

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI

Əlyazması hüququnda

**AŞAĞI FİZİKİ AKTİVLİYİN ƏHALİNİN SAĞLAMLIĞINA,
ƏMƏK QABİLİYYƏTİNƏ VƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİNƏ
AĞIRLAŞDIRICI TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ VƏ ONUN
ARADAN QALDIRILMASI YOLLARI**

Ixtisas: 3212.01- Səhiyyə və onun təşkili

Elm sahəsi: Tibb

İddiaçı: **İlahə Faiq qızı İslamzadə**

Fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

AVTOREFERATI

BAKI - 2021

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin "İctimai sağlamlıq və səhiyyənin təşkili" kafedrasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

Tibb elmləri doktoru, professor
Rafiq Ənvər oğlu Çobanov

Rəsmi opponətlər:

Tibb elmləri doktoru, professor
Leyla Rzaquliyeva
Tibb elmləri doktoru
Kamal Qafar oğlu Qafarov
Tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Mehparə Musa qızı Kazımova

Azərbaycan Respublikasının Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyasının akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.03 Dissertasiya şurası

Dissertasiya şurasının sədri:

AMEA-nın müxbir üzvü, əməkdar
elm xadimi, tibb elmləri
doktoru, professor
Elmar Mustafa oğlu Qasimov

Dissertasiya şurasının elmi katibi:

Tibb elmləri doktoru, dosent
Nazilə Məmməd qızı Rüstəmov

Elmi seminarın sədri:

Tibb elmləri doktoru, dosent
Anar Əzəm oğlu Ağayev



İŞİN ÜMUMU XARAKTERİSTİKASI

Mövzunun aktuallığı: Aşağı fiziki aktivlik (FA) bütün dünyada sağlamlığın pis vəziyyətdə olmasının ən geniş yayılmış, sabit amillərindən biridir. O, bütün dünyada ölüm riskinin əsas səbəblərindəndir. Eyni zamanda aşağı FA ürək-damar xəstəlikləri, xərçəng və II tip şəkərli diabet kimi qeyri-infeksiyon xəstəliklərin (QİX) inkişafının ən vacib risk amili kimi də çıxış edir. Dünyada hər dörd nəfər yaşlı adamdan biri kifayət qədər aktiv deyil. Yeniyetmələrin isə 80% - dən çoxunun FA-sı aşağı səviyyədədir. Buna görə də ÜST-nin üzvü olan dövlətlərin əksəriyyəti (56%) tərəfindən aşağı fiziki aktivliklə bağlı siyasət yürüdüür.

Azərbaycan Respublikasında xəstəlik və ölümlərin əsas səbəbi QİX-dir. Xəstəliklərin strukturunda 50%-dən çox hissəni QİX, o cümlədən 17,6% qan dövranı sistemi xəstəlikləri, 15,0% tənəffüs orqanları xəstəlikləri, 15,0% endokrin sistemi xəstəlikləri, 2,7% bədxassəli yenitörəmələr təşkil edir. Son 10 ildə Azərbaycanda qan dövranı sistemi xəstəlikləri 5,0%, tənəffüs orqanları xəstəlikləri 11,0%, endokrin sistemi xəstəlikləri 2,5%, o cümlədən şəkərli diabet 3,7%, sinir sistemi xəstəlikləri 15,0%, bədxassəli yenitörəmələr 30,0% artmışdır. Göstərilən dövr üçün bütün dünyada qeyri-infeksiyon xəstəlik halları 14,0% artmışdır.

Bununla əlaqədar olaraq Azərbaycan Respublikası Prezidentinin Fərmanı ilə təsdiq edilmiş 2012-ci il 29 dekabr tarixli «Azərbaycan 2020: gələcəyə baxış» İnkişaf Konsepsiyası əsasında Azərbaycan Respublikasında 2015-2020-ci illər üçün qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə mübarizə üzrə Strategiya hazırlanmışdır. Strategiyanın məqsədi tütündən istifadənin 10,0% azaldılması, duzdan gündəlik istifadənin adambaşı 5 qrama qədər azaldılması, yaşlılar arasında fiziki passivliyin 10,0%-ə qədər azaldılması, piylənmənin geniş yayılmasının qarşısının alınması və s. hesab edilir. Hal-hazırda sağlamlıq məsələlərindəki yanaşmalar əhalinin FA səviyyəsinin yüksəldilməsi üçün kifayət qədər effektiv deyil, diqqəti FA-nın faydası və son məqsədləri məsələlərindən aktiv həyat tərzini sürən insanın hislərinə yönəltmək lazımdır. Bununla əlaqədar olaraq, əmək qabiliyyətli insanlar üçün aşağı

FA-nın fərdi tibbi profilaktika metodunun işlənilib hazırlanması, onun elmi cəhətdən əsaslandırılması və həmin metodun təcrübədə davamlı olaraq tətbiqi üçün tövsiyələrin verilməsinin aktuallığı məsələsi ortaya çıxır.

ÜST-nin məlumatlarına əsasən, aşağı FA əsas ölüm riski amillərinin dördüncüsüdür¹. Məlumatlara əsasən, 2002-ci ildə dünyada 1,9 milyon ölüm halının və 19 milyon ilkin əlilliyin korreksiyasının səbəbi aşağı FA olmuşdur. Orta hesabla hər il 3,2 milyon ölüm halı və əlilliyə korreksiya olunmuş 69 milyon il ömür aşağı fiziki aktivliyin payına düşür².

2010-cu ildə qlobal səviyyədə 18 yaşlı və daha böyük olanların 23%-i kifayət qədər fiziki aktiv deyil (20% kişi və 27% qadın). Yüksək gəlirli ölkələrdə aşağı fiziki aktivlik kişilər arasında 26%, qadınlar arasında isə 35% təşkil etdiyi halda, aşağı səviyyəli gəliri olan ölkələrdə kişilər arasında 12%, qadınlar arasında 24% təşkil edir. Aşağı və ya azalan FA əksər hallarda yüksək və ya artan ümumimilli məhsulun səviyyəsinə uyğundur. FA səviyyəsinin aşağı düşməsi qismən asudə vaxtlarda passivliklə, evdə və işdə oturaq həyat tərzi ilə bağlıdır. Analoji olaraq, «passiv» nəqliyyat növlərindən daha çox istifadə edilməsi də aşağı FA-ya təsir göstərir.

2010-cu ildə qlobal miqyasda 11-17 yaşlı yeniyetmələrin 81% - i kifayət qədər fiziki aktiv olmamışdır. Yeniyetmə oğlanlara nisbətən, yeniyetmə qızlar daha az aktiv olmuşlar: 84% qız və 78% oğlan ÜST - nin tövsiyələrinə əməl etməmişlər³.

¹ WHO Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO (Geneva) 2010. Available from: [[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations / en](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en)] Cited 1 Nov 2013]

² Lim SS, Vos T., Flaxman A.D. et al. "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factor clusters in 21 regions, 1990-201: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010"//Lancet. 2012; 380 (9859): 2224-2260

³ Ümumdünya Sağlamlıq Təşkilatının Bülleteni, 2013; 91:390-390A. doi: [<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.120790>]

National Health Interview Survey təşkilatının məlumatlarına əsasən, 2012-ci ildə ABŞ-da 18 yaşından yuxarı şəxslərin 29,9%-i fiziki cəhətdən aktiv olmamışdır (FA səviyyələri sutka ərzində 10 dəqiqədən artıq olmamışdır), yaşlı amerikalıların 70%-i isə FA üzrə tövsiyələrə əməl etməmişlər (həftədə 5 dəfə minimum 30 dəqiqəlik orta səviyyəli və ya orta intensivlikli FA yaxud həftədə 3 dəfədən artıq 20 dəqiqəlik yüksək FA)⁴.

2000-2002-ci illərdə CİNDİ tərəfindən bir sıra ölkələrdə aparılmış araşdırmalar daha çox sayda aşağı FA aşkar etmişdir: 73,1%-dən 81,4%-ə qədər⁵.

