatlardan foydalana oladi.

Birlashgan Millatlar UNISEF Bolalar jamgʻarmasining bildirishicha, 1990-yildan boshlab, oʻtgan 20 yil ichida 5 yoshgacha boʻlgan goʻdaklar orasida oʻlim hollari keskin kamaygan.

Xalqaro jamgʻarmaning xulosasiga qaralsa, bunga ayrim qashshoq davlatlarning boyib borayotgani sabab boʻlgan. Bundan tashqari, onalarni bolalarini koʻkrak suti bilan oziqlantirishga undash va turli xil yuqumli xastaliklarga qarshi olib borilgan emlash amaliyotlari ham yaxshi samara bergan. Birgina qizamiqqa qarshi emlashlarning oʻzi esa, yigirma yildan ortiqroq vaqt ichida bolalar oʻlimini yarim milliondan yuz mingga tushirgan.

Ayniqsa, chetdan katta miqdorda xorijiy yordam oluvchi davlatlarda vaziyat nihoyatda oʻnglangani kuzatilmoqda. UNISEF mas'ullari bunga misol oʻlaroq Lao Xalq Respublikasi, Sharqiy Timor va Liberiyaning keltirishadi.

Agar faktlarga qaralsa, 5 yoshgacha boʻlgan goʻdaklar orasidagi oʻlim hollarining teng yarmi dunyoning besh davlati - Hindiston, Nigeriya, Kongo Demokratik Respublikasi, Pokiston va Xitoy hissasiga toʻgʻri kelarkan.

Afrika mintaqasida joylashgan ayrim davlatlarda ham bolalar oʻlimi bilan bogʻliq vaziyat ancha yomon.

Kongo Demokratik Respublikasi, Chad, Somali, Mali, Kamerun va Burkina Fasoda bu kabi oʻlim hollarining deyarli barchasiga bezgak xastaligi sabab boʻlgan.

Shuningdek, dunyoning ayrim hududlarida kechayotgan qurolli nizolar ham bolalarning o'limiga asosiy sabablardan biridir. To'yib ovqat yemaslik muammosi esa, butun dunyo bo'ylab 30 foizdan ortiqroq go'dakning umriga zomin bo'ladi.

«Bolalar o'limi darajasi va tendensiyalari, 2017» hisoboti Birlashgan Millatlar Tashkilotining Bolalar jamg'armasi (UNICEF), Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti, Jahon banki va UNDESA aholishunoslik bo'limi tomonidan tayyorlangan global hisobotga ko'ra, dunyo bo'ylab har kuni 5 yoshgacha bo'lgan 15 ming bola vafot etmoqda, ulardan 46 foizi - 7 ming yangi tug'ilgan chaqaloq – 2016-yilgi ma'lumotlarga ko'ra, hayotning birinchi 28 kunida nobud bo'ladi. Dunyoda besh yoshgacha bo'lgan bolalar o'limi darajasi kamayib bormoqda, ammo chaqaloqlar o'limi ko'rsatkichlarining pasaytirish tezligi ortda qolmoqda.

Bolalar o'limining oldini olish uchun oddiy, arzon yechimlar mavjud, ammo ular har doim eng zaif guruhlar yoki chekka hududlardagi onalar va bolalarni qamrab olmaydi.

Hisobot mualliflarining ta'kidlashicha, bolalar uchun hayotining birinchi oyida o'lim xavfi katta:

«5 yoshgacha bo'lgan bolalar o'limida neonatal o'lim darajasi hissasi oshib bormoqda – hamda bu tendensiya jahon hamjamiyati tezda choralar ko'rmaguncha davom etadi».

«Achinarlisi, yangi tug'ilgan chaqaloqlar o'limining ko'pchiligi oldini olish yoki davolash imkoni bo'lgan omillar tufayli hayotdan ko'z yumadi: ya'ni, erta tug'uruq, tug'uruq paytidagi asoratlari, sepsis, zotiljam, qoqshol va diareya kabi infeksiyalar tufayli».

O'zbekistonda 5 yoshgacha bo'lgan bolalar o'limini kamaytirish borasida muvaffaqiyatga erishilgan bo'lsada, rasmiy ma'lumotlar 5 yoshga to'lmagan vafot etgan bolalar o'limining 57 foizi tug'ilganidan so'ng 28 kun ichida nobud bo'lganlarga to'g'ri keladi. Birinchi muammoning yechimini ta'minlash uchun nafaqat davolash va sog'liqni saqlashga e'tiborni qaratish zarur, balki onalar ishlashi uchun g'amxo'rlik qilish, imtiyozlar berish va zarur shart-sharoitlarni yaratishni ham inobatga olish kerak.

