

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA
MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI**

**Z.S. YUNUSJONOVA
S.A. MIRZAYEVA
E. I. BOSITXONOVA**

PSIXOLOGIK PARVARISH

*O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi
tomonidan kasb-hunar kollejlarida tahsil oluvchi talabalar uchun
o‘quv qo‘llanma sifatida tavsifiya etilgan*

«O‘ZBEKISTON FAYLASUFLARI MILLIY JAMIYATI» NASHRIYOTI
TOSHKENT – 2010

56.14
Y57

Yunusjonova Z. S.

Psixologik parvarish [Text]: Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma / Z. S. Yunusjonova, S. A. Mirzayeva, E. I. Bositxonova ; O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi, O'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi markazi. - Toshkent: O'zbekiston faylasuflari milliy jamiyati nashriyoti, 2010. — 200 b.

I. Mirzayeva, S.A.

II. Bositxonova E. I.

ББК 56. 14я722

Taqrizchilar:

Sh. Sh. Magzumova — TashMA psixiatriya kafedrası professori

G. S. Aripova — Sobir Rahimov nomidagi tibbiyot kolleji direktori, psixologiya fanlari nomzodi

S. X. Rustamova — Sobir Rahimov nomidagi tibbiyot kollejining oily toifali o'qituvchisi

ISBN 978-9943-391-06-2

© «O'zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti, 2010.

SO‘ZBOSHI

Mustaqil Respublikamizda barcha sohalaridagi kabi tibbiyot sohasida ham tub o‘zgarishlar bo‘lib o‘tmoqda. Shu bilan birga kadrlar malakasini yaxshilashga ham katta e‘tibor qaratilayapti. Biz tibbiyot kollejlari o‘qituvchilari zimmasida jahon andozalariga mos keladigan tibbiyot xodimlarini tayyorlashdek muhim vazifa turar ekan, ularni kerakli adabiyotlar bilan ham ta‘minlash juda muhimdir. Koppina tibbiyot kollejlari o‘qituvchilari tomonidan yaratilayotgan o‘quv darsliklar ham bunga misol bo‘la oladi.

Hozirgi kunda "salomatlik", "mental sog‘lik", "ruhiy salomatlik" va shunga o‘xshash atamalar tilimizda tez-tez uchrayib turadi. Psixologik parvarish fanini o‘qitishdan maqsad Davlat tarmoq standartiga mos va jahon standartlaridagi muolajalarni bajarib oladigan, muammolarni hal qila oladigan hamshiralarni tayyorlashdir. Bu darslikning yaratilishidan maqsad bo‘lajak tibbiyot xodimlariga shu va boshqa psixologiya, psixiatriya sohasidagi yangiliklar haqida ma‘lumotlar berish. Darslikning "Psixologik parvarish" deb nomlanishi sababi hozirgi kunda psixologik parvarish nafaqat ruhiy bemorlarga, balki terapevtik, akusherlik, xirurgik, ambulator bemorlarga, qolaversa, sog‘lom insonga ham zarur.

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan berilgan ta‘rif bo‘yicha "Salomatlik – bu kasallik yoki jismoniy nuqsonlarning yo‘qligi emas, balki insonning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy jihatdan osoyishtalik holatidir".

Kitobda "Asab va ruhiy kasalliklar" fanidagi ruhiy kasalliklar va "Umumiy va tibbiy psixologiya" fanidan ma‘lumotlar berilgan. Kitob dastur asosida yozilgan bo‘lib, dasturdagi barcha mavzular yoritilgan. O‘zbekistonda psixologiya va psixiatriyaning rivojlanish tarixi, shu sohalaridagi o‘zgarishlar, psixologik parvarish ko‘rsatish joylari, shaxsning individual xususiyatlari, shaxs xarakteri, temperamenti, ruhiy jarayonlar tasnifi, ruhiy bemorlarning o‘ziga xos xususiyatlari, tekshirish usullari, kasalliklarning ta‘rifi, tasnifi, davolash turlari, bemorlarni parvarish qilish va ularni jamoaga qaytarish hamda shu davrlarda bemorlar va tibbiyot xodimlari o‘rtasidagi munosabatlar psixologiyasi va deontologiyasi masalalari haqidagi mavzular yoritilgan. Yana bir yangilik, darslikda psixiatriyada hamshiralik jarayonini yuritish xususiyatlari, hamshira tashxislari namunalari kiritilgan.

Ushbu o‘quv adabiyotdan tibbiyot kollejlari ta‘lim olayotgan bo‘lajak tibbiyot hamshiralari emas, balki oliy toifali hamshiralalar, tibbiyot amaliyotida faoliyat olib borayotgan o‘rta bo‘g‘in xodimlari ham foydalanishlari mumkin.

Ushbu darslik psixologik parvarish sohasidagi dastlabki qadam bo‘lganligi sababli unda ayrim kamchiliklar va mavzular batafsil yoritilmagan bo‘lishi tabiiy hol.

Mualliflar kitobxonlarning ushbu o‘quv adabiyoti haqidagi barcha tanqidiy mulohaza va taklif-istaklarini to‘g‘ri qabul qiladilar va kelgusida hisobga oladilar.

1-BO‘LIM. UMUMIY VA TIBBIY PSIXOLOGIYA HAMDA PSIXIATRIYANING ASOSLARI

Psixologiya tushunchasi haqida. Umumiy va tibbiy psixologiya fani va uning vazifalari

Psixologiya voqelikning alohida sohasi bo‘lib, ruhiy hodisalar, kechinmalarni o‘rganadi. Bizning ruhiy hodisalarimizga sezgilarimiz, idrokimiz, tasavvurlarimiz, fikr, his-tuyg‘u va intilishlarimiz kirishi hammaga ma‘lum.

Psixologiya so‘zi – grekcha "psixo" (ya‘ni ruh, jon) va "logos" (so‘z, ilm) degan ikki so‘z birikmasidan tuzilgan. Demak, "psixologiya" so‘zini o‘zbekchaga o‘girsak ruh ilmi degan ma‘noni anglatadi.

Ruhiy hodisalarning butun majmuyi, odatda, psixika degan so‘z bilan ataladi. Psixika bu real voqelikning bosh miyada aks etishidir. Psixika o‘zicha alohida bir olam emas, u organik olamning yuksak shakllaridan bo‘lib, faqat hayvonlar bilan odamga xosdir. Odam psixikasi hayvon psixikasidan sifat jihatidan farq qiladi. Odamda psixik hayotning yuksak shakli – ong bor.

Insonlardagi psixika uch xil ruhiy hodisa sifatida namoyon bo‘ladi:

1. Shaxsning ruhiy xususiyatlari bu uning temperamenti, xarakteri, qobiliyati va psixik jarayonlarning barqaror xususiyatlari, shuningdek, mayli, e‘tiqodi, bilimi, ko‘nikmalari, malakasi hamda odatlaridan iborat.

2. Psixik holatlar uncha uzoq davom etmasa-da, lekin ancha murakkab jarayon. Bunga tetiklik yoki ma‘yuslik, ishchanlik yoki horg‘inlik, serzardalik, parishonxotirlik, yaxshi va yomon kayfiyat va hokazolar kiradi.

3. Psixik jarayonlar ruhiy faoliyatning murakkabroq turiga kiruvchi oddiy, elementar psixik hodisalardir. Ular juda qisqa vaqt davom etadi.

Psixik xususiyatlar, holatlar, jarayonlar o‘zaro mustahkam bog‘langan bo‘lib, biri ikkinchisiga aylanishi, o‘tishi, to‘ldirishi mumkin.

Psixologiyaning vazifasi ana shu bog‘lanish va munosabatlarning qonuniyatlarini ochib berishdir. Psixologiya fanining ma‘lumotlaridan amaliy maqsadda va avvalo ta‘lim-tarbiya, bemor sog‘lig‘ini tiklash, mustahkamlash va saqlashda, ruhiy ta‘sir ko‘rsatishda foydalanmoq uchun har bir tibbiyot xodimi psixikaning taraqqiyot qonuniyatlarini bilishi kerak.

Umumiy psixologiya bir necha psixologiya fanlariga bo‘linadi: pedagogik psixologiya, yuridik psixologiya, muhandislik psixologiyasi, ijtimoiy psixologiya, tibbiy psixologiya va hokazo.

Tibbiyot sohasidagi barcha masalalar, vazifalar tibbiyot psixologiyasi masalalari bilan chambarchas bogʻlanib ketadi. Tibbiyot psixologiyasi asoslarini oʻrganish tibbiyot xodimining vazifasi va burchidir.

Tibbiy psixologiya koʻmagida oʻrta maʼlumotli tibbiyot xodimlari va shifokorlar:

1) asab-ruhiy kasalliklar yoki somatik kasalliklar bilan ogʻrigan bemorlarning ruhiy ahvoli toʻgʻrisida;

2) bemor psixikasiga somatik kasallikning taʼsiri toʻgʻrisida va aksincha, asab-ruhiy oʻzgarishlarining somatik kasalliklarning oʻtishiga taʼsiri toʻgʻrisida toʻgʻri fikr yurita oladilar;

3) somatik kasalliklarning kelib chiqishi, oʻtishi va oqibatlarida ruhiy omillarning qanday rol oʻynashini aniqlay oladilar.

Tibbiy psixologiya quyidagi mavzularni oʻrganadi:

1. Bemor shaxsini.

2. Tibbiyot xodimlarining shaxsini.

3. Tibbiyot xodimlari bilan bemorlar oʻrtasidagi munosabatlarni.

4. Tibbiyot xodimlarining oʻzaro munosabatlarini.

5. Oʻrta tibbiyot xodimlarining shaxsini.

Tibbiy psixologiyaning asosiy vazifasi — shaxsning kasallikka reaksiyasini va bemorning oʻrta tibbiyot xodimi, shifokor hamda oʻz yaqin qarindoshlari bilan munosabati xususiyatlarini oʻrganishdan iborat.

Tibbiy psixologiya yana quyidagilarni oʻrganadi:

1. Kasalliklarning oldini olish va sogʻliqni mustahkamlashda psixikaning rolini.

2. Turli xil kasalliklarning kelib chiqishi, kechishida, rivojlanishida psixikaning roli va oʻrnini.

3. Kasallikni davolash vaqtida psixikaning holatini.

4. Turli kasalliklarda roʻy beradigan ruhiy oʻzgarishlarni va ularning oldini olishni.

Tibbiy psixologiyaning maqsadi bemorga uning shaxsiga oid individual xususiyatlarni hisobga olgan holda terapevtik samara beradigan usullarni topib yondoshishdan iboratdir.

Mustaqil mamlakatimiz tabobati asosida bemor psixikasiga ozor beradigan turli taʼsirlardan, jumladan, somatik kasalliklarga aloqador taʼsirlardan saqlab borib, bemorni imkoni boricha avaylash va unga insonparvarlik, mehribonlik, shirinsuxanlik bilan muomala qilish tamoyili yotadi.

Bemorning ruhiy ahvoliga toʻgʻri baho bera bilish va shu ahvoliga taʼsir koʻrsatish uchun tibbiyot xodimi tibbiy psixologiya asoslarini bilishi shart.

Tibbiy psixologiya psixoprofilaktika, psixoterapiya, psixogigiyena kabi dolzarb masalalarni ham oʻrganadi. Tibbiyot psixologiyasi bemor odam kasalliklarining kelib chiqishiga, kechishiga va oldini olishga aloqador boʻlgan psixik faoliyatning turli tomonlarini tekshiradi.

Tibbiy psixologiyaning tekshirish uslublari quyidagilar: kuzatish metodi, eksperiment metodi, so‘rab-surishtirish va suhbat metodi, tarjimaiy holini tekshirish metodi, faoliyat samaradorligini tekshirish, testlash, kompyuter asosida aniqlash, anketalash. Barcha tibbiyot fanlari singari tibbiy psixologiya ham ikki qismdan iborat:

1. Umumiy tibbiy psixologiya.
2. Xususiy tibbiy psixologiya.

Umumiy tibbiy psixologiya bemor shaxsini, o‘rta tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning o‘zaro munosabatlarini, umumiy qonuniyatlarini o‘rganadi.

Xususiy tibbiy psixologiya esa bemor shaxsini, tibbiyot xodimlari shaxsini, ularning o‘zaro munosabatlarini aniq tibbiy fanlar va sohalar yordamida o‘rganadi. Masalan, jarrohlik, pediatriya, gigiyena, terapiya, asab va ruhiy kasalliklar, gerontologiya, sanitariya va hokazo fanlar yutuqlaridan foydalanadi.

Psixologik parvarish haqida tushuncha

Hozirgi kunda psixologik parvarish nafaqat ruhiy bemorga, balki sog‘lom insonga ham zarur.

Psixologik parvarish fani ruhiy salomatligiga bog‘liq hayotiy buzilishlari bor insonlarga yordam berish usullarini o‘rgatadi.

JSST bo‘yicha hozirgi kunda qit‘a aholisining 5%i simptomlari ifodalangan jiddiy ruhiy buzilishlar bilan, aholining 15%i unchalik og‘ir bo‘lmagan, qisman mehnat qobiliyatini yo‘qotishga olib keladigan ruhiy buzilishlar bilan azob chekadi.

O‘zbekistonda 2006-yilda aholi soni 26,485 million kishini (2004-yilga qaraganda 1,2% ga ko‘p) tashkil qiladi, bulardan ruhiy kasalliklarga chalingan bemorlar soni 100000 aholi soniga 130,3 kishini tashkil qiladi.

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan berilgan ta‘rif bo‘yicha "Salomatlik – bu kasallik yoki jismoniy nuqsonlarning yo‘qligi emas, balki insonning jismoniy, ruhiy va ijtimoiy jihatdan osoyishtalik holatidir".

Ruhan sog‘lomlik pozitiv holat bo‘lib, javobgarlik, o‘zini nazorat qilish, idrok va ijtimoiy ijobiy xulq-atvorni ta‘kidlaydi. Ruhiy sog‘lom inson bu sevgi, aql va ishonch bilan yashay oladigan, o‘zini va o‘zgalar hayotini qadrlay oladigan insondir.

"Ruhiy salomatlik – qoniqish, baxtni his qilish, vazmin temperament, intellektual va namunali ijtimoiy xulq-atvor" deb ta‘rif beradi atoqli fan arbobi K. Meninger.

JSST bo‘yicha ruhiy sog‘liq quyidagi ta‘riflar yig‘indisi asosida aniqlanadi:

- o‘zining jismoniy va ruhiy "Men"i o‘xshashligini, doimiyligini, uzluksizligini his etish va tushunib yetish;
- bir xil vaziyatlarda kechinmalarning o‘xshashligi va o‘zgarasligi hissi;
- o‘ziga va o‘zining ruhiy faoliyatiga hamda uning oqibatlariga tanqidiy ko‘z bilan qarash;

- ruhiy reaksiyalarning tashqi ta'sirlarning kuchi va tezligiga, ijtimoiy sharoit va vaziyatlarga nisbatan muvofiqligi;
- ijtimoiy me'yorlar, qonunlar va qoidalarga muvofiq fe'l-atvorni boshqarish qobiliyati;
- shaxsiy hayot faoliyatini rejalashtirish qobiliyati va rejani amalga oshirish;
- hayotiy vaziyatlar va sharoitlarga qarab fe'l-atvorni o'zgartira olish qobiliyati.

Parvarish – bu kishilarni sog'lomlashtirishga qaratilgan chora-tadbirlar bo'lib, uning markazida inson turadi.

Odam tug'ma sog'lom yoki hayoti davomida biron xastalik orttirgan bo'lishi mumkin. Aqlning rivojlanishi va bilim olish, atrof-muhit ta'sirini qabul qilish darajasi sog'liqqa bog'liq. Insonning salomatlikka erishishi qancha qiyin muammo bo'lsa, unga bu maqsadga erishishda yordam berish hamshira uchun ham mushkul. U shunday vaqtda o'zini har bir bemor o'rniga qo'yib, uning ehtiyojlarini tushuna olishi kerak. Gohida hush, gohida behush, goh hayotsevarligi, goh joniga qasd qilgisi kelishi – bu kayfiyatlarni hamshira tabiiy qabul qilishi shart.

1987-yili Yangi Zelandiyada bo'lib o'tgan Xalqaro hamshiralalar kengashida quyidagi ta'rifni hamma bir ovozdin qabul qildi: "Hamshiralik ishi sog'liqni saqlash tizimining tarkibiy qismi bo'lib, salomatlikni mustahkamlashni, kasallikning oldini olishni, jismonan va ruhan xastalangan bemorlarga ruhiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishni, parvarishlash hamda barcha yoshdagi ishga layoqatsiz guruhlarga yordam berishni o'z ichiga oladi". Bunday yordam tibbiyot hamshiralari tomonidan davolash muassasalarida, boshqa turdagi muassasalarda, uy sharoitida va shunday yordam talab qilingan barcha joylarda ko'rsatiladi.

Psixiatriya kasalxonasidagi tibbiyot hamshirasining ishi bemorlarni shunchaki parvarish qilishdan iborat bo'lib qolmaydi. Bu ish, yuqorida aytib o'tilganidek, muayyan shaxsiy moyillikni, ishda mahorat va san'atni talab qiladi, bundan maqsad psixik jihatdan bemor kishini nafaqat tushunish, balki unga psixologik yordam ko'rsatishdan iboratdir.

Bemorlarni parvarishlash deganda asosiy hayotiy ehtiyojlarni (yeyish, ichish, harakat, ichaklarni, qovuqlarni bo'shatish va hokazo) qondirishda unga ko'maklashish, kasallik holatlarida yordam berish tushuniladi. Parvarish bu bemor uchun qulay sharoit yaratish, ya'ni xonadagi harorat, yorug'lik, ozodalik, musaffo havoning me'yorida bo'lishi, o'rin-boshlarning qulay va ozodaligi, zarur maishiy ashyolar, signalizatsiya va shu kabilar tushuniladi.

Parvarishning ko'lami bemor ahvoliga, kasallik turiga va unga tayinlangan davo tartibiga bog'liq. Kasallik vaqtida inson organizmidagi a'zolar va sistemalarning faoliyati buziladi, ishtaha pasayib, uyqusizlik kuzatiladi. Davolash xastalik bilan kurashishga qaratilgan bo'lsa, parvarish qilishdan

maqsad kasallikka qarshi kurashda organizmning quvvatini oshirishdan iborat. Bemorning ahvoriga qarab xonani shamollatib turish, ovqat bilan ta'minlash, gigiyenik sharoitlar va dam olish, uxlash uchun qulayliklar yaratish zarur. Bunday sharoitlar bemorga odatdagi hayotiy ehtiyojlarini qondirishda kamroq kuch sarflash imkonini beradi.

Aksincha, xodimlarning qo'polligi va jirkanishi bemor ruhiyatiga yomon ta'sir qilishi mumkin. Ba'zan kasallik davridagi parvarish xastalik qanday natija bilan tugashini belgilaydi.

Tibbiy psixologiyaning rivojlanish tarixi

Tibbiy psixologiyaning alohida fan bo'lib ajralib chiqishi psixologiya fanining rivojlanish tarixi bilan bog'liq. Psixologiya fani qadimiy fanlardan biri bo'lib, bundan 2,5 ming yil ilgari "jon", "ruh" haqidagi ta'limot sifatida vujudga kelgan.

Kishining psixikasi haqidagi ta'limotni birinchi marta Aristotel (eramizdan avvalgi 384–322-yillar) "Jon haqida" degan kitobida bayon qilgan. Shu sababli Aristotel alohida fan bo'lgan psixologiyaga asos solgan olim yoki psixologiya fanining "otasi" deb hisoblanadi. U bir qancha asarlar yozib, ularda psixologiya masalalari bo'yicha o'z qarashlarini bayon qiladi. Aristotel ruh tana bilan uzviy bog'langan deb hisoblaydi. "Ruh, – deydi u, – o'z tabiatiga ko'ra hukmron asos, tana esa tobe narsadir". Aristoteldan keyin Demokrit, undan keyin Epikur (342–271-yillar), Rim shoiri va faylasufi Lukresiy Karr (99–95-yillar) psixologiya fanining rivojlanishiga o'z nazariyalari bilan hissa qo'shdilar. Lukresiy ruhiy hodisalarning tanaga bog'liqligini tajribada asoslab berdi. U: "Aql ham tana bilan birga o'sadi va so'nadi, aql ham tana singari kasallikka duchor bo'ladi, mastlik natijasida xiralashadi", – degan va shunga o'xshash dalillar keltirgan.

Psixologiya fanining rivojlanishida Ch. Darvinning evolyutsion nazariyasi nihoyatda katta ahamiyatga ega bo'ldi. Ruhiy jarayonlarning evolyutsion rivojlanish dinamikasida tashqi muhit hal qiluvchi ta'sir ko'rsatadi. E. Gekkel bilimdon va fikrlaydigan kishilardan birortasi ham psixologiyaning asoslarini faqat asab sistemasining fiziologiyasidan izlash kerakligiga shubhalanmasa kerak, – degan edi.

Falsafa va tabiatshunoslikdagi umumiy yo'nalish ta'sirida psixologiyada ham psixik hayot hodisalarini o'rganishda genetik tamoyil qaror topadi.

XIX va XX asrdagi psixologiya – bu asosan empirik psixologiyadir. Psixologiyada XVII asrda paydo bo'lgan yo'nalish XIX asrda va XX asrning boshlarida o'z taraqqiyotining eng yuqori cho'qqisiga ko'tarildi. Empirik psixologiya bir butun fan emas. Bu psixologiyaning ichida bir qancha yo'nalish va oqimlar mavjud edi. Psixologiya tarixida bulardan ancha mashhur va muhimlari assotsiasizm, intellektualizm, volyuntarizm, geshtalt psixologiya va freydizmlar edi. Bu nazariyalardan ayrimlari hozirgi kunda ham mavjud bo'lib, o'z tarafdorlariga ega. Masalan, freydizm nazariyasi. Bu nazariyaning asoschisi Zigmund Freyd (1856–1939). Freyd

ta'limotiga ko'ra shaxs psixologik hayotining asosi jinsiy lazzat olishga qaratilgan tug'ma, ongsiz mayldir. Psixologiyaning rivojlanishiga Veber va Fexner psixologiyada eksperimentni tatbiq qilish bo'yicha o'z hissalarini qo'shdilar. Eksperimental psixologiya taraqqiyotida, ayniqsa, kimyo, fiziologiya va psixologiya sohasida Vilgelm Vund (1832–1920)ning ishlari katta ahamiyatga ega bo'ldi. Vund psixologiya uchun klassik metodlar bo'lib qolgan kuzatish, ifodalash va reaksiya metodlarini kashf etdi. Vund 1879-yili Leypsigda birinchi eksperimental psixologiya laboratoriyasini tashkil qildi. Oradan ko'p o'tmay, 1881-yili Berlin universiteti qoshida eksperimental psixologiya institutini tashkil qildi.

XIX asrning oxirida Rossiyada Tokarskiy, Bexterev, Langerlar, 1911-yilda Chelpanov rahbarligida eksperimental psixologiya laboratoriyasi ochildi. XIX asrning oxirlaridan boshlab, psixologiyaning boshqa sohalari: hayvonlar psixologiyasi, tarixiy psixologiya, yoshga aloqador kishilar psixologiyasi maydonga keldi. XX asrning boshlarida Germaniyada Vyursburg maktabi psixologiyasi deb atalgan alohida yo'nalish paydo bo'ldi. Bu yo'nalishning vakillari O. Kyulne (1862–1915), K. Byuller (1879–1902) va boshqalar bo'lib, assotsiativ psixologiyani tanqid qilib chiqdilar. XX asrning 20-yillariga kelib psixologiya, xususan, tibbiy psixologiyaning fan sifatida ajralib chiqishiga E. Krechmer (1888–1964) yaratgan nazariya katta ta'sir ko'rsatdi. U "Tibbiyot psixologiyasi" nomli asar yozib, unda ruhiy o'zgarishlar, buzilishlar haqida ma'lumot berdi. Krechmer tibbiyot psixologiyasi va psixoterapiyada konstitutsion-biologik yo'nalish tarafdorlaridan bo'lib, shaxsning shakllanishida tashqi muhitning ta'siriga yetarlicha baho bermadi va tug'ma konstitutsion omillarga haddan tashqari ko'p ahamiyat berdi.

Rus fiziologiya va ilmiy psixologiyasining atoqli namoyondasi I. M. Sechenovning (1829–1905) "Bosh miya reflekslari" degan mashhur asari 1863-yilda bosilib chiqdi. "Insondagi psixik va fiziologik jarayonlar, – degan edi Sechenov, – bu bir xil tartibdagi hodisalar, bir-biriga yaqin real dunyoga xos bo'lgan hodisalardir". Sechenov psixik jarayonlarning asosi bosh miya reflekslaridir, degan ta'limotni ilgari surdi. Sechenov davomchisi I. P. Pavlov oliy asab faoliyati fiziologiyasiga doir mashhur asarlarida psixik moddiy substrat faoliyatidagi asosiy qonuniyatlarni va ayrim jarayonlarning asab-fiziologik mexanizmlarini ochib berdi.

Abu Ali Ibn Sinoning psixologiyaga oid qarashlari

Abu Ali ibn Sino o'z davrining barcha fanlari sohasiga, jumladan, psixologiyaga ham katta e'tibor bergan olimdir. Abu Ali ibn Sinodan ilgari o'tgan Yakub bin Isaak al-Kindi, Abu Nasr al-Farobiy, Abu Bakr ar-Roziy kabi olimlar ham psixologiya masalalariga qiziqqanlar va o'zlarining falsafaga oid asarlarida psixologiyaga oid turli xil muammolarni hal qilishga harakat qilganlar. Abu Ali ibn Sinoning ilmiy merosini o'rganish shuni ko'rsatadiki, buyuk mutafakkir psixologiyaga doir masalalar bilan

ko'proq qiziqqan va maxsus asarlar yozib qoldirgan. Jumladan, "Jon to'g'risida risola" ("Risola fi-al-nafs"), "Psixologiya to'g'risida risola" ("Risola-dar revanshinosi"), "Kitob al-ta'bir" ("Tushni yo'yish kitobi"), "Jon – ruh haqida kitob" ("Kitob al-muxjat") kabilar. Bulardan tashqari, Ibn Sinoning "Tib qonunlari" ("Kitob al-qonun fit tib"), "Shifo beruvchi kitob" ("Kitob an-najot"), "Donishnoma" kabi ko'pgina yirik falsafiy tibbiy asarlarida psixologiyaga doir alohida bo'limlar mavjud.

Qadimgi Yunoniston olimi Aristotel birinchilardan b'olib psixologiya masalalariga taalluqli muammolarni tartibga solib maxsus asar yozgan. Shuning uchun ham uni qadimgi Yunonistonda psixologiyaning asoschisi deb ataydilar. Ibn Sino ham Sharqda o'rta asr sharoitida psixologiyaga doir masalalarni sistemalashtirdi va maxsus asarlar yozdi. Shuning uchun ham biz Ibn Sinoni Sharqda psixologiyaga asos solgan olim deb aytga olamiz.

Abu Ali ibn Sinoni psixologiya masalalarini yoritishga qiziqtirgan omil, birinchidan, o'zidan ilgari o'tgan sharq mamlakatlari olimlari yozib qoldirgan asarlarni o'rganishga havas qo'yanligi bo'lsa, ikkinchidan, antik dunyo olim va faylasuflarining ta'siri ham rol oynadi. Chunki Aristotel Abu Ali ibn Sinoning falsafada "birinchi o'qituvchisi" edi. U Aristotelning "Jon haqida"gi asari bilan yaxshi tanish edi. Uchinchidan, uning tibbiyot sohasida olib borgan ishi kasallarni har tomonlama kuzatish, odam anatomiyasini, fiziologiyasini, shuningdek, odamning asab sistemasini yaxshi o'rganishni talab etardi. Shuning uchun ham har xil kasalliklarni davolash jarayonida kishilarning psixik xususiyatlarini eksperimental, amaliy bilishni zarur hisoblanardi. To'rtinchidan, psixologiya yosh avlodni o'qitish va tarbiyalash masalalarini samarali hal qilishga katta yordam berishini u anglab yetgandi.

Abu Ali ibn Sinoning psixologiya sohasidagi ta'limoti uning tirik organizmdagi hayotiy biologik jarayonlarni tushuntirishida yaqqol ko'rinadi.

Buyuk olim o'zining psixologiya sohasidagi risolalarida qanday masala yuzasidan ilmiy tekshirish ishi olib bormasin, avvalo, o'sha tekshirilayotgan obyekt mavjudmi yoki yo'qmi – shuni aniqlash kerakligini uqtiradi.

Abu Ali ibn Sino, agar har qanday narsa va hodisa ichki yoki tashqi sabablar bilan harakatga keladigan bo'lsa, demak, insonning yashashi va harakatida ham birorta sabab bo'lishi kerak, bunday sabablardan biri "ruhiy quvvatdir", deb ko'rsatadi.

Aristotel kabi Abu Ali ibn Sino ham odam tanasi va "ruhiy quvvatlar" materiya bilan shaklan bir-biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini ta'kidlaydi. Shuning uchun ham Abu Ali ibn Sino psixik faoliyat bilan odam salomatligining bir-biriga ta'sir etish kuchi qanchalik katta ekanligini isbot qilishga harakat qiladi. Bu sohada u mavhum fikr yuritish bilan chegaralanib qolmay, balki kuzatishlarga tayanib, hayvonlar ustida oddiygina, ammo asosli tajribalar o'tkazadi.

Kishi ruhiy holatlarining organizmiga ta'siri har qanday ruhiy jarayonning fiziologik asoslari bilan bog'liq ekanligini, organizmga tashqi muhitning ta'siri katta bo'lishini isbotlash uchun Ibn Sino ikkita qo'zi olib, ulardan birini och bo'ri yaqiniga bog'lagan, ikkinchisini esa bo'riga ko'rsatmay, oddiy, tinch sharoitda saqlagan. Har ikkalasiga ham bir xil miqdorda, hatto tarozida o'lchab ozuqa bergan. Ko'p o'tmay bo'riga yaqin bog'langan qo'zi bo'riining hamlalaridan uzoq vaqt qo'rqqanidan juda ham ozib ketgan va yaxshi boqilishiga qaramay, kasallikka uchrab o'lgan. Oddiy sharoitda saqlangan qo'zi esa kundan kun semirib, tetik yashayvergan.

"Instinkt, – deydi Abu Ali ibn Sino, – shunday quvvatdirki, bu hayvon ongida mantiqsiz vujudga keladi..." Insonga esa ongli, mantiqan fikrlash xos. Miya kishining fikrlash a'zovidir. Shuning uchun ham Ibn Sino miya "seziluvchi suratlarini idrok qiladi yoki saqlaydi..., xayolda saqlangan suratlarini jamlab yoki bo'lib ish yuritadi va shuning bilan birga sezgi orqali kelgan suratlariga o'xshagan turli suratlarini vujudga keltiradi", – deydi.

Abu Ali ibn Sino odam asab sistemasining tuzilishiga doir tasavvurlarga asoslanib, asablarning boshlanish joyi bosh miya bo'lib, organizmning barcha a'zolariga tarqaladi va shu tufayli odam tashqi olamdan bo'ladigan ta'sirotda javob qaytarish qobiliyatiga ega bo'lishini yaxshi tushungan.

Kishiga tevarak-atrofdagi narsa va hodisalarning ta'sir etishi, avvalo sezgilar orqali vujudga keladi, deb uqtiradi va asosan beshta sezgi (ko'rish, eshitish, hid bilish, maza va teri-tuyg'u) borligini, ularning xususiyatlari va ahamiyati haqida to'xtalib, har qaysi sezgining bosh miyada alohida boshqarilib boriladigan markazi borligini ishonch bilan bayon etadi.

Abu Ali ibn Sino insonning fikrlash qobiliyatiga, xayol-xotirasi va iroda sifatlariga yuqori baho beradi va bu psixik jarayonning bir-biri bilan mustahkam bog'liq ekanligini anglaydi. Tafakkurning kuchi shundaki, uning yordamida hodisa va voqealarni bir-biriga chog'ishtirish, abstraksiyalash bilan haqiqatni yolg'ondan ajratish mumkin, xotira yordamida esa idrok qilingan narsa va hodisalar kishi ongida mustahkam o'rnashib qoladi va idrok qilingan bir obyektini ikkinchisidan ajratishga yordam beradi. Xayol kishi ongida obyektiv voqelikning aks ettirilishidir, degan fikrlarni bayon etish bu sohada Ibn Sinoning qarashlari naqadar to'g'ri bo'lganidan dalolat beradi.

Abu Ali ibn Sino o'zining ilmiy-tadqiqot ishlarida psixik hodisalarni ayrim-ayrim tekshirgan bo'lsa ham, ular orasida uzviy bog'lanish borligini tushungan. "Xotira tomonidan qabul qilingan hodisalar xayolga o'tadi va u tafakkurga o'tkazadi, tafakkur esa hodisalarning to'g'ri yoki noto'g'ri ekanligini aniqlab, xotiraga o'tkazadi. Kerak bo'lib qolganda unga murojaat qilinadi". Bu o'rinda olimning xayol va xotira tafakkurga tobe, boshqa psixik jarayonlarni aniqlashda u nazorat qilib turadi, degan fikrni bayon

qilayotganini yaqqol ko'rib turibmiz. Demak, kishi faoliyatida tafakkur hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Abu Ali ibn Sino kishi mijoz to'g'risida fikr yuritar ekan, kishilarning yoshi va jinsini ham hisobga olish kerakligini ko'rsatdi. U kishilarning yoshini umuman to'rt qismga bo'ladi:

1. O'sish yoshi. Bu o'smirlik deb ham ataladi. Bu davr o'ttiz yoshgacha davom etadi.

2. O'sishdan to'xtash yoshi yoki navqiron davri. Bu o'tgizdan o'ttiz beshga yoki qirq yoshgacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi.

3. Cho'kish yoshi. Yoshi qaytaganlik davri bo'lib, bu – oltmish yoshgacha davom etadi.

4. Kuchsizlik bilan birga keksalik yoshi. Bu kishi umrining oxirigacha cho'ziluvchi – qarilik yoshidir.

Abu Ali ibn Sinoning psixologiya sohasidagi chuqur bilimi amaliy tibbiyotda ham qo'llanganligini va katta muvaffaqiyat qozonganligini ko'ramiz.

Buyuk olim to'g'risida Sharq va Fapb mamlakatlari xalqlari o'rtasida juda ko'p ajoyib hikoyalar mavjud. Bunday hikoyalarning birida quyidagi voqea bayon etiladi.

Mashhur kishilardan birining o'g'li qattiq kasal bo'lib qoladi. Otasi barcha tabiblarni chorlab qaratsa ham yigit hech tuzalmaydi, uning ahvoli borgan sari og'irlashaveradi. Ahvol shu darajaga borib yetadiki, yigitdan barcha qarindosh-urug'lari umidlarini uza boshlaydilar. Bir kuni uning otasiga Buxoroda Abu Ali ibn Sino degan zo'r tabib bor, o'g'lingni faqat o'shagina davolay oladi, agar u ham tuzata olmasa, o'g'ling tuzalmaydi, deyishadi.

Ota kasal o'g'lini olib Buxoroga keladi. Ibn Sino kasalning tomirini ushlab ko'radi, rangiga diqqat bilan qarab, yigitning oshiqligini tushunadi. Lekin u yigitga hech narsa demaydi, chunki sirni oshkor qilsa, u uyalganidan sirini yashirgan bo'lar va oqibat natija yaxshilik bilan tugamas edi. Tabib kasalning otasiga shunday deydi:

– Xo'jayin, siz qo'shnilaringizdan bir bilimdon kishini aytirib kelsangiz, u kishi juda dilkash va shirinsuxan bo'lsin. Men u bilan har xil voqealardan gaplashib o'tiraman, o'g'lingiz shu bilan tuzalib ketadi.

Ota shunday kishini darrov toptirib keladi. Keyin Ibn Sino yigitning tomirini ushlab, bilimdon kishidan turli shaharlar ta'rifini so'raydi. Gap Tabriz shahri haqida ketayotganda yigitning tomiri qattiq ura boshlaydi. Shunda Ibn Sino yigitning sevgani tabrizlik qiz ekanini payqaydi. Keyin u bilimdon kishidan Tabriz mahallalari va ko'chalarining nomlarini so'raydi. Bilimdon kishi yigitning sevgilisi turadigan mahallani tilga olganda, yigitning tomiri yana ham qattiqroq ura boshlaydi. Shundan so'ng tadbirkor tabib bilimdon kishidan o'sha mahallada yashaydigan kishilarning nomlarini so'ray boshlaydi. Bilimdon kishi qizning otasi nomini tilga olganda, tomirning urishi yanada zo'rayadi. Abu Ali ibn Sino qizning shu

oiladan ekanini payqab bilimdondan oila a'zolarining ismlarini so'raydi. U kishi qizning ismini aytgan vaqtida yigitning tomiri shunday tez urib ketadiki, o'lishiga sal qoladi.

Buyuk olim yigitning o'sha qizni sevib qolganiga batamom ishonadi va otasiga qarab: "Tabrizga borib, o'g'lingizni falon kishining qiziga uylantirib qo'ying, shunday qilsangiz o'g'lingiz tez sog'ayib ketadi", — deydi. Ota uning aytganini bajaradi, yigit sog'ayib ketadi.

Abu Ali ibn Sino psixologiya sohasidagi ko'pgina ilg'or va haqqoniy fikrlari bilan psixologiya fanining keyingi taraqqiyotiga katta hissa qo'shgan.

Psixiatriyaning rivojlanish tarixi

Abu Ali ibn Sino birinchi bo'lib inson a'zolarining faoliyatini ularning tuzilishi bilan chambarchas bog'liq ravishda bayon qildi. Shu bilan birga a'zolari bosh miya va itoatkor a'zolarga bo'lib chiqqan, bosh (markaziy) a'zolarga bosh va orqa miyani kiritdi. Bosh miyani his-tuyg'ular va harakatning boshlang'ich a'zosi deb ta'riflab, uning anatomiyasini bayon qilgan. Ibn Sino bosh miyani "ong markazi" deb ta'riflaydi. Bu a'zo orqali biz dunyoni ko'ramiz, eshitamiz, mushohada qilamiz va hidni bilamiz. Bu a'zoda fikr paydo bo'ladi, fikrdan esa bilim tug'iladi. Ichki a'zolarining faoliyati, ishlash tarzi ham bosh miyaga bog'liq. Ibn Sino orqa miya anatomiyasi va fiziologiyasini chuqur o'rganib, shunday yozgan edi: "Yaratuvchi... bosh miyaning bir qismini pastga (tananing pastki qismiga) tushirib, insonga muruvvat ko'rsatdiki, undan ajralgan asablar mayda tarmoqlarga bo'linib, o'z vazifalarini bema'lol, uzluksiz bajo keltiradilar". Ibn Sino asab va ruhiy kasalliklar tasnifini yaratgan. Hozirgi zamon asab tizimi tasnifi Ibn Sino yaratgan tasnifdan katta farq qilmaydi. Ibn Sino kasalliklarni o'tkir va surunkali, yengil yoki og'ir, davolanadigan va davolanmaydigan kasalliklarga bo'ladi. Kasallikni to'rtga: boshlang'ich, zo'rayish, o'ta zo'rayish va susayish davrlariga ajratadi. Ichki a'zolar kasalliklari natijasida asab tizimining buzilishlarini ifodalab beradi. Ibn Sino bemorlarni davolashda psixoterapiyaga katta e'tibor bergan. Uning fikricha, yaxshi so'z, mehribon do'st va sevimli odamlarning yaqinligi, sayru sayohatlar, ov, musiqa kabi kayfiyatni yaxshilovchi omillar inson ruhini ko'tarib, salomatligini mustahkamlaydi. Bundan tashqari, kasallik turlarini o'rganishda Al-Xorazmiy, Al-Forobiy, Abu Bakr ar-Roziy va boshqa olimlar olib borgan ishlar ham maqtovgga sazovor.

Abu Ali ibn Sino o'zining "Tib qonunlari" kitobida ko'pgina ruhiy kasalliklar, jumladan, epilepsiya, reaktiv holatlar alomatlarini haqida batafsil ma'lumotlar berib o'tgan. U ruhiy kasalliklar kelib chiqishida tashqi muhit omillarining roli va ahamiyatini aytib o'tgan.

Ming yillar mobaynida ruhiy kasalliklarga g'ayritabiiy kuchlarning alomati deb qarab kelindi va ularni xudoning g'azabi yoki aksincha, uning rahmati natijasidir, deb hisoblanardi. Ana shu tushunchalarga qarab, ruhiy

kasalliklar bilan ogʻrigan bemorlarga nisbatan munosabat ham turlicha boʻlgan. Odatda, tentak boʻlgan bemorlarni xudoning gʻazabini qoʻzgʻatgan deb hisoblashar, ularga nafrat bilan qarashar va koʻpincha oʻldirib yuborishar edi. Osoyishta tentaklik deb ataladigan dardga muhtalo boʻlgan kishilarni "xudoning sevimli bandalari" hisoblab, ularga mehr-shafqat qilishar, yangi kiyimlar kiydirishar, boʻyinlariga gulchambarlar osishar edi. "Shu narsani bilmoq kerakki, – deb yozgan edi Gippokrat, – bir tomondan lazzatlanish, shodlik, kulgi, oʻyinlar, boshqa tomondan gʻamginlik, maʼyuslik, norozilik va achinish miyada paydo boʻladi. Bu tufayli biz tentak boʻlamiz, alahlaymiz yoki kechasi, yo boʻlmasa kunduz kunlari biz vahimaga, qoʻrquvga tushamiz". Ruhii kasalliklar Gippokratning fikricha bosh miyaning kasallanishi tufayli paydo boʻladi va bosh miyaning yarim sharlari bir tomonining shikastlanishi tananing qarama-qarshi tomonida talvasaga tushish kabi buzilishlarni paydo qilishini aytib oʻtgan. Shu kunga qadar psixiatriyada qoʻllanilib kelayotgan "melanxoliya", "maniya", "paranoyya" atamalari Gippokratga taalluqlidir. Bundan tashqari, u toʻrt tipdagi gavda tuzilishi va mijoz (sangviniklar, flegmatiklar, xoleriklar va melanxoliklar)larni hamda har bir tipning oʻziga xosligiga odamga tabiat (ob-havo, tashqi muhit) taʼsirining natijasi borligini kuzatadi.

Tarixiy oʻzgarishlar hisobiga Sharq va Farbda psixiatriyaning rivojlanishi maʼlum vaqtda toʻxtab qoldi.

Oʻzbekistonda psixiatriya fanining rivojlanishi

1896-yilda Toshkent harbiy gospitali qoshida 50 oʻringa moʻljallangan ruhiy kasalliklar boʻlimi ochildi. 1918-yilda harbiy gospitalning psixiatriya boʻlimi Oʻrta Osiyoda 190 oʻringa moʻljallangan, birinchi ruhiy kasalliklar shifoxonasi boʻlmish oʻlka ruhiy kasalliklar shifoxonasi etib qayta tashkillashtirildi. 1920-yilda Turkiston Davlat universiteti qoshida psixiatriya kafedrasini tashkil etildi. 1925-yilda "Nevropatologlar va psixiatriklarning respublika ilmiy jamiyati" joriy etildi. 1920–30-yillarda ToshMI ning psixiatriya kafedrasini tashabbusi bilan Samarqand, Ashxobod, Dushanbe, Bishkek kabi Turkiston oʻlkasining boshqa shaharlarida ham kafedralar tashkil etildi. 1934-yilda oʻlka ruhiy kasalliklar shifoxonasi 500 oʻringa moʻljallangan 11 boʻlimdan iborat Respublika ruhiy kasalliklar shifoxonasi deb qayta tiklandi. Psixiatrik shifoxonani L. V. Ansiferov boshqardi va ruhiy bemorlarga yordam koʻrsatishda oʻzining ulkan hissasini qoʻshdi. 1943–1962-yillar Respublika psixiatrik shifoxonasida M. Gʻ. Gʻulomov bosh shifokor boʻlib ishladi. U oʻz faoliyati davrida shifoxonada birinchilardan boʻlib bemorlarni har tomonlama tekshirish uchun laboratoriya, reabilitatsiya maqsadida mehnat bilan davolash ustaxonalarini tashkil qilgan.

Oʻzbekistonda psixiatriyaning asoschilaridan professorlar Y.V.Kannibix, I. M. Balinskiy, dotsent L. V. Ansiferov, M. M. Moʻminova, A. A. Abdura-

ximov, N. Aripov, M. G'ulomov, X. A. Alimov, O. A. Mutalibov, T. X. Inogamov, T. I. Ismoilov va boshqalar ruhiy kasalliklari bo'yicha fanga va psixiatriya shifoxonasining davolash va tashkiliy ishlariga bir qancha yangiliklar kiritdilar.

1949-yil 27-aprelda O'zbekiston tarixida birinchi bo'lib tibbiyot fanlari nomzodi ilmiy darajasi shifokor-psixiatr N. A. Aripovga berildi.

1950-yillarning o'rtalaridan boshlab ruhiy kasallarni davolashda psixotrop vositalar qo'llanila boshlandi (psixofarmakoterapiya davri). 1956-yilda Andijon tibbiyot institutida psixiatriya kafedrasini tashkil etilgan. 1967-yilda Toshkent shifokorlar malakasini oshirish institutida psixiatriya kafedrasini tashkil etildi.

O'zbekiston Respublikasi mustaqil bo'lishi munosabati bilan tibbiyot fanining rivojlanishiga katta e'tibor berildi. 1991-yilda Buxoro, Nukus va Urganchda tibbiyot institutlari ochildi. Bu voqea O'zbekiston psixiatriyasining rivojlanishidagi yangi bosqichdir.

Psixiatriya odamning bilish faoliyatidagi sezgilar va xulq-atvordagi paydo bo'ladigan buzilishlarni o'rganadi. Odamning ruhiy faoliyatida ro'y beradigan o'zgarishlar va ularni davolash hamda oldini olish bilan shug'ullanadi.

Psixiatriya ham ikki qismdan iborat:

- umumiy psixopatologiya – ruhiy kasalliklarning umumiy alomatlari, kechishining qonuniyatlari, aniqlash usullari va tasnifi, davolash va oldini olish choralarini to'g'risidagi fandir;
- xususiy psixiatriya – ruhiy kasalliklarning turlari, qiyosiy tashxisi va davolash usullarini o'rganuvchi fandir.

Ruhiyatning taraqqiyoti

Materiyaning evolyutsion taraqqiyoti uning oliy ko'inishi – ruhiyatning paydo bo'lishiga olib kelgan. Tashqi ta'sirga reaksiya qilishning dastlabki qobiliyati o'simliklarga ham, sodda organizmlarga ham xos ta'sirlanish bo'lgan va hozir ham shunday.

Fiziologik aks ettirish darajasidagi bu reaksiya – bildirishlar biron bir narsaga bo'lgan ehtiyoj tufayli faollashgan, biokimyoviy va genetik xotira yo'li bilan mustahkamlangan hamda ilgaridan aks ettirish bilan oldindan belgilab qo'yilgan. Ruhiyatning fiziologik asoslari asab sistemasi va avvalo bosh miyadir. Shu sababli asab sistemasining tuzilishini va qanday ishlashini bilmasdan turib ruhiy hayot hodisalarini tushunib bo'lmaydi.

Asab sistemasi ikkita asosiy qismga ajratiladi:

- a) markaziy asab sistemasi;
- b) periferik asab sistemasi.

Markaziy asab sistemasiga kiruvchi bosh miya ruhiy faoliyat mexanizmi hisoblanadi. Bosh miyada 15 milliardga yaqin asab hujayrasi bo'lib, ular oltita qavatda joylashadi. Bosh miyada tuzilishiga ko'ra bir-biriga o'xshaydigan 52 ta maydon bor. Bu maydonlar faoliyatiga ko'ra bir-biriga o'xshamaydigan 11 sohadan tashkil topgan. Bosh miya taraqqiyotidagi har bir qism (pastdan yuqoriga qarab hisob qilganda) o'zidan avvalgi qismning ustiga qatlangan orqa miya, undan keyin esa uzunchoq miya markaziy asab sistemasining eng qadimgi qismlaridir. Markaziy asab sistemasining yuqoridagi qismlari tarkib topib taraqqiy qilishi bilan murakkabroq ruhiy funksiyalar miyaning yuksak taraqqiy qilgan qismlariga o'tadi. Shu bilan birga ruhiy funksiyalar tobora murakkablashib va takomillashib boradi. Ruhiy funksiyalar miyaning yuksak taraqqiy qilgan qismlariga o'tishi bilan miyaning pastdagi qismlari muayyan refleks va instinktiv harakatlarnigina idora etadigan bo'lib qoladi. Turli ruhiy funksiyalar faoliyati, odatda, bosh miyaning ayrim qismlariga bog'liq bo'ladi. Rus olimi I. P. Pavlovning tekshirishlariga qadar funksiyalarning joylashish joyi bo'yicha noto'g'ri fikr yuritilar edi, ya'ni miya po'stlog'ida har bir ruhiy funksiyaning qat'iy aniq markazi bo'ladi, miyaning muayyan anatomik qismi muayyan ruhiy funksiyani idora etadi, deb hisoblanar edi. Masalan, qo'rquv markazi ensa qismida, hid bilish markazi ilmoqsimon pushtada va hokazo. I. P. Pavlovning tajribalari shuni ko'rsatdiki, analizatorlarning markaziy qismlarini miya po'stlog'ining bir-biridan uzil-kesil chegara bilan ajralgan bo'laklari deb tushunish yaramaydi. Haqiqatda bu "markazlar"ning bir-biriga o'tishi, bir-biriga qo'shilishi, bir-birini qoplashi aniqlandi. Masalan, optik analizatorlarning markaziy qismi, yadrosi yorug'lik ta'sirlarini yuqori darajada sintez va analiz qiladigan a'zo bosh miya yarim sharlarining ensa bo'laklaridir. Ammo optik analizatorning hammasi shu sohada emas. Bu analizator katta yarim sharlarning hammasiga ham tarqalgan bo'lishi ehtimol. I. P. Pavlov o'z tekshirishlarining psixologiya uchun qanday ahamiyati borligini ko'rsatib o'tgan edi. "Bizning tekshirishlarimiz, – degan edi u, – psixologlar uchun juda katta ahamiyatga ega bo'lishi kerak, chunki ular keyinchalik psixologiya ilmining asosiy poydevori bo'lib qoladi, deb o'ylayman".

I. P. Pavlovning fikricha, yuksak asab faoliyatining fiziologiyasi vujudga kelishi bilan "psixologlar... nihoyat o'zlari tekshiradigan asosiy hodisalarning umumiy mustahkam zaminiga ega bo'ladilar, shu tufayli ularning odamdagi son-sanoqsiz, tartibsiz tuyg'ularni sistemaga solishlari oson bo'ladi".

Ruhan tekshiruv va aql salohiyatini sinab ko'rish

Psixologiya tibbiyot bilan qadimdan chambarchas bog'lanib keladi.

Kasalliklar orasida psixik kasalliklar guruhi ham bo‘ladi. Bunday kasalliklarni ham asosan psixologik vositalar bilan davolashga to‘g‘ri keladi. O‘rta tibbiyot xodimi, shifokor bemorning ruhiy holatiga to‘g‘ri baho berish uchun, avvalo, odamning normal psixologiyasini bilishi kerak. Barcha tibbiyot xodimlari, shu jumladan, o‘rta tibbiyot xodimlari ham bemorga ruhiy ta’sir ko‘rsatish vositalarini: ishontirish, maslahat berish va u bilan muomala qilish yo‘llarini puxta bilishlari kerak.

Tibbiy psixologiya eng yosh, rivojlanib kelayotgan fanlardan biri hisoblanadi. Hozirgi kunga kelib tibbiy psixologiya juda ko‘p qimmatli ilmiy ma’lumotlar to‘pladi. Bu to‘plangan ma’lumotlar somatogen va psixogen kasalliklarning oldini olish, ishlab chiqarish samaradorligini oshirish uchun tibbiyot xodimlarining ruhiy holatlarini o‘rganish, sog‘lom muhitli jamoani tashkil qilish asosida tibbiy xizmatni yaxshilash kabi masalalar yechimini topishga ancha ko‘maklashmoqda. Tibbiy psixologiya tibbiyotning barcha sohaları va bosqichlari uchun amaliy ahamiyatga ega. Chunki bemorning ruhiy jihatdan tetikligini ta‘minlamasdan turib uni samarali davolashga erishib bo‘lmaydi.

Tibbiy psixologiya bemor psixikasini chuqurroq o‘rganish maqsadida kuzatish, eksperiment, suhbat, tarjimai holini o‘rganish usullari bilan bir qatorda bir qancha test tizimlaridan foydalanadi.

Kuzatish usuli. Psixik hodisalar hayotda, ya’ni tabiiy sharoitlarda odamning turli-tuman faoliyatida qanday ko‘rinishda voqe bo‘lsa, o‘sha ko‘rinishda kuzatish usulining yordami bilan o‘rganiladi.

Kuzatish usuli ikkiga bo‘linadi:

a) tashqi;

b) o‘z-o‘zini kuzatish yoki ichki kuzatish.

Tashqi kuzatish. Bu usul tibbiy psixologiyada keng qo‘llaniladi. Shifokorlar va o‘rta tibbiyot xodimlari bemorlarning ruhiy holatlarini tashqaridan kuzatib boradilar. Kuzatishning asosiy xususiyati shundaki, bu usul yordami bilan psixik hayotning sezgi a’zolarimiz bevosita seza oladigan, o‘zimiz bevosita idrok qila oladigan dalillar aniqlanadi va tasvirlanadi. Kuzatish usuli psixik hodisalarni faqat tasvir etish bilan cheklanib qolmay, balki shu hodisalarni tushuntirish, ya’ni ularning tevarak-atrofdagi muhitga, tarbiyaga, odamning faoliyat turiga, organizmning umumiy ahvoriga va asab sistemasining holatiga bog‘liq ekanligini isbotlash imkonini ham beradi.

Eksperimental usul. Psixologiyada eksperimentning ikki turi: laboratoriya eksperimenti va tabiiy eksperiment tafovut qilinadi.

Laboratoriya eksperimenti. Uning mohiyati shundaki, tekshiruvchi kishi tekshiriladigan ruhiy hodisani qachon kerak bo‘lsa, o‘sha vaqtda

ataylab vujudga keltiradi. Bunda tekshirilayotgan ruhiy hodisa tabiiy sharoitda birgalikda sodir bo‘ladigan boshqa psixik hodisalar eksperiment mobaynida o‘zgartirilishi, boshqa psixik hodisalar bilan muayyan bir tarzda bog‘lanishi, kuchi, tezligi, hajmi va boshqa shu kabi jihatlari o‘lchab ko‘rilishi mumkin. Bu usulning yutug‘i shundaki, bunda psixik hodisalarning qonuniyatlari yaxshiroq ochiladi. Eksperimental tadqiqotlar o‘tkazishda maxsus materiallar – narsa, rasm va so‘zlar, maxsus asboblar qo‘llaniladi.

Tabiiy eksperiment. Bu usul oddiy obyektiv suratda kuzatish usuli bilan laboratoriya eksperimenti usuli o‘rtasida turadi. Tabiiy eksperiment usulining mohiyati shundaki, bu yerda tekshiruvchi kishining o‘zi tekshiriladigan kishida (yoki kishilarda) psixik jarayon (masalan, xotira, diqqat, tasavvur) hosil qilish yoki tekshiriladigan kishilarda individual xususiyatlarni namoyon etish uchun maxsus sharoit tug‘diriladi.

So‘rash va suhbat usuli

Tibbiyotda eng keng qo‘llaniladigan usul bo‘lib, amaliy ahamiyati katta. So‘rash va suhbat usuli psixik hodisalarning, asosan, ichki, subyektiv tomonini tekshirish uchun qo‘llaniladi. Bu usulda tadqiqotchi suhbat vaqtida tekshiriluvchi kishiga beriladigan savollarni oldindan belgilab oladi. Savollar shunday tartib bilan tanlab olinadiki, tekshiriluvchi kishida qaysi kechinmalar va ong jarayonlarini o‘rganish kerak bo‘lsa, u o‘z javoblarida xuddi o‘sha kechinmalarni va o‘sha ong jarayonlarini oydinlashtirib beradi.

Tekshirishning qanday borishiga va tekshiriluvchi kishining individual xususiyatlariga qarab suhbat vaqtida savollarni o‘zgartirish, to‘ldirish, boshqacha qilib berish mumkin. Ayni vaqtda tadqiqotchi tekshiriluvchi kishini kuzatib, masalan, nutqining xususiyatlarini, mimikasini va shunga o‘xshash xususiyatlarni qayd qilib turadi. Iloji bo‘lsa, tekshiriluvchi kishining javoblari magnitofon tasmasiga yozib olinadi. Shu tariqa to‘plangan dastlabki material sistemaga solinadi, statistik jihatdan ishlab chiqiladi, tahlil qilinadi, tasnifga solinib, xulosa chiqariladi. Tibbiy psixologiyada yuqorida keltirilgan asosiy tekshirish usullaridan tashqari test tizimlari ham qo‘llaniladi. Bu test tizimlari shaxsning ikkita asosiy xususiyati: intellekti va xarakteridagi xususiyatlarni farq qilishga imkon yaratadi.

Bine-Simon testlar tizimi. Bu test tizimi bemorning pasport yoshiga mos qilib tuzib chiqiladi. Test savollari va javob-etalonlar tekshiriluvchining tashqi va ichki dunyoqarashlarini inobatga olib mutaxassis tomonidan tuziladi. Bu test yordamida bemorning aqliy rivojlanishi, javob va harakat reaksiyalari aniqlanadi. Test 30 tadan 50 tagacha savol va 120 tadan 200 tagacha javobni o‘z ichiga oladi. Bu tizimga muammoli masalalarni ham kiritishimiz mumkin. Tekshiriluvchining berilgan savollarga yoki jumboq

masalalarni yechish soniga qarab javob ballari va foizi qo'yiladi. Agar tekshiriluvchi berilgan topshiriqning 70 foiziga javob bersa, unda uning aqliy rivojlanishi, intellekti, dunyoqarashi pasport yoshiga mos deb, tekshiriluvchi topshiriqning 70 foizdan kam qismiga javob bersa, u holda bu shaxsda aqliy yetishmovchilik yoki oligofreniya kasalligi mavjud deb qaraladi. Bu test tazimining yutug'i qisqa vaqt ichida shaxsning xarakteri, intellekti haqida ma'lumotga ega bo'linadi, kamchiligi esa bunda shaxsning rivojlanish muhiti va shart-sharoiti hisobga olinmaydi.

Katta yoshdagilar va bolalar uchun Veksler testlari tizimi.

Tadqiqotchilarning fikricha, bu usul shaxsning intellekti va shaxsiy sifatlarini aniqlashga imkon beradi.

Tizim ikki xil testlardan: birinchisi so'z bilan ifodalanadigan 6 ta testdan, ikkinchisi amaliy harakatlar bilan ifodalanadigan 5 ta testdan tarkib topgan. So'z bilan ifodalanadigan 6 ta test quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Xabardorlik.
2. Umumiy ziyraklik.
3. Sonlarni teskari sondan sanash qobiliyati (10, 9, 8,7,6...).
4. Arifmetika masalalarini yechish.
5. O'xshashlikni aniqlash.
6. 42 ta so'zning ma'nosini aniqlashni tekshirish.

Harakat bilan ifodalanadigan 5 ta test tizimiga quyidagilar kiradi:

1. Obyektlarni va ularning yetishmovchi qismlarini aniqlash.
2. Suratlarining ketma-ket qo'yilish tartibini aniqlash.
3. Suratning yetishmovchi qismlarini topib tuzib chiqish.
4. Namunaga qarab 9 tadan 16 tagacha bo'lgan geometrik qismlardan shakllar yasash.

5. Berilgan sonlar kodiga qarab 90 sekund ichida raqamlar yechimini topish.

Test o'tkazib bo'lingandan so'ng jadval tuziladi va intellekt koeffitsienti deb ataladigan koeffitsient tuziladi. Ammo bu koeffitsientni tekshirilayotgan kishining umumiy ziyrakligini, madaniyatini hamda uning tadqiqotga nisbatan munosabatini hisobga olmasdan turib yetarli darajada to'g'ri deb bo'lmaydi. Bu usulning yutug'i shunda-ki, tadqiqot davomida tekshiriluvchining nutqi, tafakkur tezligi, reaksiyasi, diqqati to'liq nazoratga olinadi va hisobga olib boriladi.

Ba'zan bulutlarga qarab xayol suramiz, ularni paxmoq ayiqqa, tuyaga va boshqa jonzotlarga o'xshatamiz. Agar odam shu noaniq chiziqnlarni o'zini to'liqlantiruvchi shakllar ko'rinishida tasavvur qilsa, bunda nima chiqar ekan! Shu taklif va mulohazalar asosida Rorshax o'zining test tizimini ishlab chiqdi. Bu usulning mohiyati kartochni o'ziga xos joylashgan rangli siyoh va qora dog'larning ma'nosini topishdan iborat. Keyin javoblar maxsus qoidalar asosida ishlovdan o'tkaziladi.

Bu usul yordamida tekshiriluvchining ruhiy rivojlanishi, diqqati, xotirasi aniqlanadi. Minnesot ko'p omilli shaxs so'roqlagichidan mualliflarimizni modifikatsiyalashda keng foydalaniladi.

Vatanimiz va xorijiy olimlar tomonidan yaratilgan ko'p omilli shaxs so'roqlagichi hozirgi kunda keng qo'llanilmoqda. Eksperimental psixologiya hali yosh fan. Shuning uchun ham u izlanishda, unga yordamga yangi-yangi texnik vositalar kirib kelmoqdaki, bu uning kelajakda rivojlanishidan dalolat beradi. Bir odam ikkinchi bir odam uchun muammo bo'lib kelgan va bundan keyin ham shunday bo'lib qoladi.

Tibbiy psixologiya fani tabobatning barcha sohalariga: terapiya, xirurgiya, pediatriya, doyalik, ginekologiya va hokazolar ichiga kirib borayapti. Buning asosiy sababi somatik kasalliklarning ko'pgina turlari ruhiyatning buzilishi, o'zgarishi bilan o'tayapti. Mustaqil Vatanimizning tabobat sohasidagi yangiliklaridan biri keyingi 5–10 yil ichida ichki kasalliklarni davolash markazlarida bemorga ruhiy jihatdan yordam beradigan psixoterapevt, amaliy psixolog lavozimlarining kiritilishidir. Shuning uchun ham tibbiyot hamshiralari umumiy va tibbiy psixologiya asoslaridan yetarlicha bilim va malakaga ega bo'lishlari talab qilinadi.

Bemorlarni tibbiy asbob-uskunalar yordamida tekshirish usullari

I. Elektroensefalografiya.

EEG – miya biopotensiallarini qayd qilishga asoslangan zamonaviy tekshirish usulidir. Elektroensefalograf orqali bosh miya potensiallari qayd etiladi va ularning tasviri ossillografik sistema orqali siyoh bilan qog'ozga tushiriladi. Hozirgi vaqtda bir vaqtning o'zida miyaning turli sohalaridan biotoklarni qayd etuvchi 4, 8, 16 kanalli elektroensefalograflar keng qo'llaniladi. Miya biotoklarini qayd qilish usuliga elektroensefalogramma deyiladi. EEG ni tahlil qilganda unda bir-biridan chastotasi, amplitudasi, shakli, doimiyligi bilan farqlanuvchi to'lqinlarni ko'rish mumkin. Tebranish vaqti va amplitudasiga ko'ra EEG da quyidagi to'lqinlarni farqlash mumkin:

1. Alfa to'lqinlar 8–12 to'lqin (sek. chastotali, 40–70 mikrovolt amplitudali, 2 fazali, sinusoidal shaklli) bo'lib, ular me'yorda ensa-tepa qismlarida qayd etiladi.

2. Beta to'lqinlar 16–30 to'lqin (sek. chastotali, 10–30 mikrovolt amplitudali to'lqinlardir. Ular miya po'stlog'ining motor sohasidan yozib olinadi.

Bosh miya kasalliklarida EEG da asosiy ritmlarning o'zgarishi tufayli patologik potensiallar paydo bo'ladi. Elektroensefalogrammaning asosiy patologiyalari turlariga quyidagilar kiradi:

1. Davomiylikning buzilishi.
2. Bexoslikning buzilishi (paroksizmal to‘lqinlar).

Sabablari:

1. Bosh miya kasalliklari (miya o‘simtalari) yoki miya faoliyatiga ta’sir etuvchi (gipoksiya, gipoglikemiya, elektrolit muvozanatining buzilishi, endokrin kasalliklar va h. k.) kasalliklar.

2. Asosan epilepsik kasalliklar tufayli yuzaga keladi.

Elektroensefalogramma – miya faoliyatlariga obyektiv baho berib, bir vaqtning o‘zida bosh miya qobig‘i hujayralari guruhida yuzaga keladigan, miyaning elektr faolligini to‘xtovsiz yozib borishdek uzoq tarixga ega chuqur elektrofiziologik tekshiruvdir. Elektroensefalogramma maromi va tebranish amplitudasiga ko‘ra turli xil patternalar (surat, chiziq)ni izhor qilishi mumkin. Ko‘pincha faollashtirish (aktivatsiya) deb nomlangan usul qo‘llaniladi. Bunda tinch holatda ko‘zlar ochiq va yopiq bo‘lganda fotostimulyatsiya va giperventilyatsiya vositasida patologik to‘lqinlar chaqiriladi. Yozuv, shuningdek, uyqu paytida ham olib boriladi.

II. Kompyuter tomografiyasi (KT) – juda noyob va zamonaviy diagnostik usul.

Kompyuter tomografiyasi (KT) rentgen nurlanishi manbasi o‘rnini o‘zgartirish hamda aylantirish orqali tekshiruv sohasining ko‘ndalang kesimi tasvirini chiqarish yo‘li bilan ma’lum chuqurlikdagi patologik o‘choqda rentgen nurlanishi absorbsiyasi farqlanishini aniqlaydi. Kompyuter tomografiyasida rentgen nurlari absorbsiyasi ko‘rsatkichi yuqori bo‘lgan sohasi oq rangga, absorbsiya ko‘rsatkichi past bo‘lgan sohalari qora rangga bo‘yaladi. Bunda kristalli va gazli detektorli skenner qurilmasi yordamida miyadagi patologik jarayonlar o‘rganiladi. 20, 40, 60 sekund davomida skenner bemor boshini bir marta aylanib o‘tib, ma’lum masofada miya qatlamlarining rentgen nurlarini yutish qobiliyatini 160, 256, 512 marta o‘lchaydi. Bu axborot maxsus EVM qurilmaga (elektron hisoblash qurilmasiga) uzatiladi va miyaning har bir qatlamlaridagi tasvir ekranda paydo bo‘ladi. Tasvirni juda qisqa vaqt (40–50 sekund) davomida olish mumkin. Bu usulning yana bir afzalligi shundaki, tasvirni fotografiya tasviriga ham tushirish mumkin.

KT o‘tkazilishiga ziddiyatlari bo‘lgan kasalliklar kam, shunga qaramasdan ushbu tekshiruvda organizmdan katta hajmdagi axborotni olish mumkin. Magnit-rezonans tomografiyadan farqli, KTning imkoniyatlari birmuncha ko‘proq: tekshiruvni tez o‘tkazish va shuningdek, qon quyilishlari yoki suyak qotishi borligini aniqlash mumkin. Ushbu tekshirish usuli serebral-vaskulyar kasalliklarda, tug‘ma qiyshayishlarda, qon quyilish o‘choqlarida, yiringli jarayonlarda, kalla shikastlarida, miya

o'simtalarida, miya atrofiyasida, gidrosefaliyada, mielinizlantiruvchi kasalliklarda va h. k. tavsiya etiladi. Shuningdek, skrining sifatida o'tkazilganda yuqori samara beradi. Biroq o'ta mayda patologik o'zgarishlarni topish va suyak bilan o'ralgan to'qimalarning tasviri masalasida bu tekshirish usulidan magnit-rezonans usuli sifat jihatidan ustunroq.

III. Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT).

MRT – yadro magnit rezonansini qo'llagan holda inson tanasi har bir qismining tasvirini olish imkoniyatini beruvchi tekshiruv usulidir. Radioaktiv nurlanishdan farqli, ushbu usulda invaziyalar ko'zda tutilmaydi va taaluqli xususiyati shundaki, tananing har qanday qismida, har qanday holatida aniq tasvirni olish mumkin. Shuningdek, suyak bilan o'ralgan orqa miya, miya o'zagi va kalla orqa chuqurchasining ham tasvirini tiniq holda olish mumkin.

MRT ni qo'llash paytida mijoz katta magnit halqasiga joylashtiriladi, bu yerda mijoz kuchli shovqin sharoitida 20–30 minut davomida tinch holatda bo'lishi lozim. Shu sababga ko'ra:

- 1) tinchlikni ta'minlashga yordamga;
- 2) magnit moddasining organizmga tashqi va ichki ta'sirini bartaraf etishga e'tiborni qaratish kerak.

Usul ko'p jihatdan kompyuter tomografiya usuliga o'xshab ketadi. Yadro-magnit rezonansi tomografiyasi usuli ichki a'zolaridagi va asab tizimidagi organik jarohatlar, o'smali jarayonlar, kistalar, parazitlar, qon tomirlardagi aterosklerotik o'zgarishlarni aniqlashda, ularga tashxis qo'yishda katta yordam beradi. Bundan tashqari, bu usul orqali insultni boshdan kechirgan bemorlarda bosh miya to'qimasining tiklanish xususiyati ham aniqlanadi.

Yurakda elektron stimulyator implantatsiyasi operatsiyasi o'tkazilgan mijozlarga bu tekshiruv usuli qo'llanilishi man etiladi. Bundan tashqari bemorda klaustrofobiya yoki demensiyaga moyillik bor-yo'qligini aniqlab olish va lozim bo'lsa unga avvaldan tinchlantiruvchi vositalar yuborib, tekshiruvning to'g'anoqsiz o'tishini ta'minlash kerak.

IV. Lyumbal funksiyasi (orqa miya suyuqligini tekshirish).

Orqa miya suyuqligi xorioid chigalida ishlab chiqarilib, bosh miya qorinchalari va orqa miya bo'shliqlari orqali aylanib turadi. Shu sababli bosh miya yoki orqa miyaning biror-bir organik buzlishlari yuzaga kelsa, bu orqa miya suyuqligining holatida namoyon bo'ladi. Qon-tomir kasalliklari, shikastlar, yallig'lanishlar yoki o'simtalar yuzaga kelganda, orqa miya suyuqligining tekshiruv natijalarida o'zgarishlar kuzatiladi. Bunda tashqi ko'rinishi, bosimining boshlang'ich va yakuniy ko'rsatkichi, hujayralar soni, oqsil va qand maromi tekshirilib, kasallik xususiyatlarini hisobga olgan holda qo'shimcha tekshiruvlar o'tkaziladi.

Psixiatrik yordamni tashkil etishning asosiy masalalari, shifoxonalarda va psixonevrologik dispanserlarda ruhiy kasalliklarni davolash, nazorat qilish hamda parvarish xususiyati

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 1997-yil 6-avgustdagi 390-sonli "Aholiga psixiatriya yordami ko'rsatishni yaxshilash chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori, Sog'liqni saqlash vazirlining 458-sonli va 7.02.2000-yildagi 51-sonli buyruqlari asosida ruhiy kasallikka chalingan bemorlarni ijtimoiy himoyalash va ularga malakali tibbiy xizmat ko'rsatishni yaxshilash, kasallikni erta aniqlash, nazorat qilish ishlarida bir qancha ko'rsatkichlarni yaxshilash ko'rsatib o'tilgan.

Bundan tashqari, O'zbekiston Respublikasining "Psixiatriya yordami to'g'risida"gi 2000-yil 31-avgustda chiqarilgan qonunning maqsadi aholiga psixiatriya yordami ko'rsatishni yaxshilashdir. Qonunda ruhiy holati buzilgan shaxslarga nisbatan tibbiy tekshiruvdan o'tkazish, ularni profilaktika qilish, tashxis qo'yish, davolash, parvarish qilish va tibbiy-ijtimoiy tiklash ta'kidlangan. Ruhiy holati buzilgan shaxslarga psixiatriya yordami ko'rsatish davlat tomonidan kafolatlangan. Bularga shoshilinch psixiatriya yordami, kasalxonadan tashqari va statsionar sharoitda maslahat berish, tashxis qo'yish, davolash, psixoprofilaktika va tiklash yordamlari kiradi. Ruhiy holati buzilgan nogironlar va qariyalarni ijtimoiy-maishiy joylashtirish, parvarish qilish, voyaga yetmaganlarni umumiy va kasb-hunar ta'lim olishini tashkil etish, mehnat terapiyasi uchun davolash ishlab chiqarish korxonalariga ishga joylashtirish qonunda belgilab qo'yilgan. Yana qonunda belgilab qo'yilganki, ruhiy holati buzilgan bemorlarning tashxisi, davolanishi va ruhiy sog'lig'i to'g'risidagi boshqa ma'lumotlar shifokor va hamshiralar tomonidan sir saqlanishi lozim.

Psixiatrik yordam psixonevrologik dispanserlar, psixiatriya shifoxonalarning dispanser bo'limlari, umumsomatik shifoxonalar (poliklinika) va ulardagi psixiatrlarning xonalari ko'rsatib boriladi. Bulardan tashqari, psixiatrik shifoxonalarda ham yordam ko'rsatiladi. Shahar va tumanlarda psixonevrologiya dispanserlari bor va har qaysi uchastkalarga shu dispanserning psixiatrlari xizmat qiladi. Psixonevrologiya dispanserlari quyidagilar bilan shug'ullanadi: davolash profilaktika ishlari, bemorlarga ijtimoiy-huquq yordamini ko'rsatish va aholi o'rtasida psixogigiyena hamda sanitariya maorifi ishlarini tashkil etish. Dispanserda bemorlar ambulatoriya yo'li bilan hamda uyda zarur davolash-profilaktika yordamini olishadi. Dispanserning boshqa shifoxonalardan farqi shuki, yordam so'rab kelgan har bir kishi, agar unda biror ruhiy kasallik belgilari topilsa, faol hisobga olinadi. Chunki kasal kishi qayta tekshirishga kelmay qolishi mumkin. Bunda

dispanser shifokori bemorning kelishini kutib turmasdan o'zi uning uyiga boradi va uyda davolashni tashkil etadi. Agar bemorni shifoxonada davolash zaruriyati tug'lsa, uni borib joylashtirib keladi. Shuning uchun dispanser shifoxona bilan doimo aloqada bo'ladi. Shifoxonadan chiqqan bemorlarning tibbiy hujjatlari ularning turar-joylaridagi uchastka psixiatrlariga yuboriladi. Shu yo'l bilan bemorlar hisobga olinadi. Statsionardan chiqqanda, bemorlarga tutilgan kasallik varaqasidan ko'chirma olinib, kasallik tashxisi va davo choralaridan tashqari, bemorni keyinchalik qanday kuzatib borish, ambulatoriya yo'li bilan davolash yoki ishga joylashtirish tavsiya etiladi.

Ruhiy kasalliklar bilan og'rigan bemorlarning hammasi dispanser hisobida turadi. Chunki psixiatrlar bemorlarni doim kuzatib boradilar va ko'rsatmalar beradilar. Shifokor buyurgan davolarni hamshiralalar muntazam amalga oshirib borishlari, bemorlarning ahvolini nazorat qilishlari zarur. Hamshiralalar bemordagi barcha o'zgarishlar haqidagi kerakli ma'lumotlarni uning qarindoshlaridan yoki qo'shnilaridan olib turadilar. Bular bemorning ahvolini yaxshilashga yordam berishda muhim o'rin egallaydi. Dispanserda dori-darmon bilan davolash, psixoterapiya va fizioterapiya usullaridan tashqari mehnat bilan davolash usullaridan ham keng foydalaniladi. Bunda bemorlarni hamshiralalar har kuni kuzatib boradilar. Ahvoli yaxshilanib qolgan bemorlar o'zlarining ish joylariga qaytishlari yoki o'zlariga yoqadigan kasbni egallashlari mumkin. Ruhiy kasalliklarning oldini olish maqsadida psixiatrik dispanserining shifokor va hamshiralari aholi o'rtasida, bemorlar va ularning qarindoshlari orasida sanitariya maorifi ishlarini olib borishlari kerak. Dispanserda bemorlarga ijtimoiy-huquqiy yordam ko'rsatiladi. Ishga joylashtirishda ularga yordam berish, nafaqa oladigan bo'lsa, TMEK (tibbiy mehnat ekspertiza komissiyasi)dan qayta tekshiruvdan o'tkazish va kerakli muddatgacha uzaytirish lozim bo'lsa, yordam beradilar. Qonun oldida javob berolmaydigan ruhiy bemorlarning manfaatlari va huquqlarini himoya qilish uchun vasiylikni rasmiylashtirish hamda vasiy tayinlashda dispanser shifokorlari ishtirok etishadi. Uy sharoitida turadigan bemorlarni uchastka psixiatr hamshiralari muntazam kuzatib borishadi. Viloyat dispanserlari tuman aholisiga davolash-profilaktika yordamini ko'rsatadi. Shuning uchun shifokor va hamshiralalar tumanlarga chiqib, QVA (qishloq snifokorlik ambulatoriyasi), QVP (qishloq snifokorlik punkti) aholisiga yordam berishlari, ular o'rtasida ruhiy kasallarni erta aniqlash, davolash, oldini olish choralarini ko'rish, ruhiy kasallar atrofdagilar uchun xavf-xatar tug'dirsalar, ularni darhol statsionarga yotqizishni ta'minlashlari zarur. Bunday bemorlar depressiv kasallar bo'lib, ularda o'z-o'zini o'ldirish fikrlari paydo bo'ladi. Presenil psixozlari, shizofreniyaning ba'zi shakllari ichkilik jonsaraklarida kuzatiladi. Bunday bemorlarni uyda qoldirish xavfli,

chunki ularda ta'qib, zaharlanish, jismoniy ta'sir vasvasasi bo'lib, o'zlariga yoki atrofdagi kishilarga jarohat yetkazishlari mumkin. Bemorlarga yo'llanmani psixiatr yoki shoshilinch hollarda boshqa shifokorlar va hamshiralar beradi. Yo'llanmada bemorning nima uchun shifoxonaga joylashtirilishi ko'rsatiladi. Bemorning ahvoli to'g'risida qisqacha yozib beriladi. Bemor shifoxonaning qabul bo'limida shifokor tomonidan psixonevrologik tekshirishdan o'tkaziladi. Bunda bemorni to'liq yechintirib, ko'zdan kechirish kerak. Chunki bemorning tanasida tiralgan qontalashlar, suyak chiqqan va boshqa jarohatlar bo'lganda, yordam berish, kasallik tarixiga yozib qo'yish shart. Bu bemorning o'zi yoki qarindoshlari bilan janjal chiqmasligi uchun shunday qilinadi. Qabulxonada bemorning hamma narsalarini saqlab qo'yish kerak. Bemor yuvintirilgandan keyin unga shifoxona kiyimlari beriladi. Bemorlarga kesadigan va sanchiladigan narsalar (ustara, sanchiqi, igna, shisha idishlar), dorilar berish qat'iyan man qilinadi. Shifokor bemorni ko'rib chiqqandan keyin u tegishli bo'limga boradi. Hozirgi vaqtda ruhiy kasalliklarni davolashda aralash bo'lim tashkil etilgan. Turli ruhiy holatdagi bemorlar uchun alohida xonalar ajratilgan. Og'ir somatik kasalligi bor ruhiy bemorlarga yoki jismoniy ahvoli og'ir, doimiy parvarishga muhtoj bemorlar, qarilik psixozlariga uchragan bemorlar shu bo'limga joylashtiriladi. Yuqumli kasallikka uchragan bemorlar alohida xona (izolyator)ga yotqiziladi. Bundan tashqari, bolalar bo'limlari ham bo'lib, uzoq yotgan bemor bolalarga o'qituvchilar kelib tegishli sinf darslarini o'qitib boradi. Bo'lim ichida mehnat bilan davolash uchun xonalar ajratilgan. Psixonevrologik dispanserda kunduzgi statsionar tashkil etilgan. Bunda bemorlar kunduzlari kelib, davolanib ketadi.

Alkogolizm va toksikomaniyalarga qarshi kurashni yanada kuchaytirish maqsadida so'nggi yillarda narkologiya xizmati tashkil etilgan. Shu kasallikka chalingan bemorlar ambulatoriya yo'li bilan davolab boriladi. Ularni hisobga oladigan narkologiya dispanserlari va statsionar sharoitda davolaydigan narkologiya shifoxonalari tashkil etilgan.