Aşağı FA mürəkkəb, çoxamilli haldır, onun determinantları ölkədən asılı olaraq dəyişir^{6,7}. Belə determinantlara yaş və cins kimi fərdi amillər, o cümlədən ekoloji amillər⁸, geosiyasi və iqtisadi amillər aiddir. Psixososial və xroniki xəstəliklərin mövcudluğu kimi sağlamlıqla bağlı amillər də insanların müntəzəm olaraq fiziki məşğələlər etmək qabiliyyətlərini azaldır^{9,10}.

⁴ Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L. et al. Heart disease and stroke statistics 2014 update: areport from the American Heart Association.//Circulation 2014; 129(3): e28-e292

⁵ 2000-2002-ci illərdə Rusiyanın regionlarında davranış amilləri riskinin CİNDİ tərəfindən monitorinqi, http://cindi.gnicpm.ru/monitoring-regiones_2000-2002

⁶Bauman A.E., Reis R.S., Sallis J.F. et al. “Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?” Lancet. 2012; 380 (9838): 258-271

⁷ Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. Am J Prev Med 2008; 34: 486-94 [http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2008.02.013 pmid: 18471584]

⁸ Van Holle V, Deforche B, Van Cauwenberg J, Goubert L, Maes L, Van de Weghe N, et al., Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review. BMC Public Health 2012; 12: 807. Available from: [<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12807> pmid: 22992438]

⁹ Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. Med Sci Sports Exerc 2002;34: 1996-2001. Available from: [<http://dx.doi.org/10.1097/00005768-2002120000020> pmid: 12471307].

¹⁰ Rhodes RE, Martin AD, Taunton JE, Rhodes EC, Donnelly M, Elliot J. Factors associated with exercise adherence among older adults: an individual perspective.

Bundan əlavə, cinayətkarlıq səviyyəsinin yuxarı olması, intensiv yol hərəkəti, parkların və piyada keçidlərinin olmaması da insanların açıq havada fiziki aktiv davranışlarına mane ola bilər. Digər tərəfdən, aşağı FA-nın (yəni, 20%-dən aşağı) geniş yayılmadığı ölkələrin əksəriyyəti Afrika və Asiya qitələrindədir ki, bu ölkələrin iqtisadiyyatı daha çox fiziki əmək tələb edən sahələr üzərində qurulmuşdur (məsələn, kənd təsərrüfatı və dağ-mədən sənayesi)¹¹.

Dünya üzrə aşağı FA göstəriciləri müntəzəm fiziki yüklərin təbliği üçün görülən tədbirlərin səmərəsizliyini göstərir. Bunun səbəbi cəmiyyətin aktiv həyat tərzini düzgün qiymətləndirməməsi, siyasəti formalaşdıran şəxslərin və dövlət səhiyyə orqanlarının isə bu məsələyə kifayət qədər diqqət ayırmaması ilə izah edilir. Həqiqətən, müntəzəm fiziki aktivliyə hansı tədbirlərin daha çox təsir etməsi məsələsi artıq on illərdir ki, qızğın diskussiyaların mövzu obyektı olaraq qalır, dövlət hakimiyyət orqanları və ÜST isə uzun illər boyu ictimai səhiyyə sahəsində aparılan kampaniyalar və qeyri-infeksiyon xəstəliklərin profilaktikası kontekstində fiziki aktivliyin faydasına həsr edilmiş tədbirlər vasitəsilə əhali arasında mübarizə aparmaqdadır. Öz növbəsində, səhiyyə sahəsinin mütəxəssisləri də diqqəti tövsiyə olunan FA-nın sağlamlığa müsbət təsirinin müxtəlif aspektlərinə yönəlməklə əhəlinin fiziki aktivliyinin yüksəldilməsinə çalışırlar. Bununla belə, bütün söylərə baxmayaraq, dünyada aşağı FA sağlamlığın pis vəziyyətdə olmasının mühüm amili kimi qalmaqdadır. Qeyd edilmişdir ki, fiziki aktivliyin verdiyi fayda haqqında məlumat yaymaq insanlarda müntəzəm fiziki məşqlərə həvəs formalaşdırmaq üçün o qədər də effektiv vasitə deyildir.

Göstərilən söylərə baxmayaraq, bütün dünyada FA səviyyəsini yüksəltməyə nail olmaq alınmır. Bu, insanların davranışında dəyişikliklərə nail olmaq üçün maarifləndirici tədbirlər və aktiv həyat tərzinin faydası haqqında ictimai fikirlərin kifayət etmədiyini göstərir.

Sports Med 1999; 28: 397-411. Available from: [<http://dx.doi.org/10.2165/00007256-199928060-00003> pmid:10623983]

¹¹ Prevalence of insufficient physical activity, age 15+, age standardized: both sexes. World Health Organization 2008. Available from: [http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/] [March 2013].

Bununla belə, demək olar ki, ictimai səhiyyə sahəsində əhalinin fiziki aktivliyinin yüksəldilməsinə yönəldilmiş bütün kampaniyalar belə bir ideya ətrafında qurulmuşdur ki, aşağı FA və az hərəkətli həyat tərzini sağlamlığa ziyandır. Təvsiyə olunan FA səviyyəsi isə əksinə, sağlamlığa müsbət təsir göstərir. Bu halda sağlamlıq yalnız FA üçün stimul yaratmağa kömək edən çox saylı amillərdən biridir, həm də çox güman ki, bu amil həlledici deyildir.

Sağlamlıq məsələlərinə əsaslanan yanaşmalar əhalinin FA səviyyəsinin yüksəldilməsi üçün kifayət qədər səmərəli olmadığından əsas vurğunu fiziki aktivliyin faydası və nəticə etibarilə son məqsədləri məsələsindən (yəni, sağlamlığın möhkəmləndirilməsi) insanı aktiv həyat tərzinə istiqamətləndirən hisslər üzərinə keçirmək önəmlidir. Tədqiqatların ilkin məlumatları göstərir ki, insanın FA-sı ilə psixoloji rahatlığı arasındakı əlaqə, məsələn FA səviyyəsindən deyil, onun FA prosesindəki və ondan sonrakı hislərindən asılıdır¹².

Bu yeni yanaşma çərçivəsində fiziki aktivliklə müntəzəm məşğul olmağı hər bir insanın həyat şəraitinə asanlıqla uyğunlaşa biləcək əyləncəli və potensial maraqlı fəaliyyət kimi (qətiyyətlə əksinə deyil) təqdim etmək olar. Fiziki aktivliyin sağlamlığa müsbət təsiri haqqında məlumat bu yeni yanaşmanın bir hissəsinə çevrilməlidir, ancaq onun mərkəzi elementi olmamalıdır. Belə olduqda, FA məsələləri üzrə təvsiyələr əvvəlki kimi, yenə də insanların böyük əksəriyyətini buna can atmağa yönəltmək məqsədi daşıyırdı, ancaq bu zaman insanların çoxunun həftədə təvsiyə olunan 150 dəqiqə həcmində orta səviyyəli və intensiv FA göstərmək imkanı olmadığına görə bütün əhali üçün mütləq xarakterli olmazdı.

Fiziki aktivliyə təsir göstərmək işinə təklif olunan yeni yanaşmanın səmərəliliyini təmin etmək üçün onu milli və beynəlxalq rəhbər səhiyyə orqanları, ilk növbədə, ÜST səviyyəsində dəstəkləmək və genişləndirmək lazımdır. FA səviyyəsi və sağlamlıqla bağlı bir sı-

¹². Besenski L. Health-enhancing physical activity and eudaimonic well being [thesis]. Saskatoon: University of Saskatchewan; 2009: Available from: [http://ecommons.usask.ca/bitstream/handle/10388/etd-08272009-161552/Leah_Besenski_MSc_Thesis.pdf?sequence=1] [accessed 27 March 2013]

ra nəticələr arasında «doza – cavab reaksiyası» kimi asılılığın mövcudluğu sübut edildiyinə görə, bəzi insanlar, bəlkə də çoxları üçün belə bir arqument mühüm tövsiyə olardı: fiziki aktivliyin tamamilə olmamasındansa, hətta ən az miqdarda FA daha yaxşıdır. Buna görə də əhali arasında FA səviyyəsinin yüksəldilməsi üçün səhiyyə sahəsinin mütəxəssisləri «fiziki aktivlik həyatı tammənali edir» ideyasını təbliğ etməklə öz arqumentlərini daha da gücləndirməlidirlər.

