

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

MEHMAN AĞAVERDİ oğlu HƏMZƏYEV

**QADINLARIN REPRODUKTİV SAĞLAMLIĞININ
SOSIAL-GİGİYENİK QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ VƏ BAKI
ŞƏHƏRİNDƏ DEMOQRAFİK VƏZİYYƏTİ YAXŞILAŞDIRMAQ
ÜÇÜN ONUN TƏNZİM OLUNMA YOLLARININ
AXTARILMASI**

3215.01 – Məməlik və ginekologiya

3212.01 – Səhiyyə və onun təşkili

Tibb üzrə elmlər doktoru elmi dərəcəsi almaq
üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

BAKI – 2016

Dissertasiya Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-Ginekologiya kafedrasının bazasında yerinə yetirilmişdir.

Elmi məsləhətçi:

əməkdar elm xadimi,
tibb üzrə elmlər doktoru,
professor

S.Q.İSRAFİLBƏYLİ

Rəsmi opponentlər:

tibb üzrə elmlər doktoru,
professor

H.F.BAĞİROVA

tibb üzrə elmlər doktoru

Z.F.ABBASOVA

tibb üzrə elmlər doktoru

N.M.RÜSTƏMOVA

Aparıcı təşkilat: Ukrayna Səhiyyə Nazirliyi Xarkov Diplomdansonrakı Tibb Təhsili Akademiyasının səhiyyənin təşkili, mamalıq və ginekologiya, ailə təbabəti kafedraları.

Dissertasiyanın müdafiəsi « ____ » _____ 2016-cı il tarixdə saat ____ -da Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən D03.011 Dissertasiya Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ 1022, Bakı şəhəri, Ə.Qasımsadə küç., 14.

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin kitabxanasında tanış olmaq olar.

Avtoreferat « ____ » _____ 2016-cı ildə göndərilmişdir.

D03.011 Dissertasiya Şurasının

elmi katibi,
tibb üzrə elmlər doktoru,
professor

Ş.F.İBRAHİMLİ

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Problemin aktuallığı. Müasir sosial-iqtisadi şəraitdə, xüsusilə də postsosialist ölkələrində əhalinin xəstələnmə və ölüm səviyyəsinin artması, doğuş səviyyəsinin aşağı düşməsi, uşaqların sağlamlığının pisləşməsi ilə səciyyələnən əhalinin reproduktiv sağlamlığının mühafizəsi problemi mühüm əhəmiyyət daşıyır [Artman M. et al., 2007; Шапапова О.В., Баклаенко Н.Г., 2008; Журавлева Н.В., 2008; Franklin A. et al., 2010; Минцер О.П., 2010; Аполихин О.И. и др., 2015].

ÜST-ün qlobal strategiyası hər iki cinsin nümayəndələri arasında reproduktiv həyatın bütün dövrlərində reproduktiv sağlamlıqda baş verən pozulmaların profilaktikasını aparmağı tövsiyə edir, eyni zamanda fertil yaşlı qadınları və hamilə qadınları həssas qruplara, yəni yüksək risk qrupuna aid edir (WHO, 2009). İnkişaf etmiş ölkələrdə QRS-nın mühafizəsi, əhalinin nəsilartırma qabiliyyətinin yüksəldilməsi və ümumilikdə demoqrafik vəziyyətin yaxşılaşdırılması üzrə proqramlar qəbul edilmiş və həyata keçirilir [Ryan N., Rogner A., 2008; Филиппова Т.Ю. с соавт., 2008; Röst M. et al., 2009; Ушакова Г.А., Николаева Л.Б., 2010; Коршевер Н.Г. и др., 2016].

Lakin hələ nəzərə çarpan müsbət nəticələr əldə olunmamışdır, belə ki, QRS əsasən mama-ginekoloji nöqtəyi-nəzərdən öyrənilmişdir, halbuki QRS-na daha çox təsir edən sosial-gigiyenik, şəxsiyyət-davranış və digər risk amilləri haqqında məlumatlar olduqca azdır [Пересада О.А., 2009; Савченков Ю.И., Петров Е.Ю., 2010; Derbyshire E., 2012].

Bu səbəbdən QRS-nın mühafizəsi və monitorinqi, risk amillərinin aradan qaldırılması və qadınların reproduktiv davranışının korreksiyası və demoqrafik vəziyyətin yaxşılaşdırılması üzrə tədbirlər sistemi yaradılmamışdır [Dungan J., Shulman L., 2008; Пестрикова Т.Ю. с соавт., 2011; Серов В.Н., 2011].

QPS-na АН və onu formalaşdıran АБÇ, hipodinamiya və qıdanın izafi enerji dəyəri kimi risk amilləri xüsusilə güclü təsir göstərir ki, bu da dünyanın 30%-dən çox qadınları üçün xarakterikdir [Лобинев С.И. с соавт., 2006; Макаров О.В. с соавт., 2009; Wax J., 2009; Артымук Н.В. с соавт., 2010; Замотаев Ю.Н., 2012; Becker S. et al., 2008].

QRS-na sosial cəhətdən asılı bəzi xəstəliklər – ÜX, ŞD, SY, UĞİ, SX kifayət qədər çox və mənfi təsir göstərirlər. Bu xəstəliklər də həmçinin sosial cəhətdən asılıdır və qadınlar arasında onların dövr etmə mex-

anizmini bilməklə onları effektiv şəkildə idarə etmək olar [Levine J. et al., 2007; Arendas K. et al., 2008; Филиппова Т.Ю. с соавт., 2008; Бахмудов М.Б. с соавт., 2010; Воронцова А.В. с соавт., 2011; Hainer B., Gibson M., 2011].

Bu zaman reproduktiv aktivliyin yayılması intensivliyinə yuxarıda qeyd edilən risk amillərinin regional sosial-iqtisadi və milli-etnik xüsusiyyətləri də böyük təsir göstərir ki, bu da onların öyrənilməsini, o cümlədən bizim şəraitdə, aktual məsələyə çevirir və QRS-nın yüksəldilməsinə xidmət edir [Л.М.Рзакулиева, 2010].

Qadınların reproduktiv sağlamlığı (QRS) – kompleks sosial və ma-ma-ginekoloji anlayışdır və onun formalaşması mexanizminin nə dərəcədə açıqlanmasından asılı olaraq bir o qədər də qadınların reproduktivliyi, əhalinin nəsilartırma qabiliyyəti təmin olunacaq və bununla da demoqrafik vəziyyətinin yaxşılaşması baş verə bilər [Кулаков В.И., Фролова О.Г., 2004; Шарапова Е.И. с соавт., 2005; Flores K., 2008; Сунцов В.Г., Волошина И.М., 2011].

Qeyd etmək lazımdır ki, bu problemin bir çox məsələləri – məsələn, qadınların öz sağlamlıqlarını qoruyub saxlaması meylliyi, onların vaxtında tibbi yardım üçün müraciətlərlə əlaqədar motivasiya səviyyəsi və reproduktiv xidmət «zənbili»nin formalaşmasına dair fikirlərin spektri praktik olaraq öyrənilməmişdir, bu isə qadınlara göstərilən reproduktiv xidmətin yaxşılaşdırılması imkanını məhdudlaşdırır [David P., 2008; Серегина И.Ф., 2009; FDA, 2009; Селихова М.С., 2011].

Respublikamızda əhalinin sağlamlığının mühafizəsi və xəstələnmənin azaldılması üzrə böyük işlər görülür. Respublika hökuməti tərəfindən bu sahədə qarşıya qoyulan məsələlərin həlli əsasən QRS-nın nə dərəcədə mühafizə olunmasından asılı olacaqdır. Bakı şəhərinin spesifikliyini və burada respublika əhalisinin 40%-ə qədərinin cəmləşdiyini nəzərə alaraq, yuxarıda göstərilən məsələlər üzrə tədqiqat işinin aparılması belə vacib tibbi-sosial, iqtisadi və siyasi-demoqrafik problemin həllində müsbət nəticələrin əldə olunmasına imkan verəcəkdir.

Tədqiqatın məqsədi – reproduktiv sağlamlığın və onu təşkil edən komponentlərin kompleks şəkildə sosial-gigiyenik müayinəsinin əsasında qadınların sağlamlığının mühafizəsi və yaxşılaşdırılması və reproduktiv itkilərin azaldılması üsullarının axtarılmasıdır.

Tədqiqat işinin vəzifələri:

- Respublika üzrə və Bakı şəhərində son 15 il ərzində QRS-yə dair statistik məlumatların təhlili;
- Bakı şəhərində reproduktiv qadınların tibbi-sosial prospektiv xarakteristikasının öyrənilməsi;
- Reproduktiv yaşlı qadınların ailə yaşayış mühitinin vəziyyəti və onların nəsilartırma meylinin təhlil edilməsi;
- QRS-nı ağırlaşdıran sosial əhəmiyyətli risk amillərinin ayırd edilməsi, onların kəmiyyət və keyfiyyətə qiymətləndirilməsi;
- UGİ-nin sosial-epidemioloji aspektlərinin öyrənilməsi, onların müalicə və profilaktika metodlarının müqayisəli qiymətləndirilməsi;
- Qadınların reproduktiv davranışının xüsusiyyətlərinin aşkar edilməsi, ailənin planlaşdırılmasına, kontrasepsiya vasitələrinə və abortlara qarşı onların münasibətinin araşdırılması;
- QRS-nın mühafizəsi və demoqrafik vəziyyətin sağlamlaşdırılması üzrə təşkilati strukturların elmi əsaslarının işlənilib hazırlanması.

Tədqiqatda nəticələrin elmi yeniliyi:

– Demoqrafik vəziyyətin, əhalinin nəsilartırma dinamikasının və onların QRS ilə qarşılıqlı əlaqəsinin kompleks qiymətləndirilməsi həyata keçirilmişdir.

– QRS-na təsir edən reproduktiv əhəmiyyətli və sosial cəhətdən asılı risk amilləri aşkar edilmiş, onların təsnifat əlamətləri verilmişdir.

– Qadınlar arasında reproduktiv itkilərin baş verməsində ailə yaşayış mühitinin, nikah vəziyyətinin, peşə yönümünün və sosial təminatın rolu aydınlaşdırılmışdır.

– Qadınlar arasında UGİ-nin yayılmasının sosial-epidemioloji şərtləri və onların daha effektiv müalicə və profilaktika üsulları müəyyən edilmişdir.

– Əsas risk amillərinin kombinasiyalarının və QRS-na onların təsir mexanizmi kəmiyyət və keyfiyyətə qiymətləndirilmişdir;

– Qadınların dispanser xidmətlə əhatə olunmasında onların tibbi məlumatlılığının, vaxtında tibbi yardım üçün müraciət etmək və öz sağlamlıqlarını nəzarətdə saxlamaq meylinin əhəmiyyəti göstərilmişdir.

– Qadınların ailə planlaşdırmasının xüsusiyyətləri, onlar arasında kontraseptivlərin yayılması parametrləri və abortların sayını artıran arzuolunmayan hamiləliyin səbəbləri müəyyən edilmişdir.

– Baza qadın məsləhətxanalarının iş rejiminin xronometrajı aparılmışdır ki, onun əsasında qadınların reproduktiv sağlamlığının təkmilləşdirilməsi üzrə bir sıra təşkilati tədbirlər həyata keçirilmişdir.

– Qadınların reproduktiv davranışının korreksiyası və onların profilaktik tədbirlərə aktiv cəlb olunması üzrə aparılan izahat işinin münasib və hamı tərəfindən mənimsənilən üsulları müəyyən edilmişdir.

– Sınaq müzakirəsi aparmaqla reproduktiv itkilərin azaldılmasına və qadınlar arasında onların yaranmasının qarşısının alınmasına dair hazırlanmış elmi cəhətdən əsaslandırılmış tədbirlər kompleksinin sosial-epidemioloji effektivliyi təyin olunmuşdur.

Tədqiqat işinin nəzəri və təcrübi əhəmiyyəti. Bu tədqiqat işi qadınların reproduktiv sağlamlığına, risk amillərinin spektrinə, yaranan reproduktiv itkilərə, qadınlara göstərilən reproduktiv xidmətin xarakterinə dair və qadınların sağlamlığının mühafizəsinin effektivliyinin artırılmasında və demoqrafik vəziyyətinin sağlamaşdırılmasında qadınların reproduktiv davranışının korreksiyasının vacib olması haqqındakı biliklərini xeyli tamamlayır. QRS-na təsir edən əsas risk amillərinin kombinasiyalarının parametrləri üzrə əldə olunan məlumatlar onların aradan qaldırılması və ya aktivliyinin azaldılması üzrə tədbirləri hazırlamağa imkan verir. Ən həssas risk qrupları müəyyən edilmişdir ki, bu da daha məqsədyönlü reproduktiv-mühafizə tədbirlərini təşkil etməyə və həyata keçirməyə imkan verir. Qadınlar arasında informasiya izahat işi üzrə, onlara göstərilən reproduktiv xidmət «zənbili»nin formalaşmasına dair fikirlərinin öyrənilməsi və reproduktiv davranışın korreksiyası üzrə müasir, daha münasib və hamı tərəfindən anlaşılan üsullar işlənib hazırlanmışdır. Qadınlar arasında UGİ-nin dövr etməsinin sosial-epidemioloji qanunauyğunluqları aşkar edilmişdir ki, onların əsasında UGİ-nin müalicəsi, reabilitasiyası və profilaktikası üzrə tədbirlər səmərələşdirilmişdir. Qadınların kontraseptivlərdən istifadə səviyyəsinin artırılması, bununla da arzuolunmayan hamiləliyin qarşısının alınması üsulları təklif olunmuşdur ki, bu da tibbi göstərişlərlə əlaqədar olmayan abortların tezliyini aşağı salmağa imkan verir. Qadın məsləhətxanalarında qadınların iş gününün təşkilati cəhətdən yenidənqurulması onların həkimə müraciətlərinin tezliyini artırır və vaxtı dəyişdirilmiş müraciətlərin tezliyini azaldır. Əsassız təyin olunan laborator və instrumental müayinələrin sayı azalmışdır ki, bu da qadınların dispanser xidmətlə əhatə olunma səviyyəsinin artırılması və onların vaxtında

reproduktiv müraciətlərə meyliyi ilə əldə olunur.

QRS-nın mühafizəsinin effektivliyinin artırılmasına dair inteqrasiyalı kompleks hazırlanmışdır ki, o, əlavə maddi-kadr vəsaitləri tələb etmir və təcrübədə asanlıqla tətbiq olunur.

Dissertasiya işinin müdafiəyə təqdim olunan əsas müddələri:

- QRS – tibbi-sosial və siyasi-demoqrafik problemdir.
- QRS-na birbaşa və dolayı təsir edən endo- və ekzogen risk amillərinin və qadınların şəxsiyyət-davranış xüsusiyyətlərinin təsnifat əlamətləri və dominant xarakterinin öyrənilməsi vacibdir.
- Qadınların reproduktiv sağlamlıq haqqında məlumatlılıq vəziyyəti, onların reproduktiv müraciətlərə meyliyi və reproduktiv xidmətlər «zənbili»nin formalaşmasına münasibəti analiz olunmalıdır.
- QRS-nın mühafizəsi, əhalinin nəsilartırma qabiliyyətinin artırılması və demoqrafik vəziyyətin sağlamlaşdırılması üzrə müasir sistemlərin müqayisəli qiymətləndirilməsi aparılmalıdır.

Dissertasiyanın aprobasiyası. Dissertasiyada aparılan müayinələrin nəticələri məruzə və müzakirə olunmuşdur: «Qadınların reproduktiv baxımdan mürəttəmə xüsusiyyətlərinin ailə planlaşdırılmasına təsiri» adlı Beynəlxalq konfransda (Lvov, Ukrayna, 2013); Rusiya Kardioloji Cəmiyyətinin konqresində (Moskva, 2013), Stomatologiya İnstitutunun konqresində (Odessa, Ukrayna, 2013); Beynəlxalq iştirakla Elmi-praktik konfransda (Poltava, Ukrayna, 2013, 2014); II international scientific confrence Theoretical and Applied Sciences in the USA (ABŞ, 2015); I international scientific conference, European Applied Sciences (Stuttgart, Germany, 2015); Uludag jinekoloji və obstetrik kis kongresində (Türkiyə, 2015).

Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun kafedralararası birgə iclasında (18.03.2015, protokol №1) keçirilmişdir. İşin aprobasiyası ATU nəzdində fəaliyyət göstərən D03.011 Dissertasiya Şurasının Aprobasiya Komissiyasının elmi seminarında (14.10.2016, protokol №1) keçirilmişdir.