Ruhiy bemorlarga ko'rsatiladigan parvarish xususiyatlari

Psixiatriya xizmatida ishlaydigan hamshiralarning ishlari boshqa shifoxonadagi xodimlardan farq qiladi. Bu yerda ko'pgina bemorlar o'zlarining kasal ekanliklarini tushunmaydilar, ba'zilar esa o'zlarini umuman kasal, deb hisoblamaydilar. Ba'zi bemorlar es-hushi aynib, ko'p harakatlar qilishadi. Bunda hamshiralar hushyor, sabr-toqatli, shirinso'z, yaxshi muomalali bo'lishlari lozim. Ruhiy kasallarni parvarish qilish, ularni kuzatib borish, kerakli joyda yordam berish hamshiralarning asosiy

vazifalaridan biridir. Bemorlarning ism, familiyasi, qaysi xonada yotganligini, bo'limdagi bemorlar sonini, ba'zi bemorlarning bo'limda nima sababdan yo'qligini yaxshi bilishlari kerak. Alohida kuzatuv ostidagi bemorlarga ko'proq e'tiborni jalb qilishlari lozim. Hamshiralalar shifokor buyruqlarini o'z vaqtida bajarishlari shart.

Tibbiyot hamshiralari ozoda va o'ziga qarab yurishi, xalati toza va yaxshi dazmollangan, hamma tugmalari qadalgan bo'lishi lozim. Boshga oq ro'mol o'rab, sochlarini ro'mol tagiga bostirib qo'yishi shart. Zirak, taqinchoqlar, to'g'nog'ich taqib yurishi mumkin emas. Bemorlar bezovta bo'lib qolganda, hamshiralalar navbatchi shifokorni chaqirib ko'rsatishi kerak. Hamshiralalar o'zlaricha dorilar berishi mumkin emas. Bemorlar oldida boshqa bemor sog'ligini muhokama qilish, uning kasalligi haqida gapirish, bemorlar ustidan kulish, hazil qilish mumkin emas. Bemorlarni aldash yo'li bilan statsionarga yotqizish mumkin emas, chunki bemorlar keyinchalik hamshiralarga ishonmay qo'yadilar, bemorlar to'g'risida ma'lumot olish qiyin bo'ladi. Bemorlar bilan muomala qilishda ehtiyot bo'lish kerak, chunki vasvasa holatiga tushib qolgan bemorlar shifoxona xodimlari bilan janjallashib qolishlari mumkin. Bemorlar ko'pincha xat, ariza, shikoyatlar yozishadi. Bunday xatlarni jo'natish oldidan shifokor va hamshiralalar o'qib chiqib, ma'nosiz fikrlar yozilgan xatlarni jo'natishlari kerak emas. Bo'limga kelgan xat va qog'ozlarni ham bemorga berishdan oldin hamshiralalar o'qib chiqishlari kerak. Bemorning salomatligini yomonlashtirib qo'yadigan xabarlarini berib bo'lmaydi.

Bemorga qarindoshlari olib kelgan mahsulot va buyumlarni yaxshilab tekshirish kerak. Chunki bemorga yoqmaydigan, uning hayoti uchun xavfli bo'lgan narsalar (dori moddalari, spirtli ichimliklar, igna, ustara, yozuv qurollari, gugurt)ni berib bo'lmaydi. Hamshiralalar sanitarlarning vazifalarini yaxshi bilishlari va ularning qanday ishlayotganiga qarab borishlari lozim. Yangi almashgan sanitarlarga hamshiralalar qaysi bemorlar qattiq kuzatuvda bo'lishini, parvarishga muhtoj ekanligini ko'rsatishlari lozim. Bunday bemorlarga depressiya holatiga tushganlar, gallyutsinatsiyalar bo'lib turgan bemorlar, vasvasaga (jismoniy ta'sir, ta'qib), tez-tez epilepsiya xuruji, jismoniy toliqqan bemorlar, ovqatdan bo'yin tovlaydigan bemorlar kiradi. Bu bemorlarni hamshiralalar doim hushyor bo'lib kuzatib borishlari kerak. Chunki ular o'zlarini o'ldirishlari, jarohat yetkazishlari, qochib ketishlari va atrofda qilargacha xavf solishlari mumkin. Bemorning haroratini o'lchashda ehtiyot bo'lish lozim, bemor o'zini termometr bilan jarohatlashi yoki yutib yuborishi mumkin. Bemor hojatxonaga borganda, uning nimalar qilayotganligini sanitar kuzatib turishi zarur. Bemor yotadigan xona yetarlicha yorug' bo'lishi kerak. Hamshiralalar dori berganda, bemor uni ichib

bo'lmagunicha, uning oldidan ketmasliklari kerak. Chunki ular dorilarni yig'ib, birdan ichib yuborishlari mumkin. Shuning uchun bemorlarning narsalarini va o'rin-to'shaklarini ko'zdan kechirish shart. Ba'zi bemorlar o'zini o'ldirishni o'ylab, shisha bo'laklarini, mix, metall parchalarini yig'ib yuradilar. Ovqat vaqtida bemorga pichoq, sanchqi berilmaydi, faqat qoshiqdan foydalanadi. Pichoq va boshqa o'tkir narsalar qulflab bekitib qo'yiladi. Ovqatlana olmaydigan, yaxshi yutolmaydigan bemorlarni shoshmasdan, kam-kamdan ovqatlantirish, asosan, suyuq ovqat berib turish, ichagini bo'shatish uchun tozalovchi huqna qilib turish kerak. Uzoq to'shakda yotgan bemorning tanasini haftada bir-ikki marta tekshirib turish zarur. Chunki dumg'aza, dumba sohalarida yotoq yaralar paydo bo'lishi mumkin. Yotoq yaralar paydo bo'lgan yoki teri qizargan bo'lsa, malhamlar surtib turish kerak. Bunday bemorlarni hojatxonaga olib borish, siydigi tutilib qolsa, kateter yordamida siydirib olish, og'iz bo'shlig'ini yuvish, sochlarni kalta qilib olib qo'yish lozim.

Bemorlar ba'zi kasalliklarda ovqatdan bo'yin tovlaydilar. Bular katatonik stupor, negativizm, vasvasalar (zaharlanib qolish, o'z-o'zini ayblash fikrlari) bemorga ovqat yema, deb buyurib turadigan imperativ gallyutsinatsiyalardir. Bemorga nasihat qilib, ko'ndirilgandan keyin, bemor o'zi ovqat yeya boshlaydi. Ko'pincha, nahorga 12–16 tb miqdorda insulin yuborilganda bemorda ochlik hissi zo'rayadi. Ovqatlantirishning iloji bo'lmasa, zond orqali sun'iy yo'l bilan ovqatlantirish lozim.

Buning uchun quyidagilarni tayyorlab qo'yish kerak:

- 1) rezinali zond (teshigining diametri 0,5 sm);
- 2) zondning ochiq ichiga kiydiradigan voronka;
- 3) zond solish uchun oldindan unga surtiladigan vazelin yoki glitserin;
- 4) 500 g sut, 2 ta tuxum, 50 g qand, 30 g sariyog', 10 g tuz va vitamindan iborat ovqat aralashmasi. Bu aralashma iliq bo'lishi kerak;
- 5) 2 stakan qaynagan suv yoki choy;
- 6) toza rezinali ballon, gururt, og'iz kengaytirgich.

Hamma narsalar taxtlangandan keyin bemor kushetkaga chalqancha yotqiziladi. Agar bemor qarshilik qilsa, sanitarlar ushlab turadi. Zondning uchiga vazelin surtib zond burun orqali kiritiladi. Bemorda qusish harakatlari paydo bo'lsa, bemorga burundan nafas olib, yutinish taklif etiladi. Bemorning nafas olishi qiyinlashib, yuzi ko'karib ketsa, zondni tezroq chiqarib tashlash kerak. Zondning oshqozonga yetishi uchun 50 sm ichkariga kirgizish kerak yoki kindikdan burungacha zondni o'lchab olish kerak. Ovqat aralashmasini yuborishdan oldin zondning oshqozonda turganligini bilish uchun yonib turgan alanga lipillamay qoladi. Zond orqali havo yuborilsa, oshqozon sohasida shovqin eshitiladi. Ovqat berishdan oldin

voronkaga yarim stakan suv yoki choy quyiladi. Keyin ovqat aralashmasi yuboriladi. Ovqat berib bo'lgandan keyin, bemorni kuzatib turish kerak. Chunki bemor o'zini qustirishi mumkin. Qusmaydigan bo'lishi uchun atropin 0,1% 1,0 ml teri orasiga ovqatdan 10–15 daqiqa oldin qilinadi. Agar zondni burun orqali berishning iloji bo'lmasa (burun qiyshiqligi, poliplar), uni og'izdan solish kerak. Zondni tishlari bilan qisib olmasligi uchun oldinroq og'iz kengaytirgich qo'yish tavsiya etiladi. Harakat qo'zg'alishlarida aminazin 2,5% 200–400 mg kuniga mushak orasiga, triftazin, galopridol, tizersin buyuriladi. Magneziy sulfat 25% 5–10,0 ml, geksenil 10% 10,0 ml tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Hamshiralar bemor bezovtalanib qolganda, sanitar qanday ushlab turishini ko'rsatib berishlari kerak. Bemorni karavotga chalqancha yotqizib, qo'l va oyoqlari to'g'rilanadi. Karavotning ikki yon tomonida ikkitadan sanitar turib, uning ikkitasi bemorning yelkasi bilan bilagini ushlab tursa, qolgan ikkitasi esa oyoqlarini son bilan boldirdan ushlab turadi. Bemor boshini biror narsaga urishga yoki atrofdagilarni tishlashga harakat qilsa, boshqa bir sanitar bemorning bosh tomoniga turib, uning peshanasidan sochiq o'tkazib, boshini yostiqa qattiq bosadi. Bemorni ushlab turganda, uning biror joyini og'ritish kerak. Bemorning qorin va ko'krak qismidan bosish yaramaydi. Chunki qovurg'alarni sindirib qo'yish mumkin. Agar bemor biror narsani o'qtab, hech kimni yaqinlashtirmaydigan bo'lsa, unda adyolni yoyib baland ko'targan holda oldinga tutib, bemorga yaqinlashish va adyolni bemor ustiga tashlab, ushlab olish kerak. Agar bemorni bitta sanitar olib boradigan bo'lsa, u bemorning orqasidan kelib, qo'llarini chalishtirib ushlab olishi va uning yonida yurishi kerak. Agar bemor qo'ldan chiqib ketishga, kallasi bilan urishga harakat qilsa, uning qo'llarini yuqoriga ko'tarib olish tavsiya etiladi. Bu esa yelka bilan boshning harakatlarini zaiflashtirib qo'yadi. Agar bemor juda bezovta harakatlar qilsa, unda ikkita sanitarining har biri bemorning qo'lidan olib, panjasini va tirsak bo'g'imi ustidan yelkadan yaqinroq joydan ushlashi kerak. Bunda bemorning qo'llari yon tomonga uzatilgan bo'ladi.

Hamshiralar doimo kundalik yozib borishlari shart. Bunda bemorlarni kun bo'yi kuzatib yuradi, ahvollaridagi o'zgarishlarni yozib boradi. Kundalik bilan boshqa navbatchi hamshira va sanitarlar ham tanishib chiqadilar va bu bemorning ahvolini yaxshilashda ijobiy natijalar beradi.

2-BO‘LIM. RUHIY JARAYONLAR

Ruhiy hodisalarning klassifikatsiyasi (tasnifi)

Ruhiy hayot turli-tuman hodisalarda namoyon bo‘ladi. Ruhiiy hayot hodisalarida ruhiy jarayonlar, ruhiy mahsullar va ruhiy holatlar farq qilinadi.

Ruhiy jarayon ruhiy hodisaning qonuniy, ketma-ket o‘zgarishi, uning bir bosqich yoki fazadan ikkinchi bosqich yoki fazaga o‘tishidir.

Ruhiy mahsullar ruhiy jarayonlarning natijasidir. Bularga sezgi, idrokning obraz (timsollar), tasavvurlar, muhokamalar, tushunchalar shaklidagi subyektiv ruhiy mahsullar kiradi.

Yoqimli va yoqimsiz tuyg‘ular, tinchlik, farog‘at, hayajonlanish va ma‘yuslanish, uyg‘oqlik va uyqu holatlari, dadillik va taraddudlanib qolish holatlarini boshdan kechirish **ruhiy holatlarga** kiradi.

Turli xil ruhiy hodisalarni bilish, emotsional soha va iroda deb uchga bo‘lish ilgaridan ma‘lum. Odam ongi faoliyatida zohir bo‘ladigan ana shu turlar **ruhiy funksiyalar** deb ataladi. Bilish hodisalari, boshqacha qilib aytganda, aqliy, intellektual jarayonlar deb ataladi. Sezgi, idrok, xotira, xayol, tafakkur va nutq bilish jarayonlari qatoriga kiradi.

Sezgi muayyan paytda sezgi a‘zolarimizga: ko‘ruv, eshituv, tuyg‘u, hid bilish, ta‘m bilish va boshqa shu kabi a‘zolarimizga ta‘sir etib turgan narsalardagi ayrim xossalarning aks etishidir: masalan, oq-qizilni, shirin-achchiqni, og‘ir-yengilni sezamiz.

Inson zoti o‘z rivojlanish jarayonida uni o‘rab turgan olamni sezgilar yordamida idrok etadi. Sezgilar tashqi olam hodisalari va organizmning ichki holatlari sezgi a‘zolari yoki analizatorlarga ta‘sir qilganda vujudga keladigan eng oddiy ruhiy jarayon hisoblanadi. Sezgilar narsalar va hodisalarning ayrim xossalarini aks ettiradi, xolos. Chunonchi, ko‘z o‘ngimizdagi apelsin mevasidan turli xil sezgilar tuyamiz. U yumaloq, yumshoq, tarang, sovuq, zarg‘aldoq rang. Bu ayrim sezgilar yigindisidan bir butun narsa idrok etiladi. Buni biz: "Bu apelsin", deb ifodalaymiz. Binobarin, idrok narsaning bizning ongimizdagi in‘ikosi, aks etishidir. Biroq idrok sezgilarning oddiy yig‘indisi emas, sezgilar ham, idrok etiladigan narsalar ham narsa bizning sezgi a‘zolarimizga bevosita ta‘sir qilgandagina vujudga keladi.

Xotira – narsa va hodisalar, ularning xossalari, sezgi va idrok orqali hosil bo‘lgan obrazlar nom-nishonsiz yo‘qolib ketmaydi, ular miyamizga o‘rnashib, saqlanib qoladi va qulay sharoit bo‘lganda yana esimizga tushadi.

Odam har qanday idrok etilgan narsani, har qanday kechinmani, har qanday taassurotni bu voqealarning izlari ko‘rinishida qisqa yoki uzoq vaqtgacha xotirasida saqlab qolishi mumkin. Biz so‘zlar va so‘zlar

yig'indilarini, shuningdek, tasavvurlarimizni eslab va xotiramizda saqlab qolamiz. So'z va timsol (obraz) xotiraning asosiy turlari hisoblanadi. Xotiraning uchta funksiyasi mavjud: eslab qolish, materialni saqlash va uni yodga tushirish yoki reproduksiya.

Sezgi a'zolari yoki, aniqrog'i, analizatorlar odamga tashqi olamni va uning o'z organizmi holatini ifodalaydigan turli-tuman sezgilarni aks ettiradi. Shunday qilib, olamni bilish sezgilar va idrok etishdan boshlanadi.

Ilgari idrok etilgan narsalarning ongimizda joylanishi tasavvur deb ataladi.

Xayol – narsa va hodisalarning idrok orqali miyamizda hosil bo'ladigan obrazlardan tashqari, o'zimiz bevosita idrok etmagan narsalar haqidagi tasavvurlar ham miyamizdan katta joy olishi tushuniladi. Masalan, Marsdagi hayot to'g'risidagi tasavvurlar.

Tafakkur – idrok va tasavvurlarimizda aks etadigan narsa tafakkurda taqqoslanadi, tahlil qilinadi va umumlashtiriladi.

Tafakkur – voqelikning umumlashtirilgan, bevosita va eng to'liq hamda eng aniq yig'indisidir.

Nutq – fikrlarimizning til vositasida shakllanishi va ifodalanishi. Kishilar til vositasida o'zaro muloqotda bo'ladilar.

Diqqat – ongimizni o'zimiz idrok etayotgan, tasavvur qilayotgan, fikr yuritayotgan va aytayotgan narsamizga qaratish, bir nuqtaga jamlash demakdir.

Ruhiy faoliyatning muayyan yo'nalishda bo'lishi, odam ongining narsalar va hodisalarni saralab idrok etishga qaratilganligi **diqqat** deb ataladi.

Diqqatning fiziologik negizi bosh miya po'stlog'ining muayyan sohalarida optimal qo'zg'aluvchan o'choqlarda qo'zg'alishning to'planishidir, bu vaqtda po'stloqning boshqa sohaları tormozlanish holatida bo'ladi.

Diqqat ixtiyoriy va beixtiyor turlarga bo'linadi. Agar ong yo'nalishi va bir joyga jamlanmaganligini odamning irodasi taqozo qilmaganda beixtiyor diqqat to'g'risida fikr yuritiladi. Bunday diqqat yuzaga kelishida odamning odatlari, qo'zg'atuvchining organizm ichki holatiga moc kelishi, muttasil bir narsani kutish va hokazolar muhim o'rin tutadi. Beixtiyor diqqat negizida, albatta, mo'ljal olish refleksi yotadi, u yangidan paydo bo'lgan qo'zg'atuvchiga javob berishga hamisha tayyor bo'lib turadi.

Ixtiyoriy diqqatga odamning irodasi sabab bo'ladi va u ongli ravishda qo'yilgan maqsad bilan bog'liq bo'ladi. Ixtiyoriy diqqatning fiziologik asosi bo'lib bosh miya katta yarim sharlarining muayyan funksional sistemalarida qo'zg'alishning jamlanishi xizmat qiladi, ular tevarak-atrofdagi olamning odam uchun ahamiyatli bo'lgan hodisalariga muvofiq keladi. Shu sababli bu sistemalar optimal qo'zg'atuvchanlik xususiyatiga ega bo'ladi. Demak, har qanday zaif, lekin shu yo'nalishda harakat qiluvchi qo'zg'atuvchi xuddi ana shu sistemalarni qo'zg'atadi, bu esa faol (aktiv) diqqat ko'rinishida yuzaga chiqadi.

Ixtiyoriy diqqat odamning turmushi va faoliyatida hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Shu tufayli uni o'rganish va takomillashtirishga alohida ahamiyat beriladi.

Yosh bolalarda ixtiyoriy diqqatning rivojlanishida maktabda oladigan bilimlari va ko'nikmalari hal qiluvchi rol o'ynaydi. Katta yoshdagi odamning diqqati shaxsning o'zi bilan birga rivojlanib boradi. Bu o'rinda mehnatning ahamiyati beqiyos. Sog'lom odamlarda diqqatning rivojlanishida, mustahkamlanib borishida va bemor kishilarda uning qayta tiklanishida jismoniy mashqlar bilan shug'ullanish katta o'rin tutadi.

Diqqatning o'ziga xos xususiyati uning barqarorligi, muayyan obyektga uzoq vaqtgacha qaratila olishidadir. Atrof-muhitda, odamning fikr va kechinmalarida, uning organizmida chalg'ituvchi ta'sirotlar (og'riq sezish va h. k.) qanchalik kam bo'lsa, diqqatning barqarorligi shunchalik oson saqdanib qoladi.

Ruhiy jarayonlar. Me'yoriy ruhiy jarayonlar va turli-tuman kasalliklarda ularning buzilishlari

Tevarak-atrofimizda bo'lgan va bizga ta'sir etib turadigan narsa va hodisalarning xilma-xil xossalari bor. Bu xossalar ko'ruv, eshituv, tuyg'u a'zolari va shunga o'xshash sezgi a'zolari yordami bilan organizmda bevosita aks etadi. Sezgi a'zolarimizga ta'sir etadigan narsalardagi ayrim xossalar miyamizda shu tariqa bevosita aks etishi **sezgi** deb ataladi. Inson sezgi orqali predmetning ranggi, hidi, ta'mi, silliqiligi yoki gadir-budurligi, o'z ichki a'zolarining holati va harakatlarini bilib oladi. Sezgi a'zosiga ta'sir etib, sezgini vujudga keltiradigan har bir narsa (yoki hodisa) **qo'zg'ovchi** deb yuritiladi.

Sezish jarayoni quyidagicha ro'y beradi:

1) narsa yoki hodisalar sezgi a'zolariga ta'sir etib, tegishli sezuvchi asabning chekka uchlarini qo'zg'aydi;

2) shu yerda kelib chiqqan qo'zg'alish o'sha asabning o'tkazuvchi yo'li orqali bosh miya po'stlog'ining tegishli markaziy hujayralar sistemasiga o'tadi;

3) bu yerda asab qo'zg'alishi ruhiy hodisaga, ya'ni sezgiga aylanadi.

Har bir sezgi, odatda, hush yoki nohush tuyg'ular bilan bog'langan bo'ladi. Bu sezgining hissiy yoki emotsional toni deb ataladi. Masalan, shirin narsa kishiga huzur beradi, taxir, bemaza narsa ko'ngilni behuzur qiladi. Ba'zi sezgilarda hissiy ton juda kuchli bo'ladi. Masalan, ortiqcha to'yish, ochiqish, og'riq sezgilari shunday. Shunday qilib, sezgi tevarak-atrofdagi moddiy dunyoni bilishning birinchi bosqichidir, sezgida hissiy ton ham, faol iroda elementi ham, murakkab asab-fiziologik asosi ham bor.

Sezgililar xilma-xil bo‘ladi. Turli-tuman sezgilarni qaysi sezgi a‘zolari yordami bilan hosil qilsak, ularni o‘sha a‘zoga qarab, odatda, quyidagi turlarga, ya‘ni ko‘rish sezgilari, eshitish sezgilari, hid bilish sezgilari, ta‘m (maza) bilish sezgilari, teri sezgilari, muskul harakati sezgilari va organik sezgilarga ajratiladi. Sezgi a‘zolari qayerda joylashganiga va qayerdan qo‘zg‘alishiga ko‘ra, ularni uch guruhga ajratish mumkin: eksteroreseptorlar, proprioseptorlar va interoreseptorlar.

Eksteroreseptorlar organizmning sirtida bo‘ladi. Ko‘rish, eshitish, hid bilish, ta‘m (maza) bilish, teri sezgisi, muskul-harakat sezgisi, organik sezgi shular jumlasidandir.

Proprioseptorlar muskul, pay va boylamlarda bo‘ladi. Organizmimiz va undagi ayrim a‘zolarining turli xil harakatlarini va vaziyatini ana shu a‘zolar bilan sezamiz.

Interoreseptorlar gavdamiz ichida joylashgan a‘zolar me‘da, ichak jigar, o‘pkada bo‘ladi. Ovqat hazm qilish, nafas olish, qon aylanish a‘zolari va shunga o‘xshash ichki a‘zoldagi jarayonlar (qo‘zg‘alish) vujudga keltiradigan sezgililar shu reseptorlar yordamida bilinadi.

Shaxsning sezgi sohasidagi individual xususiyatlari birinchi navbatda sezgi bo‘lag‘alariga bog‘liq. Har qanday ta‘sir ham sezgiga sabab bo‘la olmaydi. Sezgining paydo bo‘lishi uchun obyektidan keluvchi qo‘zg‘atuvchi ma‘lum kuchga ega bo‘lishi, ya‘ni bo‘lag‘adan yuqori bo‘lishi kerak.

Arang seziladigan sezgiga sabab bo‘ladigan qo‘zg‘alishning eng past me‘yori mutlaq (quyi, minimal) bo‘lag‘a deyiladi. Eng past qo‘zg‘atuvchining ta‘sirini seza olish qobiliyati **mutlaq sezgirlik** deyiladi. Sezgining mutlaq bo‘lag‘asi qanchalik past bo‘lsa, mutlaq sezgirlik shunchalik yuqori bo‘ladi.

Sezgilarda arang seziladigan farqqa sabab bo‘ladigan qo‘zg‘atuvchi kuchidagi o‘ta bilinar-bilinmas o‘zgarish **farqlash bo‘lag‘asi** deyiladi. Farqlash bo‘lag‘asi qanchalik past bo‘lsa, farqlash sezgirliigi shunchalik yuqori bo‘ladi. Inson uchun farqlash bo‘lag‘asi: nurga nisbatan 1/100, tovushga—1/10, og‘irlikka—1/30 ga teng.

Sezgining buzilishi

Sezgililar turli kasalliklar va asab sistemasining shikastlanishi natijasida turli xil o‘zgarishlarga uchraydi. Bularga gi peresteziyalar (o‘ta ta‘sirlanganlik yoki o‘ta sezuvchanlik), gi pesteziya (kam ta‘sirchanlik yoki sezgining pasayib ketishi, anesteziya), sezuvchanlikning yo‘qolishi kiradi. Bunday o‘zgarishlar nevrirlarda, nevrerliyada, markaziy va periferik falajlanishda kuzatiladi. Bu kasalliklarda asab tomirlarining organik buzilishlari va funksional o‘zgarishlari kuzatiladi. Bemorlar noxush va gavdaning ichki muhitini larzaga soluvchi og‘ir sezgilarni: siqilish, tortishish va titroq bosish, sanchiqni his qilishlari mumkin. Bular **senestopatiyalar** deb tushuntiriladi. Sezgining bunday o‘zgarishlariga teri qichimasi kirib, u

ko'pgina kasalliklarning darakchisi va klinik belgisi bo'lib hisoblanadi. Masalan, nevrozlar, markaziy asab sistemasining organik yallig'lanishi, periferik asab sistemasi kasalliklari, moddalar almashinuvi jarayonining kasalliklari, ichki sekretsiya bezlarining kasalliklari, buyrak, qon kasalliklari, dori moddalardan, ovqatdan zaharlanishlar shular qatoriga kiradi. Teri qichimasi bemor ruhiyatiga juda yomon ta'sir ko'rsatadi. Qichima ta'siridan bemor jizzaki, toqatsiz, jahldor va darg'azab bo'lib qoladi. Atrofdagilar bilan munosabati o'zgaradi. Tibbiyot hamshiralari bunday bemorlarga osoyishta, toqat bilan muomalada bo'lishlari kerak bo'ladi.

Sezgilari ichida bemorga eng ko'p azob beradigani ogriq hisoblanadi. Ogriqning paydo bo'lishida bosh miyaning po'stloq va po'stloq osti sohasi bevosita ishtirok etadi. Ogriq badanga tashqi ta'sirotlar bevosita ta'sir ko'rsatganda hamda organizmda vujudga kelgan patologik o'zgarishlar natijasida paydo bo'lishi mumkin. Ogriq ruhiy jarohatlar oqibatida va shartli refleksi mexanizmi ta'sirida kelib chiqishi va zo'rayishi mumkin. Ogriq organizmda unga xavf tug'diruvchi o'zgarishlar sodir bo'layotganidan ham darak berishi mumkin. Tanadagi kuchli ogriq bemorning butun xayoli, diqqatini, fikrlarini chulg'ab oladi. Ogriq ta'sirida shok, koma holatlari yuzaga keladi, uyqu buzilib, turli nevroitik reaksiyalarga sabab bo'ladi.

Tibbiyot xodimlarining sezgi jarayoni o'zgargan bemorlarni parvarishlashi

Sezgi jarayoni kuchaygan yoki pasaygan, ayniqsa, kuchli teri qichishishi va og'riq bilan o'tadigan holatlarda tibbiyot xodimlari bemorga diqqat va mehribonlik bilan munosabatda bo'lishlari, iltimoslarini o'z vaqtida bajarishlari talab qilinadi. Agar bemor kuchli og'riq sezayotgan bo'lsa, og'riq qoldiruvchi vositalar berish va uni tinchlantirishga harakat qilish, o'rta tibbiyot xodimlari barcha muolajalarni shifokor ko'rsatmasiga qat'iy rioya qilgan holda ado etishlari kerak.

Bilish sohasi – idrok haqida ma'lumot. Idrok patologiyasi

Idrok – sezgi a'zolarimizga ta'sir qilib turgan narsalarning ongda bevosita aks etishidir. Biz narsa va hodisalarni yaxlit holicha idrok qilamiz, narsalarning ayrim xossalarini esa sezamiz. Masalan, quyoshni biz idrok qilamiz, uning yorug'ini esa sezamiz, og'zimzdagi chaqmoq qandni idrok qilamiz, uning shirinligini esa sezamiz. Dori yuboriladigan shpris, ignani idrok qilamiz, uning og'rig'ini sezamiz. Ammo xossa va narsa bir-biridan ajralmasdir, shu sababli narsalarni idrok qilish ham sezgilardan ajralgan holda namoyon bo'lishi mumkin emas.

Idrokda – 1) idrok jarayonini, ya'ni ongimizni bevosita aks ettiruvchi faoliyatni va 2) narsalarni idrok qilishdan hosil bo'ladigan subyektiv obrazni bir-biridan farq qilish lozim. Idrok murakkab ruhiy jarayondir. Bu murakkablik, avvalo shundan iboratki, har bir idrok tarkibiga ayni vaqtda bir necha sezgi kiradi. Masalan: dori vositani idrok qilish: uning shaklini (yumaloq, cho'zinchoq va hokazo), rangini (oq, qizil, sariq va hokazo), sezish – bu ko'rish sezgilaridir. Hidini sezish (hid sezgilari), shirin-chuchukligini sezish (maza sezgilari), og'ir-yengilligini, qattiq-yumshoqligini sezish (muskul sezgilari) va boshqa sezgilardan tarkib topadi. Idrok qilishda analiz yordamida ajratilgan shu ayrim sezgilar idrokning reseptiv tomonini tashkil qiladi.

Idrokning asab-fiziologik mexanizmi narsalar xossalari yig'indisining ta'siri bilan hosil bo'ladigan muvaqqat bog'lanishlar tizimidan iborat. Har bir narsadagi xossalarning shu yig'indisiga qarab, biz narsalarni bir-biridan farq qilamiz. Idrok xotira, xayol, diqqat, tafakkur, nutq kabi ruhiy jarayonlar bilan chambarchas bog'langan. Idrok jarayonlari faqat tevarak-atrofdagi narsalarning sezgi a'zolarimizga ta'sir qilib turishi natijasidagina emas, balki shu bilan birga idrok qilayotgan odam o'zining olamni bilishi va amaliy faoliyatida yon-atrofdagi narsalarga ta'sir qilishi natijasida ham vujudga keladi.

Idrok jarayoni ikki xil bo'ladi: ixtiyoriy va beixtiyor idrok. Oldindan belgilangan maqsadga qarab muayyan bir obyektни idrok qilish **ixtiyoriy** deb ataladi. Bemor holati bilan tanishish, kasallik tarixi varaqasiga kiritilgan shifokor ko'rsatmalarini qarab chiqish, bemor shikoyatlarini tinglash ixtiyoriy idrokka misol bo'ladi. Muayyan bir obyektни oldindan maqsad qilib olmasdan va maxsus tanlamasdan, kuch sarf etmasdan idrok qilish jarayoni **beixtiyor idrok** deb ataladi. Bunday idrok jarayonlari diqqatimizni beixtiyor o'ziga jalb qiladi. Masalan: uzoqda kelayotgan shoshilinch yordam mashinasi, palatadan to'satdan chinqirgan ovozni eshitishimiz.

Kishining muntazam, davomli va reja bilan idrok qilish qobiliyati **kuzatuvchanlik** deb ataladi. Kuzatuvchanlik xususiyati tibbiyot xodimlari, ayniqsa, hamshiralar uchun eng zarur xususiyat hisoblanadi. Chunki bemorda bo'layotgan ruhiy, klinik holatlarni kuzatib borish, unga kerakli yordam ko'rsatish idrokning ushbu xususiyati orqali amalga oshiriladi. Idrokka xos sifatlar farq qilinadi. Idrokning tezligi, to'laligi, ravshanligi va aniqligi yoki to'g'riligi uning sifati tashqi shartlar, organik va ruhiy shartlar bilan belgilanadi. Tajribali tibbiyot xodimlarida taktik sezgi yaxshi rivojlangan bo'ladi. Shuning asosida paypaslashda va turli muolajalarni bajarishda muhim ahamiyat kasb etadi. Idrokning rivojlanishi izlanish va kuzatishlar natijasida bo'ladi. O'rta tibbiyot xodimlari uchun "paypaslash", "anglash" kabi ashyoviy shakldagi idrok qilish nazariy va amaliy ahamiyatga ega. Masalan, igna uchi orqali bemor venasi ichiga dori tushishini idrok qilish. Tajribali, fikrlovchi tibbiyot xodimi bemorda mavjud kasallik belgilarini idrok qilib, uning mohiyati nimadan iborat ekanligini anglaydi

va shu belgilarni boshqa kasallik belgilariga o'xshashlik tomonlarini ajratadi va hokazo.

Tasavvur – oldin aks ettirilgan narsalarning ko'z oldimizda qolgan obrazlaridir. Idrok obrazlari voqelikda mavjud narsa va hodisalarning obrazlari bo'lganligidan, tasavvurlar ham xuddi shu narsa va hodisalarni aks ettiradi. Ammo idrok bilan tasavvur o'rtasida kattagina farq bor.

Tasavvur ilgari sezilgan va idrok qilingan narsalar asosida, sezgi a'zolarimizni bevosita faoliyatisiz hosil bo'ladi. Biz ilgari ko'rgan bir narsaning obrazini ko'zimizni yumib turib ko'z o'ngimizga keltira olamiz. Ilgarilari eshitgan bir kuyni, biror buyumning og'ir-yengilligini tasavvur qilishimiz mumkin. Tasavvur qilishning fiziologik asosi shartli reflekslarning hosil bo'lishida bosh miya po'stida paydo bo'lgan "izlar"ning jonlanishidir. Tasavvur bironta turtki ta'siri bilan tug'iladi. Masalan, bironta odam haqidagi tasavvurning tug'ilishi uchun "birinchi turtki bo'lib, – deb yozadi I. M. Sechenov, – men shu odamni ilgari uchratganimda hosil bo'lgan juda ko'p taassurotlar o'rtasida shu paytda qo'zg'algan bironta tashqi taassurot xizmat qiladiki, bu turtki ana shu odamni ko'rishdan hosil bo'lib, izlar shaklida saqlanib qolgan hamma sezgilarni uyg'otadi". Odamda tasavvur tug'diradigan maxsus qo'zg'atuvchi so'zdir. So'z bilan tasvirlash orqali turli tasavvurlar tug'iladi. Tasavvur ravshanlik darajasi jihatidan idrok obrazlaridan farq qiladi, tasavvurlar idrok obrazlaridan ancha noravshan, xiraroq bo'ladi. Tasavvur bironta narsani ko'pincha to'la-to'kis, barcha tomonlari va sifatleri bilan aynan aks ettira olmaydi. Tasavvurning bu xususiyati **tasavvurning fragmentligi** deb ataladi.

Idrok etish va tasavvurning buzilishi

Ruhiy va asab kasalliklarida, bosh miyaning og'ir jarohatlarida idrok etish buziladi. Ular quyidagi guruhdarga ajratiladi: illyuziyalar, gallyusinatsiyalar hamda psixosensor buzilishlar. Illyuziyalar – real predmetni buzuq, noto'g'ri idrok etishdir. Idrok etiladigan real obyekt bo'lsa-yu, biroq u haqiqatga mos kelmaydigan ravishda qabul etilsa, bunday buzilish illyuziyalar qatoriga kiradi. Illyuziyalar ko'pincha sog'lom odamlarda ham bo'ladi. Fizika qonunlariga asoslangan optik illyuziyalar ma'lum. Masalan, suv quyilgan stakanga solingan qoshiq ikkiga bo'lingandek bo'lib ko'rinadi, chunki uning ikkita qismi turli-tuman sindirish muhitida turadi. O'zgartirilgan affektiv holat (qo'rqish, vahima va hokazo) ham illyuziyalarga sabab bo'lishi mumkin. Illyuziyalar aksari ruhiy kasalliklarda ko'p uchraydigan simptomdir. Ular ong buzilganda (deliriylar, esning kirarli-chiqarli holatida) kuzatiladi. Masalan, shifokorning qo'lidagi stetoskopni bemorlar pistolet, shifokorning o'zini esa yovuz odam si-fatida qabul qiladilar. Deliriylarda va ong buzilishining boshqa holatlarida ular chuqur bo'lmaganda pareydolik illyuziyalar kuzatiladi. Bemorlar real, mavjud shaklsiz predmetlarni fantastik obrazlar

sifatida qabul qiladilar. Masalan, devordagi yoriqlar, devorga yopishtirilgan gulqog'ozlardagi turli naqshlar va dog'lar, predmetlardagi yorug'lik shu'las, eshiklardagi soyalar bemorlarga ajinalar, ertaklardagi personajlar, g'alati manzaralar bo'lib ko'rinadi va hokazo. Turli xil patologik o'zgarishlarda verbal illyuziya, optik illyuziya, affektiv illyuziyalar uchraydi.

Gallyusinatsiyalar (hallucination – yo'q narsa) xato idrok etish yoki idrok etishning buzilishidir. Gallyusinatsiyalarning asosiy xususiyatlari shundan iboratki, ular real obyektни idrok etmay, sezgi a'zolari real qitiqlanmay paydo bo'ladi. Yo'q narsani idrok etishning oddiy turlaridan biri, masalan, ko'z oldida uchqunlar ko'rinishi – fotopsiyalar, quloqda shovqin va qars-qurs etgan tovushlarni eshitish – alkoazmlar. Elementar gallyusinatsiyalar murakkab gallyusinatsiyalardan farqli o'laroq predmetsizdir. Murakkab gallyusinatsiyalar doimo predmetli va tasviriy tabiatga ega bo'ladi. Masalan, alkogolizm bilan og'rikan bemorlarning ko'ziga unga tajovo'z qilayotgan odamlar, dahshatli hayvonlar ko'rinadi. Ba'zan gallyusinatsiyalar mazmunini bemorlar o'rganib qolgan kasbga aloqador faoliyatning aksi tashkil etadi. Gallyusinatsiyalarni sezgi a'zolari bo'yicha: ko'rish, eshitish, hid bilish, ta'm bilishlar, umumiy sezgi bo'yicha bo'lish qabul qilingan. Eshitish gallyusinatsiyalarining imperativ gallyusinatsiyalar bo'lishini bilish muhim: tovush bemorga biror ish qilishni buyuradi yoki taqiqlaydi. Tovush o'z-o'zini o'ldirishga majbur qilishi, ovqat yemaslikni buyurishi mumkin va hokazo.

Klinikada gallyusinatsiyalarning bir necha turlari uchraydi: soxta, gipnogogik Sharl-Bone, eydetik gallyusinatsiyalar.

Psixosensor buzilishlar

O'z xususiyatiga ko'ra illyuziyalarga yaqin bo'lgan, biroq boshqa genez va patofiziologik tabiatga ega bo'lgan bilish faoliyati buzilishlarining katta guruhi bo'lib, makondagi munosabatlar, predmetlarning shakllanishini va odamning o'z gavdasini idrok etishining buzilishi hisoblanadi. Bu buzilish **psixosensor buzilishlar** deb ataladi. Psixosensor buzilishlar o'z organik turg'unligi bilan, shuningdek bemorda ularga tanqidiy munosabat saqlanishi bilan illyuziyalardan farq qiladi. Bu patologik belgilarga muhtalo bo'lgan bemorlar aksari predmetning ularga boshqacha, buzuq bo'lib, xuddi qiyshiq ko'zguda aks etgandek bo'lib ko'rinishidan shikoyat qiladilar.

Tibbiyot xodimining tasavvur va idrok patologiyasiga uchragan bemorlarga munosabati

Idrok turlicha tuzilgan. O'rta tibbiyot xodimining bemorlarni parvarish qilishdagi o'ziga xos xususiyati bemorning shikoyatlarini diqqat bilan

eshitishdan iborat. Bemorlarni hech mahal fikridan qaytarishga va ular bilan tortishishga yo‘l qo‘ymaslik kerak. Agar bu buzilishlar birinchi marta hamshira tomonidan aniqlangan taqdirda bu haqda davolovchi shifokorga ma‘lum qilish zarur. Agar buzilishlar oldin ham kuzatilgan bo‘lsa, shifokorning topshirig‘iga muvofiq ish ko‘rish kerak. Gallyusinatsiyalarning paydo bo‘lishi, odatda, ruhiy kasalliklarning avj olishi bilan bog‘liq bo‘ladi, shu sababli ular aniqlanganda darhol shifokorga ma‘lum qilish va bemorni nazorat ostiga olish kerak.

Me‘yor va patologiyadagi diqqat

Diqqat deb ongni bir nuqtaga to‘plab, muayyan bir obyektga faol qaratilishini aytamiz. Biz o‘z faoliyatimiz jarayonida idrok va tasavvur qiladigan har bir narsa, har bir hodisa, o‘zimizning qilgan ishlarimiz, o‘y va fikrlarimiz diqqatning obyekti bo‘la oladi.

Diqqat paytida ongning bir nuqtaga to‘planishi ong doirasining torayishidan iborat. Bunda go‘yoki ong doirasi anchagina tig‘izlanadi. Ana shunday torayish va tig‘izlanish tufayli ong doirasi juda ham yorqinlashadi, ongning eng tig‘izlangan va binobarin, eng yorqin nuqtasi diqqatning markazi deb ataladi. Diqqatimiz qaratilgan obyektlar ongimizning to‘plangan "zonasida" juda aniqlik va yakdillik bilan aks ettiriladi. Bu yerda yana shuni ham nazarda tutish kerakki, diqqat idrok, xotira, xayol, tafakkur va nutq singari alohida ruhiy jarayon emas. Diqqat hamma ruhiy jarayonlarda ko‘rinadi. Biz "shunchaki" diqqatli bo‘la olmaymiz, balki biz diqqat bilan idrok qilamiz, diqqat bilan esda olib qolamiz, o‘ylaymiz, diqqat bilan mulohaza yuritamiz, gaplashamiz.

Diqqat aqliy jarayonlarning sifatini ta‘minlaydigan ichki faollikdir. Diqqat o‘zining faolligi jihatidan ixtiyorsiz va ixtiyoriy bo‘ladi. Biron tashqi sabab bilan va bizning xohishimizdan tashqari hosil bo‘ladigan diqqatni ixtiyorsiz deb ataymiz. Diqqatimiz qaratilishi lozim bo‘lgan narsani oldin belgilab olib, ongli ravishda qo‘yilgan maqsad bilan ishga solingan diqqatni ixtiyoriy diqqat deb ataymiz. Diqqat bir necha xususiyatlarga ega bo‘lib, ulardan asosiylari diqqatning ko‘chuvchanligi, bo‘linishi, ko‘lami, kuchi va barqarorligidir. Diqqatning fiziologik asosini bosh miya po‘sti qismidagi "optimal qo‘zg‘alish nuqtasi" tashkil qiladi. Optimal qo‘zg‘alish nuqtasi manfiy induksiya qonuniga ko‘ra bosh miya po‘stining boshqa joylarida tormozlanishni vujudga keltiradi. "Miya yarim sharlarining optimal qo‘zg‘alishga ega bo‘lgan qismida, — deydi I. P. Pavlov, — yangi shartli reflekslar osonlik bilan hosil bo‘ladi va differensirovkalar muvaffaqiyatli ravishda paydo bo‘ladi".

Diqqat patologiyasi

Diqqatning buzilishi diqqatsizlik yoki diqqatning susayishi bilan namoyon bo‘ladi. Diqqatsizlikning birinchi turi diqqatning tarqoq bo‘lishi

va kam tig'izlanishi bilan xarakterlanadi. Bu o'zgarish maktab yoshiga yetmagan sog'lom yosh bolalarda va asteniya holatidagi bemorlarda kuzatiladi. Diqqatsizlikning ikkinchi turi diqqatning o'ta tig'izligi va qiyin ichki ko'chuvchanlik bilan o'tadi. Diqqatning bu turi o'zida qandaydir g'oyalarni ushlab turuvchi, o'zining ichki kechinmalariga botib qolgan shaxslarda kuzatiladi. Kasallik holatlarida u qimmatli g'oyalar ko'rinishida xarakterlanadi. Bosh miya peshana sohasining bevosita shikastlanishi natijasida diqqatning o'ziga xos bo'lgan buzilishi, ya'ni diqqatning ko'chuvchanlik holati kuzatiladi. Bunday holat maniakal holatdagi bemorlarda kuzatiladi. Ayrim vaqtlarda diqqat ko'chuvchanligi patologik jihatdan kuchayadi. Bemorning diqqati yangidan yangi hosil bo'ladigan obyektlarga, so'zlarga, suhbatlarga tez-tez bo'linib, ko'chib turadi. Natijada bunday bemorlar uzoq muddatgacha diqqatini bir nuqtaga to'play olmaydilar.

Uchinchi turdagi diqqatsizlik nafaqat diqqatning kuchsiz to'planishi, balki juda sust ko'chuvchanligi bilan xarakterlanadi. Diqqatning bunday buzilishi qarilik yoshida serebral ateroskleroz kasalligida va kislorod yetishmovchiligi ro'y bergan holatlarda kuzatiladi.

Xotira jarayoni

Biz sezgan, idrok qilgan narsalar iz qoldirmasdan yo'qolib ketmaydi, balki ma'lum darajada esda saqlanib qoladi va qulay sharoitda yoki kerak bo'lganda esimizga tushadi. Kundalik tajribamiz shuni ko'rsatadiki, esda qolgan narsalarning hammasi ham esimizga tushavermaydi, ularning bir qismi unutiladi. Unutish ham xotiraga oid hodisadir. Esda qolgan narsa xotira materialini, esda saqlanib turadigan va esga tushiriladigan narsa esa xotiraning mazmunini tashkil qiladi. Ongimiz aks ettirgan narsalarni mustahkamlash, saqlab qolish va keyinchalik tiklashdan iborat bo'lgan aqliy faoliyat **xotira** deyiladi. Xotira bir necha ruhiy jarayonni o'z ichiga oladi:

1. Esda olib qolish.
2. Esda tushirish.
3. Esda saqlash va unutish.

I. Esda olib qolish

Xotira faoliyati esda olib qolishdan boshlanadi. Biz hamisha biror narsa yoki hodisani idrok qilamiz, biror narsa yoki hodisani esda olib qolamiz. Esda olib qolish jarayoni eng avval miya po'stida idrok qilinayotgan narsalar — buyum, surat, so'z, fikr va hokazolarning "izlari" hosil bo'lishidan va ayni vaqtda esda olib qolinadigan material bilan kishida mavjud bilim va tajriba o'rtasida, esda qoladigan materialning ayrim qismlari yoki elementlari o'rtasida bog'lanish vujudga kelishidan iborat.

Esda olib qolish faol jarayon va bu faollik ikki xil bo‘ladi. Shu sababli ixtiyorsiz va beixtiyor esda qoldirish turlari ajratiladi. Esda olib qolishning ikki turi mavjud: assosiativ va mantiqan esda qoldirish. Bir vaqtda va bir joyda birin-ketin idrok qilingan ikki yoki bir qancha narsa va hodisalarning obrazlari o‘rtasida miyada hosil bo‘ladigan bog‘lanish **assosiativ bog‘lanish** yoki assosiatiya deyiladi. Masalan, bironta ashulani eshitib turib, ayni zamonda shu ashulani aytayotgan odamning o‘zini ham ko‘rsak, shu ashulani idrok qilish o‘rtasida yondosh assosiatiya hosil bo‘ladi. Assosiatianing yondoshlik assosiatiyasidan tashqari, o‘xshashlik, qarama-qarshilik turlari ham mavjud.

Ma’nosiga tushunib yoki mantiqan esda olib qolish jarayonida asosiy o‘rinda fikrlash jarayonlari turadi. Esda qoldirilayotgan materialning ayrim qismlari va elementlari o‘rtasidagi ma’no va mantiqiy (logik) bog‘lanishlari fikr yuritish yo‘li bilan ochiladi. Ma’no bog‘lanishlarini ochish bironta narsaning obrazini oddiy esda olib qolish emas, balki narsa va hodisalarga xos bo‘lgan eng muhim va zaruriy bog‘lanishlarni ochish demakdir. Bir guruh (sinf) doirasiga kirgan narsa va hodisalarning umumiy va muhim belgilari, ular o‘rtasidagi sabab va natija bog‘lanishlarini aniqlash demakdir.

Ixtiyorsiz esda qoldirishda oldimizga hech qanday maqsad qo‘yilmaydi, esga olinadigan materialni oldindan belgilamasdan va maxsus usullar qo‘llanmasdan beixtiyor esda qoldirishdir. Masalan, biz, odatda, ko‘chada tasodifiy ko‘rgan kishilarning aft-basharasini, tasodifiy eshitib qolgan ba’zi gap va kuylarni beixtiyor esimizda saqlab qolamiz.

Ixtiyoriy esda qoldirish ko‘zda tutilgan maqsadga muvofiq tanlangan materialni ongli ravishda kuch berib maxsus esda qoldirishdir. Ixtiyoriy esda qoldirishda materialni puxta esda saqlab qolish maqsadida biz maxsus usullardan foydalanamiz: diqqatimizni to‘playmiz, idrok qilingan materialni takrorlaymiz, uning mazmunini uqib olish uchun harakat qilamiz, ilgari tajriba va bilimlarimiz bilan uni bog‘laymiz va hokazo. Ixtiyoriy esda qolishning asab-fiziologik asosi birinchi signal sistemasi bilan o‘zaro munosabatda ikkinchi signal sistemasi hosil qiladigan bog‘lanishlardir.

II. Esga tushirish

O‘tmishda idrok qilingan narsalarning tuyg‘u-his, fikr va ish harakatlarning ongimizda qaytadan tiklanishi **esga tushirish** deyiladi. Esga tushirishning asab-fiziologik asosi bosh miya po‘stida ilgari hosil bo‘lgan asab bog‘lanishlarining qo‘zg‘alishidir.

Ilgari idrok qilingan narsa va hodisalarni takror idrok qilganda, u narsa yoki hodisa esga tushadi, ana shuni **tanish** deymiz. Masalan, kasalliklarda mavjud klinik simptomlardan ayrimlari bir necha kasallikda kuzatilishi mumkin. Shu belgini tanish, esga tushirish tibbiyot xodimi uchun muhim hisoblanadi. Tanish aniq va noaniq bo‘lishi mumkin.

Eslash narsani, uning o‘zini shu paytda idrok qilmay turib esga tushirishdir. Eslaganda xotirada qolgan obraz, his va fikrlash shu paytda sezgi a’zolarining ishti-rokidan tashqari esga tushadi. Masalan, bo‘lib o‘tgan voqealar, bemorlarda mavjud klinik manzara ana shunday esimizga tushadi. Materialning muayyan mazmuni bilan birga bu material qachon, qayerda va qanday sharoitda esga olib qolingani ham aniq esga tushsa, xotiralanish mukammal va to‘la-to‘kis bo‘ladi. Bevosita esga tushirish deb materialni idrok qilish ketidanoq, ya’ni esga olib qolish bilan esga tushirish o‘rtasidagi vaqt oralig‘ida ongimizda esga olinadigan materialdan boshqa hech qanday jarayon yuz bermaganda bo‘ladigan esga tushirishga aytiladi.

III. Esda saqlash va unutish

Idrok qilingan narsalar miyamizda o‘rnashib qolishi, esimizda turishi tufayli ular turli usulda esimizga tushishi mumkin. Esda saqlash deyilganda ilgari tug‘ilgan taassurot, fikr, his-tuyg‘u va ish-harakatlarning jonlanib, takrorlanib turishga moyillik paydo qilishi va mustahkamlanishini tushunamiz. Ana shunday moyillikning hosil bo‘lishi va mustahkamlanib qolishi asab sistemasining plastiklik deb ataluvchi alohida xususiyatga ega bo‘lishi bilan bog‘liq. Shuning uchun ham asab sistemasi ilgari bo‘lib o‘tgan taassurotlarni takrorlashga tayyor turadi. Unutish — ilgarilari esga olib qolingan narsalarning ongimizdan tamomila yo‘qolishi, ya’ni uni esda tutishga batamom qarama-qarshi jarayon deb tushunamiz. Bu xato fikr. Estdan chiqarish xotirani ko‘pgina keraksiz detallardan (ikir-chikirlardan) holi qilish va eslab qolingani umumlashtirish, shu orqali esa uning saqlanib qolishiga yordam beradi. Estdan chiqarishning o‘ziga xos xususiyati uning bir tekisda bo‘lmasligidir; u yod olingandan keyin tez orada boshlanib, avvaliga, ayniqsa, jadal bo‘ladi. Shuning uchun takrorlashni materialni yodlagandan keyin darhol, shuningdek, u to‘liq esdan chiqarib bo‘lingandan keyin ham boshlamaslik lozim. Estdan chiqarishning oldini olish uchun u materialni shunday, biroq o‘z vaqtida takrorlash kifoya, chunki esdan chiqarilgan narsani qayta tiklash uchun anchagina katta mehnat talab qilinadi.

Xotira turlari

Nimaning eslab qolinishi, keyinchalik esa tanib olinishi va qayta esga tushirilishiga ko‘ra xotiraning har bir kishiga xos bo‘lgan quyidagi turlarini ajratish mumkin:

1. Obraz xotirasi.
2. Emotsional xotira.
3. Ma’noviy xotira.

Xotira sifati

Har kimning o'ziga xos xotira xususiyatlari bor. Har kimning xotirasidagi farq xotiraning kuchida ifodalanadi. Ma'lumki, xotirasi kuchli va xotirasi zaif odamlar bor. Xotiraning kuchli-kuchsiz bo'lishi esda olib qolish va esdan chiqarish tezlik darajasiga qarab belgilanadi. Tez esga olib sekin, bora-bora unutish kuchli xotiraning xarakterli xususiyati bo'lsa, sekin esda olib qolish va tez esdan chiqarib qo'yish kuchsiz xotira belgilaridandir.

Xotira sifatiga ko'ra 4 tipga bo'linadi:

Birinchi tipi: bunday shaxslarning xotirasi kuchli, ayniqsa, samarali bo'ladi. Ular materialni, ma'lumotlarni tez bilib oladilar, buning uchun ularga materialni bir marta eshitish yoki bir karra o'qib chiqish kifoya, shu bilan birga, material bora-bora esdan chiqadi va materialni bu o'quvchilar to'la-to'kis hamda yanglishmasdan to'liq esga tushiradilar.

Ikkinchi tipi: shaxslar materialni sekinroq bilib oladilar, lekin uzoq vaqt esdan chiqarmaydilar. Ular materialni o'rganib olish uchun ko'proq kuch sarf qilib, uni maxsus usullar yordami bilan takrorlaydilar.

Uchinchi tipi: tez bilib olib va tez unutish xususiyatlari bilan ajralib turadi. Bu tipga kirgan shaxslar materialni bir marta ko'rib-eshitib birovning og'zidan chiqishi bilanoq ilib olganday darrov bilib oladilar va keyin uni to'la-to'kis aytib bera oladilar. Ammo bu tariqa bilib olish va esga tushirish uzoqqa bormaydi. Vaqt o'tgandan keyin unutib qo'yadilar.

To'rtinchi tipi: bu xotiraning zaif tipidir. Bu tipdagi shaxslar materialni juda sekinlik bilan bilib oladilar va tez unutadilar. Xotira tufayli ongimizda faqat hozirgi paytdagi narsalar, hodisalar aks etib qolmay, balki o'tmishda idrok qilingan narsalar va hodisalar, kechirilgan tuyg'ular, fikrlar ham aks etadi. Odam xotira tufayli malaka va ko'nikmalar hosil qiladi, bilimlarini boyitadi va saviyasini kengaytiradi. Xotira boshqa ruhiy jarayonlarning faoliyati va taraqqiyoti uchun katta ahamiyatga ega. Yunonlarning buyuk dramaturgi Esxil (eramizdan avvalgi 525–456-yillarda yashagan) o'z asarining qahramoni Prometey tilidan shunday degan edi: "Eshiting, ummatlarim, qilgan saxovatimni hisob qilsinlar deb raqam yaratdim. Yozuvga o'rgatdim. Shularning hammasini bosh sababkori – Muza momosidan bahramand etdim. Ularga es berdim, xotira berdim".

Xotiraning buzilishi

Xotira buzilishining har xil turlarini klinik tahlil qilish XIX asr oxiriga taalluqlidir. Biroq xotira buzilishini muntazam ravishda o'rganish faqat rus olimi S. S. Korsakov ishlaridan keyin, ayniqsa, u xotira buzilishining alohida turini bayon etganidan so'ng boshlandi. Xotiraning buzilish jarayonida eng ko'p uchraydigani gipoamneziya, amneziyadir. **Gipoamneziya** – xotiraning susayishi bo'lib, unda odam o'z ixtiyori bilan bir vaqtlardagi yoki yaqin vaqtlardagi voqealarni eslash qobiliyatidan

mahrum bo'ladi. Shu narsa qayd qilinadiki, keksalardagi gipomanneziyada ular yangi xotiralarni eslab qolish va aytib berishga juda qiynaladilar, ayni vaqtda esa eskilarini ancha yaxshi eslaydilar.

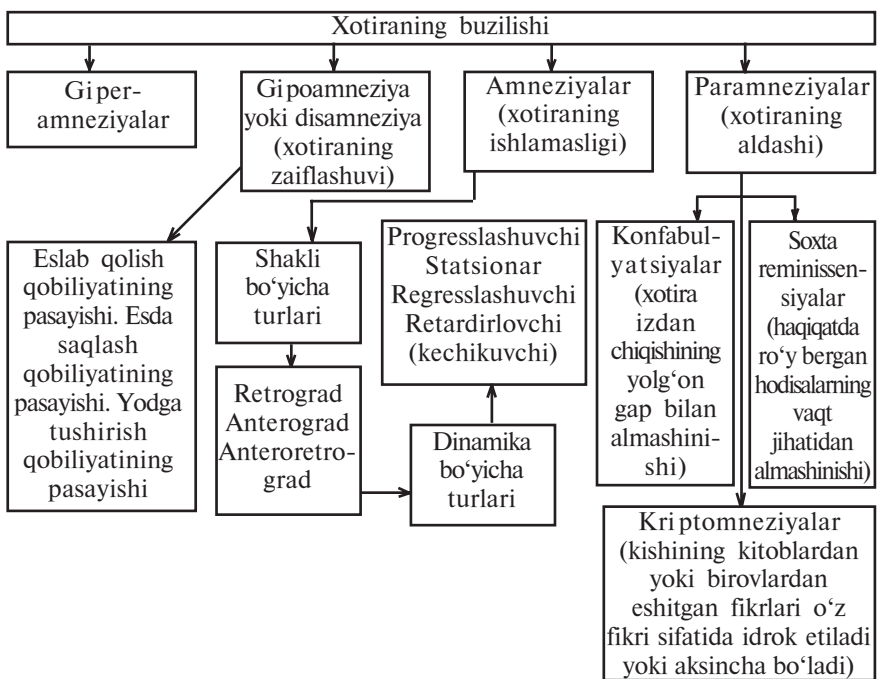
Gipomanneziyalar og'ir kasalliklardan keyin, toliqish, astenikholatlarda ro'y beradi. **Giperamneziya** – xotiraning kuchayishi bo'lib, bu holat ruhiy bemorlarda qo'zg'alishda, jumladan, maniakal holatlarda uchraydi va u eslashga aloqador bo'ladi. Kundalik voqealarni eslab qolish esa o'zgaragan holda qoladi yoki hatto susayadi. Ruhiy tushkunlikka tushgan, biror baxtsizlikdan ezilgan ko'pgina kishilar o'tmishdagi xotiralarning quyilib kelishidan shikoyat qiladilar. Go'yo allaqachon unutib yuborilgan voqealar xotirada turli-tuman voqea sifatida jonlanadi. Ba'zan shunga o'xshash hodisalar yuqumli kasalliklarda harorat yuqori bo'lganda kuzatiladi. Xotiraning boshqa muhim buzilishlariga **amneziyalar** – xotiraning yo'qolishi yoki eslay olmaslik kiradi. Qator hollarda amneziya bemorlar hayotining qat'iy chegaralangan bir bo'lagini o'z ichiga oladi, u bemorning xotirasidan mutlaqo o'chib ketadi. Hushdan ketgan, koma holatida bo'lgan davr ichida xotira yo'qolishi amneziyaga oddiy misol bo'ladi. U, odatda, o'ziga kim yordam berganini ham, qanday qilib kasalxonaga tushib qolganini ham eslay olmaydi. Bu **anterograd amneziya**dir. Bosh miya shikastlanganda shikastlanishdan oldin ro'y bergan voqealarning xotirada qolmasligi ham kuzatiladi. Ba'zan bunda shikastlanishning og'ir-yengilligiga qarab ma'lum bir vaqtni (soatlar, kunlar, hatto oylar) o'z ichiga oladigan voqealar xotiradan ko'tariladi. Xotiraniig bunday buzilishi **retrograd amneziya** deb ataladi. Ba'zi kasalliklarda amneziyalar juda keng hajmda bo'ladi. Masalan, qarilik tufayli es pasayganda yetuklik yoshidagi deyarli barcha voqealar va sanalar xotiradan ko'tariladi hamda bemorlar yoshlik davridagi, hatto bolaligidagi taassurotlar dunyosiga cho'madi. Bunda ular bir zamonlar boshlaridan kechirgan voqealar va kechinmalari haqida xuddi kecha bo'lib o'tgan voqeadek gapiradilar, allaqachonlar o'lib ketgan odamlar bilan uchrashishni kutadilar. O'z hayotlarida bo'lib o'tgan muhim voqealarni aslo eslay olmaydilar.

Paramneziyalar – yo'q narsani eslash yoki psevdoreminissensiyalar hisoblanadi. Bemor hayotida bo'lib o'tgan voqeani shu voqea bo'lib o'tgan vaqtga aloqador deb hisoblamaydi. S. S. Korsakov o'ziga xos kasallik – polinevritik psixozni bayon etgan edi, bunda anterograd va retrograd amneziyalar bilan bir qatorda soxta xotiralashlar ham bo'ladi. Bunda bemorlar garchi kasalxonada yotgan bo'lsalar-da, hozirgina sayrdan, ishdan, ovdan qaytganlarini aytadilar. Kundalik voqealarni esa bemorlar mutlaqo xotirada saqlab qola olmaydilar. Xotira buzilishlari alomatlarining bunday yig'indisi **Korsakov sindromi** deb ataladi.

Psevdoreminissensiyalar bilan bir qatorda **konfabulyatsiyalar** yoki odatda amneziyalar, xotiradan unutilgan voqealar o'rnini to'ldiradigan uydirma, yolg'on gaplar mavjud. Bemor gapirayotgan voqea uning hayotida

hech qachon sodir bo'lmagan bo'ladi, ammo u shu voqealarni ro'y bergan deb tasdiqlaydi.

Amnestik afaziya alohida o'rin tutadi, bunda odam buyumlarning nomini unutib qo'yadi. Xotiradan ko'tarilgan buyumni tanish, odatda, buzilmaydi, biroq uning simvoli (belgisi) va so'z bilan bayon etib beriladigan model xotirada bo'lmaydi yoki juda qiyinchilik bilan aytib beriladi. Amnestik afaziya – lokal belgi ahamiyatiga ega bo'lgan bosh miyaning og'ir organik zararlanish simptomidir. Bu simptom keng tarqalgan bo'lib, tomir-dissirkulyator hamda degenerativ-atrofik jarayonlarda kuzatiladi. Xotira aldanishlari qatorida kriptamneziya ma'lum, ya'ni bunda bemor birovning fikrini xuddi o'zinikidek qilib gapirib beradi. Adabiyotda shunday xotira xatolariga aloqador bo'lgan beixtiyor plagiat tushunchasi bayon etilgan.



Xotirasi buzilgan bemorlarga tibbiyot xodimlarining munosabati

Xotirasi buzilgan bemorlarga nisbatan tibbiyot xodimlari, ayniqsa, juda muloyimlik bilan, o'zlarining eng yaqin kishilaridek so'zlarini oxirigacha eshitib (agar u yolg'on bo'lsa ham), keyin o'z fikrlarini aytib, davo muolajalarini o'tkazishlari kerak. Ayniqsa, xotirasi umuman yo'qolgan

bemorlar yordamga muhtoj bo'ladilar. Ular o'z holatini to'g'ri baholaydilar, atrofda qilargalarga kulgi bo'lishdan, dakki eshitishdan xavflanib turadilar va juda e'tibor bilan ahamiyat beradilar. Bunday bemorlarni tibbiyot xodimlari tinchlantirishi, tetiklashtirishi va kerakli vaqtda sharoitga qarab ularning harakatlarini, so'zlarini tuzatishga yordam berishlari kerak. Bemorning gaplariga diqqat, sabr-toqat va xotirjamlik bilan quloq solish u bilan zarur aloqani o'rnatish uchun juda muhimdir.

Tibbiyot xodimlari bemorning barcha savollariga oddiy, tushunarli va aniq javob berishlari kerak. Balandparvoz gaplar, kasallik jarayonining xorijiy nomlari, murakkab tushunarsiz so'zlar bemorni tinchlantirmaydi. Faqat so'z emas, balki tibbiyot xodimlarining xatti-harakati, imo-ishorasi, mimikasi salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shu tufayli shifokor va hamshira bemor oldida ehtiyot bo'lib gapirishi, o'zini tuta bilishi kerak.

Tafakkur haqida tushuncha

Tafakkur – bu predmet va hodisalarning umumiy xususiyatlarini aks ettirish, ular o'rtasidagi qonuniy aloqalar hamda munosabatlarni topish jarayonidir. Boshqacha qilib aytganda, tafakkur – bu borliqni umumlashtirilgan holda va bevosita aks ettirishdir. Tafakkur – inson aqliy faoliyatining yuksak shaklidir. Istalgan ixtiyoriy faoliyat, u xoh o'quv, xoh ishlab chiqarish faoliyati bo'lsin, uning natijalarini oldindan ko'rishni, albatta, talab qiladi. Biroq oldindan ko'rish uchun dalillarni umumlashtirish va shu umumlashmalar asosida xuddi shunga o'xshash boshqa dalillarga ham tatbiq etish mumkin bo'lgan xulosalar chiqarish kerak bo'ladi. Bu ikkiyoqlama yondoshish yakkadan umumiyga, umumiydan yakkaga tafakkur orqali amalga oshiriladi. Voqelik tafakkurda idrok va tasavvurlardagiga qaraganda chuqurroq va to'laroq aks etadi. Narsa yoki hodisalar o'rtasidagi eng muhim bog'lanishlar va munosabatlar tafakkur yordami bilan ochiladi. Binobarin, tafakkur insonning shunday aqliy faoliyatidirki, bu faoliyat voqelikni eng aniq (to'g'ri), to'liq, chuqur va umumlashtirib aks ettirishga (bilishga), insonning tag'in ham oqilona amaliy faoliyat bilan shug'ullanishiga imkon beradi.

Bosh miya po'stining biror-bir sohasi emas, balki bosh miyaning butun po'sti bajarayotgan faoliyat tafakkurning asab-fiziologik negizidir. Analizatorlarning miyaga borib tutashgan uchlari o'rtasida vujudga keladigan murakkab va muvaqqat bog'lanishlar tafakkur qilish uchun birinchi galda ahamiyatga ega. Tafakkurni yo'naltirib turadigan asosiy asab-fiziologik negiz shunday yo'l ko'rsatib turuvchi refleksdirki, bu refleks tafakkur qilish jarayonlarida katta rol o'ynaydi. Tafakkur qilish jarayoni biror ruhiy elementlarning shunchaki bir-biri bilan almashinishi tarzida voqe bo'lmasdan, balki alohida aqliy operatsiyalar – biz idrok qilayotgan yoki tasavvur qilayotgan narsalar ustida, umumiydashgan va abstrakt tushunchalarga ega bo'lgan obyektlar ustida aqliy harakatlar qilish tarzida voqe bo'ladi.

Taqqoslash, analiz va sintez, abstraksiya va umumiyashtirish, konkretlashtirish, klassifikatsiya (tasnif) va sistema (tizim)ga solish aqliy operatsiyalarning asosiy turlaridir.

Taqqoslash – shunday bir aqliy operatsiyadirki, bu operatsiya ayrim narsalar o‘rtasidagi o‘xshashlikni yoki tafovutni, tenglik yoki tengsizlik, bir xillik yoki qarama-qarshilik borligini aniqlashda ifodalanadi. Amaliy taqqoslash bir narsani ikkinchi narsaga solishtirib ko‘rilayotganda, masalan, bir qalamni ikkinchi qalamga, o‘lchov chizg‘ichini taxtaga va shu kabilarga solishtirib ko‘rilayotganda sodir bo‘ladi. Taqqoslash tasavvur qilinayotgan yoki qilingan narsalarni bir-biriga fikran solishtirib ko‘rish yo‘li bilan hal bo‘ladi.

Analiz (tahlil) – narsani (buyumlarni, hodisalarni, jarayonni) tarkibiy elementlarga, qismlarga yoki tarkibiy belgilarga bo‘lish demakdir. Analizning qismlarga, uning elementlariga bo‘lgan munosabati aniqlanadi. Psixologiyani o‘rganish vaqtimizda har bir ruhiy jarayonni bir-biri bilan taqqoslabgina qolmasdan, balki analiz ham qilamiz. O‘qish mashg‘uloti vaqtida tafakkurning analiz qilish faoliyati katta o‘rin tutadi. Chunonchi, savod o‘rgatish, odatda, nutqni analiz qilishdan: gapni so‘zlarga, so‘zlarni bo‘g‘inlarga, bo‘g‘inlarni tovushlarga ajratishdan boshlanadi.

Sintez – analizning aksi yoki teskarisi bo‘lgan tafakkur jarayonidir. Bunda tarkibiy qismlar yagona bir butunga birlashadi. Analiz va sintez bir-biri bilan chambarchas bog‘langan, chunki fikr jarayonining ayrim bosqichlarida birinchi o‘ringa analiz yoki sintez chiqadi. Sintez elementlarning, narsa va hodisalarning qismlarini bir butun qilib qo‘shishdan iborat. Amaliy analiz bo‘lgani singari amaliy sintez ham bo‘ladi.

"Tafakkur, – deb yozgan edi I. P. Pavlov, – albatta assosiativlardan, sintezdan boshlanadi, so‘ngra sintezning ishi analiz bilan qo‘shiladi. Analiz, bir tomondan, reseptorlarimiz, periferik uchlarining analizatorlik qobiliyatiga, ikkinchi tomondan esa bosh miya katta yarim sharlarining po‘stida takomil topuvchi va voqelikka muvofiq bo‘lmagan narsalarni voqelikka muvofiq bo‘lgan narsalardan ajratib turuvchi tormozlanish jarayoniga asoslanadi".

Abstraksiya – shunday bir fikrlash jarayonidirki, bunda tafakkurda aks etilayotgan bir yoki bir necha obyektlarning biror belgisi (xususiyati, harakati, holati, munosabati) shu obyekt yoki obyektlardan fikran ajratib olinadi. Bu jarayonda obyektдан ajratilgan bir belgining o‘zi tafakkurning mustaqil obekti bo‘lib qoladi. Abstraksiya, odatda, analiz jarayonida yoki analiz natijasida sodir bo‘ladi. Abstraksiya umumlashtirish bilan bog‘liq. Bunda predmetdagi, hodisadagi barcha tasodifiy, xususiy va muhim bo‘lmagan narsalarga barham beriladi. Kasalliklarga ilmiy jihatdan ta‘rif berish abstraksiyaga misol bo‘la oladi.

Umumlashtirish – predmetlar va hodisalarni ularning umumiy va asosiy tomonlarini ajratib ko‘rsatish asosida bir-birlari bilan fikran birlashtirishdir.

Masalan, tabletkalar, drajelar, kolloid va kristalloid eritmalar kabilar o'xshashligi bo'yicha dori-darmon tushunchasiga kiritiladi yoki kasallik belgilari simptom yoki sindrom tushunchasi orqali ifodalanadi.

Umumlashtirish tafakkurning abstraktlashtiruvchi faoliyati bilan chambarchas bog'langan. Abstraktlashtirish jarayonida ayrim narsalarning, holatlarning o'xshash belgilari aniqlanadi va shu o'xshash belgilar umumlashtiriladi. Masalan, barcha somatik kasalliklar ikki guruhga: terapevtik va jarrohlik kasalliklariga bo'linadi. Terapevtik kasalliklarda yurak-tomir, bronx-o'pka, me'da-ichak, siydik-tanosil kasalliklari; jarrohlik kasalliklarida ko'krak jarrohligi, o'pka jarrohligi va boshqalar ajratib ko'rsatiladi. **Konkretlashtirish** – obyektiv dunyoda haqiqatda mavjud bo'lgan predmet yoki hodisa misolida predmet yoki hodisani ko'rsatish, ochib berishdir. Tibbiyotda bu ma'lum etiologiyaga, klinik manzaraga, patogenezga va oqibatga ega bo'lgan konkret kasallikdir. Konkretlashtirish umumiy abstrakt belgini yakka obyektlarga tatbiq etishda ifodalanadi.

Tafakkurda u yoki bu vazifani intuitsiya bajarishi mumkin. Masalan, tajribali shifokor bir qancha hollarda tashxis qo'yish, to'g'ri xulosa chiqarishni o'zida to'satdan kelib qolganday sezadi, lekin bunga ham kasallik belgilarini konkretlashtirish natijasida erishiladi.

Klassifikatsiya (tasnif) – ko'p narsalarni, holatlarni, kechinmalarni guruhlarga bo'lish. Masalan tibbiyotda kasalliklarning klassifikatsiyalari mavjud: sil kasalligi, zaxm, yuqumli kasalliklar klassifikatsiyalari. Anatomiya fanida suyaklar klassifikatsiyasi alohida o'rganiladi.

Tushuncha – bu predmet va hodisalardagi umumiy va muhim xususiyatlar hamda sifatlarning kishi ongida aks etishidir. Tushunchaning ikki turi bor: biri – konkret tushuncha, ikkinchisi – abstrakt tushuncha. Masalan, kasallik to'g'risida, yara, harorat, og'riq, odam, bemor, o'simlik to'g'risidagi tushunchalar konkret tushuncha. Narsa va hodisalarning o'ziga taalluqli bo'lmasdan, balki narsa va hodisalardan fikran ajratib olinadigan ayrim xususiyat, sifat va holatlarga, shuningdek, ayrim narsa va hodisalar o'rtasidagi munosabatlarga va bog'lanishlarga taalluqli bo'lgan tushunchalar abstrakt tushunchalar deb ataladi. Masalan, kasallikning mohiyati haqidagi tushuncha, davolab bo'lmaydigan kasalliklar haqidagi tushunchalar.

Muhokama – biror narsa, hodisa (yoki biror kimsa) haqida biror nimani tasdiqlash yoki inkor qilish demakdir. Masalan, "ayrim kasalliklarni davolab bo'lmaydi" va ayrim "kasalliklarni davolab bo'ladi" yoki "bu dorining samarasi yaxshi bo'ladi", "bu antibiotikdan foydalanish kasallikni to'liq davolashni ta'minlamaydi". Kishi "yo'q" yoki "ha" deyish bilan biror qoidani, hodisani qayd qilish bilan bir qatorda muhokama obyektiga o'z munosabatini bildiradi. Muhokama asosiy fakt va fikrlash jarayoni sodir bo'ladigan shakldir, chunki fikrlash – bu avvalo muhokama yuritishdir. Muhokamada biror nima haqida yoki biror kimsa haqida tasdiqlangan yoki inkor qilingan narsa muhokama mavzuyi bo'ladi.

Xulosa chiqarish – tafakkurning tarixan tarkib toptan mantiqiy shaklidir. Tafakkurning shu mantiqiy shakli vositasi bilan bir yoki bir necha ma’lum hukmlar (asoslar)dan yangi hukm – xulosa chiqariladi. Agar odam o’zining chiqaradigan xulosasida ayrim xususiy muhokamalardan umumiy xulosa chiqaradigan bo’lsa, bunday xulosa induktiv xulosa nomini oladi. Masalan, tana haroratining ko’tarilishi, suvsizlanish organizmni holsizlanishga olib keladi. Terining qizarishi qon tomirlarining kengayishi bilan bog’liq bo’lib, bu turli xususiy omillarning ta’sirida sodir bo’ladi. Induksiya yordamida odam o’zining ayrim kuzatish va tajribalariga yakun yasaydi, o’z amaliyoti natijalarini umumlashtiradi yoki boshqa kishilar amaliyotidan xulosalar chiqaradi.

Biror umumiy holatni ifodalovchi hukmlardan umumiyliigi kamroq bo’lgan yoki ayrim hodisalarni ifodalaydigan hukmga o’tish jarayoni **deduktiv xulosa chiqarish** deyiladi. Deduksiya bilinyotgan hodisaning mohiyatini chuqurroq anglash imkonini beradi. Masalan, penisillin turli yallig’lanish kasalliklarini davolashda yaxshi vosita sifatida tan olingan. Demak, o’pka shamollaganda ana shu antibiotikni ishlatish maqsadga muvofiq. Analogiya yo’li bilan, ya’ni o’xshashligiga qarab xulosa chiqarish – juz’iy yoki yakka muhokamalarga asoslanib juz’iy yoki yakka hukm chiqarishdir. Masalan, havo bulut, changlanib turibdi, yana kasalim qo’zg’aydi yoki ana men yaxshi ko’rgan doktor kelayapti, kasalim tez kunda tuzalib ketadi. Biz o’zimizning yoki boshqalarning fikrlarini tekshirib ko’rish, asoslab berish, isbotlab berish lozim bo’lgandagina xulosa chiqarishning to’liq, kengaytirilgan mantiqiy shaklidan foydalanamiz.

Fikriy qobiliyatlar haqida gapirilganda ko’pincha bu tushuncha ostida **intellekt (aql)** ko’zda tutiladi. Aql olingan bilimlarni, tajribani va ularni yanada boyitishga va aqliy faoliyatda foydalanishga bo’lgan qobiliyatni o’z ichiga oladi. Kishining aqliy fazilatlarini uning hajmi bilan belgilanadi. Tafakkur aqlning faol funksiyasi bo’lib, logika (mantiq) qonunlari asosida takomillashib boradi. Tafakkur amaldagi aqlidir.

Tafakkur jarayonining pirovard natijalari va murakkab fikrlash operatsiyalarining yakuni bo’lgan muhokamalar va xulosalar xarakteriga (chuqurligi, qamrab olish kengligi, mustaqilligi, haqiqatga mos kelish darajasiga) qarab kishining aql-idroki haqida muhokama yuritish mumkin.

Tafakkurning eng muhim xususiyatlaridan biri **tushunishdir**. Tafakkur jarayonidagi tushunish boshqa bir kishining og’zaki va yozma nutqini idrok qilish va o’qib olish jarayonida sodir bo’ladi. Nutqni tinglayotganimizda yoki biror yozma matnni o’qiyotganimizda, odatda, biz o’zimiz eshitayotgan yoki o’qiyotgan so’z birikmalarini to’g’ri idrok qilishga intilamiz.

Tafakkurning sifatlari

Ayrim kishilarning tafakkuri o'zining mazmundorligi, chuqurligi va kengligi jihatidan, mustaqilligi, samaradorligi va tezligi jihatidan turli hollarda turlicha namoyon bo'ladi. Bular tafakkurning sifatini tashkil qiluvchi belgilardir.

Tafakkur va aqlning buzilishi

Turli ruhiy kasalliklarda tafakkur jarayonining kechishi, tasavvurlar va g'oyalarning qo'shilishi, tafakkur mazmunining buzilishi ko'riladi. Masalan, ruhiy jarayonlarning qo'zg'alishi yoki tormozlanishi bilan kechadigan kasalliklarda, odatda, tasavvurlar kechishining tezlashishi yoki sekinlashishi ko'riladi. Aksari maniakal holatlarda uchraydigan g'oyalar xarakterli misoldir. Bunda assosiatsiyali bog'lanishlar darrov hosil bo'ladi, juda boy fikrlar, obrazlar paydo bo'ladi. Nutq shunga ko'ra tez va tartibsiz bo'ladi. Bemor bir fikrni tugatmay ikkinchi, uchinchisiga o'tadi va hokazo. Shu narsa qiziqarlilik, nutqning uzuq-yuluq va ma'lum darajada palapartish bo'lishiga qaramay, atrof borliqdagi konkret obyektlar ustida fikr yuritish yo'qolmaydi.

Tasavvurlar kechish sur'atining sekinlashishi sirkulyator psixozning depressiv bosqichlarida uchraydi. Bunday holga tushgan bemorlar eng oddiy aqliy ishlarni ham zo'r qiyinchiliklar bilan bajaradilar, ular o'z tarjimai hollarini aytib berishga qiynaladilar, chunki bir tasavvur ortidan ikkinchi tasavurning kelishi qiyin bo'ladi. Turli xildagi tafakkur buzilishlaridan dastlab, masalan, shizofreniyada uchraydigan quruq mahmadonalikni, go'yo donishmandlikni aytib o'tish kerak. Bu shundan iboratki, bemor mutlaqo mazmunsiz va "tuzsiz" muhokamalarni to'g'ri, biroq oxiri tugamaydigan dabdabali so'z libosiga o'raydi.