Fiziki aktivlik yalnız idmanla məşğul olmaq demək deyil, bu, idmandan daha geniş anlayışdır. İdman fiziki aktivliklə məşğul olmağın mühüm tərkib hissəsidir, ancaq əksər hallarda idman artıq kifayət qədər aktiv olan insanları dəstəkləməyə qadirdir (artıq bu da kifayət edə bilər). İdmanla məhdud sayda insanlar məşğul olur. Epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, idmanla məşğul olmaq əhalinin fiziki güc sərfiyyatının yalnız 5-15%-ni ödəyir. Bu, bir qayda olaraq, intensiv FA vasitəsilə baş verir. Peşəkar idmançılar çox zaman ekstremal fiziki aktivliklə bağlı olan müxtəlif zədələr alırlar. Onlar öz bədənlərini müntəzəm olaraq son dərəcə intensiv, tez-tez və davamlı fiziki yüklərə məruz qoymaqla hədsiz yükləmələr arasında bərpa üçün kifayət qədər fasilələr vermədən orqanizmlərini buna alışdırırlar. 2000-ci ildən etibarən, ÜST problemin həlli üçün bir sıra mühüm qətnamələr qəbul etmişdir. Qeyri-infeksiyon xəstəliklərin (QİX) profilaktikası və onlara nəzarət üzrə ÜST-nin Qlobal Strategiyası da bu qəbildəndir. 2011-ci il 12-15 sentyabr tarixlərində ÜST-nin Bakıda keçirilmiş Regional Avropa Komitəsinin 61-ci sessiyasında 2012-2016-cı illər üçün qeyri-infeksiyon xəstəliklərin qarşısının alınması və onlara nəzarət üzrə Avropa Strategiyasının Fəaliyyət Planı qəbul edilmişdir. Bunun əsasında 2013-2020-ci illər üçün ÜST-nin qeyri-infeksiyon xəstəliklərin profilaktikası və onlarla mübarizə üzrə Qlobal Fəaliyyət Planı təsdiq edilmişdir.¹³

¹³ ВОЗ. Глобальный план действий на 2013-2020 гг. [Электронный ресурс] - Режим доступа: [<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233>]

Avropa regionu üzrə bu xəstəliklər 77% təşkil edir. Ölüm səbəbləri arasında əsas yeri QİX-lər tutur. Avropa ölkələrində ölüm səbəblərinin 86%-ni, Azərbaycanda isə 79,6%-ni yuxarıda sadalanan xəstəliklərin 4 qrupu təşkil edir. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin apardığı tədqiqatlar nəticəsində aşkar edilmişdir ki, 18 yaşdan yuxarı əhali arasında artıq çəki və piylənmə qadınlar arasında 35,8% , kişilər arasında 21,9%-dir.

Bununla əlaqədar olaraq, əmək qabiliyyətli insanlar üçün aşağı fiziki aktivliyin fərdi tibbi profilaktikası metodunun işlənilib hazırlanmasının, onun elmi əsaslandırılması və həmin metodun təcrübədə müntəzəm tətbiq edilməsinin aktuallığı üzə çıxır.

İşin məqsədi: Aşağı fiziki aktivliyin əhalinin sağlamlıq vəziyyətinə iş qabiliyyətinə və həyat keyfiyyətinə ağırlaşdırıcı təsirinə öyrənilməsi və populyasiya səviyyəsində fiziki aktivliyin korreksiyası üçün daha rəşional və rahat üsullar seçilməsi.

İşin vəzifələri:

1. Müxtəlif sosial qruplarda əhalinin fiziki aktivlik səviyyəsinin xarakterizə edilməsi;
2. Aşağı fiziki aktivliyin yaranma səbəblərinin və onun yayılma xüsusiyyətlərinin təhlil olunması;
3. Aşağı fiziki aktivliyin əhalinin sağlamlıq vəziyyətinə ağırlaşdırıcı təsirinə və qeyri-infeksion xəstəliklərin meydana gəlməsində təsirinə öyrənilməsi;
4. Qeyri-bərabər fiziki aktivlik intensivliyi olan müxtəlif qruplarda əhalinin əmək fəaliyyəti və həyat keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi;
5. Aşağı fiziki aktivliyin korreksiyası üzrə müasir tövsiyələri müqayisə etmək və daha məqsəduyğun olanının seçilməsi;
6. Aşağı fiziki aktivliyin sağlamlığa zərərli təsirinə elmi şəkildə əsaslandırılması və əhali arasında fiziki aktivliyin yüksəldilməsi metodları haqqında bilikləri yaymaq üçün effektiv üsulların işlənilib hazırlanması.

Elmi yenilik:

- Azərbaycan Respublikasında əhalinin müxtəlif statuslu sosial qruplarının fiziki aktivlik səviyyəsinin mühüm fərqləri müəyyən edilmişdir;

- Aşağı fiziki aktivliyin meydana gəlmə xarakteri nəzərə alınmaqla müxtəlif ictimai-sosial qruplarda aşağı fiziki aktivliyin geniş yayılması və əhalinin populyasiya strukturu öyrənilmişdir;

- Kompleks təhlil əsasında əhalinin müxtəlif fiziki aktivlik intensivliyi olan qruplarında qeyri-infeksiyon xəstəliklərinin xarakteri və tezliyi öyrənilmişdir;

- Milli səhiyyə sistemi şəraitində “Aşağı fiziki aktivlik zamanı yaşlılarda xroniki qeyri-infeksiyon xəstəliklərin tibbi profilaktika metodu” işlənib hazırlanmış, elmi cəhətdən əsaslandırılmış və aprobasiyadan keçirilmişdir;

- Əhali üçün aşağı fiziki aktivliyin korreksiyası üzrə əlçatan beynəlxalq tövsiyələrin səmərəliliyi ictimai-sosial və digər xüsusiyyətlər nəzərə alınmaqla öyrənilmiş və qiymətləndirilmişdir;

- Əhalini sağlam həyat tərzinə və aşağı fiziki aktivliyin korreksiyasına cəlb etmək formalarının təkmilləşdirilməsi yolları dəlillərlə əsaslandırılmışdır;

Praktiki əhəmiyyəti: Şəhər əhalisinin fiziki aktivliyinin müxtəlif xəstəliklərin qarşısının alınmasında üstün rolu müəyyən edilmişdir. Qeyri-sağlam qida rasionu və aşağı fiziki aktivlik kimi risk amillərinə təsir etməklə populyasiya səviyyəsində müdaxilələri qeyri-sağlam davranış determinantının aradan qaldırılmasına yönəlmək və insanlarda aktiv həyat tərzinə həvəsi stimullaşdırmaq lazımdır. İqtisadi, sosial, mədəni və təhsil sahəsindəki çətinliklər əksər hallarda uzun müddət yeni davranış xətti tutmağa mane olur. Buna görə də pasiyentin həyat şəraiti və fəaliyyəti ilə sıx bağlı olan, onun tələbatlarına, imkanlarına və mümkün maneələrə uyğunlaşdırılmış, mikrososial və sosial əhatəsini nəzərə alan əlaqəli müdaxilənin daha səmərəli olması təklif olunmuşdur.