Dərc olunmuş məqalələr. Dissertasiya mövzusu üzrə 40 elmi iş dərc olunmuşdur, onlardan 24 məqalə və 16 tezis elmi jurnalda, o cümlədən 12 məqalə xarici jurnallarda çap olunmuşdur.

Dissertasiyanın həcmi və strukturu. Dissertasiya giriş, ədəbiyyat

icmalından, tədqiqatların material və metodlarından, şəxsi tədqiqatların 7 fəslə, yekun, nəticələr, praktik təkliflərdən ibarətdir. 54 cədvəl və 37 şəkillə təsvir olunmuşdur. Ədəbiyyat siyahısına 468 iş daxildir, onlardan 251-i rus və vətən və 217-si xarici müəlliflərin mənbələridir. İşin ümumi həcmi 299 səhifə kompyuter yazısında çap olunmuşdur.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Şəxsi tədqiqatların material və metodikası. İş Ə.Əliyev adına Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun məmurluq və ginekologiya kafedrasının elmi proqramları çərçivəsində yerinə yetirilmişdir. Baza olaraq Respublika Perinotologiya Mərkəzi, 3 saylı şəhər xəstəxanası və dəri-zöhrəvi dispanseri götürülmüşdür. Əldə olunan nəticələrin praktik aprobeşiyası 7 saylı qadın məsəhətxanasının, 2 saylı doğum evinin və 3 saylı xəstəxananın, həmçinin bir çox rayon poliklinikalarının bazasında həyata keçirilmişdir. Tədqiqatların gedişində ATU-nun əməkdaşları (dosent A.Ə.Ağayev, E.M.Novruzov və assistent A.D.Babayeva) iştirak etmişlər. Tədqiqatların həcmi və istifadə olunan metodlar sistemləşdirilmiş və onları daha yaxşı anlamaq üçün fəsillər üzrə təqdim olunmuşdur.

«Bakı şəhərində reproduktiv qadınların tibbi-sosial prospektiv xarakteristikası» fəslə 5 bölmədən ibarətdir. Burada son 10 il ərzində qadınların reproduktiv sağlamlığının, demografiya göstəriciləri və əhalinin artımının statistik göstəriciləri təhlil olunmuşdur. Bakı şəhərində qadınlar arasında sərbəst anonim, tibbi-sosial, prospektiv müayinələr aparılmış və bu zaman standartlaşdırılmış The Women's Health Questionnaire (WHO) beynəlxalq sorğu kitabçasından [M.Hunter, 2000] və onun rus və skandinaviya variantından istifadə edilmişdir [T.B.Шевлякова, 2007; L.Chevallet, 2006]. Sorğu kitabçası azərbaycan dilinə tərcümə olunmuş, tamamlanmış və yerli şəraitə uyğunlaşdırılmışdır. Qadınlar arasında 8000 anket paylanmış, geriye 5233 anket toplanmışdır, onlardan 2674 anketdə bütün suallara cavab verilmişdir (33,4±0,5% cavab). Anketlərdə yaş strukturuna, ailə-nikah statusuna, yaşlar üzrə fertilliyə, təhsil səviyyəsinə, sosial-peşə yönümünə, ailə yaşayış mühitinin xarakterinə (maddi təminatı, yaşayış şəraiti, mənzilin tipi) görə təhlil aparılmışdır. Əhalinin artım tendensiyası 1990 qadın arasında öyrənilmişdir ki, onlar da ümumilikdə 3866 uşaq doğmuşlar.

«Qadınların reproduktiv sağlamlığını ağırlaşdıran sosial əhəmiyyətli

risk amilləri, onların kəmiyyət və keyfiyyətə qiymətləndirilməsi» adlanan IV fəsil 7 bölmədən ibarətdir. Anketdə verilən cavablara əsasən qadınlar arasında ÜX, AH, SX, FA, ABÇ, QD, QME, SY tezliyi təhlil edilmiş, onların yayılması səbəbləri və aktivlik dərəcəsi aşkar edilmişdir. AH hadisələri ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq ÜST/AHBT [O.A.Байкова с соавт., 2004] təsnifatına əsasən qruplaşdırılmışdır. 907 qadın arasında 8767 adda reproduktiv pozulma aşkar edilmişdir, onlar qeyd edilən risk amilləri arasında paylanma sıxlığına görə bölünmüşlər. Həmçinin 637 hamilə qadın müşahidə altına alınmışdır, onlardan 674-ü kəskin nəzərə çarpan preeklamsiyalarla daxil olmuşlar (KNT olan 122 hamilə qadında ağız boşluğunun sanasiyası aparılmışdır).

V fəsil «Qadınlar arasında urogenital infeksiyaların sosial-epidemioloji aspektləri, onların müalicəsi və profilaktikası üzrə yanaşmaların müqayisəli qiymətləndirilməsi» adlanır və 5 bölmədən ibarətdir. Verilən cavabların təhlili əsasında anket sorğusu götürülmüş 2674 qadın arasında 1443 UĞİ hadisəsi, o cümlədən 1005 BV və 834 VVK hadisəsi aşkar edilmişdir (396 hadisədə onlar birgə təsadüf etmişlər). Hamilə qadınlar arasında 376 UĞİ hadisəsi, o cümlədən 266 BV və 237 VVK hadisəsi qeyd olunmuşdur (127 hadisədə bu infeksiyalar birgə təsadüf etmişdir). Yoluxma səviyyəsi yaşlar üzrə (hamilə qadınlar arasında isə həmçinin hamiləliyin üç aylıqları üzrə), ailə-nikah statusu, təhsil səviyyəsi, onun davam etmə müddətinə, təkrarlığına və əvvəldə aparılan müalicənin effektivliyinə, RPK-nin və KNT-nin tezliyinə, həmçinin yoluxmanın səbəblərinə görə təhlil edilmişdir. UĞİ-nin müasir müalicə vasitələri sınaqdan keçirilmiş və BV zamanı 155 qadın və 143 hamilə qadın, VVK zamanı isə – müvafiq olaraq 175 və 174, BV və VVK-nin birgə gedişlərində – 100 və 120 qadın müalicə olunmuşlar (müalicə preparatları və sxemi praktik təkliflərdə verilmişdir).

Xəstələrin kompleks müayinəsinə klinik metodlar daxil edilmişdir ki, onlar anamnez məlumatlarının təhlil edilməsini, ginekoloji müayinələrin aparılmasını, uşaqlıq boynu mühitinin pH-metriyasını, uşaqlıq boynu möhtəviyyatının bakterioloji müayinəsinə, əsas hüceyrələrin aşkarlanmasını nəzərdə tutur. Hər simptom 3-ballıq sistem üzrə qiymətləndirilmişdir [Т.Э.Карпетян с соавт., 2010].

Mikroskopiya üçün material steril spatel vasitəsilə uşaqlıq boynu tağlarından götürülmüş və əşya şüşəsinin üzərinə yerləşdirilmişdir. Yaxmanı Qram üsul ilə rənglədikdən sonra laktobasillərin, bakteriosidlərin, qrammüsbət kokk və qardnerellaların sayı

öyrənilmişdir.

Uşaqlıq yolu ifrazatının ümumi mikrob çirklənməsi T.V.Zaxarova və V.Q.Volkovanın işində təsvir olunmuş metodikaya uyğun şəkildə [2010] 4 ballıq sistem üzrə qiymətləndirilmişdir. Kontrol müayinələr 2 dəfə – müalicədən 1 və 6-7 ay sonra aparılmışdır.

Yekun qiymətləndirmə UĞİ ilə müalicə-profilaktika kompleksinin praktikada həyata keçirilməsi sxemini işləyib hazırlamğa imkan vermişdir (əlavə №1) ki, o da 2 blokdan – müalicəvi və profilaktik blokdan ibarətdir. İkinci blokun aprobeiası 758 hamilə qadın və hamilə olmayanlar arasında aparılmışdır, onlardan 478-i 11-14 ay ərzində profilaktik tədbirləri həyata keçirmiş, 280-i isə həyata keçirməmişlər. Tədqiqat işinin sonunda aşağıdakı göstəricilər təhlil olunmuşdur: RPK və KNT tezliyinin azalması, yeni yoluxma hallarının qarşısının alınması.

VI fəsil «Qadınların yerli populyasiyasının reproduktiv davranışının xüsusiyyətləri» adlanır və 4 bölmədən ibarətdir. RPK olan 907 qadın və RPK olmayan 1767 qadın arasında QRS-na təsir edən əsas risk amillərinin ümumi təsiri öyrənilmişdir. 1-ci qrupda 5756 risk amilləri kombinasiyası, 2-ci qrupda 6409 kombinasiya təhlil olunmuşdur. Anketləşdirilən qadınların hamısında 10 mövqə üzrə (hər biri 10 balla qiymətləndirilir) tibbi məlumatlılıq səviyyəsi və RPK-nin formalaşmasında onun əhəmiyyəti qiymətləndirilmişdir.

Xəstələrin reproduktiv müraciətlərə meylliliyinin və müalicə olunmaq meylliliyinin qiymətləndirilməsi D.Morisky et al. [1986] tərəfindən hazırlanmış və J.D.Kobalava və başq. [2008] interpretasiyasında təqdim olunan sorğu toplusunun əsasında həyata keçirilmişdir. Anket 4 sualdan ibarətdir, onların hər biri 1 balla qiymətləndirilmişdir. Marker qismində AH-dən istifadə olunmuşdur. Cəmi 635 qadın sorğu ilə əhatə olunmuşdur ki, onlar 3 qrupa bölünmüşlər: I qrupa nəzarət olunan AH ilə 195 qadın, II qrupa nəzarət olunmayan AH ilə 110 qadın, III qrupa kontrol qrupdan 330 qadın. Bu qruplardan olan 195 qadın arasında öz sağlamlıqlarına nəzarət etmək meyli öyrənilmişdir.

2674 qadının anket sorğusunun əsasında hamiləlik əleyhinə vasitələrin yayılma intensivliyi və işlədilməsi xarakteri müəyyən olunmuşdur. 685 abort halları aşkar edilmişdir, onlardan 534 hadisə arzu olunmayan hamiləliklə əlaqədar həyata keçirilmişdir. Anket sorğusuna əsasən qadınların reproduktiv müraciətlərini məhdudlaşdıran 7 qrup motivasiya səbəbləri aşkar edilmişdir. Ümumilikdə bu qadınlar ailə

planlaşdırması ilə bağlı qadın məsləhətxanasına 4769 dəfə müraciət etmişlər.

«Qadınlara dispanser yardımın, onlara göstərilən reproduktiv xidmətin keyfiyyətinin və effektivliyinin artırılması və demoqrafik vəziyyətin (Bakı şəhərində) sağlamlaşdırılması üzrə elmi-təşkilati yanaşmalar» adlanan VII fəsildə əvvəlcə qadınlara göstərilən reproduktiv xidmətin münasibliyi, ondan məmnun qalmaları və reproduktiv xidmət barəsində məlumatlılığı haqqında fikirləri öyrənilmişdir. Sorğu İ.F.Sereqininin [2009] metodikası üzrə aparılmışdır. Hər variantda maksimal qiymət – 45 bal təşkil etmiş, yekun maksimal qiymət isə 135 bal olmuşdur. Qadınların fikirləri nəzərə alınmaqla və baza qadın məsləhətxanalarında xronometrajın aparılması sayəsində iş gününün təşkilati yenidənquruması həyata keçirilmişdir ki, onun səmərəliliyi işin əvəlində və sonunda 623 və 491 qadın arasında öyrənilmişdir.

Əldə olunan nəticələrin inteqrasiyalı qiymətləndirilməsi QRS-nın mühafizəsi üzrə təşkilati strukturu işləyib hazırlamağa imkan verdi (əlavə №2). Profilaktika tədbirləri izahat işi və hazırlanmış yaddaş kitabçası sayəsində həyata keçirilmiş, effektivliyi 2 dəfə: 4-6 aydan sonra (2035 qadın) və 11-14 aydan sonra (1438 qadın) kontrol müayinələrin aparılması yolu ilə təyin olunmuşdur

Dissertasiyada əldə olunan nəticələr sistemləşdirilmiş, təhlil edilmiş və aşağıdakı statistik metodlar vasitəsilə müqayisə aparılmışdır: orta riyazi xəta ($M \pm m$), Styudent meyarı (t), uyğunluq meyarı (χ^2), korrelyasiya əmsalı (r), Van-der-Varden meyarı (X) [С.Гланц, 1999].

ŞƏXSİ TƏDQİQATLARIN NƏTİCƏLƏRİ

“Bakı şəhərində reproduktiv qadınların tibbi-sosial prospektiv xarakteristikası” fəslinin I bölməsində anket sorğusu götürülənlər arasında nikaha daxil olmayan qadınların xüsusi çəkisi xeyli yüksək olub $25,6 \pm 1,7\%$ təşkil edir. Erkən reproduktiv yaşda (<20 yaş) onların sayı $26,2 \pm 1,7\%$, orta yaşlarda (20-30 yaş) – $48,2 \pm 1,9\%$ ($t=8,66$; $p<0,001$), gec (>30 yaş) – $25,6 \pm 1,7\%$ ($t=8,90$; $P<0,001$). Qadınların hətta yetkin reproduktiv yaşda nikaha girməmələrinin 10 səbəbi arasında həmçinin ali təhsil almaq zərurəti, xidməti karyerasının təmin olunması, müsbət şəxsi keyfiyyətləri olan, maddi cəhətdən təmin olunmuş və gözəl xarici görünüşə malik kişiyə ərə getmək arzusu üstünlük təşkil etmişdir ki, onların tezliyi $10,5 \pm 1,2$ ilə $18,9 \pm 1,5\%$ arasında dəyişmişdir ($t=4,38$;

$P < 0,001$). Şübhəsiz ki, nikaha girməyən qadınların çəkisinin artmasını əhalinin artımı üçün əlverişsiz amil kimi qəbul etmək lazımdır.

Digər əlverişsiz amil nikahı pozan qadınların tezliyinin durmadan artmasıdır – $18,4 \pm 0,7\%$, bu zaman onların ən böyük qismi 20-24 yaşlara təsadüf edir, belə ki, bu yaşlarda qadınların uşaq doğmaq funksiyası daha aktiv baş verir – $41,5 \pm 2,2\%$. Qadınların ali təhsil alması sosial statusunun səviyyəsini artırır və ailə qurmaq üçün daha real zəmin yaradır. Məsələn, əgər nikaha girməyən və ya onu pozan qadınlar arasında, həmçinin dul qadınlar arasında ali təhsil qadınların $6,8 \pm 2,1$ -dən $17,7 \pm 1,5\%$ -i almışsa ($t=4,22$; $P < 0,001$), nikahda olan qadınlar arasında onların sayı $34,5 \pm 1,3\%$ ($t=8,48$; $P < 0,001$) təşkil etmişdir.

Müasir sosial-iqtisadi vəziyyət qadınların əmək fəaliyyəti ilə məşğul olması zərurətini doğurur, bizim tədqiqatda müxtəlif peşələr üzrə $77,3 \pm 0,8\%$ qadın çalışmışdır. Onların əksəriyyəti uşaq və tibb müəssisələrində işləmişlər – $41,8 \pm 1,0\%$, müxtəlif şəhər ticarət, qida, sənaye və digər obyektlərdə isə $22,0 \pm 0,8\%$ qadın ($t=15,47$; $P < 0,001$), dövlət, kommersiya və digər strukturlarda müxtəlif vəzifələrdə, şagirdlər və tələbələr də daxil olmaqla, $13,9 \pm 0,7\%$ qadın çalışmış ($t=7,64$; $P < 0,001$), $22,3 \pm 0,8\%$ qadın isə işləməmişdir (evdar qadın) ($t=7,92$; $P < 0,001$). Qadınların sosial-peşə yönümünə təhsil səviyyəsi böyük təsir göstərir

Qadınların reproduktiv potensialının həyata keçirilməsi əsasən ailə daxilində baş verir və bir çox hallarda ailə yaşayış mühiti ilə təyin olunur ki, burada maddi təminat və yaşayış şəraiti dominant amil sayılır. Anketlərdə verilən cavablara əsasən ailənin maddi təminatının 4 səviyyəsi ayırd olunur – çətin, ağır, kafi, yaxşı. Qadınların hamısında bu səviyyələr təqribən eyni dərəcədə rast gəlməmişdir - $24,2 \pm 0,8$ -dən $25,7 \pm 0,8\%$ -ə qədər ($t=1,33$; $P > 0,05$). Onlar həmçinin nikahda olan qadınlar arasında da eyni dərəcədə paylanmışdır – $23,8 \pm 1,2$ -dən $26,5 \pm 1,2\%$ -ə qədər ($t=1,59$; $R > 0,05$).