Tafakkur buzilishlariga yana epilepsiya bilan og'rigan shaxslarga xos bo'lgan fikrlashdagi ortiqcha tafsilotlar kiradi. Bunda bosh miya po'stlog'idagi asosiy fiziologik jarayonning kechishidagi inertlik va differentsiatsiyaning buzilishi yaqqol yuzaga chiqadi. Tafakkurning bog'lanmasligi tafakkur uzilishiga tashqi jihatdan o'xshash bo'lib, bunda bemor qisman qabul qilib, umumlashtirilgan mantiqiy xulosa chiqarish qobiliyatini yo'qotadi. Masalan, bemor soatga qarab, soat va daqiqa millarining qayerda turganini to'g'ri aytib beradi, biroq soat necha bo'lganini aytib bera olmaydi.

Perseveratsiya — bir marta aytilgan fikrni bir xil tarzda tashqi taassurotlarga yoki hech qanday sababsiz bir xil tarzda takrorlanishidir. Perseverasiyalar bosh miyaning qattiq organik zararlanishida ko'riladigan tafakkur buzilishiga kiradi. Masalan, bemordan: "Ismingiz nima?" — deb so'ralganda u: "To'lqin Imomovich Normurodov", — deb javob beradi. Yana savol: "Qayerda tug'ilgansiz?" Javob: "To'lqin Imomovich Normurodov".

Savol: "Yoshingiz nechada?" Javob: "To'liqin Imomovich Normurodov" va hokazo. Miyadan ketmaydigan g'oyalar shunday fikrlardirki, kishi garchi ulardan qutulishni istasa ham qutulmaydi. Masalan, dazmolning tokka ulanganligi haqidagi fikr sog'lom odamda ham paydo bo'lishi mumkin, lekin bu fikr dazmolni tokdan sug'urilganligini eslasa yoki bunga ishonch hosil qilsa yo'qoladi. Miyadan ketmaydigan fikr esa sog'lom kishilardagi shubhalanishdan farqli o'laroq, kishi bu fikrning asossizligiga ishonch hosil qilganda ham yo'qolmaydi.

O'ta qimmatli g'oyalar – kishi ongida emotsional, aniq, rang-barang fikrlar ustun bo'lsa, shu haqda so'z yuritiladi. Odatda, bu fikrlar bema'ni tabiatli bo'lmaydi, lekin bemor unga shunday katta ahamiyat beradiki, ular aslida bunga arzimaydi. Masalan, xafalik hissi shu qadar kuchli ahamiyatga, dil og'rishi shu qadar kuchli hisga ega bo'ladiki, u kishi ongida hukmron bo'lib qoladi. Bemor boshqa hech narsa haqida o'ylay olmaydi, u atrofda ro'y berayotgan narsalarga o'ziga yetgan alam nuqtayi nazaridan qaraganda, uning fikri-yodi, birdan bir maqsadi – qasos olishga qaratilgan bo'ladi.

Aqlpastlik – tafakkurning buzilishi bo'lib, bunda odamning hodisalar o'rtasidagi bog'lanishni tushunish qobiliyati pasayib ketadi, asosiy narsani ikkinchi darajali narsadan farq qilish qobiliyati yo'qoladi, odam o'z fikrlari, yurish-turishiga tanqidiy ko'z bilan qaray olmaydigan bo'lib qoladi, xotirasi pasayadi, bilim va tasavvurlarining zaxirasi kamayib ketadi. Aqlpastlikning ikkita turi tafovut qilinadi: tug'ma aqlpastlik va turmushda orttirilgan aqlpastlik.

Tug'ma aqlpastlik asosida bolaning ona qornida zararlanishi yoki juda go'daklik davrida kasal bo'lib qolishi natijasida miyasining yetarlicha rivojlanmay qolishi yotadi.

Turmushda orttirilgan aqlpastlik (demensiya) ko'pincha professiv falajlik qarilik psixozlari: bosh miya tomirlari aterosklerozi, bosh miya shikastlarida bosh miyaning tug'ilishdan ancha keyingi davrda organik kasallikka uchrashining oqibati bo'lib hisoblanadi. U yalpi va lakunar (qisman) aql zaiflikka bo'linadi.

Yalpi (to'liq) aqli zaiflikda aqliy qobiliyat faqat qo'pol ravishda buzilganligi qayd etilib qolmay, shu bilan birga shaxsning tushkunlikka tushganligi ham qayd qilinadi. Xotira keskin buzilgan bo'ladi. Bemorlar o'z faoliyatlarida oldingi tajribadan foydalana olmaydilar. O'z holatlariga tanqidiy qaray olmaydilar, ular o'z xatti-harakatlarini burch va axloq talablari bilan qiyoslay olmaydilar. Global aqli zaiflik bosh miyaning og'ir shikastlanishi, aniq ifodalangan serebral sindromli va takroriy insultli og'ir kechuvchi gi pertoniya kasalligi natijasida keksa yoshda avj olishi mumkin.

Lakunar (qisman) aqli zaiflikda aql qisman izdan chiqadi; fikriy jarayonlar sekinlashadi, xotiraning bir maromda pasayishi qayd etiladi. Bemorlarning o'z holatiga tanqidiy munosabati saqlanib qoladi. Lakunar aqli zaiflik qarilik oldidan serebral ateroskleroza, og'ir somatik kasalliklarda uchraydi.

Tafakkurning buzilishi

I. Sur'ati bo'yicha:

1. Tezlashuv (vaqt birligi ichida assosiatsiyalar sonining ko'payishi).
2. Sekinlashuv (vaqt birligi ichida assosiatsiyalar sonining kamayishi).

II. Izchilligi bo'yicha:

1. Tarqoqlik (fikrlar va gaplar o'rtasida bog'liqlik yo'q).
2. Bog'liqsizlik (so'zlar o'rtasida bog'liqlik yo'q).
3. Inkogerensiya (bo'g'inlar o'rtasida bog'liqlik yo'q).
4. Verbigeratsiya (ayni bir xil so'zlar va so'z birikmalarining bir xilda takrorlanishi).
5. Paralogik tafakkur (xulosalar logikaga zid ravishda quriladi).
6. Tafakkurning ambitendentligi (bir-birini istisno qiluvchi g'oyalarning bir vaqtda paydo bo'lishi).
7. Tafakkurdagi tanaffus (shperunglar).

III. Sobitqadamligi bo'yicha:

1. Nasihatgo'ylik qilish (bekorchi donolik qilish).
2. Mulohazakorlik (muhim bo'lmagan holatlar atrofida "depsinib turish").
3. Perseveratsiya (bir assosiatsiyada turib qolmoq).
4. Autistik tafakkur (bemorning faqat ichki dunyosini qamrab oluvchi bir tomonlama tafakkur).
5. Simvolizm (xulosalar tasodifiy assosiatsiyalar asosiga quriladi).

IV. Samaradorligi bo'yicha:

1. Miyaga o'rtnashib qolgan g'oyalar (bemorning irodasidan tashqari paydo bo'ladigan va ular og'rinib qabul qiladigan fikrlar).
2. O'ta qimmatli g'oyalar (real faktlarga ortiqcha baho berish).
3. Bosinqirash (tuzatishga bo'ysunmaydigan va kasallik tufayli paydo bo'lgan soxta muhokama).
4. Neologizmlar (odatdan tashqari, tushunarsiz so'zlarning vujudga kelishi).

Tafakkur va aql buzilgan bemorlarga tibbiyot xodimining munosabati

Aqlida nuqsanlari bo'lgan bemorlarga xizmat ko'rsatish ancha mushkul vazifa. Ular ko'pincha o'zlariga qaratilgan savolni noto'g'ri tushunadilar. Ularning beo'xshov gaplari va xatti-harakatlari atrofdegilarning gazablanishiga sabab bo'ladi. Bunday bemorlarga xizmat qilish tibbiyot xodimidan zo'r sabr-matnatni va shafqatli bo'lish hislarini talab qiladi. Munosabatning eng yaxshi shakli xayrixohlikdir. Bu toifadagi bemorlarni savollar bilan qiynab qo'ymaslik, gaplarini yaxshi eshitib ma'qullab turish kerak. Bemorning xulqiga va xarakteridagi patologik xususiyatlariga shifokor xotirjamlik, bosiqlik bilan munosabatda bo'lishi shart.

Nutq haqida ma'lumot

Odam o'z fikrlarini boshqalarga bildirmoq uchun shu fikrlarni seziladigan, ya'ni sezgi a'zolari orqali ta'sir qiladigan moddiy vositalarda ifodalashi lozim. Ana shu moddiy vosita nutq deyiladi.

Nutq — odamlar til orqali bir-biri bilan muomala va aloqa qilishining alohida usuli. Odam o'z nutqi yordamida o'zining bilimlari, fikrlari, hislari va istaklarini boshqa kishilarga aytib bera oladi. Nutq tibbiyot sohasida, ayniqsa, o'rta tibbiyot mutaxassislari faoliyatida muhim rol o'ynaydi. Chunki hamshiraning kundalik faoliyati bemorlarga o'z fikrlari orqali ruhiy oziqa berish, tetiklashish, sog'ayishga bo'lgan ishonchini yanada kuchaytirish bevosita nutq orqali amalga oshiriladi. Bundan tashqari, har bir tibbiyot xodimi nutqi yomonlashgan yoki noto'g'ri rivojlangan kishilarga yordam ko'rsatishi yoki bo'lmasa yo'llanma berishi kerak. Buning uchun ular nutq faoliyati, buzilishlari haqidagi bilimlarni egallab olishlari kerak.

Nutq vositasi bilan aloqa bog'lash jarayonida har bir kishi bilimlarning ko'p qismini boshqa kishilardan oladi. Nutq vositasida aloqa bog'lash odamning doimiy ehtiyoji bo'lib, bu aloqa fikr almashuvga xizmat qiladi. Har bir kishining nutqi bolalik chog'idan boshlab o'sib boradi, buning sababi ham boshqa kishilar bilan aloqada bo'lish ehtiyojidir. Nutqning anatomik-fiziologik asoslari bosh miya po'stidagi alohida markazlar faoliyati va nutqqa oid muskul apparati hisoblanadi. "Nutq" va "til" tushunchalari ko'pincha bir xil ma'noda ishlatiladi. Ammo bu tushunchalarning ma'nosini bir-biriga aralashtirib yuborish yaramaydi. Garchi nutq bilan til bir-biriga chambarchas bog'langan bo'lsa ham, lekin ularning ikkalasi bitta narsa emas. Til — ijtimoiy hodisa. Tilning ijodkori xalqning, tarixan tarkib topgan millatning o'zidir.

Nutqning asosiy vazifasi odamlarga vositachilik qilishdir. Nutqda bizning fikrlarimiz bilan birgalikda tuyg'u-hislarimiz ham ifodalanadi. Nutqda bizning irodamiz, maqsad muddaomiz, istagimiz, niyatimiz, qarorimiz ham, shuningdek, iroda jarayonining ayrim sifatlari: qat'iyat va qat'iysizlik, dadillik, kishining o'zini tuta bilishi, kishidagi qunt va boshqalar ham namoyon bo'ladi. Odamning nutqida namoyon bo'ladigan xilma-xil tovush birikmalari uning ichki holatini ifodalabgina qolmasdan, obyektiv ravishda mavjud bo'lgan narsalar va hodisalarning nimaligini bildiruvchi vosita bo'lib ham xizmat qiladi.

Nutq o'zining bajaradigan vazifasiga qarab ichki va tashqi nutqqa bo'linadi. Tashqi nutq o'z navbatida ikkiga: og'zaki va yozma nutqqa ajratiladi.

Og'zaki nutq boshqa kishilar bilan bevosita qilayotgan aloqamizda foydalaniladigan nutqdir. Og'zaki nutqning jaranglashidagi (ohangidagi) farqlarni hisobga olish zarur. Nutq tembri uning ifodali, emotsional bo'yoqli bo'lishida rol o'ynaydi. Ayrim kasalliklarda, masalan, faringit, loringit (ovoz boylamlari, bodomcha bez kasalliklari), ayrim ichki sekretsiya bezlari kasalliklarida tovush tembrlari jiddiy o'zgaradi.

Yozma nutq bevosita aloqa bog‘lash vositasi bo‘lmasdan, balki ko‘pincha boshqa vaziyatda, boshqa bir joyda turgan yoki turishi mumkin bo‘lgan odamlar bilan aloqa bog‘lash vositasidir. Masalan, tibbiyot xodimlari Gippokrat, Ibn Sino, Aristotel asarlarini o‘qishi va o‘rganishi natijasida yangi bilimlarga ega bo‘ladilar.

Ba‘zan hayotda nutq a‘zolarining noto‘g‘ri holatda joylashuvi kuzatilib, bu **fiziologik duduqlanish** deyiladi. Agar bu holat bola rivojlanishining 4 yoshidan keyin ham davom etsa, **patologik duduqlanish** deb ataladi. Bunday hollarda mazkur patologiyaning sabablarini aniqlash va davolovchi pedagog yordamiga murojaat qilish zarur (logopediya – nutq buzilishlarini davolash bo‘yicha fan).

Duduqlanish – "sh-sh"lab gapirishda, "s-s"lab gapirishda, chuchuk til bilan sal "sh-sh"lab gapirishda namoyon bo‘ladi. So‘zlarni dona-dona talaffuz etishda ishtirok etuvchi muskul a‘zolarining (til muskuli, tanglay muskuli, tovush pardalari muskuli) buzilishida miya stvolida bosh suyagi asablari yadrosining shikastlanishi natijasida yoki bosh miyaga keluvchi asab tolalarining zararlanishi natijasida nutq, tovushlarni talaffuz qilish yomonlashadi – **dizartriya** paydo bo‘ladi. Ba‘zan tovushning vaqtincha funksional yo‘qolishi – **afoniya** kuzatiladi. Bunday yomonlashuv asabiy jazavalanish vaqtida uchraydi. Ogzaki nutq bilan yozma nutq o‘rtasidagi farqlar kasallik tufayli kuchayishi mumkin. Organik va funksional xarakterdagi markaziy asab sistemasi kasalliklarida yozuv, xat ancha yomonlashadi. Ko‘pincha yozma nutqning yomonlashuvi bosh miya qobig‘ining optiq nutq va harakat nutqlarining o‘choqli shikastlanishlarida kuzatiladi. Yozma nutqning yomonlashuvi **agrafiya** deyiladi. Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarda yozishning o‘zgarishi xarakterlidir.

Nutqning buzilishi

Bosh miyaning organik zararlanish kasalliklari, jarohatlarida, kalla chanoq suyaklari shikastlanishida, isteriyalarda nutqning buzilishi kuzatiladi. Nutqning buzilishi **afaziya** deyiladi. Afaziyaning bir necha turlari farq qilinadi, ularning ko‘pgina umumiy va bir-biridan farq qiladigan xususiyatlari bo‘ladi. Afaziya bilan og‘rigan bemorlarda so‘zlar va ularni tashkil etuvchi nutq tovushlarini to‘g‘ri tanlashi, shuningdek, mustaqil nutqning grammatik tuzilishi buziladi. Bunday bemorlarning nutqi kambag‘al, ishlatiladigan so‘zlar zaxirasi ancha cheklangan bo‘ladi. Bir xil so‘zlarni va bo‘g‘inlarni boshqalari bilan almashtirish sodir bo‘ladi. Gapning ayrim qismlari o‘rtasidagi bog‘lanish buziladi. Shuningdek, o‘qish va yozishning yomonlashuvi ham kuzatilishi mumkin. Afaziyalar motor, sensor, amnestik total afaziyalarga ajratiladi.

Motor afaziya so‘zlarni talaffuz qilishga qobiliyatsizlik yoki bu qobiliyatning sezilarli ravishda pasayishidir. Bemorlar gapirishga harakat qiladilar, lekin faqat bir necha so‘z yoki bo‘g‘inlarnigina ayta oladilar.

Bunday buzilish kalla chanog'ining peshana qismi shikastlanib, peshana sohasida joylashgan Brok markazi zararlanganda kuzatiladi. Bemorlar o'zlariga qaratilgan nutqni tushunadilar. **Sensor afaziya** atrofdagilar nutqini yomon tushunish bilan xarakterlanadi. Yozuvda qo'pol buzilish kuzatiladi, masalan "mete" o'rniga "mota" deb yozadi-da, xatosini tuzata olmaydi, chunki "ta"ni "te"dan ajratib farqlay olmaydi. Sensor afaziya bilan og'rigan bemorlarga nisbatan o'zlariga qaratilgan nutqni tushunish ko'proq yomonlashgan bo'ladi. Ular ko'pincha o'zlariga berilgan savollarni tushunish u yoqda tursin, hatto oddiy imo-ishoralarni ham tushunmaydilar. Bunday bemorlar erkin gapiradilar, lekin ancha buzilgan va birmuncha tushunarsiz bo'lgan nutqda bir xil so'zlar va bo'g'inlarni boshqalari bilan almashtirishga ko'p marta yo'l qo'yadilar. Ko'pincha ularning nutqi so'zlar yig'indisidan iborat so'zlarni tanlashga aylanib qoladi. Sensor afaziya uchun nutq beqarorligi (logoreya) xosdir.

Amnestik afaziya narsalarning nomlarini aytish qobiliyatining buzilishida namoyon bo'ladi. Kerakli so'z ko'pincha bevosita so'zning narsa bilan bog'liqligidan emas, balki bemorning nutq kontekstini anglashidan paydo bo'ladi. Bemor jarrohlik stoli ustida turgan qaychini pichoq deb ataydi.

Total afaziya nutqning barcha turlari yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Bemor gapirishga harakat qilib, ba'zan u yoki bu tovushni talaffuz qilishi mumkin. Bu holat bosh miyada qon aylanishi buzilganda va atrofik shikastlanishda kuzatiladi.

Tibbiyot xodimlarining taktikasi

Nutqi yomonlashgan bemorlarni parvarish qilish ko'p qiyinchiliklar tug'diradi, xodimlar ko'pincha bemorning so'zlariga tushuna olmaydilar, bemor esa unga berilgan savolni tushunmaydi. Bunday bemorlarni parvarish qilishda tibbiyot xodimlaridan zo'r sabr-toqat, kuzatuvchanlik va sezgirlik talab etiladi.

EMOTSIYALAR

Emotsiyalar haqida umumiy tushuncha

Kishi biror narsani idrok va tasavvur qilganda, eslab qolganida va esga tushirganida, fikr qilganida va gapirganida hamda harakat qilganida biror yoqimli (hush) yoki yoqimsiz (nohush) holatni kechiradi. Bu holat huzur qilish yoki ranjishdan, mazza qilish yoki qiynalishdan iborat bo'ladi. Bu kechinmalarda odamning o'z tevarak-atrofidagi narsalarga (hodisalarga), odamlarga va o'ziga nisbatan subyektiv munosabati ifodalanadi. Yoqimli yoki yoqimsiz kechinma hissiyotimizning elementidir.

"Emotsiya" so'zi lotin tilidagi "emotion" so'zidan olingan bo'lib, to'lqinlanmoq degan ma'noni bildiradi. Voqelikning ayrim hodisalari kishini quvontiradi, ayrim hodisalar xafa qiladi; ba'zi hodisalarga kishi qoyil

qoladi, ba'zi hodisalardan g'azablanadi, odam ba'zi hodisalarni ko'rib jahli chiqadi, ba'zilaridan esa qo'rqadi. Xursandlik, xafalik, qoyil qolish, g'azablanish, qahr, qo'rquv va shu kabilarning hammasi emotsional kechinmalarning xilma-xil turlari, odamning voqelikka bo'lgan turli subyektiv munosabatidir. Subyektiv kechinmalardan iborat bo'lgan emotsiyalar ijobiy va salbiy hissiyotlarga bo'linadi.

Emotsional kechinmalar organizmdagi alohida fiziologik jarayonlar, o'zgarishlar bilan bogliq ekanligini har kungi tajriba ko'rsatib turibdi. Masalan, emotsional kechinmalar chog'ida qon aylanishi o'zgaradi, yurak urishi tezlashadi yoki susayadi. Bir xil emotsional kechinmalar chog'ida odam qizaradi, boshqa bir xil emotsional kechinmalar chog'ida esa odam oqaradi yoki bo'zaradi, terlab ketadi. Emotsional kechinmalar vaqtida nafas olish ham o'zgaradi, ayrim kechinmalar vaqtida nafas olish tezlashadi, ayrim kechinmalar vaqtida esa nafas olish susayadi. Shuningdek, ovqat hazm qilish jarayonlari va ichki sekretsiya bezlarining faoliyati ham o'zgaradi. Emotsional jarayonlar butun organizmning faoliyatiga ta'sir qiladi. Odamdagi emotsiyalarning fiziologik asosi, avvalo, bosh miya po'stlog'ida sodir bo'ladigan jarayonlardir. Tajriba asosida shu narsa aniqlanganki, emotsional faoliyatning tarkib topishida quyidagi tizimlar, chunonchi, gippokamp, ko'rish do'mboqchalari, gipotalamus, retikulyar formatsiya, limb sistemasi ishtirok etadi. Bu hosilalarning hammasi katta yarim sharlarni miya stvolining oldingi chekkasi bilan birlashtiruvchi miya gumbazi atrofida joylashadi. Ko'ndalang kesma qilib ko'rilganda bu tizimga kiruvchi hosila gumbaz atrofida joylashgan bo'ladi. Bu shartli ravishda **Papes doirasi** deb yuritiladi.

Insonlardagi barcha emotsional reaksiyalarning reseptiv zonasi yoki kollektori miya gumbazi ustida bo'ladigan kamarsimon burmadir. Emotsional impulslar kamarsimon burmalardan miya qobig'ining turli zonalariga tarqaladi, bu esa insondagi emotsional reaksiyalar boyligi va ravonligini ta'minlaydi. Emotsiyalar paydo bo'lish tezligi, kuchi va davomiyligi (barqarorligi) jihatidan bir-biridan farq qiladi. Emotsional kechinmalar turli hollarda turlicha tezlik bilan paydo bo'ladi. Lekin shunday emotsional kechinmalar borki, ularning qay darajada tez paydo bo'lganligini belgilash qiyin yoki butunlay belgilab bo'lmaydi. Emotsional kechinmalar ma'lum kuchga ega bo'ladi. Emotsiyaning kuchi, avvalo, yoqimli yoki yoqimsiz tuyg'ularning naqadar kuchli bo'lishidadir. Shuning uchun ham "juda xursand bo'ldim", "unchalik yoqmadi" va shu kabi iboralar ishlatiladi. Subyektiv jihatdan olganda, hissiyotning kuchi shu hissiyotni shaxsning naqadar ehtiros ila kechirayotganligi bilan ham belgilanadi. Emotsiyalar qancha muddat davom qilishi (barqarorligi) bilan ham bir-biridan farq qiladi. Paydo bo'lgan kechinmalar uzoq vaqt davom qilsa, bunday his-tuyg'ular **barqaror kechinmalar** deb ataladi.

Kayfiyat

Kayfiyat – zaif yoki o‘rtacha kuchga ega bo‘lgan va odatda ancha barqaror emotsional holat. Odamdagi biror kayfiyat bir necha kun, bir necha hafta, bir necha oy va undan ortiq vaqt davom etishi mumkin. Quvnoq kayfiyat, ma’yus kayfiyat, g‘amgin kayfiyat, g‘azabli kayfiyat va shu kabi yaxshi yoki yomon kayfiyatlar bo‘lib turishi hammaga ma’lum. Odamda turli kayfiyat turlicha sabablar tufayli tug‘iladi. Odamning shaxsiy va ijtimoiy hayotida sodir bo‘lgan biror voqea mana shu xildagi kayfiyatning tug‘ilishiga sabab bo‘lishi mumkin. Odamning barcha ruhiy jarayonlarida va faoliyatida kayfiyat katta rol o‘ynaydi. Tasavvurlar va fikrlarning o‘tishidagi tezlikka, shuningdek, tasavvur va fikrlarning mazmuniga hamda yo‘nalishiga kayfiyat ta’sir qiladi.

Kayfiyat ikki xil: ijobiy va salbiy bo‘ladi. Ijobiy kayfiyat kishilarda muvaffaqiyat, ko‘tarinki ruh, xushchaqchaqlik, sevinch bag‘ishlasa, salbiy kayfiyat g‘amginlikka, ma’yuslikka, bo‘shashishlikka sabab bo‘ladi. Odamzod onglidir, binobarin, u salbiy kayfiyat bilan kurashmog‘i, ma’yuslikka, bo‘shashishlikka, sababsiz tajanglikka berilmasligi lozim. Odamning o‘zida va boshqa kishilarda bardamlik, xursandchilik, xushchaqchaqlik kayfiyatini tug‘dira bilishi uning eng yaxshi xislatidir. Ayniqsa, bu xislat tibbiyot xodimlarida yuqori darajada rivojlangan bo‘lishi kerak.

Asosiy emotsiyalar

Ijobiy emotsiyalar

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mamnunlik. | 13. Rahm qilish. |
| 2. Quvonch. | 14. Minnatdorchilik (mamnunlik). |
| 3. Shodlik. | 15. Yoqimlilik. |
| 4. Zavq-shavq. | 16. Mag‘rurlik. |
| 5. Dadillik. | 17. Rohat. |
| 6. G‘ururlanish. | 18. O‘ch olishdan qoniqish hissi. |
| 7. Ishonch. | 19. Tinch vijdon. |
| 8. Xayrixohlik. | 20. Yengillik tuyg‘usi. |
| 9. Hayratlanish. | 21. O‘z-o‘zidan mamnunlik tuyg‘usi. |
| 10. Sevgi (jinsiy). | 22. Xavfsizlik tuyg‘usi. |
| 11. Muhabbat (ko‘ngil qo‘yish). | 23. Oldindan lazzatlanish. |
| 12. Hurmat. | |

Neytral (xolis) emotsiyalar

1. Qiziquvchanlik.
2. Taajjublanish.
3. Ajablanish.
4. Befarqlik.
5. Osoyishta-xayolchanlik kayfiyati.

Salbiy emotsiyalar

1. Qoniqmaslik.
2. Qayg'u (achinish).
3. Zerikish.
4. Xafagarchilik (nadomat).
5. Umidsizlik.
6. Ranjish.
7. Xavotirlik.
8. Xafalik.
9. Qo'rquv.
10. Cho'chish.
11. Dahshat.
12. Afsus.
13. Achinish.
14. Afsuslanish.
15. O'kinch.
16. G'azab.
17. Tahqirlanish tuyg'usi.
18. Nafrat (qahri kelish).
19. Adovat.
20. Hasad.
21. Hasrat.
22. Xunoblik.
23. Rashk.
24. Vahima.
25. Ishonchsizlik.
26. Uyat.
27. Sarosimalik.
28. Jahl.
29. Jirkanish.
30. Ixlosi qaytish.
31. Nafratlanish.
32. O'z-o'zidan qoniqmaslik.
33. Pushaymon bo'lish.
34. Vijdon azobi.
35. Sabrsizlik.
36. Alam.
37. Ichi qoralik.

Ehtiros

Ehtiros uzoq davom etadigan va barqaror mavjud bo'ladigan emotsional holatdir. Kayfiyatdan ehtirosning farqi shuki, ehtiros muayyan harakatga, muayyan obyektga muttasil intilishda nihoyatda qat'iy ifodalangan kuchli emotsional holatdir. Ehtiros hamisha aniq bir narsaga qaratilgan bo'ladi. Masalan, odamlarda bilimga, ixtirochilikka, musiqaga bo'lgan ehtiros, mehnatga bo'lgan ehtiros, tibbiyotga bo'lgan ehtiros va hokazo.

I. P. Pavlov yoshlarga yozgan xatida ilmiy tadqiqot sohasidagi ehtirosning buyuk ahamiyati borligini ko'rsatib shunday degan edi: "Ilm-fan odamdan ko'p kuch sarflab, zo'r ehtiros bilan ishlashni talab qiladi. O'zlarigizni ishingizda va izlanishlaringizda ehtirosli bo'lingiz". Shifokorlar insonni og'ir xastalikdan qutqarish va kasallik tabiatini isbotlab berish uchun o'zlariga yuqumli kasalliklarni yuqtirganlar, hayotlarini xavf ostida qoldirganlar, ba'zan shu ulug' maqsad yo'lida jonlarini fido qilganlar. Bular hammasi ehtiros bilan yuzaga kelgan.

Ruhlanish emotsional holatning bir turi bo'lib, turli xil faoliyatlarda namoyon bo'ladi. Kishidagi ruhlanish muayyan maqsadga, muayyan faoliyatga katta kuch va istak bilan intilishidan iborat. Faoliyatdan kuzatilgan maqsad ravshan bo'lganida va bu faoliyatning natijasi ochiq ko'rinib turganida hamda zarur va qimmatli natija ekanligi bilinib turganida birdaniga va tez ruhlanib ketish mumkin.

Ruhlanish odamning o'zidagi eng yaxshi ruhiy kuchlarning hammasini safarbar qilish demakdir. Bu his mehnat va ijodiy faoliyatda muvaffaqiyat qozonishni va kasallikka qarshi kurashishda ko'zlangan natijani ta'minlaydigan hal qiluvchi omillardan biridir.

Affekt (jazava)

Tez paydo bo'ladigan, nihoyat darajada kuchli, g'oyat jo'shqinlik bilan o'tadigan, qisqa muddatli emotsional holat **affekt** deb ataladi. Masalan, birdaniga achchiqlanish, g'azablanish, to'satdan qo'rqish va shu kabilar affektning bir ko'rinishi bo'lib, unda qisqa vaqt ichida paydo bo'ladigan his-hayajonlar aql-idrokning boshqaradigan ta'siriga xuddi tutqich bermaganday bo'ladi. Affekt holatida kishining ongi, tasavvuri va fikrlash qobiliyati torayadi, susayib qoladi. Mana shunday kuchli emotsional qo'zg'alish shiddatli harakatlarda, qo'pol so'zlarni gapirib yuborishda, ko'pincha baqirib yuborish tarzida namoyon bo'ladi.

Ba'zan affektlar tormozlanish holati tariqasida namoyon bo'ladi va bunday holatda organizm bo'shshib, harakatsiz bo'lib va shalvirab qoladi. Tibbiyot xodimlari har qanday sharoitda ham affekt holatiga sira tushmasliklari kerak. Jazava ikki xil ko'rinishda namoyon bo'ladi: fiziologik va patologik. **Fiziologik jazavada** odam o'z aql-idroki bilan ish ko'radi. **Patologik jazava** holatida bo'lgan kishi o'z xatti-harakatlarini boshqarish, o'z qilmishlari haqida o'ziga hisob berish qobiliyatini yo'qotadi va jazava vaqtida nima ish qilganligini bilmaydi. U odam o'ldirishgacha boradigan og'ir jinoyat qilishi mumkinki, bu holat o'z-o'zini o'ldirishgacha borib yetadi.

Patologik jazava psixopatiya, epilepsiya, bosh miyaning organik shikastlanishi bilan kasallangan bemorlarda ko'proq uchraydi. Bizning ruhiy hayotimizda his-hayajonlar alohida o'rin tutadi. Bizning intellektual jarayonlarimizda obyektiv olam sezgilar, idrok, tasavvurlar va fikrlar tariqasida ro'yobga chiqadi. Emotsiya bo'lmaganda bizning idrok qilishimiz, xotira, tafakkur, tasavvur jarayonlarimiz nursiz, jonsiz bo'lib qolardi, sezilmaydigan bo'lib o'tardi yoki umuman vujudga kelmas edi. Emotsiyalar odam faoliyatining hamma turlarida katta rol o'ynaydi, o'yinlarni, o'qish va o'rganishni hamda mehnatni jonlantiradi va faollashtiradi.

Sezgilar va emotsiyalar

Sezgilar va emotsiyalar bizni o'rab turgan olamga munosabatimizni ifodalaydi. Biz bo'lib o'tayotgan voqealarni idrok qilamiz va ularni o'z tafakkurimizdan o'tkazamiz, shu bilan birga ularga o'z munosabatimizni ham bildiramiz. Hayotdagi jasorat namunalari ahamiyatini tushunish bilan bir qatorda ulardan faxrlanamiz ham. Odamdagi turli-tuman va ko'p

qirrali sezgilar va emotsiyalar ijobiy va salbiy turlarga bo‘linadi. Chunonchi, ijobiy muhabbat sezgisi salbiy rashk qilish sezgisi bilan aralashib kelishi ehtimol.

Emotsiyalar va sezgilar bir-biriga yaqin tushunchalardir. Tevarak-atrofdagi voqealar bilan bog‘liq bo‘lgan qisqa muddatli holatlar **emotsiyalar** deyilsa, birmuncha uzoq davom etadigan va chuqur holatlar esa **sezgilar** deb ataladi. Masalan, onaning farzandiga bo‘lgan sezgisi mehrni ham, quvonchni ham, faxrni ham va bolaning xatti-harakati, fe‘l-atvoridan nolish, xafa bo‘lishni ham o‘z ichiga oladi. Bu kechinmalarni emotsiyalar va sezgilar deb atash mumkin.

Odamning sezgilari biologik mayllar va ehtiyojlar negizida evolyutsiya jarayonida rivojlangan. Masalan, muhabbat sezgisi jinsiy maydan paydo bo‘lgan. Biroq hozirgi zamon kishisining sezgilari shunchaki biologik mayllar va instinktlardan juda ham ilgarilab ketgan. Hozirgi vaqtda ular ko‘p jihatdan ijtimoiy va tarixan bog‘langan. Shu munosabat bilan insonparvarlik, vatanparvarlik va go‘zallik sezgisi to‘g‘risida eslatib o‘tish kifoya.

Sezgilar odamning xatti-harakatida kuchli omil hisoblanadi, ular unumli mehnat qilish, fanda yangiliklarni izlab topish va san‘atni rivojlantirish kabi odamning turli xil faoliyatlarini rag‘batlantirib turadigan omillardan sanaladi.

Emotsiyalarning fiziologik mexanizmlari

So‘nggi yillarda fanda emotsiya (his-hayajon)larning fiziologik mexanizmlariga doir ko‘pgina ma‘lumotlar to‘plandi. Odamning emotsional faoliyatida bosh miya po‘stlog‘i, undan quyiroqda joylashgan miya tuzilmalari, vegetativ asab sistemasi, shuningdek, gormonlar va mediatorlar qatnashadi.

Odamning emotsional hayotida bosh miya po‘stlog‘i va u bilan bog‘liq bo‘lgan ikkinchi signal sistemasi faoliyati g‘oyat katta ahamiyatga ega. Insonning talaygina emotsiyalari so‘z ta‘sirlovchilari bilan bog‘liq. So‘z keskin, to‘satdan yuzaga chiqadigan sezgilarga sabab bo‘lishi mumkin. Masalan, odam yaqin kishisining o‘limi haqida xabar eshitganida qattiq iztirobga tushadi, bu kulfatdan o‘zini qo‘yishga joy topa olmaydi. So‘z ta‘siri emotsiyani birdaniga to‘xtatib qo‘yishi yoki uni boshqa sezgiga aylantirishi, ehtimol. Demak, miya po‘stlog‘i va ikkinchi signal sistemasi emotsiyaning dastlabki halqasi sifatida xizmat qiladi. Biroq bu mexanizm nechog‘liq muhim bo‘lmasin, u organizmning yagona mexanizmi emas. Emotsiyalar ikkinchi signal sistemasidan mahrum bo‘lgan hayvonlarda ham mavjud bo‘ladi. Aftidan, bosh miya po‘stlog‘i odamning emotsional faoliyatida faqat birinchi emas, balki oxirgi halqa sifatida ham ishtirok etadi. Bunga asta-sekin rivojlana borib, oxir-oqibatda sevgiga aylanadigan sezgini misol tariqasida ko‘rsatib o‘tish mumkin.

V. Kennon degan olim qoʻrquv va gʻazab emotsiyalarida qonda adrenalini miqdori koʻpayishini isbotlab bergan edi. Emotsiyalarda roʻy beradigan adrenalinning koʻp ajralishi jigarda va mushaklarda glikogenning jadal parchalanishiga olib keladi. Bunda qonda qand moddasi miqdori koʻpayadi. Bunday giperglikemiya moslashuvchan tabiatga ega boʻlib, organizmni oshigʻich holatlarda (hayvon hujum qilganda), keskin emotsional kechinmalar bilan oʻtadigan sharoitlarda mushak faoliyati uchun zarur yoqilgʻi materiali bilan taʼminlaydi. Affekt (jazava)larda qonga qalqonsimon bez gormoni tushishi koʻpayadi, shuningdek, gipofizning inkretor faoliyati oshadi. Salbiy emotsiyalar meʼda osti bezi shirasi sekretsiasining kamayishiga olib keladi. Ijobjiy (musbat) emotsiyalarda meʼda shirasi kislotaliligi oshadi. Emotsiyalar yurak-tomirlar sistemasi va arterial bosimga, ayniqsa, kuchli taʼsir qiladi. Yurak-tomirlar sistemasi faoliyatida arterial bosimning oʻzgarishlari shu qadar ahamiyatliki, buni eng odatiy tekshirish usullarida aniqlasa boʻladi. Emotsiyalarda yuzning qizarishi va oqarib ketishi, tomir urishining tezlashuvi yoki sekinlashuvi, terining quruq boʻlib qolishi yoki, aksincha, koʻp terlashi hammaga maʼlum alomatlardan hisoblanadi. Modomiki turli-tuman asab tuzilmalari emotsional faoliyatda ishtirok etar ekan, bu hol vegetativ asab sistemasiga koʻproq taalluqlidir. Maʼlumki, hal qilinmagan emotsional kelishmovchiliklar tomirlarni toraytiradi va gavda haroratini tushiradi, vaholanki, emotsiyalarni tizginlab turmay bemalol, ochiqchasiga namoyon etish tomirlarni kengaytiradi va gavda haroratining koʻtarilishi bilan oʻtadi (Mitelman va Volf). Qoʻrquv yoki ogʻriqda qorachiqlarning kengayishi ham simpatik asab sistemasining qoʻzgʻalishi bilan bogʻliq.

Emotsiyalar taʼsiri ostida qonda shaklli elementlar miqdori, kislotashqor muvozanati va gemostaz siljishining boshqa koʻrsatkichlari oʻzgaradi. Harakat qoʻzgalishi bilan bogʻliq emotsiyalarda kislorod sarflanishi va asosiy almashinuv koʻpayadi. Emotsiyalarda, shuningdek, miyaning bioelektrik faolligining oʻzgarishi kuzatiladi.

Shunday qilib, turli xil affektiv kuchlanishlarda ham simpatik, ham parasimpatik reaksiya sodir boʻladi. Bunda adrenalini va asetilxolin sekretsiasini oshadi. Shu bilan birga qonga antidiuretik gormon ajralib chiqadi.

Emotsiyalar patologiyasi

Ruhiyatning turli-tuman buzilishlari orasida emotsional patologiya, ayniqsa, muhim ahamiyatga ega. Bu, avvalo, emotsional qoʻzgʻaluvchanlik darajasiga taalluqli. Garchi bu daraja har kimda har xil boʻlsa-da, biroq klinikada keskin pasayib ketgan qoʻzgʻaluvchanlikni kuzatishimiz mumkin.

Bunda hatto kuchli ta'sirlovchilar ham emotsiyalar keltirib chiqarmaydi (depressiyalar, shizofrenik nuqson).

Emotsiyalar beqaror bo'lganda yoki emotsional zaiflikda kayfiyatning mayda tashqi taassurotlar ta'sirida yoki hatto ular bo'lmaganida ham doimiy o'zgarib turishi ro'y beradi. Yig'i ketidan kulgi kelishi miyaning tomir kasalliklari uchun xos. Boshqa hollarda sevgi, nafrat, do'stlik, adovat yetarli darajada chuqur ifodalangan va ayni vaqtda beqaror bo'lishi ehtimol. Bu psixopatiyalarning ayrim turlari uchun xos.

Kayfiyat buzilishlari emotsional sohaning tez-tez bo'lib turadigan buzilishlari qatoriga kiradi. Kayfiyat buzilishining uchta asosiy turi: disforiya, depressiya va eyforiya tafovut qilinadi.

Disforiyada odam injiq, o'zidan va atrofdagilardan ko'ngli to'lmaydigan, asabiylashgan bo'ladi. Bu alomatlariga tundlik, adovat va jahldorlik qo'shilishi mumkin.

Depressiya doimo g'amgin, yomon kayfiyatda yurishdir. Bunda bemorlar boshqalarga aralashib ketolmaydi, kam gapiradi, ko'pincha ko'ziga yosh oladi. Uning dili ma'yus, yomon fikrlar va xayollar bilan band bo'ladi. Hozirgi ahvoli, o'tgan kunlari va kelajagi unga qorong'i bo'lib tuyuladi. Dunyoga qora ko'zoynakdan qaraganday qaraydi. Depressiv kayfiyat turmushdagi muvaffaqiyatsizliklar va ruhiy shikastlar oqibatida kelib chiqqan bo'lishi ham mumkin. Ularning sababi bo'lganda va bu holat unchalik yaqqol bo'lmaganda uni normal reaksiya deb qaralsa bo'ladi.

Ruhiy kasalliklarda bemorda ovqatdan yuz o'giradigan, o'zini qatl qilishga urinishgacha olib boradigan uzoq davom qiladigan og'ir depressiyalar kuzatiladi.

Eyforiya deganda biz vaqtichog'lik, beg'amlik, biroq ko'tarinki kayfiyatni tushunamiz. Eyforiyada odam tetik, harakatchan, sergap, uning imo-ishoralari jonli, gapirganda qo'llari harakatda, ovozini keragidan qattiqroq qilib chiqaradi. Olam ularning ko'ziga g'oyat chiroyli, rangli bo'yoqlarda gavalanadi. Odam xursand bo'lganida, muvaffaqiyat qozonganida va shunga o'xshash shodlik kunlarida eyforiya normal reaksiya hisoblanadi. Bordi-yu, eyforiya uchun psixologik asoslar bo'lmasa yoki u hatto salbiy hayotiy hodisalarda ham paydo bo'lsa, uni patologik holat deb ko'zdan kechirish kerak.

Iroda jarayonlari va uning o'zgarishi **Tibbiyot xodimining taktikasi**

Insonning xatti-harakatlari va amallari beixtiyor va ixtiyoriy bo'lishi mumkin. Beixtiyor amallarda ongning ishtirok etishi shart emas. Beixtiyor harakatlardan farqli ravishda iroda yoki ixtiyoriy harakatlar oldimizga

qo'yilgan aniq maqsadga erishish uchun ularni ongli ravishda tartibga solishga qaratilgan holda amalga oshiriladi. Beixtiyor harakatlarga shartsiz va qisman shartli reflekslar kiradi. Ixtiyoriy harakatlar negizida, I. P. Pavlov ta'biri bilan aytganda, ikkinchi signal sistemasi yordamida amalga oshiriladigan zanjirsimon reflekslar yotadi.

Orttirilgan ko'nikmalar misolida ixtiyoriy va beixtiyor harakatlar o'rtasida uzilish yo'qligini ko'rish mumkin. Aksincha, ular bir-biri bilan bog'liq bo'ladi. Bundan tashqari, avtomatik (beixtiyor) faoliyatimizda biz istalgan paytda ong nazoratini ishga solishimiz mumkin. Iroda va avtomatlashgan harakatlarning murakkab tarzda qo'shib kelishiga royalda musiqa chalish, avtomobil va boshqa murakkab apparatlarni boshqarish misol bo'ladi. Ma'lumki, I. P. Pavlov instinktlarni murakkab halqasimon reflekslar sifatida ko'zdan kechirgan. Oddiy shartsiz va shartli reflekslar irodaga taalluqli emas. Ayrim hollarda ularda ong qatnashsa, boshqalarida ong ishtirok etmasligi mumkin.

Irodani ishga solish, irodali bo'lish uchun inson o'z oldidagi to'siqlarni yenga olishi darkor. Odam sovuq suvga sho'ng'ish yoki parashyutdan sakrash vaqtida o'z irodasini ishga soladi.

Murakkab iroda jarayonida bir necha bosqichlarni ajratib ko'rsatish mumkin:

- 1- bosqich — istakning, muayyan maqsadga erishish uchun intilishning paydo bo'lishi.
- 2- bosqich — bu maqsadga erishishning bir qator imkoniyatlarini anglash.
- 3- bosqich — bu imkoniyatlarni mustahkamlovchi yoki rad qiluvchi sabablarning paydo bo'lishi.
- 4- bosqich — imkoniyatlarni mustahkamlovchi yoki rad qiluvchi sabablarning kurashi.
- 5- bosqich — odam barcha sabablarni chamalab ko'rib, konkret vaziyatni hisobga olib, qaror qabul qiladi.
- 6- bosqich — iroda harakati qabul qilingan qarorni turli xildagi muskul harakatlari bilan amalga oshiradi.

Irodali bo'lish har kimning o'ziga bog'liq. Shu jihatdan irodasi kuchli va irodasi bo'sh odamlar farq qilinadi. Odamning ma'lum vazifani bajarishi uchun to'siqlar nechog'liq kam bo'lsa, bu ish kamroq iroda kuchini talab qiladi. Biroq patologiyada, og'ir nevrozlarda, depressiyalarda, shizofreniyada iroda shu qadar susayib ketadiki, bemorlar oddiy harakatlarini qila olmaydilar. Masalan, o'rinlaridan tura olmaydilar, yuz-qo'llarini yuva olmaydilar va kiyina olmaydilar va h. k. Chunonchi, narkotik moddadan intoksikatsiyaga uchragan bemor nihoyatda chanqoqligiga qaramay, yonginasida turgan bir piyola suvni bir soat ichida olib ichishga jazm qila olmagan. Irodaning bo'shligi yoki yo'qligi **gipobuliya** va **abuliya** deb ataladi.

Odamning irodasi tarbiya, o'qish va mehnat faoliyatida vujudga keladi va mustahkamlanadi. Turmushda uchraydigan qiyinchiliklar iroda bilan yengiladi. Bunda bolalikdagi tarbiyaning ahamiyati beqiyos. Bolani yoshligida taltaytirib yuborib, unda mehnatga havas uyg'otmaslik, og'zidan chiqishi bilan hamma narsani muhayyo qilish irodasiz bo'lib o'sishiga sabab bo'ladi. Bunday bolalar irodasiz bo'lib qolishadi. Ular biror ishni mustaqil bajara olmaydilar va yangi sharoitlarga tushib qolganda qiynalib qoladilar. Va, aksincha, agar bolalar o'z holiga tashlab qo'yilsa, otanasi va yaqin qarindoshlari ularga loqaydlik qilib tarbiyasi bilan shug'ullanmay qo'ysalar, bu ham salbiy oqibatlariga olib keladi. Bolaning xarakteri, xulq-atvori yomonlashadi, unda yaramas odatlar va salbiy mayllar paydo bo'ladi.

Odamning ijobiy iroda fazilatlariga qat'iyatlik, sabot-matonat, tashabbuskorlik, g'ayratlilik, intizomlilik, mardlik va jasorat kabilar kiradi.

Mujmallik, bo'shanglik, dangasalik, tashabbus ko'rsata olmaslik, qo'rqqoqlik, shuningdek, qaysarlik va laqmalik kabi odatlar odam xarakterining salbiy jihatlaridan sanaladi.

Irodaning buzilishi. Gipobuliya iroda faolligining kamayishidir. Bunday bemorlar kam harakat qiladilar, ularda faoliyatga intilish deyarli paydo bo'lmaydi.

Abuliya — kasallik holatlarida iroda jarayonining keskin zaiflashib ketishi yoki yo'qolishi. Bu holatda bemor har qanday faoliyatni to'xtatib qo'yadi, barcha istaklardan mahrum bo'ladi. Bu holat ruhiy kasalliklarda katatonik stuporda kuzatiladi.

Giperbuliya — bemor kishining haddan tashqari faolligi bo'lib, u kamroq uchraydi. Samarasiz giperbuliya maniakal holatdabo'lgan bemorlardakuzatiladi.

Parabuliya — g'alati, ba'zan nojo'ya xatti-harakatning paydo bo'lishi.

Psixopatologiyada patologik mayllar alohida o'rin tutadi. Ovqatda yeb bo'lmaydigan narsalar (ohak, kesak)ni iste'mol qilish sog'lom homilador ayollarda, bolalarda vaqtinchalik hodisa sifatida kuzatilsa, shizofreniyada bunday patologik mayl ko'p uchrab turadi.

Tibbiyot xodimi bemorlarning davolanish rejimiga rioya qilishlari ustidan muttasil nazorat olib borishlari kerak. Oddiy harakatlarni bajarishda ularni faollashtirish lozim. Bunga analizlarni o'z vaqtida kechiktirmay topshirish, dori-darmonlar, davolash muolajalarini qabul qilish kiradi. Ba'zan ularga oddiy topshiriqlarni berish va bu vazifalarning bajarilishini nazorat qilib turish kerak. Katatonik buzilishlarga uchragan bemorlar kamdan kam hollarda somatik shifoxonalarga tushib qoladilar. Ularni maxsus malakaga ega hamshiralar parvarish qilishlari kerak. Ular ovqat yeyishdan bosh tortadilar, shunga ko'ra bunday bemorlarni zo'rlab ovqatlantirishga, ba'zan zond orqali ovqatlantirishga to'g'ri keladi.

Keyinroq ularni ruhiy kasalliklar shifoxonasiga o'tkazish zarur. Bemorlar o'z tashqi ko'rinishlariga ahamiyat bermay qo'yadilar, gigiyena qoidalarini bajarmaydilar. Bunday hollarda o'rta tibbiyot xodimi ularga talabchanlik bilan muomala qilishi, ularning faolligini oshirishga harakat qilishi darkor. Hamshiralalar shifokor topshiriqlari va ko'rsatmalarini og'ishmay ado etishlari tufayli bemorlarning dardiga malham bo'ladigan zarur amallarni bajaradilar.

Bemorlarning xatti-harakatlarini sinchkovlik bilan o'rganib, bu ma'lumotlarni muntazam yozib borish ham tibbiyot hamshirasining vazifalaridan sanaladi.

Ong me'yorda va patologiyada

Ong voqelikni aks ettirishning yuqori darajasi bo'lib, u shaxsning tevarak-atrofdagi narsalarni, hozirgi va o'tmish davrni yaxshi bilishi, qarorlar qabul qilish va vaziyatga qarab o'z xatti-harakatini boshqarish qobiliyati bilan namoyon bo'ladi.

Inson ongi faqat obyektiv olamni aks ettiribgina qolmay, uni yaratadi, o'zgartiradi ham, mabodo tevarak-atrofdagi sharoit kishilar ehtiyojini qondirmasa, kishilar bu sharoitni o'zgartiradilar. Ong bilishning barcha shakllari va insonning kechinmalari hamda o'zi aks ettirgan narsaga bo'lgan munosabatlarning yigindisidan iborat. Inson tug'ilganda ongi bo'lmaydi, ammo u o'z ruhiyasining individual xususiyatlariga ega bo'ladi. Boshqa odamlar bilan aloqa va faoliyat jarayonida uning ruhiyasi taraqqiy topadi va ongi shakllanadi. Insondagi barcha ruhiy hodisalar onglidir, zotan uni ong namoyon etadi, lekin ularning hammasi ham bir xil darajada ongli bo'lolmaydi. Ongning taraqqiy etishida mehnat hal qiluvchi rol o'ynaydi. Mehnat inson va tabiat orasidagi ta'sirning alohida ko'rinishi bo'lib, undan inson ongli ravishda qo'ygan maqsadini amalga oshiradi.

Mehnat faoliyati – insonning hayvonlarga xos tabiatga moslashishi emas, balki uni o'zgartirishidir. Ongning turli xususiyatlari ichida uning mo'ljal olish (joyda, vaqtda, tevarak-atrofdagi sharoitda) xususiyati muhim rol o'ynaydi.

Odam o'zini o'rab olgan olamni ham, o'zini ham anglash qobiliyatiga ega. Bu o'z-o'zini anglash, odamning o'z tanasini, fikrlarini, xarakterini, his-tuyg'ularini, ijtimoiy ishlab chiqarish sohasidagi o'z mavqeyini anglash deyiladi.

Ongning fiziologik mexanizmi haqida gapirib I. P. Pavlov: "Ong bosh miya katta yarim sharlari muayyan sohasining ma'lum optimal qo'zg'alishga ega bo'lgan qismining hozirgi paytdagi va hozirgi sharoitdagi asab faoliyatidir", – degan edi.

Ong faoliyatining patologiyasi

Tibbiyot amaliyotida psixiatriyada ongning ikki xil o'zgarishi kuzatiladi: ongning xiralashuvi va to'xtashi (uzilishi). Ongning xiralashuvi quyidagi ruhiy holatlar bilan namoyon bo'ladi: dovdirash sindromi. Bunda idrok etishning ravshanligi va ularni fahmlash buziladi, tashqi ta'sirotlarga javob reaksiyalari juda qiyinlashadi. Bemorlar qulog'i og'ir odamlarni eslatadilar, go'yo gangigandek bo'ladilar va atrofdagi narsalarni qiyinchilik bilan idrok etadilar, savollarga darrov javob bermaydilar, javob olish uchun savolni bir necha marta takrorlashga to'g'ri keladi. Ko'pincha bemorlar faqat kuchli qo'zg'atuvchilarni idrok etadilar va kuchsizlaridan mutlaqo ta'sirlanmaydilar. Bu holat asab sistemasining infeksiyalarida, zaharlanishda, qattiq shikastlanishlardan keyin sodir bo'ladi.

Delirioz sindromi ongning buzilishlari fonida idrok etishning yorqin buzilishlari (gallyusinatsiyalar va illyuziyalar) paydo bo'lganda, shuningdek, vahima va qo'rqish sifatida emotsional buzilishlar yuzaga kelganda ongning delirioz holati mavjudligi haqida so'z yuritiladi. Oq alahlash bu ong buzilishiga misol bo'la oladi.

Delirioz holati – o'z shaxsini, mo'ljalini saqlagan holda joy, vaqt va atrof sharoitdagi mo'ljalning buzilishi. Bunda ko'rish, eshitishga doir juda ko'p gallyusinatsiyalarning paydo bo'lishi tipik hodisa bo'lib, ular, odatda, ko'ruv xarakterida bo'ladi. Bu holat ko'pgina yuqumli kasalliklarda, odatda, harorat yuqori bo'lganda kuzatiladi.

Oneyroid holat

Birinchi marta Mayer – Gross ta'riflagan bu sindrom (oneyroid – grekcha tushsimon, uyqusimon) ko'pincha juda kuchli vasvasa asosida paydo bo'lib, uning eng oliy kulminatsion nuqtasini tashkil etadi. U yorqin tasavvurlarning ko'pligi bilan xarakterlanadi, bemorlarning ko'ziga fazoga uchish kabi sahnaviy fantastik kechinmalar ko'rinadi, ular do'zax yoki jannatda yurgandek bo'ladilar, bunda bemorlar faqat tomoshabingina bo'lib qolmay, balki ularda qatnashadilar ham. Bu kechinmalarning hammasi aniq tush ko'rishni eslatadi. Oneyroid sindromli bemor uxlab yotgan yoki chuqur ichki kechinmalar dunyosiga berilgan kishilarga o'xshab ko'rinadi. Bemor joy, vaqt va o'z shaxsini noto'liq, ikki xil tushunishi bilan xarakterlanadi.

Amentiv holat

Es-hushning amentiv tarzda buzilishida bemorlar atrofidagi vaziyatni tamomila anglamaydi va o'zining kimligini bilmay qoladi. Ular atrofidagi

hodisalar bilan narsalar o'rtasidagi bog'lanishlarni tushunishmaydi. Ba'zan bemorlar besaranjom bo'ladilar, lekin bunda, odatda, o'rinda yotavermaydilar. Uzuq-yuluq gallyusinatsiyalar bo'lib turishi mumkin. Savollarga bemorlar javob berishmaydi. Ularning nutqlari bema'ni bo'ladi. Amentiv holat bir necha haftagacha cho'zilishi mumkin. Bunday holat, odam darmoni qurib, cho'pday ozib ketganida, infeksiyalar, intoksikatsiyalarda uchraydi.

Es-hushi kirarli-chiqarli bo'lib turadigan holat

Bu holat klinik psixiatriyada turli xil bo'ladi: bu holat birdan paydo bo'ladi va xuddi shuningdek birdan barham topadi. Ba'zan jarayon onning torayib qolishi bilan cheklanadi: bemorlar ko'chalarda daydib yurishadi, savollarga javob berishadi, o'ziga hisob bermasdan turib jo'nroq ishni beixtiyor bajaraverishadi. Boshqa hollarda bemorlarda gallyusinatsiyalar bo'lib turadi. Bunda ularning yurish-turishi gallyusinatsiya kechinmalarining mazmuniga bog'liq bo'ladi. Ba'zan bemorlar nazarida ularga hujum qilishayotgandek, ularni o'ldirishmoqchi bo'lishayotgandek bo'lib tuyuladi, ular o'zlarini himoya qilishadi yoki vahimaga tushib qochishadi. Ana shunday paytda ular xavfli xatti-harakatlar qilishlari mumkin. Bunday holat bir necha daqiqadan bir necha kungacha, hatto haftalab davom etadi. Bu holat epilepsiya, isteriya, kalla-miya jarohatlari uchun xarakterlidir. Isteriya munosabati bilan es kirarli-chiqarli bo'lib turganida ong ko'p darajada toraymaydi.

Somnambulizm holati

Bu holatdagi odam g'alati va hattoki kelishmagan qiliqlar qiladi. Somnambularda bemorlar xonada maqsadsiz sanqib yuradi, devorni timirskilaydi, stol ustida yotgan narsalarni saralaydi, ba'zi hollarda esa ko'chaga chiqib ketadi va avtomatik tabiatdagi harakatlarni qiladi. Chiqarish yo'li bilan bemorni bu holatdan chiqarishga urinish, odatda, muvaffaqiyatsiz bo'ladi. Bemor atrofidagi odamlarning unga gapirgan gaplariga parvo qilmay o'z diqqat-e'tiborini narsalarning chegaralangan doirasiga jalb qiladi va butunlay paydo bo'lgan tasavvur hukmi ostida bo'ladi.

Ambulator avtomatizm holati

Avtomatizm bir lahzada paydo bo'lib, quyidagicha namoyon bo'ladi: odam ba'zan buning uchun nobop sharoitda odatlanib qolgan qator harakatlarini qiladi, masalan, tramvayda ust-boshini yechadi va kiyadi,

botinkasining iplarini yechadi va bog‘laydi, devordan nimalarnidir izlaydi va hokazo. Bemorni bu holatdan chiqarish muvaffaqiyatsizlik bilan tugaydi, agar zo‘rluk bilan avtomatik harakatlarni bajarishiga qarshilik ko‘rsatilsa, ularda agressiv reaksiya paydo bo‘ladi, ular atrofdagilarga og‘ir zarar yetkazishlari mumkin.

Depersonalizatsiya holati

Bu holatda bemor kimligini biladi, ammo o‘zini o‘zgarganday sezadi, bu ham hamma vaqt bo‘lavermaydi va nimasi o‘zgarганиni aniq aytolmaydi. Ba‘zida kichkina bo‘lib qoldim, qo‘llarim, oyoqlarim uzun deb aytsa, ba‘zida tanam katta, vaznim og‘ir, kalam katta bo‘lib qolibdi, deydi. Bu holat bosh miyaning organik shikastlanishida va shizofreniyada uchraydi.

Ichki kasalliklar klinikasida ong to‘xtashi (o‘chishi) bilan o‘tadigan holatlarni uchratish mumkin. Bularga quyidagi o‘zgarishlar kiradi:

Obnubilyatsiya (lotincha bulut) – ongning yengil buzilishi, ong bir necha soniya qorong‘ilashib, kichik-kichik bulutchalar singari yengil suzib yuradi. Vaqtga, o‘z shaxsiga, tashqi sharoitga nisbatan mo‘ljal buzilmaydi, og‘riqli buzilishdan keyin xotiraning yo‘qolishi kuzatilmaydi.

Somnolensiya (uyquchanlik) – uzoq davom etadigan holat. Bu holatda mo‘ljal olish o‘zgarmaydi, spirtli ichimliklardan, uxlatuvchi dori vositalaridan zaharlanganda kuzatiladi.

Quloq bitishi – ancha og‘irroq kasallik. Bemorlar bu kasallikda lanj, shashti pastroq bo‘ladilar, o‘zlariga berilgan savollarga darhol javob berolmaydilar, ularning fahmi pasaygan, xotirasi zaiflashgan bo‘ladi. Quloq bitishi turli darajada ifodalanadi va diabet giperglikemiyada, o‘pka shamollashida, peritonitda, neyroinfeksiyalarda, anemiya, tif kasalliklarida kuzatiladi.

Sopor – quloq bitishining yuqori darajasi. Bemor harakatsiz, og‘riq reaksiyasiga javob berish, ko‘z qorachig‘ining yorug‘likka javob reaksiyasi, konyuktival va korneal reflekslardan tashqari, boshqa javob reaksiyalari paydo bo‘la olmaydi. Bu kasallik og‘ir kechgan infeksiyalarda, zaharlanishlarda, og‘ir yurak-tomir dekompensatsiyasida kuzatiladi.

Komatoz holat

Es-hush aynishining juda borib turgan darajasini ifodalaydi. Bemorlar savollarga mutlaqo javob bermaydilar, og‘riq ta‘sirotlariga reaksiya ko‘rsatishmaydilar. Ko‘z qorachiq-lari kengayib ketgan, yorug‘likka reaksiya bermaydigan bo‘ladi. Ko‘pincha patologik reflekslar topiladi. Bu holat ham ich terlama, zotiljam, uremiya, qandli diabet kasalliklarida uchraydi. Bu holatda bosh miya po‘stlog‘ida chuqur tormozlanish ustunlik qiladi.

Ongning buzilishi

I. Ongning xiralashuvi

1. Deliriy – o‘z shaxsining mo‘ljalini saqlagan holda joy, vaqt va atrof sharoitdagi mo‘ljalning buzilishi

2. Amensiya – atrofni, vaqt va o‘z-o‘zini bilmay qolinadi. Bemor tevarak-atrofdagi narsalarni anglamaydi, nutqi uzuq-yuluq jumladan iborat bo‘lib qoladi

3. Oneyroid – joy, vaqt va o‘z shaxsini noto‘liq, ko‘pincha, ikki xil tushunish bilan xarakterlanadi. Bemor go‘yo uyqusimon fantastik xayollar olamiga tushib qolgan bo‘ladi: u boshqa sayyoralarda, kosmik kemalarda, ekzotik bog‘-u rog‘larda yurganday sezadi o‘zini va hokazo

4. Qovog‘i solingan holat – kishining oqshom paytidagi holatini eslatadi, bunda u atrofidagi g‘ira-shira yoritilgan buyumlarning ozgina qisminigina ko‘radi. Bunday holatda ong xuddi sirg‘anma harakat qilgan bo‘ladi, faqat ayrim hodisalardagina e‘tibor beriladi

5. Ambulatoriya avtomatizmi holati – tevarak-atrofdagi narsalarni anglash va o‘z-o‘zini anglash buzilgan bo‘ladi

6. Depersonalizatsiya – bemor o‘zining kimligini biladi, lekin o‘zini o‘zgargan holda tasavvur qiladi

II. Ongning to‘xtashi

1. Obnubilyatsiya – onging qisman (yengil) buzilishi. Ong bir necha sekund yoki minut davomida xuddi xiralashganday, yengil bulut bilan qoplanganday bo‘ladi. Tevarak-atrofdagi narsalarni va o‘z shaxsini anglash buzilmaydi, kasallik holatidan keyin amneziya boshlanmaydi

2. Somnolensiya (uyqu bosishi) – bu holat ancha uzoq (soatlab, kam hollarda kunlab) davom etadi. Mo‘ljal olish bunda buzilmaydi

3. Quloq bitishi – ancha og‘ir-rog kasallik. Bemorlar bu kasallikda lanj, shashti pastrog‘ bo‘ladilar, o‘zlariga berilgan savollarga darhol javob berolmaydilar, ularning fahmi pasaygan, xotirasi zaiflashgan bo‘ladi

4. Sopor – quloq bitishining yuqori darajasi. Bemor harakatsiz, og‘riq reaksiyasiga javob berish, ko‘z qorachig‘ining yorug‘likka javob reaksiyasi yo‘q, konyuktival va korneal refleklar bor

5. Koma – onging batamom to‘xtashi. Bunday holatda bemorda og‘riq refleklari ham, konyuktival refleklar ham, korneal refleklar ham bo‘lmaydi

Tibbiyot xodimlarining es-hushi aynigan bemorlarga munosabati

Ongning turli xil o'zgarishlarida tibbiyot xodimlarining bemorlarga nisbatan munosabati turlicha bo'lishi mumkin. Ongning xiralashuvida munosabat xususiyati ruhiy kechinmaga bog'liq holda bo'ladi. Qo'rqinchli gallyusinatsiya, delirioz holatlarda bemorlar atrofdagilar uchun xavfli bo'ladilar. Hamshira shunday holat rivojlanishini sezadigan bo'lsa, shoshilinch ravishda shifokorga xabar berishi va bemorni nazorat qilib turishni ta'minlashi shart. Bundan maqsad agressiv holat va impulsiv qo'zg'alishning oldini olishdir.

Amentiv holatdagi bemorlar atrofdagilar uchun xavf tug'dirmasada, ularning ruhiy va somatik holatlari og'irlashgan bo'ladi. Shunday ekan, bu bemorlarni yaxshi parvarish qilish: pulsini o'lchab borish, nafas olishini, fiziologik ehtiyojlari qanday kechayotganini kuzatib borish kerak.

Oneyroid holat rivojlanishi bemor uchun ham, atrofdagilar uchun ham xavfli. Shizofreniyada bu jarayon tez-tez rivojlanib turadi. Hamshira bunday holatda tezlik bilan navbatchi shifokorni chaqirishi shart. U o'z vaqtida psixiatr-shifokor bilan (agar somatik kasalxonada bo'lsa) kelishib bemorga yordam berish chorasini belgilaydi.

Ongning har qanday o'zgarishlariga hamshiralalar o'z munosabatini deontologik prinsiplarga asoslangan holda amalga oshirishlari lozim.

Shaxs muammolari

Shaxs muammolari bilan psixologlar, sotsiologlar, iqtisodchilar, pedagoglar, huquqshunoslar, shifokorlar, faylasuflar va talaygina boshqa sohalarining mutaxassislari shug'ullanadilar. Baribir bu masala hozirgacha dolzarb bo'lib kelmoqda.

Shaxsni ijtimoiy tahlil qilganda "odam" va "shaxs" tushunchalarini farq qiladilar. "Odam" tushunchasi tabiiy-ijtimoiy tushuncha, "shaxs" tushunchasi esa sotsial tushuncha hisoblanadi.

Shaxs jamiyat taraqqiyotining mahsulidir. U ajralgan holda emas, balki ijtimoiy hayotning tarkibiy qismidir. Kishi shaxs bo'lib tug'ilmaydi, balki hayotda shaxsga aylanadi. Shaxsning yetilish jarayoni filogenezda ham, ontogenezda ham ijtimoiy hodisa. Bu individuumning rivojlanishi va shaxsga aylanishi u bilan bevosita va bilvosita munosabatda bo'lgan boshqa barcha individlarning rivojlanishiga bog'liq. Biroq shaxs bir butun jamiyat mahsuli emas. Shaxs ijtimoiy butunlik tarkibida jamiyat munosabatlarini amalga oshiradi. Shaxs ijtimoiy ta'sirni o'zlashtirish bilan bir vaqtda tutgan yo'lida, xulqida va boshqa kishilarga munosabatida o'zining ichki dunyosini ifoda qiladi. Shaxsning ongi, o'z qobiliyati haqida tushunchasi, xususiyatlari va jamiyatdagi mavqeyi uning ixtiyoriga bog'liq bo'lmay, balki odamning jamiyatdagi mavjud munosabatlariga bog'liq bo'ladi.

Shaxsning kasallik paydo bo'lganida qanday reaksiya ko'rsatishini ko'rib chiqish, shaxsga va kasallikning psixologik muammosi xususida to'xtalib o'tishga to'g'ri keladi. Shaxs va kasallik muammosi bemor odamning xarakterologik xususiyatlari bilan chambarchas bog'liq. Nihoyat, bu muammo xastalik kishi shaxsiga qanday ta'sir etadi degan savolga javob berishni talab etadi. Har qanday kasallik shaxsning qaysidir bir psixologik xususiyatlarining o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Masalan, emotsiya, iroda, sezgi jarayonlarining o'zgarishi. Darhaqiqat, kasal bo'lganda hamma ham "oh-voh" qilavermaydi va uning chehrasidan dardi borligi bilinmaydi. Bu bemorning individual va xarakterologik xususiyatlariga bog'liq. Lekin aksari dard azobi bilan, ahvolining yomonligidan nolish va sitamlarining bir-biriga mos kelmasligi ochiq-oydin ko'rinib turadi. Buning sababi shuki, har bir odam qandaydir dardga chalinsa, azob chekadi, vahima qiladi, ruhan tushkunlikka tushadi.

Dunyoqarash deganda kishining ko'rinib turgan obyektiv realikka qarashlari, tasavvurlari va tushunchalari tizimi tushuniladi.

Ideal – shaxsning ongi, faol intilishlarining oliy maqsadi. Ko'pincha ideallarda muayyan konkret timsollar gavdalanadi.

E'tiqod – dunyoqarashning uni amalga oshirishga intilishi bilan uyg'unligi, o'z dunyoqarashi uchun kurashga tayyorgarligi bilan belgilanadi. Shaxsning kichik tuzilmalaridan biri temperament bo'lib, u shaxsning ruhiy jarayonlar dinamikasini tavsiflab beradigan xususiyatlaridir.

Amalda temperamentning to'rtta asosiy tipi farq qilinadi: xolerik, sangvinik, flegmatik va melanxolik temperamentlar.

1. Xolerik temperament – jo'shqin, shiddatli, qizg'in va keskin bo'ladi.

2. Sangvinik temperament – jonli, harakatchan, ta'sirlanuvchan, mehribon.

3. Flegmatik temperament – osoyishta, bo'shang, sust, beqaror.

4. Melanxolik temperament – g'amgin, ma'yus, jur'atsiz, qat'iyatsiz.

Yuqorida aytilgan temperament yoki tiplar bir-biri bilan qo'shilib ketishi mumkin. I. P. Pavlov bo'yicha uchta: fikrlash, badiiy va o'rtacha tiplar mavjud.

Ikkinchi signal sistemasi faoliyati ustun bo'lsa, bu fikrlash tipi deyiladi, u aql bilan yashashga, mantiqiy tafakkurga moyil bo'ladi. U his-tuyg'ular vazminligi va mo'tadilligi bilan farqlanib turadi. Birinchi signal sistemasi ustunlik qilganda badiiy tip ko'zga tashlanadi. Uning tafakkuri konkret – obrazli, emotsional kechinmalarga boy bo'ladi. Vazminlik tipi o'rtacha, oraliq o'rinni egallaydi va ko'p uchrab turadi (80%).

Shaxsga umumiy baho berishda odamning xarakteri muhim ahamiyatga ega bo'ladi. Xarakter odamning xulq-atvori va tevarak-atrofdagi voqelikka munosabatida yuzaga chiqib, farq qilib turadigan asosiy xususiyatlarining yig'indisi hisoblanadi.

Kishi xarakterini ifodalaydigan 4 ta asosiy xususiyatni farq qilish mumkin:

1. Shaxsning atrofidagi odamlarga va jamiyatga munosabati: jamoa manfaatlarini yoki o'z shaxsiy manfaatini o'ylash, xudbinlik yoki insonparvarlik, halollik yoki qing'irlik va hokazo.

2. Mehnatga munosabati: mehnatsevarlik yoki ishyoqmaslik, ishbilarmonlik yoki uquvsizlik va hokazo.

3. O'z-o'ziga munosabat: talabchanlik yoki xotirjamlik, kamtarlik yoki maqtanchoqlik.

4. Irodasi: maqsadga intiluvchan yoki loqayd, qat'iyatlik yoki ishonchsizlik, mardlik yoki qo'rqqoqlik.

Inson xakteri bolalikdan shakllanib, ijtimoiy turmush sharoitlariga, tevarak-atrofidagi kishilarga bog'liq holda rivojlanadi. Xarakterning shakllanishida tarbiya, oila, maktab, jamoa va atrofidagi kishilarning ta'siri benihoya katta.

Bemor shaxsi va kasallik

Tibbiy psixologiyaning bu mavzusiga juda katta e'tibor berilishi kerak, chunki fanning mavzusi va maqsadi ham shu shaxsni o'rganishdan iborat.

Shaxs bilan kasallik o'rtasidagi o'zaro munosabatga kasallikning qanday aloqadorligi bor? Bu muammo tadqiqotchilarni ko'pdan buyon qiziqtirib keladi. Ko'pchilik mashhur terapevtlar kasallik va shaxs muammosiga, xususan, kasallikning shaxsga ta'siri muammosini tinmay o'rganib keladilar.

Har bir kasallik inson hayotida voqea hisoblanadi. U bemorning jismoniy holatiga ta'sir qilib qolmasdan, balki uning ruhiy holatiga, oilada, jamiyatda, ishda tutgan mavqeyiga va umuman butun hayotiga ta'sir qiladi.

Har qanday kasallik ham kishining ruhiy qiyofasini o'zgartiradi, biroq u kishini mehnat qobiliyatidan mahrum qilganda, odatdagi hayot tarzini o'zgartirganda, yangi hissiyotlar paydo qilganda, jismonan azob chekkanda va yurak xastaligi xavf solganda, ayniqsa, kuchli reaksiya paydo bo'ladi. Odamning psixikasiga og'riq, ayniqsa, u hayotga tahdid soladigan xastaliklarda juda og'ir ta'sir qiladi. Bemorlar muolajalar, qattiq tovushlar, kuchli yorug' nur ta'siridan, og'rib turgan a'zolarida qo'pol xatti-harakatlar qilinganda qattiq iztirob chekadilar, ular og'riq kuchaygan a'zoga qattiq tegishdan paydo bo'lgan og'riqni, ayniqsa, og'ir o'tkazadilar. Bunda bemorlar ko'pincha og'riq qo'zg'atuvchilarga ro'yirosi affektiv reaksiyalar bilan javob beradilar.

Kasallik ko'pincha kishining xulqini, uning qiyofasini, yurish-turishini, nutqini va mimikasini o'zgartiradi. Kasallik kishining diqqat-e'tiborini uning ichki dunyosiga qaratadi va unga shu vaqtga qadar noma'lum bo'lgan sezgilarni, tasavvur va emotsiyalarni paydo qiladi. Masalan, yurak patologiyasida ba'zan og'riq sindromidan ancha oldin bemorlar vahimaga tushadilar.

Loqaydlik holati, tevarak-atrofdagi narsalarga befarq bo'lib qolish endokrin tizimining ba'zi kasalliklari uchun xarakterlidir. G`azablanish, jizzakilik jigar kasalliklarida paydo bo'ladi. Sil xastaligi bo'lgan bemorlarda ba'zan ularning og'ir ahvoriga mutlaqo to'g'ri kelmaydigan sababsiz kayfichog'lik ko'p uchraydi.

Hamshira va bemor

Kasallik kishilarning odatdagi kundalik munosabatlarini buzibgina qolmay, balki shak-shubhasiz bemor va uning yaqin kishilari o'rtasida yangi munosabatlar paydo qiladi, shuningdek, kasal bo'lgunga qadar notanish bo'lgan kishilar bilan yangi aloqalar bog'lashga olib keladi. Kasallikning keyinchalik kechishi ularning ta'siriga va ruhiy holatiga bog'liq bo'ladi. Bemor o'z yaqinlariga, tanish kishilariga, poliklinikada yoki ambulatoriyada yoki dispanserda birinchi marta uchragan odamga o'zining dardini va kechinmalarini aytadi, ularning taskin berishini va ahvoriga tushunishini kutish bilan kasalining og'ir emasligi, unga yordam berishlarini eshitgisi keladi. Bemorning yana qaysi hamshiraga yoki shifokorga uchrashi zarurligini, u hamshiraning yoki shifokorning qandayligi, unda qo'rqmasdan davolansa bo'ladimi-yo'qligini, tajribali mutaxassisning jonkuyarligi va mehribonligini bilgisi keladi. Hamshira bilan uchrashgunga qadar bemorda u haqida ma'lum tasavvur hosil bo'ladi, bu esa bemorga avval boshdanoq katta ta'sir qiladi. Shifokor yoki hamshiraning obro'si bemorga juda katta psixik ta'sir ko'rsatadi.

Hamshiraning bemor bilan birinchi uchrashuvi, birinchi suhbat natijalari bemorning keyinchalik shu hamshira bilan uchrashishga intilishiga, uning maslahatlariga va buyurganlarini bajarishga intilishiga yoki ularga shubha bilan qarashiga, uning tavsiyalarini ongli ravishda bajarishiga, darddan tezroq holi bo'lishiga yordam beradi. Mana shuning uchun ham hamshira bilan bemorning munosabatlariga qadimdan diqqat-e'tibor berib kelinmoqda. Hamshiraning asosiy vazifasi bemorning shaxsiy xususiyatlarini, kamchiliklarini anglab yetish, shunga yarasha muomala munosabatini o'rnatishdan iborat. Hamshira bemorga mehribonlik bilan qarashi hamda hurmat qilishi lozim.

"Inson organizmining bir butunligini anglab yetgan holda haqiqiy shifokor bir vaqtning o'zida ham ruhiy, ham organik jarohatlarni davolaydi. Shifokorlik kasbining mohiyati shundaki, shifokor boshqa fuqarolardan ajralib turadi", — degan edi Andre Morus.

Shijoatkor, harakatchan, mehribon hamshira bemorning og'rig'ini yengillashtirish uchun qo'ldan keladigan barcha ishlarni qiladi. Shunday bo'lsa-da ish jarayonida xafagarchilik, janjallar, kelishmovchilik holatlari kuzatilib turadi. Ambulatoriyalarda shifokor va hamshira uchun katta muammo bemorlarni qabulxonada toqatsizlik va intizorlik bilan kutishlari

hisoblanadi. Bu esa qator qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Bu o'rinda turli omillarning ta'siri haqida o'ylashimiz kerak. Birinchi navbatda bemor bilan hamshira o'rtasidagi munosabatga to'xtalib o'tmoqchimiz.

Tibbiyot sohasining rivojlanishi bilan hamshiraning o'rni, mavqeyi va obro'si oshib bormoqda, u endilikda bemorni parvarish qilishda juda murakkab tibbiy, ilmiy, shuningdek, texnik bilimlar va ko'nikmalarni egallashi zarur. Shuning bilan bir vaqtda hamshiraga g'oyat ko'p vazifalar yuklatilgan. Bu har xil hisobotlardan ko'rinadi. Bemorlar uchun sharbatlar tayyorlash, bemorlarni ovqatlantirish, cho'miltirish, o'rin-ko'rpalarini tartibga solish, bemor gigiyenasiga tegishli boshqa turli xil vazifalar shular qatoriga kiradi. Bemorni qabul qilish, ularni kuzatib borish, turli hujjatlarni rasmiylashtirish kabi katta-kichik yumushlar bajariladi.

Hamshiraning bemor bilan yaxshi munosabatda bo'lishini barcha tibbiyot muassasalarida kuzatish mumkin. Buning boisi shundaki, hamshira hamisha bemor bilan yaqin muloqotda bo'ladi.

Hamshiraning serqirra faoliyatini hisobga olib bemor bilan hamshira o'rtasidagi munosabatlar quyidagi bosqichlarga bo'linadi:

1. Boshlang'ich.
2. Kengaytirilgan.
3. Yakuniy.

Boshlang'ich bosqichda bemor va hamshira bir-birlari bilan tanishadilar. Kengaytirilgan bosqichda davolovchi va davolanuvchi bir-birlari bilan yaqindan tanishadilar. Yakuniy bosqich keyinchilik bemorni kasalxonadan chiqarish vaqtida yuz beradi, chunki bemor o'zini kasallik xavfidan qutqargan joydan ketishdan qo'rqadi va tinchligi buziladi. Shuning uchun bemor kasalxonadan chiqishga tayyor bo'lishi kerak.

Hamshira shaxsi, ishlash uslubi, bemor bilan til topa bilish mahorati, psixologik jihatdan ishlash texnikasi – bularning hammasi o'z-o'zidan darmon bo'lib xizmat qiladi va xavotirlikdan xalos qiluvchi ta'sir ko'rsatadi. Hamshira tarbiyachi hamda tushuntirish ishlarini olib boruvchi kasbkor egasi hisoblanadi. Davolash muassasasida bemorni qabul qilish, kelgan vaqtdan boshlab unga kerakli ma'lumotlarni berish, kasalxona kun tartibi bilan tanishtirish, shifokor tomonidan yozilgan ko'rsatmalarni bajarish hamshira tomonidan amalga oshiriladi.

Yuqoridagi vazifalarni ado etish hamshiralardan yuqori malaka va chuqur bilimlar talab qiladi.

Psixopatiya bilan og'rikan bemorlar bilan muomala qilishda o'rta tibbiyot xodimlari sabr-toqatli, vazmin bo'lishlari kerak bo'ladi. Shuni esdan chiqarmaslik kerak-ki, bemor davolanishga muhtoj bo'ladi va shuning uchun ham tibbiyot xodimi barcha qiyinchiliklarga qaramay, unga zarur yordam ko'rsatishi shart.