Dissertasiyanın müdafiyyə çıxarılan müddəaları:

- Azərbaycan Respublikasının yaşlı əhalisində fiziki aktivlik rejiminin yerli xüsusiyyətləri özünü göstərir, bunlar cins, yaş, yaşayış

yeri və həyat tərzindən asılıdır ki, bu da idarəetmə zamanı qərarlar qəbul edilərkən mühüm rol oynayır;

- Fiziki aktivliyin yüksəldilməsi üçün mövcud metodikaların əlçatan olmasına baxmayaraq, əhalinin yalnız bir qismini əhatə edir və həmişə tam həcmdə həyata keçirilmir ki, bu da qidalanma və fiziki aktivliyin optimallaşdırılması məsələləri üzrə fərdi məsləhətlərin olmaması ilə yanaşı, ilkin tibbi yardım zamanı fərdi, qrup və populasiya səviyyəsində ilkin tibbi profilaktikanın səmərəliliyini aşağı salır;

- Korreksiya tələb edən xroniki qeyri - infeksiya xəstəliklərinin fərdi risk amillərinin aşkar edilməsi və pasiyentlərin sağlam həyat tərzini prinsipləri (kifayət qədər fiziki aktivlik və rəasional qidalanma) haqqında məlumatlarının artırılması FA və qidalanma davranışının dəyişdirilməsinə marağın və motivasiyanın artmasına təsir göstərir;

- FA və qidalanma davranışının dəyişdirilməsinə marağ və motivasiyanın mütləq qarşılıqlı əlaqə və tövsiyələrin yerinə yetirilməsinə nəzarət vasitəsilə müntəzəm olaraq dəstəklənməsi (ilkin tibbi yardım göstərərkən fərdi və ya qrupda məsləhətlər) fərdi və qrup səviyyəsində tibbi profilaktikanın səmərəliliyini əsaslı şəkildə artırır;

- Hazırlanmış profilaktik müdaxilələrin sonda fiziki aktivliyin artırılmasına və sağlamlıq göstəricilərinə müsbət təsiri isbat edilmişdir və onların müqayisə edilə biləcək səmərəliliyi mövcuddur.

İşin nəticələrinin tətbiqi. Dissertasiyada əks olunmuş əsas elmi nəticələr Bakı şəhəri, Yasamal rayonunun 3 və 16 saylı poliklinikalarında və 8 saylı birləşmiş xəstəxananın poliklinika şöbəsində tətbiq edilmiş, səhiyyə orqanlarının praktik fəaliyyətinə və ATU tələbələrini üçün “İctimai sağlamlıq və səhiyyənin təşkili” fənni üzrə mühazirələrdə istifadə üçün tövsiyyə olunur. Görkəmli ictimai, tibb alimlərinin iştirakı ilə kütləvi informasiya vasitələrində onun yayılmasını təşkil etmək təklif olunur.

İşin təsdiq edilməsi: Dissertasiyanın əsas nəticələri Ukraynanın Kiyev şəhərində keçirilən “Організація та управління охороною здоров'я” beynəlxalq elmi-praktik konfransında (18-20 oktyabr, 2016), “International Scientific Review of the problems and prospects of modern science and education” adlı beynəlxalq konfransda

(Boston, ABŞ, 24-25 Mart, 2017), “Sağlam təhsil - sağlam millət” elmi-praktik konfransında (Bakı, 18 aprel, 2017), Azərbaycanın gənc həkimlərinin elmi konfransında (Bakı, 10-11 may, 2017), “Здоровье населения; проблемы и пути решения” regionlararası konfransda (Minsk, 18 may, 2017), Surxay Heydər oğlu Axundovun anadan olmasının 120 illiyinə həsr edilmiş elmi-praktik konfransda (Bakı, 04 iyul, 2017), “Qeyri–infeksiyon xəstəliklərin yükü və mübarizə strategiyaları” 1-ci milli konfransında (Bakı, 18 dekabr, 2017), “74-ü Всеукраїнської студентської наукової конференції” elmi-praktik konfransında (Ukrayna, Poltava, 29-30 mart, 2018) məruzə edilmiş və müzakirə olunmuşdur.

Dərc edilmiş məqalələr: Dissertasiya materialları üzrə 15 elmi iş, onlardan 6 elmi məqalə, o cümlədən 3 məqalə beynəlxalq, 3 məqalə isə yerli jurnallarda, 8 tezis, 4-ü beynəlxalq, 4-ü isə yerli jurnallarda dərc edilmişdir.

Dissertasiyanın strukturu və həcmi: Dissertasiya giriş, ədəbiyyat icmal fəslə, tədqiqat üzrə 5 fəsil, xülasə, nəticə, praktik təkliflər və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir.

İş kompüterdə yığılmaqla 190 səhifədə şərh edilmişdir. Giriş hissədən (17771 işarə), Ədəbiyyat icmal olan I Fəsilədən (43038 işarə), Tədqiqatın material və metodları başlıqlı II Fəsilədən (26194 işarə), 4 Fəsil şəxsi araşdırmalarımızdan (III – 52602 işarə, IV – 15499 işarə, V – 43308 işarə, VI – 53538 işarə), Yekun (25074 işarə), Nəticə (5655 işarə) və Praktiki təkliflərdən (1928 işarə) ibarətdir. Ədəbiyyat siyahısında 214 mənbə verilir, onlardan 17-si Azərbaycan, 115-i rus və 82-si ingilis dillərindədir. İşə 32 cədvəl və 4 şəkil daxildir. İşarələrin ümumi sayı 284870.

İŞİN MƏZMUNU

Tədqiqatın material və metodikası: Tədqiqatda aşağıdakı metodlardan istifadə olunmuşdur: nəzəri (elmi mənbələrinin təhlili metodu, normativ qanuni sənədlərin təhlili metodu), empirik (anketləşdirmə, ekspert qiymətləndirməsi, elmi proqnozlaşdırma), eksperimental və statistik tədqiqat metodları.

İlkin tibbi yardım (İTY) mütəxəssislərinin aşağı FA-nın nəticəsində sağlamlığında problemlər olan pasiyentlərlə işinin təşkili, mövcud təcrübədən istifadə etmələri, aşağı FA-ya görə əhalinin xəstələnmə göstəriciləri üzrə ədəbiyyatın, normativ qanuni aktların, sorğuların və təlimat materiallarının təhlili aparılmışdır.

Bakı şəhəri və yaxınlıqda yerləşən rayonların müxtəlif FA səviyyəsi və həyat keyfiyyəti olan pasiyentlərinin və əhalisinin skrininqi üçün beynəlxalq standartlaşdırılmış SF-36 və GPAQ fiziki aktivlik üzrə qlobal sorğu vərəqəsi istifadə olunmuş, ambulator kartların təhlili aparılmışdır. Sorğuda iştirak edən şəhər populyasiyasının respondentlərinin sayı 1829 təşkil etmiş və onlar cins (kişi və qadın), fiziki aktivlik səviyyəsinə görə (dəq./gün) 30 dəqiqədən az, 30-60 dəqiqə, 60 dəqiqədən çox qruplara bölünmüşlər.

Respondentlərin yaşı, ailə statusu, fiziki aktivliyin lazımi səviyyəsi haqqında məlumatlı olmaları, qida asılılıqları (o cümlədən xörək duzunun qəbulu), tütündən istifadə (bu zərərli vərdişin olmaması) və artıq bədən çəkisi nəzərə alınmışdır. Sağlamlıq göstəriciləri, həyat keyfiyyəti, xəstələnmə səviyyəsi, tibbi yardım üçün müraciət, müalicəyə meyllik, tövsiyələrə əməl etmə təhlil olunmuşdur.

Aşağı fiziki aktivliyin arterial hipertenziyanın yaranmasına və gedişatına təsirini aşkarlamaq məqsədilə reproduktiv sağlamlıqları ilə bağlı anketləşdirilən qadınların seçilmiş məlumatlarından istifadə edilmişdir. Beynəlxalq WHQ sorğusundan istifadə olunmuşdur. Respondentlərin sayı 1866 (o cümlədən arterial hipertenziyası olan 625 pasiyent və bu xəstəliyi olmayan 1241 qadın) təşkil etmişdir. Əsas xəstəliyin müalicəsi və aşağı fiziki aktivliyin korreksiyası üzrə müdaxilənin (314 pasiyentdə) nəticələri qiymətləndirilmişdir.