Ümumilikdə $49,4 \pm 1,0\%$ qadının maddi vəziyyəti kafi sayılmalıdır.

Qadınların anketlərdə verdikləri cavablara əsasən aşağıdakı mənzil-məişət şəraitləri ayırd edilir: qeyri-qənaətbəxş $21,5 \pm 0,8\%$, nisbi qənaətbəxş – $32,5 \pm 0,9\%$ ($t=9,17$; $P < 0,001$), normal – $32,6 \pm 0,9\%$ ($t=0,08$; $P > 0,05$) və komfort – $13,4 \pm 0,7\%$ ($t=16,89$; $P < 0,001$).

Qeyd edilən 2 amilin – maddi təminat və mənzil-məişət şəraiti birgə rast gəlməsi qadınların nikah statusuna ciddi təsir göstərir. Bizim tədqiqatlarda $26,7 \pm 1,0\%$ qadın – 1 uşaq, $21,7 \pm 0,9\%$ qadın – 2 uşaq ($t=3,70$; $P < 0,001$), $17,8 \pm 0,9\%$ qadın – 3 uşaq ($t=3,07$; $P < 0,001$),

8,5±0,6% qadın – 4 uşaq ($t=8,61$; $P<0,001$), 5,5±0,5% qadın isə 5 və daha çox uşaq doğmuşlar ($t=3,06$; $P<0,001$). Orta hesabla 1 qadına 1,85±0,5 uşaq düşür. Göründüyü kimi, təkcə qadınların ailə-nikah statusunun deyil, həm də doğulan uşaqların sayının azalması da baş verir. Mövcud tendensiya dəyişməz qalarsa, onda yaxın gələcəkdə demoqrafik vəziyyət xeyli ağırlaşacaqdır.

Bununla bərabər, yenidöğulmuşların çəkisi də azalır və orta hesabla 2879,4±19,6 q təşkil edir. Məsələn, erkən reproduktiv yaşda olan qadınların doğduğu uşağın çəkisi orta hesabla 3230,7±57,5 q təşkil edirsə, onda orta reproduktiv yaşda (20-30 yaş) olan qadının doğduğu uşağın çəkisi 2904,1±32,6 q-a qədər azalır ($t=4,91$; $P<0,001$). Gecikmiş reproduktiv yaşda olan qadınların doğduğu uşaqların çəkisi daha azdır – 2779,8±24,1 q ($t=3,07$; $P<0,001$).

Reproduktiv potensialın yerinə yetirilməsində qadınların motivasiya istəkləri böyük rol oynayır. Məsələn, bir uşaq doğmuş qadınlar çox vaxt ana olmaq istəyini göstərirlər, ailənin tam olması üçün uşaq doğmağı və isti ailə münasibətlərinin yaranması kimi səbəbləri göstərirlər - 18,0±1,7-dən 19,5±1,7%-ə qədər ($t=0,63$; $P>0,05$). Halbuki 2 və daha çox uşaq doğan qadınlar çox vaxt başqa istəklərini – həyat yoldaşlarının arzusunu yerinə yetirdiyini, ailəsinin dağılmamasını və öz sağlamlığını qorumaq istəyini səbəb olaraq qeyd edirlər – 17,3±1,2-dən 20,4±1,2%-ə qədər ($t=1,82$; $P>0,05$).

Qadınların reproduktiv sağlamlığını ağırlaşdıran sosial əhəmiyyətli risk amilləri, onların kəmiyyət və keyfiyyətə qiymətləndirilməsi fəslində dominant ekstragenital xəstəliklərin və həyat tərzindəki çatışmamazlıqların aşkar edilmişdir. Müasir sosial-iqtisadi şəraitdə qadınların reproduktiv xəstəliklərinin və etnik xüsusiyyətlərinin kəmiyyət və keyfiyyətə qiymətləndirilməsi olduqca mühüm aktualıq kəsb edir, belə ki, onların əsasında qadınların reproduktiv sağlamlığının mühafizəsinin effektivliyini artırmaq mümkündür.

Ümumi xəstələnmə (ÜX). Son 2 ildə yalnız 27,3±0,9% reproduktiv qadın heç bir xəstəliklə xəstələnməmişlər, yəni sağlam olmuşlar. Özü də nikaha girməyən qadınlar arasında onların gənc yaşlarını nəzərə alaraq sağlam şəxslərin miqdarı çox olmuşdur - 35,5±1,8%. Nikahda olan qadınlar arasında sağlam qadınların sayı 28,2±1,2%-ə qədər azalır ($t=3,37$; $P<0,001$), nikahı pozan qadınlar - 16,5±1,7% ($t=5,63$; $P<0,001$)

və dul qadınlar arasında onların sayı daha çox azalır – $15,8 \pm 3,0\%$ ($t=0,21$; $P>0,05$). Ümumiyyətlə, son 2 il ərzində $72,7 \pm 0,9\%$ reproduktiv qadın müxtəlif xəstəliklərlə yoluxmuşlar.

Dominant xəstəlmə ağ ciyər xəstəlikləri, stomatoloji xəstəlmə və hipertoniya – $25,3 \pm 0,8$ -dən $32,3 \pm 0,9\%$ -ə qədər ($t=5,83$; $P<0,001$).. Ağ ciyər xəstəliklərinin əsas hissəsini KRX, qrip və bronxitlər təşkil edir.

Orta hesabla 1 qadına $2,03 \pm 0,11$ vahid ümumi xəstəlmə hadisəsi düşür. Dul qadınlar və nikahı pozan qadınlar arasında onların sayı daha çoxdur – müvafiq olaraq $2,68 \pm 0,23$ və $2,43 \pm 0,18$ vahid ($t=0,86$; $P>0,05$), sonra nikahda olan qadınlar – $2,09 \pm 0,13$ vahid təşkil edir ($t=1,55$; $P>0,05$), nikaha daxil olmayan qadınlar arasında isə ən aşağıdır – $1,51 \pm 0,16$ vahid ($t=2,76$; $P<0,01$).

Ümumi xəstəlmənin yüksək səviyyəsi qadınlar arasında RPK-ni formalaşdırır. Cəmi RPK 907 qadın ($33,9 \pm 0,9\%$) arasında aşkar edilmişdir, 1 qadına orta hesabla $0,66 \pm 0,07$ vahid RPK düşmüşdür, bu zaman $0,77$ vahid ümumi xəstəlməsi olan qadınların, $0,36 \pm 0,11$ vahid isə hazırkı anda ümumi xəstəlməsi olmayan qadınların payına düşmüşdür ($t=2,93$; $P<0,01$).

Arterial hipertoniya (AH). Anketləşdirmə nəticəsində və göstərişə görə aparılan ambulator müayinələr əsasında AH 768 qadında aşkar edilmişdir ($28,7 \pm 0,9\%$). Tezliyində, davam etmə müddətinə və simptomatikanın ifadə dərəcəsinə görə I dərəcəli AH 249 qadında ($9,3 \pm 0,6\%$), II dərəcəli – 314 qadında ($11,7 \pm 0,6\%$; $t=2,82$; $P<0,01$), III dərəcəli – 205 qadında ($7,7 \pm 0,5\%$; $t=5,13$; $P<0,001$) aşkar edilmişdir. Qadınların yaşı 20-dən 35 yaş və daha yuxarı artdıqca AH göstəriciləri korrelyasiya asılılığı ilə ($r=+0,93 \pm 0,06$) $16,3 \pm 0,4\%$ -dən $39,0 \pm 2,1\%$ -ə qədər ($t=10,61$; $P<0,001$) yüksəlir.

Ümumilikdə qadınlar AH üçün 38 amili göstərilmiş, lakin 10-u 75%-dən çox anketdə qeyd edilmişdir. Azalan tezliklə onlar aşağıdakı kimi olmuşlar: artıq bədən çəkisi (ABÇ), natamam fiziki aktivlik (FA), ailə münasibətlərində gərginlik, şorabaların (duzun) həddən çox istifadə edilməsi, qeyri-qənaətbəxş mənzil-məişət şəraiti, səmərəsiz qidalanma, maddi çətinlik, alkoqoldan həddən çox istifadə edilməsi, siqaret çəkmə, maraqsız peşə. AH və 1-ci qrupdan olan hər bir qadına orta hesabla $1,88 \pm 0,21$ risk amili, AH olmayan 2-ci qrupa – müvafiq olaraq $1,23 \pm 0,13$ risk amili düşür ($t=2,60$; $P<0,01$) ki, bu da Van-der-Varden meyarı ilə təsdiq olunur ($X=4,16$; $P<0,01$).

Aşkar edilmiş 907 adda RPK-nin $52,6\pm 1,8\%$ hadisəsi AH olan qadınların, $26,4\pm 1,0\%$ hadisə isə AH olmayan qadınların payına düşmüşdür ($t=26,41$; $P<0,001$). Bütün reproduktiv pozulmaların tezliyi birinci qrup qadınlar arasında $1,82-4,27$ dəfə yüksək olmuşdur, nəinki ikinci qrupda, yəni AH qadınların reproduktiv potensialının kəskin azalmasına səbəb olan müstəqil risk amilidir.

AH nə qədər ağır keçirsə, reproduktiv pozulmaların tezliyi də bir o qədər yüksəkdir. Məsələn, AH-nin 1-ci dərəcəsinə AH olan hər 1 qadına orta hesabla $0,75\pm 0,13$ vahid, 2-ci dərəcəsinə müvafiq olaraq $1,23\pm 0,11$ vahid ($t=2,82$; $P<0,01$), 3-cü dərəcəsinə - $1,60\pm 0,13$ vahid reproduktiv pozulma ($t=2,18$; $P<0,05$) düşür.

Stomatoloji xəstəlmə (SX). Reprodaktiv qadınların stomatoloji xəstəlməsi kifayət qədər yüksək olmuş və orta hesabla $32,3\pm 0,9\%$ təşkil etmişdir. Çox vaxt onların arasında parodontun iltihabi xəstəlikləri (PİX) – $26,3\pm 0,9\%$ aşkar edilir, kariesin tezliyi bir qədər az olmuş - $20,2\pm 0,8\%$ ($t=5,00$; $P<0,001$), digər nozofomaların səviyyəsi isə $1,6\pm 0,2\%$ -dən artıq yüksəlməmişdir ($t=22,68$; $P<0,001$). Bu zaman polinozofomaların tezliyi $15,8\pm 0,7\%$ təşkil edir, əksər hallarda eyni vaxtda karies və PİX ilə xəstəlmə müşahidə olunur.

Yuxarıda qeyd edilən RPK-dən SX olan qadınların payına $43,6\pm 1,7\%$ adda RPK, SX olmayan qadınlara isə cəmi $29,3\pm 1,1\%$ adda RPK düşmüşdür ($t=7,28$; $P<0,001$).

Müşahidə olunan 637 hamilə qadından $76,1\pm 1,7\%$ -də (onların yaşı 25-dən artıq deyildir) SX aşkar olunmuşdur – $24,5\pm 1,7\%$, onların $22,6\pm 1,7\%$ -ni – kariyes, $15,4\pm 1,4\%$ -ni – PİX ($t=3,27$; $P<0,01$) təşkil etmişdir ki, bu zaman monozofomalar – $11,0\pm 1,2\%$, polinozofomalar – $13,5\pm 1,4\%$ -ə ($t=1,36$; $P>0,05$) bərabər olmuşdur.

RPK hamilə qadınlar üçün hamiləliyə qədər də xarakterik olmuşdur, lakin hamiləliyin gedişində kəskin nəzərə çarpan preeklamsiyalar artmışdır, belə ki, $62,8\pm 3,9\%$ halda o, SX olan hamilə qadınlarda və yalnız $36,6\pm 2,2\%$ -i SX olmayan hamilə qadınlarda müşahidə edilmişdir ($t=5,85$; $P<0,001$). Bundan başqa, hamiləliyin planlaşdırıldığı dövrdə stomatoloji xəstəlikləri olan 122 hamilə qadını biz hamiləliyin sonuna qədər müşahidə etmişik. Onlardan 74-də SX ailə planlaması, qalan 48 qadın stomatoloji prosedurlardan qorxduqları, yaxud da hamiləliyin gedişinə mənfi təsir göstərməsindən çəkindikləri üçün müvafiq müalicə almamışlar. Birincilər arasında 19 hamilə qadında ($25,7\pm 5,1\%$), ikincilər arasında – 30 hamilə qadında ($62,5\pm 7,1\%$; $t=4,21$; $P<0,001$)

kəskin preeklamsiyalar müşahidə olunmuşdur. Birincilər arasında müxtəlif reproduktiv poğunluqlar 5 hamilə qadında ($6,8\pm 3,0\%$), ikincilər arasında – 11 hamilə qadında ($22,9\pm 6,1\%$; $t=2,37$; $P<0,05$) müşahidə olunmuşdur.

Fizik aktivlik (FA). Anketləşdirilən qadınların qurupunda heç kim idmanla məşğul olmamışdır, yalnız onların 146-sı ($5,4\pm 0,4\%$) fitnes klublara, rəqs dərnəklərinə getmiş, səhər idmanı etmiş və ya qaçmışlar. Qadınların FA-yi əsasən işə getmək, alış-veriş etmək, uşaq müəssisələrinə və s. getmək üçün piyada gəzintidən ibarət olmuşdur. Onların 597-si evdar qadın ($22,3\pm 0,8\%$) olmuşdur ki, bu da onların FA-ni daha da azaldır. Anketin məlumatları göstərir ki, gündəlik piyada gəzintinin orta göstəriciləri $27,8\pm 0,9\%$ -də 30 dəqiqədən artıq deyildir, $36,5\pm 0,9\%$ qadında o, 30-59 dəqiqə ($t=6,85$; $P<0,001$), $21,1\pm 0,9\%$ -də 60-89 dəqiqə ($t=12,83$; $P<0,001$) davam etmiş və yalnız $14,6\pm 0,7\%$ qadında FA 90 dəqiqədən artıq olmuşdur ($t=6,13$; $P<0,001$). Yəni anket sorğusu götürülən 2674 reproduktiv qadıdan 1720-də gündəlik FA 60 dəqiqədən az olmuşdur ki, bu da orqanizmin normal fəaliyyət göstərməsini təmin etmişdir ($64,3\pm 0,9\%$). O da diqqəti cəlb edir ki, qadınların yaşı nə qədər çoxdursa, onların FA bir o qədər aşağıdır. Belə ki, 20 yaş və daha gənc yaş qruplarında piyada gəzinti göstəricisi $63,5\pm 0,72$ dəqiqə təşkil etmişdir, halbuki 35 yaşdan yuxarı yaş qrupunda o, $42,7\pm 0,53$ dəqiqə olmuşdur ($t=23,37$; $P<0,001$). Nəticədə gündəlik piyada gəzinti 60 dəqiqədən az olan qadınlar arasında $41,6\pm 1,2\%$ adda RPK, piyada gəzinti 60 dəqiqədən çox olan qadınlar arasında isə cəmi $20,1\pm 1,3\%$ adda RPK ($t=12,55$; $P<0,001$) aşkar edilmişdir. Bu qrupdan olan hər bir qadına isə müvafiq olaraq $0,79\pm 0,09$ və $0,37\pm 0,12$ adda RPK düşmüşdür ($t=2,73$; $P<0,01$).

Hamilə qadınlar üçün 30-59 dəqiqə müddətində gündəlik piyada gəzinti daha səciyyəvidir - $45,2\pm 2,0\%$, $31,7\pm 1,8\%$ hamilə qadında o, 30 dəqiqədən artıq olmamışdır ($t=5,02$; $P<0,001$). Cəmi $13,8\pm 1,4\%$ hamilə qadında piyada gəzinti 60-89 dəqiqə həddində qalmış ($t=7,22$; $P<0,001$) və $9,3\pm 1,2\%$ -də o, 90 dəqiqədən artıq olmuşdur ($t=2,45$; $P<0,05$). Bu zaman əgər hamiləliyin I üçaylığında FA orta göstəricisi $49,6\pm 0,85$ dəq/gün təşkil edirsə, II üçaylığında o, $45,9\pm 0,54$ dəq/günə qədər ($t=3,36$; $P<0,001$), III üçaylıqda isə müvafiq olaraq $40,5\pm 0,76$ dəq/günə qədər azalır ($t=5,81$; $P<0,001$). Piyada gəzinti 60 dəq/gün-dən artıq olmayan hamilə qadınlar arasında $47,1\pm 2,3\%$ adda KNT aşkar edilmişdirsə, bu göstərici 60 dəq/gün-dən artıq olan hamilə qadınlarda

cəmi $29,3 \pm 3,8\%$ adda KNT nəzərə çarpmışdır ($t=4,19$; $P<0,001$).