Psixoterapiya

Ruhiy omildan davolash maqsadida ham, har xil kasalliklarni profilaktika qilish maqsadida ham foydalanish mumkin. Psixoterapiya keng ma'nodada olganda shifokorning bemorga munosabatlarining ilmga asoslangan tizimidir. Psixoterapiya har xil omillar yig'indisidan tashkil topadi. Gipnoz, bedorlik holatida ta'sir qilish va davolash, bemor shaxsiga ta'sir qilish oilaga nisbatan sog'lom muhit o'rnatishga yordam beradi. Faqat psixiatr emas, balki har qanday ixtisoslikdagi shifokor ham psixoterapiya usullarini puxta bilishi va o'zining kundalik tajribasida ulardan foydalanishi kerak.

Ba'zi hollarda shifokor bemorni tinchlantirishi, uning irodasini o'ziga bo'ysundirishi kerak. Boshqa hollarda shifokorning vazifasi bemorda o'z sog'lig'iga katta ahamiyat berishi kerakligi haqida fikr tug'dirishi kerak.

I. P. Pavlovning fikricha, so'z katta yoshdagi kishining bundan oldingi butun hayoti tufayli miya katta yarimsharlariga keluvchi barcha tashqi va ichki qo'zg'atuvchilar bilan bog'langan bo'ladi, ularning hammasiga signal beradi, ularning hammasini almashtiradi va shu sababli mazkur qo'zg'atuvchilar taqozo qiladigan barcha harakatlarni, organizm reaksiyalarini keltirib chiqarishi mumkin.

Psixoterapiya tarixi uzoq asrlarga borib taqaladi. Qadimgi Misrda, Hindistonda, Gretsiyada buni alohida sehrlar deb atashgan, o'rta asrlarda esa jodugarlik, afsungarlik deb atashgan. Ta'sir ko'rsatish va gipnoz hodisalarini muntazam ravishda o'rganish XVIII asrning oxirlaridan boshlangan.

Psixoterapiyada agar shifokor har bir bemorning o'ziga xos ravishda ish tutmasa, uning ruhiyatining biror xususiyatini hisobga olmasa, u bemor dardini yengillashtirish o'rniga unga zarar yetkazib qo'yishi mumkin. Shunday qilib, psixoterapiya bosh tamoyilining buzilishi, har bir bemorga tegishli munosabatda bo'lmaslik unga jiddiy zarar yetkazishi va kasallikning kechishini og'irlashtirishi mumkin. Bunga yo'l qo'ymaslik uchun shifokor albatta psixoterapevt bo'lishi ham kerak. Psixoterapevtik ta'sir qilishning eng ko'p tarqalgan usullaridan biri shifokor bilan bemorning juda yaqin munosabatda bo'lishidir. Buni har bir tibbiyot xodimi bilishi kerak. Bemorning shifokor bilan ilk bor uchrashuvi ko'pincha hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Shifokor bemor ishonchini qozonmasa, keyinchalik bunga erishish juda qiyin bo'ladi, bu psixoterapiyaning muvaffaqiyatli chiqish asosiy shartlaridan sanaladi.

Bemor bilan suhbatlashish, shak-shubhasiz, psixoterapiyaning yetakchi mezonini hisoblanadi. Bemor shifokor bilan samimiy suhbatda bo'lsa, dardi yengillashgandek bo'ladi, tinchlanadi. Bemor shifokor bilan suhbatlashganidan so'ng o'zini yengil his qilmasa, u shifokor emas, degan edi olim V. M. Bexterev.

Psixoterapevtik ta'sir qilish choralari orasida ta'sir qilish va o'z-o'ziga ta'sir qilish ko'zga ko'rinarli o'rin tutadi. Ta'sir qilishda bemorga go'yo passiv rol ajratiladi va u shifokor gapirayotgan hamma narsalarga ishonadi.

Psixoterapiyaning eng ko'p tarqalgan usullaridan biri gipnoz holatida ta'sir qilish hisoblanadi. Gipnoz bosh miya po'stlog'ining tormozlanishidan iborat bo'lib, shifokorga bosh miya po'stlog'ining ma'lum nuqtasida mujassamlashgan yig'ma qo'zg'atgichni hosil qilishga imkon beradi.

Gipnoterapiyaning har xil turlaridan foydalanish, ayniqsa, keng qo'lanilib kelinmoqda. Psixoterapiya metodlari xilma-xildir. Seanslarning davomliliigi va tezligi, ta'sir qilishning mazmuni turli sabablarga qarab o'zgartirib boriladi.

Tibbiyot xodimi faqat maxsus kurslarda shug'ullanib, tegishli malaka va amaliy bilimga ega bo'lganidan so'ng gipnoterapiya usulini qo'llashi mumkin.

Maxsus psixoterapevtik uslublar haqida umumiy ma'lumotlar

Maxsus psixoterapevtik uslublarni shifokor amalga oshiradi. Biroq kasalning psixoterapiyadan oldingi va keyingi holatiga to'g'ri baho beradigan bo'lish uchun o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi ham psixoterapevtik ta'sirlarning mohiyatini yaxshi bilib olishi kerak.

Psixoterapevtik uslublarning hammasini shartli ravishda inontirish, ishonch hosil qilish va faollashtiruvchi psixoterapiyaga bo'lish mumkin. Bundan tashqari, individual va kollektiv (jamo) psixoterapiyasi tafovut qilinadi.

Inontirish — bir odamning ikkinchi bir odamga psixologik yo'l bilan o'ziga xos tarzda ta'sir qilishidir. Inontirishda kasalning ongi bilan intellektidan ham ko'ra ko'proq his-tuyg'ulari va tasavvurlariga ta'sir ko'rsatiladi. Modomiki shunday ekan, inontirish o'z mohiyati bilan emotsional ta'sir ko'rsatishdir. Inontirish, asosan, kasalning sezgisi (emotsiyalari) va taassurotga qaratilgan bo'lgani uchun uni kasal tanqidiy nuqtayi nazar bilan qarshi olmaydi va bu hol ta'sirning kasal psixikasiga oson o'tib, ancha mustahkam bo'lib qolishiga hamda uzoq kor qilib turishiga imkon beradi. Fiziologik nuqtayi nazardan qaraganda, inontirish bosh miya po'stlog'ida konsentrlangan (jamlangan) ta'sirlanish o'chog'idir. Bu o'choq manfiy induksiya tufayli o'z atrofida tormozlanish zonasini hosil qiladi. Mana shunday zona vujudga kelishi inontirishga alohidalik va mustahkamlik baxsh etadi.

Shifokor tomonidan davo maqsadlarida inontirish usulini tatbiq etish davo maqsadida ishontirish deb ataladi. Gipnoz holatida inontirish, tabiiy uyqu holatida inontirish, uxlatadigan yoki narkotik dorilar berilganidan keyin inontirish (narkogipnoz), uyg'oqlik vaqtida ishontirish va o'z-o'zini ishontirish tafovut qilinadi.

Gipnotik holat (gipnoz) – uygʻoqlik bilan uyquga oʻtish orasidagi chala uyqu holati. Bosh miya poʻstlogʻining bir qismi tormozlanib, chet taassurotlarning idrok etilmasdan qolishiga sabab boʻladi. Bosh miya poʻstlogʻining boshqa qismlarida gipnotik fazalar – baravarlashtiruvchi faza, paradoksal, ultraparadoksal fazalar qaror topadi (bu fazalarning mohiyati fiziologiya kursidan maʼlum). Shifokorning inontirib aytganlari bemor diqqatini chalgʻitadigan chet va tanqidiy fikrlarga toʻqnash kelmasdan, "yengilmas ahamiyat" kasb etadi (I. P. Pavlov).

Kasalni gipnoz qilishning (uxlatib qoʻyishning) koʻpgina usullari bor. Eng muhimlarini keltirib oʻtamiz. Odam uxlab ketayotganini tasvirlovchi bir xildagi qisqa jummalarni bir ohangda takrorlab turish yoʻli bilan kasalni uxlatib qoʻysa boʻladi (soʻz bilan uxlatish). Masalan: "Butun aʼzoyi badaningiz tin olib, muskullaringiz boʻshashib turibdi. Atrofingiz jimjit. Butun badaningiz yayrab kelayapti. Koʻzlaringiz yumilib ketayapti. Qoʻl va oyoqlaringiz ogʻir tortib, juda uyqungiz kelayapti. Fikrlaringiz xiralashib, chalkashib ketmoqda. Hamma gʻam-tashvish va hayajonlar sizni tark etgan. Mudroq bosib, orom olmoqdasiz. Sizni tobora koʻproq... tobora koʻproq uyqu bosmoqda. Uxlay qoling... Uxlay qoling..."

Soʻz bilan uxlatish oxirida baʼzan 10 yoki 20 gacha sanaladi (uxlatish formulalari) va shifokor 10 gacha (20 gacha) sanaganidan keyin kasal uxlab qoladi deb aytiladi.

Ikkinchi usul kasalga bir ohangdagi tovushlar (metronomning urib turishi, soatning chiqillashi) bilan, yorugʻlik taʼsirlari (koʻk lampochkaning oʻchib-yonishi), issiqlik taʼsirlari bilan (tananing boshdan oyogʻiga isitadigan lampa qoʻyiladi) taʼsir qilishdan iborat. Baʼzan uxlatish shifokorning qoʻlidagi yaltiroq sharchaga yoki nevrologiya bolgʻachasining uchiga tikilib qarashni bemorga taklif etish bilan boshlanadi. Bemor koʻzlarini tez charchatish uchun shunday qilinadi. Bir necha oʻn sekunddan keyin, odatda, bemor koʻz qovoqlari ogʻir tortib, yumilib qoladi. Passalar (pehana, qoʻllarni, bemor tanasini uzinasiga silash) oʻziga xos usuldir, uxlatishning qoʻshimcha hamma usullari (bir ohangdagi taassurotlar bilan taʼsir qilish, bemorning koʻzini biror narsaga qaratish, passalar), odatda, soʻz bilan uxlatish usuli bilan birga ishlatiladi.

Gipnotik holat yuzaki, oʻrta va qattiq gipnozga boʻlinadi. Yuzaki gipnoz koʻz qovoqlari va qoʻl-oyoqlar ogʻir tortib, mudroq bosadigan, koʻpincha puls va nafas siyraklanib qoladigan holatdir. Gipnoz seansidan keyin kasal boʻlib oʻtgan hamma hodisalarni eslab qoladi.

Oʻrtacha gipnoz – yengil uyqudir. Kasal koʻzini ocholmaydi, soʻz bilan taʼsir koʻrsatib, harakat sferasi (soʻz taʼsiri bilan vujudga keltirilgan parezlar, giperkinezlar, katalepsiya) bilan sezgi sferalarida (anesteziya, giperesteziya) oʻzgarishlar keltirib chiqarish mumkin. Oʻrtacha gipnozdan keyin ham seans vaqtida roʻy bergan hodisalar xotirada saqlanib qoladi.

Qattiq, chuqur gipnoz (boshqacha aytganda somnambulizm, lotincha somnus – uyqu va ambulare – yurmoq, ya’ni uyquda yurmoq degan soʻzlardan olingan) – roʻyirost gipnotik uyqudir. Rappoport (miya poʻstlogʻida sergak qolgan alohida punkt hisobiga shifokor bilan bemor oʻrtasida bogʻlanadigan aloqa) tamomila alohidalanib qoladi (ya’ni shifokordan boshqa kishi kasal bilan aloqa oʻrnata olmaydigan boʻlib qoladi) deb aytgan. Aʼzoyi badandagi muskullar tamomila boʻshashib, qoʻl koʻtarilsa, shilq etib tushadi, baʼzan odamning iyagi osilib qoladi. Kasallarni inontirib gallyusinator obrazlar (koʻrish, eshitish, hid bilish obrazlarini) hosil qilish, ularni boshqacha bir vaziyatda deb (uyda, koʻlda choʻmilayapti, avtomobilda ketayapti, teatrdagi oʻtiribdi deb) ishonitirish mumkin. Postgipnotik taʼsirlarni yuzaga chiqarsa ham boʻladi (ya’ni kasalning koʻngliga solingan harakatlarni u uyqudan uygʻonganidan keyin bir necha soat, kun va hatto hafta oʻtgach qiladigan boʻlishiga erishish). Seansdan keyin amneziya kuzatiladi.

Davo maqsadlarida gipnoz holatidan ikki xil – oʻz holicha gipnozdan foydalanish (K. I. Platonov fikriga qaraganda, "gipnoz orom beradi") va gipnoz vaqtida soʻz bilan taʼsir koʻrsatish, inontirish uchun foydalanish mumkin. Gipnoz vaqtida inontirishdan foydalanish usuli koʻproq qoʻllaniladi. Soʻz bilan taʼsir koʻrsatib, inontirish imperativ (buyuruvchi) va izohlovchi (tushuntirib beruvchi) taʼsirga boʻlinadi. Ikkinchi holda inontirish sabab, vajlarni koʻrsatib berib, kasalga tushuntirish, unda ishonch hosil qilish bilan birga olib boriladi.

Inontirish seansidan keyin baʼzi hollarda takror gipnotik holat boshlanishi koʻriladi (xususan, kasal gipnoz holatidan batamom va bekamu koʻst chiqarilmagan boʻlsa). Shu munosabat bilan statsionarda gipnoz vaqtida taʼsir koʻrsatib davolanadigan kasallar bir necha soat mobaynida xodimlarning kuzatuv ostida boʻlishi, ambulatoriya sharoitlarida esa gipnoz seansi tugaganidan keyin bir soat davomida poliklinika yoki dispanserda kuzatib turilishi kerak. 2–3 soatgacha choʻziladigan gipnoz seanslari qoʻllaniladigan boʻlsa (V. E. Rojnov) yoki gipnotik uyqu bilan davolash usuli qoʻllaniladigan boʻlsa, bunda ham kasallar oʻrta maʼlumotli tibbiyot xodimining kuzatuv ostida turadi.

Gipnoz vaqtida kamdan kam hollarda bemorda isteriya xuruji tutib qolishi mumkin. Bunday xuruj xavfli emas. Kasalni gipnotik holatdan chiqarish kerak. Uning oldida yelib-yugurib, asoratni ogʻir qilib koʻrsatish yoki shu vajdan vahima koʻtarish yaramaydi.

Tabiiy uyqu holatida inontirish. Tabiiy uyqu vaqtida ishonitirish usuli kam (aksari bolalarda) qoʻllaniladi. Baʼzan tabiiy (rosmana) uyquni gipnotik (chala) uyquga asta-sekin oʻtkazish usulidan foydalaniladi. Umuman, uyqu vaqtida koʻpgina odamlar inson nutqini idrok eta olish qobiliyatini saqlab qolishini yodda tutish kerak. Tibbiyot xodimi buni bilishi muhim. Bemor uygʻoqligi vaqtida uning oldida aytib boʻlmaydigan narsalarni kasal uxlab yotgan paytida ham gapirish mumkin emas.

Uxlatadigan yoki narkotik moddalarni berib isontirish. Bemor yetarli gipnabel bo'lsa (gipnozga tez berilmaydigan bo'lsa) va boshqa ba'zi hollarda narkogipnozdan foydalaniladi. Bemorga uxlatadigan dori ichiriladi yoki venasiga yuboriladi. Odatda, 0,1–0,2 amital-natriy, 0,1 nembotal, 0,3–0,5 medinal beriladi yoki amital-natriy geksenal, pentotal yoki shunga o'xshash preparatning 5% li eritmasidan 3–5–7 ml venaga yuboriladi. Doza har kimning o'ziga qarab tanlanadi. Dori berilayotgan paytda bemorning ahvoli kuzatib boriladi. Bemordan ovoz chiqarib sanash yoki biror narsani so'zlab berish iltimos qilinadi. Avvaliga harakatlar tormozsizlanib, eyforiya boshlanadi, keyin uyqu bosib, odam uxlab qoladi. Odamni uyqu bosib turgan paytda so'z bilan ta'sir ko'rsatib inontiriladi. Tibbiyot hamshirasining roli inontirish pirovardiga yetguncha qattiq uyqu bosib turadigan holatni saqlab qolishdan iborat.

Uyg'oqlik holatida ishontirish. Gipnozdan tashqari paytda inontirish ham xiyalagina shifobaxsh ta'sir qiladi. Shifokorlar kasallar bilan suhbat qilar ekan, aslida har safar inontirish usulidan foydalanadilar. Shifokorning ishontirib ko'rsatadigan ta'sir kuchi o'sha shifokorga bemorning qanday munosabatda bo'lishiga ko'p jihatdan bog'liq. Shifokorning nufuz-e'tibori, bemorga ustalik bilan muomala qila olishi, kasal odamning psixologiyasini bilishi isontirish usulidan davo maqsadlarida keng foydalanishga imkon beradi. Atoqli rus olimi V. M. Bexterev mana bunday deb yozgan edi: "Shifokor bilan suhbatlashganidan keyin bemor yengil tortmasa, u shifokor emas". Ko'pgina shifokorlar tushuntirib inontirish usulidan foydalanadilar. Bemor kushetkaga yotqizilib, ko'zlarini yumish tavsiya etiladi. Bemorni uxlatmasdan turib, faqat muskullari bo'shashtiriladi va orom, tin olishiga erishiladi. Aytildigan narsalar past ovoz bilan tushuntirib boriladi va shu tariqa ta'sir ko'rsatiladi, Masalan, mana bunday deyiladi: "Hozir asab hujayralari orom olib, kuch to'plamoqda. Shuning uchun siz turganingizdan keyin o'zingizni ancha tetik his qilasisiz". Yoki: "Sizning tajangligingiz asab sistemangizning zaifligiga bog'liq. Ammo asab hujayralarining o'zi butun, ular charchagan, xolos. Hozir ular kuch to'plamoqda. Seansdan keyin Siz juda tinchib qolasisiz".

Uyg'oqlik davrida inontirish anchagina emotsional ko'tarinkilik fonida, ayniqsa, yaxshi kor qiladi (inontirishga affektiv moyillik). Xuddi shunday shart-sharoitlar ko'pincha kasallar guruhda vujudga keladi. Kasallar orasida induksiya jarayoni (affektiv holatning bir kishidan ikkinchi kishiga o'tishi) ro'y beradi. Duduqlanish, alkogolizm, nevrozlarga davo qilish uchun uyg'oqlik holatida inontirish usuli qo'llaniladi.

Ruhan o'z-o'zini boshqarish keng ma'noda organizmning barcha sistemalari faolligini boshqarishdir. Faollik barcha tirik mavjudotga xos bo'lib, ularning rivojini ta'minlaydi. Biologik o'z-o'zini boshqarishga gomeostaz, ya'ni tana haroratining doimiyliigi, arterial qon bosimi, qon shaklli elementlarining bir xilligini misol qilish mumkin (albuminlar,

immunoglobulinlar va hokazolar). Ruhan o'z-o'zini boshqarish har bir insonning tashqi omillarning salbiy ta'sirini kamaytiruvchi imkoniyatidir.

Ruhiy sog'liq bu insonning ruhiy osoyishtalik, o'z-o'zini boshqara bilish, yaxshi kayfiyat, murakkab vaziyatlardan tezda chiqa bilish, qisqa vaqt ichida ruhiy osoyishtalikni tiklay olish qobiliyatiga ega bo'lishdir.

Buyuk fiziolog I. Pavlov "ruh" bilan "tana"ning o'zaro uzviyligini, boshqacha qilib aytganda organizmning ruhiy jarayonlar bilan o'zaro bog'liqligini o'rganish natijasida ruhiy o'zgarishlar oqibati, albatta, a'zolar va sistemalar faoliyatiga ta'sir etishini isbotlab berdi.

Ma'lumki, kuchli hissiyotlar yurak urishi bilan birga kechadi. Bunda yuzning qizarishi yoki oqarishi kuzatiladi (tomirlarning qisilish yoki kengayishiga qarab). Bu holatlarning mazmuni hamda jadalligi shaxsning va organizmning o'ziga xos xususiyatlariga bog'liq. Ruhiiy ta'sirlar bosh og'rig'ini yoki organizmdagi boshqa funksional buzilishlarni keltirib chiqarishi mumkin. Shunga ko'ra har bir shaxs o'z-o'zini ruhan idora eta olishi, bu bilan esa organizmni turli zararli ta'sirlardan saqlashga erishishi lozim. Aks holda organizmda va ruhiyatda odam uchun og'ir bo'lgan turli noxushliklar paydo bo'ladi.

Ruhiy o'zgarishlar ta'sirida somatik sohada quyidagi buzilishlar sodir bo'lishi mumkin:

- me'da-ichak tomonidan ko'ngil aynishi, qusish, ich ketishi, qabziyat, ishtahaning yo'qolishi;

- nafas a'zolari tomonidan nafas qisishi, nafas bo'g'ilishi, yo'tal;

- yurak-tomir sistemasida arterial qon bosimining ko'tarilishi, taxikardiya, bradikardiya, yurakda og'riq hissi, yurak faoliyati maromining buzilishi, es-hushni yo'qotish bilan birga yurak faoliyatining kollaps darajasigacha zaiflashuvi, psixogen hushsizlik. Amaliyotda ko'pincha shunday hollar uchraydiki, kishilarda infarkt va insult og'ir kechinmalar, ruhiy iztiroblardan keyin paydo bo'ladi.

- Siydik tanosil sistemasida ruhiy buzilishlar siydik ushlanishi, ba'zan uning to'xtamasligi bilan namoyon bo'ladi. Erkaklardagi jinsiy zaiflik va ayollardagi jinsiy sovuqlik ko'pincha ruhiy o'zgarishlardan kelib chiqadi.

- Ichki sekretor faoliyatning psixogen buzilish hollari ma'lum bo'lib, bundagi pertireoz, ayollarda hayz davrining buzilishi va emizikli onalarda sut kamayishi kiradi.

Kutish nevrozi ham ma'lum bo'lib, uning mohiyati shundan iboratki, u yoki bu kasallik ko'rinishini qo'rquv bilan kutish uning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Masalan, qizarishdan qo'rqish qizarishning o'zini keltirib chiqaradi, jinsiy zaiflikdan qo'rqish mijoz sustligiga sabab bo'ladi.

Yuqorodagilardan xulosa qilib shuni aytish mumkinki, organizm a'zo va sistemalarining normal faoliyat ko'rsatishi bevosita ruhiyatning qanchalik to'g'ri boshqarilishiga bog'liq. Shu o'rinda har bir kishining o'zi o'zini tahlil qilishi va tarbiyalashi katta ahamiyatga ega. Chunki har bir

narsani, ta'sirni to'g'ri talqin qilish, to'g'ri xulosa chiqarish, ya'ni tahlil qilish organizmni noxushliklardan asraydi.

O'z-o'zini ruhan idora etishda o'zini tarbiyalashning ahamiyati katta. Har tomonlama tarbiyalangan kishi o'zini, o'z ruhiyatini va ichki a'zolarining faoliyatini to'g'ri boshqara oladi. Tarbiyalanish uchun esa har bir odam o'zi harakat qilishi lozim. Ota-ona va atrofdagilar tarbiyalanishda sabab bo'lishlari mumkin, xolos.

O'z-o'zini tarbiyalash uchun quyidagi usullardan foydalanish mumkin:

1. O'z-o'zini va atrofdagilarni kuzatish.
2. O'z-o'zini va atrofdagilarni nazorat qilish.
3. O'z-o'zini majburlash.
4. O'z-o'ziga hisobot berish.

Kuzatish natijasida salbiy va ijobiy xususiyatlar aniqlanib, nazorat ostiga olinadi. Salbiy xususiyatlarni bartaraf etish uchun esa o'z-o'zini majburlash zaruriyati tug'iladi. Buning natijasida kishida salbiy xususiyatlar yo'qolib, atrofdagilarga va ulardan esa o'ziga faqat ijobiy taassurotlar olishni yuzaga keltiradi. Har bir qilinadigan va qilingan ishlar, gapiriladigan va aytilgan so'zlarning andishali bo'lishi esa yaxshi kayfiyat saqlanishiga imkon beradi.

Ushbu xususiyatlarni o'zida mujassamlantirgan kishilar o'z ruhiyatini to'g'ri boshqaradi, sog'lig'ini asraydi. Yuqoridagi xatti-harakatlarni shakllantirishda irodali bo'lish katta ahamiyatga ega. Lekin qanchalik o'zini tarbiyalab, ruhiyatini, organizm faoliyatini to'g'ri boshqarmasin, ruhiy muvozanat turli omillar ta'sirida ham buzilishi mumkin. Bunday holatlar esa ruhiyatni muhofaza (himoya) qilish zaruratini tug'diradi.

Tibbiyot xodimlari faoliyatida asabiy holatlar, ayniqsa, ko'p uchraydi. Buning uchun ruhiyatni muhofaza qilish usullaridan foydalanish zarur. Bularga quyidagilar kiradi:

1. Taqqoslash-identifikatsiya.
2. Moslashish-proyeksiya.
3. E'tiborni chalg'itish yoki o'zgartirish.
4. Unutish yoki siqib chiqarish.

Bu usullarni qo'llash natijasida ruhiyatdagi salbiy ta'sirlar birmuncha kamayadi yoki bartaraf etiladi. Bu bilan ichki a'zolar faoliyatida sodir bo'lishi mumkin bo'lgan salbiy o'zgarishlarning oldi olinadi.

Turli xil ruhiy iztiroblarga barham berish, organizmni tetiklashtirish maqsadida o'z-o'zini ishontirish usuli qo'llaniladi. Har bir odam ruhiyati orqali ichki a'zo va tizimlari faoliyatiga ta'sir etishi, bu bilan ularning (shu organ va sistemalar) faoliyatini me'yorlashtirishi mumkin. Ushbu muolajani bemorning o'zi o'tkazadi. Matnni shifokor beradi, keyin uni bemor murakkablashtirib va takomillashtirib boradi. O'z-o'zini ishontirish usuli bilan o'z sog'lig'i uchun asossiz xavotir olishga barham beriladi, og'riqni his qilish yengillashadi va ruhiy iztiroblarga munosabati o'zgaradi, hayot qiyinchiliklarini yengish osonlashadi.

Olimlar (I. R. Tarxanov, V. M. Bexterev, K. I. Platonov va boshqalar)ning ko'pdan ko'p tajribalari kasalning o'z-o'zini ishortirib aytgan so'zlari organizmning turli tizimlarida fiziologik o'zgarishlar keltirib chiqarishini ko'rsatdi. O'z-o'zini ishortirish ham tashqaridan ta'sir qilib inontirish singari bosh miya po'stlog'ida konsentrlangan qo'zg'alish o'chog'idan iborat. Mazkur holda bu o'choqni bemorning o'zi muayyan so'z formulalari yoki xayoliy tushunchalar yordami bilan vujudga keltiradi. Tansiq ovqat to'g'risida o'ylashga javoban me'da shirasining ajralishi, sovuq ta'sir qilishi to'g'risida o'ylashga javoban badan terisining "tuk-tuk" bo'lib ketishi, ko'zga yot narsa tushdi deb xayol qilinganida ko'zning pիրpirashi va boshqa shu singari dalillar tushunchalarning organizmdagi fiziologik jarayonlarga ta'sir ko'rsatishini aniq-ravshan qilib isbotlaydi.

Hozir o'z-o'zini ishortirishning har xil uslublari qo'llaniladi. Ularning biri shundan iboratki, shifokor kasal bilan birgalikda "o'z-o'zini ishortirish formulasi" degan narsani, ya'ni o'z-o'zini ishortiradigan qisqacha shifobaxsh matnni (4–5 jumlani) tuzadi. Masalan: "Men o'zimni ancha yaxshi his qilayapman. Kayfim joyida, tuzuk. Uyqum ham, ishtaham ham tobora yaxshilanib kelyapti. Davodan ancha naf ko'rdim" va hokazo. O'z-o'zini ishortirishning umumiy usullaridan keyin kasallikning ayrim simptomlariga qaratilgan maxsus usullar qo'llaniladi. Bu "formula"ni kasal tinch yotgan va muskullari bo'shshagan holatda bir necha marta fikran yoki shivirlab takrorlaydi (ertalab o'rinda, tushki paytda va kechqurun uyqu oldidan).

Autogen trenirovka. Autogen trenirovka (ya'ni bemorning o'zi bajaradigan mashq) psixoterapiyaning keng tarqalgan uslubidir.

Autogen trenirovkani nemis olimi I. Shuls taklif etgan. Bizda bu trenirovka har xil variantlarda qo'llaniladi. Kasal karavotga yotadi yoki stulga oldinga engashib o'tiradi. U tayyorlanib olgandan keyin: "O'ng qo'lim og'ir tortib qoldi", degan I mashqni aniq-ravshan tasavvur qilishga urinadi. Mana shunday mashqni kasal kuniga 2–3 mahal, yaxshisi uyqu oldidan va uyqudan uyg'ongan zahoti takrorlaydi. O'ng qo'lini ancha og'ir tortib qolgandek his qilganidan keyin chap qo'lga, so'ngra oyoqlariga o'tadi. II mashq: "O'ng qo'lim iliq bo'lib qoldi", III mashq: "Quyoshsimon chigalim issiq bo'lib qoldi, u issiq sochmoqda", IV mashq: "Yuragim kuch bilan bir tekis urib turibdi", V mashq: "Nafasim chuqur va ravon", VI mashq: "Peshanam muzdekkina". Ba'zan birinchi 2–3 mashq bilan cheklaniladi. Mashqlar bajarilganidan keyin muskullar bo'shshib, odam o'zini juda tinch his qiladi, ko'pincha uni uyqu bosadi. Ana shu holatda davo maqsadida shifokor aytgan o'z-o'zini ishortirish usulini qo'llash foydalidir.

Inontirib va o'z-o'zini ishortirib davolashda tibbiyot hamshirasining roli juda katta. Tibbiyot hamshirasi kasallarni juda sinchkovlik bilan kuzatib borishi kerak. Davolashning hozir aytilgan turlari bexatar bo'lsa ham, ba'zan asoratlar ko'riladi. Masalan, gipnotik holatning asorati qoladi,

bosh og'riydi, autogen trenirovkada esa arterial bosim pasayadi va hokazo. Biroq davvo ta'sirida kasalning psixologik holati qanday o'zgarib borayotganini o'rganish, uning davvoga munosabatini tekshirib borish ham tibbiyot xodimning g'oyat muhim vazifasi hisoblanadi.

Psixoterapevtik yo'l bilan ishontrish. Psixoterapiyaning boshqa juda muhim bir turi ishonch hosil qilish yo'li bilan davolashdir. Shifokor bu usulni qo'llash uchun kasalni yaxshi bilishi kerak. Ishontirish kasal shaxsiyatining hamma xususiyatlarini hisobga olib turib, individual ravishda olib boriladigan bo'lsagina shifobaxsh vosita bo'lib qolishi, ya'ni kasallikka aloqador kechinmalarning susayib, barham topishiga yordam berishi, bemor faolligini safarbar etishi, bemor oldiga uni qiziqtiradigan aniq-ravshan maqsadlar qo'yishi mumkin.

Jamoa va guruh psixoterapiyasi. Jamoa va guruh psixoterapiyasi bir-biriga yaqin tushunchalardir. Ularning o'rtasidagi farq shundan iboratki, guruh bo'lib psixoterapevtik ta'sir qilish shifokordan chiqadi va umuman butun guruhga qaratilgan bo'ladi. Masalan, gipnoz seansi yoki psixoterapevtik suhbat o'tkazilib, shu seans yoki suhbat vaqtida shifokor asab kasalliklarining sabablarini, ularga qarshi kurash usullarini muhokama qilib chiqadi.

Jamoa psixoterapiyasida ham bemorlar jamoaning har bir bemorga shifobaxsh ta'sir ko'rsatishidan foydalaniladi.

Psixoterapevtik guruh a'zolarining qanday bo'lmasin biror narsa yoki hodisa to'g'risidagi fikrlari jamoada muhokama qilib chiqilganidan keyin ancha to'g'ri va barqaror fikrlar bo'lib qolishini V. M. Bexterev va xodimlari ko'rsatib berdilar. Jamoada diqqat hajmi kengayib, idrok etiladigan foydali axborot miqdori ham ortishini aytib o'tish o'rinli bo'ladi. Mana shularning hammasi jamoa psixoterapiyasi metodining foydali ekanligini ko'rsatadi.

Emotsiyalarga kelganda, jamoada bir kasalning ikkinchi kasalga emotsional jihatdan ta'sir ko'rsatishini aytib o'tish kerak. Psixoterapevtik guruh kasallari to'g'ri tanlab olinadigan bo'lsa, bu guruh ruhiyatining umuman ko'tarilishiga, guruhga yaxshi "davvo daldasi" berish uchun qulay sharoit yaratishga sabab bo'ladi.

Kasallarning noto'g'ri fikrlari, pessimistik xayollari, ba'zan kasallarning davvoga nisbatan shubha bilan qarashlarini birmuncha faol bo'lgan boshqa kasallar tanqid qilib, ochib tashlaydilar. Jamoa psixoterapiyasi uchun kasallarni "sog'ayayotgan, sog'ayishni boshlagan kasal" tamoyilida tanlash "sog'ayishga boshlagan kasallar uchun" "shifobaxsh istiqbol" yaratib, ularning "sog'ayishga ishonchini" mustahkamlaydi.

Faollashtiruvchi psixoterapiya. Faollashtiruvchi psixoterapiyaning maqsadi — kasal shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini safarbar etib, uni real turmush sharoitlariga jalb qilish, kasallik natijasida izdan chiqqan funksiyalarni mashq qildirishdir. Faollashtiruvchi psixoterapiya, xususan, bo'shanglik hodisalari bilan faollik, tashabbusning susayib qolishi bilan

oʻtadigan ruhiy kasalliklarda (apato-abulik sindromda) juda katta rol oʻynaydi. Bunday holatlar shizofreniyada, bosh miyaning organik kasalliklarida (xususan, bosh miya peshana boʻlaklariga ham shikast yetgan kasalliklarda) boʻladi. Faollashtiruvchi psixoterapiya kasallarda yangidan yangi qiziqish va istaklar uygʻotib, ipoxondrik holatlar singari kasallik koʻrinishlarini susaytiradi, bemorlar diqqatini oʻz ruhiyatidan, ichki aʼzolarining qanday ishlayotganidan chalgʻitadi. Asteno-ipoxondrik holatdagi kasallar (nevrotiklar, psixopatlar, asab sistemasining organik kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlar va boshqalar) ham, odatda, faollashtirishga va boshqacha turmush maromiga oʻtkazishga muhtoj boʻladilar.

Psixoterapiya va davo mashqlari (trenirovkalari). Tibbiyot amaliyotida davo mashqlari metodidan keng foydalaniladi. Davo mashqlari organizmdagi ayrim aʼzo va sistemalarni, ayrim psixik funksiyalar yoki umuman kasalning butun shaxsiyatini muntazam ravishda va izchillik bilan mashq qildirib borishdan iborat. Kasallar oldiga ular bajarib borishi kerak boʻlgan muayyan vazifalar qoʻyiladi, shu bilan birga davolash vaqtida bu vazifalar tobora koʻproq murakkablashib boradi. Chunonchi, protezdan endigina foydalana boshlagan kasallarga tobora murakkabroq harakat mashqlari beriladi. Insult boʻlib, nutq izdan chiqqan kasallarga asta-sekin nutq nagruzkasi berib boriladi; rak, qon tomirlar sistemasi kasalliklarida sayr qilish buyuriladi, shu bilan birga kasal aylanib chiqadigan masofa, shuningdek, kasal yuradigan yer yuzasining nishabligi (balandligi) asta-sekin oshirib boriladi.

Ana shunday mashqlar tizimli psixiatriyada ham, nevropatologiyada ham qoʻllaniladi. Chunonchi, Korsakov psixozida (xotira buzilib, polinevrit paydo boʻlishi bilan tavsiflanadigan kasallikda) dori berib davolash va fizioterapiya bilan bir qatorda kasallarga xotirani tiklashga yoki lokal yaxshilashga qaratilgan shifobaxsh kurs buyuriladi. Nevrotik oʻzgarishlarning talaygina turlari (agorafobiya, kardiofobiya, astaziya-abaziya)ga muhtalo boʻlgan kasallar muntazam mashq qilib turishga muhtoj boʻladilar.

Davo mashqlari kompleks chora-tadbirlardir. Ularni buyurishda terapevt, zarurat boʻlsa, xirurg, ortoped, shuningdek, nevropatolog, logoped, psixiatr, davo fizkulturasi boʻyicha mutaxassis, pedagog birgalikda maslahatlashib ish koʻradi.

Oʻrta maʼlumotli tibbiyot xodimi mana shu vazifalarni bajarishda faol yordam beradi. Kasallar koʻpincha ularning oldiga shifokorlar qoʻygan vazifalarni bajara olishiga shubha bilan qaraydilar. Chunonchi, ularning baʼzilari oʻrnidan turib, xona ichida oʻz holicha yurishning iloji yoʻq, deb hisoblasa, boshqalari uydan tashqari chiqishdan bosh tortadi, uchinchilari boshqa turdagi mehnat yoki mashgʻulotga oʻtishdan boʻyin tovlaydi. Mana shunga oʻxshagan ishlarning hammasini batamom tuzalib ketganimdan keyingina bajarishim mumkin, deb hisoblaydigan kasallar ham uchraydi. Ular: "Mudom yuragim oʻynab turadi-yu, men qanday qilib

yura olaman" yoki: "Og'zimga ovqat olishim bilan ko'nglim ayniyveradi, shuning uchun men ovqat (u yoki bu turdagi taom) eya olmayman", – deb aytadilar va hokazo. Tibbiyot xodimi mana shunday hodisalar bemorning ongli ravishda qarshilik qilishi, injiqligi tufayli kelib chiqmasdan (garchi bunday hodisalar uchrab tursa ham) alohida nevrotik munosabati tufayli, asablarning kasallik vajidan juda o'zgarib, bemor yurish-turishida noto'g'ri, patologik stereotip qaror topishiga olib borganligidan kelib chiqishini bilishi kerak. Bemorning o'z hayotidan olingan ijobiy dalillarni ko'rsatib, ba'zan qayta-qayta ishontirish, boshqa kasallarning ahvoli yaxshilanib qolganligini ko'rsatadigan misollarni keltirib o'tish, shikastlangan funksiyani mashq qildirishning fiziologik jihatdan to'g'riligi va yaxshi foyda berishini tushuntirib borish, adabiy asarlar, kinofilmlardan misollar keltirish zarur bo'ladi va hokazo. Ba'zan kasal tashabbusini o'ziga xos tarzda "mustahkamlab", foydali xatti-harakatlari uchun uni "rag'batlantirish" (buni odat darajasiga ko'tarish yaramaydi, albatta), kasallar bir-birini faollashtirsin deb guruh trenirovkalarini uyushtirish, ular o'rtasida musobaqa elementlarini uyg'otish foydali bo'ladi.

"Muhit bilan davolash" ko'rinishidagi psixoterapiya. Muhit yoki mikromuhit deb, birinchidan, bemorga juda yaqin yuradigan odamlar (oilasi, yaqin do'stlari, ishxonadagi o'rtoqlari, kasalxonada esa boshqa kasallar, bemorni davolashda bevosita ishtirok etadigan shifokorlar, tibbiyot hamshiralari)ga, ikkinchidan, bemorning turmushda va davo muassasasida bo'lgan paytida atrofni o'rab olgan vaziyatga aytiladi.

Kasal odam muhit bilan juda mustahkam aloqada bo'ladi; muhit bemor qiziqishlarining doirasini, uning ijtimoiy va ma'naviy qiyofasini, shuningdek, emotsional holati, ruhiyatini ko'p darajada belgilab beradi. To'g'ri uyushtirilgan muhitning bemorga ko'rsatadigan ta'siri qudratli davo vositasi bo'lib hisoblanadi.

Muhit ta'sirini: 1) davo muassasasidan tashqarida ko'rsatiladigan ta'sir va 2) davolash muassasasi ichida ko'rsatiladigan ta'sirga bo'lish mumkin.

Shifokor, shuningdek, o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi bemor kasalxonaga tushmasdan ilgari uning qanday muhit sharoitlarida yashab kelganligi bilan hamisha qiziqadi. Shu maqsadda shifokor, albatta, bemorning qarindosh-urug'lari, ba'zan esa birga ishlaydigan hamkasblari bilan tanishadi, bemor ishining tabiatini, jamoadagi, oilasidagi o'zaro munosabatlarini aniqlab oladi va hokazo. Shunda bemorning qarindosh-urug'lari o'z oilasining a'zosi qanday dardga chalinganligini, unga qanday munosabatda bo'lish kerakligini, uning qanday tartibga amal qilib borishi lozimligini aniq-ravshan bilib oladi.

"Muhit bilan davolash"ning ikkinchi tipi kasalxonada, sanatoriy, dispanser ichida ta'sir ko'rsatishdir. Psixoterapevtik tartib degan narsa bu o'rinda katta rol o'ynaydi. Shu tartibning ikkita asosiy turini ajratish mumkin: 1) davolovchi-muhofaza tartibi va 2) davolovchi-faollashtiruvchi tartib.

Davolovchi-muhofaza tartib holdan ketib, darmoni qurigan kasallarga, o'tkir psixik iztirobni boshdan kechirgan kasallarga buyuriladi. Bu tartib kasallarni zararli vaziyatdan ajratish, ularni tinch qo'yib, dam oldirish, uyqusini uzaytirish va mustahkamlashdan (ba'zan sutkasiga 16–18 soatgacha uzaytirishdan) iborat bo'ladi. Bu davrda kasallar bilan tinchlantiruvchi suhbatlar o'tkaziladi, shuningdek, ularga sedativ va umuman darmonga kiritadigan preparatlar (bromidlar, trankvilizatorlar, vitaminlar, glyukoza va boshqalar) buyuriladi.

Davolovchi-muhofaza tartibni poxondriya bo'lgan kasallarga, ya'ni o'z badanining har xil qismlaridagi sezgilarga (yurak, me'da-ichak, o'pka, siydik-tanosil a'zolari va boshqalardagi sezgilarga) butun diqqat-e'tiborini qaratadigan kasallarga buyurib bo'lmaydi. Bunday bemorlar haddan tashqari hadiksiraydigan bo'lishi bilan ajralib turadi va o'zlarini salga go'yo og'ir kasalliklarga muhtalo bo'lgan degan fikrga keladilar. Davolovchi-faollashtiruvchi tartib ustida birmuncha batafsilroq to'xtalib o'tamiz.

Davolovchi-faollashtiruvchi tartibda turmushdagi real muhitga yaqin vaziyatni yaratish uchun harakat qilinadi. Shu bilan birga bunday tartib psixoterapiya uchun eng yaxshi imkoniyatlar yaratib beradi, chunki tinchlantiruvchi suhbatlar o'tkazish uchun imkon beribgina qolmay, balki kasalni har xil turdagi faoliyatga o'tkazishga, shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini faollashtirishga, jamoa yordamida unga ta'sir ko'rsatishga ham imkon ochadi.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi uchun, birinchi navbatda, davolovchi-faollashtiruvchi tartibning kasallarga ikki pog'onada xizmat ko'rsatiladigan sistema (shifokorlar, tibbiyot hamshiralari) sharoitlarida o'tkazilishini bilish muhim. Kichik tibbiyot xodimlari sonini qisqartirish hisobiga o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari soni ko'paytiriladiki, bu davolovchi faol psixoterapevtik tartibni amalga oshirish uchun muhimdir. Chunki ana shunday tartib sharoitlarida hamshira shifokor buyurgan davolarni bajaruvchi shaxs bo'libgina qolmay, balki kasallar jamoasining tashkilotchisi bo'lib ham qoladi. U ma'lum darajada psixoterapevtik va tibbiy-pedagogik ta'sir ko'rsatib boradi.

Ikki pog'onali sistema bemorlarning o'z-o'ziga xizmat ko'rsatishi (palatalarni yig'ishtirishi, ovqat tarqatishi, tartib-intizomga amal qilishi) va ularning muhitida o'z-o'zini ko'proq boshqarish bilan bog'liq. Palata mudirlari, xo'jalik-maishiy va ommaviy-madaniy ishlarga rahbarlik qiladigan kasallar kengashi saylanadi.

Davolovchi-faollashtiruvchi tartibning psixologik ahamiyati shundan iboratki, bunda kasallar davolanadigan yoki shifokor hamda xodimlarning ta'siriga beriladigan passiv "obyekt" bo'lib qolmasdan, balki "subyekt"ga aylanadilar, ya'ni davolash hamda tibbiyot muassasasidagi butun jamoa hayotining faol ishtirokchilari bo'lib qoladilar. Kasalning tibbiyot xodimiga bo'lgan munosabati "buyurish-bo'ysunish" tamoyiliga asoslangan bo'lmay,

balki "shifokor bilan bemor salomatlik uchun umumiy kurashda teng huquqda ishtirok etadigan sheriklardir", degan qoidaga muvofiq qaror topib boradi. Kengash kishilari madaniy saviyasining keskin yuksalganligi, mamlakatda umumiy o'rta ma'lumot tizimining amalga oshirilganligi, davo jarayonining tibbiy-psixologik tomoniga ko'p diqqat-e'tibor berilayotganligi tufayli tibbiyot xodimlari bilan kasallar o'rtasida ana shunday yangi mazmundagi o'zaro psixologik munosabatlar qaror topadi.

Psixogigiya va psixoprofilaktika

Bular ruhni kasalliklarning oldini olish, ya'ni odamlarning ruhiy salomatligini saqlash va mustahkamlash bo'yicha tadbirlar ishlab chiqadigan fanlar hisoblanadi. Bu chora-tadbirlarni ishlab chiqish masalalari tashqi muhitdagi juda behisob omillarning kishi organizmiga ta'sirini o'rganishga asoslangan.

Odamning hayoti ijtimoiy foydali faoliyatida, mehnatda o'tadi. Binobarin, kishi salomatligiga ijtimoiy foydali faoliyat va mehnatning ta'sirini o'rganish psixogigiyaning asosiy vazifalaridan biridir. Mehnat faoliyati to'g'ri tashkil etilganda odamning butun qobiliyati to'laligicha yuzaga chiqadi, mehnat sog'liq va baxt garovi bo'lib qoladi. Mehnat tartibi noto'g'ri tashkil qilinganda ortiqcha charchash, asab sistemasining holdan toyishi, turli xil noqulay sharoitlar ta'siri ostida organizm chidamining pasayishi ro'y berishi mumkin, mehnat va dam olishni bir me'yorda olib borish muhim psixogigiyaning ahamiyat kasb etadi.

Psixoprofilaktika va psixogigiya uzoq davrlardan buyon mavjud bo'lib, ularning negizlari eski tibbiy adabiyotlarda bayon etilgan. Fransuz olimlari Eskirol, Morel, zamonaviy klinik psixiatriyaning asoschisi Krepelin psixogigiya va psixoprofilaktikaning rivojlanishiga ko'p hissa qo'shganlar. Shveysar psixiatri Forel ichkilikbozlikning zarari to'g'risidagi ta'limotni birinchilardan bo'lib asoslab bergan. Rossiyada psixogigiya va psixoprofilaktika muammolari bilan I. P. Merjeyevskiy, I. A. Sikorskiy, so'ngra S. S. Korsakov, V. M. Bexterev, O'zbekistonda professorlar X. O. Olimov, H. I. Xo'jaeva, Sh. A. Murtolibov, A. U. Shoyusupova, M. U. G'ulomov va boshqalar shug'ullanganlar.

Sog'lom psixika (ruhiyat)ni tarbiyalash psixogigiya va psixoprofilaktika fanlarining muhim vazifasi hisoblanadi.

Psixogigiyaning quyidagi bo'limlari mavjud:

1. Yoshga oid psixogigiya.
2. Mehnat va ta'lim psixogigiyanasi.
3. Turmush psixogigiyanasi.
4. Oila va jinsiy hayot psixogigiyanasi.
5. Jamoa hayoti psixogigiyanasi.

Yoshga oid psixogigiya

Bolaning ruhiy jihatdan sog'lom bo'lishi to'g'risida g'amxo'rlikni u

hali onaning qornida bo‘lgan davrdan boshlash kerak (homiladorlik davrida ona barcha gigiyena talablariga to‘g‘ri rioya qilishi lozim).

Bola tug‘ilgandan keyin uni ma‘lum tartibda, tartib asosida onasining suti bilan boqish, ijobiy odatlar, ko‘nikmalar hosil qildirib borish, ota-onasi, aka-ukalari, qarindoshlarini, Vatanini sevish tuyg‘ularini singdirib borish muhim ahamiyatga ega. Unda jamoaga nisbatan hurmat-izzatni tarbiyalash, yomon odatlardan, yo‘nalishlardan, oqimlardan ehtiyot qilish, yaxshi xulq va estetik his-tuyg‘ularni singdirish asosiy burchimiz hisoblanadi. Bola rivojlanib maktab yoshiga yetganda unga endi boshqa yo‘nalishlar, mavzular to‘g‘risida ma‘lumotlar berish, kundalik darslarda beriladigan bilimlar saviyasini oshirib borish lozim.

Balag‘atga yetish davrida ko‘proq e‘tiborni mehnat qilishga, kasb tanlashga yo‘naltirish kerak. Ushbu davrda bolalarni yengil-yelpi filmlardan, behayo rasmlardan uzoqlashtirish, lekin jinsiy turmushga doir zarur ma‘lumotlarni uning ongiga singdirib borish muhim psixogigiyenik ahamiyat kasb etadi.

O‘smirlik davrida hayot, sevgi, baxt, oila, burch to‘g‘risida ma‘ruzalar qilish, atrof muhit, uni toza saqlash, asrab-avaylash, Vatandan g‘ururlanish kabi tushunchalarni singdirib borish muhim ahamiyatga ega. O‘rta yoshli kishilarda yashash bilan bog‘liq, psixogigiyenik muammolar kamroq uchraydi. Chunki ularda hayot tajribasi bo‘ladi, ular mavjud qiyinchiliklarga ko‘nikkan, chiniqqan bo‘ladilar.

Yosh qaytgach o‘ziga xos psixogigiyenik muammolar vujudga keladi. Keksalik hayotning nihoyasi bo‘lishi kerak emas, balki u hayotning ochilgan gulidir, — degan edi Andre Renon. Shunday ekan, qarilik chog‘idagi psixogigiyenik tadbirlar sistemasi gulni so‘litmaslikka, barglari, yaproqlarining tushmasligiga qaratilmog‘i kerak. Qarilik chog‘ida ko‘rish qobiliyati susayadi, quloq og‘irlashib qoladi, asta-sekin oyoqlardan mador ketadi, harakatlarni bajarish qiyinlashib boradi. Bu esa ruhiyatning pasayishiga olib keladi.

Qariyalarning ko‘ngliga tez ozor yetadi, ular nozik bo‘lib qoladilar, salbiy kechinmalardan ko‘p tashvishga tushadilar, ularni xavotirlik, qo‘rquv egallaydi. Yolg‘izlik ularni og‘ir xayollarga cho‘mdiradi. Ba‘zida yoshlar oiladan uzoqlashib, o‘zlari yangi oila quradilar. Natijada keksalar yolg‘iz qoladilar. Yolg‘izlik ularni qiynaydi. Bunday vaqtda qo‘shnilar, o‘gil-qizlari, nevara-chevaralari qariyadan xabardor bo‘lib turishlari lozim. Mahalla faollari yolg‘iz qolgan qariyalarga mos keladigan ishlar topib berishlari kerak. Ularning doimo nima bilandir mashg‘ul bo‘lishlari ruhiy sog‘lomlikka olib keladi.

Kezi kelganda, qariyalarning tibbiy parvarishi haqida ham to‘xtalib o‘tmoqchimiz. Abu Ali ibn Sino qariyalarga badanni yog‘ bilan uqalash, yengil harakatlar qilish, piyoda va otda yurish, ko‘katli taomlar yeyish, sut-qatiqni ko‘proq ichish, asabiylashmaslik, yetarlicha uxlash va ichni surib turish kerakligi haqida uqtirgan edi.

Darhaqiqat, keksa odamning ovqati oz-ozdan, sifatli, darmondorilarga boy va mazali bo'lishi darkor. Shovla, shirguruch, atala, holvaytar, shirchoy, limonli choy kabi ichimliklar me'da-ichak yo'llarida tez hazm bo'ladi. Sabzavot (sabzi, sholg'om, karam) va ko'katlar qo'shib tayyorlangan suyuq taomlar qariyalarga foydali, shifobaxsh ta'sir qiladi va huzur bagishlaydi.

Mehnat va ta'lim psixogigiyenasi

Mehnat inson tirikchiligining eng birinchi va asosiy shartidir. Mehnat shaxsni shakllantirish vositasi, ijod, ilhom va turli-tuman emotsional kechinmalarning manbayi bo'lib xizmat qiladi. Mehnat psixologiyasining mehnat faoliyatining barcha turlariga taalluqli bo'lgan bir necha umumiy vazifalari va muammolari mavjud.

Agar kishining kasbi uning qiziqishlari va tayyorgarligiga mos kelsa, u holda mehnat quvonch, zavq, ruhiy sog'lomlik manbayiga aylanadi. Chinakam zarurat sifatida anglangan, kishining kundalik ehtiyojiga aylangan mehnat intizomi mehnatda samaradorlikka erishishning muhim shartidir: u charchoqni kamaytiradi, mehnatni yengillashtiradi.

Hozirgi vaqtda sanoatga murakkab dastgoh va mashinalarning kirib kelishi ishchi-xizmatchilar ish joyining ruhiyatga ta'sirini o'rganishni taqozo etmoqda. Jamoada sog'lom muhitni qaror toptirish, jamoa a'zolarining bir-biriga munosabatlarini yaxshilash, qadr-qimmat, mehr-oqibat va ijtimoiy himoyalash masalalariga ko'proq e'tiborni qaratish muhim vazifalardan sanaladi.

Ishlab chiqarishga yangi kompyuter texnikasining kirib kelishi mehnat psixogigiyenasi oldida qator yangi muammolarni qo'yadiki, bu muammolarni psixologiyaning yana bir turi – injenerlik psixologiyasi bilan hal qilish kerak.

Mehnat psixogigiyenasining muhim bo'limlaridan biri aqliy mehnat gigiyenasidir. Bu bo'limda turli ishlardagi kishilar uchun aqliy mehnatning o'ziga xos gigiyenik me'yorlarini ishlab chiqish katta ahamiyatga ega.

Ta'lim va tarbiyaning psixologik asoslari haqidagi masala ham o'z yechimini kutayapti. Ma'lumki, ta'lim va tarbiyaning muvaffaqiyatli bo'lishi faqat o'quv materialining mazmuniga va ta'lim-tarbiya uslublariga bog'liq emas. Bu ko'p jihatdan o'quvchining fanlarni qanday o'zlashtirayotganiga, o'quvchining yosh xususiyatlariga, aqliy rivojlanganligiga va faolligiga bog'liq. Shuning uchun ham psixologiyaning hozirgi vaqtdagi eng muhim vazifasi ta'lim psixologiyasi masalalarini yanada chuqur ishlab chiqishdan iborat.

Turmush psixogigiyenasi

Bu psixogigiyenaning asosiy vazifasi turmushda kishilarning o'zaro

munosabatlari, kechinmalari, har xil kelishmovchiliklar oqibatlarini o'rganish, oldini olishdan iborat. Kishilar orasidagi kelishmovchiliklar negizida quyidagi kasallik va illatlar yotadi: nevrotik xastalıklar, psixopatiyalar, ruhiy kasalliklar, iqtisodiy yetishmovchiliklar, ichkilikbozlik, giyohvandlik, toksikomaniyalar va hokazo. Turmush psixogigiyenasi ushbu zararli omillarga qarshi psixogigiyenik chora-tadbirlar ishlab chiqishi kerak. Hozirgi kunda kishilar hayotida televideniye va radioning ta'sirini o'rganish psixogigiyenada dolzarb muammo bo'lib qolmoqda.

O'zaro normal insoniy munosabatlarning psixoprofilaktik ahamiyati benihoya katta. Ruhiy shikastlarni bartaraf etadigan hamma omillar ruhiy sog'lomlikni saqlash va psixik kasalliklarning oldini olishga imkon beradi. Masalan, bir tomondan, muomaladagi o'zaro hurmat-izzat, xayrixohlik, ikkinchi tomondan, qo'pollik, mensimaslik, dimog'dorlikni olaylik. Ommaviy axborot vositalarida bu masalalarga ko'pincha katta e'tibor beriladi. Biroq bu masala faqat axloq-odobga taalluqli bo'lmay, balki uning tibbiy jihatlari ham bor. Tibbiyot xodimining loqayd, dimog'dor, qo'pol va andishasiz bo'lishi chidab bo'lmaydigan hol. Biroq, afsuski, shunday odamlar ham uchrab turadi. Ular bemorlar bilan ana shunday yomon muomalada bo'lsalar bemorni davolash u yoqda tursin, hatto dardiga dard qo'shib, unga ruhiy shikast yetkazib qo'yishlari ham mumkin.

Shahar sharoitlarida ishlab chiqarish, transport, radiopriyomnik, televizor va musiqa asboblardan chiqadigan shovqin odamga patogen ta'sir qiladi. Unga qarshi kurash jiddiy psixogigiyenik tadbirlardan biri hisoblanadi.

Oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi

Oilaning mustahkamligi sevgi, muhabbat, do'stlik, oiladagi katta yoshdagi kishilarning bir-biriga o'zaro hurmati, kichiklarga nisbatan shafqatliligi, oiladagi manfaatlarning umumiyligi, ularning o'zaro munosabatlarda zarur paytlarda kechirimli bo'lishlari – baxtiyor oila vujudga kelishiga yordam beradi.

Oiladagi mavjud an'analar, urf-odatlar rasm-rusumlar va marosimlarning ijobiy ta'sirida yigit-qizlar asta-sekin kamol topib boradilar. Hozirgi zamon o'zbek oilalaridagi an'analar va turli marosimlarning ijobiy ta'siri kuchli bo'lib, xalqimizning uzoq o'tmishdagi axloqiy xislatlarini ifodalovchi mehmondo'stlik, insonparvarlik, xushfe'llik, iltifotlilik, bolajonlik, hovli-joylarni ozoda saqlash, bog'-rog'lar barpo etish, xalq sayillari va mavsumiy bayramlarni birgalikda o'tkazishda o'z ifodasini topadi.

Yoshlarni turmush qurishga muvaffaqiyatli tayyorlashni ko'zlab ish tutish uchun o'spirin yigit va qizlarning jinsiy tarbiyasini to'g'ri yo'lga qo'yish, oilaviy turmushning quvonchlarini va tashvishlariga doir muayyan

darajada ma'lumot berish, ularga bardoshli va matonatli bo'lish hamda qiyinchiliklarni mardonavor yengish yo'llarini tushuntirish maqsadga muvofiq.

Oila – ijtimoiy zarurat. Ma'lumki, tabiatdagi butun mavjudot, tirik organizmlar borki, barchasining juftlikda yashashi hayotiy qonuniyatdir. Shunday ekan, insoniyat tabiat sarvari sifatida kishi, shaxs tariqasida shakllanib chiqishiga qadar ham shunday tabiiy zaruratga ehtiyoj sezgan.

Ibn Sino: "Eng yuksak sevgi bu insoniy sevgi bo'lib, bunday sevgi kishini saxovatli qiladi. Uni oqko'ngil va jozibali kishiga aylantiradi", – deb ta'kidlaydi. Mutafakkirning talqin etishicha, sevgi inson zimmasiga juda katta axloqiy va huquqiy mas'uliyat yuklaydi. U inson baxtining negizi deganda oshiqlikni emas, balki oshiq-ma'shuqlikni tushunadi. Oshiq-ma'shuqlik bilan turmush qurish oilani mustahkamlashning asosi sifatida ta'kidlanadi.

Nikohdan o'tishga qadar yetarli fursat o'tishi bo'lajak er-xotinlar bir-birlarini xarakter va odatlarini yaxshiroq bilib olishlariga zamin yaratadi. Oila qurishga jiddiy munosabatda bo'lmaslik ko'plab qo'ydi-chiqdilarining sababi hisoblanadi. Nikohdan o'tishga qadar shaxslar o'zlari tanlagan kishining irsiyatini bilishlari lozim. Afsuski, shunday kasalliklar borki, ular nasldan naslga o'tadi. Qarindosh-urug'dan qiz olish yoki qiz berish odati qat'iy qoralanishi va undan butunlay voz kechish kerak. Chunki ayrim ota-onalar shunday nikohlarga rozilik berib, natijada nogiron va kasalmand farzand dunyoga kelishiga sababchi bo'ladilar.

Psixogiyenaning eng muhim vazifalaridan biri har tomonlama to'la-to'kis jinsiy hayotni qaror toptirishda yordam berishdan iborat. Bu sohada buzilishlar ko'pincha ancha-muncha ruhiy jarohatlar va asab buzilishlariga olib keladi. Noto'g'ri olib borilgan jinsiy hayot ko'pincha kishini og'ir iztirobga solib, u ko'pgina kelishmovchiliklarning sababchisi hisoblanadi. Ayniqsa, jinsiy hayotdagi chekinishlar va bu hayotning estetik jihatlarini bilmaslik zamirida erkakda va ayolda jinsiy sovuqlik kabi buzilishlar kuzatiladi. Ayrim shaxslarda jinsiy moyillik ustunlik qilishi natijasida u jinsiy hayotga ko'proq e'tibor beradi. Bunday holat shaxsda patologik rivojlanish belgisi borligini ko'rsatadi. Tibbiyot xodimlari jinsiy funksiyaning psixogen va nopsixogen buzilishlarida, normal jinsiy rivojlanishdan va jinsiy hirsni qondirishdan patologik chetga chiqishlarda psixoterapevtik yordam ko'rsatishlari lozim.

Surunkali ruhiy kasalliklari bor kishilar bilan turmush qurish yaramaydi. Odatda, teng bo'lmagan nikohlarda er-xotinning yoshi 15–20 yil farq qilganda normal hayot kechirish qiyinlashadi. Jinsiy hayot faqat turmush qurgandan keyin boshlanishi kerak. Jinsiy ortiqchaliklar va seksual buzuqliklar asab sistemasini holdan toydiradigan omil hisoblanadi.

Jamoa hayoti psixogigiyenasi

Jamoa kishilar, shaxslar birlashuvidan tashkil topgan ekan, bu tabiiy hol. Shaxs – inson bo‘lmasa, bir butun jamiyatning qaror topishi mumkin emas. Kishilarning oilada, ishlab chiqarishda, maktab sinfida, talabalar guruhida, yotoqxonada, dam olish maskanida va boshqa jamoalardagi o‘zaro munosabatlari kishi manfaatlarining tevarak-atrofdagilar manfaatlari bilan nihoyatda o‘zaro bog‘liqligi masalasini o‘rtaga qo‘yadi. Mustaqil O‘zbekistonimizda jamoalarda ongli ruhiy sog‘lom muhit yaratildi, bu shaxslarning sidqidildan samarali ishlashi uchun sharoit yaratilganligidan dalolat beradi.

Jamoalarni (brigadalar, sexlar, uyushmalar, ekspeditsiyalar va hokazolarni) jamlash vaqtida shaxsning xususiyatlari bo‘yicha, ba‘zan yosh, g‘oyaviy yo‘nalish va hokazolar jihatidan bir-biriga mos kelishini hisobga olish zarur. Bu murakkab masala bo‘lib, har gal qo‘yilgan vazifaga, ish sharoitiga va boshqa ko‘pgina jihatlariga qarab hal etilishi lozim. Mamlakatimizda jamoa hayoti psixologiyasi masalalari keng sur‘atda ishlab chiqilmoqda. Ularni hal qilishda psixologlar va psixiatrlardan tashqari, ko‘pgina ixtisosliklardagi tibbiyot xodimlari, shu jumladan, o‘rta tibbiyot xodimlarining ulushi g‘oyat katta. Ayniqsa, jamoa orasida hamshiralik faoliyati yuksak darajada bo‘lmog‘i kerak. Ular barcha toifadagi shaxslarning ruhiy tetikligini, o‘zaro munosabatlarini yaxshilash usullarini chuqur o‘rganishlari, har qanday sharoitlarni ruhiy jihatdan baholay olishlari kerak.

Hamshira va shifokor psixogigiyenasi

Hamshira bilan shifokor kundalik ishlar bilan shunchalik band bo‘lishadiki, natijada o‘zlarining sog‘liq va ruhiyatlariga e‘tibor qilishlariga vaqt qolmaydi. Ular faoliyatining psixogigiyenasi qolgan faoliyatlardagi psixogigiyena bilan bir xil xususiyatga ega. Tibbiy psixologiya bilimlari, shu jumladan, bemor bilan ishlash psixologiyasi nafaqat shifokor va hamshira ishini yengillashtiradi, balki ko‘nglini ochadi, ruhiyatini ko‘taradi, davolovchi shifokor va davolanuvchi bemorning sog‘lig‘ini mustahkamlaydi.

Har bir tibbiyot xodimi bemorga psixoterapevtik ta‘sir ko‘rsatishi shart. Psixoterapevtik ta‘sir etish har kimning o‘ziga xos bo‘ladi. Bunda xastalik sabablarini, bemor shaxsining xususiyatlarini va uning atrof-muhit bilan o‘zaro munosabatlarini hisobga olish darkor. Bemorga kasallikning sabablari to‘g‘risida, uning avj olishi haqida batafsil gapirib beriladi. Suhbatlar jarayonida shaxsni o‘ziga xos tarbiyalashga doir tadbirlar, uni qiyinchiliklarni yengishga va xastalikka qarshi kurashga rag‘batlantiradigan chora-tadbirlar amalga oshiriladi.

Yatrogeniyalar. Bu tibbiyot xodimlari bemorlarga nisbatan noto'g'ri muomala qilish hamda dori-darmonlarni bo'lar-bo'lmasga (ko'proq yuqori dozalarda) buyurishi natijasida kelib chiqadigan kasallikdir. Bemorlar bilan suhbat qilganda uning kasalligi to'g'risida ehtiyot bo'lib gapirish lozim. Ba'zi bemorlarning oldida tibbiyot atamalarini so'zlash mumkin emas. Bemorlar esa shu atamalar haqida o'ylab qolishlari yoki yomon fikrlarga borishlari mumkin. Ko'pchilik bemorlar shifokor tomonidan qo'yilgan tashxisni, uning oqibatini hamshiralardan so'rab oladilar. Ayrim hamshiralarning e'tiborsizligi tufayli bemorlarga kasallik tarixini ko'rsatib yoki qo'yilgan tashxisni to'liq aytib qo'yadilar. Natijada bemorning sog'ayib ketishiga yomon ta'sir ko'rsatib, ahvolini og'irlashtirib qo'yadilar.

Hamshiralarni ishga tanlab olish vaqtida nafaqat ularning jismonan sog'lomligiga, balki ruhiy sog'lomligiga ham e'tibor berilishi shart.

Ruhiy jihatdan to'la sog'lom bo'lmagan hamshira bu og'ir kasbga yaxshi moslasha olmaydi. Ikkinchi tomondan, bunday ruhiy buzilish bilan ular bemorlarga ham yomon ta'sir ko'rsatib qo'yishlari mumkin. Hamshira o'z ruhiyatiga, sog'lig'iga e'tibor bersagina u bemorlarning shifo topishlariga yordam bera oladi.

Psixoprofilaktika

Psixoprofilaktika ruhiy kasalliklarning oldini olishga qaratilgan tadbirlar sistemasi sifatida psixogigiyena bilan chambarchas bog'langan.

Psixoprofilaktikaning asosiy maqsadi quyidagilar:

- a) kasallik qo'zg'atadigan sabablarning organizmga ta'sirini kamaytirish va yo'qotish;
- b) kasallik rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun unga erta tashxis qo'yish va samarali davolash;
- d) to'la-to'kis davolash, kasallik qaytalanishi va uning surunkali turlarga o'tib ketishining oldini olishga qaratilgan choralar ko'rish.

Tibbiyotning har qanday sohasida profilaktik tadbirlar o'z vaqtida bajarilishi lozim.

Psixoprofilaktika usullari ruhiy kasalliklar avjlanishining oldini olishni ham o'z ichiga oladi. Mana shuning uchun kishining mehnat faoliyati davridagi va turmush sharoitlaridagi ruhiy holati dinamikasini o'rganish muhim.

Ruhiy kasalliklar profilaktikasida yuqorida aytib o'tilganidek, umumprofilaktik tadbirlar katta rol o'ynaydi. Masalan, yuqumli kasalliklarni tugatish, turmush, sanoat intoksikatsiyalarini bartaraf etish asab va ruhiy kasalliklarning profilaktikasidan boshqa narsa emas. Shunday qilib, psixik kasalliklarni og'ishmay profilaktika qilish, infeksiyalarga, intoksikatsiyalarga va tashqi muhitning boshqa zararli omillariga qarshi kurash umumiy davolash tadbirlari bilan birga olib boriladi.

Psixiatriyada hamshiralik jarayoni

Psixiatriya kasalxonasidagi tibbiyot hamshirasining ishi bemorlarni shunchaki parvarish qilishdan iborat bo'lib qolmaydi. Hozirgi kunning tibbiyot hamshirasidan hamshiralik jarayonini yurgizish talab etiladi. Bu ish muayyan shaxsiy moyillikni, ishda mahorat va san'atni talab qiladi. Bundan maqsad psixik jihatdan bemor kishini tushunib qolmasdan, unga hamshiralik parvarishi hamda psixologik yordam ko'rsatishdan iborat. Tibbiyot hamshirasi bemorlarning emotsional kechinmalari murakkab olamini tushunishi, bu kechinmalarga bemorga tushunarli bo'lgan xayrixohlik va tinchlantiruvchi so'zlar bilan javob berishi lozim. Bu hol faqat professional tayyorgarlikni emas, samimiylikni ham talab qiladi. Hamshiralik jarayoni bu hamshiralik yordamini ko'rsatish va tashkil etish uslubidir.

BSST o'tkazgan tadqiqot natijalariga ko'ra "Hamshiralik ishining mohiyati insonni parvarish qilish va bu ishni hamshira qanday amalga oshirishidan iborat. Bu ish asosida ziyraklik emas, oldindan o'ylangan va shakllangan muomala yotishi kerak". Bemor har tomonlama parvarish talab etuvchi shaxs bo'lib turishi hamshiralik ishining asosidir.

Bemorning (oila a'zolarining) parvarish maqsadlari, hamshiralik aralashuvi usuli va rejasini tanlash uchun bemorning oila a'zolarini jalb etish hamshiralik ishini amalga oshirishning zarur shartlaridan biri hisoblanadi. Parvarish natijalariga baho berish ham bemor (oila a'zolari) bilan birga amalga oshiriladi. Hamshiralik ishini amalga oshirishda bemorning ishtiroki darajasi bir necha omillarga:

- bemor bilan hamshiraning o'zaro munosabatlari, ishonch darajasiga;
- bemorning o'z sog'lig'iga munosabatiga;
- bilim, madaniyat darajasiga;
- parvarishga bo'lgan talabni tushunishiga bog'liq.

VOZ (BSST) dasturida Yevropada hamshiralik jarayoni shunday tahlil etiladi: "Hamshiralik jarayoni – bu alohida odamlar, ularning oilalari yoki aholi guruhining sog'lig'ini himoya qilishda hamshira aralashuviga xos tizimdir. Aniq qilib aytganda, u jamiyat yoki bemor, oilalar tibbiy ehtiyojlarini aniqlashning ilmiy uslublaridan foydalanish deb tushuniladi va bu ehtiyojlar hamshira parvarishi yordamida qondiriladi".

Hamshiralik jarayonida hamshiralik ishi takomillashadi va dinamik jarayonga aylanib boraveradi.

Hamshiralik jarayoni beshta ketma-ket bosqichdan iborat:

- bemor ahvolini baholash;
- ma'lumotlarni izohlab borish, hamshira tashxisini qo'yish;
- ish rejasini tuzish;
- tuzilgan rejani amalga oshirish;
- har bir bosqich natijalari sifatini baholash.

Hamshiralik jarayoni ma'lumotlarini yozib borish – bu hamshiralik parvarishi rejasidir.

Bemor ahvolini baholash – munosabat va kuzatish malakasini talab etuvchi doimiy, uzluksiz jarayon. Baholashdan maqsad hamshiralik parvarishida oila yoki insonda aniq ehtiyojni hamda o‘ziga o‘zi yordam ko‘rsatish imkonini aniqlashdan iborat. Baholash uchun ma’lumotlarni bemor bilan suhbatlashganda, shifokor tomonidan yozilgan kasallik tarixidan, oila a’zolaridan, hamkasblaridan, do‘stlaridan va boshqa tibbiy xodimlardan yig‘ish mumkin. Ma’lumot yig‘ish uchun zarur tibbiy ko‘rikdan o‘tish usullari subyektiv, obyektiv va qo‘shimcha bo‘lishi mumkin.

Ko‘rikdan o‘tishning subyektiv usuli bu shunday suhbatki, hamshira tarjimai holi hamda uning ahvoli haqidagi ma’lumotlarni, u yoki bu ehtiyojlar, ta’sir, sezish, ko‘nikish xususiyati haqidagi ma’lumotlar bemor so‘zidan aniqlanadi. Subyektiv ko‘rikdan o‘tishda bemorning o‘zi, uning oila a’zolari, hamkasblari, do‘stlari yoki tibbiyot xodimlari ma’lumot asosi bo‘lishi mumkin. Agar bemor yosh bola yoki og‘ir kasal, aqli zaif, hushsiz, xato fikr yurituvchi bo‘lsa, oilasi birlamchi axborot beruvchi bo‘ladi. Bunday sharoitda bemorning normal holatini u qabul qilgan dorilarni va ularning allergik ta’sirini yoki boshqa ma’lumotlarni faqat oila a’zolaridan olish mumkin.

Oila a’zolari bemorning asosan sog‘lom vaqtidagi o‘zgarishlari, ta’sirlanishi va faolligining buzilishi haqida qo‘shimcha ma’lumot aytishi mumkin. Hamshira parvarishining xolis rejasini tuzish uchun bemor haqida iloji boricha ko‘p ma’lumot olish zarur. Suhbatdan maqsad – baholashni amalga oshirish:

- bemor sog‘lig‘i markazida turgan "hamshira – bemor" munosabatini o‘rnatish;
- bemorning xavotiri va tashvishlariga mos, o‘zi haqidagi xolis fikrini ishlab chiqish;
- bemorning tibbiy yordam tizimidan kutayotgan umid darajasini belgilash;
- o‘ziga xos parvarish rejasini tuzish uchun zarur bo‘lgan ma’lumotni olish.

Obyektiv tekshirish – bemorni ko‘rish vaqtida uning kayfiyatiga, nafas olishiga, shuningdek, qon bosimi, tana harorati, terisining rangiga, elastikligiga qarab uning faolligi aniqlanadi. Obyektiv tekshirish uchun hamshira ko‘rish, eshitish, sezish, his bilish qobiliyatidan foydalanishi kerak.

Laboratoriya va asboblar bilan tekshiruv qo‘shimcha axborot manbayi bo‘lib xizmat qiladi. Yig‘ilgan ma’lumot aniq ta’riflangan va to‘liq, bo‘lishi zarur. Olingan ma’lumotni izohlash zarur.

Birlamchi hamshiralik baholari natijasini yozish uchun turli shakldagi "Hamshiraning baholash varaqasi"dan foydalanish mumkin.

Jismoniy holati to‘g‘risidagi ma’lumotda hayot faoliyatining me’yoriy ko‘rinishlarini ham, rivojlanishning ayrim bosqichlari bilan bogliq

o'zgarishlarni ham, kasallik tufayli kelib chiqqan o'zgarishlarni ham ifodalash mumkin.

Ruhiy holati to'g'risidagi ma'lumot kasallik tufayli o'zgargan kayfiyat va fe'l-atvorni baholashga imkon beradi.

Ijtimoiy salomatlik to'g'risidagi ma'lumot bemorning uy sharoitida o'zini o'zi parvarish qilishni amalga oshirish imkoniyatlariga baho berishni ta'minlaydi.

Munosabatni baholash usuli. Bemor holatini birlamchi baholab bo'lgach, olingan ma'lumot bemor hamshiralik bahosi varag'iga yozilgandan so'ng hamshira ularni umumlashtiradi, tahlil qiladi va alohida xulosalaydi. Faqat xulosalashga shoshilmaslik kerak, chunki bu muammoning noto'g'ri talqin qilinishiga sabab bo'lishi mumkin. Hamshira xulosani hamkasblari va davolovchi shifokor bilan muhokama qilgani (ayniqsa, birinchi tajriba yo'q vaqtda) foydali.

Bemor muammolari. Muammolar qaysi model tomonidan yozilishidan qat'i nazar (A. Maslou, V. Xenderson, D. Orem va hokazolar), ehtiyojni qondirishda qiyinchilik bo'lar ekan, albatta, muammo kelib chiqadi.

Muammolar oshkor va yashirin bo'ladi. Agar odam o'zini o'zi parvarish qilish holatida bo'lmasa (siydik chiqarish buzilgan, kiyinish va yuvinishda qiyinchilik sezilsa), unga yordam kerak bo'lsa — bu oshkor muammo. Yashirin muammolarni hamshira ham, bemor ham oldindan ko'ra olishi mumkin. Birinchi navbatda, bemorning eng muhim (birinchi galdagi) muammolari hal qilinishi kerak. Muammolarni hal qilish navbati bemor tomonidan belgilanishi kerak.

Ba'zida yashirin bo'lgan muammolar ham birinchi galdagi bo'lishi mumkin. Masalan, ozib-to'zib ketgan kekxa bemor siydik yoki axlat tuta olmaslikdan qiynaladi, harakatsiz, ongi yo'qolgan — bu yashirin muammo hisoblanadi. Yotoq yaralarning rivojlanish xavfi asosiy muammo hisoblanadi.

Bemor muammolari **parvarish rejasiga** bemor so'zini inobatga olgan holda yoziladi. Chunki bu bemor bilan birga parvarish maqsadini muhokama qilishga, bemor esa parvarish rejasini tushunishiga yordam beradi. Shuni nazarda tutish kerakki, parvarish rejasini amalga oshirishda bemor ongli ravishda ishtirok etishi, unga haqiqiy va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan muammolar va ularning oldini olish uchun rejalashtirilgan aralashuvlar haqida to'liq ma'lumot berish muhim.

O'zaro tuzilgan reja hayajonlanish, qo'rquv yoki shubha keltirib chiqarmasligi uchun uni yaxshilab tekshirish kerak.

Agar odam bunday imkoniyatga ega bo'lmasa yoki bu jarayonda ishtirok etgisi kelmasa (masalan, yosh bolalar yoki behush yotgan bemorlar), u holda parvarish qilish rejasini hamshira tuzadi va imkoni boricha qarindoshlaridan ko'proq ma'lumot olishga harakat qiladi. Bu qoidalar Buyuk Britaniyada hamshiralalar bo'linmasida ishlab chiqilgan.

Parvarish qilishni rejalashtirish. Rejalashtirishdan maqsad quyidagilar:

- har bir muammo uchun maqsadni (kutilayotgan natijani) birgalikda aniqlashdan (bemor bilan);
- qo'yilgan maqsadga erishish uchun zarur bo'lgan hamshira aralashuvi, hajmi va turini aniqlashdan (bemor bilan);
- hamshira aralashuvining davomiyligini aniqlashdan (bemor bilan) iborat.

Shunday qilib, har bir maqsad aniqlanganda quyidagilarni:

- bemor yoki uning oila a'zolari istaklarini;
- hamshiraning imkoniyatlari va manbalarini;
- kasbiy tajribasini hisobga olish kerak.

BSST hamshiralik jarayonini rejalashtirishda jismoniy, psixologik va ijtimoiy ahvolni istalgan va nazarda tutgan holda belgilash zarur deb hisoblaydi.

Hamshira parvarish qilish maqsadlarini belgilab, bemor bilan birga muammolarni hal etishdagi o'zaro kuchlarning samarasini aniqlashi mumkin. Maqsadni aniqlamasdan hamshira aralashuvining natijalariga baho berish mumkin emas.

Shunday qilib, maqsad – bu hamshira bilan bemor muammoni tushungan holda **parvarish rejasini amalga oshirishidir**. Maqsadlar bemorga moslashgan bo'lishi va har bir hamshira tushinishi uchun oddiy so'z bilan yozilishi kerak.

Hamshira aralashuvi bog'langan va bog'lanmagan bo'ladi. Bizga hozirgi davrda odat bo'lib qolgani **bog'langan aralashuv**, ya'ni hamshira shifokorning topshiriqlarini bajaradi. Garchi hamshira faoliyati yetarli darajada kengroq bo'lsa ham, u faoliyatini gohida shifokor yordamida bajaradi.

Bog'lanmagan hamshiralik faoliyatida hamshiralik andozasi tanlangan doirada aniqlanadi. Bog'lanmagan hamshiralik aralashuvi – bu hamshira o'zining shaxsiy tashabbusi bo'yicha shifokorning bevosita ko'rsatmalarisiz shaxsiy fikricha amalga oshiradigan harakatdir.