6.5. Barqaror rivojlanish maqsadlari bo'yicha O'zbekistonda amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar

Barqaror rivojlanish maqsadlari doirasida O'zbekiston amalga oshirgan kompleks chora-tadbirlar hamda uning natijalari yuksak e'tirofga loyiq.

2015-yil sentabr oyida O'zbekiston Respublikasi dunyoning boshqa davlatlari qatori 2030-yilgacha bo'lgan davrda barqaror rivojlanish kun tartibiga (Kun tartibi - 2030) sodiqligini ta'kidlab, barqaror, keng qamrovli va izchil iqtisodiy o'sishni, ijtimoiy integratsiyani va atrof-muhitni muhofaza qilishni ta'minlash, shuningdek, sayyoramizda tinchlik va xavfsizlikni ta'minlashga ko'maklashish majburiyatini o'z zimmasiga oldi. Vazirlar Mahkamasining 2018-yil 20-oktabrdagi "2030-yilgacha bo'lgan davrda barqaror rivojlanish sohasidagi milliy maqsad va vazifalarni amalga oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi 841-sonli qarori qabul qilindi.

O'zbekiston hukumatining barqaror iqtisodiy o'sish, daromadlarning aholi o'rtasida adolatli taqsimlash va aholi farovonligini oshirishga qaratilgan ijtimoiy-iqtisodiy siyosati jamiyatda ijtimoiy totuvlik va ahllikni hukm surishiga xizmat qilmoqda. Jahon tajribasida jamiyatda ijtimoiy tabaqalanish va xavfsizlik darajasini baholashning yana bir mezoni – Jini indeksidan keng foydalaniladi. O'zbekistonda mustaqillik yillarida Jini indeksi ko'rsatkichi 0,39 dan 0,296 ga pasaydi. Bu natija belgilangan xalqaro standartlar nuqtai nazaridan qaraganda, aholimizning ijtimoiy farovonligi muttasil o'sib borayotganidan dalolat beradi.

Barqaror rivojlanishning aynan 3-maqsadi ya'ni Sog'liq va farovonlik (Bolalar salomatligi) borasida Respublikamizda amalga oshirilgan ishlarga to'xtalib o'tadigan bo'lsak:

Mamlakatimizda 2009-2019-yillarda bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'limi har mingta yangi tug'ilgan bolalarda 11,7 dan 9,3 promillega (shahar joylarda 1000ta tirik tug'ilgan chaqaloqqa

nisbatan 1 yoshgacha o'lgan chaqaloqlar soni 14,2dan 11,3ga, qishloq joylarda esa 10,0dan 7,5ga) qisqardi. Shundan, o'g'il bola chaqaloqlar o'limi 13,2 promilledan 10,5 promillega, qiz bola chaqaloqlar o'limi koeffitsiyenti 10,0 dan 7,9 promillegacha pasaydi.

Bolalar o'limining qisqarishi bo'yicha erishilgan ijobiy natijalar tug'uruq davrida go'daklar o'limi, bolalar o'limi, immunizatsiya, bolalar kasalliklarini integratsiyalashgan holda nazorat qilish kabi sohalarda zaruriy chora-tadbirlarni amalga oshirish imkonini berdi.

4-jadval

5 yoshgacha o'lgan bolalar soni to'g'risida ma'lumot (kishi)

Hududlar	2014	2015	2016	2017	2018	2019
O'zbekiston Respublikasi	9697	10802	10148	11012	9829	9790
Qoraqalpog'iston Respublikasi	645	640	678	802	688	572
viloyatlar:						
Andijon	989	1197	1197	1341	1240	1158
Buxoro	497	511	474	473	376	415
Jizzax	382	411	444	548	450	520
Qashqadaryo	822	947	857	1011	1027	936
Navoiy	236	248	241	257	188	216
Namangan	863	971	839	1142	997	945
Samarqand	956	1196	933	915	962	952
Surxondaryo	904	937	917	971	927	959
Sirdaryo	236	282	312	302	283	295
Toshkent	763	824	831	801	700	752
Farg'ona	926	1008	846	830	730	730
Xorazm	676	696	707	769	608	635
Toshkent sh.	802	934	872	850	653	705