Fiziki aktivliyin yüksəldilməsinə və sağlamlığın möhkəmləndirilməsinə meylliliyi aşkarlamaq məqsədi ilə iki eyni saylı (100 pasiyent) qrupda randomizasiya olunmuş prospektiv nəzarət edilən tədqiqat aparılmışdır. Tədqiqatda Bakı şəhərində və Nardaran qəsəbəsində yaşayan, sağlamlıq vəziyyətində dəyişikliklər olan (II tip şəkərli diabet) qadınlar iştirak etmişlər. Sorğu tərəfimizdən hazırlanmış, fiziki aktivliyin səviyyəsini və qidalanma davranışının tərkibini nəzərə alan “Fiziki aktivlik-tələbat və ya zərurət” anketi vasitəsi ilə apa-

rılmışdır. Antropometrik göstəricilər (çəki, boy) müəyyən olunmuşdur, BÇİ hesablanmışdır, start hemodinamik göstəricilər qeyd olunmuşdur, və fiziki yükə davamlılığın funksional nümunəsi icra edilmişdir. Əsas müdaxilə qrupunun respondentləri ilə hər ay sağlam həyat tərzini keçirilməsinə dair əsaslandırılmış maarifləndirmə söhbətləri aparılırdı. Respondentlər hərtərəfli tövsiyələr və metodiki ədəbiyyat (bukletlər, yaddaş kitabçaları) ilə təmin olunurdular. Həmin tövsiyələr standart müalicəni tamamlayırdı.

Bütün öyrənilən əlamətlərin məcmusu üçün bölgülərin xüsusiyyətlərinin dəyərləndirilməsi və təcrübə-nəzarət qruplarında fərqlərin qiymətləndirilməsindən istifadə edilmişdir: a) pasiyentlərlə işdən əvvəl (müdaxiləyə qədər); b) müdaxilədən sonra; qrupların hər birində əsas qrup (müdaxilədən əvvəl və sonra); nəzarət (müdaxilədən əvvəl və sonra).

Alınan nəticələrin statistik işlənməsi təsviri statistikanın metodları ilə kəmiyyət əlamətlərinin paylanması xarakterini müəyyənləşdirməklə aparılmışdır. Əlamətlərin paylanması normallığı histogramın vizual təhlilində müəyyən edilmişdir, Kolmoqorov-Smirnov, Şapiro-Uilki meyarları ilə qiymətləndirilmişdir. Normal paylanmanı əks etdirən kəmiyyət əlamətləri üçün orta arifmetik və standart sapma hesablanmışdır. Seçimin təsvirində normal paylanmadan fərqli əlamətlər üçün medianadan, yuxarı və aşağı kvartillərdən $Me [LQ25, UQ75]$ istifadə edilmişdir. Tezlik xarakteristikaları, o cümlədən keyfiyyət və ardıcılıq əlamətlərinin təsviri zamanı, intensiv göstərici və onun $P; D\bar{I} (P \pm \Delta)$ etibarlılıq intervalı şəklində təqdim edilmişdir. Dəyişikliyin dürüstlüyünün kəmiyyət qeydiyyat əlamətlərinin (normal paylanma) müdaxiləsindən öncə və sonra qiymətləndirilməsi məqsədi ilə hər bir qrupda asılı seçimlər üçün Styudentin cüt meyarı; ardıcıl meyarlar üçün isə - Vilkokson meyarı istifadə edilmişdir. Əlaqəli olan seçimlərin müdaxilədən öncə və sonra müqayisəsində əlaqəli seçimlər üçün parametrik meyar kimi Styudentin cüt t-meyarı istifadə edilmişdir (əhəmiyyət dərəcəsi 5%). İki əlaqəli olmayan (asılı olmayan) qrupda (2×2 cədvəllərinin təhlili) binar əlamətin rastgəlməsinin müqayisəsi χ^2 meyarı, Fişerin dəqiq ikitərəfli meyarı (dörd sahəli cədvəlin özəklərinin bir hissəsində azsaylı müşahidələr za-

manı), Mann-Uitni meyarı ilə aparılırdı. Sıfır hipoteza rədd edilirdi, göstəricilərin fərqləri $p < 0,05$ zamanı statistik əhəmiyyətli sayılırdı. Eləcə də mütləq rəqəmlər və nisbi kəmiyyətlər faizlə nəzərə alınırdı. Vald-Volfovits seriya meyarının istifadəsi seçimlərin eyni bir populyasiyadan çıxarılması haqqında sıfır hipotezəni təsdiq edirdi (xüsusilə, meyar əlamətləri üçün).

Tədqiqatın nəticələrinin statistik işlənməsi SPSS12.0, STATISTICA 6.1 (StatSoftinc.) tətbiqi proqramlar paketinin köməyi ilə aparılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi

İnsanın sağlamlığı onun həyatının qənaətbəxş keyfiyyəti ilə müəyyən edilir ki, bu da onun sosial həyata uyğunlaşmış, əmək qabiliyyətli olmasına, ailəsinin rifahını təmin etməsinə, ailə üzvləri, iş yoldaşları və ətrafındakılarla normal qarşılıqlı münasibətlər qurmasına, uşaqlarının inkişafı, tərbiyə və təhsili üçün münbit şərait yaratmasına, sağlamlığına daha diqqətli münasibət göstərməsinə yardım edir. Bizim müşahidələrdə xüsusi fiziki məşğələlərlə anketləşdirilmiş 1829 şəxsdən 176-sı məşğul idi ($9,6 \pm 0,7\%$), belə ki, bunlardan 131-i 35 yaşdan aşağı idi.

Hətta çox vaxt və güc tələb etməyən gündəlik orta sürətli yerləşlə məşğul olan anketləşdirilənlərin əksəriyyətinin FA-sı çox aşağı olmuşdur. Belə ki, anketləşdirilənlərin $52,6 \pm 1,2\%$ -də onun davamlılığı gündə 30 dəq.-dən çox ($P < 0,001$) olmamışdır. Müvafiq olaraq, $28,6 \pm 1,1\%$ -də gündə 30-60 dəq. hüdudunda ($t = 14,72$; $P < 0,001$) və yalnız $18,8 \pm 0,9\%$ -də nəfərdə gündə 60 dəq.-dən çox ($t = 6,90$; $P < 0,001$) olmuşdur. Orta sürətli yerişin davamlılığı bir anketləşdirilən üçün orta hesabla, gündə $37,7 \pm 1,3$ dəq. təşkil etmişdir. Bu göstərici, praktiki olaraq, kişi və qadınlarda fərqlənmirdi, o, orta hesabla müvafiq olaraq, $37,9 \pm 1,6$ və $37,4 \pm 1,5$ dəq./gün ($t = 0,23$; $P > 0,05$) təşkil etmişdir.

Göstərici > 70 bal olduğu halda həyat keyfiyyəti kafi, 30 baldan aşağı olduqda qeyri-kafi sayılır, 30-70 bal hüdudunda isə - aralıq göstəricidir. Həyat keyfiyyətinin kafi göstəricisi daha çox FA-sı

gündə 60 dəq.-dən artıq olan anketləşdirilənlər arasında aşkar edilir (55,7±2,7% hal), bu göstərici FA-sı gündə 30-60 dəq. hüdudunda olan anketləşdirilənlər arasında 40,6±2,1% (t=4,42; P<0,001) hala qədər azalır, FA-sı gündə 30 dəq. az olan anketləşdirilənlər arasında isə cəmi 20,1±1,3% (t=8,30; P<0,001) hal təşkil edir. Qeyri-kafi həyat keyfiyyəti göstəricilərində vəziyyət fərqlidir, bu rəqəmlər anketləşdirilənlərin üçüncü qrupu arasında ən aşağıdır - 47,0±1,6 hal. İkinci qrupda bu göstərici nisbətən yüksək - 25,2±1,9% hal (t=8,79; P<0,001), birinci qrupda isə daha çoxdur - 19,8±2,2% (t=1,86; P>0,05). Bu qruplarda həyat keyfiyyətinin orta göstəricisi, müvafiq olaraq, 40,6±1,8; 51,4±2,2 (t=3,80; P<0,001) və 62,3±2,4 (t=3,34; P<0,001) bal təşkil etdi. Göründüyü kimi, hətta fiziki aktiv anketləşdirilənlər qrupunda da (>60 dəq./gün) həyat keyfiyyətinin orta göstəricisi kafi səviyyəyə çatmır.