D. Orem taklif etgan model hamshiralik yordamining uchta tizimini aniq ifodalaydi.

To'liq kompensatsiyalangan tizim:

- o'zini parvarish qila olmaydigan va hushsiz bo'lgan, hech qanday harakatlarni bajara olmaydigan bemorlar uchun;
- hushida bo'lgan, lekin harakatlanishga ruxsat etilmagan yoki mustaqil yura olmaydigan bemorlar uchun;
- mustaqil qaror qabul qila olmaydigan ahvoldagi, o'zini parvarish qila olmaydigan, lekin mutaxassislar yordamida yura oladigan va o'zini parvarish qilish uchun ba'zi bir harakatlarni bajara oladigan bemorlar uchun.

Qisman kompensatsiyalangan tizim harakatlanish faolligi turli darajada chegaralangan bemorlar uchun mo'ljallangan. Bemorlardan aniq bilim va

mahorat hamda aniq harakatlarni bajara olishga tayyorligi talab etiladi. Maslahat berib, madad beruvchi tizim yordamida o'zini parvarish qiladigan yoki unga o'rganadigan bemorlar tomonidan foydalaniladi. Hamshira madad berib turuvchi va o'rgatuvchi muhit yaratadi hamda rahbarlik qiladi. U yoki bu hamshiralik aralashuvini tanlashida faqat bemorga sanab o'tmasdan, balki uning nima uchun bajarilishini tushuntirish kerak.

Rejani bajarishda quyidagilarga alohida e'tibor berish kerak:

- Hamshira aralashuvi haqidagi zarur ma'lumotlar qanday yig'ilgan?
- Ularni qachon bajarish kerak?
- Parvarish qilishning barcha masalalari qanday uyg'unlashadi?
- Hamshira parvarishining javobgarligi va hisoboti nimadan iborat?

Hamshira aralashuvini tatbiq etishda hamshira harakatlarini, boshqa tibbiy xodimlarning harakati, rejasi va imkoniyatlarini hisobga olgan holda bemor va uning qarindoshlariniki bilan uyg'unlashtirish kerak. Hamshira bemor bilan hammadan ko'p ishlaydi. Bog'langan va bog'lanmagan vazifalarni bajaradi.

Hamshiralik parvarishining samaradorligini baholash. Hamshiralik parvarishining sifati va samaradorligini (hamshiralik jarayonining beshinchi bosqichi) baholash hamshira tomonidan muntazam amalga oshiriladi.

Yakuniy baholashni amalga oshirish uchun hamshiraga bemor holatini birlamchi baholashda foydalangan ko'nikmasi (malakasi) kerak bo'ladi.

Yakuniy baholashdan maqsad – natijani belgilash, ya'ni hamshiralik aralashuvining natijasi tufayli erishilgan bemorning holati.

Hamshiralik jarayonini baholashda bir qancha amallar bajariladi:

- qo'yilgan maqsadlarga erishilgani aniqlanadi;
- bemorning muayyan muammolarini hal qilishda hamshiralik aralashuvining samaradorligi aniqlanadi;
- agar maqsadga erishilmagan bo'lsa, u holatda bemor ehtiyoji va parvarishini yangidan rejalashtirishni qayta baholash uchun ma'lumot beriladi.

Umuman olganda, baholash bu hamshira tomonidan bemorning hamshiralik parvarishidan holatini va maqsadga erishishda bemorning fikri haqidagi xulosadir. Bu baholar bir-biriga to'g'ri kelmasligi mumkin, unda eng ma'quli – bemorning o'zining bahosidir.

Hamshiralik aralashuvining samaradorligini belgilayotganda, bemor bilan uning shaxsiy hissasini, shuningdek, qo'yilgan maqsadlarga erishishda oila a'zolarining hissasini muhokama qilish zarur.

Hamshira, hamshiralik aralashuvining samaradorligini kunda baholay turib, o'ziga doim quyidagi savollarni berishi kerak:

- Menda barcha zarur ma'lumotlar bormi?
- Amaldagi va yashirin muammolarning muhimligi to'g'ri aniqlandimi?

- Qo‘yilayotgan natijaga erishildimi-yo‘qmi?
- Qo‘yilgan maqsad uchun aralashuvlar to‘g‘ri tanlanganmi?
- Parvarish bemor holatida ijobiy o‘zgarish hosil qilyaptimi?
- Parvarish rejasida yozilganlarni hamma tushunayaptimi?

Ruhiy kasalliklarda vujudga keladigan ehtiyojlarning buzilishi

I. Fiziologik ehtiyojlarning buzilishi.

1. Normal nafas olishning buzilishi:
 - Vegetativ-tomirlar xuruji vaqtida hansirash.
2. Ovqatlanishning buzilishi:
 - qusish;
 - semirish;
 - ozib ketish.
3. Fiziologik ajralish:
 - enurez;
 - qabziyat.
4. Harakatning buzilishi:
 - qo‘zg‘alish;
 - psixomotor;
 - katotonik;
 - depressiv;
 - maniakal;
 - stupor;
 - katotonik;
 - depressiv;
 - isterik buzilishlar;
 - parezlar;
 - paralichlar;
 - harakat koordinatsiyasining buzilishi;
 - tutqanoqlar;
 - epileptik;
 - isterik.
5. Uyquning buzilishi:
 - uyqusizlik;
 - yuzaki uyqu;
 - uyquga ketishning buzilishi;
 - uyquchanlikning oshishi.
6. Havasning buzilishi:
 - seksual;

- kleptomaniya;
 - dromomaniya;
 - piromaniya.
7. Qulaylikning (komfortning) buzilishi:
- qattiq og‘riq;
 - surunkali og‘riq;
 - senestopatiyalar;
 - giperesteziya;
 - bosh aylanishi;
 - mimikaning buzilishi.

II. Xavfsizlikka bo‘lgan ehtiyojning buzilishi.

1. Gigiyenik ko‘nikmalarning buzilishi:
 - o‘z-o‘ziga xizmat qilish ko‘nikmalarining buzilishi;
 - harakatning buzilishi natijasida o‘z-o‘zini parvarish qila olmaslik, ko‘nikmalarni bajara olmaslik (apraksiya).
2. Ijtimoiy ehtiyojlarning buzilishi:
 - muloqotning buzilishi;
 - odamovilik;
 - odamshavandalikning oshishi;
 - aytizm;
 - nutqning buzilishi;
 - intellektning pasayishi;
 - oligofreniya;
 - demensiya.
3. Atrof-muhitni idrok etishning buzilishi sabablari:
 - gallyusinatsiyalar;
 - o‘ta qimmatli fikrlar;
 - xotiraning pasayishi:
 - fiksasion amneziya
 - konfabulyatsiyalar
 - pseudoreminissensiyalar
 - es-hushning buzilishi:
 - deliriy
 - oneyroid
 - es-hushning xiralashishi
 - amensiya
4. Kayfiyatning buzilishi:
 - qo‘rquv;
 - xavotir;
 - depressiya;
 - eyforiya;

- emotsional muvozanat;
 - emotsional to‘mtollik;
 - emotsional nomuqobillik.
5. Iroda faoliyatining buzilishi:
 - gi pobuliya;
 - gi perbuliya;
 - abuliya;
 - parabuliya.
 6. O‘z-o‘zini hurmat qilish va qadrlash hissining buzilishi:
 - o‘ziga bo‘lgan qadr-qimmatining pasayishi;
 - ijodiy faolligining pasayishi.

Ruhiy kasalliklarda hamshiralik tashxislari namunalari

1. Qo‘zg‘lish sabablari:
 - depressiya;
 - maniakal holat;
 - alahlash;
 - gallyusinatsiyalar.
2. Qo‘rquv sabablari:
 - alahlash;
 - gallyusinatsiyalar.
3. Qaror qabul qilishga layoqatsizlik sabablari:
 - gi pobuliya;
 - abuliya.
4. Parabuliyada og‘riqli havas.
5. O‘z-o‘zini parvarish qilaolmaslik sabablari:
 - og‘ir depressiyalar;
 - gi pobuliyalar;
 - abuliyalar;
 - demensiyalar;
 - stuporlar.
6. Odamovilik.
7. Odamshavandalikning oshishi.
8. Atrof-muhitni noto‘g‘ri idrok etishning sabablari:
 - gallyusinatsiyalar;
 - o‘ta qimmatli fikrlar.
9. Ovqatdan bosh tortish sabablari:
 - depressiyalar;
 - hid bilish gallyusinatsiyalari;
 - ta‘m bilish gallyusinatsiyalari
10. Depressiya tufayli qabziyatlar.

11. Uyquning buzilishi sabablari:
 - asteniyalar;
 - depressiyalar;
 - maniakal holatlar;
12. Es-hush buzilishining sabablari:
 - deliriy;
 - oneyroid;
 - karaxtlik holati;
 - amensiya.
13. Atrof-muhitni idrok etishning buzilishi sabablari:
 - deliriy;
 - oneyroid;
 - amensiya;
 - es-hushning xiralashishi.
14. Disforiya sabablari:
 - narkomaniyalarda xumor tutishi;
 - alkogolizmida xumor tutishi;
 - epilepsiyalar.
15. Asteniyalar sababli taassurotlarga sezuvchanlikning oshishi.
16. Asteniyalar sababli achchiqlanishning oshishi.
17. Mehnat qobiliyatining susayishi sabablari:
 - asteniyalar;
 - depressiyalar;
 - maniakal holatlar.
18. Kelishmovchilik (nizo) sabablari:
 - asteniyalar;
 - disforiyalar.
19. Stupor tufayli harakat faolligining yo‘qolishi.
20. Shikastlanishdan keyingi ta’sirlanish.
21. Stress sindromi.

Bemor bilan muloqot uchun muhit yaratish

Hamshira bemor bilan iliqlik, hamdardlik bilan munosabatda bo‘lishi lozim. Iliqlik asosan quyidagi noverbal aloqa yo‘llari orqali namoyon qilinadi:

- tabassum;
- bemorning ismini (ismi sharifini) aytib, do‘stona murojaat qilish;
- vaziyatga qarab, bemorning qo‘lini, boshini va yelkasini silash;
- bemor bilan ochiq munosabatda bo‘lish;
- bemorning dunyoqarashlariga e’tibor berish.

Hamshira bemor bilan muloqotga kirishganda o‘zini erkin tutishi kerak, chunki bemor hamshira o‘zini noqulay sezayapti, degan fikrga kelishi mumkin.

Hamshira quyidagi tarzda muloqot uchun qulay muhit yaratishi mumkin:

- bemorga e'tiborli bo'lish;
- bemorning holatini sezish;
- diqqat bilan tinglanayotganini bildirish;
- bemorga qattiq tikilmagan holda, bemorni kuzatish;
- suhbat davomida bemorning gaplariga qiziqayotganlik munosabatini gavda, yuz ifodasi, boshni qimirlatish orqali namoyon etish;
- lozim bo'lsa, qayg'urish hissini namoyon qilish.

Noog'zaki muloqotning ko'nikmalaridan biri **qo'l tegizish** hisoblanadi.

Kuchli ruhiy iztiroblar vaqtida qo'l tegizish bemorlarga yaxshi tasalli bo'lishi hayotda isbotlangan. Xastalik va ruhiy iztiroblar vaqtida qo'l tekkizish muloqotning eng maqbul shakli bo'lishi mumkin. Barcha kar va soqov odamlar suhbatlashish uchun gavda aloqasi va qo'llar tilidan foydalanadi. Boshqa tomondan, masalan, odam qattiq hayajonga tushganda, uning yelkasiga qo'l tashlash, uni tinchlantirishi mumkin.

Qo'l bilan tegish ehtiyotkorlik bilan qo'llanilsa, u bemorga nisbatan hamshira sezayotgan bezovtalikni ko'rsatadi. Qo'l bilan tegish bemor qiyinchiliklarini boshidan kechirayotgan bo'lsa, uni qo'llab-quvvatlaydi. Nihoyat, yaxshi aloqa ko'nikmalari hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'lgan aniq bir vaziyatni hal qiladi.

Bemor noog'zaki shaklda bu hol yoqimli ekanligini anglatadi va bu usul tinchlantiruvchi samara beradi. Insonlar noog'zaki vositalar orqali qo'l tekkizish yoqmasligini ham bildirishadi. Qo'l tekkizganda shunday holat kuzatiladi:

- Hamshira hamdardlik bilan bemorning qo'lini ushlaydi.
- Bemor ijobiy ta'sirlanadi. Bu uning yuz ifodasidan seziladi, qo'lini tortmaydi.
- Hamshira bemorning boshini ushlaydi va qo'li o'sha yerda turadi.
- Bemor tegishga ijobiy ta'sirlanishni davom ettiradi.

Tegishga bog'liq bir qator ijtimoiy qoidalar bor: kimga qachon va qaysi vaziyatlarda qo'l bilan tegish mumkin. Yordam ko'rsatilayotgan paytda qo'l bilan tegishdan ehtiyotlik bilan foydalanilsa, u aloqaning qimmatli vositasi bo'lishi mumkin. Bunday vaziyatda bemor yelkasiga qo'l qo'yish o'rinliroq bo'ladi. Masalan: suhbat oxirida bemor uchun qiyin bo'lgan harakatlarni bajarishda hamshira qo'lini bemor yelkasiga biroz qo'yib turishi mumkin. Bu bilan u vaziyatning qiyinligini tushunib turganini va uni qo'llab-quvvatlashini ko'rsatadi.

Qo'l bilan tegishda kuzatilishi mumkin bo'lgan ijobiy tomonlari:

- Bemor o'zini anglashni oshiradi.
- Bemorga aniq vaziyatda qanday munosabatda ekanligingizni tushunishga imkon beradi.

– Bemorning tuyg‘ularini kimdir tushunayotganini ko‘rib, ularni yaxshi namoyon etmasa ham, o‘zida yengillik sezadi.

– Qo‘l bilan tegish bemorga o‘zini aniq va yaqqol mamoyon etishga yordam beradi.

– Odamlar bir-birlari bilan o‘z muammolarini "bo‘lishadilar" degan dalil ular munosabatini yanada chuqurlashtiradi.

– Yordam ko‘rsatishdagi to‘siqlar qo‘l bilan tegish yordamida bartaraf qilinadi.

Qo‘l bilan tegishda kuzatilishi mumkin bo‘lgan salbiy tomonlar:

– Bemor tomonidan qarshilkning kuchayishi.

– Hamshiraga nisbatan bemorda qo‘rquv paydo bo‘lishi.

– Bezovtalikning yoki yengib chiqish qiyin bo‘lgan hissiyotlarning paydo bo‘lishi.

– O‘zini hurmat qilish tuyg‘ularining pasayishi.

– O‘zini o‘rganish harakatida katta qarshilikni his etishi.

– Hamshirada o‘zining qadriyatlarini asosida bemor haqida fikrlashning yengil bo‘lishi.

Tinglovchi bemor kim bo‘lishidan qat’i nazar uning aytgan fikrlariga yoki yashira olgan his-tuyg‘ulariga ham alohida etibor qiladi. Hamshira bemor o‘z his-tuyg‘ularini namoyon etishiga imkon yaratib va ularga katta ahamiyat berib, bemor bilan suhbatlashishni istayotganini unga sezdirmasligi kerak. Lekin ayrim hollarda bemor hamshira bilan muloqotda o‘z his-tuyg‘ularini oshkor etmasligi ham mumkin. Ayrim bemorlar ilgari hech qachon o‘z his-tuyg‘ulari haqida gapirmagan bo‘lishlari mumkin. Shaxsiy tuyg‘ulari to‘grisida o‘rtoqlashishga harakat qilgan, lekin bunga javoban tinglovchining yoqimsiz munosabatiga duch kelish bemorlarda uchrab turadi. Demak, hamshiraning asosiy maqsadlaridan biri bemorning o‘z his-tuyg‘ulari haqida o‘rtoqlashish xohishini o‘rinli deb bilishida va uni ma‘qullashidadir. Hamshira butun e‘tiborini bemorning his-tuyg‘usiga qaratib, unga katta ahamiyat bergan holda, bemor bilan gaplashmoqchi ekanligini bildiradi. Bemorning his-tuyg‘ularini bilmoqchi bo‘lgan hamshira haqiqiy hamshiradir. U bemorga o‘z his-tuyg‘ularini iloji boricha batafsil gapirib berishga, aytolmagan va aytilmagan tuyg‘ularini kengaytirgan holda bayon etishga yordam berishi zarur.

U bemorni diqqat bilan eshitib, o‘ylayotgan aniq muammoning kalitini izlaydi. Bu bemorni tushunishning so‘z yoki so‘zsiz kalitlari bo‘lishi mumkin. Ular go‘yo alohida rasm-topishmoq bo‘laklariga o‘xshaydi. Agar ularni to‘plasangiz, inson haqida ko‘p narsa bilish mumkin. Bunday tinglovchi topishmoq kaliti asosida taxmin qiladi va bu taxminlarni bemor bilan o‘rtoqlashadi. Insonning aytayotgan, uni tashvishlantirayotgan tuyg‘ulariga so‘z kalitlari yordam beradi. So‘zlarni tanlash, nutqning tempi va ovoz

toni – bu hammasi inson gapirayotgan narsalarning his-tuyg'ulariga so'z kalitini beradi. To'xtab-to'xtab gapirish, ovoz qaltirashi, uzoq tanaffuslar bilan so'zlash – bu gapirayotgan kishi uchun juda nozik masalaligini ko'rsatadi.

Bemorning jismoniy xulqi uning yashirin tuyg'ularini tushinishda kalit hisoblanadi. Diqqat bilan kuzatganda bemorda asabiylik alomatlarini sezgan va hamshiraga bemorning gavdasini tutishi, imo-ishoralari, harakatlar xarakteri ma'lum bir ma'lumotni beradi. Hamshira bemorning verbal va noverbal harakat o'zgarishiga ko'proq e'tibor berishi kerak, chunki bu o'zgarishlar javob topishda kalit bo'lib xizmat qiladi. Masalan, bemor onasi haqida gapirayotib ovozi qaltiray boshlarsa, u chuqur his-hayajonni boshdan kechirayotganini bildiradi. Bunday reaksiya bemorga siz bu kalitlarni qanday qabul qilganingizni tushinishiga yordam beradi.

Barcha ma'lumotlarning ochiq-oydin namoyon bo'lmashligi aytilmagan tuyg'ular natijasidir. Bemorning hech qanday tuyg'uni namoyon etmay, faqat qattiq hayajonli tuyg'ularni ifodalashi ham juda muhim.

Bemor o'z his-tuyg'ularini hamshira bilan bo'lgan suhbatda namoyon etmasligi sabablari juda ko'p, keng tarqalgan sabablaridan biri bemorning avval o'z tuyg'ulari haqida hech qachon gapira olmaganligidir. Bu ko'p insonlar uchun xos. Bemorning siz bilan o'z his-tuyg'ulari haqida gaplashmoqchi bo'lganini ko'rgansiz, lekin u tinglovchining noxush muomalasiga duch kelgan. Tinglovchi so'zlovchiga qaramay, polga qarab, imo-ishoralari yordamida o'z o'ng'aysizligini ko'rsatadi yoki mavzuni o'zgartirib, izoh berib, masalan, "Bo'lishi mumkin emas", – deydi. Bu bemorga suhbat mavzusi tinglovchiga nomaqbulligidan darak beradi. Bu o'z shaxsiy tuyg'ularini aytayotganda namoyon bo'ladi.

Shunday qilib, hamshiraning eng muhim vazifalaridan biri – bu bemorning tuyg'ulari bilan o'rtoqlashmoqchiligini ko'rsatishi va uni qo'llashidir. Bemor bunday vaziyatda o'zining aniq qoidalari borligini, shaxsiy tuyg'ularni namoyon etish ko'lamini tushunib olishi kerak.

Bemor o'zligini namoyon etishining oqibatlarini o'ylashi kerak. Ularning namoyon etilmasligining boshqa sabablari ham bor. Ko'p hollarda insonlar o'z his-tuyg'ularidan uyaladilar va qo'rqadilar, hamshira ularni rad etadi yoki qoralaydi deb o'ylaydilar. Shunday qilib, bu tuyg'ular uyat va aybdorlik hissi natijasida namoyon bo'ladi. O'z xatti-harakatiga ijozat berilishi va maqbulligini tan olish bemordagi uyat va aybdorlik hissini yo'qotishda birinchi qadam bo'ladi.

Hamshira bu sohada ma'lum qiyinchiliklarga duch keladi. U bemor o'z his-tuyg'ularini erkin fikrlashi uchun haqiqiy hurmatni namoyon etishi kerak. Bunday holda u bemorga: "Men bilan o'rtoqlashayotgan tuyg'ularingizni tushunaolgan bo'laman va men sizni hurmat qilishni

davom ettiraman", – deydi. Bu bemorga yana ham erkin bo‘lishga yordam beradi, chunki hamshira do‘stona munosabatni o‘rnata oladi. Bu bemorga o‘z-o‘zini anglashda yordam beradi. Chunki hamshira uning his-tuyg‘ularini tushungan holda uni qabul etdi. Shuning uchun hamshiraga aytilgan va aytilmagan fikrlar juda muhim. Ularga javob berish uchun u avval ular haqida bilmog‘i kerak.

Muloqot qilish davomida muloqot olib boruvchilar bir-birlariga to‘g‘ri kelishlari kerak. Buning uchun muloqot ishonchli bo‘lishi kerak. Ma‘lumot ishonchli, yuqori saviyali bo‘lsa, ma‘lumot qabul qiluvchi odamning ishonchi ortadi. Ruhiiy bemorlar bilan muloqotga kirishilganda har xil vaziyatlar bo‘lishi mumkin, masalan, agressiv muomala.

Bemor hamshiraga nisbatan qo‘pol muomala qilganda, quyidagi ko‘rsatmalarga rioya qilish mumkin:

- bemorning gapini haqorat deb tushunmaslik;
- xotirjam bo‘lish uchun chuqur-chuqur nafas olib, 10–20 gacha sanash;
- agar yomon so‘z bilan javob berishga to‘g‘ri kelsa, xonadan chiqib ketish va tinchlanish;
- vaqti-vaqti bilan tanaffus qilib, ochiq havoda aylanish;
- bo‘lib o‘tgan voqeani ishonchli yaqin kishisiga aytish;
- hurmatsizlik qilgan bemor bilan qayta suhbatlashib (kelishib olish), o‘z vazifasini davom ettirish.

Suhbatni davom ettirish uchun quyidagilarga rioya qilish lozim:

- bir necha daqiqaga tanaffus qilish, tinchlanish, bu noxushlik haqida o‘ylamaslik, hamsuhbatining so‘zlariga diqqatini qaratish;
- suhbatdoshiga qiziqish bilan qarash, yuz ifodasi, harakatlaridan bemor hamshiraning qiziqishini sezishi kerak;
- hamshira bemorni suhbatga qayta taklif etib: "O‘zingizni qanday his qilayapsiz?", "O‘zingiz yolg‘iz qolgingiz kelayotganiga ishonchingiz komilmi?" degan savollar berishi lozim;
- bemorni tinglash davolash jarayonining muhim qismlaridan biri, agar bemor savollariga hamshira javob bera olmasa, javob bera olishi mumkin odamni topish va undan bemor savollariga javob berishini iltimos qilish;
- hamshira suhbat tugagandan so‘ng bemor bilan nega ishonchli muloqotga kirisha olmaganining sababini boshqa malakaliroq kishidan so‘rab, maslahat olishi kerak.

D. Orem modeli

D. Orem o‘z modelini birinchi bor 1971-yilda taklif etgan. D. Orem modeli V. Xenderson modeliga o‘xshash bo‘lib, unda ham hamshiralik ishining asosiy vazifasi – bemorga o‘zini o‘zi parvarish qilishda ko‘maklashish va bunda bemor mustaqilligiga erishishdan iborat.

Bu model bo'yicha inson yaxlit bir obyekt sifatida ko'rib, o'z salomatligi holatiga o'zi javobgar shaxs deb hisoblanadi. Inson kasal yoki sog'lig'idan qat'i nazar, o'zni o'zi parvarish qilishi lozim. O'zini o'zi parvarish qilish deganda individ tomonidan hayoti, salomatligi, farovonligini ta'minlash maqsadida o'z kuchi va istagi bilan amalgam oshiriladigan harakatlar majmuyi tushuniladi. V. Xenderson kabi D. Orem ham odam o'zini o'zi parvarish qilishi uchun bir qator ehtiyojlarini qondirishi lozim, deb hisoblaydi. D. Orem ehtiyojlarning 3 guruhini ajratadi:

1. Univrsal fiziologik ehtiyojlar – normal hayotiy jarayonlarni amalga oshirish uchun zarur:

- yetarlicha havo olish;
- yetarlicha suyuqlik qabul qilish;
- yetarlicha ovqat iste'mol qilish;
- yetarlicha ajratib chiqarish imkoniyatiga va unga kerakli ehtiyojga ega bo'lish;
- faollik va dam olish muvozanatini saqlash;
- yolg'izlik va boshqa odamlar bilan muloqotda bo'lish vaqti muvozanatini saqlash;
- hayot uchun, normal hayot faoliyati va farovonlik uchun xavfli vaziyatlarning oldini olish;
- ma'lum shaxsiy imkoniyatlarga to'g'ri keladigan ijtimoiy guruhga kirish istagini rag'batlantirish.

Yuqorida ko'rsatib o'tilgan ehtiyojlar har bir odam uchun har xil. Bu ehtiyojlarga odamning yoshi, jinsi, rivojlanish davri, madaniyati, ijtimoiy muhiti, iqtisodiy imkoniyatlari omil bo'ladi.

2. Rivojlanish davri bilan bog'liq ehtiyojlar – insonning ontogenetik (biologik) rivojlanishi mobaynida ma'lum davrlarni boshdan kechirishi (chaqaloqlik, qarilik davrlari) oqibatida yoki ayrim holatlar (homiladorlik), mushkul hayotiy vaziyatlar (yaqin odamini yo'qotish) tufayli yuzaga keluvchi ehtiyojlardir.

3. Salomatlikning o'zgarishi yoki buzilishi (turli kasalliklar, shikastlar, patologik holatlar, diagnostik va davo muolajalari) tufayli kelib chiqadigan ehtiyojlar:

- kasallik yoki biror patologik holatlarda tegishli tibbiy yordam olish;
- kasalliklar asoratlarini boshdan kechirishga hozir bo'lish va ko'nish;
- diagnostik, davo va reabilitatsion muolajalarni samarali bajarish;
- yoqimsiz va og'riqli davo muolajalariga toqat qilish;
- kasallik tufayli o'zgarigan sog'lik holatiga yoki kerakli tibbiy parvarishga o'zini tayyorlash;
- patologik holatlar, shikast yetkazuvchi davo va diagnostik muolajalar oqibatlari bilan yashashga o'rganish.

Inson yuqorida ko‘rsatib o‘tilgan asosiy ehtiyojlarni mustaqil qondira olsa, u o‘zini o‘zi parvarish qilishga qobiliyatli deb hisoblanadi. Bu qobiliyat insonning yoshi, odatlari, salomatlik holati, tarbiyasi, hayotiy tajribasi, madaniyati, jismoniy va aqliy imkoniyatlariga bog‘liq.

Inson tomonidan ba‘zi ehtiyojlarni qondirishga to‘sqinlik qiluvchi omillar mavjud bo‘lsa, o‘zini o‘zi parvarish qilishga qisman qobiliyatli deb hisoblanadi. D. Orem parvarishni chegaralovchi omillardan bilim doirasining cheklanganligi, fikrlash doirasining torligi (masalan, aqli zaiflik) va maqsadga yo‘naltirilgan harakatlarning chegaralanganligi (masalan, qo‘l yoki oyoq paralichi)ni ko‘rsatib o‘tadi.

Va nihoyat, individ o‘z ehtiyojlarini mustaqil ravishda qondira olmasa, ya‘ni o‘zini o‘zi parvarish qilish ehtiyojlari va ularni qondirish qobiliyati orasidagi muvozanat buzilgan bo‘lsa, u o‘zini o‘zi parvarish qilishga qobiliyatsiz hisoblanadi.

Orem o‘zini o‘zi parvarish qilishga qobiliyatsiz insonlarni hamshira parvarishiga muhtoj, ya‘ni hamshira bemorlari deb hisoblaydi. Hamshiraning asosiy vazifasi o‘zini o‘zi parvarish qilishga imkoni bo‘lmagan bemorlarga yordam berishdan iborat. Bunda hamshira parvarishni quyidagi usullarda olib borishi mumkin:

- bemor uchun biror ishni bajarish;
- bemor harakatlarini boshqarib borish;
- bemorni ruhan va jismonan qo‘llab-quvvatlash;
- o‘zini o‘zi parvarish qilishi uchun qulay muhit yaratish;
- bemorga bilim va ko‘nikmalarni o‘rgatish.

Hamshiralik parvarishining maqsadlari esa quyidagilardan iborat:

- o‘zini o‘zi parvarish qilishda pasiyentning mustaqilligiga erishish;
- o‘zini o‘zi parvarish qilishda bemor ehtiyojlari va imkoniyatlari muvozanatini tiklash;
- insonning hayot mobaynida salomatligi, farovonligini ta‘minlash;
- tang vaziyatlar, og‘ir kasalliklarda bemor azoblarini yengillatish, sog‘lig‘ini turg‘unlikda tutib turish.

D. Orem 3 xil yordam tizimini belgilaydi:

Agar bemorning aqliy yoki jismoniy imkoniyatlari chegaralangan bo‘lsa, hamshira parvarishni to‘liq o‘z bo‘yniga oladi, ya‘ni **to‘liq kompensatsiyalovchi yordam** ko‘rsatadi.

Bemor ba‘zi bir parvarish turlarini vaqtincha bajara olmasa, hamshira parvarishni qisman amalga oshiradi – **qisman kompensatsiyalovchi yordam** beradi.

Bemor yoki uning yaqinlarini parvarish ko‘nikmalariga o‘rgatish kerak bo‘lsa, hamshira kerakli maslahat yoki bilimlarni beradi – **yo‘naltiruvchi yordam** ko‘rsatadi.

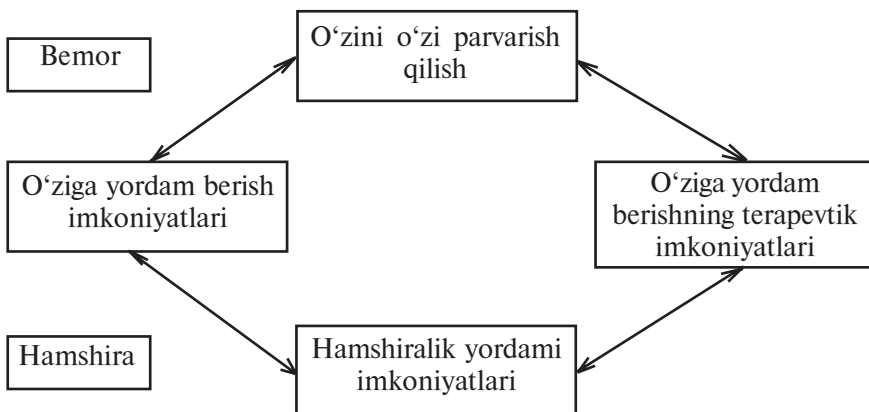
Parvarish sifati bemor yoki uning yaqinlari parvarishni qanday o'tkazishi imkoniyatlariga qarab baholanadi.

D. Orem modelida hamshiralik ishi bo'yicha aniq ko'rsatmalar berilgan, shuning uchun undan amaliyotda foydalanish qulay. Biroq modelda parvarish bo'yicha amalga oshiriladigan tadbirlar yetarlicha yoritib berilmagan. Shunga qaramay, D. Orem modeli V. Xenderson modeli bilan bir qatorda keng qo'llaniladi.

Hamshiralik parvarishida D. Orem modelini qo'llash

O'zini o'zi parvarish qilish ehtiyojlari va imkoniyatlarini baholashda hamshira parvarishining terapevtik zaruriyati, muvozanati aniqlanadi.

Hamshiralik aralashuvi bemorning o'zini o'zi parvarish qilish imkoniyatlarini hisobga olgan holda rejalashtiriladi. Hamshiralik aralashuvidan maqsad bemor imkoniyatlari va ehtiyojlarining muvozanatini tiklashdir. Hamshiralik parvarishini baholashda birinchi o'rinda bemor o'zi mo'ljallagan vaqtda parvarishni bajara olgani hisobga olinadi. Agar hamshiralik parvarishi imkoniyat va ehtiyojlari muvozanati saqlansa yoki tiklansa, yaxshi natija bergan bo'ladi.



3-BO'LIM. XUSUSIY TIBBIY PSIXOLOGIYA MASALALARI

Turli kasalliklarda bemor bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi

Ambulatoriya sharoitida bemorlar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi

Kasalxonalar va stasionarlar ishi ambulatoriya va poliklinikalar ishidan o'ziga xos tomonlari bilan ajralib turadi. Ilgari shifoxonalarda o'rinlar sonini imkon boricha ko'paytirish masalasi ko'ndalang qilib qo'yilgan edi. Bu vazifa o'z davri uchun to'g'ri bo'lib, u to'la-to'kis bajarildi. Hozir profilaktika va tushuntirish ishlari yaxshi olib borilayotganligi tufayli bemorlarga tashxis qo'yish ishi birmuncha yaxshilandi, bunga tor itxisoslikdagi mutaxassislar sonining oshib borayotganligi imkon berdi. Bundan tashqari, qishloq joylarda ko'plab yangi tipdagi shifokorlik-akusherlik va feldsherlik-akusherlik punktlari ochildi va ular soni kun sayin ortib borayapti.

Shahar va tumanlardagi yirik poliklinikalarda bemorlarning kunduzi davolanishi uchun o'rinlar tashkil etildi va ular zarur uskuna, jihozlar bilan ta'minlandi.

Shifokorlar va hamshiralarning muntazam ravishda attestatsiyadan o'tkazib turilishi ularning kasb saviyasi oshishiga, bilimlarining chuqurlashuviga, zamonaviy muolaja usullarini mukammal egallab olishlariga imkoniyat yaratdi. Shifokor rahbarligi ostida ishlaydigan o'rta tibbiyot xodimi o'z zimmasidagi vazifalarni sidqidildan bajarib borsa, bemor iztiroblarini yengillashtirish uchun hamma chora-tadbirlarni beg'araz ado etsa, u o'z burchini to'la-to'kis bajargan hisoblanadi.

Bizning davrimizda ambulatoriya tarmog'i yana ham keng quloch yozmoqda. Hozir ko'pgina kichik operatsiyalar, laboratoriya tekshirishlari, davolash kurslari, muolajalar ambulatoriya sharoitida o'tkaziladi.

Kichik jarrohlik muolajalari, bronxoskopik, ultra-to'lqinli gastrokopik tekshirishlar, ayrim hollarda va ko'rsatma bo'lganda ruhiy bemorlarni davolash ambulatoriya va poliklinikalarda o'tkaziladi. Poliklinika sharoitida tibbiyot xodimining bemorlar bilan muloqotda bo'lishi o'ziga xos jihatlarga ega. Ish kuni mobaynida doimo bemorlar bilan muomala qilishga to'g'ri keladi. Bunday bemorlarning bir qismi shifokorga birinchi marta murojaat qiladilar.

Kundalik amaliyotda ambulatoriyada bemorlarni qabul qilishning estetik muammolariga katta e'tibor qaratilishi kerak. Ambulatoriya jihozi deganda

ko'pincha tekshirish asbob-uskunalari tushuniladi. Bundan tashqari, chiroyli gullar, ozoda, qulay mebellar bemorga estetik zavq berib, shifokorga bo'lgan ishonchini yanada oshiradi. Shifokor bilan yakkamayakka, guvohlarsiz suhbatlashish bemorning kundalik huquqi hisoblanadi. Afsuski, ko'p hollarda shifokorning xonasida hamshira ham bo'ladi. Bunday vaqtda bemor shifokorga gapini ochiq aytishga tortinib turadi. Shifokor xonadagilarning tashqariga chiqib turishini so'rashi bemor uchun ham, shifokor uchun ham noqulay psixologik muhitni vujudga keltiradi.

Har qanday davolash muassasalarining asosiy maqsadi barcha bemorlarga kerakli tibbiyot yordamini ko'rsatishdir. Buning uchun bemorga qulay, osoyishta, tinchlantiruvchi sharoit yaratish kerak. Ambulatoriyaga kelgan bemorlarni davolash ularni qabul qilishdan boshlanadi. Odatda, bemorlarni tuman shifokorlari yoki boshqa mutaxassislikdagi shifokorlar yuboradilar. Shunday ekan, bemorlar qayerga va nima uchun kelganliklarini yaxshi his qiladilar. Ko'p narsa ularning qanday kutib olinishiga bog'liq. Bu ishda shifokorning ishonchli yordamchisi hamshira hisoblanadi.

Poliklinika sharoitida tibbiyot xodimining bemorlar bilan muloqotda bo'lishi o'ziga xos tomonlarga ega. Tibbiyot hamshirasi bilan bemor o'rtasidagi munosabatlar xarakteriga xastalikning o'ziga xos xususiyatlari ham, bemorlarning shaxsiy xususiyatlari ham ta'sir ko'rsatadi. Ambulatoriya tibbiy hamshiralarning mehnati juda serqirra bo'lib, u yuksak mas'uliyat bilan olib borilishi lozim. Bemorlarning birinchi va takroriy qatnovini hisobga olgan holda ularni qabul qilishning aniq kunlarini belgilab chiqish, qabul vaqtiga rioya etilishini nazorat qilish, kasallik tarixini tezda topish, qabul sabablarini aniqlash va boshqa tashkiliy tadbirlarning hammasi tibbiyot hamshirasining ish sharoitini ancha osonlashtiradi, uning vaqtini tejab, bemorlar uchun qulayliklar yaratadi.

Bemorni qabul qilishni tashkil etishda shuni ham nazarda tutish zarurki, og'ir yoki jiddiy ahvoldagi bemorlarni navbatsiz qabul qilishdan tashqari (bunday bemorlar shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiladi), har bir ixtisoslik daftarida birinchi galda navbatsiz qabul qilinadigan bemorlar yozilgan bo'ladi. Bular nogironlar, qari kishilar bo'lib, ular somatik holati tufayli qabulni uzoq vaqt kutib turishlari qiyin. Birinchi navbatda jazavali belgilari yaqqol sezilib turadigan tajovuzkor, asabi zaif bemorlarni qabul qilgan ma'qul, chunki ular shifokorlar haqidagi mulohazalari bilan kutish xonasida noxush vaziyat yaratadilar, o'zlarining patologik his-hayajonlari bilan oson ta'sirga beriladigan bemorlarda salbiy fikrlar uyg'otadilar.

Ambulatoriya va poliklinikada xizmat qiluvchi hamshira va shifokorlar bemorlarning uyiga borib ham tibbiy yordam ko'rsatadilar. Bunda ular oilaning shart-sharoitlarini va oiladagi psixologik muhitni tushunib olishlari lozim. Ularning xushmuomalalik bilan bemorni tekshirishga intilishlari unga to'la-to'kis yordam ko'rsatish bilan ajralib turishi zarur.

Hamshira davolash ishlari bilan bir qatorda sanitariya maorifi ishlari bilan ham shug'ullanishi kerak. Aholi o'rtasida har xil kasalliklar va ularning oldini olish, klinik manzarasi, davosi masalalarida ma'ruzalar, suhbatlar o'tkazilishi nihoyatda muhim tadbirlardan hisoblanadi.

Bemor bilan aloqa o'rnatganda uning kechinmalarini tushunish va ularni xayrixohlik bilan qabul qilish kerak. Tibbiyot hamshirasining zarur yordam va fidoiyilik ko'rsatishga hozirligi katta ahamiyatga ega. Bemorning shikoyatlarini e'tibor bilan eshitish, iloji boricha xastalik belgilarini bartaraf etish yoki yengillashtirishga harakat qilish, dori-darmonlarni o'z vaqtida qabul qilishini eslatib turish hamshiralarning eng muhim burchi ekanligini doimo yodda tutish zarur.

Terapevtik bemorlar bilan ishlash psixologiyasi

Terapiya – tibbiyot sohasining eng muhim qismi bo'lib, ichki kasalliklar bilan og'rigan bemorlar ko'proq psixogen omillar ta'siriga duchor bo'ladilar. Atoqli terapevtlar bu ta'sirlarni juda yaxshi bilganliklari uchun bemor bilan muloqot qilishning turli tomonlarini ishlab chiqqanlar. Masalan, vengriyalik yirik terapevt olim Sandora Koranayning quyidagi so'zlarini keltiramiz: "Bemorga kerakli dorini berish emas, balki qanday berish muhimdir".

Terapiya bo'limida organizm turli sistemalarining o'zgarishlariga uchragan bemorlar davolanishadi. Har bir sistema kasalliklari bemorga o'ziga xos psixogen ta'sirini o'tkazadi.

Hozirgi kunda bemorning jismoniy va ruhiy holatlarini uning butun organizmini to'liq bilmasdan turib uni davolab bo'lmaydi. Ichki kasalliklar klinikasida doimo somatogen va psixogen buzilishlarni kuzatishga to'g'ri keladi.

Odamda kuchli his-hayajonlar, iztiroblar yurak urishi bilan birga o'tadi, bunda yuz qizaradi yoki oqaradi (tomirlarning qisilishi yoki kengayishiga qarab). Bu alomatlarining tabiati va nechog'liq yuzaga chiqishi shaxs va organizmning o'ziga xos xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Psixik ta'sirlar bosh og'rig'ini yoki organizmdagi boshqa funksional buzilishlarni keltirib chiqarishi mumkin. Psixogen omillar ta'siri ostida somatik sohada quyidagi buzilishlar: ko'ngil behuzur bo'lishi, qusish, ich ketishi, qabziyat, ishtaha yo'qolishi, nafas qisishi, yo'tal, arterial bosimning ko'tarilishi, tomir urishining tezlashishi (taxikardiya), uning sekinlashuvi (bradikardiya), yurak ishi zaiflashuvi kabilar vujudga kelishi ehtimol.

Bemor organizmi holatini to'la-to'kis bilish uchun bemorning psixologik holati bilan birga o'z kasalligiga munosabatini ham hisobga olish kerak. Bundan asosiy maqsad shuki, bemor o'z organizmidagi a'zolarini va ularning kasalliklarini qanday his qilishini, shuningdek, ayrim asosiy kasalliklarning psixogen moslashuvi bilan tanishtirishdir. Terapiyada psixologiyaning o'rni shundaki, u bemor bilan kasallik o'rtasidagi muhitni,

tibbiyot xodimlarining bemorlarga munosabatini o'rganishga yordam beradi.

Bemor ruhiyatiga kasallik ta'siri va shifokorning munosabatini oydinlashtiradigan bir misol keltiramiz.

Gripp kasalligini boshidan o'tkazgan 35 yoshli bemor o'zining tanish shifokoriga qabulga keladi. U shu shifokorda 12 yildan buyon davolanib kelardi. Unda yurak dekompensatsiyasi, yurak qopqasining yetishmovchiligi bor edi. Shifokor obdan tekshirib, unda hech qanday o'zgarish yo'qligiga ishonch hosil qilib, xayrlashuv vaqtida: "Tashvishlanmang, mendan oldin o'lmaysiz, juda ham tig'iz bo'lsa, birgalikda o'lamiz", – deydi. Ertasiga to'satdan shifokor vafot etadi. Bemor juda ham qattiq iztirobga tushadi, tomir urishi 120 ga etadi, aritmiya boshlanadi, barcha ko'rilgan chora-tadbirlar yordam bermaydi. Shifokor o'limidan bir kun o'tib, bemor ham o'ladi.

Somatogen jihatdan kelib chiqqan ruhiy buzilishlar ko'pincha xavotirli-vahimali bemorlarda paydo bo'ladi, ularning holatida ipoxondrikiomatlar ham seziladi. Ular asosiy kasallik natijasida paydo bo'lgan nevrozlar, zaiflik, tezda charchab qolish, bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, o'z ahvolidan cho'chish, haddan tashqari terlash, yurak urishining tezlashuvi va hokazo holatlardan shikoyat qiladilar.

Alkogolizm va giyohvandlik dardiga yo'liqqan shaxsda kasallik aniq, ko'zga tashlanadigan bosqichga yetganda, odatda, ichki a'zolarining turli xastalıkları: jigar, yurak, buyrak, me'da osti bezlari va boshqa xastaliklar aniqlanadi, shu sababli ular somatik kasalxonaning terapiya bo'limida davolanish uchun keladilar.

Nevrozsimon alomatlar ko'pincha asosiy kasallikning klinik manzarasini niqoblab qo'yadi. Natijada bemorlar turli ixtisoslikdagi mutaxassislariga murojaat qiladilar, biroq hamisha ham dardlari yengillashvermaydi. Bu hol bemorlarni nevrotik va ipoxondrik holatlarga duchor qiladi.

Somatopsixik bog'lanishlar nafaqat bemorga to'g'ri munosabat bilan yondashish uchun kerak, balki asosiy kasallikni davolashda ham muhim.

Yurak faoliyatining og'ir dekompensatsiyasida, jigar serrozi va uremiyada gallyusinatsiyali alahlash kechinmalari bilan o'tadigan ruhiy holatlarning avj olishi kuzatiladi.

Bemorga shu narsani tushuntirish lozimki, tibbiyot hamshirasi dori-darmonlarni faqat shifokorning topshirig'i bilangina bera oladi.

Ba'zan psixogen omillar somatogen omillar bilan qo'shilib ketib, bir-birini kuchaytiradigan hollar ham bo'ladi. **Yatrogeniya** deganda shifokor yoki tibbiyot hamshirasining bemorga salbiy ta'sir qilgan so'zlari va xatti-harakatlari natijasida bemorda paydo bo'lgan kechinmalardan yuzaga kelgan kasallik holati yoki uning kuchayishi tushuniladi. Yatrogeniya o'ziga xos xususiyatlari bo'lgan, ya'ni notinch, vahimali, tez asabiylashadigan, jizzaki, qo'rqoq, asabi zaif bemorlarda uchraydi. Turli xil yatrogen xastaliklar kelib chiqishida o'rta tibbiyot xodimlari sababchi bo'lgan hollar ham ko'p kuzatilgan. Ular **sorrogeniyalar** (lotincha Sorrow – hamshira) deb ataladi.

Terapiya bo‘limida davolanayotgan bemorlarning har biri uchun alohida ijobiy psixologik ta’sir vositasi, ya’ni so‘zlar majmuasi topilishi kerak. Bemor o‘z kasalligi to‘g‘risida kam o‘ylaydigan, davoning samarali yakunlanishiga ishonadigan bo‘lishi kerak. Buning uchun bo‘limda xizmat qilayotgan shifokor va hamshiralar psixologik bilimlarni chuqur egallagan bo‘lishlari kerak. Aks holda yaxshi natijalarga erishish qiyin bo‘ladi.

Jarrohlik klinikasidagi bemorlarning psixologiyasi masalalari

Tibbiyot sohasining hech bir bo‘limida jarrohlikdagi singari amaliy ko‘nikmalarning ahamiyati muhim bo‘lmaydi.

Anesteziologiya va farmakologiya sohasidagi yangi bo‘limlar, ilmiy-texnikadagi muhim ixtirolar jarrohlikni hozirgi darajaga yetkazdi. Asab va yurak tomirlar sistemasida operatsiyalar o‘tkazish imkonini tug‘ildi. Jarrohning butun fikri va operatsiyaga qatnashadigan boshqa shifokorlar, hamshiralarning ham barcha xatti-harakatlari operatsiyani muvaffaqiyatli o‘tkazishga qaratilgan bo‘ladi. Jarrohlik bo‘limining maqsadi ishni tashkil etishi operatsiyaning har tomonlama samarali yakunlanishini ta’minlashdir.

Jarroh bemorga operatsiya orqali yordam beradi, muammoning birdan bir yechimi ham shu bo‘ladi. Jarrohlar o‘z mahoratlarini ularning ko‘magiga muhtoj bo‘lgan bemorlarga sarflaydilar. Jarrohlarning faolligi boshqa mutaxassislikdagi shifokorlardan ko‘ra ancha yuqori bo‘ladi. Lekin jarrohlar bemor shaxsini to‘liq bilib olishga erisha olishmaydi. Chunki vaqt tig‘iz bo‘ladi. Bemor bilan yaqin muloqotda bo‘lishga sharoit bo‘lmaydi. Jarrohlar, operatsiya va palata hamshiralarning barcha fikrlari va diqqat-e’tibori asosiy ish – jarrohlik aralashuviga qaratiladi. Operatsiya vaqtida tibbiyot xodimlari bilan bemorlar o‘rtasidagi bevosita aloqa va jarroh-shifokorlar, anesteziologlar, operatsiya xonasida xizmat qiluvchi hamshiralar o‘rtasidagi o‘zaro hamjihatlik nihoyatda mustahkam bo‘ladi.

Operatsiya aralashuvining qanday o‘tishi operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi davrda tibbiyot hamshiralarning, xodimlarining o‘z burchlarini nechog‘liq puxta bajarganliklariga bog‘liqdir.

Sog‘lom kishi operativ aralashuvga turlicha qaraydi. Ayrim kishilar psixologik ta’sir – operatsiya vaqtini cho‘zishni, ayrimlari esa operatsiya muddatini tezlashtirishni ko‘zlashadi. Bunga turli sabablar majbur qilishi mumkin. Oilaviy baxtsizlik, qo‘rquv, xavotirlanish shular qatoriga kiradi.

Bemor operatsiyaning o‘zidan, unga aloqador bo‘lgan og‘riq sezgisi, azoblar, uning oqibatidan, undan yaxshi chiqishiga shubha bilan qarashi ehtimol. Bemorning xavotirlanishini uning so‘zlaridan, palatadagi qo‘shnilari bilan suhbatlaridan bilsa bo‘ladi. Bemorning ko‘p terlashi, yurak urishining tezlashuvi, tez-tez siygisi qistashi, kechalari yaxshi uxlay olmay chiqishi va boshqalar shular qatoriga kiradi.

Tibbiyot hamshirasi bemorni qanday kuzatib borayotganini davolovchi shifokorga ma'lum qilishi va u bilan birga bemorga psixoterapevtik ta'sir ko'rsatish usullarini egallab olgan bo'lishi lozim. Hamshira operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish vaqtida bemor bilan yaqin munosabat o'rnatishi, suhbatlar vaqtida bemorning qo'rquv va xavotirlari o'rinsizligini unga tushuntirib borishi lozim. Eng muhimi bemorni tinchlantirish hisoblanadi.

Operatsiyadan keyin ham bir qancha murakkab muammolar paydo bo'ladi. Ayni vaqtda bemorda turli psixik buzilishlar ham vujudga kelishi ehtimol. Jarrohlik operatsiyasi va o'rinda uzoq vaqt yotish tartibi turli xil nevroitik kasalliklarni keltirib chiqarishi ham mumkin. Ayrim bemorlarda operatsiya o'tkazilgandan so'ng 2–3 kun o'tgach o'ta ta'sirchanlik, asabiylashish, jizzakilik va injiqlik kabi belgilar paydo bo'ladi. Astenizatsiya negizida, ayniqsa, og'ir operatsiyalardan keyin asoratlar paydo bo'lib, bular depressiya holatini avj oldirishi mumkin. Keksa odamlarda operatsiyadan keyin deliriy holati ro'y berib, gallyusinatsiyalar va bosinqirash ham qayd etilishi mumkin.

Bemor holatida qanday o'zgarish sodir bo'lishidan qat'i nazar, tibbiyot hamshirasi zudlik bilan davolovchi shifokorga xabar qilishi va bemorni sinchiklab kuzatib borishi darkor. Bordi-yu, psixiatr-maslahatchi bemorni tekshirib ko'rib, uni ruhiy kasalliklar shifoxonasiga o'tkazishni tavsiya etsa, uning bu xulosasini bajarish kerak bo'ladi. Aksariyat psixotik holatlar qisqa muddatli bo'ladi va zarur dori-darmonlar tayinlanganda bartaraf bo'ladi.

Xavfli o'smalari bo'lgan bemorlar bilan operatsiyadan oldingi davrda hamshira va shifokor operatsiyaning yaxshi o'tishi to'g'risida suhbatlar o'tkazishlari kerak. Bemorga operatsiya o'z vaqtida qilindi, u muvaffaqiyatli o'tdi va endi hech qanday xavf-xatar yo'q, deb tushuntirish foydadan holi bo'lmaydi. Xirurgik bemorlar me'da rezeksiyasi, sut bezini olib tashlash, oyoq yoki qo'lni kesish kabi operatsiyalarni juda og'ir o'tkazishadi. Operatsiyadan so'ng ayrimlarining yashagisi kelmay qoladi, ularni yomon xayollar chulg'ab oladi. Bunday paytlarda tibbiyot hamshirasining bunday bemorlar bilan samimiy suhbatlari bemor ko'nglini ko'tarishga, uni tinchlantirishga katta yordam beradi.

Bolalar kasalliklarida bemorlar psixologiyasi masalalari

Bemorni parvarish qilish yaxshi tayyorgarlikdan tashqari, zo'r shijoat, mahorat va bolalarga muhabbatni talab qiladi. Bolalarning psixologik va jismoniy sog'lig'iga baho berishda tibbiyot xodimlari barcha davrlarga xos xususiyatlarini ham yaxshi bilishlari kerak. Nafaqat bolalar kasalxonasida, balki barcha davolash muassasalarida ruhiy sog'lom bola xususiyatlarini bilish muhim. Bemor bolani parvarish qilish psixologiyasi nuqtayi nazaridan uning ruhiy va jismoniy rivojlanish darajasi bemorning yoshiga muvofiq kelish-kelmasligi to'g'risida tasavvurga ega bo'lish muhim. Ayniqsa, ilk go'daklik davrida tez-tez kasal bo'lib turadigan bolalarda ruhiy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi ko'zga tashlanadi.

Har bir katta yoshdagi odamlar, ayniqsa, ota-onalar uchun bola tarbiyasi asoslaridan ma'lumot beruvchi pedagogika, psixologiya, odobnoma fani, badiiy kitoblar mavjud. Bu kitoblar asabi sog'lom bolalarni tarbiyalashga ko'maklashadi. Shunga qaramasdan haligacha ko'pchilik oilalar bolani jismoniy jazolash usulidan foydalanib kelishmoqda. Chunonchi, bemor bolalardan so'rab-surishtirilganda ushbu jismoniy jazo usullarining yomon ta'sirlarini, qo'rquv oqibatlarini eshitishimiz mumkin. Maktabgacha yoshdagi va kichik maktab yoshidagi bolalarda ko'pincha turli qo'rquvlar (qorong'ilikdan, yolg'iz qolishdan, oq xalatdan, ukollardan) sababli nevroitik reaksiyalar, tungi siyib qo'yish, ichi o'tib ketishi va shu kabilar sodir bo'ladi. Ba'zi bolalar kasalxonada yotishni o'zlari qilgan xatti-harakatlari uchun jazo deb baholaydilar, o'zlarini tahqirlangan va yolg'iz deb hisoblaydilar. Agar biz kundalik hayotimizda bola tarbiyasining eng mas'uliyatli ish ekanligini boshqalardan talab qilar ekanmiz, bolalar shifokori va hamshiralari bolalar psixologiyasini, psixoterapiyani hamda amaliy psixologiyani yanada chuqurroq o'rganishlarini talab qilamiz. Davolash muassasasidagi psixologik muhit bolaning uni o'zining uyi deb his etishiga yordam berishi lozim. O'yinlar, mashg'ulotlar bolalarni bir-biriga yaqinlashtirishga yordam beradi, tibbiyot hamshiralari samimiy va yaxshi munosabati bolaning yangi sharoitga o'rganishini osonlashtiradi.

Bolalar kasalxonaga tushgandan keyin ularning kasallikka nisbatan munosabati har xil bo'ladi. Bunda kasallik muhim ahamiyatga ega bo'lmasdan, balki uning to'g'risidagi bolaning kechinmalari birinchi o'ringa chiqadi. Bolalar bilan ishlovchi hamshira bemor bola bilan xuddi ona va bola kabi munosabatni o'rnatishi kerak. Bolaga g'amxo'rlik va diqqat-e'tibor bilan munosabatda bo'lish, uni tushunishga intilish bu katta san'at bo'lib, unda tibbiyot hamshirasining kasbiga doir saviyasi shaxsiy xususiyatlari bilan uyg'unlashib ketadi.

Bolalardagi qo'rquv kechinmalarini barham toptirish katta ahamiyatga ega bo'ladi. Suhbat vaqtida bu kechinmalarning konkret kechishini tushuntirib berish, tibbiyot hamshirasi va shifokor hamisha yoningda bo'lishadi va o'z vaqtida yordamga kelishadi, deb ishontiradigan dalillar bilan uning shubhalarini tarqatib yuborishga harakat qilish zarur.

Bolaning kasalligi butun oila uchun ko'ngilsizlik hisoblanadi. Shuning uchun analiz yig'uvchi shifokor va hamshira bunga e'tibor berib, nima bo'lganligini oxirigacha aniqlashlari kerak. Ko'pincha bu juda qiyinlik bilan kechadi. Bolalar bo'limining hamshirasi ota-onalar bilan muomala qilganida jiddiy qiyinchiliklarga duch keladi. Ota-onalarning tabiiy reaksiyalari bolalariga bo'lgan munosabatlariga va shaxsiy tajribalariga bog'liq. Bunday hollarda tibbiyot hamshirasi ota-onalarni tinglash uchungina emas, balki ularning haddan ortiq xavotirlanishi asossiz ekanligini tushuntirish uchun o'zlari sabr-toqatli bo'lishlari shart.

Bolalar bilan ishlaydigan tibbiyot hamshiralari bosiq va vazmin, ruhiy jihatdan sogʻlom boʻlishlari kerak.

Bolalarda oqibati ogʻir kasalliklar aniqlanganda shifokor va tibbiyot hamshiralari oldida gʻoyat masʼuliyatli muammolar vujudga keladi. Bunday noxush xabar ota-onalarda ogʻir iztirob, umidsizlikka sabab boʻladi, koʻpincha ular tibbiyot xodimlariga ishonchsizlik bilan qaraydilar. Shunday ogʻir vaziyat yuzaga kelgan taqdirda kasal bolaning ota-onasini bunga ehtiyotkorlik bilan tayyorlash, uning gʻam-tashvishlariga sherik boʻlish talab etiladi. Ishda qoʻpollik qiladigan, kasal bolaga loqayd munosabatda boʻladigan tibbiyot hamshirasi salomatlik posboni degan sharaflı nomga munosib boʻla olmaydi. Bunday xodimlarning inson sogʻligʻini muhofaza qiladigan muassasalarda ishlashlariga yoʻl qoʻymaslik zarur.

Doyalik va ginekologiyada bemorlar bilan munosabatda boʻlish psixologiyasi

Doyalik va ginekologiyani hozirgi mavqeyiga yetkazish uchun tibbiyot xodimlari koʻp qiyinchiliklarni yengishiga toʻgʻri keldi. Yuz yillar davomida uning rivojlanishiga doyalik bilan faqat ayollar shugʻullanishi kerak degan mulohaza qarshilik koʻrsatib keldi. Chunki ayol shifokorlarning amaliyotga kirib kelganiga uncha koʻp boʻlgani yoʻq. To ular kelguncha doyalik vazifasini doya hamshiralari bajarib turdilar. Erkak shifokorlardan Veyt 1522-yili doyalik bilan shugʻullanganligi uchun Gamburgda ochiqchasiga kuydirildi. Hatto 1640-yilda Parijda tashkil qilingan akusherlik kursida erkak shifokorlarning tugʻruqxonaga kirishi man qilingan.

Ginekologik kasalliklari boʻlgan ayollarni davolash vaqtida intim jinsiy psixologik va xulq-axloqiga doir koʻpgina muammolar paydo boʻladiki, ular tibbiyot xodimlarining faoliyatini jiddiy ravishda murakkablashtirib yuboradi. Ginekologik tekshirishda ayollarda uyalishning paydo boʻlishi tabiiy boʻlib, bunday psixologik hodisaga lozim darajada hurmat bilan qarash kerak. Bemorlar bilan yaxshi aloqa oʻrnatish uchun suhbat va tekshirish vaqtida xushmuomalalik va ehtiyotkorlik zarur.

Tibbiyot hamshirasi muolaja oʻtkazish vaqtida ginekolog-shifokorga (ayniqsa, shifokor erkak kishi boʻlsa) yordam koʻrsatishi muhim. Ayollar hayotida hayz koʻrish muhim voqea hisoblanadi. Muntazam ravishda qon ketishlar koʻp notoʻgʻri tushunchalarni, qoʻrquvlarni keltirib chiqarishga hozirgacha sabab boʻlib kelmoqda. Maʼlumki, tozalanish degan tushuncha mavjud. Shunga koʻra ayollar hayz vaqtida bir necha kun boshqalardan ajratilishi kerak. Ayollardagi hayz davrida qorinda, belda tortib ogʻrishlar boʻlishi, jinsiy aʼzolarida yoqimsiz sezgilar paydo boʻlishi va ruhiy jihatdan tajanglanib qolish kuzatiladi. Koʻpincha jahldorlikning ortishi, jizzakilik, asabiylik kabi salbiy xususiyatlar paydo boʻladi. Nevroz va boshqa psixologik oʻzgarishlar boʻlgan bemorlarda shikoyatlar ancha koʻp va xilma-xil boʻladi, baʼzan asosiy kasallikning keskinlashuvi qayd etiladi.

Qizlarda uzoq vaqt davom etgan psixogeniyalar (oilaviy, maishiy, shaxsiy xarakterdagi kelishmovchiliklar) ta'siri ostida dismenoreyalar bo'lishi mumkin. Og'ir ruhiy jarohatlar xotin-qizlar hayz davrining amenoreya holatidagi buzilishlarni keltirib chiqaradi. Shuning uchun ham qizlarda ro'y beradigan birinchi hayz ko'rish davri kutilmagan holat deb qabul qilinmasligi kerak. Bu nafaqat tananing sog'lomligini, tozaligini saqlash uchun, balki ruhiy sog'lomlanish uchun ham kerak.

Ayrim ayollar hayz davri boshlanishidan bir necha kun oldin tajanglashgan, bo'shshagan, injiq, kayfiyati yomonlashgan holatda bo'ladilar. Ularda bu buzilishlarni kuzatishingiz mumkin. Bu hayz davri sindromi deb yuritiladi. Ayollarda klimaks (hayzning to'xtashi) davrining boshlanishi ham ruhiy o'zgarishlar bilan o'tadi. Qarilikning boshlanishi oldidan qo'rquv ayollikning jozibadorligini va er-xotinning jinsiy hayotga qobiliyatini yo'qotishdan qo'rquv vujudga keladi. Biroq klimaks davrida nevroitik va boshqa psixopatologik alomatlarining kuchayishi ko'proq nevroitik va psixotik reaksiyalarga moyillik bo'lishi, shuningdek, psixologik omillar bo'lgani holda markaziy asab sistemasi shikastlanishidan azob chekuvchi bemorlarda qayd qilinadi.

Ginekologiyada muhim muammolardan biri jinsiy moyillikning yo'qligi hisoblanadi. Jinsiy aloqadan to'la yoki to'liq bo'lmagan qanoat hosil qilmaslik ginekolog shifokorlar tomonidan tez-tez aniqlanib turiladi. Jinsiy hayotga qarshilik ko'rsatuvchi omil ham shundan bo'ladi. Uning sabablari turli omillar: ayolning shaxsiy psixologik xususiyatlari, oilaviy hayotdan ko'ngli to'lmasligi, normal er-xotinlik munosabatlariga xalaqit beruvchi noqulay uy-joy sharoitlari, intim yaqinlikda erkakning noto'g'ri yo'l tutishi va hokazolar bo'lishi mumkin.

Tez-tez uchrab turadigan sabab homilador bo'lib qolishdan qo'rqish, erkaklarning ichkilikka ko'p berilishi, jinsiy aloqa vaqtida og'riq sezish va hokazolardir. Jinsiy moyillikning yo'qolishi boshqa fiziologik holatlar bilan ham bog'liq. Masalan, ichak sanchiqlari va og'riqlar sababli ba'zan ayollarda jinsiy aloqadan keyin bosh og'rig'i hamda migren belgilari kuzatiladi.

Ayniqsa, bularning ichida disparanoik shikoyatlar muhim ahamiyatga ega. Bu simptom 3 xil toifadagi ayollarda uchraydi:

1. Tegmanozik toifa. Bu toifaga kiruvchi ayollar jinsiy aloqaga qarshilik ko'rsatishadi, aloqa qilishni uddalay olishmaydi.

2. Frigid ayollar toifasi. Bu toifaga kiruvchi ayollar o'z erlariga jinsiy sovuqqonlik qilishadi, hatto uni impotent (jinsiy ojiz) bo'lib qolish darajasigacha yetkazishadi.

3. "Arining bachadoni" toifasi. Bu toifaga kiruvchi ayol hayotining asosiy maqsadi bola tug'ish. Bola tug'ib berish bilan o'z vazifasini bajargan deb o'ylashadi. Ular jinsiy aloqada bo'lmaslik uchun hattoki sun'iy urug'lanishga ham tayyor bo'lishadi.

Yaxshi tayyorgarlik koʻrgan universal hamshiralalar bunday bemorlar bilan bevosita muloqotda boʻlib, psixologik bilimlarini ishga solishlari mumkin. Ular bemorlarning shaxsiy xususiyatlari, yurish-turishi toʻgʻrisida maʼlumotlar toʻplashlari mumkin. Koʻpincha ayollar shifokorlardan koʻra hamshiralarga koʻproq narsani aytadilar. Shuning uchun hamshiralardan qimmatli maʼlumotlar olamiz. Bu esa toʻgʻri tashxis qoʻyish, kerakli doridarmon va muolajalarni qoʻllab davolash uchun muhim. Ayollarda jinsiy muhim bezlarning yoki bachadon, qinning shamollashidan keyin psixik xarakterga ega boʻlgan klinik simptomlar yuzaga keladi. Bu muammo ginekologiyada va psixoterapiyada oʻta muhim vazifalardan biri hisoblanadi. Buning uchun uzoq va muhim davo chora-tadbirlari belgilanishi kerak. Shunday usullardan balneoterapiya ham jismoniy, ham ruhiy jihatdan ijobiy taʼsir koʻrsatadi. Agar ayollarda jiddiy jarrohlik operatsiyalari davo uchun qoʻllaniladigan boʻlsa, ular bilan uzoq vaqt psixoterapevtik ishlar olib borilishi kerak. Ayolning shaxsiy xususiyatlariga, oilaviy er-xotinlik munosabatlariga baho berish zarur. Shundan keyin bemor bilan boʻlajak operatsiya xususida suhbatlashish muhim. Bunday suhbatning vazifasi operatsiyaning muvaffaqiyatli tugashiga ishonch uygʻotishdir. Operatsiyadan keyingi davrda ayolning xavotirlanishi asossizligini, yaʼni operatsiya uning ayollik jozibadorligini tiklashi, ahil er-xotinlik munosabatlari qaror topishini unga batafsil tushuntirish lozim.

Ginekologiyada operatsiyadan keyingi psixozlar kamdan kam hollarda uchraydi. Lekin nevrozlar tez-tez uchrab turadi. Jarrohlik aralashuvidan keyin bemorlarda psixonevrologik buzilishlar paydo boʻlishi tibbiyot hamshiralariga ogʻir vazifalarni yuklaydi.

Doyalik-ginekologik amaliyotida homiladorlik oldidan qoʻrqish juda muhim muammo hisoblanadi. Bu vaqtda, ayniqsa, birinchi marta homilador boʻlgan ayollarni turli taassurotlardan saqlash ayollar maslahatxonalari boʻlimlarining birdan bir vazifasi hisoblanadi.

Uzoq yillar homilador boʻlmagan ayollar homilador boʻlganda qoʻrquv, vahima bilan yurishadi. Ular koʻpincha tugʻish jarayonidan xavotirga tushadilar. Bunday vaqtda tibbiyot xodimlarining qimmatli maslahatlari muhim ahamiyat kasb etadi.

Hozirgi kunda Respublikamizda sogʻlom avlod, onalik va bolalikni muhofaza qilish masalalariga katta eʼtibor berilmoqda. Mamlakatimiz Prezidenti tomonidan **2000-yilning Sogʻlom avlod yili** deb eʼlon qilinishi ayollarimiz nufuzini yanada oshirdi, ona-bolalarning salomatligini saqlash va mustahkamlash yoʻlida yangi imkoniyatlarni ochib berdi. "Sogʻlom avlod deganda, shaxsan men, eng avvalo, sogʻlom naslni, nafaqat jismonan baquvvat, shu bilan birga, ruhi, fikri sogʻlom, iymon-eʼtiqodi butun, bilimli, maʼnaviyati yuksak, mard va jasur, vatanparvar avlodni tushunaman. Buyuk davlatni faqat sogʻlom millat, sogʻlom avlodgina qura oladi", – degan edi Islom Karimov. Tibbiyot xodimlari sogʻlom ayoldan

sogʻlom farzand tugʻilishini sira unutmashliklari va bu ishda oʻz bilim va malakalarini tinmay oshirib borishlari kerak. Barcha tibbiyot muassasalari ona va bolani jismoniy va ruhan sogʻlomlashtirish chora-tadbirlarini ishlab chiqish va hayotga tatbiq etish asosida ish olib bormoqdalar.

Ruhiy kasallar bilan munosabatda boʻlish psixologiyasi

Tibbiyot fanlarining tez odimlar bilan rivojlanishiga qaramasdan hozirgi kunda ham ruhiy kasallar toʻgʻrisida tushunmovchiliklar mavjud. Ruhiiy kasallarga nafrat bilan qarash, ularni jamiyatdan chetlashtirish kerak degan tushunchalarning mavjudligi, har bir kasalxonada psixosomatik boʻlimlarni tashkil qilish muammosi mavjudligi kundalik davolash muolajalarida psixiatriya yordamini koʻrsatish zarurligini taqozo etmoqda.

Deyarli har bir klinikadagi tibbiyot xodimi amaliy ishda koʻpincha bemorlar bilan muomala qilganda psixiatrning vazifasi doirasiga kiradigan masalalarga duch keladi. Somatik stasionarlarda chinakam psixotik holatlar nisbatan kam uchraydi, holbuki nevroitik-shaxsiy buzilishlar kun sayin uchrab turadi.

Koʻp profilli davolash muassasalari psixiatr-konsultantning xizmatidagi ish koʻra olmaydi. Ayni vaqtda tibbiyot hamshirasi tibbiyotning qaysi sohasida ishlashidan qatʼi nazar, psixopatologik buzilishlarning asosiy koʻrinishlarini ham, shuningdek, shu profildagi bemorlar bilan munosabatlarning oʻziga xos xususiyatlarini ham bilishi muhim. Yirik davolash markazlarida psixosomatik boʻlimlar boʻlib, ularning vazifasiga somatik kasalliklarni davolash bilan bir qatorda tegishli psixiatriya yordami koʻrsatish ham kiradi. Yirik somatik kasalxonalarining shtatlarida yangi ixtisos — psixoterapevt, yaʼni psixiatr-shifokor ixtisosi tobora kengroq qaror topib bormoqda; bu shifokor "kichik" psixiatriya sohasidan (nevrozlar, reaktivga oʻxshash reaksiyalar va hokazo) yaxshi xabardor boʻlib, oʻz amaliyotida davolashning psixoterapevtik usullaridan (ratsional psixoterapiya, autogen trenirovka, suggestiv psixoterapiyadan) keng foydalanadi. Bemorlar oʻzlarini psixiatriya kasalxonasiga olib oʻtish holatlari, psixopatiyalar, nevrozsimon va psixopatiyalardan xabar topganlarida buning zarurligini eshitib nihoyatda dahshatga tushadilar.

Hozirgi zamon psixiatriya kasalxonasi somatik kasalxonalardan kam farq qiladi. Derazalardagi panjaralar, kattakon palatalar, "turmadagi kabi" yoʻlaklar va hokazolar allaqachon oʻtmishda qolib ketgan. Koʻpgina yangi psixiatriya kasalxonalarida bemorlar oʻzlarini boshqa davolash muassasalaridagidan yomon his qilmasliklari uchun mumkin boʻlgan barcha qulayliklar nazarda tutilgan. Palatalar shinam, bemorlar uchun keng va yorugʻ dam olish xonalari tashkil etiladi, bu yerda ularning ixtiyorida radio, televizor, stol usti oʻyinlari muhayyo qilinadi. Bemorlar mehnat terapiyasining har xil turlariga (karton ishlar, tikish-bichish, yogʻochdan qirqib ishlash va shu kabilarga) jalb qilinadi.

Davolash vositalari qatoriga ko'p miqdordagi neyroleptiklar, trankvilizatorlar, antidepressantlarning (fizioterapevtik va boshqa davolash metodlari bilan bir qatorda) joriy etilishi psixik bemorlarni muvaffaqiyatli davolash uchun yangidan yangi imkoniyatlar ochib berdi. Biroq hamisha ham istalgan natijaga erishib bo'lmaydi, shuning uchun ham bemorlar stasionarda uzoq vaqt davolanadilar, keyin esa dispanser sharoitida darmonga kirituvchi terapiya olishlariga to'g'ri keladi. Davolash praktikasiga faol psixofarmakologik preparatlarning joriy etilishi psixik kasalliklarning tashqi ko'rinishi manzarasini, bemorlarni stasionarda parvarish qilish prinsiplarini o'zgartirdi va dispanser kuzatuviga jiddiy o'zgarishlar kiritdi.

Ba'zi bir bemorlar qat'iy psixiatrik nazoratga muhtoj bo'ladilar. Bunga bir qator holatlar sabab bo'lib, ularni psixik kasalliklarning, ayniqsa, keskin holatda yaqqol ko'zga tashlanib turadigan kasalliklarning o'ziga xos xususiyatlari keltirib chiqaradi. Bu xususiyatlarga quyidagilar kiradi:

1) kasallikni tanqidiy anglab yetmaslik va psixotik buzilishlar mavjud bo'lgani holda davolanishni istamaslik;

2) imperativ (buyruqlar shaklidagi) gallyusinatsiyalar bilan ta'qib qilish g'oyalarning mavjudligi;

3) suicidal fikrlar va harakatlarning mavjudligi;

4) psixotik holatning mavjudligi: bunda es-hushning joyida emasligi hodisalari ko'zga tashlanadi (deliriy, oneyroid, xafalik va boshqalar);

5) psixomotor qo'zg'alishning va impulsiv harakatlarning mavjudligi.

Bemorning ahvoli yaxshilanganda unga faqat oilasi bilan uchrashuv, kasalxonada territoriyasi bo'ylab sayr qilish imkoniyatini beribgina qolmasdan, shu bilan birga agar bemor qarindoshlari bilan muloqotda bo'lishga faol intilsa, uyga borib kelishga ham ruxsat etiladi. Faqat bemor jiddiy ahvolda bo'lganda jamiyat uchun va o'zi uchun muayyan xavf-xatar tug'diradi. Holati yaxshilanganda va tanqidiy anglash paydo bo'lganda u o'zining psixiatriya kasalxonasida bo'lganligi faktining o'zi qanchalik ijtimoiy aks sado berishi mumkinligini, uning kasalligi tufayli ro'y bergan sotsial cheklashlarni anglab juda kuchli qayg'uradi.

Kasalxonada ba'zan uzoq vaqt bo'lish jarayonida bu yerda mavjud bo'lgan davolash-psixologik tadbirlar kompleksi bemorga qulay ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bu tadbirlarni shartli ravishda davolash muhiti deb atasa ham bo'ladi. Bular tibbiyot xodimlarining g'amxo'rlik bilan yaxshi munosabatda bo'lishi, bemorlarning aniq maqsadga qaratilgan mashg'ulotlarga va unumli mehnatga jalb qilinishi, maqsadga muvofiq tashkil etilgan dam olish, qarindosh-urug'lar va yaqin kishilar bilan, ba'zan esa shifokorning ko'rsatmasi va bemorning istagiga ko'ra xizmatchilar bilan ham emotsional-samimiy munosabatning o'rnatilishidir. Tibbiyot hamshiralari bemorlarga qarash bilan bogliq bo'lgan odatdagi vazifalar: haroratni o'lchash, dori-darmon berish, turli muolajalarni bajarishdan tashqari, bemorlar bilan mashg'ulotlar o'tkazishning muayyan

turlarini, ratsional psixoterapiya metodlarini o'zlashtirib olishlariga to'g'ri keladi.

Ruhiy bemorlarga tibbiyot hamshiralarning shaxsi yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Bemorlarga tibbiyot xodimlarining, xususan, hamshiralarning diqqat-e'tibor bilan yaxshi munosabatda bo'lishi, bemorlarning turli shikoyatlari va gap-so'zlarini faqat tinglab qolmasdan, ularni tushunishga va tegishli ravishda javob berishga harakat qilishlari bemorlarga yaxshi ta'sir qiladi. Bemorlarning shikoyatlari va gap-so'zlariga ma'lum darajada xayoliy kechinmalarining mavjudligi sabab bo'ladi. Shuning uchun ham bemorga sizning gapingiz noto'g'ri, deb shashtini qaytarmaslik kerak, chunki alahsirash tarzidagi kechinmalar kasallik holatidagi fikrlar va xulosalar bo'lib, ularni tuzatib bo'lmaydi. Agar tibbiyot hamshirasi bemorning savollariga javob bera olmasa, o'zining bu sohadan xabardor emasligini aytishi kerak. Hamshiraning vazifasiga bemorlar xulq-atvorini va fikr-mulohazalarining o'ziga xos xususiyatlarini diqqat bilan kuzatish, ularni tushunishga intilish kiradi. Hamshira o'z kuzatishlari haqida davolovchi shifokorga aytishi lozim. Tibbiyot hamshirasining xulq-atvori va reaksiyalari bemorga tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatishi zarur.

Psixiatriya kasalxonasidagi tibbiyot hamshirasining ishi bemorlarni shunchaki parvarish qilishdan iborat bo'lib qolmaydi. Bu ish, yuqorida aytib o'tilganidek, muayyan shaxsiy moyillikni, ishda mahorat va san'atni talab qiladi, bundan maqsad psixik jihatdan bemor kishini tushunib qolmasdan, shu bilan birga unga psixologik yordam ko'rsatishdan iborat. Shu bilan bir qatorda hozirgi kunning tibbiyot hamshirasidan bemor muammolarini aniqlab, hamshiralik tashxisini qo'yib, bemorga individual yondashgan parvarish rejasini tuzib, uni amalga oshirish va so'ngra bemor ahvoli yaxshilanganini baholashdek muhim vazifa – hamshiralik jarayonini yurgizish talab etiladi. Tibbiyot hamshirasi bemorlarning emotsional kechinmalari murakkab olamini tushunishi, bu kechinmalarga bemorga tushunarli bo'lgan xayrixohlik va tinchlantiruvchi so'zlar bilan javob berishi lozim. Bu hol faqat professional tayyorgarlikni emas, samimiylikni ham talab qiladi.

Ruhiy jihatdan bemor bo'lgan kishilar oldida ehtimol tutilgan qo'rquv alohida qarab chiqishga loyiq narsadir. Ko'pincha yosh tibbiyot hamshiralorida ayrim bemorlarning jismoniy kuchi oldida, ularning darg'azab bo'lishi, impulsiv xatti-harakatlari oldida qo'rquv paydo bo'ladi. Bemorlar tibbiyot xodimlarining emotsional holatini jiddiy his qiladilar va ko'pincha atayin tibbiyot xodimlariga va atroflaridagi bemorlarga o'z gap-so'zlari va xulq-atvorlari bilan ta'sir ko'rsatishga urinadilar. Turli neyroleptiklar va boshqa dori-darmonlar keng xazinasidan foydalanish bemorlarning agressivligi va zo'riqishini osonlik bilan barham toptirish imkonini beradi. Bundan tashqari, bunday bemorlarga yaxshi va diqqat-e'tibor bilan munosabatda bo'lish qulay ta'sir ko'rsatadi.

Suisidal tendensiyalarga va qochishga intiladigan bemorlar alohida kategoriyani tashkil etadi. Depressiya holatidagi bemorlarda o'z-o'zini o'ldirish fikri paydo bo'ladi. Yetarli darajada tayyorgarligi bo'lgan tibbiyot hamshirasi depressiv bemorlarga xarakterli bo'lgan alomatlarni osonlik bilan payqab olishi mumkin (harakat va ideatorning tormozlanishi, g'amgin-ma'yus kayfiyat, shuningdek, ularning atrofdagilardan o'zini chetga olishga intilishi). Bunday bemorlar, odatda, yashash istagini bildirmaydilar, suisidal urinishni amalga oshirish uchun qulay payt poylaydilar. Ular bu maqsadda ishlatilishi mumkin bo'lgan sanchiladigan-qirqadigan va boshqa buyumlarni topishga harakat qiladilar. Tibbiyot xodimlari bunday bemorlarni hamisha diqqat markazida saqlashlari, tegishli kuzatuvchanlik va hushyorlik ko'rsatishlari lozim bo'ladi. Suisidal urinishlar, ko'riladigan profilaktik tadbirlarga qaramasdan, hatto psixiatriya kasalxonalarida ichida ham vujudga keladi. Bemorlar ba'zan o'z holatlarini boshqacha qilib ko'rsatishga va tibbiyot xodimlarining hushyorligini bo'shashtirishga muvaffaq bo'ladilar.