Artıq bədən çəkisi (ABC). Normada ABC Kettle əmsalına əsasən $25,0 \text{ kq/m}^2$ -dən yüksək olmamalıdır. Normal ABC olan qadınların sayı $60,8 \pm 0,9\%$ təşkil etmiş, ABC $25,0-29,9 \text{ kq/m}^2$ (piylənmə) olanların sayı $22,4 \pm 0,8\%$, ABC $30,0-34,9 \text{ kq/m}^2$ (piylənmə) həddində olan qadınların sayı müvafiq olaraq $12,6 \pm 0,6\%$ ($t=9,80$; $P<0,001$) təşkil etmiş, $\geq 35,0 \text{ kq/m}^2$ (kəskin nəzərə çarpan piylənmə) ABC isə $4,2 \pm 0,4\%$ qadında ($t=11,67$; $P<0,001$) müşahidə olunmuşdur.

Tədqiqatlarımız ABC-nin «ana-qız» xətti üzrə irsi ötürülməsi imkanı haqqında müzakirə mövzusunda müəyyən aydınlıq gətirdi. Tədqiqatlar göstərir ki, ABC-nin «ana-qız» xətti üzrə irsi ötürülməsi baş vermir, ana və qızlarda bədən çəkisinin üst-üstə düşməsi isə təsadüfi xarakter daşıyır və çox güman ki, həyat tərzindəki çatışmamazlıqlar nəticəsində baş verir. Bu çatışmamazlıqlar isə orqanizmə mənfi təsir edən və ABC və piylənmənin inkişaf mexanizmini işə salan bir çox şəxsiyyət-davranış risk amillərini aktivləşdirir.

ABC qadınların reproduktiv potensialını aşağı salan aparıcı amillərdən biridir. Belə ki, əgər RPK olan qadınların bədən çəkisi normadan xeyli artıq olmuş və orta hesabla $27,3 \pm 0,41 \text{ kq/m}^2$ təşkil edirsə, onda RPK olmayan qadınların bədən çəkisi normada qalmışdır – $24,6 \pm 0,28 \text{ kq/m}^2$ ($t=5,40$; $P<0,001$). Hamilə qadınlarda bədən çəkisi hamiləlik baş verənə qədər bədən çəkisi və boy göstəricilərinə əsasən təyin olunmuşdur. Belə ki, hamiləlik dövründə KNT olan hamilə qadınlarda orta bədən çəkisi əvvəldə normadan artıq olmuş və orta hesabla $26,8 \pm 0,55 \text{ kq/m}^2$ təşkil etmişdir, halbuki KNT olmayan qadınların bədən çəkisi normadan artıq olmamışdır – $24,7 \pm 4,6 \text{ kq/m}^2$ ($t=2,92$; $P<0,01$) təşkil etmişdir.

ABC-nin formalaşması səmərəsiz qidalanma və qadınların aşağı fiziki aktivliyi nəticəsində baş verir. Bundan başqa, ABC qadınların bəzən nikaha daxil olmaq imkanını məhdudlaşdırır, həmçinin ailələrin dağılmasının səbəbi olur.

Qidalanma davranışı (QD). Yalnız nikahda olmayan qadınlar arasında gündəlik işlədilən məhsulların enerji dəyəri respublika normativlərinə təqribən müvafiq gəlir və orta hesabla sutkada $2571,6 \pm 12,3 \text{ kkal}$ təşkil edir, digər ailə-məişət statusu olan qadınlarda QME xeyli çoxdur və boşanmış qadınlarda $3112,5 \pm 14,2 \text{ kkal/sutka}$ ($t=28,79$; $P<0,001$) təşkil edir. Həddən çox yemək və bununla əlaqədar

piylənmə nikahların pozulmasının səbəblərindən biri olmuşdur.

Qadınların istifadə etdiyi məhsulların enerji dəyəri və onların bədən çəkisi arasında kəskin paralellik müşahidə olunur. Məsələn, əgər nikahda olmayan qadınlar arasında bədən çəkisinin göstəriciləri normanın yuxarı sərhəddi daxilindədir və orta hesabla $24,4 \pm 0,22 \text{ kq/m}^2$ təşkil edirsə, onda nikahda olan qadınlar arasında o, normadan yüksək olub $25,9 \pm 0,16 \text{ kq/m}^2$ ($t=5,56$; $P<0,001$) bərabərdir. Bədən çəkisi göstəriciləri dul qadınlar - $26,2 \pm 0,19 \text{ kq/m}^2$ ($t=1,20$; $P>0,05$) və xüsusilə də boşanmış qadınlar arasında daha çox artır - $27,7 \pm 0,25 \text{ kq/m}^2$ ($t=4,84$; $P<0,001$). Belə ki, RPK olan qadınlar arasında QME göstəriciləri orta hesabla $3175,4 \pm 11,8 \text{ kkal/sutka}$, RPK olmayanlar arasında isə bu göstərici - $2794,5 \pm 10,3 \text{ kkal/sutka}$ təşkil etmişdir ($t=24,32$; $P<0,001$). Onların arasında bədən çəkisinin göstəricisi də həmçinin fərqlənir - müvafiq olaraq $27,2 \pm 0,22$ və $24,9 \pm 0,19 \text{ kq/m}^2$ ($t=7,93$; $P<0,001$). İşlədilən qida məhsullarının normadan artıq sutkalıq enerji dəyərinin və bununla əlaqədar ABÇ (və piylənmənin) qadınların reproduktiv potensialına mənfi təsir göstərməsi şübhə doğurmur.

Hamilə qadınlar arasında sutkalıq qidanın enerji dəyərinin müəyyən edilməsi xüsusilə vacibdir, belə ki, bir çox qadınlarda hamiləliyin gedişi ərzində qida rasionu haqqında çox yanlış fikirlər formalaşmışdır. Onların fikrincə, dölün normal bətdaxili inkişaf etməsi üçün qida müxtəlif və bol olmalıdır, özü də hamiləliyin müddəti artdıqca o da artmalıdır. Hamilə qadınların sutkalıq qidasının orta enerji dəyərində - hansı ki, o, $3205,4 \pm 16,6 \text{ kkal/gün}$ təşkil edir, hestozları olmayan hamilə qadınlarda enerji dəyəri gün ərzində $3101,4 \pm 18,5 \text{ kkal}$ -yə bərabərdir, halbuki hestozları olan hamilə qadınlarda gündə $3343,1 \pm 21,4 \text{ kkal}$ ($t=8,54$; $P<0,001$) təşkil edir.

Qadınlar üçün səmərəsiz yüksək kalorili qidalanma səciyyəvidir və, onların enerji dəyəri orta hesabla $2923,7 \pm 10,3 \text{ kkal/sutka}$ təşkil edir. Nəticədə qadınların bədən çəkisinin artması baş verir və orta hesabla $25,7 \pm 0,14 \text{ kq/m}^2$ çatır. Hər iki amilin birgə təsiri qadınlar arasında müxtəlif reproduktiv pozulmaların tezliyini artırır.

Stress yüklənmələri (SY). Stress yüklənmələrinə gətirib çıxaran cəmi 11 səbəblər qrupu ayırd olunmuşdur: ailə-məişət, nəqliyyat, xidməti, ticarət, ər-arvad münasibəti, şəxsiyyət, mənzil, tərbiyəvi, kommunikaabellik, görüntülü, digər: onların tezliyi $4,3 \pm 0,4$ ilə $66,8 \pm 0,9\%$ arasında dəyişmişdir. 1 qadına orta hesabla $2,69 \pm 0,14$ vahid SY düşür, onların $3,52 \pm 0,31$ vahid RPK olan və $2,27 \pm 0,19$ RPK

olmayan qadınların payına düşür ($t=3,47$; $P<0,001$). Göstəricilərin sıralarının müqayisə olunması zamanı fərqi dürüslüyü Van-der-Varden meyarı ilə də təsdiqlənir ($X=5,32$; $P<0,01$).

Hətta hamiləliyin normal fizioloji gedişi zamanı hər bir hamilə qadın stress yüklənmələrinin müxəlif səviyyələrinə səbəb olan narahatlıq və həyəcan keçirir. İlk növbədə hamilə qadınlar hamiləliyin gedişi və onun qənaətbəxş nəticələnməsi, uşağın normal inkişaf etməsi və doğulması, onun cinsiyyəti (oğlanın olması arzu edilir) və sair ilə əlaqədar həyəcan keçirirlər - $42,2\pm 2,0$ -dən $79,7\pm 1,6\%$ -ə qədər.

Hamilə qadınlar arasında stress yüklənmələrinin inkişafına təsir edən sövqəddici səbəblərin çoxu onlara göstərilən reproduktiv xidmətlə bağlıdır. Çox vaxt onların əsəbiləşməsinə qadın məsləhətxanalarında növbənin olması və ya «öz» həkiminin olmaması, həmçinin həkimə inamsızlıq səbəb olur, xüsusilə də ilk dəfə doğan qadınlar arasında – müvafiq olaraq $51,3\pm 2,0$ və $50,1\pm 2,0\%$ ($t=0,42$; $P>0,05$). Hamilə qadınlara reproduktiv xidmətlə əlaqədar meydana çıxan çatışmamazlıqların tezliyi aşağıdır ($t=6,52$; $P<0,001$). Onlara qadın məsləhətxanasının qadının yaşadığı yerdən uzaqda yerləşməsi, oraya gedərkən sərf olunan vaxt, təyin olunan laborator prosedurların həcmi çox olması, tibb heyətinin diqqətsizliyi, tibbi xidmətin baha olması və stress yüklənmələrinin inkişafına təsir edən digər sövqəddici səbəblər aiddir. Onların tezliyi kifayət qədər yüksəkdir və $26,1\pm 1,7$ ilə $33,0\pm 1,9\%$ ($t=2,71$; $P<0,01$) arasında dəyişir. Ümumiyyətlə KNT olan hamilə qadınlara orta hesabla $5,62\pm 0,41$ səbəb, KNT olmayan qadınlara isə müvafiq olaraq $3,90\pm 0,32$ səbəb ($t=3,31$; $P<0,001$) düşür.

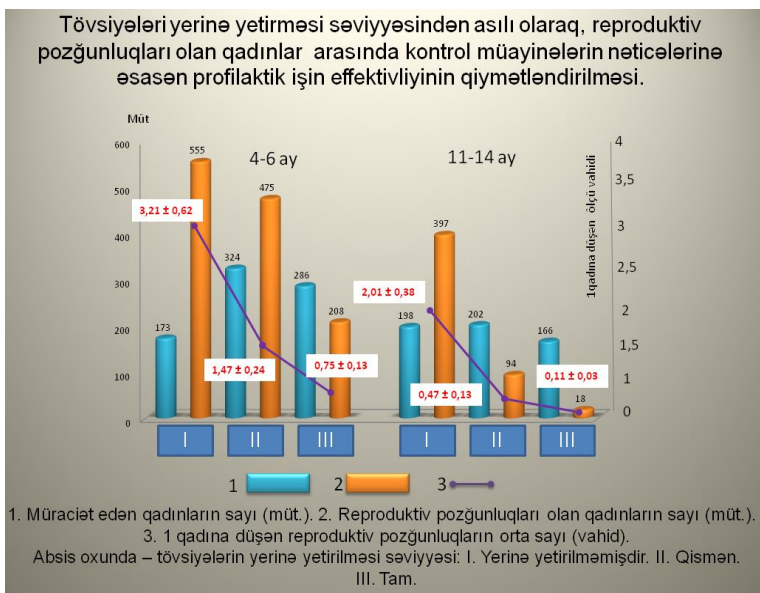
Belə ki, 1 hamilə qadına şəxsiyyət xarakterli $1,78\pm 0,33$ səbəb və reproduktiv xidmətdə olan çamamazlıqlarla əlaqədar $2,83\pm 0,31$ səbəb düşür.

Bununla belə, qadınlarla (həm də hamilə qadınlarla) aparılan müvafiq psixoloji iş sayəsində və reproduktiv xidməti yaxşılaşdırmaqla stress yüklənmələri asanlıqla aradan qaldırılır.

Qadınlar arasında urogenital infeksiyaların sosial-epidemioloji aspektləri, onların müalicəsi və profilaktikasi üzrə yanaşmaların müqayisəli qiymətləndirilməsi

BV və VVK yayılmasının sosial-epidemioloji qanunauyğunluqları. Əvvəlcə reproduktiv yaşlı qadınların BV və VVK ilə xəstələnməsinin vəziyyətini nəzərdən keçirək. Anketlərdə verilən cavabların təhlilinə

əsasən BV anketləşdirilən 2674 qadımdan 1005-də aşkar edilmişdir (37,6±0,9%), daha 834 qadımda VVK aşkar edilmişdir (31,2±0,9%; t=5,04; P<0,01). Hər iki xəstəliklə yoluxma səviyyəsi yaşlar üzrə kəskin paylanmışdır. Belə ki, BV ilə xəstələnmə səviyyəsi çox güclü müsbət korrelyasiya asılılığı ilə (r=+0,91±0,08) qadınların yaşı artdıqca 28,3±2,3-dan 45,4±2,2%-ə qədər artır (t=5,38; P<0,001). VVK ilə xəstələnmənin səviyyəsi də belə korrelyasiya asılılığı ilə yüksəlir – müvafiq olaraq 19,4±2,0-dən 39,2±2,1%-ə qədər (t=6,83; P<0,001). Ədəbiyyat məlumatları və bizim müşahidələrimiz göstərir ki, həkimə vaxtında müraciət etmədikdə və müalicənin effektivliyi aşağı olduqda BV və VVK çox illər ərzində xroniki formada keçə bilər və qadının yaşı nə qədər çoxdursa, uzun sürən xəstəlik hallarının sayı bir o qədər artır. Məsələn, BV olan 1005 qadımdan yalnız 388-də BV (38,6±1,5%) və VVK olan 834 qadımdan 268-i (32,1±1,6%; t=2,97; P<0,01) infeksiyanın başlanğıc mərhələlərində tibbi yardım üçün həkimə müraciət etmişlər, qalanları özbaşına müalicə aparmış, yaxud da gözləmə mövqeyində durmuşlar (şək. 1).



Şək.1. Müraciət edən qadınların sayı

Hamilə qadınlar arasında yoluxma səviyyəsi hamiləlik müddətləri üzrə uyğunlaşmışlar. Əgər hamiləliyin I üçaylığında BV ilə xəstələnmə səviyyəsi $34,6 \pm 3,6\%$ təşkil edirsə, III üçaylıqda o, $46,3 \pm 3,5\%$ -ə qədər artır ($t=2,50$; $P<0,05$). Analoji olaraq VVK ilə yoluxmanın səviyyəsi də artır – $31,3 \pm 3,5$ -dən $42,5 \pm 3,4\%$ -ə qədər ($t=2,38$; $P<0,05$). Bizim fikrimizcə, bunun səbəblərindən biri odur ki, hamiləliyin müddəti nə qədər böyükdürsə, həkimlər hamilə qadınlara müalicə vasitələrini, xüsusilə də antibakterial mənşəli vasitələri təyin etməyə bir o qədər çəkinirlər. Qadınların BV, VVK və onların birgə təsadüfləri ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsi $54,5 \pm 1,0\%$, hamilə qadınların – $59,0 \pm 1,9\%$ təşkil edir, onlardan müvafiq olaraq – $56,8 \pm 2,5$ və $66,1 \pm 4,2\%$ hadisə BV və VVK-nin payına düşmüşdür.

Reproduktiv qadınlar arasında müstəqil BV-nin müalicəsinin təkrarlığı orta hesabla $1,89 \pm 0,10$ dəfə, müstəqil VVK – $2,14 \pm 0,03$ dəfə ($t=1,56$; $P>0,05$), BV və VVK-nin birgə təsadüfləri – $2,66 \pm 0,15$ dəfə ($t=2,60$; $P<0,01$) təşkil etmişdir. Hamilə qadınlar arasında müalicənin təkrarlığı aşağıdakı kimi olmuşdur – müvafiq olaraq $2,17 \pm 0,14$ dəfə, $2,42 \pm 0,16$ dəfə ($t=1,19$; $P>0,05$) və $2,85 \pm 0,15$ dəfə ($t=1,95$; $P>0,05$). Nəticədə yoluxmuş qadınlarda $47,2 \pm 1,3\%$ adda RPK, yoluxmamış qadınlarda isə $18,4 \pm 1,1\%$ adda RPK ($t=16,94$; $P<0,001$) qeydə alınmışdır. Yoluxmuş hamilə qadınlar arasında KNT-nin tezliyi $57,7 \pm 2,6\%$, yoluxmayanlar arasında isə – $21,8 \pm 2,6\%$ ($t=9,76$; $P<0,001$) təşkil etmişdir.

Yoluxmanın səviyyəsinə bir çox sosial amillər, məsələn qadınların ailə-nikah və təhsil statusu təsir göstərir. Belə ki, nikaha daxil olmayan qadınlar ən az yoluxmuşlar – $51,6 \pm 1,4\%$ ($t=10,55$; $P<0,001$). Hamilə qadınlar arasında vəziyyət oxşardır. Natamam orta təhsili olan hamilə qadınlar daha çox yoluxmuşlar – $72,6 \pm 4,6\%$, onlarda KNT – $69,6 \pm 5,6\%$ təşkil etmişdir. Hamilə qadınların təhsil səviyyəsi artdıqca bu göstəricilər də ardıcıl şəkildə azalır: orta – müvafiq olaraq $65,6 \pm 3,6\%$ ($x^2=1,43$; $P>0,05$) və $64,8 \pm 4,3\%$ ($x^2=0,46$; $P>0,05$), orta ixtisas – $55,4 \pm 3,3\%$ ($x^2=4,45$; $P<0,05$) və $54,7 \pm 4,4\%$ ($x^2=2,63$; $P>0,05$), ali – $45,6 \pm 4,5\%$ ($x^2=3,96$; $P<0,05$) və $35,1 \pm 6,4$ ($x^2=6,06$; $P<0,02$).

Bakterial vaginozun (BV) müalicəsi. BV-nin müalicəsi zamanı flaqilin effektivliyi $75,3 \pm 4,9\%$, heksikonun effektivliyi isə $89,4 \pm 3,8\%$ ($x^2=4,73$; $P<0,05$). təşkil etmişdir. Hamilə olmayan qadınlar arasında preparatların effektivliyi $89,2 \pm 3,6$ və $97,5 \pm 1,7\%$ ($x^2=4,46$; $P<0,05$) təşkil etmişdir. Preparatların effektivliyi ilk dəfə müalicə olunanlar

arasında bir qədər yüksəkdir, nəinki təkrar müalicə olunanlar arasında. Qadınlar üzərində 6-7 aydan sonra aparılan kontrol müayinələr zamanı cəmi $2,5 \pm 1,7$ -dən $22,1 \pm 4,8\%$ -ə qədər ağırlaşmalar və residivlər aşkar olunmuşdur ($\chi^2=14,35$; $P<0,01$).

Belə müalicə effektini əldə olunması artıq antibakterial vasitələr təyin olunduqdan 2-3 gün sonra nəzərə çarpan müsbət klinik dəyişikliklərlə müşayiət olunmuşdur, müalicə kursu başa çatdıqdan sonra isə klinik simptomatika praktik olaraq sönmüşdür.

Vulvovaginal kandidozun (VVK) törədicilərinin etiologiyası və müalicəsi. VVK-nin müxtəlif formaları olan qadınların və sağlam qadınların uşaqlıq yolundan götürülmüş biomaterialin müayinəsi zamanı *C.albicans* $49,1 \pm 6,8$ -dən $81,8 \pm 6,8\%$ -ə qədər nümunədə aşkar edilmişdir ($\chi^2=9,31$; $P<0,01$). Yəni bu göbələk növləri daha geniş yayılmışdır və bir çox qadınların uşaqlıq yolunun biotopunda rast gəlinir. Normobiosenoza dəyişikdə *C.albicans* patogenetik xüsusiyyətlərə malikdir və sərbəst şəkildə VVK-nin inkişaf mexanizmini işə salır. *C.albicans* ilə birlikdə digər göbələk növləri $12,1 \pm 5,8$ -dən $27,6 \pm 5,9\%$ nümunələrdə ($\chi^2=2,93$; $P>0,05$) aşkar edilmişdir, çox vaxt onlar *C.glabrata* və *C.tropicalis* olmuşdur, $6,1 \pm 4,2$ -dən $23,6 \pm 5,8\%$ -ə qədər nümunələrdə *C.albicans* rast gəlməmişdir ($\chi^2=4,51$; $P<0,05$).

Göründüyü kimi, *C.albicans* VVK-nin dominant törədiciyi olaraq qalır, lakin bu zaman *Candida* cinsindən olan digər göbələklərin etioloji əhəmiyyəti də artmışdır. Ona görə də, VVK-nin müalicə effektivliyinin artırılması üçün *C.albicans*-ın müasir antimikrob vasitələrə qarşı nə qədər həssas olduğunu sınaqdan keçirmək və bu vasitələrin digər göbələk növlərinin eradikasiyasını təmin etməyə qadir olması lazımdır.

Bəzi məlumatlara əsasən belə xüsusiyyətlərə livarol və diflyukan (flyukonazol) malikdir. Residivləşən VVK ilə hamilə qadınlara livarolu təyin etdikdə preparatın effektivliyi $69,0 \pm 6,1\%$, xronik VVK zamanı – $83,3 \pm 4,2\%$ ($\chi^2=3,90$; $P<0,05$) təşkil etmişdir. 6-7 aydan sonra müvafiq olaraq $29,3 \pm 6,0$ və $6,4 \pm 2,8\%$ ağırlaşma və residiv halları müşahidə olunmuşdur ($\chi^2=12,86$; $P<0,01$). Preparat ilk dəfə doğan qadınlar arasında təkrar doğan hamilə qadınlara nisbətən daha effektivdir.

Kəskin VVK ilə hamilə qadınlara diflyukan təyin edildikdə bütün qadınlar sağalmışdır, lakin 6-7 aydan sonra $12,5 \pm 6,9\%$ residiv halları müşahidə olunmuşdur, çox güman ki, onlar təkrar yoluxma hadisəsi olmuşdur. Xronik VVK-nin müalicəsi zamanı preparatın effektivliyi

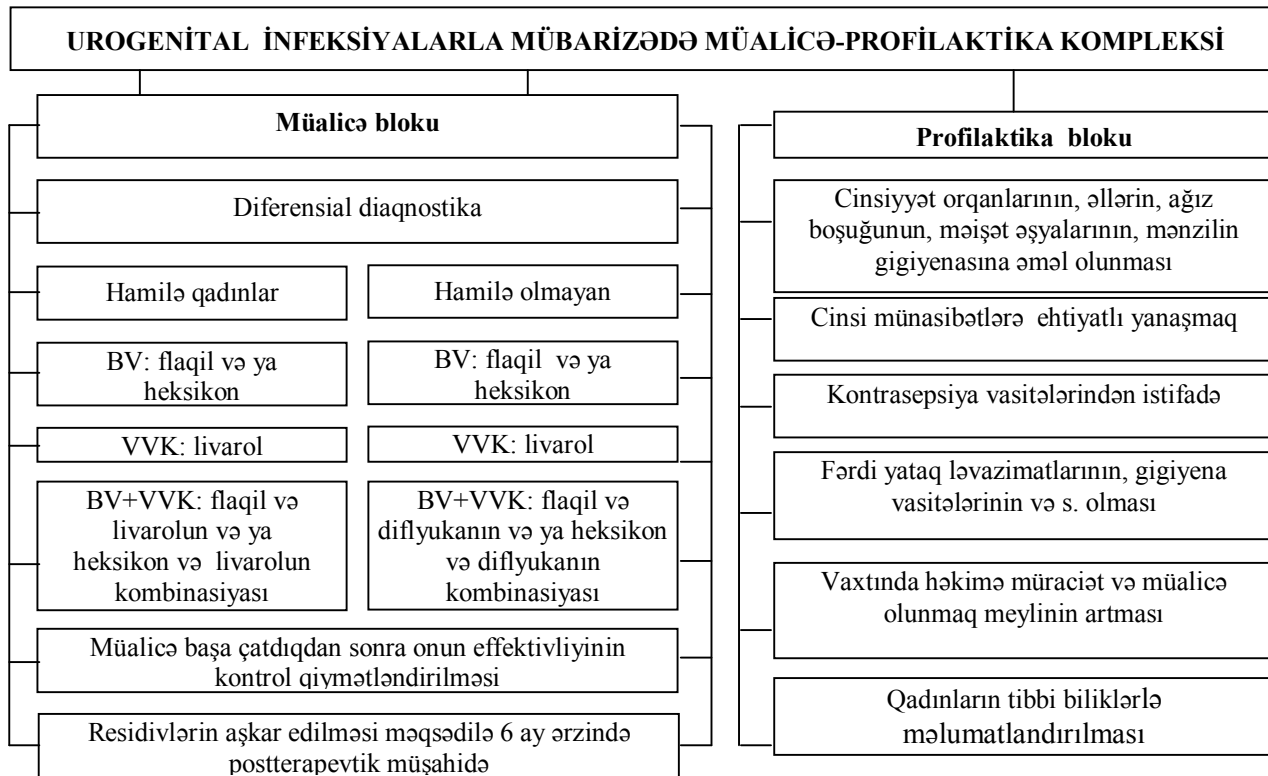
93,7±3,1% ($\chi^2=1,60$; $P>0,05$), residivləşən VVK zamanı - 85,5±4,8% ($\chi^2=3,89$; $P<0,05$) təşkil etmişdir, sonralar VVK-nin residivləri müşahidə olunmuşdur – müvafiq olaraq 20,6±5,1 ($\chi^2=0,77$; $P>0,05$) və 29,1±6,2% ($\chi^2=0,49$; $P>0,05$).

Diflyukan ilə hamilə olmayan qadınları müalicə etdikdə preparat bütün növ göbələklərə qarşı ayrılıqda və assosiasiyalarda eyni dərəcədə fəal olmuşdur - müalicə effektivliyi 76,9±12,2-dən 100,0±0,0%-ə qədər ($\chi^2=8,15$; $P<0,01$). Hamilə qadınlar arasında VVK-nin müxtəlif klinik formaları zamanı törədici yalnız *C.albicans* olduqda livarol yüksək effektivlik göstərmişdir – müalicə effektivliyi 86,2±6,5-dən 93,3±3,2%-ə qədər ($\chi^2=1,24$; $P>0,05$). *C.albicans* digər göbələk növləri ilə birgə rast gəldikdə və ya hətta VVK-nin törədicisi qismində iştirak etmədikdə livarolun effektivliyi azalır və 50,0±12,9-dən 70,6±11,4% arasında dəyişir ($\chi^2=1,31$; $P>0,05$). Göründüyü kimi, VVK ilə hamilə qadınların müalicəsi zamanı müxtəlif göbələk növlərinin müalicə preparatlarına qarşı həssaslığını nəzərə almaq lazımdır.

İndiyə qədər BV və VVK-nin birgə gedişlərinin müalicə olunması təcrübəsi yoxdur, halbuki onlar qadınlar arasında çox tez-tez qeydə alınırlar. Tədqiqatlarımızda onlar yoluxmuş qadınlar arasında 27,4±1,2% təşkil etmişdir. Hamilə qadınlar arasında biz kombinə olunmuş 2 müalicə sxemini sınaqdan keçirmişik - flagil+livarol və heksikon+livarol, onların effektivliyi 85,4±5,2 və 91,7±3,2% təşkil edərək ($\chi^2=1,16$; $P>0,05$) postterapevtik residivlərlə (6-7 aydan sonra) müşayiət olunmuşdur – 8,3±4,0% və 19,4±4,7% hadisə ($\chi^2=2,97$; $P>0,05$). Hamilə olmayan qadınlar arasında da həmçinin 2 sxem sınaqdan keçirilmişdir: flagil+diflyukan və heksikon+diflyukan. Bu sxemlərin effektivliyi 94,3±2,5 və 82,7±4,4% ($\chi^2=5,47$; $P<0,02$), postterapevtik residivlərin tezliyi 13,8±3,7 və 21,3±4,8% hadisə təşkil etmişdir ($\chi^2=1,61$; $P>0,05$).

BV və VVK-nin profilaktikası. Sosial-epidemioloji və klinik-müalicəvi tədqiqatların əsasında geniş yayılmış və tibbi-sosial baxımdan əhəmiyyətli olan UĞİ-nin nümayəndələrindən BV və VVK ilə müalicə-profilaktik mübarizə kompleksini hazırlanmışdır (şəkl.2).

Aprobasiya nəticəsində işin sonunda olduqca qənaətbəxş nəticələr əldə olunmuşdur ki, bu da böyük ümidlər doğurmuşdur. Belə ki, 11-14 ay ərzində təklif olunan profilaktika tədbirlərini tamamilə həyata keçirən 68,7±2,2% qadın, bu tədbirləri həyata keçirməyənlər arasında isə cəmi 34,1±3,0% qadın ($t=9,30$; $P<0,001$) öz sağlamlıqlarını qənaət-



Şək. 2. Urogenital infeksiyalarla mübarizədə aparılan müalicə-profilaktika tədbirləri kompleksinin təcrübədə yerinə yetirilməsinin sxemi (müalicə sxemləri cədvəldə verilmişdir).

bəxş qiymətləndirmişlər. Bununla eyni vaxtda birincilər arasında RPK-nin tezliyi $27,6 \pm 2,2\%$ qadında, ikincilər arasında yalnız $11,0 \pm 2,0\%$ ($t=5,59$; $P<0,001$) qadında azalmışdır. KNT-nin tezliyinin azalmasında da eyni fərq nəzərə çarpır - $21,6 \pm 2,0$ və $9,3 \pm 1,9\%$ ($t=4,46$; $P<0,001$). Ən başlıcası odur ki, birincilər arasında 11-14 aydan sonra yalnız $2,1 \pm 0,7\%$ yeni yoluxma hadisəsi nəzərə çarpmışdır, halbuki ikincilər arasında $17,1 \pm 2,4\%$ hadisə ($t=6,00$; $P<0,001$) və ya 8,14 dəfə az müşahidə olunmuşdur.

Beləliklə, UĞİ mübarizədə hazırlanmış və elmi cəhətdən əsaslandırılmış, müalicə-profilaktika kompleksi sosial-epidemioloji effektə malikdir. Onun həyata keçirilməsi nəinki BV, VVK və onun birgə gedişlərinin yoluxması riskini dəfələrlə azaldır, həm də eyni zamanda qadınların reproduktiv sağlamlıq səviyyəsini yaxşılaşdırır.

Qadınların reproduktiv sağlamlığına təsir edən əsas risk amillərinin ümumi təsiri. Kəmiyyət və keyfiyyət hesablamaların əsasında QRS-na bu və ya digər dərəcədə təsir edən 21 risk amili aşkar edilmişdir. Lakin yalnız bir-biri ilə kombinasiyalarda risk amilləri reproduktiv pozulmalar törədir.

Ümumilikdə risk amilinin 46 kombinasiyalı aşkar edilmişdir. Risk amillərinin kombinasiyalarının elementlərinin orta sayı RPK olmayan 1767 qadın arasında $3,63 \pm 0,16$ vahid, RPK olan 907 qadın arasında isə müvafiq olaraq $6,35 \pm 0,27$ vahid ($t=8,77$; $P<0,001$) təşkil etmişdir. Göründüyü kimi, reproduktiv pozulmalar hətta 4 risk amilindən ibarət olan kombinasiya eyni vaxtda təsir etdikdə formalaşmır, onların formalaşması 6 və daha çox risk amilinin kombinasiyasının təsiri zamanı baş verir.

Biz aşağıdakı kombinasiyalara daxil olan 3 elementlər şəbəkəsini tərtib etmişik:

1-ci şəbəkə (30%-dən çox aşkarlanma): AH, BV, VVK, PİX, ABÇ, ÜX, TBT, QD, SY, FA, MTS, QME;

2-ci şəbəkə (15-30% aşkarlanma): MPM, PY, ANS, KİV, AŞM;

3-cü şəbəkə (15%-dən az aşkarlanma): MMS, ƏAM, TS, YSÖ.

Bu amillərlə qadınlar hamilə qalırlar ki, bu müddətdə hamiləliyin gedişinə və nəticəsinə çox güclü təsir edən bir risk amili də – kəskin preeklamsiyalar əlavə olunur.

Qeyd olunan bütün risk amilləri idarə edilənlər kateqoriyasına aiddir, yəni müvafiq profilaktik (preventiv) tədbirlər həyata keçirməklə risk amillərinin aktivliyini aşağı salmaq və hətta onları aradan qaldırmaq mümkündür.

Qadınların tibbi məlumatlılığının (TM) vəziyyəti və onların öz sağlamlıqlarına münasibəti. Profilaktik proqramların müvəffəqiyyətinin ən mühüm məqamlarından biri, əhalinin həyat tərzini dəyişdirməyə hazır olması, qadınların isə müvafiq olaraq reproduktiv davranışa hazırlanması sayılır. Bu məqsədə çatmağa qadınların TM-nin yüksəldilməsi kömək edir. TM-nin səviyyəsinin qiymətləndirilməsi biliklərin qiymətləndirilməsinin 10-ballıq sistemi üzrə aparılmışdır, bu zaman 70 baldan yuxarı qiymətlər TM-nin yüksək səviyyəsini göstərir.

Reproduktiv pozulmaların ən yüksək tezliyi tibbi məlumatlılıq səviyyəsi aşağı olan (<30 bal) qadınların ümumi qrupunun payına düşmüşdür – 67,0±3,3%. Orta tibbi məlumatlılıq səviyyəsi (30-70 bal) olan qadınlar arasında reproduktiv pozulmaların tezliyi 49,8±1,5%-ə qədər azalır ($t=4,75$; $P<0,001$). Tibbi məlumatlılıq səviyyəsi yüksək olan (>70 bal) qadınlar arasında reproduktiv pozulmaların tezliyi daha aşağı olub 33,7±1,3% ($t=7,09$; $P<0,001$) təşkil edir.

Müalicə olunmaq meylli çox aşağı olmuşdur. Hətta nəzarət edilən AH ilə qruplarda müalicə meylinə olanlar anketləşdirilənlərin cəmi 42,1±3,5%-ni təşkil etmişdir. Nəzarət edilməyən AH olan qruplarda müalicə meylinin göstəricisi xeyli aşağıdır - 4,5±2,0% anketləşdirilən ($t=9,33$; $P<0,001$), həmçinin kontrol qrupda – 11,8±1,8% anketləşdirilən ($t=2,71$; $P<0,01$).

Qadınların TM-nin və müalicə olunmaq meylinin artırılması onların öz sağlamlıqlarına nəzarət üsullarının öyrədilməsini də nəzərdə tutur, çünki risk amillərinin əksəriyyətinin aktivliyini sərbəst şəkildə nəzarət etmək olar. Bunu AH-nin – QRS-na daha güclü təsir edən risk amilinin timsalında nümayiş etdirək. AH-nin müalicə olunması meylinin kəmiyyətcə qiymətləndirilməsi anket sorğusuna əsasən kifayət qədər aşağı olmuşdur.

AT-ə özünənəzarəti 27,7±3,2% xəstə həyata keçirmişdir ki, bu da orta hesabla 3,3±0,3 bal təşkil etmişdir. Onların cəmi 16,7±5,8%-də tonometrlər vardır və AT-yə nəzarət məqsədilə istifadə edirlər. AH ilə xəstələnmə müddəti artdıqca AT-yə özünənəzarət səviyyəsinin tezliyi də ardıcıl şəkildə yüksəlir və AH-sı həkimlər tərəfindən 10 ildən artıq nəzərdə saxlanan xəstələr arasında 39,4±8,6%-ə çatır ($\chi^2=4,88$; $P<0,05$). Halbuki AT-yə özünənəzarətin tezliyinin artması AH-nin müalicə meylinin göstəricilərinin paralel olaraq artmasına təkan verir – müvafiq olaraq 2,3±0,6-dən 3,7±0,8 bala qədər ($t=1,40$; $P>0,05$). Müalicə həkimi ilə birlikdə onlar arasında tonometrlərin alınmasının vacib olması

haqqında aktiv izahat işi aparılmış və onlardan istifadə bacarıqları öyrədilmişdir. Aparılan işin kontrol qiymətləndirilməsi onun başlanmasından 10-13 ay sonra həyata keçirilmişdir. 162 xəstə tonometr almış və ondan istifadə etmiş. işin sonunda isə AT-ə özünəzarəti müşahidə altına alınan 195 xəstədən 139-u həyata keçirmişdir (71,3±3,2%), xəstələrin bütün qruplarında müalicə meylli və özünəzarətin orta göstəricisi 3,3±0,3-dən 3,8±0,3 bala qədər artmışdır. Oxşar müsbət dəyişikliklər ABC, QME, FA, ÜX, PİX, BV, VK və SY kimi risk amillərində də baş vermişdir.

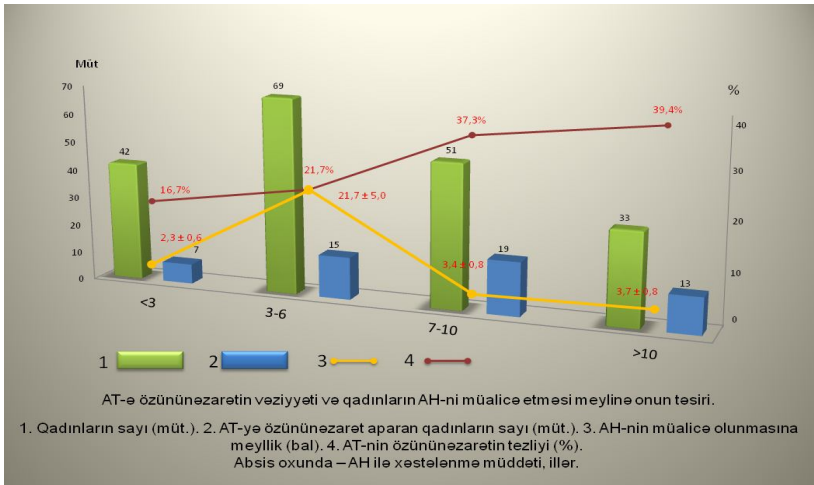
Qadınların kontrasepsiya vasitələrinə və abortlara münasibəti.

Anket sorğusunun nəticələrinə əsasən yalnız 49,1±1,0% qadın kontrasepsiya vasitələrindən istifadə edirlər, özü də onların az qismi bu vasitələri daima işlədirlər. Çox vaxt laktasion amenoreyadan istifadə edilir - 17,8±0,7% qadın, sonra təbii metodlar (cinsi əlaqənin dayandırılması) 11,7±0,6% qadın ($t=6,63$; $P<0,001$), baryer - 9,4±0,6% qadın ($t=2,71$; $P<0,01$) və 7,2±0,5% kişi ($t=2,82$; $P<0,01$), uşaqlıqdaxili - 6,9±0,5% qadın ($t=0,42$; $P>0,05$) və hormonal - 4,5±0,4% qadın ($t=3,75$; $P<0,001$) vasitələrdən istifadə edirlər. Kontrasepsiya metodlarından çox vaxt nikahda olan qadınlar 61,1±1,3%, sonra nikahı pozan qadınlar - 46,2±2,3% ($t=5,64$; $P<0,001$) və dul qadınlar - 42,5±4,1% ($t=0,79$; $P>0,05$), ən az isə nikahda olmayan qadınlar istifadə edirlər - 30,9±1,8% ($t=2,59$; $P<0,01$).

Kontraseptivlərin istifadəsi zamanı meydana çıxan çatmamazlıqlar arzuolunmayan hamiləliyin tezliyinin yüksək olması ilə bağlıdır - bu isə abortların əsas səbəbidir. Belə ki, anket sorğusu götürdüyümüz qadınlar arasında 685 (25,6±0,8%) abort həyata keçirilmişdir, onların 534-ü (76,3±1,6%) arzuolunmayan hamiləliyi olan 708 qadının payına düşmüşdür. Bu zaman əgər hələ uşaq doğmayan qadınlar arasında abortların tezliyi 7,4±1,0% təşkil etmişsə, onda 4 və daha çox uşaq doğan qadınlar arasında o, 28,8±1,7%-ə qədər artır ($r=+0,93±0,06$). Əvvəldə göstərilmişdir ki, anket sorğusu aparılan qadınlar 3686 uşaq doğmuşdur və ya 1 qadına 1,85±0,5 uşaq düşmüşdür. Əgər arzuolunmayan hamiləliklə əlaqədar abortlar aparılmasaydı, onda hər qadına 2,20±0,8 uşaq düşərdi ki, bu da amerika demoqrafik normativlərinə uyğun olardı.

Qadınlar tərəfindən ailə planlaşdırılmasının və onların profilaktik və məcburi reproduktiv müraciətlərinin xüsusiyyətləri. Nikahda olan 1990 qadının, həmçinin boşanmış və dul qadınların anket

sorğusuna əsasən qadınların nikaha daxil olduqları orta yaş həddi $22,3 \pm 0,8$ yaş, ilk uşağın doğulduğu yaş – $23,71$ yaş, ikinci uşağın – $25,9 \pm 1,4$ yaş, üçüncü uşağın – $28,6 \pm 2,2$ yaşa bərabərdir. Anket sorğusu aparılanlar arasında $74,1 \pm 1,0\%$ qadın uşaq doğmağı planlırmışdır ki, onlardan $14,8 \pm 0,8\%$ – 1 uşaq, $39,5 \pm 1,1\%$ – 2 uşaq, $19,8 \pm 0,9\%$ – 3 və daha çox uşaq doğmağı planlaşdırmışdır. Lakin uşaqların həqiqi doğum səviyyəsi əvvəldə deyildiyi kimi planlaşdırılan səviyyəyə nisbətən aşağı olmuşdur. Müəyyən dərəcədə bu, qadınların vaxtında müraciət etməməsi və aşağı reproduktiv müraciətləri ilə bağlıdır. Məsələn, QRS-nin mühafizəsində ən mühüm komponent PftM sayılır – bu zaman qadınlar qadın məsləhətxanalarına hamilə olmalarından asılı olmayaraq müraciət etmişlər ki, onun tezliyi cəmi $20,1 \pm 0,8\%$ təşkil etmişdir, daha $18,2 \pm 0,7\%$ qadın ginekoloji göstərişlə əlaqədar ($t=1,79$; $P>0,05$), $23,7 \pm 1,0\%$ qadın isə – sağlamlığı ilə əlaqədar göstərişlər olduqda ($t=4,51$; $P<0,001$) həkimə PftM etmişlər. Hamiləliklə əlaqədar MTM-nin tezliyi xeyli yüksəkdir, xüsusilə ilk hamiləlik zamanı $-80,5 \pm 0,9\%$ ($t=42,07$; $P<0,001$), ağırlaşmış hamiləlik zamanı o, $31,8 \pm 1,0\%$ ($t=36,07$; $P<0,001$), təkrar hamiləlik zamanı – $23,1 \pm 0,9\%$ ($t=6,44$; $P<0,001$) təşkil etmişdir, doğuşdan sonra isə qadın məsləhətxanasına cəmi $10,5 \pm 0,6\%$ ($t=11,67$; $P<0,001$) müraciət olunmuşdur və ya hər qadına $1,7 \pm 0,3$ müraciət düşür ki, onlardan $1,09 \pm 0,3$ müraciət MTM, $0,62 \pm 0,2$ -si isə PftM olmuşdur (şək.3).



Şək. 3. AT-ə özünə nəzarətin vəziyyəti və qadınların AH-ni müalicə etməsi meyllinə onun təsiri.

Göründüyü kimi, qadınların reproduktiv davranışının korreksiyası mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Qadınlara dispanser yardımın, onlara göstərilən reproduktiv xidmətin keyfiyyətinin və effektivliyinin artırılması və demoqrafik vəziyyətin (baki şəhərində) sağlamlaşdırılması üzrə elmi-təşkilati yanaşmalar

Qadınların dispanser yardımıla əhatə olunma vəziyyəti yaxşılaşdırılmalıdır, xüsusilə də respublikamız da daxil olmaqla postsosialist ölkələrində, belə ki, QRS-nın mühafizəsi üzrə bir sıra problemləri həll etmək mümkündür. Məsələn, artıq deyildiyi kimi, qadınların məsləhətxanalara müraciət səviyyəsi ilk hamiləlik baş verənə qədər cəmi $20,1 \pm 0,8\%$, hamiləlik arası dövrlərdə – $10,5 \pm 0,6\%$, ilk hamiləlik zamanı – $80,5 \pm 0,9\%$, təkrar hamiləlik zamanı – $23,1 \pm 0,9\%$ təşkil etmişdir, kommersiya strukturlarına isə yalnız $13,4 \pm 0,7\%$ müraciət olunmuşdur. Belə aşağı müraciət səviyyəsi bir sıra səbəblərlə bağlıdır ki, onlar da həm qadınların qeyri-adekvat reproduktiv davranışı, həm də onlara göstərilən reproduktiv xidmətdəki təşkilati çatmamazlıqlarla əlaqədardır. Bununla əlaqədar olaraq qadınların özlərinin reproduktiv yardımın vəziyyətinə dair fikirlərini öyrənmək vacib idi. Reproductiv xidmətin münasibliyini qadınlar orta hesabla $31,6 \pm 0,8$ bal (maksimum 45 bal), məmnunluq səviyyəsini $32,1 \pm 0,7$ bal, məlumatlılıq səviyyəsini $40,8 \pm 0,9$ bal qiymətləndirmişlər.

Baza qadın məsləhətxanalarında bütün reproduktiv prosedurların xronometrajı aparılmışdır ki, onların əsasında qadınlara göstərilən xidmətdə düzəlişlər edilmişdir. 6-8 aydan sonra aparılan təkrar xronometraj göstərdi ki, hər görüşün davam etmə müddətinin orta hesabla $26,6 \pm 0,9$ -dən $19,3 \pm 1,2$ dəqiqəyə qədər ($t=4,87$; $P<0,001$) azaldılması nəticəsində iş günü ərzində xidmət göstərilən müraciətlərin sayının $34,4 \pm 1,3$ -dən $42,7 \pm 1,5$ epizoda qədər artması ($t=4,19$; $P<0,001$) əldə olunmuşdur, vaxtı dəyişdirilmiş görüşlərin sayı isə $14,2 \pm 0,7$ -dən $4,2 \pm 1,1$ epizoda qədər ($t=7,69$; $P<0,001$) azalmışdır. Həmçinin əsaslandırılmamış laborator təyinatların sayı da azalmışdır - $11,6 \pm 0,6$ -dən $7,1 \pm 0,9$ vahidə qədər ($t=3,70$; $P<0,001$) və instrumental müayinələrin - $12,3 \pm 0,7$ -dən $8,0 \pm 1,0$ vahidə qədər ($t=3,52$; $P<0,001$). Həyata keçirilən təşkilati yenidənqurma qadınların müsbət rəğbətini qazanmışdır. Belə ki, işin əvvəlində qadın məsləhətxanalarının işini cəmi $7,2 \pm 1,0\%$ qadın, işin sonunda $19,8 \pm 1,8\%$ qadın ($t=6,12$; $P<0,01$) - «əla», müvafiq olaraq $12,5 \pm 1,3$ və $33,4 \pm 2,1\%$ qadın - «yaxşı» ($t=7,65$; $P<0,001$) qiymətləndirmişdir. Bununla yanaşı «kafi» qiymət $38,6 \pm 2,0$ -

dən $26,1 \pm 2,0\%$ -ə qədər ($t=4,42$; $P<0,001$), «qeyri-kafi» qiymət isə $33,2 \pm 1,9\%$ -dən $16,3 \pm 1,7\%$ -ə qədər ($t=6,63$; $P<0,001$) azalmışdır. Ümumilikdə $77,2 \pm 2,2\%$ qadın aparılan dəyişikliklərə müsbət münasibət göstərmişlər.

Əsas risk amillərini, onların kəmiyyət və keyfiyyət xarakteristikasını aşkar etməklə biz profilaktik tədbirlər kompleksini işləyib hazırlamışdıq ki, burada hər şeydən əvvəl qadınların reproduktiv davranışının korreksiyası və onların reproduktiv mühafizə tədbirlərinə aktiv cəlb olunması nəzərə alınır (şək. 4).

Qısa müddət ərzində (11-14 ay) tövsiyələrin tam yerinə yetirilməsinə reproduktiv pozulmaları olan $29,3 \pm 1,9\%$ qadını cəlb etmək mümkün olmuşdur ki, bu da özlüyündə elə də pis nəticə deyildir, daha $35,7 \pm 2,0\%$ qadın bu tövsiyələri qismən yerinə yetirirlər. Nəticədə birincilər arasında reproduktiv pozulmaların tezliyi kontrol qrupla (tövsiyələri yerinə yetirməyən qadınlar) müqayisədə azalmış və 1 qadına $2,01 \pm 0,38$ -dən $0,11 \pm 0,03$ -ə qədər, yaxud $18,27$ dəfə enmişdir ($t=5,00$; $P<0,001$). Tövsiyələri tam yerinə yetirməyən qadınlar arasında azalma - $0,47 \pm 0,13$ vahid ($t=3,85$; $P<0,001$), yaxud $4,28$ dəfə müşahidə olunmuşdur. Üçüncüsü - tövsiyələrin kompleks həyata keçirilməsi preventiv effektivliyə malikdir. Məsələn, bütün tövsiyələri sözsüz yerinə yetirən $21,6 \pm 1,4\%$ qadında 11-14 ay ərzində cəmi $9,6 \pm 2,2\%$ reproduktiv pozulma hadisəsi qeydə alınmışdır, halbuki kontrol qrupda (tövsiyələri yerinə yetirməyən qadınlar) müvafiq olaraq $29,0 \pm 2,2\%$ hadisə müşahidə olunmuşdur ($t=6,23$; $P<0,001$) və ya $3,02$ dəfə. Kontrolla müqayisədə belə azalma tövsiyələri qismən yerinə yetirən $30,2 \pm 1,6\%$ qadın arasında da baş vermişdir - $19,4 \pm 2,4\%$ hadisə ($t=2,94$; $P<0,001$) və ya $1,49$ dəfə.

Beləliklə, qadınların reproduktiv sağlamlığının qorunması üzrə tədbirlərin təşkilati strukturu üzrə hazırlanmış yanaşmalar hazırkı vəziyyəti tam əks etdirir, kifayət qədər effektivliyə malikdir və onların təcrübədə istifadə edilməsi əlavə kədr və maddi-texniki vəsait tələb etmir. Bizim fikrimizcə, təklif olunan üsullar qadınların reproduktiv sağlamlığının daha effektiv qorunmasına xidmət edəcəkdir.



Şəx.4. Qadınların reproduktiv sağlamlığın mühafizəsi üzrə tədbirlərin təşkilati strukturunun sxemi.

NƏTİCƏLƏR

1. Tədqiqatın nəticələri reproduktiv yaşlı qadınların sosial yaşayış mühitində dinamik dəyişikliklərin baş verdiyini təsdiq edir: 24,1±0,8% qadının ali təhsili var, 50,6±1,0%-i nikaha daxil olmuşlar, 49,4±1,0% qadının ailədə maddi vəziyyəti qaneedicidir, 77,3±0,8% qadının müəyyən peşə yönümü vardır, 46,0±1,0% qadının mənzil-məişət şəraiti normal və daha yaxşıdır, bir qadına mənzilin tipindən asılı olaraq 5,8±1,4-dən 22,1±2,1m² sahə düşür (orta hesabla 8,4±1,2 m²).
2. Əhalinin artım səviyyəsinin azalması meyli izlənilir – reproduktiv potensialını reallaşdıran hər bir qadına 1,85±0,5 uşaq düşür, 3 uşağı olan ailələrin sayı cəmi 17,8±0,9% təşkil edir. Yenidoğulmuşların çəkisi qadınların yaşı artdıqca 3230,7±57,5-dən 2779,8±24,1q-a qədər azalır. İlk doğulan uşağın çəkisi 5-ci uşağa nisbətən yüksəkdir – müvafiq olaraq 3063,4±31,8 və 2605,8±56,1q. RYQ-ın yekun rəyinə əsasən uşaqların sayının artması qadınların sosial yaşayış mühitinin yaxşılaşdırılmasından asılıdır.
3. RYQ-nın reproduktiv potensialını aşağı salan səbəblərin birinci qrupuna onlara göstərilən tibbi xidmətdəki çatışmamazlıqlar daxildir. Analoji səbəblərin ikinci qrupuna yüksək səviyyəyə çatan ümumi xəstələnmə daxildir – bu zaman bir qadına orta hesabla 2,03±0,11 nozoforma düşür ki, onların bir çoxu ilə qadın hamiləliyə qədəm qoyur. AH və SX gənc yaşlardan RYQ-ın sağlamlığına daha böyük zərər vurur, onların yayılma intensivliyi 28,7±0,9% və 32,3±0,9% təşkil edir. AH olan hər bir qadına 1,17±0,12 adda RPK, AH olmayan qadına – 0,45±0,15 adda RPK düşür. SX olan RYQ arasında 43,6±1,7%, SX olmayanlarda – 29,3±1,1% adda RPK aşkar edilir. SX 62,8±3,9% hamilə qadınlar arasında KNT-ni törətmişdir, SX olmadıqda onlar 36,6±2,2% hamilə qadında müşahidə olunmuşdur. SX-nin müalicə olunması hamilə qadınlar arasında KNT-nin tezliyini 2,43 dəfə aşağı salır.
4. RYQ-nın sağlamlığına mənfi təsir edən səbəblərin üçüncü qrupuna qadınların sosial və şəxsiyyət-davranış xüsusiyyətləri ilə bağlı olan risk amilləri daxildir. Onların arasında dominantlıq edir: natamam FA – piyada gəzintiyyə ekvivalent olmaqla orta hesabla RYQ-da 56,2±0,27 dəq/gün, hamilə qadınlarda 45,2±0,49 dəq/gün (norma

>60 dəq/gün) təşkil etmişdir; ABC - $39,2 \pm 0,9\%$ qadında aşkar edilmiş və «ana-qız» irsi xətti ilə ötürülmür, RPK olan qadınların bədən çəkisi orta hesabla $27,3 \pm 0,41 \text{ kq/m}^2$, RPK olmayan – $24,6 \pm 0,28 \text{ kq/m}^2$, KNT olan və olmayan hamilə qadınların bədən çəkisi – $26,8 \pm 0,55$ və $24,7 \pm 0,46 \text{ kq/m}^2$ (norma $< 25,0 \text{ kq/m}^2$); RYQ arasında QD - QME orta hesabla $2923,7 \pm 10,3 \text{ kkal/sutka}$, hamilə qadınlar arasında – $3205,4 \pm 16,6 \text{ kkal/sutka}$ (yerli populyasiyada norma 2500 kkal/sutka), SY – RPK olan RYQ arasında orta hesabla $3,52 \pm 0,31$ səbəb, RPK olmayanlarda - $2,27 \pm 0,19$ səbəb, KNT olan və olmayan hamilə qadınlar arasında – müvafiq olaraq $5,62 \pm 0,41$ və $3,90 \pm 0,32$ səbəb aşkar edilmişdir. Aşkar edilmiş dominant risk amilləri 70%-dən çox hallarda QRS-na (o cümlədən hamilə qadınların) inteqrasiyalı təsir göstərir ki, bu da onlar arasında RPK və KNT tezliyinin $1,56\text{-}3,14$ dəfə artmasına səbəb olur.

5. QRS-nı ağırlaşdıran səbəblərin dördüncü qrupunu UĞİ təşkil edir. RYQ arasında BV-nin yayılma intensivliyi $37,6 \pm 0,9\%$, VVK – $31,2 \pm 0,2\%$, hamilə qadınlar arasında – müvafiq olaraq $41,8 \pm 2,0$ və $37,2 \pm 1,9\%$ təşkil edir, o cümlədən BV və VVK birgə gedişlərinin – $56,8 \pm 2,5$ və $66,1 \pm 4,2\%$ təşkil edir. Yoluxma səviyyəsinə qadınların yaş, ailə-nikah və təhsil səviyyəsi, həmçinin onların yoluxmasına şərait yaradan 16 səbəb təsir edir. Yoluxmuş RYQ və hamilə qadınların payına müvafiq olaraq $6,68 \pm 0,18$ və $6,93 \pm 0,21$ belə səbəb, yoluxmayanların – $3,44 \pm 0,15$ və $3,51 \pm 0,24$ səbəb düşmüşdür. Yoluxma onlar arasında RPK və KNT-nin tezliyini $2,0\text{-}2,14$ dəfə artırır.
6. Müasir müalicə texnologiyaları çox yüksək effektivliklə sınaqdan keçirilmişdir: BV zamanı – hamilə olan və olmayan qadınlara flaqil və heksikonun təyin edilməsi $75,3 \pm 4,9\%$ -dən $97,5 \pm 1,7\%$ -ə qədər müalicəyə; VVK zamanı – hamilə qadınlara livarolun təyin edilməsi $83,3 \pm 4,2\%$ xronik və $69,0 \pm 6,1\%$ residivləşən formaların sağalmasına, bu formalarla xəstə hamilə olmayan qadınlara diflyukanın təyin edilməsi isə $93,7 \pm 3,1$ və $85,5 \pm 4,8\%$ hallarda sağalmasına imkan vermiş; BV və VVK-nin birgə gedişlərində - hamilə qadınlara flaqil və ya heksikon və livarolun, hamilə olmayan qadınlara flaqilin və ya heksikonun diflyukanla kombinasiyalarının təyin edilməsi zamanı müalicənin effektivliyi $82,7 \pm 4,4\%$ -dən $94,3 \pm 2,5\%$ -ə qədər dəyişmişdir. Hazırlanmış müalicə-profilaktika kompleksinin qadınlar arasında 11-14 ay ərzində aprbasiyası nəticəsində UĞİ ilə yeni

yoluxma hallarının yaranması riskini 4,79-8,14 dəfə aşağı salmaq mümkün olmuşdur.

7. Risk amilləri kombinasiyalı şəkildə təsir edir, RPK olan qadınlar arasında kombinasiyalarda onların sayı orta hesabla $6,35 \pm 0,27$ vahid, RPK olmayan qadınlar arasında – $3,63 \pm 0,16$ vahid təşkil edir. RYQ-nın reproduktiv davranışının xüsusiyyətləri risk amillərinin aktivləşməsinə təsir edir ki, bu da qadınların tibbi məlumatlılıq səviyyəsinin kifayət qədər olmaması ilə bağlıdır. Belə ki, onun qeyri-qənaətbəxş səviyyəsi orta hesabla $55,5 \pm 1,5$ bal təşkil edir, $42,1 \pm 3,5\%$ qadın həkimə müraciətlərə, müalicə və profilaktikaya meyli olmuşlar. Sağlamlılıqlarına, xüsusilə də AH-yə özününəzarəti $27,7 \pm 3,2\%$ qadın həyata keçirmişlər ($3,1 \pm 0,3$ bal).
8. Cəmi $49,1 \pm 1,0\%$ qadın kontraseptivlərdən istifadə etmişdir. Onların düzgün istifadə edilməməsi, fasilələrlə tətbiq olunması $17,7 \pm 1,1\%$ halda arzuolunmayan hamiləliyin baş verməsinə gətirib çıxarır, bunun $36,5 \pm 2,2\%$ -i laktasion amenoreya zamanı müşahidə edilir. Arzuolunmayan hamiləlik zamanı $76,3 \pm 1,6\%$, abort edilmişdir ki, bu da uşaqların doğuş səviyyəsinə ciddi təsir göstərir – planlaşdırılan $2,13 \pm 0,7$ uşaqların əvəzinə həqiqətdə hər qadına orta hesabla $1,85 \pm 0,5$ uşaq düşür. Ailənin planlaşdırılmasındakı çatmamazlıqlar qadınların reproduktiv müraciətlərinin aşağı olması ilə bağlıdır – hər qadına orta hesabla cəmi $1,71 \pm 0,3$ görüş, onlardan $1,09 \pm 0,3$ görüş MTM və $0,62 \pm 0,2$ görüş PFTM təşkil edir.
9. Reproduktiv xidmətin münasibliyini qadınlar orta hesabla $31,6 \pm 0,8$ bal (maksimum 45 bal), onun fəaliyyətindən məmnunluq səviyyəsini $32,1 \pm 0,7$ bal və reproduktiv xidmətlər zənbili haqqında məlumatlılıq səviyyəsini $40,8 \pm 0,9$ bal ilə qiymətləndirilmişlər. Baza qadın məsləhətxanalarında qadınların fikrini nəzərə alaraq, iş gününün təşkilati yenidənqurulması aparılmışdır ki, bu da həyata keçirilən görüşlərin sayını $42,7 \pm 1,5$ epizoda qədər artırmağa, vaxtı dəyişdirilmiş görüşlərin sayını $4,2 \pm 1,1$ epizoda qədər azaltmağa və hər görüşün vaxtını $19,3 \pm 1,2$ dəqiqəyədək qısaltmağa imkan vermişdir. Həmçinin məcburi olmayan laborator təyinatların və instrumental müayinələrin sayı da azalmışdır – $7,1 \pm 0,9$ və $8,0 \pm 1,0$ vahid. Ümumilikdə, $77,2 \pm 2,2\%$ qadın aparılan dəyişiklikləri müsbət qiymətləndirmişdir ki, bu da onların dispanser xidmətlə əhatə olunmasının effektivliyini artırmışdır. QRS-nın mühafizəsinin təkmilləşdirilməsi üzrə tədbirlərin elmi cəhətdən əsaslandırılmış təşkilati

strukturu hazırlanmışdır, onların sınaq aprobasiyası zamanı uzun müddətli müşahidə müddəti ərzində RPK-nin tezliyini 18,27 dəfə aşağı salmaq və onların yaranmasının qarşısını 3,02 dəfə almaq mümkün olmuşdur.

PRAKTİK TÖVSIYƏLƏR

1. QRS-nın mühafizəsinin sosial blokunun gələcəkdə gücləndirilməsi məqsədəuyğundur, belə ki, əhalinin artım tempi və demoqrafik vəziyyətin yaxşılaşdırılması qadınların sosial-ailə yaşayış mühiti ilə birbaşa bağlıdır – sosial imtiyazların artırılması, istədiyi peşə ilə məşğul olmaq, maddi rifah vəziyyəti, mənzil şəraitinin yaxşılaşması, təhsil alınması, uşaqların doğulmasının həvəsləndirilməsi və sair.
2. Qadınların reproduktiv sağlamlığına daha çox BV və VVK zərər yetirir. Hazırlanmış elmi-əsaslandırılmış müalicə-profilaktika kompleksi (məndə 1 sayılı sxemə bax) yoluxanları effektiv müalicə etməyə və yeni yoluxma hallarının qarşısını amığa imkan verir. BV və VVK-nin birgə gedişlərinin müalicə sxemi aşağıdakı kimidir:

Sxem №1. Hamilə qadınlar: Flaqil – 5 gün ərzində gündə 2 şam (1-5 ci günlər), livarol – 5 gün ərzində gündə 1 şam (6-10-cu günlər).

Sxem №2. Hamilə qadınlar: Heksikon - 5 gün ərzində gündə 2 dəfə 1 şam (1-5 ci günlər), livarol – 5 gün ərzində gündə 1 şam (6-10-cu günlər).

Sxem №3. Hamilə olmayan qadınlar: Flaqil – eyni qaydada, diflyukan – bir dəfə 150 mq dozada gündə 3 dəfə aralarında 3 sutka fasilə verməklə.

Sxem №4. Hamilə olmayan qadınlar: Heksikon – eyni qaydada, diflyukan – bir dəfə 150 mq dozada gündə 3 dəfə aralarında 3 sutka fasilə verməklə.

Müstəqil keçən vaginoz və kandidozların müalicəsi zamanı hamilə qadınlara Sxem №1 və №2-nin birinci və ikinci hissəsinin müvafiq kombinasiyaları, hamilə olmayan qadınlara – №3 və №4 kombinasiyaları eyni qaydada təyin olunur.

3. Qadınların öz sağlamlıqlarına nəzarət etmələri üçün tədris proqramlarını həyata keçirmək məqsədəuyğundur. Məsələn, arterial təzyiqin (<130/80 c.süt.), qanda şəkərin (<110 mg/dl), bədən çəkisinin (<25,0 kq/m²), fiziki aktivliyin (>60 dəq/sutka piyada gəzinti), qida

məhsullarının enerji dəyərinin (≈ 2500 kkal/sutka) ölçülməsi vacibdir. Qadın məsləhətxanalarında stomatoloji kabinetlərin yaradılması ağız boşluğunun vaxtında sanasiyasını aparmağa imkan verir. Qadınlara stress həyəcanlarını aradan qaldırmaq və diqqətlərini yayındırmaq üçün onları doğuran səbəbləri yaddan çıxarmaq və 10 dəqiqə ərzində həyatında baş verən xoş anları xatırlamaq tövsiyə olunur.

4. Qadınlar arasında kontrasepsiya vasitələrinin (daima) istifadə edilməsinə xüsusi diqqət vermək lazımdır, bir çox hallarda buna qadın məsləhətxanalarında belə vasitələrin paylanması və onların istifadəsinə dair təlimatların verilməsi kömək edəcəkdir.
5. Qadınların həkimə vaxtında reproduktiv müraciətlərinin edilməsini, onların reproduktiv patologiyaların müalicəsinə və profilaktikasına meyilliyini artırmaq üçün qadın məsləhətxanalarının iş gününün təşkilati yenidənqurulması məqsədəuyğundur: görüşlərin qeydə alınmasını, sənədlərin tərtibini və monitorinqini avtomatlaşdırmaq, lazım gəldikdə həyata keçirilən görüşlərin sayını artırmaq və vaxtı dəyişdirilmiş görüşlərin sayını azaltmaq, hər görüşün müddətini qısaltmaq, əsassız təyin olunan laborator və instrumental müayinələrin sayını azaltmaq, qadınların görüşlərini təşkil etmək üçün telefon əlaqəsi yaratmaq.
6. Reproduktiv pozulmaların tezliyini effektiv azaldan və onların yaranmasının qarşısını alan, qadınların reproduktiv sağlamlığının mühafizəsi üzrə tədbirlərin təklif olunmuş təşkilati strukturu (məndə 2 sayılı sxemə bax) praktik cəhətdən çox münasibdir, əlavə kadr və maddi vəsait tələb etmir və qadınlara göstərilən reproduktiv xidmətin hazırkı imkanlarını əks etdirir.

DİSSERTASIYA MÖVZUSU ÜZRƏ ÇAP EDİLMİŞ ELMİ İŞLƏRİN SİYAHISI:

1. Azərbaycan qadınlarının reproduktiv qadınlarının reproduktiv sağlamlığının statistik göstəricilərinin dinamikasının təhlili və müasir vəziyyəti // Sağlamlıq, Bakı, 2009, №2, s.51-55.
2. Müxtəlif yaşlı qadınlarda reproduktiv potensialın realizasiyasının səviyyəsi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2010, №2, s. 67-71.
3. Qadınların yaşayış şəraitinin (ailənin) və reproduktiv potensialın bir-birilə qarşılıqlı əlaqəsi // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, Bakı, 2010, №2, s.128-132.
4. Qadınların reproduktiv sağlamlığının demografik və ailə-nikah aspektləri // Sağlamlıq, Bakı, 2010, №3, s. 100-104.
5. Xəstələnmə hallarının etioloji strukturu və tezliyinin qadınların reproduktiv sağlamlığına təsiri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2010, №3, s.121-124.
6. Ektopik hamiləliyin cərrahi və tibbi müalicəsinə dair / Mamalıq, ginekologiya, perinatalogiya patologiyalarının bəzi məsələləri mövzusunda elmi-praktik konfransın məqalələr toplusu, Bakı, 2010, s. 187-188.
7. Bakı şəhərində reproduktiv yaşda olan qadınların sağlam uşaqlıq potensialının qiymətləndirilməsi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2011, №1, s.118-122.
8. Hamilə olan və olmayan reproduktiv yaşlı qadınlarda vulvovaginal kandidozun etiologiyası // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2012, №3, s.113- 117 (həmmüəl.: Novruzov E.M.).
9. Doğmuş və hamilə qadınlarda vulvovaginal kandidozun müasir müalicə metodlarının effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2012, №4, s.19- 25 (həmmüəl.: Novruzov E.M.).
10. Влияние стоматологической заболеваемости на репродуктивное здоровье // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, Bakı, 2012, №4, s.96-100.
11. Влияние семейно-брачного статуса репродуктивной женщины на демографические процессы / Azərbaycan Respublikası V.Axundov adına Milli Elmi-Tədqiqat Tibbi Profilaktika İnstitutunun elmi əsərləri, Bakı, 2012, V cild, s.83-87.
12. Особенности контрацептивного поведения женщин и его вли-

- яние на воспроизводство населения // Sağlamlıq, Bakı, 2013, №1, s.137-142.
13. Qadınların reproduktiv sağlamlığına təsir göstərən əsas risk amilləri və onların tənzimlənməsi yolları // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2013, №1, s.131-138.
 14. Reprodaktiv qadınların ailə planlaşdırılmasının səviyyəsi / Azərbaycan xalqının Ümummilli lideri Heydər Əliyevin 90 illik yubileyinə və ATU-nun ümumi gigiyena və ekologiya kafedrasının yaranmasına həsr olunmuş elmi məcmuə, Bakı, 2013, s.96-103.
 15. Распространенность и причины формирования стрессовых нагрузок и их влияние на репродуктивное здоровье женщин и течение среди них беременности / Azərbaycan Mama-Ginekoloqların IV Qurultayının məqalələr toplusu, Bakı, 2014, s.44-46.
 16. Нежеланная беременность – как основной фактор абортов среди женщин г. Баку / Azərbaycan Mama-Ginekoloqların IV Qurultayının məqalələr toplusu, Bakı, 2014, s.157-160.
 17. Особенности формирования и характер распространенности артериальной гипертонии среди женщин репродуктивного возраста // Центральнo-Азиатский медицинский журнал, 2010, т.16, №2, с.92-95.
 18. Избыточная масса тела как фактор, огягошающий репродуктивное здоровье женщин // Терапевтический вестник, Алмаата, 2010, №3(27), с.20-22.
 19. Значимость самоконтроля артериального давления в повышении приверженности пациентов // Світ медицини та біології, Полтава, Украина, 2012, №2, с.82-84 (həmmüəl.: Ağayev A.A., Babayeva A.D.).
 20. Социально-поведенческие аспекты недостаточной приверженности населения к лечению артериальной гипертензии // Семейна медицина, Полтава, Украина, 2012, №4, с.11-14 (həmmüəl.: Ağayev A.A., Babayeva A.D.).
 21. Оценка состояния физической активности женщин и их репродуктивного возраста // Центральнo-Азиатский медицинский журнал, 2012, т.18, №3, с.296-300.
 22. Состояние репродуктивной обращаемости женщин в зависимости от социально-профессиональной ориентации // Терапевтический вестник, Алмаата, 2012, №4(36), с.39-42.

23. Значимость самоконтроля артериального давления в повышении приверженности пациентов к лечению артериальной гипертензии // Медицинский вестник Башкортостана, 2013, т.8, №1, с. 46-49.
24. Социально-поведенческие аспекты недостаточной приверженности населения к лечению, профилактике артериальной гипертонии // Журнал научных публикации аспирантов и докторантов, 2013, №1, с.105-110 (həmmüəl.: Ağayev A.A., Babayeva A.D.).
25. Влияние особенностей репродуктивной обращаемости женщин на планирование семьи / Сборник материалов международной конференции г. Львов, Украина, 2013, с.12-13.
26. Роль артериальной гипертензии как огибающего фактора репродуктивного здоровья женщин г. Баку / Матер. конгресса Российского Кардиологического общества, 2013, с.140-141 (həmmüəl.: Ağayev A.A.).
27. Уровень стоматологической заболеваемости среди беременных и женщин репродуктивного возраста г.Баку / Вісник стоматології, Тезиси докладов Інститута стоматології, Одесса, 2013, с.175-177.
28. Частота и причина абортів и их доля среди женщин репродуктивного возраста / Тезиси докладов науково-практичної конференції з міжнародною участю, Полтава, Україна, с.35.
29. Социально-поведенческие аспекты недостаточной приверженности населения к лечению, профилактике артериальной гипертонии / Тезиси докладов науково-практичної конференції з міжнародною участю, Полтава, Україна, 2013, с.111 (həmmüəl.: Ağayev A.A.).
30. Частота и причина абортів и их воздействие на воспроизводство женского населения // World of Medicine and Biology 2(38), Украина, 2013, с.102-104.
31. Клинико-микробиологическая оценка эффективности современных средств лечения бактериального вагиноза // Казанский Медицинский Журнал, 2013, №3, с.300-304 (həmmüəl.: Novruzov E.M.).
32. Артериальная гипертония среди женщин репродуктивного возраста // Российский медицинский журнал, Москва, 2014, №2, с.12-14.

33. Социально-гигиенические аспекты питания женщин репродуктивного возраста // Российский медицинский журнал, Москва, 2014, №5, с. 9-13.
34. State of health awareness among women and their relationship to self-control of own reproductive health / II International Scientific Conference Theoretical and Applied Sciences in the USA, 2015, с.20-22.
35. Influence of family- marriage relations on reproductive potential of women / I International Scientific Conference, European Applied Sciences, Stuttgart, Germany, 2015, p.138.
36. Akrania ve omfalosel birlikteliği olan maternal diyabetli gebenin prenatal tanisi olgusu / Uludag jinekoloji ve obstetrik kis kongresi, Türkiye, 2015, PB27 (həmmüə.:. Levent Şahin, Melek Çiçek, Bülent Şahin, Servet Gençdal, Gülşah Tanas).
37. Anne glukoz metabolizması ile makrozomi arasındaki ilişki / Uludag jinekoloji ve obstetrik kis kongresi, Türkiye, 2015, PB25 (həmmüə.:. Levent Şahin, Melek Çiçek, Servet Gençdal, Gülşah Tanas).
38. Gebelikteki kilo artışı ve vücut kütle indeksinin maternal ve neonatal sonuçlar üzerindeki etkileri / Uludag jinekoloji ve obstetrik kis kongresi, Türkiye, 2015, PB26 (həmmüə.:. Levent Şahin, Melek Çiçek, Servet Gençdal, Gülşah Tanas).
39. Sezeryan skar gebeliği olgusunun laparoskopik cerrahi ile tedavisi / Uludag jinekoloji ve obstetrik kis kongresi, Türkiye, 2015, PB28 (həmmüə.:. Levent Şahin, Melek Çiçek, Servet Gençdal, Gülşah Tanas).
40. Влияние индекса массы тела на неонатальные исходы // Проблемы репродукции, 2015, №4, с. 134-138 (həmmüə.:. Мустафаева Э.).

МЕХМАН АГАВЕРДИ оглы ГАМЗАЕВ

**СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ИЗЫСКАНИЕ
ПУТЕЙ ПО ЕГО РЕГУЛИРОВАНИЮ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ГОРОДЕ БАКУ**

РЕЗЮМЕ

Эффективная охрана репродуктивного здоровья женщин (РЗЖ) до сих пор остается наиболее значимой медико-социальной и политико-демографической проблемой органов здравоохранения многих стран. Несмотря на прилагаемые огромные усилия, система мер по охране РЗЖ далека от совершенства, что актуализирует проведение более углубленных исследований с учетом современных тенденций развития служб репродуктивного обслуживания женщин, их социально-этнических, личностно-поведенческих и прочих особенностей, необходимых для позитивного решения данной проблемы.

Целью работы явилось изыскание подходов по сохранению и укреплению РЗЖ и снижению среди них репродуктивных потерь на основе комплексного социально-гигиенического исследования РЗЖ и составляющих его компонентов (на примере г.Баку).

В результате проведенных исследований получены данные, представляющие научно-практический интерес. В частности, произведена комплексная оценка демографической ситуации, динамика воспроизводства населения и их взаимообусловленности с РЗЖ.

Выделены репродуктивно значимые и социально зависимые факторы риска, воздействующие на РЗЖ, даны их классификационные признаки.

Показана роль семейной среды обитания, брачного статуса, профессиональной ориентации и социальной защищенности на репродуктивные потери среди женщин.

Выявлены социально-эпидемиологические предпосылки распространенности среди женщин УГИ и наиболее эффективные подходы по их лечению и профилактике.

Дана качественная и количественная оценка комбинаций основных факторов риска и механизм их воздействия на РЗЖ.

Показана значимость медицинской информированности женщин в

повышении их диспансерного охвата, приверженности к своевременной медицинской обращаемости и самоконтроля собственного здоровья.

Определены особенности планирования семьи женщинами, параметры распространенности среди них контрацептивов и причины нежелательной беременности, определяющей частоту абортот.

Произведен хронометраж рабочего времени базовых женских консультаций, на основании которого предпринят ряд организационных мер по совершенствованию репродуктивного обслуживания женщин.

Найдены доступные и усвояемые подходы разъяснительной работы по коррекции репродуктивного поведения женщин и активного их вовлечения в профилактические мероприятия.

Путем опытной апробации установлена социально-эпидемиологическая эффективность выработанного научно-обоснованного комплекса мер по снижению репродуктивных потерь и профилактике их формирования среди женщин.

MEHMAN AGHAVERDI HAMZAYEV

THE SOCIAL AND HYGIENIC ASPECTS OF THE WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH AND SURVEY ON THE WAYS BY ITS REGULATION TO IMPROVE THE DEMOGRAPHIC SITUATION IN BAKU

SUMMARY

The effective protection of the women's reproductive health (WRH) is still the most significant medical and social, political and demographic problem for the health authorities of many countries. Despite great efforts, the system of the WRH protection measures is far from being perfect, and this fact actualizes more in-depth studies in accordance with the current trends in the development of women's reproductive care services and their social and ethnic, personal and behavioral and other characteristics required for a positive solution of this problem.

The aim of the study was the survey on the ways to preserve and strengthen WRH and reduce reproductive losses among women on the basis of the integrated socio-hygienic study of WRH and its constituent components (through the example of Baku).

As the result of the studies provided, the data were received representing the scientific and practical interest. In particular, the comprehensive assessment of the demographic situation, the dynamics of the population reproduction and its interdependence with WRH are made.

The reproductively significant and socially dependent risk factors affecting WRH are obtained, their classification features are given.

The role of the family environment, marital status, career guidance and social protection in the reproductive losses among women.

The social and epidemiological backgrounds of the prevalence of urogenital infections among women and the most effective approaches for their prevention and treatment are revealed.

The qualitative and quantitative evaluations of the main risk factors' combinations and the mechanism of their impact on WRH were made.

The importance of women's health awareness in the improvement of their dispensary coverage, commitment to timely medical appealability and self-control of their own health are demonstrated.

The features of the family planning by women, the prevalence of birth

control options among them and the causes of unwanted pregnancy, determining the frequency of abortions are defined.

The timing of the working hours of basic antenatal clinics is produced, based on which a number of organizational measures have been taken to improve the reproductive care for women.

The accessible and available approaches of the awareness-building for the correction of reproductive behavior of women and their active involvement in prevention activities are found.

The social and epidemiological efficiency of the generated evidence-based package of measures to reduce the reproductive losses and prevent their formation in women was determined by means of the experimental testing.

ŞƏRTİ İXTİSARLAR SİYAHISI

ABÇ	– artıq bədən çəkisi
AH	– arterial hipertoniya
BV	– bakterial vaginoz
FA	– fiziki aktivlik
GNT	– güclü nəzərə çarpan preeklamsiyalar
KİV	– kütləvi informasiya vasitələri
QD	– qidalanma davranışı
QME	– qida məhsullarının enerji dəyəri
QRS	– qadınların reproduktiv sağlamlığı
MPM	– müalicə və profilaktikaya meyllik
MTM	– məcburi tibbi müraciət
PfTM	– profilaktik tibbi müraciət
PİX	– parodontun iltihabi xəstəlikləri
RPK	– reproduktiv pozğunluqlar kompleksi
RYQ	– reproduktiv yaşlı qadınlar
SPM	– sosioloji prospektiv müayinələr
SX	– stomatoloji xəstəliklər
SY	– stress yüklənmələri
ŞD	– şəkərli diabet
TBT	– tibbi biliklərə tələbat
UGİ	– urogenital infeksiyalar
ÜX	– ümumi xəstəliklər
VVK	– vulvovaginal kandidoz

Kağız formatı 60x84 ¹/₁₆.
Sifariş 707 Tiraj 100.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

МЕХМАН АГАВЕРДИ оглы ГАМЗАЕВ

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ИЗЫСКАНИЕ ПУТЕЙ ПО ЕГО РЕГУЛИРОВАНИЮ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ГОРОДЕ БАКУ

3215.01 – Акушерство и гинекология

3212.01 – Здравоохранение и его организация

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора наук по медицине

БАКУ – 2016