Besh yoshgacha bo'lgan bolalar o'limi 2014-2019-yillarda 9697 tadan 9790 taga yetdi. Ammo bu ko'rsatkich son jihatdan o'sgan bo'lsada mamlakatning jami aholisiga nisbatan bu ko'rsatkich kamayganini ko'rishimiz mumkin. Ya'ni, besh yoshgacha bo'lgan bolalar o'limi 2009-2019-yillarda har mingta tirik tug'ilganga nisbatan 15,9 dan 12,4 promillega qisqardi. Shundan, shahar joylarda 1000ta tirik tug'ilgan chaqaloqqa nisbatan 5 yoshgacha o'lgan bolalar soni 19,8 promilledan 14,3 promillega, qishloq joylarda esa 13,5 dan 10,8 promillegacha pasaydi.

Birinchi tibbiy yordam sifati tubdan yaxshilandi. Qishloq vrachlik punktlarini modernizatsiya ishlarini amalga oshirish aholining to'laqonli ravishda sifatli tibbiy xizmatga ega bo'lish imkonini berdi. Shuningdek, aholini yodlangan tuz bilan ta'minlash ko'rsatkichi ham sezilarli darajada yaxshilandi. Bu aholi o'rtasida yod tanqisligi bilan kasallanish darajasini keskin kamayishiga olib keladi. Temir moddasi va folat kislotasi tanqisligi sabali kelib chiquvchi kasalliklar hamda mikrooziq-lantiruvchilar va vitaminlar tanqisligiga barham berish maqsadida un va un mahsulotlarini fortifikatsiya qilish bo'yicha Milliy dastur ishlab chiqildi. Mazkur chora-tadbirlar natijasida besh yoshgacha bo'lgan bolalar kamqonligi qisqardi. (5-jadval)

5 -jadval

O'zbekistonda kamqonlik bilan kasallanish holati

	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019
Umumiy aholi soni	7911,2	6592,2	6098,3	5862,1	5125,7	5248,9	5332,8
Besh yoshgacha bo'lgan bolalar	13198,3	11872,9	11187	11164,3	10770,9	11099,4	10775,5
Homilador ayollar	3604,6	3496,9	3322,4	2985,3	2758,1	2761,8	3011,7

Umuman olganda Sog‘lom turmush tarzini ta‘minlash va barcha yoshdagi kishilarning farovonligiga ko‘maklashish bo‘yicha O‘zbekistondagi holatni quyidagi statistik raqamlar orqali ham ko‘rish mumkin. (6-jadval)

6-jadval

Sog‘lom turmush tarzini ta‘minlash va barcha yoshdagi kishilarning farovonligiga ko‘maklashish bo‘yicha O‘zbekistondagi holat

	2014	2015	2016	2017	2018
Indikator 3.1.1. Onalar o‘limi koeffitsiyenti, 100 000 tirik tug‘ilganlarga nisbatan.	19,1	18,9	17,4	21,0	20,2
Indikator 3.1.2. Malakali tibbiyot xodimlari tomonidan qabul qilingan tug‘uruqlar ulushi,%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Indikator 3.2.1. Besh yoshgacha bo‘lgan bolalar o‘limi koeffitsiyenti, 1000 ta tirik tug‘ilganlarga	13,9	15,1	14,1	15,4	13,1
Indikator 3.2.2. Neonatal o‘lim koeffitsiyenti, 1000 ta tirik tug‘ilganlarga	7,1	7,9	7,1	7,8	6,9
Indikator 3.3.1. Har 1000 ta infeksiya qayd etilmaganlarga to‘g‘ri keladigan yangi OIV bilan kasallanishlar soni, jinsi va yoshi bo‘yicha.	0,138	0,133	0,125	0,131	0,132
Indikator 3.3.2.1. Sil kasalligi bilan kasallanish, 100 000 aholiga nisbatan.	47,8	46,9	45,3	44,9	43,0
Indikator 3.3.3. Bezgak kasalligi bilan kasallanish, 1000 aholiga nisbatan.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Indikator 3.3.4.1. Gepatit B bilan kasallanish, 100 000 aholiga nisbatan.	1,1	1,1	0,8	0,8	0,6
Indikator 3.3.4.2. Gepatit C bilan kasallanish, 100 000 aholiga nisbatan.	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Indikator 3.4.1. 30-69 yoshdagi yurak qon-tomir, xavfli o‘simtalar, qandli diabet va surunkali nafas olish kasalliklaridan standartlashtirilgan yosh bo‘yicha o‘lim darajasi ko‘rsatkichi.	288,6	279,7	281,2	279,3	264,9
Indikator 3.4.2. O‘z joniga qasd qilishdan o‘lim darajasi, jins va yosh bo‘yicha	6,8	7,6	7,7	7,5	6,9
Indikator 3.5.2. Kalendar yil uchun 15 yosh va undan katta aholi jon boshiga to‘g‘ri keladigan toza spirt hisobidagi alkogol iste‘moli, litrlarda.	7,0	7,0	7,0	6,3	6,4