Qochishga moyilligi bor bemorlarga xizmat ko'rsatish katta qiyinchilik tug'diradi. Odatda, qochishni asotsial xulq-atvoriga ega bo'lgan, anamnezida kriminal epizodlar bo'lgan va paranoyal fikrlarga ega bo'lgan bemorlar amalga oshiradilar. Ularning niyatlarini ba'zan boshqa bemorlardan bilib olish mumkin. Qochish niyati bo'lgan bemorlar bunday bemorlarni eshiklarni ochish uchun asboblarni qidirib topishda, kiyimlarni va hokazolarni tayyorlashda sherik sifatida qatnashtirishga harakat qiladilar.

Hammaning ham so'ziga kiravermaydigan bemorlar bilan muomalada bo'lish ishlari zo'r sabr-toqatni, aytish mumkinki, mahoratni talab qiladi. Ba'zan muolajalarni bajarish vaqtida ehtiyotkorlik bilan ogohlantirish taktikasi, yoqimli so'z, samimiy tabassum sovuq munosabat muzini eritib yuboradi va nozik aloqa rishtasi qayta tiklanadi. Bu rishta keyinchalik uzilmasligi uchun o'z kasbiga zo'r muhabbat va shaxsiy professional mahorat zarur bo'ladi. Bemorlar bilan aloqa o'rnata oladigan tibbiyot hamshirasi kasallikni muvaffaqiyatli davolash ishida shifokor va bemorga katta yordam ko'rsatgan bo'ladi.

Yangi kelgan bemorlarni, ayniqsa, ular shifoxonaga yotishga yoki gospitalizatsiya qilishga unchalik xohish bilan rozilik bermagan bemorlarni qabul qilishni tashkil etish katta psixologik ahamiyatga ega. Bunda qabul qilish vaqtidagi asosiy rasmiyatchilikni bajaruvchi tibbiyot hamshiralari jiddiy vazifa yuklanadi. Bemor bilan muomala qilishda, uning savollariga javob berishda sabr-toqat, matonat va diqqat-e'tibor zarur bo'ladi. Bunda tibbiyot hamshirasi hushyor bo'lishi, bemor o'zi bilan bo'linga narkotik moddalar, suisidal urinishlarni amalga oshirish uchun agressiv maqsadda foydalanish mumkin bo'lgan buyumlarni olib kirmasligini kuzatishi lozim va hokazo. Bemorlarga ishonchsizlik bildirib, ularni xafa qilmaslik uchun zo'r xushmuomalalik kerak bo'ladi.

Shu narsa juda muhimki, yangi kelgan bemorlarni joylashtirish vaqtida u yerda davolanayotgan bemorlar bilan psixologik muvofiqlik bo'lishi hisobga olinishi darkor. Bu masalada shifokorga diqqat-e'tiborli va kuzatuvchan tibbiyot hamshirasi yordam ko'rsatishi mumkin.

Ruhiy kasalliklar ichida ko'pincha o'lim bilan tugaydigan shunday ekstremal holatlar uchraydiki, bular oq alahlash, epileptik status va shizofreniyaning gipertoksik formasidir.

Oq alahlash alkogol psixozi turlaridan biri. Odatda, tunda avj oladi va yaqqol ifodalangan nutq va harakat qo'zg'alishi, ongning xiralashuvi va gallyusinatsiyalarning ko'payishi bilan xarakterlanadi. Bunday bemorlar atrofdegilar uchun xavfli. Modda almashinuvi jarayonlaridagi chuqur o'zgarishlar esa o'limga olib keladi. Tibbiyot hamshirasi darhol zarur choralar ko'rish uchun navbatchi shifokorni chaqirishi va u kelgunga qadar bemorni to'shagida yumshoq fiksatsiya qilish choralari ko'rish kerak.

Epileptik status epilepsiya bilan xastalangan bemorlarda avj oladi va bir-biridan keyin to'xtovsiz kelib turadigan epileptik tutqanoqlar bilan (kuniga 60 ta va undan ham ko'p) xarakterlanadi. O'lim tomir-harakat va nafas olish markazlarining falajlanishidan sodir bo'ladi. Tibbiyot hamshirasi bu haqda darhol davolovchi yoki navbatchi shifokorga ma'lum qilishi zarur.

Shizofreniyaning gipertoksik shakli (o'lim katatoniyasi) klinik amaliyotda ancha kam uchraydi. Uning uchun katatonik stupor xarakterli bo'lib, unda badan harorati 39°C gacha va undan yuqorigacha ko'tariladi, umumiy jismoniy holat keskin yomonlashadi (odamning teri qatlamlari oqarib, ozib ketadi, uyquisi buziladi, ishtahasi yo'qoladi va hokazo). Bemorning holati keskin o'zgarganini tibbiyot hamshirasi shoshilinch ravishda shifokorga ma'lum qilishi shart.

Qariyalar uchun mo'ljallangan psixiatriya kasalxonalarida bo'limlarida bemorlarga xizmat ko'rsatishda katta va murakkab muammolar paydo bo'ladi. Umr ko'rish davrining ko'payishi munosabati bilan qariligi patologik tarzda kechadigan, ya'ni aqli zaifligi ortib boradigan kishilar soni ancha ko'paydi. Bunday bemorlarni qarindoshlari kelib ko'rish jiddiy muammo hisoblanadi. Qarindoshlar "qariyalarni" yaxshi va mazali ovqatlar bilan boqishni istashlari tabiiy, biroq qari kishilarda ko'pincha ovqat yutish va chaynash akti buzilgan bo'ladi, shu sababli ularning nafas yo'llariga ovqat ketib qolish hollari yuz berishi mumkin. Masalan, qattiq pishirilgan tuxumning yarmini yoki butun holda yutish yoki yopishqoq konsistensiyali boshqa ovqatni yutish jiddiy xavf tug'diradi. Natijada asfiksiya tufayli o'lim sodir bo'lishi mumkin.

Bemorlar qarindoshlari bilan ko'rishayotganda hozir bo'lgan tibbiyot hamshirasi qarilarning ovqat iste'mol qilish usuli prinsiplarini (oz-oz qisman va yaxshi chaynab iste'mol qilishni) tushuntirishi lozim. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan vaziyat ro'y bergan taqdirda u shoshilinch ravishda shifokorni chaqirishi kerak.

Kasalxonadan tashqari yordam

Yordam ko'rsatishning bu turi bemorlarga xizmat ko'rsatishda asosiy o'rinni egallaydi. Kasalxonadan tashqari yordam psixonevrologik dispanserlar, psixiatriya kasalxonalarining dispanser bo'limlari, umumsomatik poliklinikalar va kasalxonalar qoshidagi xonalar tomonidan amalga oshiriladi.

Ruhiy bemorlarga tibbiyot hamshirasining shaxsi yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Bemorlarga tibbiyot xodimlarining, xususan, hamshiralarning diqqat-e'tibor bilan yaxshi munosabatda bo'lishi, turli shikoyatlari va so'zlarini tinglab qolmasdan, ayni vaqtda ularni tushunishga va tegishli ravishda javob berishga harakat qilishlari bemorlarga yaxshi ta'sir keladi.

Poliklinikalarda xizmat qiladigan tibbiyot hamshiralari bemorni faqat qabul paytida ko'rib qolmay, ayni vaqtda uning uyiga ham borib xabar oladi, shifokor buyurgan muolajalarni amalga oshiradi, uning turmush va oilaviy sharoitlari bilan tanishadi. Bu ishlarining barchasi bemorni samarali davolashda qo'l keladi. Er-xotin o'rtasida, ota-onalar bilan bolalar o'rtasida kelishmovchiliklar, urish-janjallar sodir bo'lib turadigan ba'zi oilalarda, odatda, asab buzilishlari tez-tez uchrab turadi. Bunga aksariyat ichkilikbozlik, giyohvandlik kabilar sabab bo'ladi. Oila a'zolari bunday illatlarni boshqalarga, ayniqsa, shifokorlarga va huquqni muhofaza qilish organlari vakillariga oshkor qilmaslikka urinadi. Bu illatlar oilaning nochor hayot kechirishiga, moddiy va psixologik sharoit yomonlashuviga olib keladi. Bunday hollarda poliklinika, shifokor-akusherlik punktlarida ish olib borayotgan shifokorlar va tibbiyot hamshiralarning aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish, sanitariya bilimlarini yoyish bo'yicha tushuntiruv ishlarini olib borishlariga to'g'ri keladi.

Turli xil infeksiyon va boshqa kasalliklarning oldini olish, zararli odatlardan voz kechish, sog'lom turmush uchun kurashishda shaharlar va tumanlarda faoliyat ko'rsatib kelayotgan salomatlik markazlarining ahamiyati ham katta. Ularda xizmat qilayotgan tibbiyot xodimlari aholi orasida tibbiyotdagi dolzarb mavzular bo'yicha ma'ruzalar bilan chiqadilar, kinofilmlar namoyish qiladilar, har xil bosma adabiyotlarni, jumladan, plakatlarni va shiorlarni nashr ettiradilar.

4-BO‘LIM. PSIXIATRIYA

Ruhiy kasalliklarning belgilari

1. Bilish faoliyatining buzilishi. Bilish faoliyati 3 qismdan iborat: idrok, xotira va tafakkur. Idrokning buzilishi ikkita bo‘lib, bularga illyuziya va gallyusinatsiya kiradi.

Illyuziya – bu aniq narsalarni noto‘g‘ri idrok etish. Illyuziyalar ko‘ruv, eshituv, hid bilish, taktil va ta‘m bilish illuziyalariga bo‘linadi. Illyuziya sog‘lom odamda ham uchraydi. Masalan, shisha idishdagi suvga solingan qoshiq xuddi singandek ko‘rinadi. Ko‘ruv illyuziyasida uyda osilib turgan to‘n odam bo‘lib ko‘rinadi va h. k. Illyuziyalar ko‘pincha yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda, turli xil zaharlanishlar oqibatida va juda jismoniy toliqqan odamlarda ham uchraydi.

Gallyusinatsiya – yo‘q narsalarni bor deb idrok etish. Illyuziyalarda chindan ham bor narsalar boshqacha bo‘lib idrok etilsa, gallyusinatsiyalarda bemor yo‘q narsalarni ko‘radi, eshitadi, hidlaydi, sezadi. Ko‘ruv gallyusinatsiyasida bemorlarning ko‘ziga odamlar, hayvonlar har xil mahluqlar ko‘rinishida aks etadi. Eshituv gallyusinatsiyasida bemorning qulog‘ida har xil tovushlar eshitaladi. Hid bilish gallyusinatsiyasida bemorning dimog‘iga qo‘lansa hidlar kiradi va bemor burun teshiklarini yopib oladi. Ko‘ruv gallyusinatsiyasi o‘tkir psixozlarda, yuqumli kasalliklarda, ichkilik vasvasalarida uchraydi. Hid bilish va eshituv gallyusinatsiyalari esa shizofreniyaning boshlang‘ich davrida kuzatiladi.

2. Xotiraning buzilishi. Xotira hayot tajribasida esda qolgan ma‘lumotlarni esda saqlash va takror aytib berishdir. Xotiraning buzilishi 3 ta:

a) gipomneziya – xotiraning susayishi, bunda o‘tmishdagi va yaqin vaqtidagi voqealar eslab qolinmaydi;

b) giperamneziya – anchavaqt o‘tgan voqealarni xotiradasaqlab qolish;

d) amneziya – xotiraning yo‘qolishi yoki eslay olmaslik.

Retrograd amneziyada bemorlar kasallikdan oldin bo‘lib o‘tgan voqealarni eslay olmaydilar. Bu, ko‘pincha, bosh miya lat yeyishi, chayqalishidan keyin kelib chiqadi. Anterograd amneziyada kasallik boshlangandan keyin ro‘y bergan hodisalar bemor xotirasidan tushib qoladi va kundalik voqealarni eslab qola olmaydi.

Konfabulyatsiya – xotiradan tushib qolgan voqelikni uydirma hodisalar bilan to‘ldirish. Bemor ilgari hech qachon qilmagan ishlar bilan shug‘ullanishini aytadi. Bemor 3 oyga yaqin shifoxonada yotgan boisa-da, ikki kun ilgari chet el safaridan qaytib keldim, deb uydirma va yolg‘on gaplari bilan ishontirishadi. Xotiraning bunday buzilishlari bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi (bosh miya qon tomirlari aterosklerozi, bosh miya zaxmi va h. k.).

3. Tafakkurning buzilishi. Tafakkur (fikrlash)ning buzilishi xilma-xil bo‘lib, uning tezlashuvi va sekinlashuvi kuzatiladi. Tafakkurning tezlashuvi moniakal-depressiv psixozning maniakal bosqichida bo‘ladi. Bunda bemorning fikrlashi shu qadar tezlashib ketadiki, u fikrlarni so‘z bilan ifodalashga ulgura olmay qoladi. Natijada, ba‘zi so‘z va jummalarni tushirib gapiradi. Bunda bemorning gapirgan gaplarini tushunish qiyin bo‘lib qoladi. Maniakal-depressiv psixozning depressiv bosqichida tafakkurning sekinlashuvi kuzatiladi. Bunda bemorning tafakkuriga biror tushuncha chuqur o‘rnashib qoladi. Bemor qisqa jumlar bilan sekin-sekin cho‘zib gapiradi.

4. Xayoldan ketmaydigan holatlar. Xayoldan ketmaydigan, miyaga o‘rnashib qolgan xotiralar vahimalar, shubha va istaklar hamda xatti-harakatlar shaklida namoyon bo‘ladi. Bularning keraksizligini bemor biladi, lekin ulardan qutula olishning ilojini topa olmaydi. Bemor fikrlarini band qilib qo‘yadigan holatlar nevrozlar, psixasteniya va shezofreniya kasalliklarida uchraydi.

1. Fobiyalar – miyaga o‘rnashib qolgan vahimalar. Bemor biror kasallik bilan og‘rib qolishdan qo‘rqish, ochiq joylarda yurishdan va yopiq binolar ichida yurishdan qo‘rqish, quturish kasalligi bilan og‘rib qolishdan qo‘rqish natijasida quturgan it tishlab oladi, deb vahimaga tushib yuradi.

2. Miyaga o‘rnashib qolgan shubhalar. Bemor biror joyga ketayotib eshiklar yopildimi, chiroq o‘chirildimi deb shubha qilaveradi.

3. Miyaga o‘rnashib qolgan istaklar. Bunday bemorlar ko‘p qavatli bino derazasidan o‘zini tashlab yuborgisi kelaveradi, o‘tib ketayotgan mashinalarga qo‘lini tekizmoqchi bo‘laveradi. Bunda bemor bu istaklarning noto‘g‘ri ekanligini tushunadi va ularni bajarmaydi, lekin bu xayollardan qutula olmaydi.

4. Miyaga o‘rnashib qolgan xatti-harakatlar. Bunda bemorlar ba‘zi xatti-harakatlarni qilaveradi. U uylarning derazasini, simyog‘ochlarni sanab chiqadi, o‘tib ketayotgan mashinalarning nomerlarini bir-biriga qo‘shib yuraveradi. Bunday xatti-harakatlar ba‘zan yo‘talish, ko‘zlarni mahkam yumib olish va qo‘llarni tez-tez yuvish bilan ifodalanadi.

5. O‘ta qimmatli fikrlar. Bu fikrlar real aniq shart-sharoitlar asosida paydo bo‘ladi, lekin bemor fikriga to‘g‘ri kelmaydi. Bemor o‘z xotinini menga xiyonat qilayapti yoki o‘g‘lim yomon ish bilan shug‘ullanayapti, deb o‘ylaydi. O‘ta qimmatli fikrlar odamni hayajonga solib, butun fikrlarini egallab oladi va uni diqqinapas qilib qo‘yadi. Bunday fikrlar aniq bor, real faktlar tufayli kelib chiqadigan bo‘lishi bilan vasvasalardan farq qiladi. Vaqt o‘tishi bilan bu fikrlar asta-sekinlik bilan yo‘qoladi.

Vasvasalar – kasallik tufayli bemor xayolida aqlga to‘g‘ri kelmaydigan noto‘g‘ri fikrlar, tanqid, nasihat qilish yo‘li bilan tuzatib bo‘lmaydigan ahlashdir. Vasvasalar boshlansa, bemorni nohaq ekanligiga ishonitirishga har qancha urinib ko‘rilmasin, o‘sha fikrdan qaytarib bo‘lmaydi. Vasvasalar ruhiy kasalliklar belgisidir. U quyidagi turlarga bo‘linadi:

1) ta'qib vasvasasi – bemor orqamdan odam tushgan, u derazadan qarab turibdi, ko'chadan ketayotganida poylab yurishadi, deb o'ylaydi. Bunday bemor ta'qibdan qochib, boshqa shaharlarga ko'chib ketadi;

2) jismoniy ta'sir vasvasasi – bunday bemor men maxsus mashinalardan berilayotgan nurlar yoki radioto'lqinlar ta'sirida qoldim deb, bular salomatligimga zarar keltirayapti, deb da'vo qiladi;

3) munosabat vasvasasi – bemor atrofdagi hodisa va narsalarning menga aloqasi bor, deb da'vo qiladi. Biror odam gaplashayotgan yoki kulayotgan bo'lsa, u kishi faqat mening ustimdan gapirayapti yoki kulayapti, deb o'ylaydi;

4) zaharlanish vasvasasi – bunda bemor atrofdagi odamlar ovqatimga zahar solib qo'yishadi, deb o'ylaydi va ovqatni yemay qo'yadi;

5) ipoxondrik vasvasa – bunday bemorlar o'zini og'ir kasallikka uchragan deb hisoblaydilar. Bemorlar oshqozonim chirib borayapti yoki ichagimga suyak qadalib qoldi, deb da'vo qiladilar. Bu xil vasvasa shizofreniya kasalligida uchraydi;

6) ulug'vorlik va buyuklik vasvasasi – bunda bemorlar o'zlarini ulug'lashkarboshi, olim yoki kashfiyotchi, o'zini bir talay puli, tillasi bor odamday badavlat hisoblaydilar;

7) ziyon-zahmat vasvasasi – bunda bemorlar meni o'g'ri urib ketadi deb ishonishadi va buyumlarini bekitib yurishadi. Natijada, bemorlarning xotirasi buzilib, yashirib qo'yilgan buyumlari joyini topolmaydi. Buning natijasida bemorlarda vasvasa kuchayib ketadi. Bunday bemorlar shifoxonada o'rin-to'shaklarini yig'ishtirib, tugun qilib, o'g'irlab ketishidan qo'rqib yuradilar;

8) o'z-o'zini ayblash vasvasasi – bemorlar o'zini jinoyatchi deb o'ylab, jamiyatga, oilaga katta ziyon yetkazib qo'ydim deb hisoblaydilar.

7. Aql pastlik yoki tentaklik. Aql pastlik yoki tentaklik tafakkurning buzilishi bo'lib, bunda odamning hodisalar o'rtasidagi bog'lanishni tushunish qobiliyati pasayib ketadi. Asosiy narsani ikkinchi darajali masaladan farq qila olmay qoladi. O'zining yurish-turishiga, fikrlariga tanqidiy baho berolmaydi. Xotira susayib, tafakkur qilish pasayib ketadi. Xulq-atvor ancha pasayib ketgan bo'ladi. Aql pastlik ikki turga bo'linadi:

1. Tug'ma aql pastlik (oligofreniya) – genetik o'zgarishlar tufayli bolaning ona qornida zararlanishi, go'daklik davrida kasal bo'lib qolishi natijasida bosh miyaning yetarlicha rivojlanmay qolishidan kelib chiqadi.

2. Turmushda orttirilgan aql pastlik (demensiya) – katta yoshda bosh miyaning organik kasallikka uchrashi natijasida, bosh miyaning shikastlanishi, qarilik psixozi, bosh miya qon tomirlari aterosklerozi va boshqa kasalliklar sababli paydo bo'ladi. Bunday bemorlarning fikrlash doirasi past, ular atrofdagi vaziyatga to'g'ri baho berolmaydilar.

8. His-tuyg'uning buzilishi. His-tuyg'u (emotsiya) deb shodlanish, xursand bo'lish, nafratlanish, xafa bo'lish, g'azablanish kabilarga aytiladi. His-tuyg'u ikki turga bo'linadi: salbiy va ijobiy his-tuyg'ular. His-tuyg'u

(g'azab, shodlik, g'amginlik, qo'rquv)larni to'lib-toshib namoyon qilish **affekt** deyiladi. Affekt vaqtida odamning es-hushi ham kirarli-chiqarli bo'lib turadigan bo'lsa, bunga **patologik affekt** deyiladi. Mana shunday holatda odam og'ir jinoyatlar qilib qo'yishi mumkin. Bemorning mimikasi (yuzning imo-ishorasi), aytayotgan gap-so'zlari, harakatlariga, moddalar almashinuvida ro'y bergan o'zgarishlarga, vegetativ reaksiyalarga qarab his-tuyg'ular holati to'g'risida fikr yuritiladi. His-tuyg'ularda qondagi qand miqdori oshadi, qonning yopishqoqligi o'zgarib qoladi, ichki a'zolarining qon tomirlari kengayadi yoki torayadi, yurak urishi tezlashadi. His-tuyg'u po'stloq osti tugunlari bilan idora qilinadi. Turli ruhiy kasalliklarda his-tuyg'uning kuchayishi yoki sekinlashuvi kuzatiladi. Eyforiya, depressiya, hayajonlanish, vahimaga tushish holatlari kuchaygan his-tuyg'ularga kiradi. Beparvolik, g'amginlik, loqaydlik emotsiyaning sekinlashuviga kiradi. Eyforiyada odamning kayfiyati yaxshi, har doim kulib, quvnab-shodlanib, har narsadan ko'ngli to'lib yuradi. Depressiyada esa bemor ko'ngli g'amg'ussaga botgan, harakatlari sustlashib qolgan, hamma narsalardan xafa bo'lib, kayfiyati yomonlashib yuradi. Bular maniakal-depressiv psixoz kasalligida uchraydi.

9. Iroda faoliyatining buzilishi. Odamning ongli ravishda va ma'lum bir maqsad bilan qiladigan xatti-harakatlari irodaga zo'r berishdir. Ruhiy kasallarda iroda jarayonlarining buzilishi ikki turga bo'linadi. Bular: iroda (harakat) faoliyatining kuchayishi va susayishi. Maniakal holatda iroda faolligining kuchayishi, asosan, nutq va harakat qo'zg'alishi bilan namoyon bo'ladi. Bunda bemorlar ongli ravishda ko'p ishlarni amalga oshirishga harakat qiladilar, lekin bularni bajarishga jismoniy kuchlari yetmaydi. Nutq va harakat qo'zg'alishlari shizofreniyada ham kuzatiladi. Maniakal-depressiv psixozning depressiv shaklida iroda faolligi sekinlashadi. Bunda bemorlar bir necha soatlab bir maromda o'tiradilar, hech narsa bilan ishlari bo'lmaydi. Bemorlar suhbat vaqtida asta-sekin qisqa jumlar bilan javob berishadi. Iroda faolligining pasayib qolishi bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi (bosh miya o'smasi, bosh miya aterosklerozi va boshq.). Iroda faolligining susayishi **stupor** deb ataladi. Bunda harakat va nutqning sekinlashuvi, hatto tildan qolish (mutizm) darajasiga boradi. Bunda bemor topshiriqlarni umuman bajarmaydi, ularni eshitishni ham istamaydi (masalan, bemor qo'lini ko'tarib qotib turadi, to mushaklar bo'shashib o'zi tushib ketmaguncha). Iroda buzilishlari nevrasteniya va shizofreniya kasalliklarida uchraydi.

10. Marazm — ruhiy va jismoniy kuch-quvvatdan qolish (ma'naviy tushkunlik), aql kamayishi, tashqi muhit bilan bog'lanish xususiyatlarining yo'qolishi, o'z-o'ziga xizmat ko'rsata olmaslik, so'zlashish, intilish va tushunchalarning yo'qolishi bilan kechadigan og'ir bir ahvol. Rivojlangan turlarida aql shunday darajada kamayadiki, hatto bemorlar oq-qorani, toza-iflosni, yaqin va uzoq tanishlarini ajratib ololmaydilar, ochko'z, uyatsiz bo'lib qoladilar. Bemorlarda tashqi va ichki a'zolarida ham o'zgarishlar kuzatiladi, suyaklar mo'rt bo'lib qoladi, terida yaralar paydo bo'ladi.

Ruhiy kasalliklarning asosiy alomatlari

Es-hushning buzilishi. Ong bosh miya po'stlog'ining eng zo'r faolligi natijasidir. Ongi sog'lom kishilar atrof-muhitni va o'z xatti-harakatlarini, vaqtni to'g'ri baholaydilar.

1. Karaxtlik holati. Karaxtlik (gangib qolish) holatida bosh miya po'stlog'ining tormozlanishi natijasida atrofdagi ta'sirlarga kuchsiz javob reaksiyasi paydo bo'ladi. Javob olish uchun esa ancha kuchli ta'sir o'tkazish kerak yoki savolni bir necha marta qaytarish kerak. Bemor bunda sust javob beradi, harakatlari, imo-ishoralari kam bo'ladi. Oldingi bo'lib o'tgan voqealarni qiynalib esga oladi, qisqa-qisqa gapiradi. Karaxtlik holati bir necha daqiqadan bir necha soatgacha va bundan ham uzoqroq cho'zilib mumkin. Karaxtlik holati bosh miya shikastlanganida, miya o'smasida, uremiya, qandli diabet, zotiljam, tif va boshqa kasalliklarda uchraydi. Mana shu holat o'tib ketganidan keyin bemorlar o'zlariga nima bo'lganligi to'g'risida qisqacha so'zlab berishlari mumkin. Dovdirash alomati (sopor) — bunda bemorning es-hushi kirarli-chiqarli bo'lib turadi va bu alomat birdan paydo bo'lib, birdan barham topadi. Bu ongning torayib qolishi bilan cheklanadi. Bemorlar o'zlari turgan sharoitga beparvo bo'ladilar, chaqirgan odamga javob bermaydilar, og'riqlarga kuchsiz javob beradi. Esning kirar-chiqar bo'lib turishi bir necha daqiqadan bir necha kungacha va hatto bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Bunda bemorlar nima bo'lganligini aytib berolmaydilar. Bu holat tutqanoq, isteriya va bosh miya shikastlanishida kuzatiladi.

2. Delirioz holati. Bunda bosh miya po'stlog'ida to'liq bo'lmagan tormozlanish bo'ladi. Bemorlar besaranjom bo'lib qoladilar. Bu holatda es-hush aynib, gallyusinatsiya va illyuziyalar aralash bo'lib turadi. Bemorning ko'ziga vahimani manzaralar ko'rinadi, atrofdagi narsalarni tanimaydi. Delirioz holatidan so'ng bemorlar ko'rgan narsalarining ayrimlarini eslaydilar. Delirioz holati bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi, bu holat kechga borib zo'rayadi. Es-hushning delirioz holati turli yuqumli kasalliklarda, shikastlanishlarda va zaharlanishlarda kuzatiladi.

3. Oneyroid holati. Bunda es-hush buzilib, odamning xayolga botgandek yoki tush ko'rayotgandek bo'lib qolishi kuzatiladi. Delirioz holatidan farq qilib, bu holatda bemorlarning kechinmalari bilan yurish-turishlari o'rtasida bog'lanish bo'lmaydi. Bemorlar o'zlarini boshqa sayyoralarda, boshqa dunyoda yurgandek his qiladilar. O'zlarini bir vaqtning o'zida bir necha joyda his qiladilar. Bemorning o'zi xonada yotgan bo'lsa ham men Amerikada yuribman, deb boshqalarni ishontiradi. Bemor o'rniga yotishdan bosh tortadi, qarshilik qiladi. Bu holat bir hafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin. Bu holat shizofreniya kasalligida kuzatiladi.

4. Amentiv holat. Bunda bemor atrofdagi vaziyatni mutlaqo anglamaydi, o'zining kimligini bilmaydi. Bosh miya po'stlog'ida qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarining izdan chiqishi oqibatida amentiv holat yuz

beradi. Bu holat bir necha haftagacha cho‘ziladi, u o‘tib ketgandan keyin to‘la amneziya kuzatiladi. Bu holat turli yuqumli kasalliklarda, zaharlanish va asab tizimining qattiq holdan toygan vaqtlarda kuzatiladi.

5. Komatoz holati. Bunda bemor behush bo‘lib, savollarga mutlaqo javob bermaydi, og‘riq ta’sirlariga javob reaksiyasi bo‘lmaydi. Ko‘z qorachilari kengaygan, yorug‘likka reaksiyasi bo‘lmaydi. Bu holat bosh miya po‘stlog‘ining chuqur tormozlanishi natijasida paydo bo‘ladi.

Harakatning buzilishi

1. Stupor. Bunda bemorlar harakat qilmasdan, bir joyda qotib qolishadi. Stupor quyidagi turlarga bo‘linadi:

A. Depressiv stupor. Bu maniakal-depressiv psixozning depressiv shaklida kuzatiladi. Bemorlar biror ish yoki harakatni bajara olmaydigan bo‘lib qoladilar, savollarga qiyinchilik bilan javob berishadi. Bunday bemorlarga ovqat yedirib qo‘yishga to‘g‘ri keladi. Bemor yuzida g‘amginlik, xafachilik, ma‘yuslik ifodasi bo‘ladi, bu holat yurak siqilishi bilan almashinib turadi.

B. Psixogen stupor. Bunda bemorlar qimirlamay, hech indamasdan o‘tiradilar. Bemorlar uzoq vaqt hech kim bilan gaplashmasdan, savollarga javob bermasdan jim yuradilar. Bunday bemorlarda stuporning keltirib chiqargan so‘zlarni eshitib qolsa, bunda bemorda kuchli emotsional holat — kuchli hayajonlanish, yig‘lash, qizarish yoki oqarish alomatlari yuz beradi.

D. Katatonik stupor. Bu shizofreniya kasalligida uchraydi. Bunda bemorlar mutlaqo qimirlamay qo‘yishadi, ba’zi hollarda esa mushaklar tonusining pasayishi bo‘ladi. Bunga **bo‘shang stupor** deyiladi. Bemor tanasiga biror holat berib qo‘yilsa, shu holatda uzoq vaqt qotib turaveradi, buni o‘zgartirish qiyin bo‘ladi. Bemorlar stupor vaqtida ovqat yemay qo‘yadilar, shuning uchun hamshiralalar bemorga zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Stupor bosh miya po‘stlog‘ining harakatlantiruvchi bo‘limlarida miyaning po‘stloq osti va miya ustunida tormozlanish oqibatida paydo bo‘ladi.

2. Harakat qo‘zg‘alib turuvchi holatlar. Bular uchta turga bo‘linadi:

A. Maniakal qo‘zg‘alishda bemor tinmay harakat qiladi. Bunda bemorning xatti-harakatlari ma‘lum maqsadga qaratilgan bo‘lsa-da, lekin ularning diqqat-e’tibori hamisha chalg‘iyveradi. Bunda bemorlar bironta ham ishni oxirigacha yetkaza olmaydilar. Bunday bemorlar juda ko‘p va tez gapirishadi, ayrim so‘z va jummalarni tushirib qoldirishadi. Bemorlarning juda ko‘p gapirishi natijasida ovozi bo‘g‘ilib qoladi. Atrofdagi kishilarga doimo har xil savollar va takliflar bilan murojaat qilishadi. Bu holat maniakal-depressiv psixozda kuzatiladi.

B. Katatonik qo‘zg‘alishda bemorlar hech bir maqsadsiz harakat qiladi, harakatlari bir xil, ularni nima maqsadda qilayotganini tushunib bo‘lmaydi. Masalan, bemor oyoqlarini mutlaqo qimirlatmagani holda qo‘llari bilan harakat qilib, aftini burib turaveradi, ayrim so‘zlarni baqirib-chaqirib

aytadi. Bemorning gaplari ma'nosiz bo'ladi. Bu holat shizofreniya kasalligida uchraydi.

D. Gebefren qo'zg'alishda bemor har xil qiliqlar qilib, aftini burishtiradi, o'ziga o'zi kulaveradi, gaplarining ko'pi safsatadan iborat bo'lib, so'zlarni buzib gapiradi. Bu holat shizofreniya kasalligida kuzatiladi.

His-tuyg'u buzilishi alomatlari

His-tuyg'u (emotsiya) buzilishi uch turga bo'linadi:

1. Maniakal holatida bemorlar kayflari chog' bo'lib yuradilar, doimo xushchaqchaq, xursand, o'zlaridan o'zlari mamnun bo'ladilar. Bemorlar o'zlariga yuqori baho berib yuboradilar, har qanday ishlarni yengil va oson deb bilishadi. Tasavvurlar tez-tez almashinib turadi. Bemorlar qo'zg'alish holatida juda kam uxlashadi, charchoqni sezishmaydi, serharakat bo'lib qolishadi. His-tuyg'uning shunday yengil darajada buzilishi **gipomoniakal alomat** deyiladi. Bu holat maniakal-depressiv psixoz kasalligida uchraydi.

2. Depressiv alomatda bemorlarning harakatlari kam, nutqi sekin, sust bo'lib, dunyo ko'ziga qorong'i bo'lib ko'rinadi. Bunday holatda bemorlarda o'zini o'zi ayblash fikrlari paydo bo'lib, ovqat yeyishdan bosh tortib, yaxshi uxlay olmaydilar. Bunday bemorlar o'zini o'ldirishgacha yetib boradi. Depressiv alomatda g'amginlik holati ertalab kuchli bo'ladi, kechqurun bemorlarning ahvoli biroz yaxshilanadi.

3. Xavotirga soladigan depressiv alomat. Bunda bemorlarda ma'yuslik ustiga qanday bo'lmasin biror falokatni kutib, xavotirga tushish qo'shiladi. Bemor besaranjom bo'lib, hadeb gapiraveradi. Biror ish bilan shug'ullana olmaydi, ovqat yemay qo'yadi, uxlay olmaydi. Bunday bemorlar xavotirga tushib, o'z-o'zini o'ldirishgacha yetib boradilar. Bu holat presenil psixoz kasalligida kuzatiladi.

Talvasa alomatlari. Talvasa xuruji 2 xil boiadi:

1. Epilepsiya (quyanchiq) talvasalari. Bunday talvasa **epileptik tutqanoq** deb ataladi. Boshqa kasalliklar — bosh miya jarohatlari, bosh miya qon tomir aterosklerozi, bolalar bosh miya falajligi, miya zaxmida kuzatiladigan tutqanoqlar **epileptiform tutqanoq** yoki **epileptik turdagi tutqanoq** deb ataladi. Epilepsiya tutqanog'i va epileptform tutqanoq xuruji tutib qolgan vaqtda bemor to'satdan o'zidan ketib, yiqilib tushadi, rangi oqarib, so'ngra ko'karadi. Bemor birdan hushidan ketadi va tonik, keyin klonik qaltirash xuruji boshlanadi. Bunda bemorning butun tanasidagi mushaklar vaqti-vaqti bilan qisqarib-bo'shashib turadi. **Tonik talvasada** mushaklar uzoq tortishsa, **klonik talvasada** esa mushaklar vaqti-vaqti bilan qisqarib, bo'shashib turaveradi. Bemordagi bu holat — talvasa, tonik talvasa 30–40 soniyadan so'ng klonik talvasa bilan almashinadi. Klonik talvasa 1–5 daqiqa davom etadi va shu bilan tutqanoq xuruji tugaydi. Shundan so'ng bemor uxlab qoladi yoki karaxt bo'lib qayerda yotgani, nima bo'lganligini anglab

yetmaydi. Bunda bemorlarning asab tizimini tekshirib ko'rganimizda ko'z qorachiqslarning yorug'likka javob reaksiyasi bo'lmaydi, reflekslar yo'qoladi. Bemorlar tutqanoq xuruji vaqtida yiqilib, har xil shikastlanishlar olishi mumkin.

2. Isterik talvasalar. Bemorlar biror tashqi ta'sirga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu tutqanoq epilepsiya tutqanog'iga qaraganda sekinroq bo'ladi. Bemor xuruj paytida qulay joyga yiqiladi. Bunda bemorning hech yeri shikastlanmasdan, es-hushini batamom yo'qotmasdan yiqiladi. Bemorlarni tekshirganimizda ko'z qorachig'i yorug'likka javob beradi, reflekslar chaqiriladi. Bunday xuruj soatlab davom etishi mumkin, epilepsiya xuruji uzoq davom etmaydi. Isterik talvasada epileptik tutqanoqdagi kabi oldin tonik, keyin klonik tortishishlar bo'lmaydi. Ba'zan ongi torayadi, lekin isteriya xurujida bemor atrofdagilar diqqat-e'tiborini sezsa, isteriya uzoq vaqtgacha cho'zilishi mumkin.

Korsakov (amnestik yoki xotiraning buzilishi) alomati. Bu bemorlarda o'tmishdagi hodisalar xotirada saqlanib qolgani holda, hozir bo'lib turgan hodisalarning esdan chiqib qolishi bilan xarakterlanadi. Bemorning xotirasi pasayib ketadi, bugun nima ovqat yegani, kim bilan uchrashganini mutlaqo eslay olmaydi. Berilgan savollarga javob qaytarmaydi, eshitgan savollarini tez unutadi. Bunda bemorlar bir necha daqiqa nima ish qilib turganini esdan chiqarib qo'yishadi. Bu alomat bosh miya aterosklerozi, qarilik psixoz, bosh miya shikastlanishi, yuqumli kasalliklar va zaharlanishlarda kuzatiladi.

Galyutsinator – paranoid alomat. Bunda bemorlarda gallyutsinatsiya va vasvasalar bo'lib turadi. Bemorlar ko'pincha kimdir ularni ta'qib qilayotganini, ularga ta'sir ko'rsatayotganini aytishadi. Masalan, bemor devor orqasida boshqa odamlar uni o'ldirish rejasi to'g'risida gapirayotganini eshitadi. Ba'zan bemorlar bundan qochishga urinishadi, eshiklarni bekitib olishadi, boshqalarni yordamga baqirib chaqirishadi. Bu holat shizofreniya, alkogol psixozlari, bosh miya zaxmi va boshqa kasalliklarda uchraydi.

Aqli pastlik (tentaklik, esi pastlik) alomati. Bunda bemorlarda aqliy qobiliyatning pasayishi, xotiraning susayishi kuzatiladi. Bemorlar yangi ma'lumotlarni qabul qila olmaydilar, eskilarini esa unutib yuboradilar. Zehn va farosat juda pasayib ketadi. Bemorlar oddiy turmush masalalarini ham yecha olmaydilar. Mana shular tufayli ularning yurish-turishi va qiliqlari be'mani bo'lib qoladi. Bular bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi.

Nevrasteniya alomati (nevrotik, astenik). Bunda bemorlar tashqi ta'sirlardan juda bo'shshib, holdan toyadigan bo'lib qolishadi. Tashqi ta'sirlar (ovoz, yorug'lik, issiq-sovuq)ga ortiqcha sezuvchanlik, har qanday hodisalardan ta'sirlanish (xafachilik yoki xursand bo'lish) jismoniy toliqish oqibatida paydo bo'ladi. Bu holatga tushgan bemorlar tajang, betoqat, tez charchab qolish, xotiraning susayishi, asabiylashish, jismoniy toliqish, ish va aql qobiliyatining pasayishi va ruhiyatning tez-tez o'zgarib turishi

bilan xarakterlanadi. Bunda bemorning uyquasi buzilib turadi, tezda uxlay olmaydi, barvaqt uygʻonib ketadi. Bemorning uyquasi yuzaki, uyqudan keyin odam oʻzini dam olgandek sezmaydi. Kunduz kunlari bemor boʻshashib, mudrab yuradi. Bemorda bosh ogʻrishi, salga terlash, holsizlik, ishtahaning yoʻqolishi boʻlib turadi. Bu holat yuqumli kasalliklar, turli xil zaharlanishlardan soʻng va bosh miya aterosklerozi, shizofreniya, surunkali kasalliklar hamda nevrasteniyada kuzatiladi.

Ipoxondrik (miyadan ketmaydigan) alomatlar. Bemorlar oʻz salomatligining ahvolidan xavotirlanib, oʻzlaridagi yoʻq kasalliklarni topib, davolanmasam oʻlib qolaman, deb oʻylashadi. Bemorlar koʻpincha qorin va yuragi ogʻrib turishidan noliydi va kayfiyati buzilib yuradi. Shifokor siz sogʻlomsiz, hech qanday kasalligingiz yoʻq, deb aytsa ham ular ishonishmaydi yoki boshqa shifokorga borib uchrashadi. Ular bu kasallik toʻgʻrisida turli xil kitoblarni oʻqib chiqishadi. Miyadan ketmaydigan oʻrinsiz shubha, xavotir va qoʻrqinchli fikrlar **dismorfofobiya** deb ataladi.

Isteriya alomati. Bemorlar qattiq ovoz bilan yigʻlab yoki kulib atrofdegilar diqqatini tortishga harakat qiladilar. Bu holat tezlik bilan ikkinchi bir holatga oʻtib turadi. Bemorlar oʻzlarining xatti-harakatlarida aql-idrok bilan ish koʻrmay, balki his-tuygʻulariga qarab ish koʻrishadi. Bemorlar oʻzlariga koʻproq eʼtibor berish, atrofdegilardan ajralib turish va koʻzga tashlanishga harakat qiladilar. Bunday bemorlar xomxayol boʻlishga moyil boʻlishadi. Tashqi taʼsirlar tufayli talvasa xurujlari tutib turishi mumkin. Bu holat kalla bosh miya jarohatlarida, shizofreniya va zaharlanishlardan keyin kuzatiladi. Bu alomat bosh miya poʻstloq osti sohasining zaiflashuvi natijasida kelib chiqadi.

Kandinskiy–Klerambo alomati (ruhiy avtomatizm, tashqi taʼsir, yotsirash, qamrab olish alomatlari). Oʻz shaxsiy ruhiy jarayonlarning oʻzligiga yoki oʻz shaxsiga tegishlikning yoʻqolishi. Ruhiy va jismoniy taʼsir vasvasa bilan birga namoyon boʻladi. Ruhiy avtomatizm 3 turga boʻlinadi: assotsiativ turga mentizm – boshqarib boʻlmaydigan, ixtiyordan tashqari sodir boʻladigan fikrlar, oʻylar, xayollarning betoʻxtov oqishi mansubdir. Xayollar, fikrlar mazmuni juda ogʻir boʻlib, ulardan bemorlar qutula olmaydilar, xayol va fikrlarni miyada yigʻib ololmaydilar. Baʼzan bemorlar koʻz oldiga har xil xayollarni keltirib, xuddi koʻrib turgandek boʻladilar. Bu fikran koʻrinishlarning mazmuni oʻylangan xayollar mazmuniga mos keladi. Fikr ochiqlik belgisi – bemorga atrofdegilar odamlar uning fikrlarini bilayotgandek tuyuladi. Fikrlar jarangdorligi belgisi – bunda bemorning fikrlari ichki nutqqa aylanadi. Bemorning xayol, fikrlari baland tovush bilan chiqayotganday boʻlib, bemorga atrofdegilar ularni eshitayotganday tuyuladi.

Mayl buzilishlari. Mayl instinktiv (tugʻma his-tuygʻu)lar asosida paydo boladi va shakllanadi. Instinktiv xulq (ovqat qidirish, tashnalikni qondirish, jinsiy juft qidirish) va instinktiv harakatlar (ovqatlanish, ichish, jinsiy

aloqalar) tafovut qilinadi. Faqat instinktiv harakatlar, ya'ni tugallash aktlari instinktiv hisoblanadi. Mayl – hayotiy muhim sharoitlarni istashga va ulardan qochishga undaydigan holat bo'lib, u shu sharoitlarda instinktiv harakat bilan yuzaga chiqa olishi mumkin. Mayl qandaydir bir tug'ma holat emas. Mayl vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladi va yo'qoladi. Maylning belgilari, shakli har xil va ko'pincha maylning qondirish tabiatiga bog'liq bo'ladi. Asosiy mayl – ochlik, tashnalik, jinsiy mayl. Eng oddiy ehtiyojlar: uyquga, harakatga bo'lgan ehtiyojlar va boshqalar.

Mayl buzilishlari turli-tuman bo'lib, ayniqsa, ovqatga bo'lgan mayl buzilishlari ko'proq uchraydi. Ishtahaning turg'un bo'lmasligi ovqatdan bosh tortish bilan kechadi, bu maylning susayishi bemorni juda holdan toydiradi, bunga **anoreksiya** deyiladi. Ovqatdan butunlay bosh tortishda zaharlanish vasvasa g'oyalari yoki shu ovqat yeb bo'lmaydigan mahsulotlardan tayyorlangan, deb ishonch hosil qilishlari mumkin. Ovqatdan bosh tortish depressiv holatlarda, stupor, isteriyaning har xil turlarida uchraydi. Shuni e'tiborga olish kerakki, ko'p hollarda anoreksiya himoya qiluvchi fiziologik holat bo'lib, organizm uning yordamida kasalliklarga moslashadi va uni yengadi. Hozirgi vaqtda psixiatriya amaliyotida qo'llanilayotgan ochlik bilan davolash shunga asoslangan. Ovqatga maylning zo'rayishi **bulimiya**, yeb to'ymaslik **akoriya**, ko'p ovqat yeyish **polifagiya**. Bular progressiv falajlikda, idiotiyada, qarilik psixozlarida va ba'zi nevrozlarda uchraydi. Ovqatga bo'lgan maylning homilador ayollardagidek bo'lishi (kesak, tuz va boshqa narsalarni yeyish) shizofreniya kasalligida uchraydi. Odatda, mayl buzilishlari diensefal sohaning kasalliklarida uchraydi. Bunda hech bosilmaydigan tashnalik (polidipsiya, potomaniya). Bu vaqtda bemorlar bir kunda 20 l va undan ko'p suv ichadilar. Bemorlar organizmni sovitish yoki isitishga urinish, uyquchanlik va uyqudan, ovqatdan, suv ichishdan, siyishdan, hojatdan qanoatlanmaslik hamda havo yetishmaslikdan juda qiynaladilar. Bu holat, odatda, qo'rqish hissi bilan kechadi.

Shizofreniya

Shizofreniya yunoncha so'zdan olingan bo'lib, ruhning parchalanishi yoki bo'linishi degan ma'noni bildiradi. Shveysariyalik olim Bleyler bu kasallikning klinik manzarasini aniqlagani uchun Bleyler kasalligi deb ataladi. Shizofreniya ko'p uchraydigan ruhiy kasalliklardan biridir. Aholi o'rtasida 1–2% gacha uchraydi va ko'proq 15–35 yoshdan boshlanadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablardan biri virusli infeksiya va bosh miya jarohatlarining asoratlari natijasida yuzaga keladi. Bundan tashqari, irsiy omillar ham muhim o'rin egallaydi. Kasallikda bosh miya po'stlog'i tormozlanishi natijasida qo'zg'aluvchanlik ortadi. Bunda po'stloq osti sohasi nazoratdan chiqib, qo'zg'aluvchanlik holati yuzaga keladi. Bosh miyaning bunday o'zgarishlariga asab hujayralarining zaifligi va oqsil almashinuvining

buzilishlari sabab bo'ladi. Kasallik ko'pincha astenik o'zgarishlar bilan boshlanadi. Bular darmon qurishi, xavotirlanish, tez charchab qolish, atrofdagilarga shubha bilan qarash, yoqtirmaslik va har xil xatti-harakatlar qilish bilan davom etadi.

Shizofreniyaning klinik kechishi xilma-xil bo'ladi:

1. To'xtovsiz davom etib turadigan shakli klinik belgilar asta-sekin kuchayib, zo'rayib borishi bilan o'tadi. Bunda bemorning ahvoli yaxshilanib qolganini ko'rsatadigan belgilar bo'lmaydi. Kasallik davomida nevrozsimon vasvasali gallyusinator, gebefrenik va katatonik alomatlar kuzatiladi.

2. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shaklida kasallik to'satdan qisqa muddatda psixozlar boshlanib qoladi. Bundan keyin yana musaffolik davri boshlanadi. Bu shaklida shaxsiyat asta-sekin o'zgarib boradi. Bu shakl ko'proq o'smirlik davridan boshlanadi. Dastlab asabiylashish, ortiqcha fikrlash va miyadan ketmaydigan xayollar paydo bo'lishi bilan kechadi.

3. Xurujsimon-progrediyent shaklda kasallik xurujlar bilan bo'lib turadi va uzoqroq davom etadi. Xurujlar o'tib ketgandan so'ng kasallik belgilari susayib qoladi va yo'qolib ketadi. Bu shaklida shaxsiyat o'zgarib, aql pastlik tobora zo'rayib boradi. Kasallik vasvasalar va gallyusinatiyalar bilan kechadi. Bu shakli 25 yosh va undan katta yoshdagilarda uchraydi.

Shizofreniyada bemorlar fikrlari sayoz, nutq va yozuvi maqsadsiz, tartibsiz bo'ladi. Fikrlash qobiliyati pasayadi, bemorlar ezma, quruq safsataboz bo'lib qoladi. Avval nevrozsimon o'zgarishlar paydo bo'lib, bemorning kayfiyati o'zgarib turadi. Bunday bemorlar biror sabab bo'lmasdan har joyi og'rib turishidan, tez charchab qolishidan shikoyat qiladi. Bemorning yurish-turishi va xatti-harakatlarida beparvolik, xudbinlik, kamgaplik kuzatiladi va unda atrofdagilardan qochib yurishga moyillik bo'ladi.

Shizofreniyaning oddiy turida bemor beparvo, kamgap, serjahl va kam harakat bo'lib qoladi. Bu turda yakka qolish, xonalardan chiqmay, bir o'zi o'tirish istagi ko'proq bo'ladi. Kasallik o'smirlik davrida boshlanadi va sust kechadi. Bunda gallyusinatiyalar va vasvasalar bo'lmaydi. Bu turda bemorlar aytilgan gaplarning teskarisini bajarishga harakat qiladilar. Masalan, og'zingni och desa, yopib oladi. Bunday holatga **negativizm** deyiladi.

Shizofreniyaning katatonik turida bemorlar harakatida katatonik qotib qolish yoki katatonik qo'zg'aluvchanlik bo'ladi. Bemorlar bir joyda qimirlamasdan qotib turadi va bitta so'z yoki harakatni hadeb takrorlayveradi. Bemor so'zlarni, jummalarni baqirib aytadi, gaplariga tushunib bo'lmaydi. Oyoq-qo'llarni bukkan holda, gavdaga yaqinlashtirib oladi va uzoq vaqt shunday tinch, gapirmay o'tiradi. Bu **mutizm** deb ataladi.

Shizofreniyaning paranoid turida bemorlar hech kimning gapiga ishonmaydi, hammaga shubha bilan qaraydi. O'ziga qarshi tashqaridan jismoniy ta'sirlarni sezgandek bo'ladi. Bunday bemorlar, odamlar meni

o'ldiradi, ovqatimni zaharlab qo'yadi, deb shubha bilan yurishadi. Ba'zi bemorlar esa menga mashinalar radioto'lqin yuborayapti, deb o'ylashadi. Bu turdagi vasvasalar ko'proq 20–30 yoshdan boshlab uchraydi. Ipoxondrik vasvasalar bor bemor o'zining ichki a'zolarida o'zgarishlar sezadi. Bularga yuragim urishdan to'xtab qoldi yoki ichagim yorilib ketgan, deb takrorlayveradi. Kasallikning bu turida tez-tez gallyusinatiyalar bo'lib turadi. Bemorlar turli ovozlar, buyruqlarni eshitib, ularni bajarimoqchi bo'ladilar, bu **Kandinskiy–Klemmbo** alomati deb ataladi.

Shizofreniyaning gebefrenik turida bemorlar quruq safsatabozlik, mantiqsiz qiliqlar qiladi. Bemorlar aftini burishtirib, so'zlarini, qiliqlarini sun'iy takrorlab turadi. Shizofreniyaning bir turi ikkinchi bir turiga almashib turadi. Gebefrenik turi va oddiy turlari og'irroq bo'lib kechadi. Katatonik turi esa yengil kechadi.

Davolash usullari. Shizofreniyani davolashda insulin, sulfazin, aminazin va gipnoz usullari keng qo'llaniladi. Insulin terapiyada moddalar almashinuvda ma'lum o'zgarish yasab, zaharlanishni kamaytirishdir. Insulin bilan davolashni boshlashdan oldin bemorlardan nahorda qon olib, qondagi qand miqdori tekshiriladi. Organizmga yuborilgan insulin qondagi qand miqdorini kamaytirib yuboradi. Me'yorda qondagi qand miqdori nahorda aniqlanganda, 9,0–11,0 g/l yoki 3,3–5,5 mmol/l ga teng. Insulin yuborilganda, qondagi qand miqdori anchagina kamayib ketadi, bu **shok holati** deb ataladi yoki gipoglikemik koma holati boshlanadi. Shokni keltirib chiqaruvchi o'rtacha insulin dozasi 80–100 tb ni tashkil etadi. Ba'zi hollarda 30 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati boshlanadi yoki 150–180 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati qayd etilmaydi. Shok holatini paydo qilish uchun esa asta-sekinlik bilan insulin dozasini oshirib borish tavsiya etiladi. Insulin teri ostiga avval 4–8 tb dan boshlab va har kuni 4 tb dan ko'tarib borish kerak. Bemorda shok holati paydo bo'lmaguncha, insulin dozasini oshirib borish kerak. Qaysi dozada shok holati boshlansa, shu dozada to'xtatiladi. Davo kursi 25–30 insulin shokidan iborat.

Shok holatiga tushganda, bemorlar tashqi ta'sirotlarga javob reaksiya ko'rsata olmaydi, ko'z qorachiq-lari kengaygan bo'ladi, badani terlaydi. Shunday qilib, bemorlar 30–40 daqiqa shok holatida ushlab turiladi. Keyin esa 40% 30–40 ml glukoza eritmasidan olib, tomir ichiga asta-sekin yuboriladi va shok holatidan bemorni chiqarib olinadi. Shuncha glukoza eritmasi yuborilgandan keyin, bemor o'ziga kelib, 1–2 daqiqa ichida es-hushi joyida bo'lgandan keyin 100–200 g qand eritib nonushta qilinadi. Hamshira bemorning ovqat yeyayotganini kuzatib turishi kerak. Ko'pgina bemorlar shok holatidan keyin ham karaxt bo'lib turadi va ovqatni yeya olmaydi, og'zidan tushib ketadi. Agar bemorga glukoza eritmasi yuborilgandan keyin 20–30 daqiqa davomida o'ziga kelmasa, yana tomir ichiga 40% 30–40 ml glukoza eritmasi yuborish kerak. Ba'zan esa teri ostiga

0,1% 0,5–0,7 ml adrenalini eritmasidan inyeksiya qilinadi. Shok holatidan keyin bemorning ichki kiyimi almashtiriladi. Agar bemorning tomir ichiga glukoza eritmasini yuborishning iloji bo'lmasa, unda qand sharbatini zond orqali yuborish tavsiya etiladi. Insulin shok holati boshlanishi oldidan ba'zi bemorlarda gavda, qo'l-oyoqlarda va yuzdagi mushaklarda uchish, tortishib turish va epileptiform tutqanoq kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, kunning ikkinchi yarimida shok holati takroran bo'lib qolishi mumkin. Shuning uchun hamshiralalar har doim bemorlarning ahvolini nazorat qilib turish, ovqatlantirish va birinchi tibbiy yordam ko'rsatishga tayyor turishlari kerak.

Neyroleptiklar bilan davolash. Katatonik va katatonik-paranoid holatlarda neyroleptiklar: majeptil (kuniga 60–80 mg dan), leponeks (kuniga 200–400 mg dan), ko'p miqdorda aminazin, stelazin, galoperidol dorilari beriladi. Qo'rquv affekti psixomotor qo'zg'alish bilan boradigan o'tkir paranoid holatlarda tomir ichiga galoperidolning stelazin, tizersin bilan birga ishlatiladi. Kasallikning surunkali kechishida, ya'ni vasvasalar kuchayib, klinik belgilar murakkablashib borayotgan hollarda stelazin (kuniga 40–80 mg dan), galoperidol (20–40 mg dan), etaperazin (150–200 mg dan) uzoq vaqt beriladi. Odatda, 2–3 neyroleptiklar birgalikda tomir ichiga va mushak orasiga qilinadi, keyinchalik ichishga buyuriladi. Rispolett (risperidon) kuniga 2–4 mg dan 1–12 haftagacha, aminazin 2,5% 1,0 ml yoki ichish uchun buyuriladi. O'rtacha bir kunlik dozasi 300 mg dan iborat, davolash muddati 2–3 oygacha cho'ziladi. Aminazin olgan bemorlarning qon bosimi doimo o'lchab turiladi. Aminazin olgandan keyin ba'zi bemorlarning qon bosimi birdan tushib ketadi. Bunga **ortostatik kollaps** deb ataladi. Bunday paytda bemorlarni o'rniga yotqizib, kordiamin 25% 1,0–2,0 ml teri ostiga yoki adrenalini 0,1% 0,5–1,0 ml tomir ichiga yuborish kerak. Davolash kursining daslabki davrida bemorlar o'rindan turmasliklari kerak. Bemorlarning qon bosimi har kuni o'lchab turiladi. Aminazin tabletkasi 25 mg dan 150–175 mg gacha (bir kunlik dozasi). Vasvasa holatlarida triflazin 1–5 mg va galoperidol 20–80 mg dan asta-sekin oshirib, 100 mg gacha (bir kunlik dozasi) 3–4 mahal beriladi. Davoni kasallik belgilari yo'qolguncha yoki ancha kamayib qolguncha shunday dozada davom ettirish kerak. Keyinchalik dozani 1–5 mg gacha kamaytirib borish kerak. Ruhiy qo'zg'alishlarni bartaraf etish uchun shu dorilardan mushak orasiga yoki tomir ichiga inyeksiya qilinadi. Vasvasa boshlanib, ko'ngilda xavotirlik paydo bo'lganda, tizersin 12–50 mg gacha (bir kunlik dozasi 100–400 mg gacha) buyuriladi. Depressiv alomatlariga qarshi amitriptilin va melliipramin buyuriladi. Miyadan ketmaydigan holatlarga – nozepam, seduksen, elenium va triflazin beriladi. Ipoxondrik belgilarda – seduksen, tazepam, fenazepam qo'llaniladi. Irim-sirim harakatlari bo'lsa, uzoq ta'sir etuvchi neyroleptiklar – modditen depo 2,5% 1,0–2,0 ml, bu dori oyiga 2–3 marta inyeksiya qilib turiladi. Isterik belgilarda sonapaks, teralin dorilaridan qo'llaniladi.

Parvarish qilish. Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarni qarab borish kerak, ular parvarishga muhtojdirlar. Bemorlar ovqatdan bosh tortsa, ularni ko‘ndirish va o‘zlari ovqat yeydigan qilish kerak. Buning iloji bo‘lmasa, bemorlarni zond orqali ovqatlantirib turish tavsiya etiladi. Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlar uzoq turib qoladigan bo‘lsalar, ularni o‘ringa yotqizishga harakat qilish va doimiy hamshiralar nazoratida bo‘lishlari kerak.

Maniakal-depressiv psixoz

Maniakal-depressiv psixozlar yosh odamlarda va ko‘proq ayollarda uchraydi. Kasallik maniakal va depressiv xurujlar bilan kechadi hamda bu xurujlar takrorlanib turadi. Maniakal xuruj depressiv xuruj bilan almashinib turadi. Kasallik bir necha kundan bir necha yilgacha davom etadigan musaffolik davri bo‘ladi. Xuruj 2 oydan 10 oygacha davom etadi. Kasallik depressiv xurujlar bilan boshlanadi. U bosh miya po‘stloq osti sohasi – gipotalamusda qo‘zg‘aluvchanlik to‘xtab, sezuvchanlik oshishi, vegetativ o‘zgarishlar natijasida yuzaga keladi. Natijada organizmda uglevod almashinuvi buzilib, qondagi qand miqdori oshadi, sut kislotasi kamayadi va yog‘ almashinuvi kuchayadi.

Maniakal (kayfiyatning ko‘tarilishi) shaklida atrofda narsalar bemorlarning ko‘ziga yaxshi bo‘lib ko‘rinadi. Bemorlarning kayfi chog‘ bo‘lib, hamma narsalarga qiziqadi, hamma ishlarga aralashib yuradi. Ba‘zi bemorlar savollarni ko‘p beradigan bo‘ladi, ko‘p gapiradi. Bemorlar o‘zlarining qobiliyatlariga ortiqcha baho beradilar. Masalan, tibbiyotga aloqasi bolmay turib, o‘zlarining davolash usullarini taklif etadi. Bunday bemorlar o‘z yoshiga to‘g‘ri kelmaydigan qiliqlarni qiladilar. Ayol bemor yoshlari keksa bo‘lsa ham lablarini qizil rangga bo‘yab, sochlarini bo‘yab yurishadi. Maniakal holatda bemor ko‘p gapirishidan so‘z va jummalarni tushirib qoldiradi. Bunday bemorlarning gaplariga tushunish qiyin bo‘ladi. Ayrim bemorlar maqsadsiz harakat qilishadi, bironta ishni ham oxirigacha yetkazishmaydi. Kasallikning bu shaklida bemorlar kam uxlaydilar, 2–3 soatgacha charchoqni bilmaydilar, serjahl bolib, salga janjal qilaveradilar.

Maniakal shakl quyidagi turlarga ega:

1. Xushchaqchaqlik maniyasi. Bunda bemorlarda xushchaqchaqlik, eyforiya (kayfichog‘lik) va o‘zini katta tutish holatlari kuzatiladi.
2. Fikr o‘zgaruvchanlik maniyasida tasavvur, idrok etish va fikrlash qobiliyatining o‘zgarib turish holatlari kuzatiladi.
3. Ekspansiv maniyasi. Bemorlar sababsiz ko‘plab mablag‘ ishlatadilar va quruq va‘dalar berib, pullarni bekorga sarflaydilar.
4. Asabiylashish maniyasida bemorlarning jahli tez bo‘lib, ular atrofda gilar bilan sababsiz urishib, ko‘proq janjallashib turiladi.

Depressiv (tushkunlik) shaklida bemorlarning kayfiyati pasaygan, g‘amgin, har qanday tashqi ta‘sirotlar ularning ko‘nglini ko‘tarmaydi. Bemorlar sekin ovoz bilan ohista gapiradilar, ko‘p vaqt boshini egib,

g'amgin bo'lib o'tiradilar. Bemorlarning yaqin kishilariga nisbatan munosabati o'zgarib, loqayd, beparvo bo'lib qoladilar. Depressiv holatda bemorlarda vasvasa paydo bo'lib, o'zini o'zi ayblashga tushadi va o'z hayotini ko'zdan kechirib, yolg'iz o'zini aybdor deb hisoblaydi. Bunday bemorlar o'zini o'zi oldirishgacha borib yetadi. Shuning uchun bunday bemorlarni shifoxonaga yotqizib, kuzatib turish kerak.

Depressiv shaklning quyidagi turlari bor:

1. Melanxoliya turida bemorlarning kayfiyati pasaygan, g'amginlik holatlari kuzatiladi.

2. Ajitirlangan melanxoliya turida esa bemor o'zini g'amgin sezsa-da, u tormozlanmagan, balki qo'zg'algan bo'ladi. Bunday bemorlarda o'zini o'zi oldirish hissiyoti kuchli bo'ladi.

3. Ipoxondrik turida bemorlar tanalarida jismoniy yetishmovchilik va og'riq sezadilar. Tanadagi og'riqdan qutulish chorasini izlab, tanalariga har xil shikastlar yetkazadilar.

4. Vegetativ turida bemorlarda vegetativ nevroitik buzilishlar kuzatiladi.

Maniakal shaklini davolash. Bemorlarda qattiq qo'zg'alish davrida neyroleptiklar: xlorprotiksen 150–300 mg, aminazin 300–600 mg gacha, tizersin 150–300 mg, galoperidol 30–60 mg, majeptil 40–70 mg beriladi. Bezovtalik, qo'zg'alish kamayganida neyroleptiklar dozasini kamaytirish kerak. Davolash muddati 2–3 oyga cho'ziladi. Litiy karbonat (kuniga 900–2100 mg) bu qo'zg'alishlarda yordam beradi. Qo'zg'alishlar kamayganda, litiy karbonat miqdori haftasiga 300 mg dan kamaytirib boriladi. Agar bezovtalik, qo'zg'alishlar kamroq kuzatilsa, neyroleptiklar va litiy tuzlari kam miqdorda beriladi. Maniakal holatlar qaytarilmasligi uchun ko'proq litiy tuzlari ishlatiladi. Uning qondagi miqdori 0,6–0,7 mmol/l ga teng.

Depressiv shaklini davolash. Bemorlar kayfiyatini ko'tarish maqsadida mellipramin 100–300 mg, pirazidol 200–400 mg, anafranil 100–200 mg. Kasallikning dastlabki 1–2 haftasida dorilarni tomir ichiga tomchilatib yoki mushak orasiga yuboriladi. Agar depressiya holati affektiv hayajonlanish bilan kuzatilsa, bu vaqtda tinchlantiruvchi (sedativ) antidepressantlar: amitriptilin (kuniga 150–300 mg) buyuriladi. Qo'zg'atuvchi antidepressantlar bemor ahvolini og'irlashtiradi. Hayajonlanish yengil turda bo'lsa, insidon va azafen dorilari beriladi. Agar hayajonlanish og'ir turda bo'lsa, tizersin 25–50 mg dan 75–100 mg gacha, kuniga 3–4 mahal beriladi. Dorilar ta'sir qilganda, bemorlar o'rinlarida yotishlari kerak, chunki bu dorilar qon bosimini pasaytirib yuboradi. Ipoxondrik va paranoid o'zga-rishlarda amitriptilin, diazepam, elenium qoilaniladi. Depressiv holatdagi bemorlar doim hamshiralalar kuzatuvida turishi kerak. Bemorlar ovqat yemay qo'ygan hollarda hamshiralalar ularni ovqatlantirishlari, agar iloji bolmasa, zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Depressiyaboshlanib, harakatlar kamayib qolsa, bularga mellipramin, tizersin 12–25 mg, teralin 25 mg gacha buyuriladi. Ajitirlangan depressiyada amitriptilin, nuredal beriladi. Depressiv holatlar qaytarilmasligi uchun antidepressantlar ko'p foyda bermaydi, shuning uchun litiy birikmalari tavsiya

etiladi. Bu dorilar depressiya tugashi bilan tavsiya etiladi, chunki bemorga depressiya vaqtida berilsa, kasallik cho'zilib ketadi. Litiy karbonat 600–1800 mg dan ovqatdan keyin kuniga 3–4 mahal ichiriladi. Bu dorilar sedativ ta'sir ko'rsatib, xavotirga tushganda, bezovtalanganda va o'tkir psixotik holatlarda buyuriladi. Bunda bemorlarga 300–600 mg dan bir necha oygacha berib boriladi va qon zardobidagi litiy miqdori doimo tekshirib turiladi.

Parvarish qilish. Depressiv holatlarda bemorlar muntazam hamshiralar kuzatuvida bo'lishi lozim. Ularga muloyimlik, mehribonlik bilan muomala qilish kerak. Ba'zi bemorlar g'amginlik holatida bo'lsa, ularni bu holatdan chiqarish va o'zini o'zi o'ldirishga yo'l qo'ymaslik chorasini topish zarur. Hamshira bemorlarning ovqat yegan yoki yemaganligini o'z vaqtida kuzatib turishi kerak.

Alkogolizm, alkogol psixozlar

Alkogolizm (surunkali ichkilikbozlik, aroqxo'rlik) tez-tez va ko'p miqdorda spirtli ichimliklar iste'mol qilish tufayli paydo bo'lib, unga hirs qo'yish bilan kechadigan surunkali kasallik hisoblanadi. Bosh og'riqqa ehtiyoj, shaxsning o'ziga xos o'zgarishi somatik va ijtimoiy oqibatlar bilan o'tadi. Alkogolizm sabablari spirtli ichimliklar ichishdir. Alkogolizm rivojlanish davrida odamlarga xushchaqchaqlik, ruhiy kayfiyat, ko'tarinkilik, quvnoqlik beradi. Alkogol ichilganda, odamning markaziy asab tizimi faoliyatiga tez ta'sir qiladi, bunda oliy asab faoliyati izdan chiqadi. Ichkilik ichgan odamda diqqat-e'tibor susayib, harakatlarini yo'qotib qo'yadi. Bunda aqliy ish qobiliyat buziladi, gapirishlar qattiq bo'lib, maqtanchoqlik qiladi. Bularning hammasi oddiy mastlik holatiga olib keladi. Mastlik – bu alkogol bilan o'tkir zaharlanish bo'lib, spirtli ichimliklarning psixotrop ta'siridan kelib chiqadi. Bu insonning ruhiy, vegetativ asab buzilishlariga olib keladi.

Klinik manzarasi. Mastlikning quyidagi turlari mavjud:

I. Oddiy mastlik holati bo'lib, uning 3 darajasi bor.

1. Yengil darajasida kayfiyatning ko'tarilishi, tetiklik, mamnunlik, shirin xayollar paydo bo'ladi. Bunda nutqning baland bo'lishi, tezlashishi, imo-ishoralarning jonlanishi, harakatda aniqlikning yo'qolishi bilan xarakterlidir. Bu darajadagi ichgan odamlar bajarayotgan ishning hajmi, sifati pasayadi. Vegetativ belgilardan yuzning qizarishi yoki oqarishi, jinsiy maylning oshishi namoyon bo'ladi. Mastlikning yengil darajasida barcha voqealar bemorning xotirasida saqlanib qoladi.

2. O'rtacha og'ir darajasi ko'tarinki kayfiyat, jahldorlik, tajanglik, xafachilik bo'lib 7 turadi. Mast kishi o'z qobiliyatini yuqori baholaydi, o'z-o'zini tanqid qilish pasayadi, harakatning chuqurroq buzilishi, ataksiya va dizartriya namoyon bo'ladi. Fikrlashning susayishi, nutqning sekinlashuvi, bir so'zni qayta-qayta takrorlashi paydo bo'ladi. Bemorning diqqat-e'tibori pasayadi.

3. Mastlikning og'ir darajasi karaxtlik belgilari paydo bo'lib koma holatiga tushadi. Bunda bemorlarda muvozanat buziladi, mushaklar atoniyasi, amimiya, dizartriya belgilari namoyon bo'ladi. Bemorlarda bosh og'riq,

bosh aylanish, ko'ngil aynish, qusish, nafas olish va yurak qon-tomir faoliyatida o'zgarishlar bo'ladi. Natijada qo'l-oyoqlarning sovuq qotishi, ko'karib qolishi, haroratning pasayishi, tutqanoq xurujlari paydo bo'lib, ixtiyorsiz tagiga siyib yuborish va axlat chiqishi kuzatiladi. Mastlik holatining bu darajasida kishi xotirasi butunlay saqlanmaydi.

II. Oddiy mastlikning o'zgargan turi asoratli mastlik bo'lib, bunda ruhiy buzilishlar kuchayib yoki pasayib ketadi. Oddiy mastlikning quyidagi o'zgargan turlari mavjud:

1. Eksploziv turi – mastlikka xos baland kayfiyat kamroq bo'lib, qisqa vaqt bo'ladigan jahldorlik, norozilik bilan almashinib turadi.

2. Disforik turida ruhiy taranglik, g'amginlik, jahldorlik, tushkunlikka tushish, atrofdagi kishilarga xavf solish paydo bo'ladi.

3. Isterik turida harakatning buzilishi bo'lib, qo'llarini qiyshaytirib, bezovtalanadi, bunda o'ziga yengil jarohat yetkazishi, isterik tutqanoq xuruji paydo bo'lishi mumkin.

4. Depressiv turi kayfiyatning pasayishi bo'lib, bemorlar ko'pincha yig'laydilar, g'amginlik, bezovtalanish, o'ziga suiqaqd qilish fikrlari paydo bo'ladi.

5. Somnolensiya turida qisqa vaqt ko'tarinki kayfiyatdan so'ng uyqu kelishi va uxlab qolish mumkin.

6. Epileptoid turida epilepsiya xuruji va harakat qo'zg'alishlari kuzatiladi.

7. Paranoid turida harakat va nutq qo'zg'alishi kuchayib, atrofdagi kishilarni haqorat qiladi, urush va janjal qiladi.

III. Kasallikka xos mastlik o'ta o'tkir o'tkinchi psixoz bo'lib, spirtli ichimlik ichish natijasida paydo bo'ladi. Hushning qorong'ilashuvi, uyquga ketish, ruhiy yoki jismoniy toliqish bilan kechadi. Bu holat erkaklarda bo'lib, qaltis harakatlar bilan o'tadi va to'liq amneziya bilan tugaydi.

Alkogolni tez-tez iste'mol qilish natijasida odam unga o'rganib qoladi va surunkali alkogol kasalligiga olib keladi. Surunkali alkogol kasalligining quyidagi bosqichlari mavjud:

1. Asosiy belgisi ichkilikka xos moyillik (intilish) bo'lib, oddiy ichikilikbozlikdan kasallikka o'tishdan dalolat beradi. Birlamchi ichkilikka moyillik faqat ichkilik ichish bilan o'tadigan marosim paytida paydo bo'ladi. Bemorlar ichkilik ichish maqsadida turli marosimlarni o'ylab topadilar va tezlatadilar. O'zlari esa jonlanib ketadilar. Hamma ishlarni tashlab, ichkilik ichishga shoshiladilar, agar bemorlar oldida to'siqlar paydo bo'lsa, ularning ruhiyati, kayfiyati pasayib, jahllanadilar, qoniqarsiz bo'lib qoladilar. Birinchi bosqichda bemorlar mast bo'lishlari uchun ichkilik miqdorini 2–3 barobar oshirib ichadilar. Ichkilikka chidamlilikning oshishi qayt qilishning yo'qolishi bilan kuzatiladi va mastlik holatiga olib keladi. Bemorlar bu mastlik holatidagi voqealarni xotirada saqlab qolmaydilar (giyohvand amneziya).

2. Kasallikning birinchi bosqichdagi belgilarning kuchayishi bilan abstinent belgi (bosh og'riq) paydo bo'ladi. Bunda bemorda mastlik tugashi bilan behollik va vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bosh og'riq, bosh aylanish,

yurak urishi, yuz va ko'z olmasining qizarishi, tinka qurishi, lanjlik paydo bo'lishi bilan davom etadi. Bu holat kecha-yu kunduz paydo bo'ladi. Agar bemor ozgina ichsa, uning ahvoli yaxshilanadi. Alkogolizm rivojlanib borsa, abstinent holati ham og'irlashib boradi. Bunda vegetativ o'zgarishlar bilan birga somatik o'zgarishlar ham qo'shiladi. Bularga yurak qon-tomir urishining buzilishi, ishtahaning kamayishi, ich buzilishi, qayt qilish, qorindagi og'riqlar, asab ruhiy sohasida esa butun tanada titroq, xavotirlik, vasvasalar, o'z-o'zini ayblash, jahldorlik, ko'rolmaslik, yomon tush ko'rishlar, gallyusinatsiyalar paydo bo'ladi. Abstinent holati 2–5 kun davom etib, bemorlar ertalabdan bosh og'riq uchun ichadilar. Bunda bemorni ichkilik ichishdan to'xtatib bo'lmaydi. Ichkilikka bo'lgan chidamlilik bir necha yil davom etadi. Bemorlarda mastlik holati o'zgaradi, eyforiya davri qisqarib, psixopatsimon holatlar uchraydi. Ichkilikbozlikning doimiy turida bemorlar har kuni hafta, oylar, yillar davomida ko'p ichadilar. Ichkiliklar orasi qisqa bo'ladi. Ichkilikbozlikning davriy turida yolg'on surunkali ichish bir necha kundan bir necha haftagacha davom etadi. Alkogolizmning ikkinchi bosqichida somatik kardiamiopatiya, jigarning yog' bosishi, gastrit va ijtimoiy (oila buzilishi, ish almashtirish) oqibatlar kuchli bo'ladi.

3. Ichkilikka bo'lgan chidamlilikning kamayishi kasallikning 3-bosqichga o'tishini bildiradi. Bunda bemorlar oz-ozdan kun bo'yi ichadi. Bir necha haftadan bir necha oyga cho'ziladi. Ichkilikning birinchi kuni ko'p ichib, oxirgi kunlari esa ichkilikka chidamlilik kamayib boradi. Jismoniy o'zgarishlar yuzaga kelib, butunlay ichmay qo'yadilar. Bemorlar uyatsiz, sharm-hayosiz, urishqoq, yolg'onchi bo'lib qoladilar. Bunda gepatit, yurakdagi o'zgarishlar tuzalmaydigan darajaga keladi. Kasallikning kechishi ichkilik ichgandan uning ikkinchi bosqichi boshlanguncha, 6–7 yil vaqt o'tadi. Bu tez rivojlangan turi hisoblanadi. O'rta rivojlangan turi 7–15 yilgacha, asta-sekin rivojlangan davrida 15 yildan ko'proq vaqt o'tadi.

Davosi. Surunkali alkogolizm uch bosqichda davolanadi:

1. Zararsizlantirish (dezintoksikatsion terapiya). Umumiy davolash 40% 20 ml glukoza bilan 5% 5,0 askorbin kislotasi tomir ichiga 15 kun, unitiol 5% 3–5 ml 6–10 marta mushak orasiga; tiosulfat natriy 30% 15–20 ml 10–15 marta tomir ichiga; natriy xlor 0,9% 1–2 litr tomir ichiga tomchilatib yuboriladi; gemodez, reopoligukin 400,0 ml tomir ichiga 4–5 kun, magnezium sulfat 25% 5–10,0 ml eritmasiga 40% glukoza qo'shib, tomir ichiga 14 kungacha beriladi. Vitamin Bp 1000 mg, B6 100 mg, nikotin kislotasi katta dozada beriladi. Abstinent holatlarda va surunkali davrlarda qo'llaniladi. Abstinent holatida vegetativ astenik asab o'zgarishlarida nootrop dorilar, fenazepam 1–2 mg, seduksen 0,5% 2–4 ml, pirroksin 1–3 ml 2–6 marta qilinadi. Ruhiy o'zgarishlarda aminazin, tizersin, galoperidol, teralin, melleril, depressiyada amitriptilin buyuriladi.

2. Ikkinchi bosqichda davolash kasallikka, ichkilikka moyillikni bartaraf etish, bunda psixoterapiya usullari ham qo'llaniladi. Ichkilikka bo'lgan moyillikni bartaraf etish uchun psixotrop dorilar – karbiden 90–150

mg, neuleptil 30 mg, meleril 150 mg, teralen, etaperazin, pirogenal 250–1500 mpd buyuriladi. Spirtli ichimlikka jirkanchlik hissini uyg‘otish maqsadida shartli reflekslarni keltirib chiqarish uchun apomorfinning yangi tayyorlanganidan 0,5% 0,2–1,0 ml gacha teri ostiga yuboriladi. Dori ta‘sirida qayt qilish refleksi kuchayadi. Bemorga 30–50 ml spirt ichish tavsiya etiladi. Qayt qilishni kuchaytirish maqsadida qo‘shimcha emitin 0,05 mg, ipekakuana 0,25–0,5 mg, mis kuporasi eritmasini 0,5–0,75 mg 150 ml distillangan suvda eritib, ichish buyuriladi. Bemor organizmida ichkilikka nisbatan chidamsizlik hissi uyg‘otiladi. Bunda teturam (antabus) dorisini 0,125–0,5 g dan har kuni 30 kun davomida beriladi. Dorining ta‘sirini mustahkamlash maqsadida teturam – alkogol sinamasi qo‘yiladi. Bu sinama o‘tkazishdan 3–4 kun oldin teturam 1,0 g gacha oshirib boriladi. Bemor ichgandan so‘ng behushlik, yurak sohasidagi og‘riq, qon bosimining oshishi, tutqanoq xurujlari kuzatiladi. Bu o‘zgarishlarning oldini olish maqsadida, sinov oldidan bemorlarga 8,4% bikorbanat natriy, 10% kalsiy xlor eritmasini 10% glukozada aralashtirib, tomir ichiga yuboriladi. Bemorlarga ichkilikka qarshi chidamsizlikni keltirib chiqarish uchun metronidazol (trixopol) 1000–2000 mg har kuni 3–4 hafta davomida; furazolidon 300–800 mg 10 kun davomida; siamid 50–100 mg 5–6 kun, nikotin kislota 100–400 mg 3–4 hafta davomida berib boriladi. Bu usulni uzoq muddat qo‘llash mo‘ljallanganda, mushak ichiga esperal va radeter dorilari jarrohlik yo‘li bilan kiritiladi.

3. Uchinchi bosqichda davolash – natijalarni barqaror qilish, kasallik qaytalanishining oldini olish usullaridir. Bunga psixoterapiya usullari, psixotrop dorilari qo‘llaniladi. Kasallik qayta avj olishining oldini olish uchun teturam 0,25–0,75 g, trixopol 0,75–1 g, nikotin kislotasi har kuni 1–3 oy davomida berib boriladi. 1–2 oy o‘tgach, bu kurs yana qaytariladi.