Əldə edilən nəticələrə əsasən, FA-sı gündə 60 dəq.-dən çox olan anketləşdirilənlərdən cəmi 31,5±3,5% FA haqqında kifayət qədər məlumata malik olmuşlar. FA-sı gündə 30-60 dəq. hüdudunda olan anketləşdirilənlər nisbətən az məlumatlı olmuşlar - 20,4±1,8% (t=3,60; P<0,001). Ən az məlumat FA-sı gündə 30 dəq. az olanların payına düşür - 11,3±1,0% (t=4,42; P<0,001). Anketləşdirilənlərin əksəriyyəti bilmirdilər ki, gündə 60 dəq. ərzində orta sürətli yerləş orqanizmin FA-ya tələbatını ödəyir. Onlar bildirdilər ki, uyğun informasiya olarsa, öz fiziki yüklərini korrektə etməyə hazırdırlar. Onların arzularını nəzərə alaraq ÜST-nin tövsiyələrinə və hazırkı tədqiqatın nəticələrinə əsasən, tərəfimizdən qısa və əlçatan formada yaddaş kitabçası işlənib hazırlanmışdır. Yaddaş kitabçası poliklinikaların pasiyentlərinə, məktəbəqədər müəssisələrdə valideynlərə, yaxındakı ticarət obyektlərinin və ofislərin işçilərinə paylanmışdır. Bu iş daimi əsasda icra edilir. Fiziki cəhətdən əhalinin yaşca gənc qrupları aktividir, yaş artdıqca FA göstəriciləri bir o qədər ardıcılıqla aşağı düşür ki, bu da güclü mənfi korrelyativ əlaqələrlə təsdiq edilir (r=0,91±0,07). Məsələn, FA-sı gündə 60 dəqiqədən artıq olanlar yaşı 20 - dən az olan anketləşdirilənlər arasında müşahidə edilir - 33,0±3,3%. Yaş artdıqca bu göstərici ardıcıl olaraq aşağı düşür və yaşı 70 və ondan da çox olan anketləşdirilənlərdə cəmi 12,0±2,1%

($t=5,37$; $P<0,001$) olur. Həmin ardıcılıqla, 30-60 dəqiqə həddlərində FA göstəriciləri də $37,4\pm 3,4$ -dən $17,2\pm 2,5\%$ -ə qədər ($t=4,79$; $P<0,001$) aşağı enir. Eyni zamanda, 30 dəq./gün-dən az olan FA göstəricilərində sıx, ancaq müsbət korrelyativ asılılıq ($r=+0,88\pm 0,09$) müşahidə edilir, yaşı 20-dən az olan anketləşdirilənlər arasında onun $29,6\pm 3,2\%$ göstəricisi ardıcıl olaraq $70,8\pm 3,0\%$ qədər artır, yaşı 70 və ondan da çox olan anketləşdirilənlər arasında isə ($t=9,38$; $P<0,001$) olur. Anketləşdirilənlərin bütün qruplarına xəstələnmənin olduqca yüksək səviyyəsi xasdır, lakin onun ən yüksək göstəriciləri FA-sı 30 dəq./gün-dən az olan anketləşdirilənlərə aiddir - $62,2\pm 1,6\%$ hal. Xəstələnmənin orta göstəricisi FA-sı 30-60 dəq /gün həddində olan anketləşdirilənlər arasında $48,5\pm 2,2\%$ hala qədər azalır ($t=5,40$; $P<0,001$), FA-sı 60 dəq./gün-dən çox olan anketləşdirilənlər arasında bu göstərici daha çox azalır - $37,3\pm 2,6\%$ hal ($t=3,28$; $P<0,001$). Eyni qanunauyğunluq xəstəliyin ayrı-ayrı nozofomalarının göstəricilərində də izlənilir, Van-der-Varden meyarının dürüst nəticələri ($X=8,16$; $P<0,01$) bunu təsdiq edir. Beləliklə, FA-sı 30 dəq./gün-dən az olan anketləşdirilənlərin xəstələnməsinin bir sıra nozofomalarının göstəriciləri daha yüksək olması dəqiqdir, nəinki FA-sı 30-60 dəq./gün həddində olan anketləşdirilənlərin göstəricilərinin analoji sırası. FA-sı 60 dəq./gün-dən çox olan anketləşdirilənlərdə bu göstərici bir qədər də yüksəkdir. Birincilər arasında hər bir nəfərə, orta hesabla, xəstələnmənin $4,68\pm 0,23$ halı düşür, ikincilər arasında, müvafiq olaraq, $3,53\pm 0,27$ hal ($t=3,29$; $P<0,001$), üçüncülər arasında isə - $2,13\pm 0,32$ hal ($t=3,41$; $P<0,001$) təşkil edir. Aşağı FA-nın korreksiya və şəhərin qadın populyasiyası arasında (314 pasiyent) arterial hipertenziyanın müalicəsinin effektivliyini artırmaqda onun rolunu müəyyən etmək məqsədilə bütün pasiyentlərlə maarifləndirici-təşkilati iş aparılmışdır.

Müxtəlif rejimli FA-sı olan anketləşdirilənlərin həyat keyfiyyətinin göstəriciləri

FA, dəq./gün	Anketləşdirilənlərin sayı	Həyat keyfiyyəti göstəricisinin rastgəlmə tezliyi						Həyat keyfiyyətinin orta balı
		< 30 bal		30-70 bal		>70 bal		
		müt.	%	müt.	%	müt.	%	
<30	962	452	47,0±1,6	317	33,0±1,5	193	20,1±1,3	40,6±1,8
30-60	524	132	25,2±1,9	179	34,2±2,1	213	40,6±2,1	51,4±2,2
>60	343	68	19,8±2,2	84	24,5±2,3	191	55,7±2,7	62,3±2,4
Cəmi	1829	652	35,6±1,1	580	31,7±1,1	597	32,6±1,1	48,9±1,6

FA-nın yüksəldilməsi elementləri (üsulları) göstərilən yaddaş kitabçası əsasında piyada gəzməyin davamlılığını maksimum artırmaq, xüsusən avtomobilləri evdən və iş yerindən xeyli aralı saxlamaq, liftdən istifadə etməmək, evə və iş yerinə 1-2 dayanacaq qalmış nəqliyyatdan düşmək, daha uzaqda yerləşən bazar və mağazalara getmək tövsiyə edilmişdir. Yaddaş kitabçasında həmçinin intensiv FA elementləri də qeyd edilmişdir. 314 respondentin hər biri üçün poliklinikaya müraciət etmə planı tərtib olunmuş, antihipertenziv vasitələrin qəbul edilməsi ilə bağlı həkim göstərişlərinə mütləq əməl edilməsi tövsiyə olunmuşdur.

11-15 aydan sonra öz sağlamlığını $68,3 \pm 3,2\%$ pozitiv qiymətləndirdi, halbuki işin əvvəlində onların sayı $16,6 \pm 2,1\%$ təşkil etmişdi ($t=13,53$; $P<0,001$). Qadınların 2-ci qrupunda nəzarət göstəricilərində müəyyən pozitiv dəyişikliklər baş vermişdir, lakin, onların səviyyəsi bütün müşahidə dövrü ərzində əksərən praktiki olaraq dəyişməmişdir.

İkinci tip şəkərli diabet xəstəlikləri olan qadınlarda aşağı fiziki aktivliyin (və onun yaratdığı risk amillərinin) korreksiyası üzrə ilkin tibbi yardım səviyyəsində həyata keçirilən müdaxilənin nəticələri təhlil edilmişdir (Bakı şəhər poliklinikaları və Nardaran qəsəbəsinin poliklinikası).