Sogʻliqni saqlash va Oʻzbekiston Respublikasi aholisining sogʻlom turmush tarzi uchun sharoit yaratish mamlakat hukumati oldida turgan muhim vazifalardan biridir. Sogʻliqni saqlash sohasidagi, ayniqsa rivojlanish darajasi oʻxshash mamlakatlar bilan taqqoslaganda, nisbatan yaxshi koʻrsatkichlar buning dalilidir.

Oʻzbekistonda BRMning 3-maqsadi boʻyicha oʻz oldiga qoʻygan milliy vazifalar quyidagilardan iborat:

3.1-vazifa. 2030-yilgacha onalar oʻlimi koʻrsatkichini uchdan bir marta qisqartirish.

3.2-vazifa. 2030-yilgacha yangi tugʻilgan chaqaloqlar va besh yoshgacha boʻlgan bolalar orasidagi oʻlimni ikki marta kamaytirish.

3.3-vazifa. Aholining tuberkulyoz va OIV bilan zararlanish darajasini kamaytirish (90-90-90) hamda suv orqali yuqadigan gepatit va boshqa yuqumli kasalliklarga qarshi kurashni taʼminlash.

3.4-vazifa. 2030-yilgacha aholi oʻrtasida yurak-tomir, onkologik, qandli diabet va surunkali respirator kasalliklar tufayli bevaqt oʻlimni 30 foizga qisqartirish.

3.5-vazifa. Ruhiy faollashtiruvchi moddalarga qaramlik, shu jumladan, giyohvand moddalar va alkogolli ichimliklarni suiisteʼmol qilishning profilaktikasi va davolanishini yaxshilab borish (alkogolning zararli isteʼmol qilinishini 10 foizga kamaytirish).

3.6-vazifa. 2025-yilgacha yoʻl-transport hodisalari sonini, jumladan, piyodalar tomonidan yoʻl harakati qoidalarining buzilishi natijasida yuzaga keladigan YTH holatlarini ikki baravar qisqartirish.

3.7-vazifa. 2030-yilgacha jinsiy va reproduktiv salomatlikni asrash boʻyicha xizmatlardan, shu jumladan, oilani rejalashtirish va oʻn sakkiz yoshgacha boʻlgan qizlar uchun nikoh yoshini uzaytirish xizmatlaridan umumiy foydalanishni hamda milliy strategiya va dasturlarda reproduktiv salomatlikni asrash masalalarining hisobga olinishini taʼminlash.

3.8-vazifa. Sogʻliqni saqlash xizmatlari bilan umumiy qamrab olishni, shu jumladan, sogʻliqni saqlashga sarflanayotgan katta xarajatlar tufayli himoyalashni, asosiy sifatli tibbiy-sanitariya xizmatlaridan foydalanish va barcha uchun xavfsiz, samarali, sifatli va arzon asosiy dorivor va emlash vositalaridan foydalanish imkoniyatini ta'minlash.

3.9-vazifa. Xavfli kimyoviy moddalarning ta'siri, havo va suvning ifloslanishi natijasida, jumladan kimyoviy ishlab chiqarish hamda zararli moddalar koʻmilgan joylarda, oʻlim va kasallanish holatlarini qisqartirish.

3a-vazifa. Zaruratga koʻra, Jahon sogʻliqni saqlash tashkilotining tamakiga qarshi kurash Hadli dasturi amalga oshirilishini jonlantirish.

3b-vazifa. Yuqumli va yuqumli boʻlmagan kasalliklarni davolash uchun emlash va dorivor vositalar boʻyicha tadqiqotlar va ishlanmalarga koʻmaklashish; Intellektual mulk huquqining savdo aspektlari boʻyicha bitimining aholi salomatligini asrash maqsadida moslashishini namoyon etish va, xususan, barcha uchun dorivor vositalardan foydalanish imkoniyatini ta'minlash boʻyicha qoidalaridan rivojlanayotgan mamlakatlarning toʻliq hajmda foydalanishi koʻzda tutilgan "TRIPS boʻyicha bitim va jamoatchilik sogʻligʻini saqlash" Doxa deklaratsiyasiga muvofiq, arzon asosiy dorivor hamda emlash vositalaridan foydalanish imkoniyatini yaratish.

3v-vazifa. Sogʻliqni saqlashni moliyalashtirishni izchil oshirish, kadrlarni tayyorlash va tibbiy xizmat koʻrsatish sifatini oshirish, munosib ish haqi bilan ta'minlash.

3g-vazifa. Xalqaro tibbiy-sanitariya qoidalarining (XTSQ) joriy qilinishi hamda umumiy sogʻliqni saqlash sohasidagi favqulodda vaziyatlarda chora-tadbirlarni amalga oshirishga tayyorlikni ta'minlash

Bundan tashqari ta'kidlash joizki, Jahon sogʻliqni saqlash tashkilotining statistik ma'lumotlariga koʻra, 2019-yilda tugʻilishda kutilayotgan umr koʻrish davomiyligi 75,1 (ayollarda 77,4 yosh, erkaklarda 72,8 yosh) yoshni tashkil etadi va 2000-yilga nisbatan

4,3 yilga ko‘paygan. Kuzatilayotgan yutuq qisman sog‘liqni saqlash tizimiga sarflanadigan xarajatlarning yuqoriligi va yuqori daromadli mamlakatlar uchun xos bo‘lgan xarajatlar darajasiga teng bo‘lishi bilan bog‘liq.

Nazorat va muhokama uchun savollar:

1. Barqaror rivojlanish maqsadlari qachon qabul qilingan va o‘z ichiga nimalarni oladi?
2. Barqaror rivojlanish maqsadlarini sanab o‘ting.
3. Reproduktiv salomatlik sifatini belgilovchi qanday ko‘rsatkichlar mavjud?
4. Sog‘lik va farovonlik maqsadi milliy darajada qanday vazifalarni o‘z ichiga oladi?
5. O‘zbekistonda gender tengligi ayollarning reproduktiv salomatligiga qanday ta’siri bor?
6. Mamlakatimizda 2009-2019-yillarda bir yoshgacha bo‘lgan bolalar o‘limi dinamikasi qanday bo‘lgan?

ATAMALAR LUG‘ATI

Avlod – muayyan bir vaqtda tug‘ilgan insonlarga tegishli bo‘lib, ko‘pincha bir kalendar yiliga teng. Shu bilan birga, demografiyada ota-onalar nolinchi, ularning farzandlari birinchi, nevaralari esa ikkinchi avlod hisoblanadi.

Avlod uzunligi – bu ota-onalar avlodi o‘rnini ularning bolalari bosishi uchun kerak bo‘ladigan o‘rtacha vaqtdir. Ayol aholi uchun avlod uzunligi 30 ± 2 yil atrofida tebranadi, erkak aholi uchun esa u nisbatan kattaroqdir.

Ajralish avloddagi nikoh juftliklarining nikohni bekor qilishi natijasida yuzaga keladigan demografik jarayondir. Bu er va xotinning hayot vaqtidagi nikohning bekor qilinishidir.

Aniq yosh – imkoni boricha maksimal aniqlik bilan o‘lchangan, tug‘ilgan vaqtdan joriy daqiqagacha bo‘lgan davr oralig‘iga tengdir. Masalan, insonni tug‘ilgan vaqtini aniq bilgan holda aytish mumkinki, qandaydir vaqtda uning yoshi 31 yil 4 oy 13 kun 7 soat 30 minut 28 sekundga teng.

Aholining jins tarkibi – aholining erkak va ayollarga taqsimlanishidir. **Aholining yosh tarkibi** – bu aholining yosh guruhlari va yosh kontingentlari bo‘yicha taqsimotidir.

Aholi soni muayyan bir hududda yashovchi aholining umumiy miqdori hisoblanadi. Aholi soni tug‘ilish va o‘lim natijasida muntazam o‘zgarib turadi, muayyan bir hududlar uchun esa aholi migratsiyasi natijasida o‘zgaradi.

Demografik jarayon – tug‘ilish, o‘lim, nikoh va ajralish bo‘lib, demografiyada aholining takror barpo bo‘lishi sifatida, tegishli demografik hodisalarning vujudga kelishi natijasida sodir bo‘ladi.

Demografik prognoz – bu aholi harakatining asosiy parameterlarini va istiqboldagi demografik vaziyatni, aholining son va sifat tavsiflarini, yosh-jins va oilaviy tarkibini, tug‘ilish, o‘lim, migratsiya jarayonlarini ilmiy asoslangan holda oldindan ko‘ra bilishdir.

Doimiy aholi ma’lum hududda ro‘yxatga olish vaqtida doimiy yashovchi aholi.

Yosh akkumulyatsiyasi – bu aholining ma’lum bir yoshlaridagi sonining qo‘shnilariga nisbatan ko‘proq yig‘ilib qolishidir. Yosh

akkumulyatsiyasi odamlarning psixologik ta'sir ostida sonli o'zgaruvchilarni yaxlitlab yuborishga moyilligi ostida vujudga kelib, ular aniq sonlar o'rniga yaxlitlangan, yaqin bo'lgan kattaliklarni aytishadi.

Yosh-jins piramidasi ikki tomonlama chiziqli diagrammani o'zida aks ettirib, undagi aholi yosh va jins bo'yicha birgalikda taqsimlangan, bunda grafikning bir tomonida (o'ngdan) ayol jinsli aholi, ikkinchi tomonda esa (chap tomonda) erkak jinsli aholi aks ettiriladi. Diagrammaning vertikal o'qi yosh shkalasini o'zida namoyon etib, u bir yoki besh yillik intervallarga bo'linib, 0 yildan boshlanadi va yuqori yosh yoki ochiq yosh intervali bilan tugallanadi.

Yillar to'lgandagi yosh – bu aniq yoshning to'liq sonlarga ega bo'lmagan qismidir, u oxirgi tug'ilgan kundagi aniq yoshiga tengdir. Aynan shu yosh bo'yicha odatda “Yoshingiz nechada?” degan savolga javob beriladi. Matematik jihatdan bu pastga qarab to'liq songacha qoldiq qismlar kattaligini hisobga olmasdan yaxlitlab yuborilishini anglatadi.

Intergenetik interval – bu birinchi, ikkinchi va undan keyingi farzandlar tug'ilishi o'rtasidagi vaqt.

Koeffitsiyentlar va **ehtimolliklar** – aholining turli tavsiflari nisbatini, uning tarkibini, demografik jarayonlarni, aholining takror barpo bo'lishini ifodalaydigan nisbiy ko'rsatkichlardir.

Kalendar yillarning farqi sifatida hisoblangan yosh o'z ta'rifidan ham nimani anglatishini bildirib turibdi. Agar kishining tug'ilgan yili ma'lum bo'lsa (masalan, 1979-yil), bunda uning kalendar yillar farqi bo'yicha yoshi joriy tug'ilgan yilning farqiga tengdir (masalan, $2010-1979=31$).

Kogort lotincha so'z bo'lib, bir tomondan rim piyodalarining taktik birligini anglatgan bo'lsa, ikkinchi tomondan, odamlarning mustahkam jiplashgan guruhiga nisbatan qo'llaniladi. Demografik tadqiqotlarda kogort sifatida yangi demografik holatga kirgan shaxslar jamlanmasi ko'rib chiqiladi.

Neonatal davr bolaning tug'ilganidan to 28 kunigacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Ushbu ko'rsatkich go'daklar o'limining asosiy qismlaridan biri bo'lib, chaqaloqlarning shu davrga to'g'ri

keladigan o‘lim salmog‘i qancha baland bo‘lsa, go‘daklar o‘limining darajasi shunchalik past bo‘ladi.

Nikoh aylanasi nikohdagi juftliklar yig‘indisidan iborat bo‘lib, jamiyatdagi qonunchilik, ma‘naviy-etnik me‘yorlar, juftliklarning shaxsiy sifatlari va ijtimoiy-iqtisodiy holatlari bilan belgilanadi.

Nikoh bozori – bu nikohga layoqatli aholining turli guruhlaridagi nisbatlar tizimini ko‘rsatuvchi shartli belgidir. Mazkur bozordagi holat nikohga kirish ehtimolligiga, muayyan hudud aholisining jinsiy tarkibiga va nikohga layoqatli aholi tarkibidagi salohiyatli nikoh juftliklarining miqdoriga bog‘liq.

Nikoh davomiyligi – nikoh boshlanishidan to tugatilishigacha bo‘lgan davrni tavsiflovchi ko‘rsatkich. Odatda nikoh davomiyligi yillarda, kamdan-kam hollarda oylarda o‘lchanadi. Nikoh davomiyligi real, gipotetik yoki kogort sifatida ko‘rib chiqiladi.

Nikoh tanlovi berilgan nikoh aylanasi ichida nikoh juftliklarini tanlashdan iborat bo‘lib, unga ijtimoiy-iqtisodiy, madaniy, psixologik va antropologik mezonlar ta‘sir o‘tkazadi hamda ularning har birining ta‘siri vaqt davomida o‘zgarib turadi.

Perinatal davr – homilaning 28 haftadan boshlab, chaqaloq hayotining dastlabki 7 sutkasigacha bo‘lgan davrni qamrab oladi. “Perinatal o‘lim” tushunchasi birinchi marta S.Pefler (1948-y) tomonidan qo‘llanilgan bo‘lib, tarjima qilinganda “tug‘uruq atrofidagi yo‘qotish”, degan ma‘noni anglatadi.

Promille – ko‘rilayotgan kattalikning mingdan bir ulushidir.

Protegenetik interval nikohga kirgan vaqt bilan birinchi farzand tug‘ilgan vaqt oraliq‘idir.

Postneonatal davr neonatal davrdan keyingi davr bo‘lib, 28 kundan 1 yoshga to‘lgunga qadar bo‘lgan oraliqni o‘z ichiga oladi.

Reproduktiv mayl – shaxsning farzandning nikohda yoki nikohsiz tug‘ilishi yoki tug‘ilishidan voz kechishiga qaratilgan harakati, munosabati va ruhiy holatlarining yaxlit tizimidir.

Tug‘ilish bir avlod yoki avlodlar guruhini tashkil etuvchi muayyan aholi majmuidagi farzandlarning dunyoga kelish jarayoni tushuniladi. Hozirgi o‘lim darajasi past bo‘lgan sharoitlarda tug‘ilish jarayoni aholi takror barpo bo‘lishidagi yetakchi omil sanalib, uning

tartibi (toraytirilgan, oddiy, kengaytirilgan) va yosh-jinsiy tarkib evolyutsiyasining umumiy yo‘nalishini belgilaydi.

Tug‘ilish jadvallari – ma’lum bir ayollar avlodida farzand tug‘ish jarayonini tavsiflaydigan shartli raqamli demografik modelni ifodalaydi. Bu ayollar ma’lum bir guruhida farzand tug‘ish jarayoni vaqt bo‘yicha o‘zgarishi va boshqa tavsiflarini ko‘rsatadigan tartibga solingan raqamlar qatori.

Tug‘ilishning nazorati – tug‘ilishning darajasini pasaytirish va mamlakatda aholi o‘sish sur‘atlarini sekinlashtirish maqsadida davlatning demografik siyosat vositalari bilan aholining tug‘ilishi jarayoniga ta’siri.

Tug‘ilish taqvim – farzand ko‘rish davri yoki nikohda bo‘lish davrida farzand tug‘ilishining vaqt jihatidan taqsimlanishidir.

To‘liq o‘lim jadvali – bu bir yillik koeffitsiyentlar asosida hisoblab chiqariladigan o‘lim jadvali. Mazkur holda o‘lim jadvali qadami 1 ga teng bo‘ladi. Odatda, ular 0 dan 100 gacha bo‘lgan yosh davrini qamrab oladi.

Shartli avlod - nazariy abstraksiya, real avlodlar guruhlaridan tashkil topgan modeldir. Ma’lum ma’noda aholi turli yoshdagi zamondoshlar guruhi sifatida shunday shartli avlod hisoblanadi.

O‘lim – organizm hayot faoliyatining muqarrar qonuniy to‘xtashi. U qayd etilgandan so‘ng hayot funksiyasini tiklash mumkin emas va har qanday qayta tiriltirish choralari ham insonni hayotga qaytara olmaydi.

O‘lim jadvali joriy yilda ayrim yoshlardagi o‘lim ko‘rsatkichlariga asoslangan holda aholining hayoti mobaynida kamayib borishini ko‘rsatuvchi va bir-biri bilan uzviy bog‘liq bo‘lgan ko‘rsatkichlar tizimidan tashkil topgan jadval.

Quyidan keksayish – bu tug‘ilishning qisqarib borishi natijasida aholining yosh tarkibida bolalar salmog‘ining kamayib, qariyalar salmog‘ining esa ortib borishidir.

Qisqa o‘lim jadvalida bir qadam 5 yilga teng bo‘ladi. Biroq, bunda aksariyat hollarda hayotning birinchi yili alohida ajratiladi (o‘lim jadvalida 0 belgisi yoziladi) va butun birinchi besh yillik bir yillik guruhda ko‘rib chiqiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

Asosiy adabiyotlar

1. Abduraxmanov Kalandar. Labor economics. Theory and practice. Scientific Publishing 'ouse IVG London. Copyrig't 2020. ISBN UK Print 978-1-912966-004. ISBN UK E-Book 978-1-912966-01-1. P 615.

2. Abdurahmonov Q.X. Mehnat iqtisodiyoti (nazariya va amaliyot). Darslik. – T.: «FAN», 2019 yil. - 670 b.

3. К.Х.Абдурахманов. Экономика труда. Теория и практика. Учебник: в 2 ч. – Москва: ФГБОУ ВО «РЕУ им. Г. В. Плеханова», 2019.

4. Бланк И.А. “Финансовый менеджмент”, Киев – Ника-Тсентр – 2004 Павлова Л.Н. Финансовый менеджмент: Учебник для вузов. — 2-э изд., перераб. и доп. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. - 269 с.

5. Sloan, F. and C-R. Hsieh (2012), 'Health Economics', MIT Press.

6. Sloane, P., Latreille, P. and N. O'Leary (2016), 'Modern Labour Economics',

7. Routledge.Keeley, Brian. 2007. Human Capital: How What You Know Shapes Your Life. Organization for Economic Cooperation and Development. ISBN-13: 978-9264029088

8. Becker, Gary S. 1993. Human Capital. Third Edition. The University of Chicago Press. ISBN-13: 978-0226041209

Qo'shimcha adabiyotlar

1. O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasi- T.: O'zbekiston, 2017. - 46 b.

2. O'zbekiston Respublikasining Mehnat kodeksi: (2011-yil 1-iyulgacha bo'lgan o'zgartish va qo'shimchalar bilan) Rasmiy nashr – O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirligi. – T.: Adolat, 2011. – 276 b.

3. Borjas, G. (2016), 'Labor Economics', McGraw Hill.

4. Miller, Riel. 1996. Measuring What People Know: Human Capital Accounting for the Knowledge Economy. Organization for

Economic Cooperation and Development. ISBN-13: 978-9264029088

5. Checchi, Daniele 2006. The Economics of Education: Human Capital, Family Background, and Inequality. Cambridge University Press. ISBN: 9780521066464

Internet saytlari

1. [http: // www.mehnat.uz](http://www.mehnat.uz) – O‘zbekiston Respublikasi Bandlik va mehnat munosabatlari vazirligining rasmiy sayti.

2. [http: // www.edu.uz](http://www.edu.uz) – O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta’lim vazirligining rasmiy sayti

3. [http: // www.stat.uz](http://www.stat.uz) – O‘zbekiston Respublikasi Statistika bo‘yicha davlat qo‘mitasining rasmiy sayti.

Aziza IRMATOVA

AHOLI VA REPRODUKTIV SALOMATLIK

**Toshkent – «INNOVATSION RIVOJLANISH
NASHRIYOT-MATBAA UYI» – 2021**

Muharrir:	S.Alimboyeva
Tex. muharrir:	A.Moydinov
Musavvir:	A.Shushunov
Musahhih:	L.Ibragimov
Kompyuterda sahifalovchi:	M.Zoyirova

E-mail: nashr2019@inbox.ru Tel: +99899920-90-35

№ 3226-275f-3128-7d30-5c28-4094-7907, 10.08.2020.

Bosishga ruxsat etildi 23.06.2021.

Bichimi 60x84 1/16. «Timez Uz» garniturasini.

Ofset bosma usulida bosildi.

Shartli bosma tabog'i: 10,5. Nashriyot bosma tabog'i 10,0.

Tiraji: 50. Buyurtma № 112

«INNOVATSION RIVOJLANISH NASHRIYOT-MATBAA

UYI» bosmaxonasida chop etildi.

100174, Toshkent sh, Olmazor tumani,

Universitet ko'chasi, 7-uy.



ISBN 978-9943-7421-9-2