Alkogol psixozi yoki ichkilik jonsarakligi o‘tkir, to‘satdan boshlanadigan, bemorning o‘zi va atrofdagilar uchun xavfli kasallikdir. Boshning shikastlanishi, yuqumli kasalliklar, uzoq uyqusizlik, og‘ir ruhiy kechinmalar uning paydo bo‘lishiga olib keladi. Kasallikdan oldin uyquning buzilishi, bemorning vahimali tushlar ko‘rib chiqishi kuzatiladi. Ko‘proq erkaklarda uchraydi. Buning kelib chiqishida miya to‘qimalari ichkilik ta‘sirida zaharlanadi. Unda moddalar almashinuvi buziladi. Alkogol psixozi, asosan, abstinent holatida boshlanadi. Alkogol psixozining klinik manzarasi deliriy, gallyutsinozlar, vasvasalar, ensefalopatiya ko‘rinishida bo‘ladi. Bundan tashqari, psixozlarning aralash va o‘zgargan turlari kuzatiladi.

Alkogol deliriy (oq alahlash) turi uch bosqichda bo‘ladi:

1. Emotsional va harakatlar hayajonlanish, ko‘p gapirish, fikrlar va so‘zlarning ko‘payishi, imo–ishoralarning kuchayishi, o‘ta sezuvchanlik, kayfiyatning tez o‘zgarishi, uyqusizlik va vegetativ o‘zgarishlar paydo bo‘ladi.

2. Yuqoridagi o‘zgarishlarga ko‘rish illyuziyasi va gallyusinatsiyalari qo‘shiladi.

3. Tashqi hodisalarga vaqt va joyga bo'lgan mo'ljallarning yo'qolishi qo'shiladi. Deliriy psixozdagi bemorlarda gallyusinatsiyalar hosil qilish, masalan, bemor yumuq ko'zlari ustiga barmoq bilan sekin bosib, ularga har xil ko'rinish gapirilganda, ularda ko'rish gallyusinatsiyasi paydo qilish mumkin. Bemor toza qog'ozda har xil yozuvlarni ko'rishi mumkin yoki uzib qo'yilgan telefon bilan gaplashadi. Deliriyda har doim titroq, gandarlash, yurakning tez urishi, ko'p terlash holatlari kuzatiladi. Alkogolli deliriy 2–8 kun davom etadi va chuqur uyqu bilan tugallanadi.

Deliriyning quyidagi turlari bor:

1. Gipnogagik turida uyqu oldidan bemor ko'zlarini yumganda, sahnasimon ko'rish gallyusinatsiyalari paydo bo'ladi va bemor ko'zini ochsa, bu holat yo'qoladi.

2. Deliriy (qaltirash alomati)da butun tanada titroq bo'lib, bezovtalik, o'zini yo'qotish, harakatlanish, qayoqqadir chopish holatlari kuzatiladi.

3. Aralash turida sahnasimon ko'rish gallyusinatsiyalari, vasvasa g'oyalari va so'z, eshitish holatlari kuzatiladi.

Alkogolli gallyutsinozlar. Kasallik kechishi o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi. O'tkir turi bir necha soatdan bir necha haftagacha yoki 1 oygacha davom etadi. Bu birdan boshlanib, kechqurun yoki tunda uyqusizlik, eshitish gallyutsinozlari kuzatiladi. O'rtacha og'irlikdagi turi bir oydan olti oygacha cho'ziladi va eshitish gallyutsinozlari bo'ladi. Surunkali turi olti oydan oshib ketadi. Bunda eshitish gallyutsinozlari doimiy bo'lib, bemorlar bu ovozlari bilan bahslashadilar, urishadilar, keyinchalik bu ovozlarga ko'nikib qoladilar. O'zlari tinchlanib, keyinchalik ish qobiliyatlarini tiklab oladilar.

Alkogolli vasvasali psixozning quyidagi turlari mavjud:

1. Alkogolli paranoid (ta'qib qilish vasvasasi). Bemorda bosh og'riq kuchayadi, bezovtalanish, hayajon, qo'rqish, harakat qo'zg'aluvchanligi namoyon bo'ladi. Bemorga har qanday kishi ta'qibchi bo'lib tuyuladi. Tez orada ko'rish va eshitish illyuziyalari paydo bo'ladi. Bemorlar ta'qibchilardan qochishi yoki o'zlariga jarohat yetkazishi mumkin. Kechga borib esa delirioz belgilar, eshitish gallyusinatsiyalari paydo bo'ladi.

2. Rashk vasvasalari ko'proq erkaklarda uchraydi. Bemorlarda o'z xotini o'ynash topib olgandek fikrlar paydo bo'ladi. Ular, ko'pincha, dalil va ashyolar qidirib, xotinlarining orqasidan kuzatib, kiyimlarini tekshirib yuradilar. Bemorlar o'z xotinlariga nisbatan tan jarohati yetkazishlari mumkin.

Alkogolli ensefalopatiya o'tkir ruhiy o'zgarishlar, somatik (terining oqarib qolishi, ko'z oqining sarg'ayishi, haroratning ko'tarilishi, yurakning tez urishi, qon bosimining pasayishi, hushdan ketish, jigarning kattalashishi) va asab tizimidagi (titroq, gandarlash, mushaklar tortishi yoki bo'shishi, nistagm, ko'rishning pasayishi, patologik reflekslarining

paydo bo'lishi, ensa mushagining qotishi) o'zgarishlar kuzatiladi. Korsakov psixozida surunkali alkogol psixozida kuzatiladi. Bunda xotiraning pasayishi, joyni, vaqtni, atrof-muhitni bemorlar bilmaydi, konfabulyatsiya va polinevritga xos belgilar paydo bo'ladi. O'tmishda bo'lib o'tgan voqealar esda bo'ladi, kasbga, mehnatga bo'lgan qobiliyat saqlanib qoladi. Alkogol falaji ko'proq erkaklarda uchraydi. Ruhiiy o'zgarishlar, fikrlash, bilimlar, o'z-o'ziga tanqidiy qarashlar kamayadi. Eyforiyada hazillar, o'ziga ishonish kuchi yuqori bo'ladi, xotira buzilishlari kuzatiladi.

Davosi. Alkogolli psixoz zaharlanish bosqichida bemorlarni davolashda gemodez, reopoligukin 400,0 ml 2 mahal kuniga, 5% 400,0 ml glukoza eritmasini tomir ichiga tomchilatib quyish buyuriladi. 30% 10,0 ml natriy tiosulfat, 5% 5–10,0 ml unitiol, 10% 10,0 ml kalsiy xlor, 25% 10,0 ml magneziiy sulfat dorilari tavsiya etiladi. Bemor qo'zg'alganda, seduksen, GOMK; alkogolli vasvasalar, galyusinatsiyalarda aminazin, galoperidol o'rtacha dozada, bular hamma vaqt vitaminlar bilan birga beriladi. Miya shishganda mannit, laziks hamda kokarbaksilaza, askorbin kislotasi, eufillin yaxshi yordam beradi. Jigar zararlanganda metionin, essensial 3–4 mahal buyuriladi. Alkogolli ensefalopatiyada vitaminlar, pirasetam, aminazin, ensefabol, asefenlar bilan birga bosh miyada qon aylanishini yaxshilovchi dorilar – kavinton, stugeron yoki sinnarizin, sermion buyuriladi. Alkogolizmga qarshi davolashni psixoz tugagandan bir necha oydan keyin boshlash mumkin.

Giyohvandlik

Giyohvandlik zaharli moddalarga organizmning o'rganib qolishi natijasida yuzaga keladi. Giyohvand moddalar, asosan, bir marta iste'mol qilganda kayf beruvchi va surunkali iste'mol qilganda esa jismoniy va ruhiy ko'nikish hosil qiluvchi moddalardir. Giyohvand moddalarni uzluksiz iste'mol qilish giyohvandlikka olib keladi. Giyohvand moddalar iste'mol qilinganda, asosan, asab tizimi faoliyatiga ta'sir qilib, uning ish faoliyatini buzadi. Ya'ni eslash, fikrlash, sezish, gapirish qobiliyatining pasayishiga olib keladi, natijada, ularning ish qobiliyati yo'qoladi. Giyohvand moddalarni qayta iste'mol qilganda, organizmda ruhiy moyillik, ya'ni shu moddalarga nisbatan kayf, mastlik holatlari yuzaga keladi. Bunda, ayniqsa, bolalarda o'qishga bo'lgan qiziqish yo'qoladi. Jismoniy moyillik esa organizmning giyohvand moddalarga bo'lgan moyilligi ortishi natijasida, giyohvand modda iste'mol qilmagan taqdirda, organizm me'yoriy faoliyat ko'rsatmasligi mumkin. Buning oqibatida qo'l-oyoq bo'g'inlarida, mushaklarda kuchli og'riq, qaltirash, tirishish holatlari bo'lib o'tadi. Bemorlarda bezovtalik, yaxshi uxlamaslik, injiqlik, bosh og'riq, tez-tez ich ketish, qattiq qo'rquv holatlari kuzatiladi. Bu holatlar giyohvand moddalar qabul qilgandan keyin tezda o'tib ketadi. Bu moddalarni surunkali iste'mol qilish natijasida organizmda jismoniy moyillikning kuchayishi, ya'ni o'zini o'zi boshqara

olmasligi, nazorat qilishi yo'qoladi. Bundan keyin kayf qilish uchun emas, balki shu moddalarsiz organizmning me'yoriy faoliyat ko'rsatmasligi natijasida tura olmaslik holatlariga olib keladi. Giyohvand moddalarni surunkali iste'mol qilish homilador ayol organizmiga va homilaga zararli ta'sir qiladi. Buning natijasida homila rivojlanishining dastlabki uch oyligida asab tizimi, barcha tana a'zolari va to'qimalari shakllanib borayotgan davrda ularga salbiy ta'sir qilib, tug'ma nuqsonlar paydo bo'lishiga olib keladi. Bunda homila rivojlanishi susayadi, homilaning erta tushishi, o'lik tug'ilishi, bolaning aqliy zaif bo'lib qolishi, mayib-majruh tug'ilishiga sabab bo'ladi.

Giyohvandlikni keltirib chiqaruvchi omillardan biri – bu ijtimoiy: bularga bolalarni oilada noto'g'ri tarbiyalash, tevarak-atrofdagi chekuvchilarning ta'siri va ularga bolalarning qiziquvchanligi, kayfiyatga tez beriluvchanlik hamda turli xil qiyinchilikdan qochishidir. Giyohvand moddalarni uzoq muddat iste'mol qilganda kishi unga o'rganib qoladi. Bemorlar ko'proq og'riq qoldiruvchi dorilar (promedol, morfin, omnopon, barbiturat)ni qabul qilgandan keyin unga organizm o'rganib qoladi. Agar bemorlar bunday dorilarni qabul qilmasa, organizmda abstinensiya (xumor tutish) belgilari paydo boiadi. Bular bosh og'riq, lanjlik, tajanglik, yurak o'ynashi, kayfiyat va ruhiyatning yomonlashuvi, ich ketish, uyqusizlik va vahima bosish belgilari paydo boladi. Abstinensiya davrida bemorlar giyohvand moddalarni qo'lga kiritish uchun harakat qiladilar va jinoiy ishlarga ham qo'l uradilar. Ba'zi bemorlar darddan qutulish uchun shifoxonaga yotib oladilar. Og'riqqa chidolmasdan morfin qilishlarini so'raydilar. Vaqt o'tishi bilan morfin miqdori kamlik qiladi va qondirmay qo'yadi.

Giyohvandlikka o'rganib qolgan bemorlarning ishtahasi yo'qoladi, terisi quruq, shilviragan, qo'l barmoqlarida titrash (tremor), bo'g'im-mushaklarda og'riq, uyqusi buzilgan, yurakning o'ynab turishi, ish qobiliyatining susayishi va irodaning pasayishi kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha yolg'on gapirish, kulish yoki yig'lash hamda xotiraning pasayishi namoyon boladi. Nasha chekilganda eyforiya, fikrlashning tezlashishi, hirsning kuchayishi, illyuziyalar (kichik ariq xuddi katta ariq bo'lib ko'rinadi), bachkanalik, kulgili holatlar, tashnalik, ochlik paydo boladi. Giyohvandlikda kuchli asteniya – xavotirlanish, mushaklar uchishi, ich ketish, tutqanoq xurujlari, talaffuzning buzilishi, titroq, muvozanat yo'qolishi holatlari kuzatiladi.

Toksikomanlar. Bularda tabiiy va sun'iy zaharlovchi moddalarni iste'mol qilish natijasida organizmda shu moddalarga nisbatan moyillik, xumor tutish holatlari kuzatiladi. Bu holat ko'pincha psixotrop dorilar bilan uzoq davolangan bemorlarda kuzatiladi. Bu dorilardagi xumor holatlarida bosh og'riq, bosh aylanish, yurak urishining tezlashishi, titroq bosish, behushlik holatlari, tutqanoq xurujlari va psixoz holatlari kuzatiladi. Psixotrop dorilar uzoq muddat iste'mol qilinganda ularga chidamlilik oshadi, xumor holatlari (qo'rquv, uyqusizlik, ko'p terlash, titroq) paydo bo'ladi. Miya faoliyatini

tetiklashtiruvchi dorilar (kofein) iste'mol qilganda, bemorlarda tetiklashish, kuchga to'lish, yengillashish kabi holatlar kuzatiladi. Bu holatlar qisqa vaqtdan keyin bo'shashish, tushkunlik, bosh og'riq, tananing qaqshashi bilan tugallanadi. Shuning uchun bemorlar qayta shu dorilardan olishga majbur bo'ladilar. Bundan tashqari, bemorlarda vasvasalar, eshitish, ko'rish gallyusinatsiyalari ham kuzatiladi. Parkinsonizmga beriladigan dorilar (siklodol, parkopan, romparkin, artan) ko'p dozada berilib borilganda bemorlarda eyforiya, mastlik, gallyusinatsiyalar bo'lishiga olib keladi. Bu moddalarning dozasi oshib ketganda qo'rqinchli ko'rish gallyusinatsiyasi, deliriy yoki ovoz eshitish gallyusinatsiyasi, o'tkir sezish, ta'qib qilish vasvasasi bilan o'tadigan psixozlar kuzatiladi. Xumor holatida qo'l va tananing titrashi, mushaklardagi og'riq hamda tortishishlar, yurakning tez urishi, bo'g'im va umurtqa pog'onasidagi og'riqlar, xavfsirash, qo'rqish belgilari namoyon bo'ladi. Benzin, bo'yoq, lok erituvchilar, yelimlar, kremlar ko'pincha hidlaganda nafas yo'li orqali o'tkir zaharlanishga, mastlik holatiga olib keladi. Bunda eyforiya, gallyusinatsiyalar paydo bo'ladi. Agar bemorlar bu moddalarni 2–3 kun iste'mol qilmasa, yurak o'ynashi, qon bosimining o'zgarishi, qo'l titrashi, qovoq uchishi, tanada shishlar paydo bo'lishiga olib keladi. 5–7 kunga kelib esa depressiya, apatiya, bo'shashish, asteniya belgilari uchraydi.

Davosi. Kasallik 3 bosqichda davolanadi.

1. Organizmdagi zaharli toksinlarni suyuqliklar quyish natijasida chiqarib yuborish, organizmni umuman mustahkamlash va tetiklashtirish, giyohvand moddalar qabul qilishni to'xtatish.

2. Giyohvand moddalarga qarshi qaratilgan usullar.

3. Xumor holatini to'xtatib turuvchi davolash usullari.

Xumor holatlarida tinchlantiruvchi dorilardan pirroksan buyuriladi. Bu uyqusizlik va giyohvand moddalarga bo'lgan intilishni kamaytiradi. Dori 5–7 kun davomida beriladi. Xavotirlanish, xavfsirash, qo'rqish, uyqusizlikda hamda vegetativ o'zgarishlarda elenium, seduksen, sibazon, relanium, rudotel, qo'llaniladi. Depressiyada tazepam, nozepam, frenalon, galoperidol; giyohvand xumor holatida sulfazin 5,0–10,0 ml 2–4 kun 1 marta kuniga, 5–6 marta takrorlash kerak. Pirogenal 250–1000 mpd kunora, tiosulfat natriy 30% 5–10,0 ml, magnezium sulfat, unitiol, vitaminlar; astenik holatlarda kalsiy glitserofosfat 0,2 g, fitin 0,25 g 3 mahal ichish uchun beriladi. Bezovtalik, uyqusizlikda tizersin, dimedrol, pipolfen hamda 2,5% 1,0–3,0 ml aminazin 5–7 kungacha har kuni beriladi. Bundan tashqari, elektr uyqu, psixoterapiya, oyoqlarni iliq suvda ushlab turish yaxshi natija beradi.

Tamaki chekish (kashandalik). Eng ko'p uchraydigan hamda butun dunyo bo'yicha keng tarqalgan, ko'pgina xalqlarning kundalik turmushiga singib ketgan zararli odat. Chekish erkaklar va ayollar orasida hamda hozirgi davrda ko'proq yoshlar va bolalarda ko'proq uchramoqda. Chekishning xotin-qizlar orasida odat bo'lishi bu aholi o'rtasida har xil nasl va irsiy kasalliklarning ko'payishiga olib kelmoqda. Tamaki chekkanda organizmga

oʻtadigan zahar bu nikotindir. Chekish vaqtida organizm nikotinga asta-sekin oʻrganib boradi va kashandalarda oʻtkir zaharlanish hollari yuz bermaydi. Nikotin eng avval asab tizimiga taʼsir qiladi. Chekishga birinchi marta uringan kishilarda chekkan vaqtida birdan koʻngil aynish, qusish, bosh aylanish, bosh ogʻriq, quloq shangʻillashi, yurakning tez urishi, badanni sovuq ter bosish, teri rangining oqarib ketishi, uxlab qolish hamda holsizlanish belgilari namoyon boʻladi. Tamakini chekib yurgan kishilarning nafas aʼzolari, yurak qon-tomir tizimida, oshqozon-ichak yoʻllarida bir qancha kasalliklar paydo boʻladi. Chekish kasalliklarni ogʻirlashtiradi va uning sogʻayishini kechiktiradi. Chekish ateroskleroz, yurak sanchigʻi, infarkt miokardning avj olishiga olib keladi. Yurak ishemik kasalliklarining boshlanishida muhim ahamiyatga ega. Kislorod kelib turishi va uning gemoglobin bilan birikishini qiyinlashtiradi. Shuning uchun toʻqimalarda kislorod oʻtishi kamayadi. Surunkali bronxit kasalligining koʻpayishiga olib keladi. Chekadigan kishilarda oshqozon va oʻn ikki barmoq ichak yarasi kasalligi chekmaydiganlarga nisbatan ikki baravar koʻp uchraydi. Chekish kislotasi-ishqor muvozanatini buzadi va natijada oshqozonning kislotali muhiti koʻpayib, yara paydo boʻlishiga olib keladi. Ayollar homiladorlik davrida cheksa, nikotin homilaning rivojlanishiga taʼsir qilib, homilaning erta tushishi, oʻlik tugʻilishi va homila rivojlanmay, mayib-majruh tugʻilishiga olib keladi.

Jahon sogʻliqni saqlash tashkilotining maʼlumotlariga qaraganda, chekish odat boʻlgan mamlakatlarda, saraton kasalligi koʻp uchrab, oʻlim hollari tobora koʻpaymoqda. Chekadigan kishilar yon-atrofdagi odamlarga ham zararli taʼsir koʻrsatadi. Tamaki tutuni taʼsiridan yurak sanchigʻi boshlanib qolishi yoki astmasi bor bemorlarning nafasi qisilib qolishi mumkin.

Davosi quyidagilardan iborat:

1. Nikotin abstinentsini bartaraf etish va tamaki hidiga salbiy reaksiya hosil qilish.

2. Qoʻlga kiritilgan natijalarni mustahkamlash va quvvatlab boruvchi dorilarni davom ettirish. Chekish toʻxtatib qoʻyilganda abstinentsiya belgilari: odamning aqliy va jismoniy ish qobiliyatining kamayishi, lanjlik, xafachilik, uyquning buzilishi, tajanglik, bosh ogʻriq, quloq shangʻillash holatlari. Chekuvchilarda bu holatlar chekkan vaqtda oʻtib ketadi. Chekishni tashlayotgan kishilarga dorilar bilan psixoterapiya, refleksoterapiya, flzioterapiya usullari birgalikda qoʻllaniladi. Dorilardan tabeks, lobesil, pilokarpin beriladi, bu dorilar nikotin xumorini kamaytiradi. Tamakiga boʻlgan maylni bosish uchun seduksen, tazepam, fenazepam, etaperazin, neuleptil, teralen buyuriladi. Bular bilan birga neyroleptiklar berish yaxshi samara beradi. Lanjlik holatlarida esa vitaminlar tavsiya etiladi.

Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi

Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi bosh miya qon tomirlari torayib, devorlari zichlashib qoladi, ya'ni sklerozlanadi. Bu narsa bosh miya to'qimasining oziqlanishi va kislorod bilan ta'minlanib turishini izdan chiqaradi. Bunda bosh miya faoliyati buziladi, og'ir hollarda miyaning ma'lum joylariga qon quyiladi yoki bosh miya to'qimasi yumshab qoladi. Odam organizmida ortiqcha to'planib qolgan yog'simon moddalar bosh miya qon tomirlarining ichki devoriga yig'iladi. Natijada, qon tomir devorida biriktiruvchi to'qimalar o'sib ketadi.

Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi 50–60 yoshdan keyin boshlanadi. Kasallik asta-sekinlik bilan emotsional hayajonlar, xolesteringa boy oziq-ovqatlarni ko'p iste'mol qilish, ko'p aroq ichish va chekish, kam harakat qilib hayot kechirish natijasida kelib chiqadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning boshlang'ich belgilari bosh og'rishi, bosh aylanish, quloq shang'illashi, qo'l va oyoq uvishishi, toliqish va boshda og'irlik sezishdan boshlanadi. Bemorlar serjahl, tez charchaydigan bo'lib qoladi. Ko'ngli bo'sh bo'lib, uyqusi tez-tez buziladigan, uyquga ketishi qiyin bo'ladi. Bemorlarning xotirasi pasaygan, xayoli parishon, yaqinda bo'lib o'tgan voqealarni tezda esidan chiqarib qo'yadilar. Bu voqealar ha deganda esiga kelavermaydi. Mana shular ish qobiliyatning pasayishiga olib keladi. Avvallari qiyinchilik tug'dirmaydigan ishlar endi ancha ko'p vaqt sarflash va diqqat-e'tiborni ko'proq jalb qilishga olib keladi. Fikrlash, nutq qobiliyati va harakatlar sekinlashib boradi.

Bosh miya qon tomirlar aterosklerozi belgilari vaqti-vaqti bilan susayib yoki kuchayib turadi. Kasallikning keyingi bosqichlarida markaziy asab tizimida organik o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlar borgan sari ko'ngli bo'sh bo'lib boraveradi, qarindoshlar bilan uchrashganda yig'lab yuboradi. Asta-sekinlik bilan bemorlarda aql pastlik belgilari paydo bo'ladi va xotira pasayib, fahm-farosatning kamayishi bilan kechadi.

Davosi. Avvalo, asosiy kasallikni, ya'ni qon tomir kasalliklarini bartaraf etish va qon aylanishi buzilishini yaxshilash lozim. Dastlabki belgilar paydo bo'lishi bilan mehnat va dam olish tartibiga qattiq amal qilish, uyquni maromiga keltirish, yotishdan oldin toza havoda yurish, uyqudan 10–15 daqiqa oldin iliq vannalar qabul qilish tavsiya etiladi. Bemorlarning ovqatlanishi, asosan, o'simlik va sut mahsulotlaridan iborat bo'lishi kerak. Bemorlarning chekish va ichishiga barham berish kerak. Bosh aylanish, eshitish faoliyatini yaxshilash uchun betaserk 2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan oldin, glitsin 1 tabletkadan 3 mahal til ostiga va li primar buyuriladi. Psixotrop dorilardan juda oz miqdorda mayin ta'sir qiluvchi turlaridan melleril 50–75 mg, aminazin; galyutsinozlarda oz miqdorda galoperidol; qo'rquv to'la vasvasalarda tizersin; qo'rquv va bezovtalik, depressiyalarda antidepressantlar yoki neyroleptiklar; trankvilizatorlar oz-ozdan seduksen, tazepam; xavfli qo'zg'alishlarda seduksenni tomir ichiga

yuborish lozim; ba'zi hollarda amination, pirasetam yoki serebrolizin, kaliy yodid 3% 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichishga beriladi, askorbin kislotasi va miskleron tabletkalari buyuriladi. Agar qon bosimi ko'tarilsa, unga qarshi dori-darmonlar ishlatiladi. Fizioterapiya muolajalaridan elektroforez kaliy yod yoki novokain bilan bo'yin sohasiga uqalash qo'llaniladi. Bulardan tashqari bemorlar chekish, ichkilik ichish, toliqish, emotsional zo'riqishdan holi bo'lislari lozim. Bemorlar ishga jalb etilishi kerak, ish qobiliyati faqat aql pastlik yoki psixoz vaqtida yo'qoladi.

Bosh miya atrofiyasi natijasida vujudga keladigan ruhiy o'zgarishlar

Ruhiy o'zgarishlarning bu guruhi, asosan, qarilikning kech davriga to'g'ri keladi. Bunda umumiy belgilar asta-sekin boshlanib, kuchayib boradi, kasallikning qaytalanmasligi og'ir oqibatlariga olib keladi. Kasallikda asab tizimida chuqur o'zgarishlar bo'lib, aql pastlik rivojlanib boradi. Bosh miya atrofiyasi qaysi yoshda boshlanishiga qarab quyidagi turlarga ajratiladi. Bularga:

1) qarilik oldi (presenil) aql pastlik bo'lib, Pik, Alsgeymer kasalligi, Gentington xoreyasi, Parkinson kasalliklarini o'z ichiga oladi;

2) qarilik davri (senil) turidagi miya qurishiga esa qarilik yoki senil aql pastlik (demensiya) kiradi.

Qarilik oldi va qarilik psixozlari. Organizmning qarishi, so'lib borishi (invalyutsion davri) jarayonida bir qancha kasalliklar yoshga qarab uchrashi mumkin. Bu holat organizmda moddalar almashinuvining o'zgarishi natijasida, ya'ni jinsiy bezlar faoliyatining susayishida katta ahamiyatga ega. Bu davrda bemorlarda vazomotor o'zgarishlar qayd qilinib, bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi, qon bosimining ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi. Keksalik oldi davri (presenium) 45 yosh bilan 60 yosh o'rtasida va qarilik davri (senium) 60 yoshdan 80 yoshgacha bo'lgan davrdan boshlanadi.

Qarilik oldi psixozlari. Bu kasallik funksional psixozlar bo'lib, qaytish davrida (45–60 yosh) paydo bo'ladi va chuqur darajadagi aqliy zaiflikka olib keladi. Bemorlarda xavotirga tushish hissi paydo bo'ladi. Ular o'lim yaqinlashib qolishidan yoki qarindoshlarining o'lib qolishi to'g'risida gapirishadi. Kasallikning klinik manzarasi qaysi belgilar ustun turishiga qarab, quyidagi shakllarga bo'linadi.

1. Presenil depressiya. Bu bir necha oy davomida asta-sekin avj oladi. Ba'zan esa birdan boshlanadi. Bunga ruhiy ta'sirlanish, ko'ngilsiz hodisalar sabab bo'ladi. Kasallikka depressiya, xavotirga tushish, qo'zg'alib bezovtalanish kiradi. Bular o'z-o'zini ayblash fikrlari bilan kechadi. Bemorlarning uyquzi buziladi, vahima bosadi, ko'pincha davolanishdan, ovqatlanishdan bosh tortadi. Ko'pchilik bemorlar esa menda oshqozon-ichaklar yo'q deb da'vo qiladilar. Bemorlar ozib ketadilar, sochlari

to'kiladi, oqaradi, terisi ilvirlab qoladi. Ular hozir meni birov olib ketadi, otib o'ldiradi, qattiq qiynaydi deb doim kutib yuradilar. Ba'zi bemorlar esa mening qarindoshlarim yo'q, o'lib ketgan deb o'z-o'zini o'ldirishgacha olib boradilar. Bu depressiya bir necha oy yoki yillab davom etadi.

2. Presenil paranoid. Bunda vasvasaga taalluqli kechinmalar bo'ladi. Ular ishda, uyda ro'y bergan ko'ngilsizliklar, boshdan o'tgan kasalliklar munosabati bilan paydo bo'ladi. Bemor atrofdagilar menga g'alati munosabatda bo'layapti deb o'ylaydilar. Bemorlar tanasidagi his-tuyg'ular, vasvasa, alahsirash fikrlariga ta'sir ko'rsatadi. Rashk fikri paydo bo'ladi, tanishlarining kelib-ketishiga shubha bilan qaraydilar. Eshitish gallyusinatsiyasi paydo bo'ladi. Presenil paranoid presenil depressiyaga qaraganda uzoqroq davom etadi.

3. Presenil isteriya ko'pincha ayollarda paydo bo'ladi. Bunda bemorlar arzimagan narsalar tufayli emotsional reaksiya ko'rsatadi. Ularda isteriya tutqanog'i, qo'l-oyoqlarning funksional parezlari kuzatiladi.

Davosi. Presenil psixozlarga uchragan bemorlar psixiatriya shifoxonalarida davolanishlari zarur. Ular hamshiralarning alohida kuzatuv ostida bo'lishlari kerak. Dorilardan aminazin bilan birgamelli pramin, tizersin, amitriptilin, galoperidol berish tavsiya etiladi. Ba'zi hollarda elektr bilan talvasaga solib davolash o'rinli. Presenil isteriyada trioksazin, elenium, aminazin buyuriladi. Psixoterapiya o'tkazish yaxshi natija beradi.

Qarilik psixozlari. Bu kasallik bemorlarning bosh miya po'tlog'idagi asab hujayralari atrofiyaga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu holat aql pastlikning kuchayishiga olib keladi. Qarilik psixozlari 60–65 yoshdan boshlanadi. Bunda xotiraning pasayishi, yangi narsalarning zo'rg'a o'zlashtirilishi, bilgan narsalarni esdan chiqarib qo'yish holatlari kuzatiladi. Xotira pasayishining kuchayib ketishi natijasida bemorlar o'z yaqin qarindoshlarining ismlarini ham esdan chiqarib qo'yishadi. Bemorlarning harakatida maqsadsiz shoshqaloqliklar kuzatiladi. Konfabulatsiya, ya'ni bemorlar haqiqatda hech qachon bo'lmagan voqealar to'g'risida gapiradilar. Bunda ular tushkunlikka tushib, g'amgin fikrlar bilan yurishadi, lekin ko'ngillari xotirjam, beparvo bo'lishadi. Ular begona odamlar borligidan xijolat qilmay ashula aytib, raqsga tushadilar. Ko'pincha uyqusi buzilgan, kechalari bilan uxlolmaydilar, uydan uyga kirib aylanib yuradilar. Eshikderazalarni yopilganmi yoki yo'qmi esdan chiqarib qo'yishadi, qaytadan tekshirib yurishadi. Kechasi bilan uxlolmay chiqqandan keyin kunduzlari mudroq bosib yuradi. Bemorlar gaplashib o'tirganda yoki ovqat yegan vaqtida uxlab qoladilar. Bunday bemorlarga o'g'ridan qo'rqish (ziyon ko'rish) vasvasasi juda xarakterlidir. Bunda ular o'z narsalarini bekitib qo'yishadi yoki tanishlarinikiga olib borib qo'yadilar. Xotirasi ancha pasayib qolgani uchun o'z narsalarini qayerga qo'yanligini esdan chiqarib yuborishadi. Ba'zi bemorlar esa ochlikdan o'lishim mumkin, yegani hech narsam yo'q deb ishonitirishadi yoki boshqa ziyon ko'rganlarini aytib

yurishadi. Ular keraksiz narsalar (latta, quticha, shishalar)ni yig'ib yurishadi. Senil psixozida bemorlarning ko'pchiligida ishtaha zo'r, yaxshi bo'ladi. Yaqin kishilarning taqdiri ularni bezovta qilmaydi. Ba'zan hid bilish, eshitish illyuziyalari, so'z, eshitish gallyusinatsiyalari, vaqti-vaqti bilan bosiqlik, hayajon paydo bo'lishi mumkin.

Davosi. Ko'proq yod dorilari (kaliy yodid 3% 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichish uchun) beriladi. Uyuqsizlikda uxlatadigan dorilar tavsiya qilinadi. Iliq vannalar buyuriladi. Vasvasalarda aminazin, triftazin, galoperidol, seduksen tavsiya etiladi.

Alsgeymer kasalligi. A. Alsgeymer 1907-yilda bu kasallikni birinchi bo'lib ta'riflab bergan. Kasallik, asosan, 45–55 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi. Kasallikning yashirin davri ko'p yillar davom etib, asosan, organik susayish, kam rivojlangan rashk, xonavayronlik vasvasalari paydo bo'ladi. Keyinroq aql pastlik kuchayib, miya qobig'ining ish faoliyati buziladi va natijada asab tizimida o'choqli o'zgarishlar ko'payib boradi. Aql pastlik markazida xotiraning susayishi, ya'ni uning rivojlanuvchi amneziasini boshlanadi. Bu holatda amnestik yo'nalishning yo'qolishi, ya'ni uning hozirgi voqealikka o'tgan zamonga surish holatlari kuzatiladi. Har kungi o'rganilgan tajriba va harakatlar yo'qolib boradi (bular kir yuvish, bichish-tikish, ovqat pishirish, soqol olishlar). Kasallikning boshlanish davrida bemorlarda kasallikka nisbatan tanqid bo'lib, ular o'zlarini nogiron deb sezadilar, kechga borib ularning kayfiyati biroz ko'tariladi. Alsgeymer kasalligining asosiy belgisi aql pastlik belgilarining erta o'choqli asab tizimi belgilariga o'tishi hisoblanadi. Masalan, oddiy har kungi xatti-harakatlarning buzilishi (apraksiya); nomlar va oy-kunlarni eslashning susayishi (amnestik afaziya); ko'rishning kamayishi belgilari paydo bo'ladi. Aql pasayishining oshishi bilan miya po'stlog'i ish qobiliyatining (nutq, praksis, gnozis, sanash) buzilishi (apraksiya) va ixtiyordan tashqari so'zlarning oxirgi bo'g'inini yoki gapning oxirgi so'zini juda ko'p marta takrorlashi mumkin. Og'zaki nutqning buzilishi yozma (agrafiya) hamda o'qish qobiliyatining buzilishi (aleksiya), hisoblashning (akalkuliya) o'zgarishlari bilan birga davom etadi. Alsgeymer kasalligida psixozlar 40% gacha uchraydi. Bularga, asosan, vasvasalar (zarar ko'rish, zaharlash, ta'qib qilish), rivojlanmagan ko'rish va eshitish gallyusinatsiyalari, es-hushning chalkashishi, ruhiy qo'zg'alishlar, ekzogen-organik psixozlar va epileptik tutqanoqlar ham uchraydi. Kasallikning terminal bosqichida shaxs ruhiy xususiyatlarining umumiy parchalanishi bilan bir qatorda mushaklarning taranglashuvi, juda ham ozib ketish (kaxeksiya), bulimiya (ovqatni nihoyatda ko'p iste'mol qilish), ichki bezlar faoliyatining buzilishlari, ixtiyorsiz kulgi, yig'i, bujmayish kabi harakatlar, ushlab olish va oral avtomatizm reflekslari paydo bo'ladi.

Pik kasalligi. A. Pik tomonidan 1892-yilda aniqlangan. Bu kasallik bosh miya tartibli atrofiyalanishi bilan kechadi. Bu kasallik 45–55 yoshdan boshlanishi bilan Alsgeymer kasalligiga o‘xshasa-da, o‘tkir boshlanishi bilan undan farq qiladi. Kasallikning klinik ko‘rinishi atrofiya jarayoni bosh miyaning qaysi qismida joylashishidan kelib chiqadi. Kasallikning boshlanish davrida miyaning peshana qismi zararlanganda, intilishning yo‘qolishi, holsizlik, sustlik, emotsiyalarning susayishi kuzatiladi. Ayni paytda nutq va harakat faolligi buziladi, o‘ziga xos gapirishni xohlamaslik paydo bo‘ladi. Agar atrofiya miya osti qismida joylashgan bo‘lsa, unda soxta paralitik alomatlar shaxsning dag‘allashuvi, muomalalilikning, oldingi ta‘lim-tarbiyaning, o‘ziga nisbatan tanqid fikrining yo‘qolishi va eyforiya, hirsiy xususiyatlarning oshib ketishi bilan kechadi. Bosh miyaning peshana, peshana-chakka qismlari atrofiyasi nutq, harakat va ish qobiliyatining buzilishlariga olib keladi. Pik kasalligidagi aql pastlikning boshlang‘ich davrida xotira buzilishlari bo‘lmasa-da, lekin tafakkur va aql zararlanadi, fikrlash qobiliyati susayadi, umumlashtirish, o‘z-o‘zini tanqid qilish kamayib ketadi. Miya po‘stlog‘i ishining buzilishidan kelib chiquvchi afaziya, agrafiya, aleksiya, akalkuliya, apraksiyalar Alsgeymer kasalligidan ko‘ra ko‘proq bo‘ladi. Psixotik o‘zgarishlar boshqa miya atrofiya kasalligidan ko‘ra kamroq uchraydi. Kasallikning oxirgi davrida xuddi Alsgeymer kasalligidagi kabi umumiy aqlning pastligi, marazm va nogironlik hollari zo‘rayishi kuzatiladi. Kasallikning boshlanishidan to oxirgi bosqichigacha 5–10 yil o‘tadi.

Epilepsiya, bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Epilepsiya (epilambano – ushlab olaman) – tutqanoq yoki quyunchiq surunkali kasallik bo‘lib, mushaklar tortishi va tortishuvisiz qaytarilib turuvchi hamda bemorning shaxsiyati o‘zgarib borishi bilan kechadigan kasallikdir.

Kasallikning kelib chiqish sabablari juda ko‘p va xilma-xil.

1. Neyroinfeksiyalar (bularga gripp, brusellyoz, revmatizm, sistoserkoz, exinokokkoz, glistlar).
2. Bosh miyaning turli xil yallig‘lanishlari (meningit, leptomeningit, ensefalit).
3. Bosh miyaning yopiq jarohatlari (tug‘ruqdagi jarohatlar, asfiksiya).
4. Bosh miyaning qon tomir kasalliklari (ateroskleroz, xafaqon kasalligi, voskulitlar).
5. Turli xil zaharlanishlar va alkogolizm.
6. Bosh miyada qon aylanishining buzilishlari (insultlar).
7. Bolalarda surunkali tonzillit va turli xil bosh miyaning organik kasalliklari (bolalar serebral falajligi).
8. Irsiy – degenerativ kasalliklar va bosh miya o‘smalari va h. k.

Epilepsiya bo‘lishi uchun, asosan, epileptik o‘choq va epileptogen manba bo‘lishi kerak. Epileptik o‘choq deb miya tizimidagi cheklangan o‘zgarishlarga

aytiladi. U atrofda neyronlarning kasallikka qo'zg'alishiga sabab bo'ladi. Natijada bu neyronlar o'zidan fokal epileptik kuchlanish chiqara boshlaydi. Epileptik o'choqdagi ko'plab neyronlarning qo'zg'alishi oqibatida shunday razryadlar rivojlanadi. Bu holat EEGda "tig'" shakldagi to'lqinlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Epilepsiyada bosh miyada glioz to'qimalar ko'payadi, bulardan chandiqlar hosil bo'ladi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda moddalar almashinuvi buziladi (oqsil-azot, suv-tuz, uglevod almashinuvi), tutqanoq oldidan asetilxolin moddasi miqdorining oshishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi 4 bosqichdan iborat:

1. Aura.
2. Tonik tortishish.
3. Klonik tortishish.
4. Uyqu holati.

Aura (grekcha – "shamol" degani) tutqanoq xurujining xabarchisidir. Aura har doim hushning yo'qolishidan oldin keladi. Aura har xil ko'rinishda paydo bo'ladi. Bularga oshqozon atrofidagi yoqimsiz hislar, ko'ngil aynish, bu hislar tananing yuqori qismiga ko'tarilib, bosh miyaga ta'sir qiladi. Natijada bemor hushdan ketadi. Ba'zi bemorlarda ko'z qorachig'ining torayib-kengayib turishi, terisida uvishish, isib ketish, qorin-ichaklarda og'riq, eshitish va ko'rishning pasayishi, gallyusinatsiyalar, bosh aylanish, muvozanat buzilishi, qattiq qichqirib yuborish holatlari kuzatiladi. Aura bir xilligi va qisqa vaqtligi bilan xarakterlanadi hamda har bir bemorda o'zining aurasini bo'ladi. Auradan so'ng xuruj tonik tortishishga o'tadi. Bunda bemor boshida baqiradi, nafas olish to'xtaydi, yuzi oqaradi, keyin ko'karib ketadi. Bosh yonga, orqaga tashlanadi, ko'zlar ham yon tarafga yoki tepaga qaratilgan bo'lib, ko'z qorachig'i kengayib, yorug'likka javob bermaydi. Bo'yin tomirlari shishgan, jag' qattiq qisilgan, lab burchagida ko'pik, ba'zida qon keladi, qo'l-oyoqlar katta bo'g'imlardan yozilib, qo'l panjalari siqilgan bo'ladi. Ixtiyorsiz ravishda siydik va najasni chiqarib yuboradi. Tonik qaltirashdan keyin klonik qaltirashga o'tadi. Bunda bosh, qo'l va oyoqlar qaltirab, tana zarb bilan yonga va orqaga uriladi. Kasal yana chuqur nafas ola boshlaydi, ko'karish kamayadi, terlaydi. Bu bosqich 30 soniyadan 5 daqiqagacha davom etadi. Klonik qaltirashdan so'ng bemor uyquga ketadi. Bemor uyqudan turgandan so'ng o'zini og'ir ish qilgandek yomon sezadi.

Ba'zan tutqanoq ketma-ket boshlanib, bir necha kungacha davom etishi mumkin. Bunday tutqanoq tutishiga **epileptik status** deyiladi. Epileptik statusda talvasa xurujlari har 10–30 daqiqa davomida takrorlanib turish bilan kechadi. Status bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Bunda klonik va tonik tirishishlar bilan birga nafas olish a'zolari va yurak faoliyatida buzilishlar bo'lib, miya shishuviga olib keladi. Tonik tirishishda yuz, qo'l va oyoqlar, tana mushaklarida tortishish, ko'z olmasi yon tomonga va yuqoriga qaragan, qorachiqlar kengaygan bo'ladi. Mushaklarning qattiq tortishuvi natijasida bemorning qo'l-oyoqlarini to'g'rilashning hech iloji bo'lmaydi.

Tonik tirishish 30–60 soniya davom etadi. Keyin klonik tirishish ko‘proq qo‘l va yuz mushaklarida kuzatiladi. Pastki jag‘ mushaklarining ritmik qisqarishi natijasida bemorning og‘zi ochilib-yopilib turadi. Bunda bemor tilini tishlab olishi mumkin. Bemor og‘zidan so‘lak bilan birga qon aralash ko‘pik keladi. Qo‘llar ham bukilib-yozilib turadi. Klonik tirishish asta-sekin pasayib, keyin umuman to‘xtaydi. Klonik tirishishda qorin mushaklari va siydik pufagi sfinkterining nerv bilan ta‘minlanishi buzilishi natijasida bemorda ixtiyorsiz siyib yuborish va axlat chiqarish holatlari kuzatiladi. Bemorning terisi ko‘kargan, vena qon tomirlari shishgan, tomir urishi sekinlashgan bo‘ladi.

Kichik epileptik tutqanoqlar. Absans birdaniga va qisqa (2–5 soniya) vaqtda hushdan ketish bilan kechadi. Hushdan ketish, ma‘nosiz boqish, faoliyatning buzilishi va vegetativ alomatlar bilan o‘tadi. Xuruj paytida bemor yiqilmaydi va bir joyda ko‘zi qimirlamay, ko‘rga o‘xshab qotib qoladi. Xuruj birdan boshlanib, birdan to‘xtaydi. Bu xuruj **oddiy absans** deb ataladi. Ba‘zi bemorlarda absans mushaklar tonusi o‘zgarishi (yuz, bo‘yin, qo‘l mushaklari tortishuvi) va chuqur vegetativ buzilishlar bilan davom etsa, unda **murakkab absans** kuzatiladi.

Epilepsiyada ruhiy o‘zgarishlar kuzatiladi. Bunda bemorning kayfiyati yaxshi, shirinso‘z, yurish-turishida, oilada saranjom-sarishta bo‘lib yurishadi, qo‘ygan narsalarini kimdir buzsa, darrov janjal qiladilar. Ba‘zi bemorlar esa juda ham qo‘pol, o‘zining gapini o‘tkazadigan, boshqalar bilan kelishmaydigan bo‘ladi. Tashxis qo‘yishda ko‘proq EEG dan foydalaniladi, bunda epilepsiyaga xos "tig‘" to‘lqinlar paydo bo‘ladi.

Davosi. Katta tutqanoqlarda fenobarbital 0,05–0,2 g kuniga 3 mahal 3–6 oygacha, difenin 0,2–0,3 g, benzonal 0,1–0,3 g, rivotril, finlepsin 0,2–1,0 g, depakin 1 ta tabletkadan kuniga 2 mahal, eunoktin kuniga 5–25 mg dan 2–3 marta (ko‘proq qismi uyquga ketishdan oldin) ichish uchun beriladi. Kichik tutqanoqlarda suksilep, piknoli psin, 0,75–1,5, etosuksimed, konvuleks, konvulsafin, epilepsin, klonozepam dorilari tavsiya etiladi.

Epileptik statusda zudlik bilan tutqanoqqa qarshi seduksen 0,5% 2,0–4,0 natriy xlor yoki 40% glukoza eritmasi bilan tomir ichiga 10–15 daqiqa davomida yuboriladi. Talvasa to‘xtamasa, 30 mg seduksenni 150 ml 10–20% glukoza eritmasi bilan tomir ichiga tomchilatib quyish kerak. Bu ham foyda bermasa, 70–80 ml 1% tiopental natriy yoki geksenal sekinlik bilan tomir ichiga yuboriladi. Bunda bemorning nafas olish maromini, tomir urishini va ko‘z qorachiqlarini kuzatib turish kerak. Nafas olishi har daqiqada 16–18 martaga yetsa, qorachiqlar toraygan bo‘lsa geksenal yuborish to‘xtatiladi. Shu bilan birga 5 ml 10% tiopental natriy yoki geksenal eritmasini mushak orasigayuborish mumkin. Bosh miya gipoksiya va shishib ketishiga qarshi magneziiy sulfat 25% 10,0 kalsiy xlor 10% 10 ml, laziks, kokarboksilaza qilish kerak. Miya faoliyatini yaxshilovchi dorilardan nootropil, sinnarizin yoki stugeron, 3% kaliy yodid 1 osh qoshiqdan 3

mahal bioxinol, pirogenal, gumizol, FiBS, lidaza, magne B6, nikotin kislotasi buyuriladi. Aminazinni faqat boshlang'ich davrida berish kerak. 5 yil davomida tutqanoq xuruji bo'lmasa, EEG me'yorida bo'lsa, tutqanoq dorilarini berish to'xtatiladi. Bemorlarga tepalikda, olov va suv havzalar, ishlab turgan mexanizmlar oldida ishlash man etiladi. Epilepsiya tutqanoq'i tutib turgan vaqtda kordiamin, komfora dorilarini yuborish mumkin emas.

Parvarish qilish. Tutqanoq tutib bo'lgandan so'ng bemor karaxt bo'lib, keyin uyquga ketadi. Boshi tagiga yumshoq yostiq qo'yish, ust kiyimlarining tugmalarini bo'shatish lozim. Tushqanoq tutgan vaqtda bemorning qo'l-oyoqlarini lat yeyishdan asrash uchun ularni ushlab turish kerak, bo'lmasa suyaklar sinishi mumkin. Ko'ylak yoqasini yechish, tilini tishlab olmaslik uchun sochiq chetini yumaloq qilib og'ziga tiqib qo'yish kerak. So'lak bir tomonga oqib turishi uchun bemorni yonboshlab yotqizib qo'yish tavsiya etiladi. Tutqanoq tutib bo'lgandan keyin bemorni uyg'otmaslik lozim.

Bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar

Bosh miya jarohati deganda kalla suyagi, miya pardalari, uning qobig'i, miya moddalari va qon tomirlarining tashqi kuch ta'sirida jarohatlanishiga aytiladi. Asosan, yopiq va ochiq jarohatlarga bo'linadi. Yopiq bosh miya jarohatida miya bo'shlig'i butunligi buzilmaydi, miya moddasiga tashqi muhit ta'sir qilmaydi. Miyaning yumshoq qavati (teridan aponevrozgacha) butun bo'ladi. Bosh miyaning ochiq jarohatida miya bo'shlig'i tashqi muhit ta'siriga uchraydi. Bunda miya jarohati kuzatilib, miya moddasiga kirib boradi. Miyaning yumshoq qavati aponevroz, suyaklar sinishi miyaning qattiq qobig'i va miya moddasi zarar ko'radi. Tashqi kuchning miyaga ta'siri natijasida miyaning chayqalishi, lat yeyishi va ezilishiga olib keladi.

Miya jarohatining rivojlanishida, asosan, to'rtta davr bo'ladi:

1. Boshlang'ich yoki o'ta o'tkir davr.
2. O'tkir davr.
3. Tiklanish yoki tuzalish davri.
4. Kechki asoratlar yoki surunkali davr.

Ruhiy o'zgarishlar shu to'rtta davrga asoslangan bo'ladi. Boshlang'ich davridagi ruhiy o'zgarishlar hushning buzilishi, karaxt, sopor, koma, somnolensiya ko'rinishida bo'ladi. Miya jarohatidagi o'tkir psixozlar tashqi ta'sirdan so'ng boshlang'ich yoki o'tkir davrda paydo bo'ladi. O'rtacha yoki cho'zilgan psixozlar jarohatdan keyin bir-ikki oy o'tgach va bir yil davomida rivojlanadi. Kechki asoratlar davrida ruhiy o'zgarishlar bir necha yil o'tgandan keyin paydo bo'ladi.

O'tkir davrning ruhiy o'zgarishlari bosh miyada qon aylanishining buzilishi, kislorod yetishmasligi natijasida paydo bo'ladi. Bunda qon tomirlarning o'tkazuvchanligi oshadi va miya shishiga olib keladi. Ruhiiy o'zgarishlar sinapslar o'tkazuvchanligi, mediatorlar almashinishi, retikulyar va gipotalamus ishining buzilishga bog'liq. Kechki asoratlar

davridagi ruhiy o'zgarishlar bosh miya jarohatining og'irligiga, bemorning yoshi, kasallikdan oldingi xulq-atvoriga bog'liq bo'ladi. Bunda orqa miya suyuqligining o'zgarishi katta ta'sir qiladi. Boshlang'ich va o'tkir davrdagi ruhiy o'zgarishlar miya jarohatlanganda hushning yo'qolishi bo'ladi. Faqat yengil miya chayqalishida hushning bulutsimon ko'rinishi paydo bo'ladi. Qolgan turlarida es-hushning o'zgarishi koma holatigacha boradi. Bemor hushiga kelganidan so'ng o'tkir davr boshlanadi. Unda xotiraning yo'qolishi kuzatiladi, retrograd amneziyada bemor hushdan ketishdan oldingi voqea va hodisalarni eslay olmaydi. Antegrad amneziya — bunda hushdan keyin bo'lgan voqealarni eslay olmaydi. O'tkir davrida asteniya belgilari ham uchraydi. Miya chayqalishida vestibulyar o'zgarishlar: bosh aylanish, ko'ngil aynish, qusish, asab tizimidagi o'zgarishlarda nistagm, konvergensiyaning susayishi, pay reflekslarining oshishi, mushaklarning bo'shashishi, vegetativ o'zgarishlar, qon tomir ishining buzilishi, tomir urishning sekinlashishi, qon bosimining o'zgarishi, terlash, ko'karib ketish, haroratning oshishi, yuzning qizarib ketish belgilari kuzatiladi. Miya lat yeyishida falajlik, sezining yo'qolishi yoki kamayishi kuzatilishi mumkin. Yuzning bir tomonga qiyshayib qolishi, eshitish, ko'rish, ko'z harakatlarining buzilishi hamda meningial belgilar paydo bo'ladi. Miya lat yeganida miyaga va miya bo'shliqlariga qon quyiladi. Bu miyaning qisilib qolishiga olib keladi. Miya jarohatidagi o'tkir davr bir-ikki oy davom etadi. O'tkir davrdagi psixozlar dastlabki kunlarda yoki bir-ikki hafta ichida hushning o'ziga kelishi bilan boshlanadi. Bunda turli qo'zg'alishlar, gallyusinatsiya, vasvasalar bo'lib turadi. Deliriyda ko'rish gallyusinatsiyalari uchraydi. Bunda bemorning ko'ziga qo'rquv, vahimalar ko'rinadi. Oneyroidda bemorlar o'zini fazoda uchayotgandek sezadi. Karsakov alomatida xotiraning saqlanib qolishi buziladi. Amneziyalar, konfabulyatsiya, affekt o'zgarishlari kuzatiladi. Affekt alomatida bemorlar ko'zlari ochiq holda qimirlamasdan yotadilar, atrofga befarq qarab, gapirmaydilar, himoya reflekslari yo'qolgan, hech narsa bajarmaydilar. Bemorlarda siydik va axlat tutilmaydi, yutinish saqlangan, uyqu kecha-kunduzga bog'liq bo'lmaydi. Bunday hollarda bemorlar tezda o'lib qolishlari mumkin. Akinetik mutizmida harakatsizlik va gapirmaslik holatlari namoyon bo'ladi. Bunda ko'zlardagi harakatlar saqlangan, lekin ular berilgan savollarga javob bermaydi.

Kasallikning o'tkir yoki kechki davrida paydo bo'lgan ruhiy o'zgarishlar uzoq vaqt davom etishi mumkin. Astenik holatda qo'zg'aluvchanlik, holdan toyish, tez jahli chiqish, chidamsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, xafa bo'lish belgilari kuzatiladi. Bemorlarda bosh og'riq, bosh aylanish, uyqusizlik holatlari namoyon bo'ladi. Bemorlar ahvoli ob-havoga, issiq-sovuqning almashinuviga, charchashlikka, havo bosimining o'zgarishiga va boshqa kasalliklarning qo'shilishiga bog'liq bo'ladi. Psixopatsimon o'zgarishlar astenik hamda isterik holatlar bilan birga kechadi. Bu holat 10–20 yilgacha saqlanib qoladi. Bunda kayfiyatning pasayishi, ko'z yosh qilish, tezda xafa bo'lish, o'z sog'lig'i haqida xavotirlanish belgilari namoyon

bo‘ladi. Asab sohasidagi o‘zgarishlar kam rivojlangan bo‘ladi. Bularga pay reflekslarining oshishi, qo‘llarda titrash, Romberg holatida chayqalish belgilari namoyon bo‘ladi. Paraksizmal o‘zgarishlar miya jarohatidan keyin bir yil yoki 20–25 yil o‘tganidan keyin ham paydo bo‘lishi mumkin. Bu o‘zgarishlarda tutqanoq xurujlari, absanslar uchraydi. Depressiya holatlari asta-sekin rivojlanadi. Bunda yig‘loqilik, o‘ta qimmatli fikrlar, vasvasalar, ipoxondrik holatlar bilan birga davom etadi. Maniakal holatlarda kasallikning yengil turida achchiqlanish, ko‘ngil bo‘shlik, jahldorlik kuzatilsa, og‘ir turida aql pastlik, vasvasa, yolg‘on gapirish, gallyusinatsiya va qo‘zg‘aluvchanlik qo‘shilib keladi.

Davosi. Kasallikning o‘ta o‘tkir va o‘tkir davrida davolanish jarohatning og‘irligiga bog‘liq. Bemor bir hafta o‘rnidan turmasdan yotishi kerak. Ikki hafta shifoxonada davolanishi lozim. Bosh miyaning yopiq jarohatlari asab kasalliklar bo‘limida davolanishi, agar ruhiy o‘zgarishlar paydo bo‘lsa, psixiatriya shifoxonasida davolanishi tavsiya etiladi. Bemorlarga degidratatsion terapiya 25% 10,0 ml magneziiy sulfat, laziks, 40% 20,0 ml glukoza tomir ichiga, seduksen, fenazepam buyuriladi. Agar bemor ruhiy bezovta bo‘lsa – aminazin; vasvasalar bo‘lsa – galoperidol; paroksizmal o‘zgarishlar bo‘lsa – benzonal, fenobarbital, depakin, fmlepsin tavsiya etiladi. Kasallikning tiklanish davrida trankvilizatorlar sidnokarb, neuleptin, nootropil; uyquni yaxshilovchi dorilar – eunoptin, dimedrol; jahldorlikda elenium, aminazin neuleptin; holsizlik va tez charchash bo‘lganda jenshen, eleutorokok, sidnokarb; vegetativ o‘zgarishlarda seduksen; diensefal o‘zgarishlarda esa belloid, betaserk, bellospan, bellataminal dorilaridan berish tavsiya etiladi.

Psixogeniyalar

Psixogeniyalar ruhiy jarohatlar natijasida paydo bo‘ladigan kasallikdir. Bunga psixogen kasalliklar: reaktiv psixozlar va nevrozlar kiradi. Odam ruhiy jarohatlanishga kutilmaganda to‘satdan yoki asta-sekin uchrashi mumkin. Masalan, bunga yer qimirlashi, suv toshqini, fojialar, bosqinchilik, yaqin kishilarning kutilmaganda vafot etganligi to‘g‘risida xabar kelishi sabab bo‘lishi mumkin. Nevrozlar markaziy asab tizim faoliyatining psixogen yo‘l bilan kelib chiqqan funksional buzilishidir. Nevrozlarning kelib chiqishida uzoq vaqt tez-tez takrorlanib turuvchi ruhiy ezilish sabab bo‘ladi. Bundan tashqari, ruhiy iztiroblar, shaxsning asosiy xususiyatlari, nasl-irsiyat ham muhim ahamiyatga ega. Nevrozlarning rivojlanishi zamirida bosh miyaning tormozlanishi va qo‘zg‘alish jarayonlarining zo‘rayishi, susayishi, ular orasidagi muvozanatning buzilishi (nevrasteniya) yoki bosh miyada qo‘zg‘alish o‘choqlarining paydo bo‘lishi (yopishqoq fikrlar) va miya po‘stlog‘i, po‘stloq osti jarayonlari muvozanatining buzilishi (isteriya) yotadi.

Nevrastenyada markaziy asab tizimining holdan toyishi, o‘ta chidamsizlik, serjahlilik, tutaqib ketish alomatlar bo‘ladi. Gi perstenik

turida serjahlilik, tutaqib ketish; oraliq turida serjahlilik va holdan ketish; gepostenik turida esa lanjlik, behollik, uyquchanlik alomatlari kuzatiladi. Yopishqoq fikrlar nevrozida xayoldan ketmaydigan fikrlar, miyaga oʻrnashib qolgan gʻoyalar, xotiralar, ikkilanishlar, qoʻrquv, harakat va qiziqishning paydo boʻlishi bilan davom etadi. Bulardan tashqari, vegetativ va ipoxondrik belgilar ham kuzatiladi. Bemorning kayfiyati pasayib, umidsizlik, oʻz-oʻzidan qoniqmaslik belgilari kuzatiladi. Bu nevrozlar uzoq vaqt saqlanib qoladi va surunkali kechadi. Nevrozning isterik turi esa isterik alomatlar bilan harakat, sezgi, vegetativ va ruhiy buzilishlar bilan birga davom etadi. Bunda isterik giperkinezlar, tutqanoqlar, isteriyaga sabab boʻladigan kar-soqovlik, koʻrlik, sezgi buzilishi, ogʻriq, qusish, havo yetishmaslik belgilari bilan kechadi.

Davosi. Psixoterapiya, fizioterapiya, jismoniy tarbiya usullari va gipnoz yaxshi samara beradi. Uyquni yaxshilash, hordiq chiqarish, toza havoda sayr qilish lozim. Giperstenik turida brom dorilari, meprobomat 200–2000 mg dan, seduksen 2,5 mg dan, tazepam 30–40 mg dan; gipostenik turida quvvatga kirgizuvchi dorilar pantokrin, eleutorokok, jenshen, sidnokarb buyuriladi. Yopishqoq fikrlar nevrozi va isteriyada trankvilizatorlar va antidepressantlar birga qoʻllaniladi: elenium 20–50 mg, seduksen 10–20 mg, eglonil 200 mg, meprobomat 400–1200 mg, fenazepam, tazepam, glitsin; uyqusizlikda ivadal 10 ml dan uyqudan oldin, radedorm 5 mg dan, propazin 25–100 mg, teralen 5–25 mg, melleril 10–75 mg dan tavsiya etiladi.

Reaktiv psixozlar

Reaktiv psixozlar ruhiy jarohatga yoki koʻngilsiz hodisalar tufayli kelib chiqadigan kasallikdir. Reaktiv psixozlar psixogeniyalarga nisbatan qisqaroq, alomatlari ogʻirroq. Ularda psixomotor va affektiv buzilishlarning kuchliligi, vasvasa, gallyusinatsiyalar, isterik xurujlar bilan ongning buzilishlari kuzatiladi. Reaktiv psixozlarning alomatlari qaytarilib turadi. Reaktiv psixozlar bemorlar oʻz ahvoriga tanqidiy koʻz bilan qaramasligi, shart-sharoitni yetarlicha toʻgʻri baholay olmasligi bilan xarakterlanadi. Reaktiv psixoz asab tizimi kuchsiz boʻlgan odamlarda koʻproq uchraydi. Reaktiv psixozlarni keltirib chiqaruvchi omillar yaqin kishilardan ajralib qolish, tabiiy ofatlar, qamoqqa tushish, kelishmovchiliklar va h. k.

Reaktiv psixozlarning quyidagi turlari mavjud:

1. Reaktiv depressiya – bu bemorlar jarohatlangandan keyin 4–5 kun oʻtgach zoʻrayadi. Bunda qisqa muddatli stupor yoki ixtiyorsiz harakatlar paydo boʻladi. Shok reaksiyasi es-hushning oʻzgarishi bilan kechadi. Bu holatlar yaqin kishilarning oʻlimi, zilzilalar, tabiiy ofatlar davrida kelib chiqadi. Bunday holatlarda bemorlar savollarga javob bermaydi, qimirlamay bir joyda turib qoladi, yuzida vahimalar paydo boʻladi. Bemorlar atrofda qilargalarga reaksiya koʻrsatmaydi. Bunday holat bir necha daqiqa davom etishi mumkin, keyinchalik depressiya holati ustun boʻlib qoladi. Bemorlar

uyqusi buzilgan bo‘lib, turli xil vahimali tushlar ko‘radi va gallyutsinator kechinmalar paydo bo‘ladi. Reaktiv psixozda tormozlanish qisqa muddatli bo‘ladi.

2. Reaktiv stupor. Bunda bemorlar mutlaqo harakatsiz bo‘lib, bu qo‘zg‘alishlar bilan almashinib turadi. Turli salbiy omillar ta‘sirida miya po‘stlog‘ida chuqur tormozlanish kuzatiladi. Qattiq ta‘sirlanish natijasida bemorlar gapira olmay qoladi (mutizm). Bundan tashqari, bemorlar karaxt, es-hushi o‘zgargan, ko‘zlari bir nuqtaga qarab qolgan holda o‘tiradi. Bunday holat o‘tib ketgandan keyin bemorlarda amneziya kuzatiladi. Bemorlar tormozlangan yoki qo‘zg‘algan holatda bo‘lsa ham, u atrofdagi voqealarga batamom befarq bo‘lib qolmaydi. Bunday holat bosh miya po‘stlog‘idagi retikulyar farmatsiyaning tormozlanishi natijasida paydo bo‘ladi.

3. Reaktiv paranoid shaklida ko‘pincha bemorlarda ta‘qib vasvasasi paydo bo‘ladi. Bemorlar meni birov kuzatib yuribdi, meni urmoqchi degan o‘y-xayollar bilan yuradilar. Reaktiv paranoidning shizofreniya vasvasasidan farqi shuki, uning mazmuni ma‘um doiralardan chetga chiqmaydi va bo‘lib o‘tgan voqealarni aks ettiradi.

Davosi. Reaktiv psixozni davolashda psixoterapiya, fizikaviy usullar va mehnat bilan davolash birinchi o‘rinda turadi. Affektiv qo‘zg‘alishlarda tizersin, aminazin 100–300 mg dan mushak orasiga, fenazepam 1,5–3 mg, seduksen tomir ichiga yuboriladi. Reaktiv depressiya kam harakat (adinamiya) bilan birga kuzatilganda azafen 300 mg kuniga, pirazidol 200–300 mg, melipramin 100–300 mg (agar depressiya qo‘rquv-notinchlik bilan birga kechsa), amitriptilin 150–200 mg, sonapaks 30–60 mg, tazepam yoki seduksen 20–30 mg, eglonil, ksanaks 0,25 mg buyuriladi. Reaktiv paranoidlarda triftazin, galoperidol 15 mg, majeptil beriladi. Reaktiv isterik psixoz turlarini davolashda seduksen, fenazepam, melleril, neuleptil; mushak orasiga aminazin yoki tizersin, dimedrol va magniy sulfat bilan birga yuborilsa, isterik psixozlar yaxshi davolanadilar. Isterik stupor (qotib qolish) bilan kuzatiladigan holatlarda ruhiy holatni tetiklashtiruvchi (psixostimulyatorlar) kuniga 30–40 mg dan, sidnokarb trunkvilizatorlar bilan birga yoki barbamil, kofein aralashmasi ishlatiladi. Bulardan tashqari nootropalar va vitaminlar ham qo‘llaniladi.

Psixopatiyalar

Psixopatiya – emotsional iroda buzilishidan xarakterning, ya‘ni fe‘l-atvorning kasallik tusiga kirishidir. Boshqacha aytganda psixopatiya xarakter kasalligidir. Odamning atrofdagilarga moslashib olishi qiyinlashib qoladi. Bunday odamlar o‘zlarining ishlaydigan jamoalari bilan yaxshi chiqisha olmaydilar. Ular doimo janjallashib turishadi. Psixopatlar tajovuzkor bo‘lib, o‘z xarakterining g‘alatiligidan o‘zlari qiynalib yuradi.

Psixopatlarining quyidagi turlari bor:

1. Qo‘zg‘aluvchi psixopatlarda bemorlar arzimagan bahona bilan tutaqib

ketadilar. Tajovuzkor bo‘lib, ko‘pchiligida ruhiyatning aynib, isteriya ko‘rinishida bo‘lishidir. Bu turdagi bemorlar juda janjalkash, tez hayajonlanuvchi shaxslardir. Bular osoyishtalik davrida o‘zlarining yurish-turishlariga tanqidiy ko‘z bilan qarab, shu yo‘l qo‘ygan xato va kamchiliklarini to‘g‘rilash choralari izlashadi.

2. Psixoastenik psixopatlar (tormozlanuvchi). Bunday odamlar ko‘proq shubha bilan xayol surib, xavotirga tushib yuradilar. Bular uyatchan, tez toliqadigan, boshqalar bilan muloqotga tez kirishib keta olmaydilar. Bemorlarning ko‘pchiligi tortinchoq bo‘lib, salga qizarib ketishadi. Shuning uchun bemorlar yanada battarroq xijolat tortishadi. Bular ruhan zaif, ish qobiliyati susaygan, ko‘ngliga doimo vahimalar tushib yuradi. Bemorlarning ko‘proq boshi og‘riydi, ular yolg‘iz yurishga harakat qiladi, ko‘pchiligi odamlar orasidan qochadi.

3. Patologik qiziqish psixopatlar. Bemorlarning ba‘zilarida ruhiyati baland bo‘lib yursa, boshqalarida pasaygan bo‘ladi. Ba‘zi psixopatlarda jinsiy buzqlik uchraydi. Masalan, gomoseksualizm – o‘z jinsidagi kishiga jinsiy mayl qo‘yish, sadizm – jinsiy aloqa qiladigan kishisining tanasini og‘ritib, jinsiy hirsini qondirish, pedofiliya – go‘daklarga jinsiy mayl qo‘yish, zoofiliya – hayvonlarga nisbatan jinsiy qiziquvchanlik. Psixopatlarda ko‘proq nevroitik, ba‘zilarida esa isterik belgilar rivojlangan bo‘ladi.

Davosi. Psixopatlarni davolashda trankvilizatorlarga, neyroleptiklarga katta ahamiyat berish kerak. Qo‘zg‘aluvchanlik bilan o‘tadigan psixopatik o‘zgarishlarga neyroleptiklar (neuleptil, mellipril, stelazin) yaxshi ta’sir ko‘rsatadi. Paranooyal psixopatlarda stelazin, galoperidol, pimozid (orap) qo‘llaniladi. Agar kasallik o‘tkir affektiv qo‘zg‘alishlar yoki notinchlik bilan kuzatilsa, neyroleptiklar trankvilizatorlar bilan birga tomir ichiga yuboriladi. Astenik o‘zgarishlarda nootropil, ensefabol, glitsin, novopassit, riboksin, vitaminlar, nikotin kislotasi yaxshi samara beradi. Bemorlarni hayotga moslashtirish maqsadida ularni o‘rab turgan muhitni sog‘lomlashtirish, kerak bo‘lsa bemorlarni vaqtincha ichuvchi, narkoman yoki salbiy ta’sir etuvchi shaxslardan ajratish lozim. Bu borada bemor oilasi bilan psixoterapevtik ishlar olib borish, ular orasida o‘zaro tinch munosabatlar yaratish muhim ahamiyatga ega.

Nevrozlar

Nevroz so‘zini fanga birinchi bo‘lib shotland shifokori Kellen 1776-yilda olib kirgan. Nevroz – bu markaziy asab tizimining funksional kasalligi hisoblanadi. Nevrozlarning kelib chiqish sabablari ko‘p va turli-tuman bo‘lib, markaziy asab tizimiga har xil stresslarning ta’siri natijasida paydo bo‘ladi. Hozirgi paytda axborotning ko‘pligi va odamlarning kam harakat qilishi natijasida ruhiy jarohatlarning ko‘pligi irsiy va genetik moyilliklar, tez-tez kasallikka chalinib turish, har xil vahimali, qo‘rqinchli videofilmlarni ko‘rish nevrozlarga olib keladi. Bundan tashqari, oilada,

uyda va ishxonadagi stress holatlar, janjallar va surunkali oshqozon-ichak kasalliklari, yurak qon tomir kasalliklari hamda alkogolizm ta'siri natijasida ham kelib chiqadi. Nevrozlarda bosh miya po'stlog'i va po'stloq osti tugunlarining faoliyati buziladi.

Nevrozlarning quyidagi alomatlari bor:

1. Astenik alomat – asab va ruhiyatning zaiflashuvi, toliqishi. Juda ko'p kasalliklardan keyin va sog'lom odamlar charchaganda, toliqqanda astenik alomat kuzatiladi. Bunda bosh og'riq, bosh aylanish, ko'ngil aynish, serjahllik, yurak sohasida og'riq, tez charchab qolish, xotiraning susayishi, mehnat qobiliyatining pasayishi va kayfiyatning buzilishi bo'lib turadi. Bemorlarning uyqusi buziladi, uyqusi yuzaki, tezda uxlab qolmaydi. Ko'p o'ylaydilar, uyqudan turgandan keyin karaxt bo'lib turadilar.

2. Obsessiv alomat – miyadan ketmaydigan holatlar. Bunda bemorlar qilgan ishlarini qayta-qayta tekshirib yuradilar. Masalan: eshik qulflanganmi yoki yo'qmi?, gaz o'chirilganmi yoki yo'qmi? deb bezovta bo'lib yuradilar. Bemorlarning miyasiga qo'rqinchli, vahimali narsalar o'rnashib qoladi va ulardan qutulish choralari ko'p o'ylab yuradilar.

3. Fobik alomat – bunda bemorlar biror narsalardan qo'rqib yashaydilar. Kardiofobiya – yurak kasali bo'lib qolishdan qo'rqish, lissosfobiya – ruhiy kasal bo'lib qolishdan qo'rqish, gipsofobiya – balandlikdan qo'rqish, kanserofobiya – rak kasalligidan qo'rqish, klaustrofobiya – yopiq imoratlardan qo'rqish, agorafobiya – ochiq joylardan qo'rqish.

4. Ipoxondrik alomat. Bemorlar o'z sog'lig'iga nisbatan ortiqcha qayg'uradilar va ko'p o'ylaydilar. Ipoxondrik alomat ruhiy kasalliklarda ko'p uchraydi va fobiyalar bilan birga kechadi. Ipoxondrik alomatda bemorlar tanasida uvishish, yoqimsiz his-tuyg'ular va og'riqlar bo'lib turadi.

5. Nevrotik depressiya alomatida bemorlar tashqi voqealarga befarq, loqayd bo'lib qoladilar. Bemorlarning kayfiyati buzilgan, ishtahasi yo'qolgan va uyqusi buzilgan bo'ladi. Bemorlar bir o'zi yolg'iz qolishga intiladi. Nevrotik depressiyada bemorlar o'zini qo'lga oladi, isteriyadagi singari harakatlar qilmaydi.

Nevrasteniya

Nevrasteniya – bu asteniya va depressiya alomatlarining birgalikda qo'shilishi natijasida yuzaga keladi. Nevrasteniyada bemorlar shikoyati bosh og'riq, bosh aylanish, uyqusizlik, yurak sohasidagi uvishish va og'riq, qo'l-oyoqlarning sovuq qotishi, ko'p terlash, dispeptik buzilishlar – ko'ngil aynish, qusish, oshqozon sohasida va ichaklarda og'riq hamda ich ketishi yoki qotishidir. Bundan tashqari, jinsiy zaiflikdan, tez jahli chiqishidan shikoyat qiladilar. Nevrasteniya qo'zg'alishning kuchayishi natijasida ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi. Bunda bemorlar tez charchab qoladi, aqliy va mehnat qobiliyatining pasayishiga olib keladi hamda xotiraning susayishi boshlanadi. Bemor tekshirib ko'rilganda qo'llarida titrash, ko'p terlash, pay reflekslarining jonlanishi kuzatiladi.

Nevrasteniyaning 3 ta turi bor:

1. Gi perstenik turidabemorlarning asabiylashishi, arzimagan narsalardan ta'sirlanishi, salga ko'z yosh qilishi va diqqatning buzilishi kuzatiladi.

2. Gi postenik turidabemorlar jismoniy va aqliy qobiliyatining pasayishi, toliqish va uyquchanlik belgilari kuzatiladi.

3. Aralash turida bemorlar birpasda asabiylashadilar. Bu toliqish, uyquchanlik belgilari bilan almashinib turadi.

Nevrasteniya vegetativ o'zgarishlar ham kuzatiladi. Bemorlarning yurak sohasida xurujsimon og'riq, qo'l va oyoqlarida uvishish, muzlab qolish, ko'p terlash belgilari bilan o'tadi. Nevrasteniya davolashda bemorning umumiy ahvolini yaxshilovchi dorilar, temir dorilari, glitserofosfat, vitamin B guruhi, toza havoda sayr qilish, iliq suv muolajalari qabul qilish, flzioterapiya muolajalari hamda shifobaxsh badantarbiya bilan shug'ullanish tavsiya etiladi. Uyquchanlik va tez charchash bo'lganda xitoy limoni, jenshen, pantokrin 30 tomchidan 3 mahal, ovqatdan 30 daqiqa oldin yoki 4 soatdan keyin, bir oy davomida ichiriladi. Qo'zg'aluvchanlik, tez jahli chiqish, asabiylashishda aminazin 0,025 g yoki propazin 0,025 1 tabletkadan 3 mahal ichishga buyuriladi. Vegetativ buzilishlarda trioksazin 0,3 g, elenium 0,01 g dan 2–3 mahal 3–4 hafta ichishga buyuriladi. Tinchlantiruvchi dorilardan valerian 10,0: 200,0 + natriy brom 6,0 1 qoshiqdan 3 mahal ichishga beriladi. Jinsiy zaiflikda sekurin 0,2% 1,0 teri ostiga 1 oy davomida beriladi.

Isteriya

Isteriyaning klinik ko'rinishi turli-tuman bo'lib, uning ba'zi belgilari boshqa bir kasallikka o'xshab ketgani uchun isteriyani **"buyuk taqlidchi"** deb atashadi. Isteriyada bosh miya po'stlog'i tormozlanib, po'stloq osti tugunlari faoliyati oshadi. Natijada, po'stloq osti tugunlarining ixtiyorsiz qo'zg'alishlari va tutqanoq xurujlari paydo bo'ladi. Isteriyada tashqi ta'sirlar bemorning ruhiyatiga ta'sir qilishi natijasida yuzaga keladi. Isteriyada bemor harakati tartibsiz, birdan boshlanadi. Ko'proq kunduz kunlari bo'lib, bunda es-hushi saqlangan bo'ladi. Bemor bo'lib o'tgan voqealarni eslaydi. Isteriya tutqanoq xurujida bemor hushdan ketishdan oldin o'ziga qulay joy tanlaydi, so'ng biror joyi lat yemasligi uchun sekin yiqiladi. Agar bemorning atrofida odamlar bo'lsa, isterik tutqanoq xuruji uzoq davom etishi mumkin. Bemorlar tutqanoq vaqtida kiyimlarini tortib yirtadi, yuzini tirnaydi, boshini devorga uradi, o'zining ko'ksiga uradi. Bemorlar bunday holatlarda tillarini tishlab olmaydilar. Bemorlarning ko'z qorachiqlarining yorug'likka javob reaksiyasi saqlangan bo'lib, kasallik refleklari bo'lmaydi va ixtiyorsiz o'rinlariga siyib yubormaydilar. Isteriya tutqanoq xuruji bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Isteriyada harakat va sezuvchanlikning buzilishi, shuningdek, monoplegiya, paraplegiya, gemiplegiya, giperkinezlar hamda gapiraolmaslik, eshitolmaslik

(surdomotizm) kuzatiladi. Isteriya falajida mushaklar tonusi o'zgarmaydi, pay reflekslari buzilmagan, patologik reflekslari va atrofiya bo'lmaydi.

Davolash usullari. Psixoterapiya keng qollaniladi.

Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi

Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi obsessiv va fobik alomatlar bilan birgalikda kechadi. Bu nevrozlar nevrasteniyaga va isteriyaga nisbatan kam uchraydi. Bunda kasallik belgilari miyaga o'rnashib qoladi. Bemorning ko'nglida vahimalar, xavotirlanish va qo'rquv hissiyotlari paydo bo'ladi. Bunday bemorlar tekshirib ko'rilganda ichki a'zolar va asab tizimidan asosiy kasallik belgilari topilmaydi. Bemorlarda ko'proq pay reflekslari biroz jonlangan, qo'l panjalarining titrashi, mushaklar tonusi biroz taranglashgan, yurakning tez urishi va ko'p terlash hamda boshqa vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda ko'proq fobik alomatlar, ya'ni kardiofobiya, insultfobiya, mizofobiya – o'ziga infeksiya yuqib qolishidan qo'rqish, suisidofobiya – o'zini o'zi o'ldirib qo'yishdan qo'rqish va boshqa belgilar kuzatiladi. Bunday nevrozlar uzoq davom etadi va odam mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotib turadi.

Davosi. Vahimalar iskanjasida qolsa va uyquasi buzilib tursa, dastlab antidepresantlar va trankvilizatorlar buyuriladi. Galoperidol, aminazin bilan birga relanium, tazepam, seduksen qo'llaniladi. Bundan tashqari, bemorlarni quvvatga kirgizuvchi dorilar bilan birga ularning dam olishini yaxshilash hamda ruhiy jarohatlarini keltirib chiqaruvchi sabablardan uzoqroq va alohida qilib qo'yish tavsiya etiladi. Shu bilan birga ovqatlanish va uxlash tartibiga amal qilish shart.

Nevrozlarning davosi

Trankvilizatorlardan diazepam, sibazon yoki relanium, elenium tazepam, nitrazepam, fenazepam; neyroleptiklar sonapaks, amitriptilin, frenalon tavsiya etiladi. Bemorning umumiy ahvolini yaxshilovchi dorilar, quvvatga kirgizuvchi dorilardan vitaminlar B₁, B₆, B₁₂, fitin, magne B₆, kalsiy glukonat, ATF, kokarboksilaza, nikotin kislota va boshqalar. Tinchlantiruvchi dorilar natriy brom 1–3% bir osh qoshiqdan 3 mahal, valerian 1 ta tabletkadan 3 mahal, glitsin 1 ta tabletkadan til ostiga 2–3 mahal, novopassit 1 oshiqdan 3 mahal ichishga buyuriladi. Stimulyatorlardan aloe, FiBS, eleutorokok, jenshen, pantokrin tavsiya etiladi.

Vegetativ o'zgarishlarda pirroksan, belloid, bellataminal, betaserk, bellaspon va boshqalar; aminokislotalardan nootropil, pirasetam, serebrolizin, amination, glutamin kislota va boshqalar; fizioterapiya usullari elektroforez 3% natriy brom bilan ensa sohasiga, elektr uyqu, ignarefleksoterapiya, tinchlantiruvchi uqalash, parafin, ozokerit qo'llaniladi. Psixoterapiya, gipnoz va autogen mashqlar tavsiya etiladi.

Fobik va obsessiv alomatlarda – diazepam, seduksen 12–20 mg dan kuniga, elenium 20–60 mg, frenalon 30–60 mg, og‘ir hollarda diazepam 20–40 mg dan, amitriptilin 30–50 mg dan ikkalasi birgalikda qo‘llaniladi. Bundan tashqari, elektroforez kalsiy, brom va dimedrol bilan ensa sohasiga qo‘yiladi. Astenik alomatida natriy brom 3% bir qoshiqdan 3 marta ichishga, valerian 1 ta tabletkadan 3 marta, elenium 1 ta tabletkadan 2 marta, iliq vannalarga tushish tavsiya etiladi, elektroforez natriy brom va magniy sulfat bilan ensa sohasiga qo‘llaniladi, elektr uyqu 40 daqiqagacha buyuriladi, bundan tashqari, ignarefleksoterapiya ham keng qo‘llaniladi. Bular kasallikning giperstenik shaklida buyuriladi. Jenshen, eleuterokokk 20–30 tomchidan 3 mahal ichishga, sidnokarb 10–20 mg dan buyuriladi. Bu gipostenik shaklida ishlatiladi. Bulardan tashqari, astenik alomatda kofein bilan brom dorilari birgalikda buyuriladi. Vitamin B guruhlar, aloe, FiBS, ATF, aminalon ishlatiladi. Astenik alomatning og‘ir turlarida insulin 4–20 tb gacha teri orasiga yuboriladi, hammasi bo‘lib 10 ta inyeksiya qilinadi. Insulin olgandan 2 soatdan keyin 40% 20,0 ml glukoza eritmasidan tomir ichiga yuboriladi.

Ipxondrik alomatida trankvilizatorlar, antidepressantlar organizmning quvvatini oshiruvchi dorilar bilan birga fizioterapiya usullari qo‘llaniladi. Bunda eglonil 200 mg, sidnokarb va amitriptilin 100 mg gacha 3–4 mahal kuniga ichishga buyuriladi.

Oligofreniya

Oligofreniya (aql pastlik, tentaklik) – bu ruhiy jihatdan rivojlanmay qolishdir. Oligofreniya tug‘ma va orttirilgan bo‘ladi. Homilaning ona qornida turli tashqi ta‘sirilar natijasida zararlanishi, 3 yoshgacha bo‘lgan davrda meningit, ensefalit va bosh miya jarohatlanishi natijasida kelib chiqadi. Bundan tashqari, irsiy va xromosom kasalliklar (Daun kasalligi), kichikboshlik (mikrosefaliya)dan keyin ham oligofreniya kelib chiqadi. Oligofreniyada bemorlar ruhiy jihatdan qanchalik rivojlanmay qolishiga qarab quyidagi turlarga bo‘linadi:

1. Debillik – oligofreniyaning yengil shakli bo‘lib, bunda bemorlarning ko‘pchiligi maktabga o‘qishga boradi. Lekin ular qiyinchilik bilan o‘qiydilar. Bunday bemorlar bitta sinfdan darslarni o‘zlashtira olmay bir necha yil qolib ketadi. Bunday bemorlar gapiradi, lekin sanash, qo‘shishni qiyinchilik bilan bajaradi. Ba‘zi bemorlar esa she‘r va ashulalardan parchalarni yaxshi yodlab olgan bo‘ladilar. Bunday bemorlarni maxsus maktablarda o‘qitish mumkin. Bemorlarda fikrlash doirasi tor bo‘lib qoladi, tanqid qilinsa, juda tez xafa bo‘ladi. Bunday bemorlarning ko‘ngli juda bo‘sh bo‘lib, tez ishonuvchan bo‘ladi.

2. Imbesillik o‘rtacha og‘irlikdagi darajasi bo‘lib, bunda bemorlarning so‘z boyligi chegaralangan bo‘ladi. Bemorlar ko‘p ishlatiladigan so‘zlarni o‘zlashtirib oladi. Bunday bemorlar maxsus maktablarda o‘qiy olmaydi,

chunki ularda nutq va soʻzlarni talaffuz qilishi hamda duduqlanib gapirishi kuzatiladi. Bu turda bemorlarni sanash va oʻqitishga oʻrgatish qiyin boʻladi. Masalan, barmoqlarni oʻrgatilgan bemor unga yordam berilmasa, shu vazifani oʻzlari hal qila olmaydilar. Ruhiyati koʻpincha, yaxshi, soddadil, gapga kiradigan boʻla dilar. Baʼzi bir bemorlar esa juda tajang, serjahl, ruhiy tushkunlikda boʻladilar.

3. Idiostiya – oligofreniyaning ogʻir darajasi boʻlib, bunday bemorlarda nutq boʻlmaydi. Ular maʼnosiz tovushlar, kamdan kam hollarda ayrim soʻzlarni talaffuz qiladilar. Bunday bemorlarni biror ishga oʻrgatib boʻlmaydi, kundalik buyumlardan foydalana olmaydilar. Ular qoʻllariga tushgan narsalarni ogʻizlariga soladilar, birdan baqirib yuboradilar. Bunday bemorlar oʻzlarini va atrofdagi odamlarni tishlab olishlari mumkin. Bemorlar yaqin qarindosh-urugʻlarini tanimaydilar.

Davosi. Bemorlarning bosh miya ish faoliyatini yaxshilovchi dorilardan serebrolizin, nootropil, amination, pirasetam, glutamin kislotasi, ensefobol buyuriladi. Tinchlantiruvchi dorilar, degidratatsiya, quvvatni oshiruvchi dorilar hamda tutqanoqqa qarshi dorilar qoʻllaniladi. Bundan tashqari, pedagogik va logoped maslahati tavsiya etiladi.

Umumiy profilaktik choralar: ona qornida homilaning toʻgʻri rivojlanishini nazorat qilish, ekstrogenital kasalliklarni vaqtida davolash, tugʻruq davri asoratlarining oldini olish va oʻz vaqtida davo choralarini tashkil etish lozim.

5-BO‘LIM. O‘ZBEKISTONDA PSIXIATRIK YORDAMNING HOZIRGI KUNDAGI AHVOLI

Psixiatrik rehabilitatsiya tushunchasi

Reabilitatsiya fransuzcha "re" – qayta, takror, "habilitis" – qulay, moslashgan degan ma’noni anglatadi.

Reabilitatsiya yoki qayta tiklovchi davo bu shunday jarayon bo‘lib, jamiyat va davlat tomonidan hayot faoliyati qisman yoki to‘liq chegaralangan (cheklangan) bemorlarga, nogironlarga tibbiy, psixologik, kasbga yo‘naltirish, ijtimoiy, iqtisodiy yordam berishga qaratilgan tadbirlar tizimidir.

1970-yil JSST Qo‘mitasi ekspertlari tibbiy rehabilitatsiya tushunchasiga quyidagicha izoh berishgan: "Tibbiy va ijtimoiy tadbirlarning birga olib borib, bemorning imkon qadar funksional faoliyatiga erishishdir. Ya’ni o‘qitish, kasbga tayyorlash, zarur bo‘lsa yangi kasbga o‘rgatish".

Psixiatrik rehabilitatsiyaning maqsadi bemorni yoki nogironni hayotga, jamiyatga, mehnatga qaytarishdan iborat. Bemor salomatligi to‘liq tiklanmasligi mumkin, lekin imkon qadar jismonan to‘laqonli bo‘lishiga yordam berishdir.

– Bemorga begonalar ko‘magisiz (mustaqil) turishiga yordam berish;

– Bemorga dastlabki holiga kelmasa-da, qo‘ldan kelganicha jismonan to‘laqonli bo‘lishiga yordam berish.

Ruhiy bemor kasalligi tufayli hamda atrofdagilarning uni tushunmasligi yoki noto‘g‘ri fikrlashi tufayli o‘z huquqlaridan mahrum bo‘ladi. Psixiatrik rehabilitatsiyaning yana bir maqsadi bemorning har bir insonga xos bo‘lgan huquqlarini qayta tiklashdir, masalan: bilim olish, ishlash va boshqalar.

Reabilitatsiya sohasini rivojlantirishga juda ko‘pgina olimlar, misol uchun D. Y. Melexov, M. S. Rozova, A. S. Bobrov, V. P. Petrunek va boshqalar o‘z hissalarini qo‘shishgan. San-Peterburg shahri Bexterov nomidagi psixonevrologik institut professori M. M. Kabanov 1970–80-yillar davomida psixiatrik rehabilitatsiyasi ustida ijodiy ishlar olib bordi.

M. M. Kabanov fikricha, rehabilitatsiya jarayoni bemorga yo‘naltirilgan kasallikning biologik, psixosotsial mexanizmiga, shu bilan birga uni o‘rab turgan muhit – oila, ishlab chiqarish sohasiga va boshqalarni o‘z ichiga oladigan, o‘zaro bog‘langan komponentlarning dinamik tizimidir.

Reabilitatsiya usullari turli xil ko‘rinishda bo‘lishi mumkin, bu tabiiy hol, chunki bunga bemorning kasalligi, kasallikning og‘irligi darajasi, bemorning shaxsiyati, uning xulq-atvori, bemorni o‘rab turgan ijtimoiy muhit kabi faktorlar o‘z ta’sirini ko‘rsatadi.

Psixiatrik rehabilitatsiyaning tamoyillari (M. M. Kabanov):

– Biologik va psixosotsial ta’sirlarning umumiyliigi tamoyili;

– Reabilitatsion dasturda zo‘r berish va ta’sirlarni har tamonlamalilik tamoyili;

– Reabilitatsiyada shifokor va bemorning hamkorligi tamoyili;

– Ta’sirlar va tadbirlarning pog‘onama-pog‘ona yoki ketma-ketlilik tamoyili.

Biologik va psixosotsial ta’sirlarning umumiyligi tamoyiliga, asosan, har bir bemorga undagi o‘ziga xos kasalligining klinik kechishi, bemorning psixosotsial statusiga, individual, ya’ni yakka, yo‘naltirilgan holda munosabatda bo‘lishdir.

Biologik davolash usullari ijtimoiy va psixoterapiya, reabilitatsiya bilan birgalikda olib borilishi kerak.

Biologik terapiyada turli xil davolash usullari bo‘lib, yo‘nalishi va ta’sir etish mexanizmlari bilan ajralib turadi, kasallikning patobiologik, somatoserebral mexanizmiga, patogenezig ta’sir etadi.

Kasallikning paydo bo‘lishi genezida va qayta tiklanish davrida biologik va ijtimoiy taassurotlar birligini inkor etolmaymiz.

Reabilitatsion dasturda zo‘r berish va ta’sirlarni har tomonlamalilik tamoyiliga binoan reabilitatsiya masalalarini hal etishda tabiiy chora-tadbirlardan tashqari psixologik, oilaviy, professional, ya’ni kasbiy, jamoa muhiti va dam olish muhitiga xos bo‘lgan xususiyatlarni ham hisobga olib, ulardan o‘rinli foydalangan holda olib borishdir.

Reabilitatsiyada shifokor va bemorning hamkorligi tamoyili mazmuni reabilitatsiya ishlari masalalarini hal etishda, davolash chora-tadbirlarini olib borishda shifokor va bemor o‘rtasidagi o‘zaro ishonch muhim ahamiyatga ega.

Qolaversa, faqat shifokor va bemor o‘rtasidagina emas, balki davolash jarayonida bemor va u bilan munosabatda bo‘ladigan barcha tibbiyot xodimlari o‘rtasidagi o‘zaro ishonch munosabatlarining bo‘lishi muhim ahamiyatga ega.

Bemor ishonchini oqlash oson emas, albatta, bu uning shaxsiy xususiyatlari, temperamenti, xarakteri, kasallik va uning bemorga ta’siri bilan bog‘liq. Shu sababli tibbiyot xodimlari bemor bilan bo‘lgan munosabatlarida unda ishonch tuyg‘ularini uyg‘ota olsa, bu xususiyat, tamoyil davolash ishlarini olib borishda o‘z ijobiy ta’siriga ega bo‘ladi.

Barcha reabilitatsiya tadbirlari bemorni davolash-tiklash jarayoniga jalb etishga qaratilgan, faolligini oshirishga mo‘ljallangan bo‘lishi kerak. Reabilitatsiya jarayonini bemorning faol ishtirokisiz amalga oshirib bo‘lmaydi.

Ta’sirlar va tadbirlarning pog‘onama-pog‘ona yoki ketma-ketlilik tamoyilida reabilitatsiya jarayonini o‘tkazishda ketma-ketlik tamoyiliga asosan o‘tkazilayotgan chora-tadbirlar ketma-ketlikda, bir formadan ikkinchisiga o‘tib boradi, ya’ni oddiy chora-tadbirlardan murakkabroq bo‘lgan chora-tadbirlarga, bir ko‘rinishdagi davolash-tiklanish tadbirlari turidan ikkinchisiga, sun’iy yengillashtirilgan kasalxona sharoitidan murakkablashgan real hayotiy sharoitlarga yaqin bo‘lgan formaga o‘tishdir.

Ketma-ketlik tamoyili bo'yicha davolash-tiklanish jarayonidagi chora-tadbirlarni bemor holatiga qarab, o'rinli ketma-ket o'tkazilishini ham talab etadi.

Reabilitatsiya bosqichlari psixiatrik yordamning to'g'ri keladigan, mos keladigan formalari bilan foydalanib olib boriladi.

Reabilitatsiya bosqichlari (M. M. Kabanov):

– Qayta tiklovchi davo – statsionar sharoitida.

– Readaptatsiya – qisman statsionar, yarim statsionar sharoitida.

– Reabilitatsiya – asosan ambulator sharoitda olib boriladi.

Reabilitatsiya vazifalari (M. M. Kabanov):

– Birinchi bosqich vazifalari – ruhiy defekt shakllanishining oldini olish.

– Ikkinchi bosqich – bemorlarni tashqi muhit sharoitlariga moslashish qobiliyatini o'stirish.

– Uchinchi bosqich – bemor huquqlarini tiklash.

Reabilitatsiyaning qayta tiklovchi davo tadbirlarining asosiy vazifasi bu ruhiy defekt kelib chiqishining oldini olish, invalidatsiya, ya'ni nogironlik holatiga tushib qolishning oldini olish, kasalxonada noto'g'ri tashkil etilgan muhit tufayli kelib chiqadigan gospitalizm, ya'ni kasalxona sharoitiga bog'lanib qolish kabi salbiy holatlarning oldini olish yoki kamaytirishga qaratilgan davolash chora-tadbirlarini olib borish.

Reabilitatsiyaning readaptatsiya bosqichi davrida bajariladigan asosiy masala imkon qadar bemorlarning tashqi muhit sharoitiga moslashishiga yordam berish:

a) mehnat terapiyasi – yangi ijtimoiy ko'nikmalarni;

b) psixoterapevtik tadbirlarni o'tkazish – bemor va uning yaqinlari bilan.

Reabilitatsiyaning uchinchi bosqichida asosiy masala bemorning barcha huquqlarini tiklashga qaratilgan (kasallik boshlangunga qadar bo'lgan va uni o'rab turgan muhit munosabatlarini tiklash).

Reabilitatsiya dasturi turli xil ijtimoiy tadbirlarni o'z ichiga oladi: bemor hamkasblari, qarindoshlari bilan suhbatlar o'tkazish, bemorga yoki nogironlarga bo'lgan munosabatlarini yaxshilash, ijobiy atmosferani tashkil etish. Davolovchi shifokor, tibbiy psixolog qo'llab-quvvatlovchi davo tadbirlarini, psixoterapevtik, psixokorreksion ishlarni davom ettiradilar.

Mehnat terapiyasi – davo usuli hisoblanadi. Bemorning jamiyatga qaytishi, mehnat faoliyatini davom ettirishi yoki yangi kasbni tanlashiga yordam beradi. Mehnat orqali inson o'zining kerakligini seza boshlaydi, ba'zi kishilarga mehnat asosiy hayot maqsadi hisoblanadi. Mehnat terapiyasi chalgituvchi, ruhiyatni ko'taruvchi va kuchni safarbar qiluvchi ta'sirlar ko'rsatadi. Mehnat terapiyasi turli-tuman bo'lishi mumkin. Masalan, tarixga nazar tashlasak, 1925-yillarda Turkiston universiteti tibbiyot fakulteti qoshidagi psixiatrik klinikasida bosh shifokor L. V. Ansiferov boshchiligidagi duradgorlik, chilangarlik, temirchilik mehnat ustaxonalari, bog'-polizlarda

mahsulot ishlab chiqarish ishlari faoliyat ko'rsata boshlagan. 1950–60-yillarga kelib tugmacha ishlab chiqarish, tikuvchilik, etikdo'zlik, poyabzal tuzatish, arqon ishlab chiqarish, attorlik, duradgorlik, chilangarlik, trikotaj, mebel ishlab chiqarish va tuzatish, avtoslesarlik, quruvchilik, kartonni qayta ishlash sexlari, poliz, chorvachilik ishlari faoliyat ko'rsatgan. Hozirgi kunda ruhiy bemorlar kasalligining kechishiga qarab tikuvchilik, kartonni, qog'ozni qayta ishlash sexlarida mehnat terapiyasi bilan shug'ullanishlari mumkin. Albatta, bemorlar tibbiyot xodimlari nazorati ostida bo'ladilar.

O'zbekiston Respublikasining "Psixiatriya yordami to'g'risida" 31.08.2000-yildagi qonunining 34, 39-moddalari "Psixiatriya muassasalarida yashayotgan va psixiatriya statsionarida davolanuvchilarning ijtimoiy ta'minot va maxsus ta'lim bo'yicha huquqlari"

Davolanuvchining psixiatriya statsionariga yoki boshqa muassasaga joylashtirilganda, unga joylashtirish asoslari, statsionarda o'rnatilgan tartiblar, qoidalar, huquqlari tushuntirilishi kerak:

- Davolanishga rozilik yoki davolanishdan rad etish huquqi;
- Ruhiy sog'lig'i haqidagi ma'lumotni sir saqlash huquqi;
- Ushbu Qonun bilan berilgan huquqlarga rioya etishga;
- Davolash, tekshiruvdan o'tkazish, stasionardan chiqarish masalalari bo'yicha bevosita bosh shifokorga yoki bo'lim mudiriga murojaat qilishga;
- Davlat hokimiyati va boshqaruv organlariga shikoyatlar va arizalar berishga;
- Advokat va ruhoniylar bilan yolg'iz uchrashishga;
- Tibbiy moneliklar bo'lmasa diniy urf-odatlarini bajarishga;
- Ro'znoma va jurnallarga obuna bo'lishga;
- 18 yoshgacha to'lmagan bo'lsa umumiy ta'lim maktabi dasturi bo'yicha yoki intellektual rivojlanishi buzilgan bolalar maxsus ta'lim olishga;
- Agar davolanuvchi ishlab chiqarish mehnatida ishtirok etayotgan bo'lsa, uning miqdori va sifatiga muvofiq boshqa fuqarolar bilan teng ravishda pul mukofotlarini olishga;
- Xatlar yozish va olishga, posilkalar, banderollar va pul jo'natmalari olish va yuborishga, telefondan foydalanishga, keluvchilarni qabul qilishga, zaruriy narsalarga ega bo'lish va sotib olishga, o'z kiyim-kechagidan foydalanishga haqli;
- Nogironlik guruhini belgilash yoki o'zgartirish uchun ekspertiza komissiyasidan o'tish huquqiga;
- Davlat va jamoat uy-joy jamg'armasi uylaridan avval egallangan turar joy xonalarini 6 oy mobaynida saqlashga haqli, agarda u xonalarda davolanuvchining oila a'zolari yashashga qolgan bo'lsalar, u holda turar

joylar bemorni psixiatriya muassasida bo'lgan barcha muddatlar davomida saqlanib turadi;

– Agar avval egallangan turar joy bo'shatilgan, davolanuvchi esa psixiatriya muassasidan ketgan bo'lsa, navbatdan tashqari turar joy bilan ta'minlanish huquqiga ega;

– Nogiron-bolalar, 18 yoshga to'lganda o'zlariga xizmat qilish va mustaqil hayot kechirish tarzi imkoniyati bo'lgan taqdirda, mahalliy o'z-o'zini boshqarish idoralaridan navbatdan tashqari turar joy olish huquqiga ega;

– Psixiatriya stasionarlarida davolanuvchilar Qonun hujjatlariga muvofiq boshqa huquqlarga ham ega bo'lishlari mumkin.

Bu huquqlar davolanuvchi va boshqa shaxslarning sog'lig'i yoki xavfsizligi manfaatlarini ko'zlab faqat shifokor psixiatr tavsiyasiga ko'ra cheklanishi mumkin. Ro'znoma va jurnallarga yakka tartibda obuna bo'lishi, telefonda so'zlashuvlar va boshqa pulli xizmatlar davolanuvchilarning mablag'lari hisobidan amalga oshiriladi. Davolanuvchining tibbiy hujjatlarida o'zining barcha huquqlari haqida ma'lumot berilgani yozib qo'yiladi.

Nogironlarning huquqlari **(O'zbekiston Respublikasi qonuni 12.05.2001-y.N220-II)**

Nogironlar quyidagi huquqlarga egadirlar:

- Tibbiy-ijtimoiy yordamga.
- Reabilitasiyaning barcha turlariga.
- Dori-darmonlar bilan ta'minlanishga.
- Protez-ortopedik buyumlarga.
- Imtiyozli ravishda harakatlantiruvchi vositalarga.
- Kasbiy tayyorgarlik va qayta tayyorlanishga.
- Bepul tibbiy-sanitar yordamga.
- Uyda yoki aholiga ijtimoiy yordam va ishlash muassasalari qaramog'idagi parvarishga.

TALABA QUIYIDAGILARNI BILISHI KERAK

1. Psixologiya tushunchasini izohlash.
2. Tibbiy psixologiyaning vazifalari.
3. Ruhiiy holat, jarayon haqida ma'lumot.
4. Tibbiy psixologiyaning amaliy ahamiyatini izohlash.
5. Tibbiy psixologiyada qo'llaniladigan sistema va usullarni izohlash va qo'llash.
6. Bemor shaxsi, tibbiyot xodimlarining shaxsi, bemor bilan hamshira o'rtasidagi munosabat, tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabatlari.
7. Sezgilar haqida ma'lumot bera olish.
8. Ong va uning fiziologik mexanizmi.
9. Sezgi va ong o'zgarishlari.
10. Sezgi va ongi o'zgarganlar bilan munosabatda bo'lish.
11. Bilim sohasiga kiruvchi tarkibiy qismlar.
12. Idrok va tasavvur tushunchalari.
13. Xotira va uning mohiyati.
14. Diqqat haqidagi ma'lumotlar.
15. Tafakkur haqidagi tushunchalar.
16. Bilish sohasining turli-tuman kasalliklarda o'zgarishi.
17. Emotsiya tushunchasini izohlay olish.
18. Kayfiyat, ehtiros, jazava tushunchalari.
19. Emotsiyaning butun organizm bilan bog'liqligi.
20. Emotsiyaning ahamiyati.
21. Bemorning his-hayajon holatiga baho berish.
22. Emotsiyaning turli-tuman kasalliklarda o'zgarishi.
23. Iroda haqidagi nazariyalar.
24. Iroda bosqichlari va sifatleri.
25. Tilak, xohish tushunchalari.
26. Istak, intilish, tashabbus tushunchalari.
27. Irodaning turli kasalliklarda o'zgarishi.
28. Shaxs va odam tushunchasi.
29. Xarakterning asosiy tushunchalari.
30. Mijoz turlari.

31. Shaxs to'g'risidagi nazariyalar.
32. Maslakning shakl va sifatlari.
33. Shaxs va kasallik tushunchasi.
34. Shaxs patologiyasi.
35. Bemor shaxsi va tushunchasi.
36. Bemorga ijobiy va salbiy ta'sir qiluvchi omillar.
37. Hamshira va bemor munosabatlari.
38. Tibbiyot xodimlarining taktikasi.
39. Psixogigiyena tushunchasini izohlay olish.
40. Psixogigiyenaning bo'limlari.
41. Hamshira va shifokor psixogigiyenasi.
42. Psixoprofilaktika haqida ma'lumotlar.
43. Psixoterapiya haqida ma'lumotlar.
44. Psixiatriyada hamshiralik jarayonini olib borish xususiyatlari.
45. Hamshiralik jarayonini qo'llash:
 - Tahlil (axborot yig'ish).
 - Parvarish muammosini aniqlash va hamshira tashxisi.
 - Parvarish rejasini tuzish.
 - Parvarishni amalga oshirish.
 - Parvarishni baholash.
46. Bemor bilan muloqot uchun muhit yaratish.
47. D. Orem modeli.
48. Hamshiralik parvarishida D. Orem modelini qo'llash.
49. Ruhiy kasalliklarda vujudga keladigan ehtiyojlarning buzilishi.
50. Ruhiy kasalliklarda hamshiralik tashxislari namunalari.
51. Ambulatoriyada bemorlar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi.
52. Poliklinikada xizmat ko'rsatish qoidalari.
53. Ambulatoriyada hamshiraning vazifalari.
54. Terapevtik bemor psixologiyasi.
55. Somatik kasalliklardagi ruhiy o'zgarishlar.
56. Bemor ruhiyatiga kasallikning ta'siri.
57. Turli terapevtik bemorlarni davolashda ruhiy taassurotlarning o'rni.
58. Jarrohlik kasalliklariga uchragan bemorlar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi.

59. Jarrohlikda bemorlarni ruhiy jihatdan tayyorlash.
60. Operatsiyadan oldingi va keyingi ruhiy o'zgarishlar.
61. Yosh bolalar ruhiyatiga kasallikning ta'siri.
62. Yoshiga qarab psixoprofilaktika ishlarini olib borish.
63. Akusher hamshiraning vazifalari.
64. Ginekologik bemorlar bilan munosabatda bo'lish.
65. Hayz davri psixologiyasi.
66. Frigidlik davri psixologiyasi.
67. Tug'ruq davri psixologiyasi.
68. Deontologiya tushunchasini izohlay olish.
69. Deontologiyaning asosiy vazifalari.
70. Sorrogeniya va uning bemorga ta'siri.
71. Yatrogeniya va uning bemorga ta'siri.
72. Hamshiraning axloq-odobi.
73. Psixologik parvarishda kommunikatsiya.
74. Tekshiruv vaqtida bemorga psixologik parvarish.
75. Ruhiiy kasalliklar va hamshiralik parvarishi.
76. Simptomlarni kuzatish va halokatning oldini olish.
77. Davolash muhitini yaratish.
78. Og'iz orqali dori qabul qilinishini nazorat qilish.
79. O'z-o'zini parvarish qilish darajasini tekshirish.
80. Kundalik hayotda yordam: ovqatlanish, gigiyena uchun muhit yaratish.
81. Atrofdagilar bilan muloqotni kuzatish.

TEST SAVOLLARI

1. Ruhiiy salomatlikka ta'sir etuvchi qanday tashqi muhit omillari mavjud?
 - A. Tabiiy muhit, ijtimoiy-madaniy muhit.
 - B. Ijtimoiy-madaniy muhit.
 - D. Jismoniy doira, hissiyot doirasi, madaniy muhit.
 - E. Hissiyot doirasi, madaniy muhit.
2. Ruhiiy salomatlikka ta'sir etuvchi tabiiy muhitga nima kiradi?
 - A. Tabiiy muhit, ijtimoiy-madaniy muhit.
 - B. Jismoniy doira, hissiyot doirasi, intellektual doira, atrof-muhit.
 - D. Hissiyot doirasi, madaniy muhit.
 - E. Ijtimoiy-madaniy doira, ruhiy doira.
3. Ruhiiy salomatlikka ta'sir etuvchi ijtimoiy-madaniy muhitga nima kiradi?
 - A. Jismoniy doira, hissiyot doirasi, intellektual doira.
 - B. Psixologik sog'liqni saqlash, psixiatriyada parvarish.
 - D. Tabiiy muhit, ijtimoiy-madaniy muhit.
 - E. Ijtimoiy-madaniy doira, ruhiy doira.
4. Depressiyaga olib keluvchi vaziyatlarni ko'rsating?
 - A. Ijtimoiy-madaniy doira, ruhiy doira.
 - B. Tabiiy muhit, ijtimoiy-madaniy muhit.
 - D. Hayot sharoitlarining xavfsizligiga ishonch yo'qligi, doimiy ravishda ortiqcha axborot, o'ziga xos jinsiy sabablar.
 - E. To'g'ri javob: A, B, D.
5. Psixologik parvarish rollari to'g'ri ko'rsatilgan qatorni ko'rsating.
 - A. Psixologik sog'liqni saqlash, psixiatriyada parvarish.
 - B. Insonga bo'lgan ishonchini qaytarish, o'z-o'zini parvarishlash, qaytalanishning oldini olish, davo muhitini yaratib berish, huquqlarida qisman tiklash.
 - D. Jismoniy doira, hissiyot doirasi, intellektual doira.
 - E. Insonga bo'lgan ishonchini qayta tiklash, o'z-o'zini parvarish qilish, qaytalanishning oldini olish, davo muhitini yaratib berish, huquqlarida to'liq tiklash.
6. Ruhiiy salomatlik tamoyillari (JSST bo'yicha) kirmaydi:
 - A. O'zining jismoniy va ruhiy "men" ini anglash va uning uzluksizlik, doimiylik va bir xilligi hissi.
 - B. O'ziga bo'lgan, o'z shaxsiy ruhiy faoliyati mahsulotiga va uning oqibatlariga bo'lgan tanqidiylik.

- D. Ruhiy reaksiyaning tashqi ta'sirlar kuchi va chastotasiga mosligi, ishtimoiy holat va vaziyatga mosligi.
- E. O'z hayot faoliyatini rejalashtirish va uni amalga oshirish qobiliyati yo'qligi.
7. Psixiatriya bo'limida boshqa bo'limlardan farqli qanday chegaralanishlar mavjud?
- A. Jismoniy qisilish, psixologik qisilish, psixiatriyada parvarish.
 - B. Psixologik qisilish, psixiatriyada parvarish.
 - D. Ilmiy qisilish, psixologik qisilish, psixiatriyada parvarish.
 - E. Jismoniy qisilish, psixologik qisilish, ilmiy qisilish.
8. Psixiatriyada tibbiy tadbirlarning o'ziga xosliklari to'g'ri ko'rsatilgan qatorni belgilang.
- A. Jismoniy qisilish, psixologik qisilish, ilmiy qisilish.
 - B. Davolash, tajriba o'tkazish, ilmiy qisilish, psixologik parvarish.
 - D. Majburiy gospitalizatsiya, yopiq bo'limlar, izolyatorlar, kalitga qulflash.
 - E. To'g'ri javob: A, B.
9. Psixiatriyada majburlash yo'li bilan bajariladigan qanday tibbiy tadbirlar mavjud?
- A. Davolash, erkin sayr.
 - B. Davolash, bo'ysundirish, tekshiruvlar o'tkazish.
 - D. Majburiy gospitalizatsiya, harakatlarni chegaralash.
 - E. Majburiy gospitalizatsiya, erkin sayr.
10. "Axborotlangan rozilik" tushunchasi qanday talqin qilinadi?
- A. Tushuntirish va roziligini olish.
 - B. Tushuntirish va izohlash.
 - D. Izoh qilish.
 - E. Advokatlik.
11. Shifokorning bemorga munosabatlarining ilmga asoslangan tizimi:
- A. Terapiya.
 - B. Psixoterapiya.
 - D. Fizioterapiya.
 - E. Autogemoterapiya.
12. Uyg'oqlik bilan uyquga o'tish orasidagi chala uyqu holati:
- A. Psixoterapiya.
 - B. Fizioterapiya.
 - D. Futogemoterapiya.
 - E. Gi'notik holat.

13. Autogen trenirovkani taklif etgan olim:
A. I. Shuls.
B. I. P. Pavlov.
D. Ibn Sino.
E. N.I. Piragov.
14. Gi pnoz holatida quyidagilar tafovut qilinadi.
A. Ishontirish, tabiiy uyqu holatida ishontirish.
B. Uxlatadigan yoki narkotik dorilar berilganidan keyin ishontirish (narkogi pnoz).
D. Uyg'oqlik vaqtida ishontirish, o'z-o'zini ishontirish tafovut qilinadi.
E. Hamma javoblar to'g'ri.
15. Ta'sir ko'rsatish va gi pnoz hodisalarini muntazam ravishda o'rganish qachondan boshlangan?
A. X asrdan.
B. XV asrdan.
D. XVIII asrdan.
E. XVI asrdan.
16. Psixoterapiyani qadimda qanday atashgan?
A. Psixoprofilaktika.
B. Jodugarlik, afsungarlik.
D. Psixogigiya.
E. Diyetoterapiya.
17. Psixoterapevtik uslublarning hammasini quyidagicha bo'lish mumkin:
A. Shartli ravishda ishontirish.
B. Faollashtiruvchi psixoterapiya.
D. Individual va kollektiv (jamo) psixoterapiyasi.
E. Hamma javoblar to'g'ri.
18. Bemorlar jamoasining har bir bemorga shifobaxsh ta'sir ko'rsatishi qanday nomlanadi?
A. Autogen trenirovka.
B. Jamo psixoterapiyasi.
D. Faollashtiruvchi psixoterapiya.
E. Psixoprofilaktika.
19. Muhit yoki mikromuhit deb nimaga va kimlarga aytiladi?
A. Oilasi, yaqin do'stlari, ishxonadagi o'rtoqlari, kasalxonada esa boshqa kasallar.
B. Bemorni davolashda bevosita ishtirok etadigan shifokorlar, tibbiyot hamshiralarga.
D. Bemorni turmushda va davo muassasasida bo'lgan paytida atrofini o'rab olgan vaziyatga.
E. Hamma javoblar to'g'ri.

20. Kasal shaxsiyatining saqlanib qolgan tomonlarini safarbar etib, uni real turmush sharoitlariga jalb qilish, kasallik natijasida izdan chiqqan funksiyalarni mashq qildirish:
- A. Autogen trenirovka.
 - B. Jamoa psixoterapiyasi.
 - D. Faollashtiruvchi psixoterapiya.
 - E. Psixoprofilaktika.
21. Insonlardagi psixika quyidagi ruhiy hodisa sifatida namoyon bo'ladi:
- A. Shaxsning ruhiy xususiyatlari.
 - B. Psixik holatlar.
 - D. Psixik jarayonlar.
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.
22. Tibbiy psixologiya quyidagi mavzularni o'rganadi:
- A. Bemor shaxsini, tibbiyot xodimlarining shaxsini.
 - B. Tibbiyot xodimlari bilan bemorlar o'rtasidagi munosabatlarni.
 - D. Tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabatlarini.
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.
23. Psixologiya fanining "otasi"ni aniqlang:
- A. Abu Ali ibn Sino.
 - B. Aristotel.
 - D. G. Gekkel.
 - E. Lukretsiy.
24. Abu Ali ibn Sino kishilarning yoshini qanday qismlarga bo'ladi?
- A. "O'sish yoshi", "O'sishdan to'xtash yoshi".
 - B. "Cho'kish yoshi".
 - D. "Kuchsizlik bilan birga keksalik yoshi".
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.
25. Abu Ali ibn Sino qanday asarlar yozib qoldirgan?
- A. "Jon to'g'risida risola".
 - B. "Psixologiya to'g'risida risola".
 - D. "Kitob al-ta'bir", "Jon-ruh haqida kitob".
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.
26. Statsionardan chiqqanda bemor qayerda nazoratda turadi?
- A. Dispanserda.
 - B. QVP da.
 - D. Ambulatoriyada.
 - E. Militsiyada.
27. Dispanserda qanday davolash usullaridan keng foydalaniladi?
- A. Dori-darmon bilan davolash.
 - B. Psixoterapiya bilan davolash usullari.
 - D. Fizioterapiya va mehnat bilan davolash usullari.
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.

28. Psixiatrik yordamining hammasi kasalxonadan tashqarida ko'rsatilayotgan joylarning noto'g'risini ko'rsating.
- A. Psixonevrologik dispanserlar.
 - B. Psixiatriya, shifoxonalarining dispanser bo'limlari.
 - D. Umumsomatik shifoxonalar (poliklinika).
 - E. Poliklinikadagi okulistlarning xonalari.
29. Statsionardan chiqqanda, bemorlarga nimalar tavsiya etiladi?
- A. Bemorni keyinchalik qanday kuzatib borish.
 - B. Ambulatoriya yo'li bilan davolash.
 - D. Ishga joylashtirish, ijtimoiy xizmatidan qanday foydalanish.
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.
30. O'zbekiston Respublikasining "Psixiatriya yordami to'g'risida"gi qonuni qaysi yili chiqarilgan?
- A. 2002-yil.
 - B. 2000-yil.
 - D. 1998-yil.
 - E. 1996-yil.
31. Tibbiy psixologiya bemor psixikasini chuqurroq o'rganish maqsadida quyidagilardan foydalanadi:
- A. Kuzatish, eksperiment.
 - B. Suhbat, tarjimaiy holini o'rganish.
 - D. Test tizimlari.
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.
32. Psixik hodisalarning asosan ichki, subyektiv tomonini tekshirish uchun qo'llaniladigan usulni aniqlang.
- A. So'rash va suhbat metodi.
 - B. Bine-Simon testlar tizimi.
 - D. Veksler testlari tizimi.
 - E. Eksperiment.
33. Bu usul yordamida bemorning aqliy rivojlanishi, javob va harakat reaksiyalari aniqlanadi:
- A. So'rash va suhbat metodi.
 - B. Bine-Simon testlar tizimi.
 - D. Veksler testlari tizimi.
 - E. Eksperiment.
34. Veksler testlari tizimidagi harakat bilan ifodalanadigan test tizimiga quyidagilar kiradi:
- A. Obyektlarni va ularning yetishmovchi qismlarini aniqlash.
 - B. Suratlarini ketma-ket qo'yish, yetishmovchi qismlarini topib tuzib chiqish.
 - D. Namunaga qarab 9 tadan 16 tagacha bo'lgan geometrik qismlardan shakllar yasash.
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.

35. Katta yoshdagilar va bolalar uchun mo'ljallangan, shaxsning intellekti va shaxsiy sifatlarini aniqlashga imkon beradigan usulni aniqlang.

- A. So'rash va suhbat metodi.
- B. Bine-Simon testlar tizimi.
- D. Veksler testlari tizimi.
- E. Eksperiment.

36. Veksler testlari tizimi so'z bilan ifodalanadigan qanday testlarni o'z ichiga oladi?

- A. Xabardorlik, umumiy ziyraklik.
- B. Sonlarni teskari sondan sanash qobiliyati (10, 9, 8, 7, 6...).
- D. 42 ta so'zning ma'nosini aniqlashni tekshirish.
- E. Hamma javoblar to'g'ri.

37. Kalla suyagining rentgen tasviri:

- A. Kraniogramma.
- B. Miyelografiya.
- D. Kompyuter tomografiya.
- E. Elektromiografiya.

38. Umurtqa pog'onasi ichidagi o'simtalar va boshqa o'zgarishlarni kontrast rentgen usullari orqali tekshirish:

- A. Kraniogramma.
- B. Miyelografiya.
- D. Kompyuter tomografiya.
- E. Neyrosonografiya.

39. Kristall va gazli detektorli skanner qurilmasi yordamida miyadagi kasallangan joyini o'rganish usuli:

- A. Kraniogramma.
- B. Miyelografiya.
- D. Kompyuter tomografiya.
- E. Neyrosonografiya.

40. Kompyuter tomografiya usuli yordamida qanday ma'lumotlarni aniqlash mumkin?

- A. Tug'ma qiyshayishlar, o'smali jarayonlar.
- B. Qon quyilish o'choqlari, yiringli jarayonlar.
- D. Miya qorinchalarining kengayishi, gidrotsefaliya haqida.
- E. Hamma javoblar to'g'ri.

41. Gallyusinatsiya deb nimaga aytiladi?

- A. Barchada real mavjud bo'lmagan obyektlarni idrok etish.
- B. Ruhiy bemorlarda real mavjud bo'lmagan obyektlarni idrok etish.
- D. Barchada real mavjud obyektning noto'g'ri idrok etish.
- E. Ruhiy bemorlarda o'z shaxsini idrok etishning buzilishi.

42. Paramneziya – bu ...
A. Xotiraning yo‘qolishi.
B. Ongli ruhiy faollik.
D. Soxta xotira.
E. Hayotga moslashmaganlik.
43. Psixosensor buzilishlarga nimalar kiradi?
A. Tana tuzilishining buzilishi, derealizatsiya, illyuziyalar.
B. Pseudogallyutsinatsiyalar, illyuziyalar.
D. Metamorfopsiyalar, depersonalizatsiya, gallyusinatsiyalar.
E. Tana tuzilishining buzilishi, derealizatsiya, metamorfopsiyalar, depersonalizatsiya.
44. Ko‘tarinki kayfiyat, fikrlashning tezlashuvi va yuqori darajadagi harakat faolligining mujassamlashuvi nima deb ataladi?
A. Maniakal sindrom.
B. Depressiv holat.
D. Apatiya.
E. Affekt.
45. Insonning ruhiy faoliyati nechaga bo‘linadi va uning ketma-ketligini toping.
A. 5 ta – diqqat, xotira, intellekt, iroda, ong.
B. 9 ta – ong, emotsiya, iroda, intellekt, xotira, tafakkur, idrok, diqqat, faollik.
D. 8 ta – idrok, diqqat, xotira, tafakkur, intellekt, emotsiya, iroda, ong.
E. 8 ta – idrok, diqqat, intellekt, xotira, tafakkur, iroda, emotsiya, ong.
46. Idrok bu – ...
A. Predmetning sezgi a‘zolarimizga ta’sir etishi orqali uning biron bir xususiyati ongimizda namoyon bo‘lishi.
B. Predmet yoki hodisaning sezgi a‘zolarimizga ta’sir qilishi orqali barcha jihatlar bilan ongimizda to‘liq namoyon bo‘lishi.
D. Subyektiv ruhiy faoliyatining hozirgi vaqtda qandaydir real yoki ideal obyektga yo‘naltirilganligi.
E. Ilgarigi tajribani tashkil etish va saqlash jarayoni.
47. Debillik, Imbesil, Idiotiya ruhiy faoliyatning qaysi qismi buzilishiga kiradi?
A. Tafakkur.
B. Ong.
D. Intellekt.
E. Idrok.
48. Id – bu ...
A. Impulsiv ehtiyojlar.
B. Impulslarni jilovlash.

- D. Instinktiv ehtiyojlarni bostirish.
- E. Instinktiv ehtiyojlarni oshirish.

49. Bunda "O'zining soyasi xuddi kimdir orqasidan yurgandek", "Ko'chada ketayotganda yonidan it chiqib qolsa, xuddi yonida bo'ri turgandek va uni tishlab oladigandek ko'rinadi". Bu holat nima deb ataladi?

- A. Affektiv illuziya.
- B. Ko'rish gallyusinatsiyasi.
- D. Metomorfopsiyalar.
- E. Gi pomneziya.

50. Psixoanalizga ko'ra insonning ruhiy faoliyati necha darajadan iborat?

- A. III daraja: tuyg'u, ehtiros, kayfiyat.
- B. III daraja: ong, ong oldi va ongsizlik.
- D. IV daraja: ong, ong oldi, ong oxiri va ongsizlik.
- E. II daraja: tuyg'u, ehtiros.

51. Kim ongning fiziologik mexanizmi haqida ong bosh miya katta yarim sharlari muayyan sohasining ma'lum optimal qo'zg'alishga ega bo'lgan qismining hozirgi paytdagi va hozirgi sharoitdagi nerv faoliyatidir degan edi?

- A. I.P. Pavlov.
- B. Abu Ali ibn Sino.
- D. Aristotel.
- E. G. Gekkel.

52. O'z shaxsini, mo'ljalini saqlagan holda joy, vaqt va atrof sharoitdagi mo'ljalning buzilishi:

- A. Delirioz holati.
- B. Ambulator avtomatizm holati.
- D. Depersonalizatsiya holati.
- E. Somnolensiya.

53. Bir lahzada paydo bo'lib, odam ba'zan buning uchun nobop sharoitda odatlanib qolgan qator harakatlarini qilishi:

- A. Delirioz holati.
- B. Ambulator avtomatizm holati.
- D. Depersonalizatsiya holati.
- E. Somnolensiya.

54. Bu holatda bemor kimligini biladi, ammo o'zini o'zgarganday sezadi, bu ham hamma vaqt bo'lavermaydi va nimasi o'zgarganini aniq ayto'lmasligi:

- A. Delirioz holati.
- B. Ambulator avtomatizm holati.
- D. Depersonalizatsiya holati.
- E. Somnolensiya.

55. Uzoq davom etadigan, mo'ljal olish o'zgarmaydi, spirtli ichimliklardan, uxlatuvchi dori vositalaridan zaharlanganda kuzatiladigan holat:

- A. Delirioz holati.
- B. Ambulator avtomatizm holati.

- D. Depersonalizatsiya holati.
E. Somnolensiya.
56. Bemorlar atrofda ta'sirotlarga kuchsiz reaksiya ko'rsatishi:
A. Ambulator avtomatizm holati.
B. Depersonalizatsiya holati.
D. Somnolensiya.
E. Karaxtlik holati.
57. Es-hush aynishining juda borib turgan darajasi:
A. Depersonalizatsiya holati.
B. Somnolensiya.
D. Karaxtlik holati.
E. Komatoz holat.
58. Ongning yengil buzilishi, ong bir necha soniya qorong'ilashib, kichik-kichik bulutchalar singari yengil suzib yurishi:
A. Somnolensiya.
B. Karaxtlik holati.
D. Komatoz holat.
E. Obnubilyatsiya.
59. Bulut ma'nosini biladiradigan holat:
A. Somnolensiya.
B. Karaxtlik holati.
D. Komatoz holat.
E. Obnubilyatsiya.
60. Uyquchanlik ma'nosini biladiradigan holat:
A. Depersonalizatsiya holati.
B. Somnolensiya.
D. Karaxtlik holati.
E. Komatoz holat.
61. Mijozning holatini kengroq tushunish uchun nimalarni hisobga olish kerak?
A. Kasallikdan kelib chiqqan belgilarni.
B. Mijozning o'tmishdagi tajribasini.
D. Kuzatilayotgan belgilarni.
E. Hamma javoblar to'g'ri.
62. Mijozni o'rganishda uning tarjimai holi ma'lumotlariga nima kuchli ta'sir ko'rsatadi?
A. Ovqatlanishi.
B. Faolligi.
D. Oilasi.

E. O‘qishi.

63. Bolaning ruhiy jihatdan sog‘lom bo‘lishi to‘g‘risida g‘amxo‘rlikni qachon boshlash kerak?

- A. Onaning qornida bo‘lgan davrdan.
- B. Bolalar yaslisidan.
- D. Bolalar bog‘chasidan.
- E. Maktabdan.

64. Bemorlarda zaharlanib qolish vasvasasida qanday holat kuzatiladi?

- A. Bezovtalanish.
- B. Ovqatdan bosh tortish.
- D. Ich qotishi.
- E. Ko‘p suyuqlik iste‘mol qilish.

65. Faollikning yetishmasligi nimaga olib kelishi mumkin?

- A. Uyquning buzilishiga.
- B. Ko‘p ovqat iste‘mol qilishga.
- D. Harorat ko‘tarilishiga.
- E. A va B javoblar to‘g‘ri.

66. Ko‘pincha ruhiy bemorlar nimalarga e‘tibor bermaydilar?

- A. O‘z tashqi ko‘rinishiga.
- B. Ozodalikka.
- D. Kiyinishiga.
- E. Hamma javoblar to‘g‘ri.

67. O‘tkir davrda mijozda qanday salbiy holatlar kuzatilishi mumkin?

- A. O‘z joniga qasd qilish.
- B. Atrofdagilarga nisbatan zo‘ravonlik.
- D. Atrofdagilarning xavfsizligiga tahdid tug‘dirish.
- E. Hamma javoblar to‘g‘ri.

68. Nima sababli mijoz dori qabul qilishdan bosh tortishi mumkin?

- A. Dorilarning yonaki ta‘siridan qo‘rqib.
- B. Ozib ketishdan qo‘rqish.
- D. Semirib ketishdan qo‘rqish.
- E. Istagi yo‘qligidan.

69. Ruhiy kasalikka giriftor bo‘lgan bemorlarga nima ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi?

- A. Dori-darmon iste‘mol qilish.
- B. Tibbiyot hamshiralarning to‘g‘ri munosabati.
- D. O‘z vaqtida ovqatlanish.
- E. O‘z vaqtida dam olish.

70. Ruhiy bemorlar qanday hollarda ovqat yeyishdan bosh tortishlari mumkin?

- A. Depressiya holatining uzoq vaqt cho'zilishi.
- B. Issiq ovqat tufayli.
- D. Gallyusinatsiya vaqtida ovqatdan zaharlanish vasvasasi kuzatilganda.
- E. Ruhiy bemorlar doimiy ovqat yeyishdan bosh tortishadi.

71. Me'yorda ruhiy sog'lom odamni IQ si qancha bo'ladi?

- A. 40–50.
- B. 50–60.
- D. 70–80.
- E. 80 va undan yuqori.

72. Aqliy zaiflikning qaysi formasida boshlang'ich ta'lim ma'lumotlarini o'zlashtirishi mumkin (Yaponiyada 12 yoshgacha, O'zbekistonda 10 yoshgacha kundalik hayot faoliyati mustaqil)?

- A. Yengil formasi.
- B. O'rta formasi.
- D. Og'ir formasi.
- E. O'ta og'ir formasi.

73. Aqliy zaiflikning qaysi formasida bolang'ich ta'limning boshlang'ich guruhlariga moslashishi mumkin, kundalik hayot va jismoniy qobiliyati qoloq va mashq o'tkazish talab qilinadi?

- A. Yengil formasi.
- B. O'rta formasi.
- D. Og'ir formasi.
- E. O'ta og'ir formasi.

74. Aqliy zaiflikning qaysi formasida boshlang'ich ta'lim dasturini o'zlashtira olmaydi, o'z xohishini so'z bilan bildira oladi, harakat buzilishlari kuzatiladi, lekin mashqlar o'tkazish orqali harakat faolligini kuchaytirish mumkin?

- A. Yengil formasi.
- B. O'rta formasi.
- D. Og'ir formasi.
- E. O'ta og'ir formasi.

75. Aqliy zaiflikning qaysi formasida, asosan, so'z orqali muloqotda bo'la olmaydi, harakatsiz, aniq harakatlanish buzilishi kuzatiladi, o'z xohishlarini bildira olmaydi, shu tufayli nazorat va umumiy qo'llab-quvvatlashga muhtoj?

- A. Yengil formasi.
- B. O'rta formasi.
- D. Og'ir formasi.
- E. O'ta og'ir formasi.

76. Oila ijrosini takomillashtirishga nimalar kiradi?

A. Har bir oila a'zosi nogironlikka nisbatan qarashlarini ko'rib chiqadi va nogiron bolaga nisbatan e'tiborini kuchaytiradi.

B. Nogiron bolaning tarbiyasida har bir oila a'zosining ishtiroki oila rishtalarini mustahkamlaydi.

D. Nog'iron bolaning aka-singillari tabiiy va erkin, o'z xohishlari bilan o'sib, rivojlanishlari uchun sharoit yaratilishi kerak.

E. Hamma javoblar to'g'ri.

77. Oligofreniyaning yengil shakli bo'lib, ko'pchiligi maktabga o'qishga boradi, bemorlar gapiradi, lekin sanash, qo'shishni qiyinchilik bilan bajaradi, ba'zi bemorlar esa she'r va ashulalardan parchalarni yodlaydilar. Qaysi kasallik haqida ma'lumotlar berilgan?

A. Debillik.

B. Imbesillik.

D. Idiotiya.

E. Shizofreniya.

78. O'rtacha og'irlikdagi darajasi bo'lib, bunda bemorlarning so'z boyligi chegaralangan bo'ladi, ko'p ishlatiladigan so'zlarni o'zlashtirib oladi, maxsus maktablarda o'qiy olmaydi, chunki ularning nutq va so'zlarni talaffuz qilishi hamda duduqlanib gapirishi kuzatiladi. Qaysi kasallik haqida ma'lumotlar berilgan?

A. Debillik.

B. Imbesillik.

D. Idiotiya.

E. Shizofreniya.

79. Oligofreniyaning og'ir darajasi bo'lib, bunday bemorlarda nutq bo'lmaydi, ma'nosiz tovushlar, kamdan kam hollarda ayrim so'zlarni talaffuz qiladilar. Bunday bemorlarni biror ishga o'rgatib bo'lmaydi, kundalik buyumlardan foydalana olmaydilar. Ular qo'llariga tushgan narsalarni og'izlariga soladilar, birdan baqirib yuboradilar. Qaysi kasallik haqida ma'lumotlar berilgan?

A. Debillik.

B. Imbesillik.

D. Idiotiya.

E. Shizofreniya.

80. Ijtimoiy yordam sistemasining manbaalarini ko'rsating.

A. Davlat tomonidan moddiy qo'llab-quvvatlash.

B. Nodavlat qurilmalarinig homiylik yordami.

D. Do'stlar, qarindoshlar, qo'shnilar yordami.

E. Hamma javoblar to'g'ri.

81. Quyunchiq ma'nosini bildiradigan surunkali kasallik bo'lib, mushaklar tortishi va tortishuviziz qaytarilib turuvchi hamda bemorning shaxsiyati o'zgarib borishi bilan kechadigan kasallik qanday nomlanadi?

- A. Shizofreniya.
- B. Epilepsiya.
- D. Depressiya.
- E. Demensiya.

82. Kasallikning kelib chiqish sabablari juda ko'p va xilma-xildir. Javoblar orasidan noto'g'risini aniqlang.

- A. Surunkali yallig'lanishlar.
- B. Bosh miyaning turli xil yallig'lanishlari.
- D. Bosh miyaning yopiq jarohatlari.
- E. Irsiy – degenerativ kasalliklar.

83. Epilepsiya bo'lishi uchun nimalar bo'lishi kerak?

- A. Epileptik o'choq, epileptogen manba.
- B. Epileptik status, isitma.
- D. Aura, shaxsiyatning o'zgarishi.
- E. To'g'ri javob yo'q.

84. Miya tizimidagi cheklangan o'zgarish qanday nomlanadi?

- A. Epileptik o'choq.
- B. Epileptogen manba.
- D. Epileptik status.
- E. Aura.

85. Klinik manzarasi necha bosqichdan iborat?

- A. 3 ta.
- B. 4 ta.
- D. 5 ta.
- E. 6 ta.

86. Klinik manzarasi qanday bosqichdan iborat?

- A. Aura, Tonik tortishish.
- B. Klonik tortishish.
- D. Uyqu holati.
- E. Hamma javoblar to'g'ri.

87. Grekcha "shamol" degan ma'noni bildiradigan, tutqanoq xurujining xabarchisi qanday nomlanadi?

- A. Epileptik o'choq.
- B. Epileptogen manba.
- D. Epileptik status.
- E. Aura.

88. Epilepsiyaning ruhiy belgilari: Javoblar orasidan noto'g'risini aniqlang.
- A. Disforiya, es-hushining yo'qolmasligi.
 - B. Epilepsiya deliriyi.
 - D. Epilepsiya oneyroidi.
 - E. Epilepsiya paranoidi.
89. Ba'zan tutqanoq ketma-ket boshlanib, bir necha kungacha davom etishi qanday nomlanadi?
- A. Epileptik o'choq.
 - B. Absans.
 - D. Epileptik status.
 - E. Aura.
90. Birdaniga va qisqa (2–5 soniya) vaqtda hushdan ketish bilan kechadigan tutqanoq:
- A. Epileptik o'choq.
 - B. Absans.
 - D. Epileptik status.
 - E. Aura.
91. Giyohvand moddalar bir marta iste'mol qilganda insonda qanday o'zgarishlar keltiradi?
- A. Kayf beruvchi.
 - B. Jismoniy va ruhiy ko'nikish hosil qiluvchi.
 - D. Tushkunlikka tushiruvchi.
 - E. Xavotirni oshiruvchi.
92. Giyohvand moddalar surunkali iste'mol qilganda insonda qanday o'zgarishlar keltiradi?
- A. Kayf beruvchi.
 - B. Jismoniy va ruhiy ko'nikish hosil qiluvchi.
 - D. Tushkunlikka tushiruvchi.
 - E. Xavotirni oshiruvchi.
93. Giyohvand moddalar uzluksiz iste'mol qilish nimaga olib keladi?
- A. Giyohvandlikka.
 - B. Kashandalikka.
 - D. Alkogolizmga.
 - E. Asab kasalliklariga.
94. Giyohvand moddalarni bolalar qayta iste'mol qilganda nimalar kuzatiladi?
- A. Organizmda ruhiy moyillik.
 - B. Shu moddalarga nisbatan kayf.
 - D. O'qishga bo'lgan qiziqish yo'qoladi.
 - E. Hamma javoblar to'g'ri.

95. Bemorlar giyohvand dorilarni qabul qilmasa, bosh og‘riq, lanjlik, tajanglik, yurak o‘ynashi, kayfiyat va ruhiyatning yomonlashuvi, ich ketish, uyqusizlik va vahima bosish belgilari kuzatilishi qanday nomalanadi?

- A. Abstinensiya.
- B. Kayf beruvchi.
- D. Jismoniy ko‘nikish hosil qiluvchi.
- E. Ruhiy ko‘nikish hosil qiluvchi.

96. Giyohvandlikka o‘rganib qolgan bemorlarda qanday klinik belgilar kuzatiladi?

- A. Ishtahasi yo‘qoladi, terisi quruq, qo‘l barmoqlarda titrash, bo‘g‘im-mushaklarda og‘riq, uyqusi buzilgan, yurakning o‘ynab turishi, ish qobiliyatining susayishi va irodaning pasayishi.
- B. Eyforiya, fikrlashning tezlashishi, hirsning kuchayishi, illyuziyalar.
- D. Bachkanalik, kulgili holatlar, tashnalik, ochlik.
- E. Shu moddalarga nisbatan kayf, mastlik holatlari.

97. Nasha chekilganda organizmda qanday o‘zgarishlar kuzatiladi?

- A. Eyforiya, fikrlashning tezlashishi, hirsning kuchayishi, illuziyalar, bachkanalik, kulgili holatlar, tashnalik, ochlik paydo bo‘ladi.
- B. Ishtahasi yo‘qoladi, terisi quruq, qo‘l barmoqlarda titrash, bo‘g‘im-mushaklarda og‘riq.
- D. Uyqusi buzilgan, yurakning o‘ynab turishi, ish qobiliyatining susayishi va irodaning pasayishi.
- E. Shu moddalarga nisbatan kayf, mastlik holatlari.

98. Giyohvandlik necha bosqichda davolanadi?

- A. 1 ta.
- B. 2 ta.
- D. 3 ta.
- E. 4 ta.

99. Giyohvandlikning qaysi bosqichida organizmdagi zaharli toksinlarni suyuqliklar quyish natijasida chiqarib yuborish, organizmni umuman mustahkamlash va tetiklashtirish, giyohvand moddalar qabul qilishni to‘xtatishga qaratilgan davolash ishlari olib boriladi?

- A. 1-bosqichida.
- B. 2-bosqichida.
- D. 3-bosqichida.
- E. 4-bosqichida.

100. Giyohvandlikning qaysi bosqichida xumor holatini to‘xtatib turuvchi davolash ishlari olib boriladi?

- A. 1-bosqichida.
- B. 2-bosqichida.
- D. 3-bosqichida.
- E. 4-bosqichida.

101. Alkogolli ensefalopatiyada quyidagi somatik tizimdagi o'zgarishlar kuzatiladi:

A. Terining oqarib qolishi, ko'z oqining sarg'ayishi, haroratning ko'tarilishi, yurakning tez urishi, qon bosimning pasayishi, hushdan ketish, jigarining kattalashishi.

B. Titroq, gandarlash, mushaklar tortishi yoki bo'shishi, nistagm, ko'rishning pasayishi, patologik reflekslarining paydo bo'lishi, ensa mushagining qotishi.

D. Ruhiy taranglik, g'amginlik, jahldorlik, tushkunlikka tushish, atrofdagi kishilarga xavf solish.

E. Yig'loqilik, g'amginlik, bezovtalanish, o'ziga suiqasd qilish.

102. Alkogolli ensefalopatiyada quyidagi asab tizimdagi o'zgarishlar kuzatiladi:

A. Terining oqarib qolishi, ko'z oqining sarg'ayishi, haroratning ko'tarilishi, yurakning tez urishi, qon bosimning pasayishi, hushdan ketish, jigarining kattalashishi

B. Titroq, gandarlash, mushaklar tortishi yoki bo'shishi, nistagm, ko'rishning pasayishi, patologik reflekslarining paydo bo'lishi, ensa mushagining qotishi

D. Ruhiy taranglik, g'amginlik, jahldorlik, tushkunlikka tushish, atrofdagi kishilarga xavf solish

E. Yig'loqilik, g'amginlik, bezovtalanish, o'ziga suiqasd qilish

103. Mastlikning qaysi turida mastlikka xos baland kayfiyat kamroq bo'lib, qisqa vaqt bo'ladigan jahldorlik, norozilik bilan almashinib turadi?

A. Mastlikning eksploziv turi.

B. Mastlikning disforik turi.

D. Mastlikning isterik turi.

E. Mastlikning depressiv turi.

104. Mastlikning qaysi turida ruhiy taranglik, g'amginlik, jahldorlik, tushkunlikka tushish, atrofdagi kishilarga xavf solish paydo bo'ladi?

A. Mastlikning eksploziv turi.

B. Mastlikning disforik turi.

D. Mastlikning isterik turi.

E. Mastlikning depressiv turi.

105. Mastlikning qaysi turida harakatning buzilishi bo'lib, qo'llarini qiyshaytirib, bezovtalanadi, bunda o'ziga yengil jarohat yetkazishi mumkin. Bemorda isterik tutqanoq xuruji paydo bo'lishi mumkin?

A. Mastlikning eksploziv turi.

B. Mastlikning disforik turi.

D. Mastlikning isterik turi.

E. Mastlikning depressiv turi.

106. Mastlikning qaysi turida kayfiyatning pasayishi bo'lib, bemorlar ko'pincha yig'laydilar, g'amginlik, bezovtalanish, o'ziga suiqasd qilish fikrlari paydo bo'ladi?

- A. Mastlikning eksploziv turi.
- B. Mastlikning disforik turi.
- D. Mastlikning isterik turi.
- E. Mastlikning depressiv turi.

107. Mastlikning qaysi turida qisqa vaqt ko'tarinki kayfiyatdan so'ng uyqu kelishi va uxlab qolish mumkin?

- A. Mastlikning somnolensiya turi.
- B. Mastlikning epileptoid turi.
- D. Mastlikning disforik turi.
- E. Mastlikning isterik turi.

108. Mastlikning qaysi turida epilepsiya xuruji va harakat qo'zg'alishlari kuzatiladi?

- A. Mastlikning somnolensiya turi.
- B. Mastlikning epileptoid turi.
- D. Mastlikning paranoid turi.
- E. Mastlikning isterik turi.

109. Mastlikning qaysi turida harakat va nutq qo'zg'alishi kuchayib, atrofdagi kishilarni haqorat qiladi, urish va janjal qiladi?

- A. Mastlikning somnolensiya turi.
- B. Mastlikning epileptoid turi.
- D. Mastlikning paranoid turi.
- E. Mastlikning isterik turi.

110. Ko'proq erkaklarda uchrab, o'z turmush o'rtog'ini begona bilan topishib olgandek fikrlar paydo bo'lishi qanday nomlanadi?

- A. Deliriysiz deliriy.
- B. Deliriyning aralash turi.
- D. Alkogolli paranoid.
- E. Rashk vasvasalari.

111. Yunoncha so'zdan olingan, ruhning parchalanishi yoki bo'linishi degan ma'noni bildiradigan kasallik qanday nomlanadi?

- A. Depressiya.
- B. Shizofreniya.
- D. Demensiya.
- E. Epilepsiya.

112. Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablari orasidan noto'g'risni toping:

- A. Virusli infeksiya.
- B. Bosh miya jarohatlarining asoratlari.
- D. Irsiy omillar.
- E. Surunkali yallig'lanishlar.

113. Shizofreniya klinik kechishining qanday shakllari bor? Javoblar orasidan noto'g'risini aniqlang.

- A. To'xtovsiz davom etib turadigan shakli.
- B. O'tkir va surunkali o'tuvchi shakli.
- D. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shakli.
- E. Xurujsimon-progrediyeent shakli.

114. Shizofreniyaning qanday shaklida klinik belgilar asta-sekin kuchayib, zo'rayib borish bilan o'tadi. Kasallik davomida nevrozsimon vasvasali gallyusinator, gebefrenik va katatonik alomatlar kuzatiladi?

- A. To'xtovsiz davom etib turadigan shakli.
- B. O'tkir va surunkali o'tuvchi shakli.
- D. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shakli.
- E. Xurujsimon-progrediyeent shakli.

115. Shizofreniyaning qanday shaklida to'satdan qisqa muddatda psixozlar boshlanib, shaxsiyat asta-sekin o'zgarib boradi, ko'proq o'smirlik davridan boshlanadi, dastlab asabiylashish, ortiqcha fikrlash va miyadan ketmaydigan xayollar paydo bo'lishi bilan kechadi?

- A. To'xtovsiz davom etib turadigan shakli.
- B. O'tkir va surunkali o'tuvchi shakli.
- D. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shakli.
- E. Xurujsimon-progrediyeent shakli.

116. Shizofreniyaning qanday shaklida kasallik xurujlar bilan bo'lib, uzoqroq davom etadi, shaxsiyat o'zgarishi, aql pastlik tobora zo'rayib boradi, vasvasalar va gallyusinatsiyalar bilan kechadi?

- A. To'xtovsiz davom etib turadigan shakli.
- B. O'tkir va surunkali o'tuvchi shakli.
- D. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shakli.
- E. Xurujsimon-progrediyeent shakli.

117. Shizofreniyaning qaysi turida bemor beparvo, kamgap, serjahl va kam harakat bo'lib, yakka qolish, xonalardan chiqmay bir o'zi o'tirish istagi ko'proq bo'lishi hamda negativizm kuzatiladi?

- A. Shizofreniyaning oddiy turida.
- B. Shizofreniyaning katatonik turida.
- D. Shizofreniyaning paranoid turi.
- E. Shizofreniyaning gebefrenik turi.

118. Shizofreniyaning qaysi turida bemorlar harakatida katatonik qotib qolish yoki katatonik qo'zg'aluvchanlik bo'lishi, bir joyda qimirlamasdan qotib turishi va bitta so'z yoki harakatni hadeb takrorlayverishi hamda mutizm kuzatiladi?

- A. Shizofreniyaning oddiy turida.
- B. Shizofreniyaning katatonik turida.
- D. Shizofreniyaning paranoid turida.
- E. Shizofreniyaning gebefrenik turida.

119. Shizofreniyaning qaysi turida bemorlar hech kimning gapiga ishonmaydi, hammaga shubha bilan qaraydi, o'ziga qarshi tashqaridan jismoniy ta'sirlarni sezgandek bo'ladi?

- A. Shizofreniyaning oddiy turida.
- B. Shizofreniyaning katatonik turida.
- D. Shizofreniyaning paranoid turida.
- E. Shizofreniyaning gebefrenik turida.

120. Shizofreniyaning qaysi turida bemorlarda quruq safсатаbozlik, mantiqsiz qiliqlar qilishi, aftini burishtirib, so'zlarini, qiliqlarini sun'iy takrorlab turishi kuzatiladi?

- A. Shizofreniyaning oddiy turida.
- B. Shizofreniyaning katatonik turida.
- D. Shizofreniyaning paranoid turida.
- E. Shizofreniyaning gebefrenik turida.

121. "Organik ruhiy buzilishlar" sabablari orasidan noto'g'risini aniqlang.

- A. Bosh miya shikastlari.
- B. Epilepsiya.
- D. Demensiya.
- E. Bosh miya o'sma kasalliklari.

122. Bo'lib o'tgan voqea va kechinmalarni eslay olmaslik qanday nomlanadi?

- A. Amneziya.
- B. Afaziya.
- D. Agnoziya.
- E. Apraksiya.

123. Gapira olmaslik, so'zlash qobiliyatining buzilishi qanday nomlanadi?

- A. Amneziya.
- B. Afaziya.
- D. Agnoziya.
- E. Apraksiya.

124. Fahmlash, tushunish qobiliyatining bo'lmashligi, bunda bemor sezgi organlari bilan narsalarni idrok qilolmasligi tibbiyotda qanday nomlanadi?

- A. Amneziya.
- B. Afaziya.
- D. Agnoziya.
- E. Apraksiya.

125. Bosh miya katta yarimsharlari po'stlog'i yoki qadoqsimon tana o'tkazuv yo'llarining zararlanishi natijasida maqsadga muvofiq harakatlarning buzilishi qanday nomlanadi?

- A. Amneziya.
- B. Afaziya.
- D. Agnoziya.
- E. Apraksiya.

126. Tashqi kuchning miyaga ta'siri natijasida miyada qanday o'zgarishlar kuzatiladi? Javoblar orasidan mos kelmaydiganini aniqlang.

- A. Miyaning chayqalishi.
- B. Miyaning charchashi.
- D. Miyaning lat yeyishi.
- E. Miyaning ezilishi.

127. Ishtiyoqning yo'qolishi, beparvo, loqayd bo'lib qolish qanday nomlanadi?

- A. Afaziya.
- B. Agnoziya.
- D. Apraksiya.
- E. Apatiya.

128. Miya jarohatining rivojlanishida, asosan, to'rtta davr bo'ladi. Javoblar orasidan noto'g'risini aniqlang.

- A. Boshlang'ich yoki o'ta o'tkir davr, o'tkir davr.
- B. O'tkir davr, yashirin davri.
- D. Tiklanish yoki tuzalish davri.
- E. Kechki asoratlar yoki surunkali davr.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. G.I. Ivanov. *Umumiy psixologiya*. Т, "O'qituvchi", 1967.
2. А.А. Горганов. *Психотерапия*. М, "Медицина", 1973.
3. Е.И. Лихтенштейн. *Помни о больном*. К, "Высшая школа", 1978.
4. Н.В. Канторович. *Медицинская психология*. Т., "Медицина", 1979.
5. Е.И. Лихтенштейн. *Пособие по медицинской деонтологии*. М., "Высшая школа", 1980.
6. Харди. Иштван. *Врач, сестра, больной. Психология работы с больными*. Бухарест, 1981.
7. К. К. Platkov, G. Golubev. *Umumiy psixologiya*. Т., "O'qituvchi", 1982.
8. М. И. Рибольский. *Иллюзии и галлюцинации*. Б., "Просвещение", 1983.
9. Я. Л. Коломинский. *Человек, психология*. М., "Просвещение", 1986.
10. Г. В. Морозов. В. А. Ромасенко. *Нервные и психические болезни*. Москва. "Медицина", 1987.
11. В. Ф. Матвеев. *Основы медицинской психологии, этики и деонтологии*. Москва. "Медицина", 1989.
12. V.F. Matveyev. *Meditsina psixologiyasi, etikasi va deontologiyasi asoslari*. Т., Abu Ali ibn Sino nomidagi nashriyot, 1991.
13. А.И. Shcherbakov. *Yosh psixologiyasi va pedagogik psixologiyadan praktikum*. Т., "O'qituvchi", 1991.
14. Н. Uzoqov, Е. G'oziyev, А. Tojiyev. *Oila etikasi va psixologiyasi*. Т., "O'qituvchi", 1992.
15. Sh. A. Murtalibov. *Psixiatriyadan ma'lumotnoma*. Т., 1993.
16. Е. G'oziyev. *Psixologiya*. Т., "O'qituvchi", 1994.
17. Sh. Sh. Shomansurov. *Asab va ruhiy kasalliklar*. Т., 1995.
18. В. И. Шостак. С. А. Лытаев. *Физиология психической деятельности человека*. Санкт-Петербург, 1999.

19. Abu Ali ibn Sino. *Urjuza yoki 1326 bayt tibbiy o'git.* T., Abu Ali ibn Sino nomidagi nashriyot, 1999.
20. В. А. Медик. В. К. Юрьев. *Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению.* Часть I. Москва, "Медицина", 2003.
21. В. А. Медик. В. К. Юрьев. *Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению.* Часть II. Москва, "Медицина", 2003.
22. С. М. Бортникова. Т. В. Зубахина. *Нервные и психические болезни.* Ростов-на-Дону, "Феникс", 2004.
23. С. М. Бортникова. Т. В. Зубахина. *Нервные и психические болезни.* Ростов-на-Дону, "Феникс", 2005.
24. X. Q. Shodmonov, X. Sh. Eshmurodov, O. T. Tursunova. *Asab va ruhiy kasalliklar.* T., "Bilim", 2004.
25. М. М. Чеканова. *Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии.* Ростов-на-Дону, "Феникс", 2006.
26. Y. M. Fayziyev, E. N. Eshboyev. *Utumiy va tibbiy psixologiya.* T., "Ilm ziyo", 2007.

MUNDARIJA

Soʻzboshi 3

1-BOʻLIM. UMUMIY VA TIBBIY PSIXOLOGIYA HAMDA PSIXIATRIYANING ASOSLARI

Psixologiya tushunchasi haqida umumiy va tibbiy psixologiya fani va uning vazifalari 4

Psixologik parvarish haqida tushuncha 6

Tibbiy psixologiyaning rivojlanish tarixi 8

Abu Ali Ibn Sinoning psixologiyaga oid qarashlari 9

Psixiatriyaning rivojlanish tarixi 13

Oʻzbekistonda psixiatriya fanining rivojlanishi 14

Ruhiyatning taraqqiyoti 15

Ruhan tekshiruv va aql salohiyatini sinab koʻrish 16

Soʻrash va suhbat usuli 18

Bemorlarni tibbiy asbob-uskunalar yordamida tekshirish usullari 20

Psixiatrik yordamni tashkil etishning asosiy masalalari, shifoxonalarda va psixonevrologik dispanserlarda ruhiy kasalliklarni davolash, nazorat qilish hamda parvarish xususiyati 22

Ruhiy bemorlarga koʻrsatiladigan parvarish xususiyatlari 25

2-BOʻLIM. RUHIY JARAYONLAR

Ruhiy hodisalarning klassifikatsiyasi (tansifi) 29

Ruhiy jarayonlar. 31

Meʼyoriy ruhiy jarayonlar va turli-tuman kasalliklarda ularning buzilishlari
31

Sezgining buzilishi 32

Tibbiyot xodimlarining sezgi jarayoni oʻzgargan bemorlarni parvarishlashi
33

Bilish sohasi — idrok haqida maʼlumot 33

Idrok patologiyasi 33

Idrok etish va tasavurning buzilishi 35

Psixosensor buzilishlar 36

Tibbiyot xodimining tasavvur va idrok patologiyasiga uchragan bemorlarga munosabati 36

Me'yor va patologiyadagi diqqat	37
Diqqat patologiyasi	37
Xotira jarayoni	38
I. Esda olib qolish	38
II. Esda tushirish	39
III. Esda saqlash va unutish	40
Xotira turlari	40
Xotira sifati	41
Xotiraning buzilishi	41
Xotirasi buzilgan bemorlarga tibbiyot xodimlarining munosabati	43
Tafakkur haqida tushuncha	44
Tafakkurning sifatlari	48
Tafakkur va aqlning buzilishi	48
Tafakkurning buzilishi	50
Tafakkur va aql buzilgan bemorlarga tibbiyot xodimining munosabati	50
Nutq haqida ma'lumot	51
Nutqning buzilishi	52
Tibbiyot xodimlarining taktikasi	53

EMOTSIYALAR

Emotsiyalar haqida umumiy tushuncha	53
Kayfiyat	55
Asosiy emotsiyalar	55
Ehtiros	56
Affekt (jazava)	57
Sezgilar va emotsiyalar	57
Emotsiyalarning fiziologik mexanizmlari	58
Emotsiyalar patologiyasi	59
Iroda jarayonlari va uning o'zgarishi	60
Tibbiyot xodimining taktikasi	60
Ong me'yorda va patologiyada	63
Ong faoliyatining patologiyasi	63
Oneyroid holat	64
Amentiv holat	64
Es-hushi kirarli-chaqarli bo'lib turadigan holat	65
Somnambulizm holati	65
Ambulator avtomatizm holati	65

Depersonalizatsiya holati	65
Komatoz holat	66
Tibbiyot xodimlarining es-hushi aynigan bemorlarga munosabati	68
Shaxs muammolari	68
Bemor shaxsi va kasallik	70
Hamshira va bemor	71
Psixoterapiya	73
Maxsus psixoterapevtik uslublar haqida umumiy ma'lumotlar	74
Psixogigiyena va psixoprofilaktika	85
Yoshga oid psixogigiyena	86
Mehnat va ta'lim psixogigiyenasi	87
Turmush psixogigiyenasi	88
Oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi	88
Jamoa hayoti psixogigiyenasi	90
Hamshira va shifokor psixogigiyenasi	90
Psixoprofilaktika	91
Psixiatriyada hamshiralik jarayoni	92
Ruhiy kasalliklarda vujudga keladigan ehtiyojlarning buzilishi	97
Ruhiy kasalliklarda hamshiralik tashxislari namunalari	99
Bemor bilan muloqot uchun muhit yaratish	100
D. Orem modeli	104
Hamshiralik parvarishida D. Orem modelini qo'llash	106

3-BO'LIM. XUSUSIY TIBBIY PSIXOLOGIYA MASALALARI

Turli kasalliklarda bemor bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi	108
Ambulatoriya sharoitida bemorlar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi	108
Terapevtik bemorlar bilan ishlash psixologiyasi	110
Jarrohlik klinikasidagi bemorlarning psixologiyasi masalalari	112
Bolalar kasalliklarida bemorlar psixologiyasi masalalari	113
Doyalik va ginekologiyada bemorlar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi	115
Ruhiy kasallar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi	118
Kasalxonadan tashqari yordam	123

4-BO'LIM. PSIXIATRIYA

Ruhiy kasalliklarning belgilari	124
---------------------------------------	-----

Ruhiy kasalliklarning asosiy alomatlari	128
Harakatning buzilishi	129
His-tuyg‘u buzilishi alomatlari	130
Shizofreniya	133
Maniakal-depressiv psixoz	137
Alkogolizm, alkogol psixozlar	139
Giyohvandlik	144
Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi	148
Bosh miya atrofiyasi natijasida vujudga keladigan ruhiy o‘zgarishlar	149
Epilepsiya, bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	152
Bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o‘zgarishlar	155
Psixogeniyalar	157
Reaktiv psixozlar	158
Psixopatiyalar	159
Nevrozlar	160
Nevrasteniya	161
Isteriya	162
Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi	163
Nevrozlarning davosi	163
Oligofreniya	164

5-BO‘LIM. O‘ZBEKISTONDA PSIXIATRIK YORDAMNING HOZIRGI KUNDAGI AHVOLI

Psixiatrik rehabilitatsiya tushunchasi	166
O‘zbekiston Respublikasining "Psixiatriya yordami to‘g‘risida" 31.08.2000- yildagi qonunining 34, 39-moddalari "Psixiatriya muassasalarida yashayotgan va psixiatriya statsionarida davolanuvchilar-ning ijtimoiy ta‘minot va maxsus ta‘lim bo‘yicha huquqlari"	169
TALABA QUYIDAGILARNI BILISHI KERAK	171
TEST SAVOLLARI	174
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	194

Z.S. YUNUSJONOVA
S.A. MIRZAYEVA
E. I. BOSITXONOVA

PSIXOLOGIK PARVARISH

*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan
kasb-hunar kollejlarida tahsil oluvchi talabalar uchun o'quv qo'llanma sifatida
tavsiya etilgan*

«O'zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti,
100083, Toshkent shahri, Matbuotchilar ko'chasi, 32-uy.
Tel: 236-55-79; faks: 239-88-61.

Nashr uchun mas'ul: *Mahmuda Tursunova*
Muharrir: *Nigora O'rolova*
Sahifalovchi: *Rustam Isakulov*
Musahhih: *Hulkar Zokirova*

Bosishga ruxsat etildi: 10.08.2010. «Tayms» garniturasida. Ofset usulida chop etildi.
Qog'oz bichimi 60x90 $\frac{1}{16}$. Shartli bosma tabog'i 12,5. Nashr bosma tabog'i 12,125.
Adadi 3975 nusxa. Buyurtma № . Bahosi shartnoma asosida.

«START-TRACK PRINT» MChJ bosmaxonasida chop etildi.
Manzil: Toshkent sh., 8-mart ko'chasi, 57-uy.