Tədqiqata 28 yaşdan 70 yaşadək ($M_o=57$ il) 200 qadın daxil edilmişdir. Tədqiqatın nəticələrini sübut etmək məqsədilə randomizasiya (təsadüfi seçim) metodu ilə əsas məcmu hər biri 100 nəfərdən ibarət iki qrupa ayrılmışdır: əsas qrup (və ya müdaxilə qrupu) və nəzarət qrupu. Qruplar yaşa və boy-çəki göstəricilərinə görə bir-biri ilə qarşılaşdırılmışdır.

Sosial status və davranış xüsusiyyətləri (qidalanma xüsusiyyətləri, maye qəbul etmək rejimi, fiziki aktivlik) haqqında məlumat toplamaq məqsədilə hazırladığımız “Fiziki aktivlik - tələbat və ya zərurət” anketi əsasında respondentlər arasında sorğu aparılmışdır. Anketləşdirmə göstəricilərindən istifadə etməklə həyat tərzi, fiziki aktivlik səviyyəsi, qidalanmanın düzgünlüyü qiymətləndirilmiş, aşağı fiziki aktivlik və artıq bədən kütləsi (piylənmə), arterial hipertenziyanın mövcud olub-olmaması haqqında nəticələr çıxarılmışdır.

Hər iki pasiyent qrupunda başlanğıc müayinə və anketləşdirmə nəticələrinə əsasən, sağlam həyat tərzi haqqında, kifayət qədər fiziki aktivliyin orqanizmə müsbət təsiri, sağlam qidalanma prinsipləri və sağlam qida haqqında (əsas xəstəlik nəzərə alınmaqla) söhbətlər aparılmışdır. Hamıya maarifləndirici bukletlər paylanmışdır.

Hər iki qrupda müdaxilənin səmərəliliyi 4 ay sonra qiymətləndirilmiş və buraya təkrar anketləşdirmə, antropometrik məlumatlar və yuxarıda göstərilən hemodinamik parametrlər daxil edilmişdir. Məlumatlar parametrik və qeyri-parametrik statistik metodlarla emal edilmişdir.

Əsas qadın pasiyentlər qrupunda BÇİ-nin median göstəricisi 30,0-dan 28,0 kq/m² ($p_{1,3}=0,000001$) qədər aşağı düşmüşdür, 4 aylıq müdaxilə ərzində respondentlərin 91,0%-də bədən çəkisi aşağı düşmüşdür. Nəzarət qrupunda həmin dövr ərzində bədən çəkisi və BÇİ-nin median göstəricisi dəyişməmişdir (müvafiq olaraq $p_{2,4}=0,118931$ və $p_{2,4}=0,060838$). Beləliklə, mütləq qarşılıqlı əlaqə saxlamaqla və tövsiyələrə əməl edilməsinə nəzarətlə birlikdə ilkin tibbi yardım zamanı fərdi və qrup məsləhətləri fərdi və qrup səviyyəsində tibbi profilaktikanın səmərəliliyini yüksəldir. Sağlam həyat sürmək motivasiyası və müdaxilənin (daha sağlam qida məhsullarından istifadə, gündəlik aktivlikdə pozitiv dəyişikliklər, hemodinamika göstəricilərinin normallaşdırılması) nəticələri respondentlərin əksəriyyətinin fiziki və emosional vəziyyətlərindən məmnunluq dərəcəsinin artmasına səbəb olmuşdur. Respondentlərin məmnunluğu əsas qrupda fiziki status üçün 61,0% və emosional status üçün 70,0% artmışdır.

NƏTİCƏLƏR

1. Azərbaycan Respublikasının şəhər əhalisi aşağı fiziki aktivliyin yüksək xüsusi çəkisi ilə xarakterizə edilmişdir- 52,6%. Yaş artdıqca şəhər əhalisi arasında orta və yüksək fiziki aktivliyin yayılması aşağı düşür: 20 yaşdan cavan olanlarda bu göstərici 70,4% olduğu halda, 60 yaş və ondan yuxarı olanlarda 29,2%-ə qədər enir ($r=-0,91\pm 0,07$).

Nikahda olanlarda əksər hallarda aşağı fiziki aktivlik $59,3 \pm 2,1\%$ ($t=28,2$; $P<0,05$), nikahda olmayanlarda $7,8-17,9\%$ aşkar edilmişdir.

2. Aşağı fiziki aktivlikli insanlarda daha çox ciddi şikayət komponentləri və daha çox xəstələnmə halları qeydə alınır. Bu qrup insanlarda ümumi somatik şikayətlərin tezliyi $58,9\%$ təşkil etmişdir ki, bu da orta və yüksək fiziki aktivliyi olan qruplara nisbətən yüksəkdir: müvafiq olaraq $1,19$ və $1,42$ dəfə (Van-der-Varden meyarı $X=7,68$; $P<0,01$). Aşağı fiziki aktivliyin geniş yayılması şəhərdə yaşayan kişi ($52,9\%$) və qadın ($52,4\%$) populyasiyası arasında, demək olar ki, eyni olması müəyyən edilmişdir.

3. Azərbaycan Respublikası əhalisinin qidalanma davranışı bitki mənşəli qidalardan kifayət qədər istifadə etməməklə (respondentlərin $82,0-96,0\%$ -i), heyvan mənşəli yağlar və yağlı ət növlərinə (respondentlərin $25,0-57,0\%$ -i), çörək-bulka və makaron məmulatları, qənd və qənnadı məhsullarına (respondentlərin $73,0-82,0\%$ -i) meyilliliklə xarakterizə olunmuşdur.

4. Azərbaycan Respublikası əhalisinin aşağı fiziki aktivliyi (gündə 30 dəqiqədən az) və qida rasionunun yüksək kaloriliyi sağlamlığın pozulması hallarının geniş yayılmasına gətirib çıxarır: arterial hipertenziya ($46,2 \pm 1,6\%$ pasiyentdə); şəkərli diabet ($13,1 \pm 1,1\%$ pasiyentdə); digər qan-damar sistemi xəstəlikləri ($11,7 \pm 1,0\%$ pasiyentdə). Azərbaycan Respublikasının əhalisi üçün bunları müşayiət edən xəstəliklər olduğu hallarda müalicəyə meyilliliyin aşağı göstəriciləri xarakterikdir: bütün qrupların respondentlərinin $20,4\%$ -i, ən pis göstərici aşağı fiziki aktivlikli insanlarda - $11,9\%$ qeyd edilmişdir.

5. Anketləşdirilənlərin əksəriyyəti aşağı fiziki aktivliyin sağlamlığa mənfi təsirini dərk edir və fiziki aktivliyin yüksəldilməsinə yönəldilmiş tədbirləri qəbul etməyə hazırdır, bu halda 9-13 ay ərzində verilən tövsiyələrə müntəzəm əməl etməyə meyilliliyi respondentlərin $48,1\%$ -i, qeyri-müntəzəm əməl etməyə meyilliliyi respondentlərin $33,2\%$ -i nümayiş etdirmişdir. Anketləşdirilənlərin $18,7\%$ -i tövsiyə edilən tədbirləri həyata keçirməmişdir. Bütün respondentlər fiziki aktivliyin yüksəldilməsinə dair sadə, əlçatan tədbirlər haqqında lazımı məlumatlara tələbat olduğunu qeyd etmişlər.

6. Azərbaycan Respublikasında qadınların reproduktiv sağlamlığının qiymətləndirilməsi sahəsindəki tədqiqat çərçivəsində arterial hipertenziyanın kifayət qədər geniş yayılması müəyyən edilmişdir: qadın respondentlərin 33,5%-i. Arterial hipertenzialı qadın qruplarında aşağı fiziki aktivliyin müşahidə tezliyi 56,1% təşkil edir ki, bu da arterial hipertenziası olmayan müqayisə qrupundakından (25,8%) 2,17 dəfə artıqdır. Qadın populyasiyası müalicə və tövsiyələrə digər cinsə nisbətən daha çox meyillilik nümayiş etdirir. Arterial hipertenziası olan qadın qrupunda müalicə və fiziki aktivliyin optimallaşdırılması üzrə tövsiyələri pasiyentlərin 66,8%-i müntəzəm olaraq, 29,4%-i qeyri-müntəzəm olaraq yerinə yetirməyə meyillilik nümayiş etdirir, 3,8%-ində isə meyillilik müşahidə edilmir. Müvafiq olaraq pasiyentlərin 75,2% (müntəzəm əməl etmə) və 27,1%-ində (qeyri-müntəzəm əməl etmə) klinik effekt əldə edilmişdir.

PRAKTİK TƏKLİFLƏR

1. Eyni zamanda qeyri-infeksiyon xəstəliklərin inkişaf riski, sağlam qida və fiziki aktivlik məsələlərini əhatə edən xidmət və tədbirlər həkimə ənənəvi müraciət zamanı göstərilən xidmətlərdən daha təsirli olmalıdır.
2. Pasiyentin həkim-mütəxəssisin bütün tövsiyələrinə tam və rəşional əməl etməsi üçün onun müstəqil hərəkətlərini həkim və ya orta tibbi personal tərəfindən əlaqə vasitəsilə, internetlə, həmçinin qarşılıqlı dəstək qruplarında iştirak etməklə dəstəkləmək vacibdir.
3. Səhiyyənin ilkin halqası səviyyəsində fiziki aktivliyi ilkin məsləhət yolu ilə, sonra isə planlaşdırılmış nəzarət, tövsiyə, əyani təbliğat materialları təqdim etməklə, müalicəvi idmana, hovuzla və s. göndərməklə, motivasiyasını və sanitar savadını artırmaqla, sağlam davranışa psixososial yönüm formalaşdırmaqla, öz vəziyyətini idarəetmək üçün özünü motivləşdirmə və özünənəzarət üsulları ilə stimullaşdırmaq olar.
4. İqtisadi, sosial, mədəni, təhsil çətinlikləri əksər hallarda uzun müddət yeni davranış xətti tutmağa mane olur. Buna görə də pasiyentin həyat şəraiti və fəaliyyəti ilə sıx bağlı olan, onun tələbatlarına, im-

kanlarına və mümkün maneələrə uyğunlaşdırılmış, mikrososial və sosial əhatəsini nəzərə alan əlaqəli müdaxilə daha səmərəlidir.

DİSSERTASIYA MÖVZUSUNA DAİR ÇAP OLUNMUŞ ƏSƏRLƏR

1. Çobanov R.F., İslamzadə İ.F. Əhalinin ictimai sağlamlığı və onun fiziki aktivliyi: problemin müasir vəziyyəti // - Bakı: Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, - 2016. №1, - s. 9-13
2. Чобанов Р.Э., Бабаева А.Д., Исламзаде И.Ф. Оценка воздействия коррекции низкой физической активности на эффективность лечения артериальной гипертензии среди женщин репродуктивного возраста в поликлинических условиях // - Полтава: ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ, - 2016. Випуск 4, том 1 (133), - с. 100-104
3. Чобанов Р.Э., Исламзаде И.Ф. Физическая активность как ведущий фактор, определяющий состояние здоровье и качества жизни городских жителей // - Киев: Світ медицини та біології, , - 2016. №4 (58), - с. 76-81
4. Исламзаде И.Ф. Оценка информированности городских жителей о влиянии низкой физической активности на здоровье // Науково – практична конференція з міжнародною участю «Організація та управління охороною здоров'я», - Київ: 18-20 жовт-ня 2016 року, - с. 40-41
5. Исламзаде И.Ф. Самооценка здоровья и качества жизни городских жителей с разным уровнем физической активности. // «Здоровье населения: проблемы и пути решения», - Минск: Сборник научных статей, - 2017, - с. 313-321
6. İslamzadə İ.F. Aşağı fiziki aktivlikli şəhər əhalisinin xəstələnməyə, müalicəyə meylliliyi və tibbi mürciət səviyyəsi // - Bakı: Azərbaycan tibb jurnalı, – 2017/2, – s. 106-112.
7. İslamzadə İ.F. Ailə mühitinin xüsusiyyətlərinin əhalinin fiziki aktivliyinə təsiri // “Tibb elmləri doktoru, professor, Surxay

Heydər oğlu Axundovun anadan olmasının 120 illiyinə həsr edilmiş elmi-praktik konfransın materialları”, - Bakı: - 2017. s.116-121

8. Исламзаде И.Ф. Оценка физической активности и влияния ее на здоровье взрослого населения // - Bakı: Sağlam təhsil-Sağlam millət, - 2017. 18 aprel, - s. 59-64
9. Исламзаде И.Ф. К вопросу о необходимости физической активности населения города // International Scientific Review of the problems and prospects of modern science and education, Boston, USA, - 2017, March 24-25, - с. 80-83
10. Исламзаде И.Ф. Общесоматическая симптоматика как проявление неблагоприятного состояния здоровья на фоне низкой физической активности // Young doctors of Azerbaijan, Medical Review – Baku, Azerbaijan, - 10-11 may, - 2017, vol. 4, - с. 26-27
11. İslamzadə İ.F. Hiperurbanizasiya şəraitində yaşlı əhəlinin fiziki aktivlik vəziyyəti (Bakı şəhəri əsasında): [5 cilddə] / İ.F.İslamzadə. – Bakı: İctimai sağlamlıq və səhiyyə, - с. 5.– 2017. s. 88-97. 251 s.
12. Исламзаде И.Ф. Организация мероприятий по вторичной профилактике факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на уровне первичного звена здравоохранения для городской женской популяции // - Минск: Вопросы организации и информатизации здравоохранения, – 2018. – № 2, – с. 51–58.
13. İslamzadə İ.F. Müasir dövrdə əhəlinin fiziki fəallığı problemi // - Bakı: Azərbaycan tibb jurnalı, - 2018/2, - s. 60-65
14. İslamzadə İ.F. “Forming the motivation to live a healthy life style”// Матеріали 74-ї Всеукраїнської студентської наукової конференції. «Medical students conference in Poltava», - Полтава, Україна: 29-30 березня, - 2018, - с. 58
15. İslamzadə İ.F., Aşağı fiziki aktivlik zamanı yaşlılarda xroniki qeyri-infeksiyon xəstəliklərin tibbi profilaktika metodu, Metodik tövsiyyə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. – 2019

ŞƏRTİ İŞARƏLƏR

- ABC – artıq bədən çəkisi
ABŞ – Amerika Birləşmiş Ştatları
AH – arterial hipertenziya
AHV – antihipertenziv vasitə
AT – arterial təzyiq
BÇİ – bədən çəkisi indeksi
BQD – beyin qan dövrəni
DAT – diastolik arterial təzyiq
FA – fiziki aktivlik
HK – həyat keyfiyyəti
XQİX – xroniki qeyri infeksiyon xəstəlikləri
İTY – ilkin tibbi yardım
QİX – qeyri infeksiyon xəstəlikləri
MBT – müalicəvi bədən tərbiyyəsi
MET – metabolik ekvivalent
MS – metabolik sindrom
RF – risk faktoru
ŞD – şəkərli diabet
ÜDX – ürək damar xəstəlikləri
ÜİX – ürəyin işemik xəstəliyi
ÜST – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
ÜYMT – ürək yığılmalarının maksimal tezliyi
ÜYT – ürək yığılmalarının tezliyi

Dissertasiyanın müdafiəsi "11" iyun 2021 il tarixində saat 14:00 akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi nəzdində fəaliyyət göstərən FD 1.03 Dissertasiya şurasının iclasında keçiriləcək.

Ünvan: AZ1114, Bakı şəhəri, Cavadxan küç., 32/15

Dissertasiya ilə akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin kitabxanasında tanış olmaq mümkündür.

Dissertasiya və avtoreferatın elektron versiyaları rəsmi internet saytında yerləşdirilmişdir: <http://eye.gov.az/>

Avtoreferat "08" may 2021 il tarixində zəruri ünvanlara göndərilmişdir.

Çapa imzalanıb:
Kağızın formatı: 60x84 1/16
Həcm: 36739
Tiraj: