

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 o‘quvchilar uchun
o‘quv qo‘llanma sifatida tavsiya etilgan*

«O‘zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti
Toshkent–2017

UO‘K: 159.9:61(075)

KBK: 56.14

Y57

Yunusjonova Z.S.

Y57 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, 2017. – 224 b.

I. Mirzayeva, S.A.

II. Bositxonova E.I.

UO‘K: 159.9:61(075)

KBK: 56.14ya722

Taqrizchilar:

Sh.Sh. Magzumova – TashMA psixiatriya kafedrasida professori,

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

S.X. Rustamova – Sobir Rahimov nomidagi tibbiyot kollejining oliy toifali o‘qituvchisi.

ISBN: 978-9943-391-06-2

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

© «O‘zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti, 2012.

© «O‘zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti, 2013.

© «O‘zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti, 2014.

© «O‘zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti, 2017.

SO‘ZBOSHI

Mustaqil Respublikamizda barcha sohalardagi 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. Ko‘pgina 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 uchrab turaadi. Psixologik parvarish fanini o‘qitishdan maqsad Davlat tarmoq standartiga mos va jahon standartlaridagi muolajalarni bajara oladigan, muammolarni hal qila oladigan hamshiralarni tayyorlashdir. Bu o‘quv qo‘llanmaning yaratilishidan maqsad bo‘lajak tibbiyot xodimlariga shu va boshqa psixologiya, psixiatriya sohasidagi yangiliklar haqida ma‘lumotlar berish. «Psixologik parvarish» deb nomlanishiga sabab 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 sohalardagi 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, o‘quv

qo'llanma psixiatriyada hamshiralik jarayonini yuritish xususiyatlari, hamshira tashxislari namunalari kiritilgan.

Ushbu o'quv adabiyotdan tibbiyot kollejarida 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 o'quv qo'llanma 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 hamma 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 deb 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 bog'lanib ketadi. Tibbiyot psixologiyasi asoslarini o'rganish tibbiyot xodimining vazifasi va burchidir.

Tibbiy psixologiya ko'magida o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimlari va shifokorlar:

1) asab-ruhiy kasalliklar yoki somatik kasalliklar bilan og'riqan bemorlarning ruhiy ahvoli to'g'risida;

2) bemor psixikasiga somatik kasallikning ta'siri to'g'risida va aksincha, asab-ruhiy o'zgarishlarining somatik kasalliklarning o'tishiga ta'siri to'g'risida to'g'ri fikr yurita oladilar;

3) somatik kasalliklarning kelib chiqishi, o'tishi va oqibatlarida ruhiy omillarning qanday rol o'ynashini aniqlay oladilar.

Tibbiy psixologiya quyidagi mavzularni o'rganadi:

1. Bemor shaxsini.

2. Tibbiyot xodimlarining shaxsini.

3. Tibbiyot xodimlari bilan bemorlar o'rtasidagi munosabatlarni.

4. Tibbiyot xodimlarining o'zaro munosabatlarini.

5. O'rta tibbiyot xodimlarining shaxsini.

Tibbiy psixologiyaning asosiy vazifasi — shaxsning kasallikka reaksiyasini va bemorning o'rta tibbiyot xodimi, shifokor hamda o'z yaqin qarindoshlari bilan munosabati xususiyatlarini o'rganishdan iborat.

Tibbiy psixologiya yana quyidagilarni o'rganadi:

1. Kasalliklarning oldini olish va sog'liqni mustahkamlashda psixikaning rolini.

2. Turli xil kasalliklarning kelib chiqishi, kechishida, rivojlanishida psixikaning roli va o'rnini.

3. Kasallikni davolash vaqtida psixikaning holatini.

4. Turli kasalliklarda ro'y beradigan ruhiy o'zgarishlarni va ularning oldini olishni.

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

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

Bemorning ruhiy ahvoriga to'g'ri baho bera bilish va shu ahvoriga ta'sir ko'rsatish uchun tibbiyot xodimi tibbiy psixologiya asoslarini bilishi shart.

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

Tibbiy psixologiyaning tekshirish uslublari quyidagilar: kuza-tish metodi, eksperiment metodi, so'rab-surishtirish va suhbat metodi, tarjimayi holini tekshirish metodi, faoliyat samaradorligi-ni 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, sanitar-tariya 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'zgaralar 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.

JSTT 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'zgar-masligi 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 cho-ra-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 hamshiralar kengashida quyidagi ta’rifni hamma bir ovozdan 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 kasalxonasiidagi 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 ehtiyojlarini (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 ahvoriga, 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 evolutsion nazariyasi nihoyatda katta ahamiyatga ega bo'ldi. Ruhiy jarayonlarning evolutsion 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 namoyandasi 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 bo'lib 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 ayta 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 o'ynadi. 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 bilish zarur hisoblanardi. Toʻrtinchidan, psixologiya yosh avlodni oʻqitish va tarbiyalash masalalarini samarali hal qilishga katta yordam berishini u anglab yetgandi.

Abu Ali ibn Sinoning psixologiya sohasidagi taʼlimoti uning tirik organizmdagi hayotiy biologik jarayonlarni tushuntirishida yaqqol koʻrinadi.

Buyuk olim oʻzining psixologiya sohasidagi risolalarida qanday masala yuzasidan ilmiy tekshirish ishi olib bormasin, avvalo, oʻsha tekshirilayotgan obyekt mavjudmi yoki yoʻqmi — shuni aniqlash kerakligini uqtiradi.

Abu Ali ibn Sino, agar har qanday narsa va hodisa ichki yoki tashqi sabablar bilan harakatga keladigan boʻlsa, demak, insonning yashashi va harakatida ham birorta sabab boʻlishi kerak, bunday sabablardan biri «ruhiy quvvatdir», deb koʻrsatadi.

Aristotel kabi Abu Ali ibn Sino ham odam tanasi va «ruhiy quvvatlar» materiya bilan shaklan bir-biridan ajralmagan holda mavjud ekanligini taʼkidlaydi. Shuning uchun ham Abu Ali ibn Sino psixik faoliyat bilan odam salomatligining bir-biriga taʼsir 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 oʻtkazadi.

Kishi ruhiy holatlarining organizmiga taʼsiri har qanday ruhiy jarayonning fiziologik asoslari bilan bogʻliq ekanligini, organizmga tashqi muhitning taʼsiri katta boʻlishini isbotlash uchun Ibn Sino ikkita qoʻzi olib, ulardan birini och boʻri yaqiniga bogʻlagan, ikkinchisini esa boʻriga koʻrsatmay, oddiy, tinch sharoitda saqlagan. Har ikkalasiga ham bir xil miqdorda, hatto tarozida oʻlchab ozuqa bergan. Koʻp oʻtmay boʻriga yaqin bogʻlangan qoʻzi boʻrining hamlalaridan uzoq vaqt qoʻrqqanidan juda ham ozib ketgan va yaxshi boqilishiga qaramay, kasallikka uchrab oʻlgan. Oddiy sharoitda saqlangan qoʻzi 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 aʼzosisidir. Shuning uchun ham Ibn Sino miya «seziluvchi suratlarni idrok qiladi yoki saqlaydi..., xayolda saqlangan suratlarni jamlab yoki boʻlib

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 mijozi to'g'risida fikr yuritarkan, 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'ttizdan o'ttiz beshga yoki qirq yoshgacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi.

3. Cho'kish yoshi. Yoshi qaytganlik 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 bilim amaliy tibbiyotda ham qo'llanganligini va katta muvaffaqiyat qozonganligini ko'ramiz.

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 bemalol, 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, musiqi 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 maqtovg'a sazovor.

Abu Ali ibn Sino o'zining «Tib qonunlari» kitobida ko'pgina ruhiy kasalliklar, jumladan, epilepsiya, reaktiv holatlar alomat-lari haqida batafsil ma'lumotlar berib o'tgan. U ruhiy kasallik-lar kelib chiqishida tashqi muhit omillarining roli va ahamiyati-ni 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 hisoblanar-di. Ana shu tushunchalarga qarab, ruhiy kasalliklar bilan og'rigan bemorlarga nisbatan munosabat ham turlicha bo'lgan. Odatda, tentak bo'lgan bemorlarni Xudoning g'azabini qo'zg'atgan deb hisoblashar, ularga nafrat bilan qarashar va ko'pincha o'ldirib yu-borishar edi. Osoyishta tentaklik deb ataladigan dardga muhtalo bo'lgan kishilarni «Xudoning sevimli bandalari» hisoblab, ular-ga mehr-shafqat qilishar, yangi kiyimlar kiydirishar, bo'yinlariga gulchambarlar osishar edi. «Shu narsani bilmoq kerakki, – deb yozgan edi Gippokrat, – bir tomondan lazzatlanish, shodlik, kul-gi, o'yinlar, boshqa tomondan g'amginlik, ma'yuslik, norozilik va achinish miyada paydo bo'ladi. Bu tufayli biz tentak bo'lamiz, alahlaymiz yoki kechasi, yo bo'lmasa kunduz kunlari biz vahima-ga, qo'rquvga tushamiz». Ruhiy kasalliklar Gippokratning fikri-cha bosh miyaning kasallanishi tufayli paydo bo'ladi va bosh mi-yaning yarim sharlari bir tomonining shikastlanishi tananing qarama-qarshi tomonida talvasaga tushish kabi buzilishlarni pay-do qilishini aytib o'tgan. Shu kunga qadar psixiatriyada qo'llanilib kelayotgan «melanxoliya», «maniya», «paranoyya» atamaları Gip-pokratga taalluqlidir. Bundan tashqari, u to'rt tipdagi gavda tuzi-lishi va mijoz (sangviniklar, flegmatiklar, xoleriklar va melanxo-liklar)larni hamda har bir tipning o'ziga xosligiga odamga tabiat (ob-havo, tashqi muhit) ta'sirining natijasi borligini kuzatadi.

Tarixiy o'zgarishlar hisobiga Sharq va G'arbda psixiatriyaning rivojlanishi ma'lum vaqtda to'xtab qoldi.

O'zbekistonda psixiatriya fanining rivojlanishi

1896-yilda Toshkent harbiy gospitali qoshida 50 o'ringa mo'ljallangan ruhiy kasalliklar bo'limi ochildi. 1918-yilda harbiy gospitalning psixiatriya bo'limi O'rta Osiyoda 190 o'ringa mo'ljallangan, birinchi ruhiy kasalliklar shifoxonasi bo'lmish o'lka ruhiy kasalliklar shifoxonasi etib qayta tashkillashtirildi. 1920-

yilda Turkiston Davlat universiteti qoshida psixiatriya kafedrasini tashkil etildi. 1925-yilda «Nevropatologlar va psixiatrlarning respublika ilmiy jamiyati» joriy etildi. 1920–30-yillarda ToshMI ning psixiatriya kafedrasini tashabbusi bilan Samarqand, Ashxobod, Dushanbe, Bishkek kabi Turkiston o'lkasining boshqa shaharlarida ham kafedralar tashkil etildi. 1934-yilda o'lka ruhiy kasalliklar shifoxonasi 500 o'ringa mo'ljallangan 11 bo'limdan iborat Respublika ruhiy kasalliklar shifoxonasi deb qayta tiklandi. Psixiatrik shifoxonani L.V. Ansiferov boshqardi va ruhiy bemorlarga yordam ko'rsatishda o'zining ulkan hissasini qo'shdi. 1943–1962-yillar Respublika psixiatrik shifoxonasida M.G'. G'ulomov bosh shifokor bo'lib ishladi. U o'z faoliyati davrida shifoxonada birinchilardan bo'lib bemorlarni har tomonlama tekshirish uchun laboratoriya, reabilitatsiya maqsadida mehnat bilan davolash us-taxonalarini tashkil qilgan.

O'zbekistonda psixiatriyaning asoschilaridan professorlar Y.V. Kannibix, I.M. Balinskiy, dotsent L.V. Ansiferov, M.M. Mo'minova, 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 chorolari to‘g‘risidagi fandir;
- xususiy psixiatriya – ruhiy kasalliklarning turlari, qiyosiy tashxisi va davolash usullarini o‘rganuvchi fandir.

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 sohalari 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, tarjimayi 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 asboblari 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 tizimining 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 chiziqlarni 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 kartochkada 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.

Tekshiruvlarni o'tkazishda hamshiralik parvarishi

Axborotlashtirilgan rozilik olish (tushuntirish va rozilik, bemorning muolaja o'tkazilishiga xohishi):

Tekshiruvning kerakligi

Tekshiruvning to'g'ri o'tkazilishi, tashxisning to'g'ri qo'yilishi, davolash va hamshira parvarishining to'g'ri olib borilishini ko'rsatib beradi. Hamshira bemorda o'tkazilayotgan tekshiruv maqsadini va bemorga, uning holatiga ko'ra qanday tekshiruv turi lozim ekanligini tushuna olishi kerak. Bemor va uning oila a'zolariga bo'ladigan tekshiruv haqida aniq va batafsil tushuntirish, shundan keyingina ularning roziligini olish lozim.

Agar bemor tekshiruv haqida yetarlicha tushunchaga ega bo'lmasa, unda bezovtalik kuchayib, ishonchsizlik paydo bo'lishi va tekshiruvdan bosh tortishi mumkin. Xastalıkları tufayli, ruhiy kasalligi mavjud bemorlarning tushuntirishlarni anglab yetishlari uchun vaqt kerak bo'ladi. Shu bilan birga ular o'z kasalliklarini anglay olmaydilar va bunday bemorlar ko'pincha tekshiruvning o'tkazilishi muhimligiga zarurat sezmaydilar. Bemorning tushuna olish darajasiga ko'ra, suhbat o'tkazish va ko'rib bilishi uchun bukletlar, videovositalardan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Tekshiruv o'tkazishdagi xavflar.

Bemorga avvaldan jisman va ruhan tekshiruvlar, tekshiruv paytidagi xavflar to'g'risida keragicha tushuntirib, shundan keyin uning roziligini olish lozim.

Tekshiruv jarayoni

Bemorga lozim bo'lgan tekshiruv paytida ortiqcha qo'rquv va bezovtalik his qilmasligi uchun tekshiruv o'tish joyi va uslubi haqida tushuntirish suhbatini o'tkazish kerak bo'ladi.

Tekshiruv paytidagi hamshira parvarishi

Umumiy holatni kuzatish

Ba'zan ruhiy hasta bemorlar o'z jismoniy holatini, to'g'ri tushuna olmasligi yoki mavjud ruhiy belgilar tufayli noto'g'ri namoyon qilishlari mumkin. Hayot faoliyati ko'rsatkichlari, ong maromi, so'zlari va harakatlarini kuzatib borib, o'tkazilayotgan tekshiruvga ko'ra bemorning umumiy ahvolidan ham boxabar bo'lish kerak.

Osoyishtalikni ta'minlash

Ba'zida ruhiy belgilar tufayli murakkab tekshiruv muolajasini o'tkazishda tekshiruvgacha va undan keyin lozim bo'lgan osoyishtalikni ta'minlashdek muhim jabhalar yoddan ko'tariladi. Sinchiklab kuzatish va kerak bo'lsa, bemorga osoyishtalik yaratish lozim.

Ikkilamchi buzilishlar va asoratlarni bartaraf etish

Tekshiruv o'tkazish paytida bo'lishi mumkin bo'lgan ikkilamchi buzilishlar va asoratlardan ogoh bo'lish, bu haqdagi axborotni davolovchi xodimlar, bemor va uning yaqinlariga yetkazish, hamda muhofaza choralari ko'rish lozim. Hamshiradan bemorning umumiy ahvolini tushunish, undagi ruhiy belgilarni sinchiklab o'rganish va asoratlarini kamaytirishga erishilgan holda, tekshiruvning to'g'ri o'tkazilishida yordam berish talab etiladi.

Bemorlarni tibbiy asbob-uskunalar yordamida tekshirish usullari

I. Elektroensefalografiya.

EEG – miya biopotensiallarini qayd qilishga asoslangan zamonaviy tekshirish usulidir. Elektroensefalograf orqali bosh miya potentsiallari 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, doimiyliigi 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 EEGda 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 elektrofizilogik 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, mielinsizlantiruvchi 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 invazyalar ko'zda tutilmaydi va taalluqli 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.

MRTni 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 klaustrfobiya 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 punksiyasi (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 buzilishlari yuzaga kelsa, bu orqa miya suyuqligining holatida namoyon bo'ladi. Qon-tomir kasalliklari, shikastlar, yallig'lanishlar yoki o'simtalar yuzaga kelganda, orqa miya suyuqligining tekshiruvi 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.

Psixologik parvarishning obyektlari, maqsadi, yordam ko'rsatish tamoyillari, vazifalari va usullari

Psixologik parvarish obyektlari va o'ziga qamrab olish doirasi (ko'lami)

(1) Sog'lom insonlar, ruhiy muammoli insonlar va ruhiy xasta insonlar

(2) Inson tug'ilishdan to qarilikgacha

Psixologik parvarishning maqsadi sog'lom inson ruhiy muammoli insonga, ruhiy muammoli inson ruhiy bemorga aylanmasin, ruhiy bemorni shunday davolash, parvarish qilish hamda qo'llab-quvvatlash (yordam berish) kerakki, u kelajakda jamiyatga qaytib, jamoada o'z o'rnini topsin, o'zi yashab keta olsun, o'zini o'zi parvarish qila olsun. Jamoada ruhiy bemorga nisbatan diskriminatsiyani bartaraf qilish.

Tamoyillari:

- ruhiy sogʻliqni saqlash;
- psixiatriyada parvarish.

Inson rivojlanishida nima muhimroq degan savol (masala) – naslmi yoki muhit, tabiatmi yoki jamiyat, ong yoki oʻqitish va tarbiya degan masala uzoq vaqt ilmiy adabiyotlarda bahslashilmoqda, biroq hozirgi kunga qadar bir xulosaga kelinmagan.

Eriksonning fikricha insonning bir yosh boʻsagʻasidan ikkinchisiga oʻtayotganda yoshga doir krizislar boʻlib oʻtishi mumkin, bu krizislar uning ijtimoiy munosabatlari faoliyati va ongi doirasidagi tizimli sifat jihatdan oʻzgarishlar (qayta qurilishlar) bilan bogʻliq.

Krizislarning shakli, davomiyligi va kechish keskinligi insonning individual xususiyatlariga, ijtimoiy va mikroijtimoiy muhit, oiladagi tarbiyaning xususiyatlari, anʼanalar hamda umuman pedagogik sistemaning xususiyatlariga koʻra sezilarli farq qilishi mumkin.

Psixologik parvarishning vazifasi:

1. Insonlarga boʻlgan ishonchni qayta tiklash.
2. Oʻz-oʻzini parvarish qilishda yordam.
3. Retsidiv (qaytalanish)ning oldini olish.
4. Davo muhitini yaratib berish.
5. Huquqlarini toʻliq tiklash.

1. Insonlarga boʻlgan ishonchni qayta tiklash.

Ruhiy jarohatlar oqibatida pasaygan insonning oʻziga boʻlgan bahosi, atrofdagilarning unga hurmat bilan munosabat qilishi tajribasi asosida tiklanadi. Inson atrofdagilar tomonidan hurmatli munosabat koʻrsa, shu qatori oʻziga ham ayab hurmat bilan munosabatda boʻlishga qodir. Hamshira bilan munosabat qila turib inson yana bir bora kimgadir kerakli, sevimli boʻlishga loyiq ekanligini anglaydi.

Doimo mijozga tayanch boʻlib, oʻzaro fikr almashish (Yolgʻizlik – eng ogʻir azob) lozim. Bemorga «Oʻzingga ishon, seni hamma yaxshi koʻradi, senga gʻamxoʻrlik qilayotganlarga ishonch bildir», degan gaplarni aytib atrofdagilarga nisbatan bemorni ishonchini orttirish maqsadga muvofiq boʻladi. Nafaqat mavjud simptomlarni kuzatish, balki mijozning shikoyatlari va harakatlari zaminida nima yashiringanini ham tushunish kerak.

2. O‘z-o‘zini parvarish qilishda yordam.

Kuzatuv o‘tkazish va o‘z-o‘ziga parvarish qilish qobiliyatini baholashni Orem nazariyasi asosida bajariladi. Orem nazariyasining asosida o‘z-o‘zini parvarishni yo‘lga qo‘yish yotadi. Ruhiiy bemor kelajakda o‘zi yolg‘iz yashashi mumkinligini hisobga olib, o‘z-o‘zini parvarishni o‘qitish yoki o‘rgatish kerak. Negaki u jismonan sog‘lom. O‘z-o‘zini parvarishda yordamlashish bilan birga, bemor haqiqatda ham shikastdan keyingi stressli buzulishdan tuzalgan tuzalmaganligini kuzatish ham muhim.

3. Retsidivlar (qaytalanishlar)ning oldini olish.

Dorilarning nojo‘ya ta‘sirlari bemorni qattiq istirobga soladi va shu sababli bemor dori ichmay qo‘yadi. Ba‘zida bemorlar ularga azob berayotgan simptomlar dori vositalari nojo‘ya ta‘siri tufayli ekanligini bilishmaydi. Bemorga ichayotgan dorisi, uning muhimligi, nojo‘ya ta‘siri haqida ma‘lumot berish katta ahamiyatga ega. Shu bilan bemorlar ta‘sir lanuvchanlik, uyquning yomonlashuvi, ko‘p ahvoli yomonlashayotganligi belgisi ekanligini va ahvoli yomonlashganda bu haqida darhol xabar berish lozimligini o‘rganadi va tushuna boshlaydi.

4. Davo muhitini yaratib berish.

«Quchog‘iga olish», «Bag‘riga olish» – bu inson o‘zining maksimal bexavotir his qiladigan muhitning asosiy tarkibiy qismidir. Davo muhiti eshiklarda qulfi bor yoki yo‘qligi, xonalarning jihozlanishi bilan chegaralanib qolmay, o‘z ichiga insoniy munosabatlar, shaxslararo munosabatlarni ham oladi. Davo muhiti o‘zaro cheklanishsiz fikr almashinuvi kechadigan muhit, mijoz o‘zini xotirjam his etadigan muhit (bemor o‘zini hech qanday tahdidsiz, xotirjam his etadigan muhit).

Bemor uchun u bergan zarracha ishora e‘tiborsiz qolmaganiga va haqiqatdan hamshira tomonidan qabul qilinganligiga ishonishga imkon beruvchi tajriba ancha muhimdir. Bunday muhit bemorda xotirjamlik hissini uyg‘otadi.

5. Huquqlarini to‘liq tiklash.

Insonga ruhiy buzilish tufayli yo‘qotilgan, ammo har bir odamda bo‘lishi kerak bo‘lgan huquqlarni insonga qaytarish. Agar bemor o‘z qadriga ega bo‘lsa, o‘ziga baho berishga qodir bo‘lsa, u holda o‘ziga unga nima kerakligini o‘zi tanlay oladi. Masalan, yashash joyini va ishni tanlash, og‘ir ahvoldagi bemorlarda bu

narsa ovqat yeyish, vanna qabul qilish ehtiyojlari va h.k.larda namoyon bo'ladi.

Yordam ko'rsatish usullari:

1. Kundalik hayotda yordam berish.

Muhimi mijoz «ona g'amxo'rli»ni his etishini ta'minlash. Jismoniy g'amxo'rlik vositasida hamshira parvarishini nazariy asoslab olib boriladi.

- Vanna qabul qilishda yordam berish: iliqlik, qamrab oluvchi hissiyot.

- Sochni yuvish: g'amxo'rlik hissi.

- Oyoqlarni yuvish: yaqinlik va g'amxo'rlik hissi.

2. Klub faoliyati – davolash jarayonining bir qismi sifatida.

- Jo'rlikda kuylash.

- Mehnat bilan davosining turli xillari: bog'dorchilik, uy hayvonlari parvarishi, dalada ishlash, kulolchilik, rasm chizish va h.k.

3. Ko'ngil ochish – o'zaro shaxsiy munosabatlardagi taranglikni bartaraf etish.

- Tadbirlar: tug'ilgan kunlar, o'yinlar, bayramlar tashkil qilish, xaridlar.

- Sayrlar.

- Quyoshda toblanish: quyoshda isinish.

Diniy hissiyotlarni ardoqlash

Statsionarda alohida musulmonlar uchun va nasroniylar uchun alohida diniy udumlarni o'tkazish «burchaklar»i tashkil etilgan. Bemorning ixtiyoriga ko'ra, kasalxonaga cherkov yoki masjid xizmatchilari taklif qilinishi mumkin. Cherkov xizmatchilari (yollanma xodimlar) ixtiyoriy ravishda guruhlarda va alohida suhbatlar tarzida bemorlarga moddiy va ma'naviy yordam ko'rsatadilar.

1. O'z foydaligini his etish (o'zining ham boshqa odamlarga foydasi tegishini his etish), shaxsiy qadriyatlarini qayta ko'rib chiqish (o'z qimmatini tartiblash).

2. O'zligini yengil izhor etish.

3. Ijtimoiy taalluqlilik hissini singdirish (tashqi ko'rinish).

4. O'zaro shaxsiy munosabatlardagi taranglikni yumshatish.

5. O'zini nazorat qilishni singdirish.

6. Muammoga qanday yondashish kerakligini o'rganish.

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 vazirligining 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 psixogigiya hamda sanitariya maorifi ishlarini tashkil etish. Dispanserda be-

morlar 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'ilsa, 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. Stasionardan 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 hamshiralar muntazam amalga oshirib borishlari, bemorlarning ahvolini nazorat qilishlari zarur. Hamshiralar 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 hamshiralar har kuni kuzatib boradilar. Ahvoli yaxshilanib qolgan bemorlar o'zlarining ish joylariga qaytishlari yoki o'zlariga yoqadigan kasbni egallashlari mumkin. Ruhiiy 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 hamshiralar tumanlarga chiqib, QVA (qishloq vrachlik ambulatoriyasi), QVP (qishloq vrachlik 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 tirnalgan 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, sanchqi, igna, shisha idishlar), dorilar berish qat'iy 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

daralarini 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

Psixiatriyada tibbiy tadbirlarning o'ziga xosliklari

Ruhiy kasalliklarning o'ziga xosliklarini hisobga olib, ba'zida bemorlarda qaror qabul qilish va tushunish qobiliyati yomonlashgan deb hisoblanadi. Shu sababli psixiatriyada boshqa klinik sohalarda qiyoslashganda shifokor, hamshira va bemor holatlarida yanada ko'proq farq borligi ehtimolligi mavjud.

Majburiy gospitalizatsiya, yopiq bo'limlar, izolatorlar, kalitga qulflash va boshqa majburlovchi tibbiy harakatlarni chetlab o'tib bo'lmasada, ularning to'g'ri bajarilayotganligini nazorat qilib borish zarur.

Psixiatriya bo'limida boshqa bo'limlarda kuzatilmagan bir qator chegaralashlar mavjud.

- Jismoniy chegaralash
- Kalitga qulflash, qo'l-oyoqlarini bog'lab qo'yish va shu kabilar

- Psixologik chegaralash

Bemorda har doim agar u qattiq baqirsa, shovqin qilsa, o'zini bezovta tutsa, atrofdagilarga zarar yetkazadigan bo'lsa, unga inyeksiya qilishlari yoki izolatorga qamab qo'yishlaridan qo'rquv mavjud bo'ladi. Bu esa insonning o'z jahlini yoki xavotirini namoyon qilishini bosish, unga yo'l qo'ymaslikdir.

- Ilmiy chegaralash

Bemor harakatlarini dori vositalari yordamida cheklash. Muhimi dori vositalari yordamida kuchli namoyon bo'lgan ruhiy siptomli bemorlarni o'zini tutishini yaxshilashga yordam berilishini, ammo shu bilan birga dori kuchi bilan bemorni qanday bo'lsada harakatlar qilish yoki shikoyatlarini aytish qobiliyatidan

mahrum qiladi (vaqtincha). Bemorning xotirjamligi, tinchligi va passivligi bu dori vositasining ta'siri natijasi ekanligini lekin haqiqatda u butkul boshqacha inson ekanligini har doim yodda tutishimiz kerak.

Mustaqil tanlashda va qaror qabul qilishda yordam

Psixiatriyada majburlash yo'li bilan bajariladigan bir necha tibbiy tadbirlar mavjud (majburiy gospitalizatsiya, harakatlarini chegaralash va h.k.). Shu sababli boshqa sohalarga nisbatan psixiatriyada insonning mustaqil o'zi belgilash, tanlash huquqini buzish ehtimolligi yuqori.

Davolash masalalari, hayotda yordam ko'rsatish yo'llari, parvarish usullari haqida batafsil tushuntirish olib borish va bemorga u o'z kasalligi (buzilish)ni qanday qabul qilishi va u bilan qanday yashashi, shular haqida o'ylab ko'rishiga yordam berish zarur.

Bemor bilan o'ylash, unga o'z xohishini bildirish va qaror qabul qilishga yordam berish muhimdir.

Axborotlangan rozilik

Axborotlangan rozilik tushunchasi «tushuntirish va roziligini olish» deb talqin qilinadi. Bemorlarni shifoxonaga yotqizishda kalitga yopiladigan bo'limlarga gospitalizatsiya qilinayotganligi, yoki vaqtincha izolatorga joylashtirish mumkinligini oldindan ularga hamda oila a'zolariga tushuntirish va ularning roziligini olish kerak. Asosan yozma rozilik olinadi. Unga bemor va uning oila a'zolari yoki homiysi o'z imzosini qo'yadi, bu «tushuntirishdan» so'ng «rozilik» olinganiga guvohlik beradi.

Shuningdek bemorga davolash usullari, dorilarning nojo'ya ta'sirlari hamda kasallikning keyingi bashorati haqida batafsil tushuntirish ishlarini olib borish orqali bemor tomonidan davolash muolajalarini ongli (bilib) o'tishini ta'minlash zarur. Shifokorlar va hamshiralar uchun tekshiruv natijalari, bemorning tashxisi muhim, biroq bemor uchun qo'yilgan tashxisdan ko'ra uning ahvoli nima kechadi va u avvalgi hayotga qayta olishligi ko'proq qiziqtiradi.

Bemor bilan birgalikda shifoxonadan keyingi hayotda ruhiy buzilishlar bilan qanday yashash kerakligini muhokama qilish muhim hisoblanadi. Buning uchun bemor tushuntirishlarning mazmunini qay darajada o'zgartirganligini tushunish va zarurat bo'lganda qo'shimcha tushuntirish ishlarini o'tkazish zarur.

Psixiatriya xizmatida ishlaydigan hamshiralarning ishlari boshqa shifoxonadagi xodimlardan farq qiladi. Bu yerda ko'pgina bemorlar o'zlarining kasal ekanliklarini tushunmaydilar, ba'zilari esa o'zlarini umuman kasal, deb hisoblamaydilar. Ba'zi bemorlar es-hushi aynib, ko'p harakatlar qilishadi. Bunda hamshiralalar 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'lig'ini 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 xabarlarni 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 al-

dashgan sanitarlarga hamshiralar qaysi bemorlar qattiq kuzatuvda bo'lishini, parvarishga muhtoj ekanligini ko'rsatishlari lozim. Bunday bemorlarga depressiya holatiga tushganlar, gallutsinatsiyalar 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 hamshiralar doim hushyor bo'lib kuzatib borishlari kerak. Chunki ular o'zlarini o'ldirishlari, jarohat yetkazishlari, qochib ketishlari va atrofda-gilarga 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. Hamshiralar 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 bekilib 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.

Qo'zg'algan holatdagi va ovqatni inkor etuvchi bemorlarni ovqatlantirish

Qo'zg'algan holatdagi va ovqatni inkor etuvchi bemorlar bir-biridan farq qilib, ammo qo'zg'alish holati tufayli ovqatni iste'mol qila olmaslik holati ham kuzatiladi. Qo'zg'algan holatdagi bemorni dori bilan davolab, psixologik simptomlarni yengillashtirish, keyingina ovqatlantirish yoki yuvintirish lozim. Qo'zg'algan holatda bemorni ovqatlantirish maqsadga muvofiq emas.

Birinchi navbatda qo'zg'alish va ovqatdan bosh tortish sabablarini o'rganib, aniqlab olinadi:

- gospitalizatsiya tufayli qo'rquv;
- kasalxonadagi turli muolajalarga o'rgana olmaslik;
- turli sabablar tufayli yuzaga keladigan xavotir, turli gallutsinatsiyalar;
- dorilarning ta'siri;
- noto'g'ri insoniy munosabatlar.

Bunday vaziyatlarda tibbiy xodimdan xotirjamlik, sovuqqonlikni saqlash talab etiladi.

Ovqatni inkor etishni kuzatish va parvarish

Avvalambor og'iz bo'shlig'ida yallig'lanish, kariyes, tish protezlar tufayli noqulaylik mavjudligini aniqlash va zaruriyat bo'lsa davolab olish tavsiya etiladi. So'ngra quyidagilar bajariladi:

- gallutsinatsiya va alahlashi bor bemorning e'tirozi va istaklarini yaxshilab tinglab, bemor bilan suhbatlashish davomida ovqatlantirib ko'rish;
- qachon va nima sababdan ovqat yeyishdan voz kechishni boshlaganligini aniqlash;
- ovqat turini almashtirib ko'rish kabi, bemor talabiga javob beradigan turli usullarni qo'llab ko'rish;
- alahlash va gallutsinatsiyasi bor bemorlar haqiqatdan dorilarini qabul qilayotganini kuzatish;
- dori-darmon terapiyasi to'g'risida mas'ul shifokor bilan maslahatlashish;
- shifokor bilan dorilar ta'siri to'g'risida hisobot berish va maslahatlashish;
- bemor bir vaqtda hamma ovqatni yeya olmasa, bir necha bor oz-ozdan berib ko'rish;
- ovqatlanish uchun bemorga yanada qulayroq vaqtni tanlash kabi usullarni ham qo'llash;
- hamshira bemorga ovqat yeyishda yordam beradi, agar bemor xohlamasa boshqa hamshira yedirib qo'yadi;
- ovqatni zo'rlab yedirish maqsadga muvofiq emas. Agar ovqat zo'rlab yediriladigan bo'lsa, hamshira va bemor o'rtasidagi munosabat buzilib, bemorning hamshiraga bo'lgan ishonchi yo'qoladi;
- bemorga, u xotirjam bo'lib ovqatlana oladigan sharoitni yaratish;

- alohida xona, yoki bo'lmasa shirmalardan foydalanish, sokin joyni hozirlash;
- oilasi ko'rishga kelganda ulardan foydalanish;
- oila a'zolaridan ovqatlantirib qo'yishni iltimos qilish;
- oila a'zolari bilan birga ovqatlanishni ta'minlash;
- asosiy ovqatdan tashqari boshqa narsalarni (konfet, pi-shiriqlar, ichimliklar) iste'mol qilmayotganligini kuzatish;
- tana holatini kuzatish;
- asosiy hayotiy ko'rsatkichlaridan tashqari, tana vazni, qon tahlilini, hazm qilish tizimi simptomlari (qorindagi og'riq, ko'ngil aynishi, qayt qilish)ni, fiziologik chiqaruvlar kabi umumiy holatni kuzatish.

Davolash:

- agar tana vazni tushib ketishi, suvsizlanishi kabi hayotga xavf soluvchi holat bo'lsa, tomchilab yoki zond orqali ovqatlantirish;
- amaldagi dori terapiyasi maqbulligini yana bir bor tekshirish.

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 gallutsinatsiyalardir. Bemorga nasihat qilib, ko'ndirilgandan keyin, bemor o'zi ovqat yeya boshlaydi. Ko'pincha, nahorga 12–16 ta 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 tura-di. 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 eshitaladi. 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.

Qo'zg'alish va agressiv holatdagi bemorlarda hamshiralik parvarishi

Qo'zg'alish nima?

- Ruhiyatning qo'zg'algan holati, psixomotor qo'zg'alish.
- Agressiyaning kuchli namoyon bo'lishi va nazorat qilish qiyin bo'lgan qat'iy bo'lmagan emotsional holat.

Inson o'z shaxsiy qiziqishlari ustidan tazyiqni his etsa, agressiya bo'lish ehtimoli yuqori ekan.

Qo'zg'alish turlari:

• **Maniakal qo'zg'alish:** maniakal holat kayfiyatni ko'tarilishi, ko'p gapirish, psixomotor qo'zg'alish, o'z qobiliyatiga ortiqcha baho berish bilan namoyon bo'ladi, xavotir yoki depressiv fon bilan va serjahl, atrofdagilarga xavf solish birga keladi.

• **Depressiv qo'zg'alish:** depressiv qo'zg'alish depressiyali bemorlarda uchraydi, asosan katastrofik o'sib boruvchi chidab bo'lmaydigan g'amginlik, tushkunlikka tushish, loqaydlik, beparvolik, depressiv kayfiyatni pasayishi bilan kechadi. Bemorda vasvasa paydo bo'ladi, baqiradi, ko'p harakatlanadi, yig'laydi, uvillaydi, o'z-o'ziga shikast yetkazadi, o'zini o'zi o'ldirishga borib yetadi.

• **Amentiv qo'zg'alish:** oriyentatsiyaning barcha turlarini yo'qolishi bilan o'tadigan es-xushning xiralashishi hamda o'z shaxsini tan olish holati. Bemor xaotik qo'zg'algan holatda, o'rinda faol harakatlanadi, boshqalar bilan kontaktga kirishmaydi, uning gaplari qovushmagan va uzuq-yuluq so'zlardan iborat. Kuchli emotsional labillik kuzatiladi (yig'loqilikdan eyforiyagacha) yoki to'liq hamma narsaga befarq.

Ba'zi hollarda qo'zg'alish vaqtinchalik bo'ladi:

10 % oddiy kasalxonaga yotqizilgan bemorlar;

30–50 % operatsiyadan keyingi bemorlar;

30–70 % kuyishdan keyingi bemorlar;

80 % o'lim to'shagida yotgan bemorlar.

Qo'zg'algan bemorlarda davolashda to'g'ri diagnoz qo'yish va davolashga bog'liq jismoniy yondoshuv, atrof-muhitni tayyorlash (kundalik hayotda yordam berish va qulay muhit yaratish), konfidensiallik, bemorni hurmat qilish, oila a'zolari bilan kelishuv muhim ahamiyatga ega.

Kerakli parvarish quyidagilardan iborat:

- ruhiy simptomlarni kuzatish;
- kundalik hayotda tahlil olib borish;
- kundalik hayotda yordam berish.

Ruhiy simptomlarni kuzatishda yo'ldosh kasalliklar bilan bog'liqligi aniqlanadi. Shizofreniya, maniakal – depressiv psixoz, miya faoliyatining organik buzilishlari agressiya va zo'rlashni keltirib chiqaradi.

Bemor ehtiyojlaridan qoniqmaslikka javoban (davolashdan qoniqmaslik yoki kundalik ehtiyojlarning qondirilishidan ko'ngli to'lmaslik), atrofdagilarni bemor ustidan zo'rlashiga javoban (o'z-o'zini himoya qilish) qo'zg'alishi mumkin. Bemorni tug'ilganidan boshlab anamnezi, jamoada ishtirok etish tajribasi, shu vaqtda insoniylik munosabatlari, impulsiv harakatlari: baland ovoz, zo'rlash, o'z-o'zini o'ldirishga, dori dozasini oshirib zaharlanishga harakat qilishi va boshqa harakatlari, emotsional holatlar: yolg'izlikdan qo'rqish, bog'liqlik, qo'rquv, bechora, botirlik va boshqa holatlari, muloqotga kirish qobiliyati, agressiyaga olib keluvchi xohishni borligini to'g'ri yetkazib berishni bilmaslik va kundalik hayot faoliyati buzilishiga olib keladigan nazorat qilib bo'lmaydigan emotsional holati, o'z-o'ziga qasd qilish va boshqa xavfli harakatlari (impulsivlik yoki o'z harakatlarini nazorat qilish), zo'rlash,

soʻkinish, isterik holat, qoʻrqitib baqirish va b., qoʻzgʻalish va harakatlar sabablari, bemorga nisbatan zoʻrlash, qabul qilayotgan dorilarning nojoʻya taʼsiri, bemor xususiyatlari: yoshi, jinsi, xarakteri va boshqa individual xususiyatlari oʻrganiladi.

Xavfli holatlarda koʻriladigan choralar:

- qoʻzgʻalish holatlarida xavf-xatar riski juda koʻp, shuning uchun bu joyni tezda tark etish;

- vaziyatni yumshatish uchun boshqa tibbiy xodimlarni (oʻrta tibbiy xodim, sanitar, militsioner va b.) yordamga chaqirish;

- suiqasdni oldini olish uchun oʻtkir anjomlarni ayniqsa gurgurt va zanjigalkani berkitish;

- bemorga past ovozda «agar sen oʻzingni shunday agressiv tutaversang men senga hech qanday yordam bera olmayman» deyish;

- bir vaqtda bir necha tibbiy xodimlarning tinch munosabatda boʻlishlari;

- bemorga sekin-asta yaqinlashish, past ovozda gaplashish, eshikni ochiq qoldirish;

- ruhiy holat (gallutsinatsiya va taʼqib qilish maniyasi) bor-yoʻqligini aniqlash;

- qoʻzgʻalish holati qaytalanishini oldini olish;

- agar juda nazorat qilib boʻlmaydigan holat boʻlsa shifokor bilan maslahatlashib dori-darmondan foydalanishni boshlash, izolatorga yotqizish, eng soʻngisini bogʻlab qoʻyish;

- bemor va boshqa xodimlarning xavfsizligini taʼminlash;

- zoʻrlash uchun qulay boʻlgan joylarda, ayniqsa xona burchaklarida turmaslik, qochish uchun qulay joyda turish;

- doim ziyrak boʻlish;

- oʻz harakatlaringizni bemorga izohlab berish;

- rost gapirish, agressiv holatga olib kelgan muammoni yechish uchun yordam berish;

- bemorga tanbeh bermay, yordam berish;

- bemor nima xohlashini eshitish, uni tushunishga harakat qilish va xohishini hurmat qilish.

Muloqotga toʻgʻri yondashish:

- muloqotda bemor ismini aytib murojaat qilish;

- bemor koʻziga tik qarash;

- qoʻzgʻalish holatidagi bemorga sekin-asta yaqinlashish va salomlashish;

- gaplashganda bemor uchun tushunarli, sodda tilda, oddiy soʻzlardan foydalanib gaplashish;

- agar bemor xavotirda boʻlsa, unga sekin-asta yaqinlashish va yordam berish istagida ekanligingizni koʻrsatish;

- bemor bilan gap talashmaslik, uni aybdor ekanligini aytish yoki isbotlashga harakat qilmaslik.

Kundalik hayotda yordam berish, oʻz-oʻzini parvarish qilish qobiliyatini tahlil qilish:

- 1) keragicha havo, suyuqlik va ovqat bilan taʼminlash;

- 2) fiziologik chiqaruvlarni nazorat qilish va parvarishlash;

- 3) tana haroratini ushlab turish va tana gigiyenasiga rioya qilish;

- 4) jismoniy faollik va dam olish orasidagi muvozanatni ushlab turish;

- 5) ijtimoiy yordam, yolgʻizlanib qolishni oldini olish;

- 6) bemor xavfsizligini taʼminlash.

Oʻz-oʻzini parvarish qilishning yetishmasligi:

- agar parvarishni bemorga aytmasdan toʻsatdan boshlansa u qoʻzgʻalib ketishi mumkin, shuning uchun bemorga asta-sekin yaqinlashib, muolaja oʻtkazishni tushuntirish lozim;

- ovqat va ovqat solingan idish juda oddiy boʻlishi kerak, mumkin qadar qoʻlda yeyiladigan ovqat boʻlgani maʼqul;

- televizor va radioni ovqatlanish vaqtida oʻchirib qoʻygan maʼqul;

- hojatdan soʻng qoʻlni yuvish;

- agar bemor kasalxona ovqatidan yetarlicha koʻngli toʻlmasa, unda oila aʼzolariga u yaxshi koʻrgan ovqatini olib kelishini soʻrash mumkin;

- hamshira bemor bilan ohista ovozda gaplashishi, bemorni qoʻzgʻalishini oldini oladigan muhit yaratishi kerak, gigiyenik muolajalarni ehtiyotkorlik bilan olib borishi lozim;

- gigiyenik muolajalar olib borilayotganda bemor agressiv holatda boʻlmasligi kerak;

- gigiyenik muolajalarni bajarish uchun hamshira murojaat qilganda bemor koʻnmasa, tajribali hamshiralar yordamidan foydalanish;

- avvaliga hamshiraning yordamidan bosh tortgan bemor keyinroq hamshiraning bir necha bor harakatlari va toʻgʻri yaqinlashishi natijasida gigiyenik muolajalarni bajarishga rozilik bildiradi;

- agar bemor nimasini deb o'ylasa, u bilan birga qidirish lozim, unday bo'lmasa ham;
- bemor uxlatadigan va tinchlantiriladigan dorilar qabul qilishni davom etayotganini kuzatish;
- tungi uyquni kuzatish, agar uyqusizlik bo'lsa shifokor bilan maslahatlashib uyqu dorilaridan foydalanish;
- bemor tinchlanganidan so'ng undan xatti-harakatini to'g'rimi yoki yo'q, so'rash;
- bemor bilan agressiya sabablarini birgalikda aniqlab yana qaytarilsa qanday chora ko'rish kerakligini gaplashib qo'yish kerak;
- yig'ilib qolgan energiyani qayerda ishlatishni maslahatlashib qo'yish (mehnat terapiyasi, sport).

Hamshiraning mental salomatligini saqlashda yordam:

- bemorning baqirganini, so'kinganini, zo'rlashini va boshqa tahqirlarni eshitgan hamshira tushkunlikka tushmay, ichida saqlamay kimgadir aytishi lozim;
- agar bemor g'azablanishda davom etsa, parvarishdan bosh tortsa, distansiya saqlash lozim;
- boshqa xodimlar bilan bemor jahlini qo'zg'atish sabablarini muhokama qilish, negaki bemor qo'zg'alishining sabablari uning ehtiyojlarining qondirilmaganligidan bo'lishi mumkin;
- tajribali hamshiralarning maslahatlariga quloq solish;
- har bir bemor o'ziga xos xususiyatga ega va shunga yarosha unga yondoshish ham individualdir, shuning uchun to'satdan bemorga yaqinlashish va uni yelkasidan ushlash bemorni agressiv (qo'zg'alish) holatiga olib kelishi mumkin, bundan ajablanish shart emas;
- hamshira tomonidan eshikni taqillatmasdan ochish ham noo'rin, bunday vaziyatlarda qanday o'zini tutish kerakligi haqida gaplashib olish kerak.

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 pe-

shanasidan sochiq o'tkazib, boshini yostiqqa 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.

Ruhiy bemor hayoti

Ruhiy buzilishli bemorni tushunish murakkabligining sabablari:

1. Kasallikning kelib chiqish sababini bilmaslik.

Shizofreniya va bir qancha boshqa ruhiy kasalliklarning aniq sababi hozirgacha ma'lum emas. Hozirgi vaqtda ko'pchilik ruhiy kasalliklarning sababi deb — nasliy omil, stress va shikastlanishlarning natijasi hisoblanilmoqda. Nasliy omilga stresslar, atrof-muhitning boshqa omillari ta'sir qilishi natijasida ham kasallik kelib chiqishi mumkin.

2. Insonlarning shaxslararo munosabatlarda xavotir va ichki ziddiyatlarni his qilishi. Ko'pchilik ruhiy bemorlar shaxslararo munosabatlarda ziddiyatlarga duch kelgan va salbiy tajribaga ega. Shu tufayli o'ziga bo'lgan ishonchini yo'qotgan va o'zlariga past baho berishadi. Ular atrofdagilar bilan faol muloqot qila olmaydilar, ularga bitta so'z aytish uchun ham jasorat kerak bo'ladi. Bunday bemorlarda boshqalarning reaksiyasiga oshiqcha sezgirlik kuzatiladi: uning so'zlarini suhbatdoshi qanday qabul qildi, uni

yomon ko‘rib qolmadimi va h.k. deb ko‘proq xavotirlanishi mumkin.

3. Erta o‘smirlik davrida kasallik paydo bo‘lgandan keyin gospitalizatsiya va kasalxonadan chiqarilish jarayoni ko‘p marta qaytariladi, kasallik bilan kurashish jarayoni uzoq vaqt kechadi. Yosh vaqtida kasalxonaga ko‘p tushganligi tufayli ma‘lumot olish va ishlash uchun imkoniyatlari chegaralangan bo‘ladi. Kasalxonadan tashqaridagi bemor muomala qiladigan odamlar doirasi ham kamayadi.

4. Faqat tashqi simptomlarga qarab bemorda qanday muammolar borligini tushunish qiyin.

Simptomlarni tekshirish natijalari va rentgen suratlariga qarab tushunish qiyin. Bundan tashqari obyektning muammolarini faqat jahl va uyqusizlik simptomlari kabi tashqi simptomlar bilangina ham tushunish qiyin. Bemorda haqiqatda mavjud bo‘lgan negativ simptomlar va ehtiyojlar bilan u aytgan negativ simptomlar va ehtiyojlar har doim ham mos kelavermaydi (masalan: tashqaridan xotirjam ko‘rinadi, ammo haqiqatda juda emotsional – ta‘sirchan). Bemorning shikoyatlariga diqqat bilan munosabatda bo‘lishdan tashqari, iste‘mol qilinayotgan ovqat miqdori, uyqusining holati, shaxllararo munosabatlari, yuz ifodalarining o‘zgarishi va obyekt hayot faoliyatining boshqa aspektlari haqida obyektiv axborotga ega bo‘lish kerak. Ruhiiy bemorlar somatik bemorlardan ancha farq qiladi. Ba‘zi ruhiy bemorlarda o‘z holatiga nisbatan tanqid bo‘lmasligi mumkin. Birlari o‘z sog‘lig‘i haqida behuda sababsiz kuchli bezovtalanadi, tana a‘zolari soppa-sog‘ bo‘lsa-da turli noxush hislarni his qilishadi. Birlarida og‘riq va boshqa sezgilar sezish pasayib ketishi (depressiyada) kuzatiladi, yoki hamma narsaga (o‘z sog‘lig‘iga ham) befarqlik tufayli o‘zida paydo bo‘lgan og‘riqlar va somatik buzilishlarga e‘tibor ham bermasligi mumkin.

Ruhiy bemorlar holatini baholash uchun uning qarindoshlaridan, hamkasblaridan va boshqalardan qo‘shimcha ma‘lumotlar olinadi. Tibbiyot hamshirasi shifokor ko‘rsatmasiga ko‘ra ko‘pincha u yoki bu tibbiy muolajani bajaradi, shuning uchun bemorni tez-tez ko‘rib turadi va uning qarindosh yoki qo‘shnilaridan bemor holati, undagi barcha o‘zgarishlar haqida muhim ma‘lumotlarni oladi. Bemorning tarjimai holi, oilasining tarkibi, obyekt hayotidagi muhim hodisalar haqida ma‘lumot yig‘ish, hozirgi vaqtda

farqlanadigan hayotiy funksiyalarning buzilishini va shaxslararo munosabatlarning xususiyatlarini tahlil qilish, obyektни har tomonlama tushunishga yordam beradi.

5. Fe'l-atvor va buzilishlar orasida farqlovchi chiziqni o'tkazish qiyin. Masalan: jahli tezlik va qo'zg'aluvchan tipdagi psixopatiya, jizzakilik va isterik tipli psixopatiya, o'ychan – yolg'izlikka moyillik, xayolparastlik va shizoid psixopatiya, shubha qilishga moyillik va h.k.lar o'rtasidagi aniq chegarani, farqni topish ancha mushkul.

RUHIY BEMOR KIM?



Ruhiy xasta inson hayoti va xususiyatlari:

1. Borliqni idrok etish buzilishi natijasida quyidagi qiyinchiliklar paydo bo'ladi: obyekt erta tura olmaydi, yil fasliga mos kiyina olmaydi va h.k. Bundan tashqari agar obyekt uzoq vaqt kasalxonada bo'lgan bo'lsa, bu o'z navbatida shaxsiy gigiyena darajasining pasayishiga olib keladi: u sochlariga qaramay qo'yadi, har kuni bir xil kiyimda yuradi, tishini tozalamay qo'yadi va h.k.

2. Agar obyektga ruhiy bosim o'tkazilsa, unda vaqtinchalik kasallik belgilari paydo bo'lishi mumkin. Agar doimo uyida qamalib o'tirgan odam ko'chaga chiqsa «atrofdagilar men haqimda g'iybat qilishmoqda» deyishi mumkin va h.k.

3. Bunday odam atrofdagilardan boshqacha biror yangicha ish qilsa, bunda u bu narsaga juda kuchli ta'sirlanadi. Masalan, uni uzoq uzilishdan so'ng kimdir ko'rishga kelsa u tong sahardan hech narsa yemasdan bo'limga kirish joyida kutadi va h.k.

4. Ruhiy simptomlar tufayli bemor ma'lum vaziyatda o'zini tutishi kerak bo'lganiday tutmaydi. Uni atrofidagi odamlar tushunmay qolishadi, chunki ana shu vaqtda obyektga eshituv gallutsinatsiyalari (yolg'onlari) kuzatilmoqda va bemor unga hech narsa qilmagan odamni tanqid qila boshlaydi yoki birdan qattiq gapira boshlaydi.

5. Gospitalizatsiyadan so'ng tibbiy tadbirlar orasidan zo'rovchi usullar: kalitga yopish, tinchlantiruvchi moslamalar, alohidalash xonalari va h.k.lar qo'llanilishi mumkin. Shuning uchun inson huquqlarini himoyasi ayniqsa psixiatriyada muhimdir.

6. Kasallik tufayli shaxslararo munosabatlar doirasining tarayishi.

a. Bemorda boshqa odamlar bilan aloqaning ijobiy tajribasi ko'p emas, unda boshqa odamlar bilan bo'lgan munosabatlari qiyin va og'riqli tajribaga ega bo'lganligi (uni kasalligi tufayli soddaligidan foydalanib jamiyatdagi odamlar uni ko'p aldashgan) uchun boshqa odamlar bilan keyingi muloqotlarga ishonchi qolmagan. Shu tufayli ham ba'zi bemorlarda atrofdagilarga shubha bilan qarash, doimiy ehtiyotkorlik kuzatiladi.

b. Ko'pincha boshqa odamlarning harakatlarini ta'sirchan va og'riqli qabul qiladi. Shuningdek, hamsuhbatining yuz ifodasi va so'zlariga ham juda ta'sirchan. Unda ichki qarama-qarshilik: u odamlar bilan gaplashishni xohlaydi, ammo ularga yaqinlashishdan qo'rqadi.

7. Voqelikni idrok etish qobiliyati susayishi va dori vositalarining nojo'ya ta'siri natijasida kundalik hayot faoliyatida buzilishlar kelib chiqadi.

Kundalik hayot faolligiga baho bera turib, bemor mustaqil bajara olmaydigan faoliyatlarda yordam ko'rsatish zarur. Fiziologik ajralmalar, tanani toza tutish, kiyim kiyish, sochlarni yuvish va h.k.lar.

Ruhiy xasta inson va jamiyat faoliyati.

Ruhiy buzilishi bor bo'lgan insonni yopishqoq g'oyalar, eshituv gallutsinatsiyalari va boshqa ruhiy simptomlar sutkasiga to'liq 24 soat mobaynida bezovta qilavermaydi. Uning jamoat faoliyatida ishtirok eta olishi ruhiy buzilish darajasiga bog'liq; u o'zi uchun nima qila oldi, boshqalar uchun nima qila oldi degan savolga javob berish orqali uning jamiyat faoliyatiga qo'shilishini ta'minlashimiz zarur.

Kasalxonadan chiqarilgan bemorlar oilada normal hayotga qaytishlari va asta-sekin mehnat faoliyatiga ham qaytishlari mumkin.

1. Mehnat moslashuvida yordam: kasalxona va poliklinikaning qoshidagi davolash-mehnat ustaxonalaridan jamiyatdagi ish joylarga o'tish.

Ruhiy kasalxonalar qoshida davolash-mehnat ustaxonalari bo'lib ularda faqat ruhiy buzilishli insonlar ishlaydi. Davolash-mehnat ustaxonalarida bemorlar maxsus instruktorlar boshchiligida ishlashadi. Bemorlarni har kuni shifokor va hamshira kuzatadi. Ahvoli yaxshilangan sari bunday bemorlar avvalgi ish joylariga qaytishadi, yoki boshqa o'ziga mos kasbni egallaydilar.

Bunday ustaxonalarda ishlash sharoiti osonlashtirilgan. Bu ish o'rinlaridan jamiyatdagi boshqa ish o'rinlariga o'tish bemorlarning ijtimoiy moslashuvi va o'zini tiklashida katta siljish bo'ladi.

2. Ijtimoiy adaptatsiyada yordam: ijtimoiy reabilitatsiya bemorlarni jamiyatga foydali hayotga qaytarishga qaratilgan tadbirlar tizimini o'z ichiga oladi.

Dispanserda bemorlarga ijtimoiy huquqiy yordam amalga oshiriladi: ularga turmush muammolarini hal qilishda, ishga joylashishda yordam beriladi. Bemorlar ruhiy buzilish tufayli ish qobiliyatini yo'qotishi uni moddiy qiyin ahvolga solib qo'yadi, bunday bemorlarning ish qobiliyati darajasi shifokorlar mehnat – ekspert komissiyasi (ShMEK – VTEK) tomonidan aniqlanadi va ijtimoiy ta'minot muassasalari tomonidan nafaqa to'lanadi. Agar bemor nafaqa olayotgan bo'lsa, unda dispanser VTEKdan qayta o'tish muddatlarini kuzatadi. Dispanserda qarovchi rasmiylashtirishga va mustaqil faoliyatga noqobil ruhiy bemorlarning foydasi va huquqlarini himoya qilish uchun qarovchi tayinlashga yordam beradi.

3. Deadaptatsiya bo'lganda (hayotga moslashishi buzilganda)

yordam: jamiyatdagi hayot va mahallada moslashuvning buzilishi kasalxonada uzoq qolib ketganda kuzatiladi. Qo'llaniladigan rehabilitatsion dasturlar bemorlarning psixopatologik simptomatikasini va ijtimoiy mehnat deadaptatsiyasini yumshatadi, kasallik tufayli yo'qotilgan ijtimoiy aloqalarini, mustaqil yashash qobiliyatini qanchadir darajada tiklaydi va psixiatrik kasalxonalardan surunkali kasallar bilan bemorlarni jamiyatga chiqarishga va o'z o'rnini topib, yashab ketishga imkon yaratadi. Biroq ko'pchilik hollarda bunday bemorlar ekstramural (to'rt devordan tashqarida) sharoitlarda faqat psixiatrik xizmatlarning doimiy yordami va doimiy jamiyat ko'magi tufayligina yashab (ushlanib) turishi mumkin.

Ruhiy buzilishlarni erta aniqlash, ularning profilaktikasi va qayta paydo bo'lishi profilaktikasining muhimligi.

Kasalliklar qayta paydo bo'lishining eng muhim sababi bo'lib o'z xohishiga ko'ra dori ichishni to'xtatib qo'yish hisoblanadi. Buning sabablarini yaxshilab o'rganib, kasallik qayta paydo bo'lishining oldini olishimiz lozim. Bemor bilan birgalikda hayot faoliyatini qo'llab-quvvatlash uchun zarur bo'lgan quyidagi yordam muhokama qilinadi.

1) Ruhiy buzilishlarni erta aniqlash:

- bemor uchun qo'llanma: dorilarni o'z vaqtida aniq qabul qilish, ruhiy holati yomonlashishini sezish va h.k. haqida;
- oila uchun qo'llanma: bemor uyqusining va ruhiy holatining o'zgarishlarini kuzatish; bemorni ambulator tekshiruvni o'tishga undash;
- psixotrop dori vositalarining nojo'ya ta'sirlarini bilish;
- qanday salbiy ta'sirlar paydo bo'layotganligini bilish;
- bemorning kasallik va medikamentoz davo o'rtasidagi bog'liqlikni tushunishini yaxshilash;
- bemorga ahvolini yomonlashganligi belgilarini o'zi anglashini va qanday zaruriy choralar ko'rish kerakligini, kimga murojaat qilish kerakligini tushuntirish va bemor tomonidan tushunganligiga erishish;
- bemorni shaxsiy tajribasidan u qanaqa stresslarga uchraganligini bilib olish.

2) Bolalik davridagi buzilishlar (aqliy qoloqlik, epilepsiya (tutqanoq) va h.k.)

Ruhiy buzilishlarni erta aniqlash uchun chaqaloq 1 oylik bo'lganida oilaviy poliklinikada to'liq mutaxassislar ko'rigidan o'tadi. Bolalar bog'chasida bola mutaxassislari nazorati ostida bo'ladi. Bolalar maktabga borishdan oldin to'liq mutaxassislar ko'rigidan o'tadi, bunda uning aqliy qobiliyati ham tekshiriladi.

Ruhiy xasta bolalarga yordam ko'rsatish uchun oilaviy poliklinikalarda bolalar psixiatrlari ishlaydi, bu mutaxassislarning vazifalari oilaviy poliklinika psixiatri vazifalariga monand.

Hamma ruhiy buzilishli bolalarni, ularning kasallik namoyon bo'lishi darajasidan qat'i nazar kuzatuv ostiga olinadi va zaruriy kasalxonadan tashqari davo o'tkaziladi. 15 yoshga yetgan bolalarning ruhiy holati ixtisoslashgan tibbiy yordam talab qilsa, ularni bundan keyingi kuzatuv va davolash uchun psixonevrologik dispanser yoki psixiatrik stasionarga ro'yxatga o'tkaziladi. Bularning ish xususiyati davolash va pedagogik jarayonni hamkorligida olib boriladi.

3) Qaytalanishlarni erta aniqlash va qaytalanishlarning oldini olish bo'yicha tadbirlar:

- **Konsultatsiya.** Maslahat uchun bemor psixoterapevt shifokorga yoki psixologga uchrashishi mumkin. Bu mutaxassislar bemorda ruhiy buzilishlarni aniqlasalar, ularga psixonevrologik dispanserga konsultatsiyaga borishni tavsiya qilishi mumkin.

- **Dispanserizatsiya: muttasil ravishda ambulator ko'rikdan o'tib turish.** Ruhiiy dispanserga murojaat qilgan har bir bemorni tekshiruv vaqtida ruhiy xastalikning u yoki bu alomatlari aniqlanganda albatta faol hisobga olinadi.

Agar qayta tekshiruvga va ko'rikga kelmasa, dispanser shifokori bemor kelishini kutmasdan shu bemorning uyiga o'zi boradi, uyda davolanishni tashkillashtiradi yoki zarurat bo'lsa bemorni stasionarga yuboradi.

Barcha ruhiy bemorlar psixonevrologik dispanserda hisobda turadi. Bu juda muhim, chunki dispanser psixiatrlari bemorni doimiy kuzatib boradilar, bemor sog'lig'idagi o'zgarishlarni vaqtida aniqlaydilar va kerakli choralarni ko'radilar.

Psixonevrologik dispanser xizmat ko'rsatish doirasida yashaydigan ruhiy bemorni faol aniqlaydi va hisobga oladi; aniqlangan bemorlarning dispanser kuzatuv; kuzatuvdagi bemorlarning kunduzgi davosi; stasionar davoga muhtoj bemorlarni o'z vaqtida gospitalizatsiya qilish; huquqiy, ijtimoiy-maishiy va

patronaj yordamini; mehnatga layoqatli bemorlarni ish bilan ta'minlash;

davolash profilaktika muassasalariga psixiatrik yordam bo'yicha konsultatsiya beradi (dispanser xizmat ko'rsatish doirasida joylashganlariga).

• **Kasalxona sharoitida davolanish.** Statsionar psixologik parvarishni psixiatrik va psixonevrologik kasalxonalarining maxsus ixtisoslashtirilgan bo'limlarida, ko'p profilli kasalxonalarining psixonevrologik va psixosomatik bo'limlarida amalga oshiriladi. Psixiatrik bemorlarga tezkor kasalxonadan tashqari yordamni tez tibbiy yordam jamoalari amalga oshirishadi.

• **Uyda parvarishlash.** Ruhiy bemorlarni patronaj qilish – kasalxonadan tashqari psixiatrik yordamning tashkiliy shakllaridan biridir. Ruhiy bemorlar patronajining asosiy maqsadi – uyda, oilalarda, mehnat ishlab chiqarish jamoalarida statsionardan davolab chiqarilgan bemorlar davosini oxiriga yetkazib qo'yish, psixiatrik profildagi davolash-profilaktika muassasalarida tibbiy yordam ko'rsatilishiga muhtoj bo'lmagan shaxslarni tibbiy kuzatish.

Oilaviy poliklinika psixiatrlari va psixonevrologik dispanserlarning o'rta tibbiyot xodimlari (dispanser bo'limlarining, kabinetlarning) ma'lum davriylikda ruhiy bemorlarni uyiga va ular bo'ladigan boshqa ko'rsatilgan joylarda davolash, sog'lomlashtirish, ijtimoiy rehabilitatsiya ishlarini va boshqa tadbirlarni o'tkazish uchun borib turishga majburdirlar.

2-BO‘LIM. RUHIY JARAYONLAR

Me‘yoriy ruhiy jarayonlarning turli-tuman kasalliklarda buzilishlari va ularda hamshiralik parvarishi

1. Idrok

Idrok — alohida xususiyatlar emas, balki butun predmet yoki hodisani aks ettiruvchi va u haqida to‘laroq tasavvur bilim beruvchi hissiyotlar majmuidir (idrok jarayonida bir necha sezgi a‘zolari ishtirok etadi). Idrokning to‘g‘riligida shaxsning avvalgi tajribasi va uning hozirgi holati — shaxsning o‘ziga xos xususiyatlari, qiziqishlari, dunyoqarashi katta rol o‘ynaydi.

• **Buzilishlar**

Idrok buzilishlari illyuziyalar va gallutsinatsiyalar shaklida namoyon bo‘ladi:

Illyuziyalar — qaysidir bir obyektning yolg‘on, xato idrok etilishidir, mavjud bo‘lgan predmet yoki hodisalar noto‘g‘ri ko‘rinishda idrok etiladi.

Ular nafaqat patologik balki fiziologik (sog‘lom odamlarda) bo‘lishi ham mumkin.

Gallutsinatsiyalar — real obyekt mavjud bo‘lmagan holatda paydo bo‘luvchi yolg‘on, aslida yo‘q narsaning idrok etilishidir.

2. Diqqat

Diqqat — subyekt ruhiy faoliyatining hozirgi momentda qandaydir real yoki ideal (anglanayotgan) obyektga yo‘naltirilganligidir. Diqqat passiv yoki beixtiyoriy, ya‘ni maqsadli bo‘lmagan, qo‘shimcha, taxminiy bo‘lishi mumkin. Agar faoliyat ongli ravishda va insonning o‘z xohishi bo‘yicha amalga oshiriladigan bo‘lsa, bu ixtiyoriy diqqat hisoblanadi, agar mehnat faoliyati avtomatizm darajasigacha yetkazilgan bo‘lsa, ya‘ni bajarilayotgan operatsiyalar maxsus aqliy urinishlarni talab qilmasa bu beixtiyoriy diqqatdir.

Diqqatning hajmliligi — u bir vaqtning o‘zida yo‘naltirilishi mumkin bo‘lgan predmet va hodisalarning miqdoridir. Diqqatning vaqt bo‘yicha konsentratsiyasi uning turg‘unligini xarakterlaydi, bir obyektдан boshqasiga o‘tish yengilligi va tezligi esa — uning almashuvchanligidir.

• **Buzilishlari**

Diqqatning buzilishi o‘ta chalg‘uvchanlik, parishonxotirlik yoki bemor suhbatning oxirida hattoki oddiy javob uchun ham

fikrlarini jamlay olmay qolishi bilan kuzatiluvchi diqqatning zaiflashuvida namoyon boʻladi.

3. Xotira

Xotira – ilgari tajribani tashkil etish va saqlash jarayoni, oʻquv jarayonida ongda undan qayta foydalanish va qaytarish imkoniyatlaridir.

• Turlari

Uzoq vaqtli xotirada malakalar, koʻnikmalar, obrazlar uzoq vaqt saqlanadi, takrorlashda va uzoq vaqtli eslab qolishga oʻtganda eslab qolish ancha turgʻun boʻlib qoladi. Passiv diqqatda hodisalarning belgilanishi va eslab qolinishi xotirada uzoq ushlanib qolmaydi.

Qisqa vaqtli (operativ, ishchi) xotira sezgi aʼzolari tomonidan qabul qilinayotgan, shuningdek uzoq vaqtli va sensor xotira maʼlumotlarini saqlash va qayta tiklashni taʼminlaydi. Qisqa vaqtli xotira uzoq saqlanmaydi va axborotning fizikaviy belgilarini ushlab qoladi, masalan, koʻruv, eshituv, hid bilish, taktil xotira va b.

• Buzilishlari

Xotiraning buzilishi yangi maʼlumotni eslab qolish va eski maʼlumotni qayta tiklash, yaʼni eslash qobiliyatining yoʻqolishi bilan xarakterlanadi. Amneziya (unutib qoʻyish) qisman (maʼlum vaqt oraligʻi yoki hodisaga nisbatan) yoki toʻliq boʻlishi mumkin. Xotiraning yoʻqotilishi uning toʻplanishiga teskari ketma-ketlikda sodir boʻladi. Alsgeymer, Pik kasalliklari, ensefalopatiyalar, Korsakov sindromi va b. kuzatiluvchi, shaxsning yoʻqolib borishining ortib borishi bilan taʼriflanadigan sistematik amneziya; fiksatsion; anterograd; retrograd va anteroretrograd amneziyalar farqlanadi.

Kelib chiqishi boʻyicha amneziya organik, psixogen va aralash tipda, kechishi boʻyicha esa – regradirlangan, kongrad, tranzitor va epizodik boʻlishi mumkin.

4. Tafakkur

Tafakkur – borliqni abstraktlashtirish, umumlashtirilgan va vositalashtirilgan oʻgʻirilish bilan xarakterlanuvchi, individ bilish faoliyatining jarayonidir. Tafakkur faoliyati motivlar (ehtiyojlar) tomonidan uygʻotilib, maqsad shakllanadi. Tafakkur tushunchalar, hukm chiqarish va xulosaga kelish bilan oʻz faoliyatini olib boradi. Tafakkurning asosiy operatsiyalari analiz (butunni fikran tarkibiy qismlarga boʻlish) va sintez (predmet va hodisa qismlari-

ni fikran bir butunga birlashtirish) hisoblanadi. Intuitiv (inson amaliy va ma'naviy faoliyatining tajribasi va bilimlariga asoslangan) va ijodiy (bilish faoliyatining o'zida subyektiv yangi mahsulni yaratish) tafakkur farqlanadi.

- **Buzilishlari**

Tafakkur ya'ni, intellekt faoliyati jarayonining buzilishlari tezlashgan yoki sekinlashgan bo'lishi mumkin. Tafakkur o'zaro birbiriga bog'liq bo'lmagan; ikkinchi darajali detallar va maydatchudalarda o'ralashib qolish bilan kuzatiladigan holatga bog'liq, xayoldan ketmaydigan; ortiqcha fikr yuritish va befoyda donishmandlik qilishga moyillik bilan kuzatiluvchi rezoner ko'rinishda; mantiq qonunlariga amal qilmay va yolg'on xulosa chiqarish bilan kuzatiluvchi patologik ko'rinishda; realliklardan ketish shaxsga bog'liq istaklar va intilishlarga asoslanuvchi austik ko'rinishda; tipi bo'yicha uzuq-yuluq va alahlashli bo'lishi mumkin. Psixiatrik amaliyotda alahlash: paranoyal, paranoid, parafren, Kotar sindromi eng ko'p uchraydi.

5. Intellekt

Intellekt (dunyoni ratsional anglashga bo'lgan qobiliyat) sodir bo'layotgan voqealarni tushunish uchun tafakkurda muhim rol o'ynaydi: predmet yoki hodisalar mohiyatini, ularning kelib chiqishi va rivojlanishini, ularning boshqa hodisalar bilan aloqasini ochib berishdir.

- **Buzilishlari**

Intellektual buzilishlar turli daraja va ko'rinishlardagi tug'ma aqlipastlik (oligofreniyalar yoki aqliy ojizliklar) va orttirilgan aqlipastlik (demensiyalar) shaklida o'tadi: turg'un aqliy yetishmovchilik, yemirilish, gnozisning (bilish faoliyati), praksis (oldindan ishlab chiqilgan reja bo'yicha ketma-ket harakatlar va maqsadga yo'naltirilgan harakatlarni bajarish qobiliyati), hulq-atvor va emotsional jabhaning buzilishi bilan kuzatiluvchi ruhiy faoliyatning oddiylashuvi.

6. Emotsiyalar

Emotsiyalar – ijobiy (ehtiyojlarning qondirilishi) yoki salbiy (moyilliklar va xohishlarning qondirilmasligi) bo'lishi mumkin bo'lgan hissiyotlardir.

- **Turlari**

Tuyg'ular – borliq hodisalariga inson o'z munosabatining nisbatan turg'un hissiyotlardir.

Affekt – subyekt uchun muhim hayotiy vaziyatlar o‘zgarishi bilan bog‘liq bo‘lgan kuchli va qisqa vaqtli emotsional holatlardir.

Ehtiros – boshqa intilishlar ustidan ustunlik qiluvchi va insonning barcha intilishlari va kuchini ehtiros predmetiga jalb qilishga olib keladigan kuchli va turg‘un, barchasini qamrab oluvchi tuyg‘udir.

Kayfiyat – inson faoliyatini ma‘lum (rangga) tonga bo‘yovchi – zerikish, qayg‘u, sog‘inch, qo‘rquv yoki aksincha, quvonch, qiziqish, tantana qilish, hayrat va b. holatlarga olib keluvchi u yoki bu darajada davomiylikka ega bo‘lgan emotsional holatdir.

- **Buzilishi**

Kayfiyatning buzilishlari (turg‘un emotsional holat):

Eyforiya – hech qanday sababsiz quvonchli, xotirjam rohatlanish va qoniqish holati bo‘lib, bunda bemorga hamma narsa (uning o‘zi ham) a‘lo darajada, ajoyib va go‘zal ko‘rinadi.

Maniakal sindrom – ko‘tarinki kayfiyat, fikrlashning tezlashuvi va yuqori darajadagi harakat faolligining mujassamlashuvidir. Agar jizzakilik, qo‘zg‘aluvchanlik va manmanlik qo‘shiladigan bo‘lsa, qahrli maniya to‘g‘risida gap ketadi.

Depressiv holat – tushkun, ezilgan kayfiyat bo‘lib, bunda bemorga hamma narsa, ayniqsa uning o‘zi – uning sog‘lig‘i, xatti-harakatlari, o‘tgan va kelasi hayoti qayg‘uli ko‘rinishda namoyon bo‘ladi.

Disforiya – zerikarli-qahrli kayfiyat holati, bunda depressiya o‘ziga va atrofdagilarga nisbatan norozilik, jizzakilik, qayg‘ulilik, agressivlik bilan qo‘shilib ketadi.

Apatiya – atrofda sodir bo‘layotgan barcha hodisalar va o‘ziga nisbatan befarqlik, e‘tiborsizlik holatidir («ko‘zi ochiq holatdagi o‘lim»).

7. Iroda

Iroda – ongli ruhiy faollik bo‘lib, istalgan maqsadga erishishda qiyinchiliklarni yengib o‘tishni ta‘minlaydigan, subyekt tomonidan o‘z faoliyati va hulq-atvorining boshqariluvidir.

- **Buzilishlari**

Apatiko-abulik sindrom befarqlik va irodasizlik bilan birgalikda kuzatiluvchi, xohishlar, qiziqishlarning yo‘qolishida namoyon bo‘ladi. Ruhiy kasalliklarda ko‘pincha bemor tomonidan ovqat iste‘mol qilishdan bosh tortish – anoreksiya uchraydi, bu holat bosqichli o‘tadi: dismorfobik (birlamchi, initsial) bosqich,

yaqqol namoyon bo'lgan (anorektik) bosqich, kaxetik va regress bosqichlari.

Majburiy ovqatlantirishni talab qiluvchi anoreksiyaga qarama-qarshi o'laroq, ko'pincha bulimiya yoki ochko'zlik (ochofatlik) uchraydi, bunda ba'zan yeb bo'lmaydigan moddalarni ham yutib yuborish kuzatiladi.

8. Ong

Ong – oliy, faqatgina insonga xos bo'lgan, unga vaqtda, joyda va o'z shaxsida mo'ljal olishga imkon beradigan, borliqni aks ettirish shaklidir. Ongning faollashuvi – motivlar, intilishlar, faoliyatning maqsadlari; tarkibi – tashqi va ichki dunyoni ongli ravishda idrok etishdir.

Meyyo klinikasining tasnifi, Glazgo komasi shkalasi, K.Yaspers bo'yicha mezonlar.

• Buzilishi

Ongning buzilishi – bu bemor tomonidan vaqtda, fazoda va o'z shaxsida mo'ljal olish, ya'ni o'z ruhiy jarayonlarini anglash, o'z his-tuyg'ulari va munosabatlariga hisobot berish qobiliyatining yo'qotilishidir.

Shaxs muammolari

Shaxs muammolari bilan psixologlar, sotsiologlar, iqtisodchilar, pedagoglar, huquqshunoslar, shifokorlar, faylasuflar va talaygina boshqa sohalarning mutaxassisleri 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 filogenezdada ham, ontogenezdada 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 reallikka 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'rqoqlik.

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

Hayotiy davrlar va mental salomatlik (har bir davrning o'ziga xosligi va xatarlari)

Eriksonning fikricha inson ruhiyatining rivojlanishi uning butun hayoti davomida davom etadi. Inson har bir hayot bosqichi uchun xarakterli bo'lgan xatarni (stressni) yengib o'tadi va shu yo'l bilan o'z shaxsini hosil qiladi, o'sishi va rivojlanishini ta'minlaydi. Har bir inson hayotiy davrlarni kuzatib boruvchi

xatarlar bilan to'qnashadi, lekin har bir inson stressga o'ziga xos javob beradi. Shuning uchun xavfli vaziyatlar bo'lganidek, xavfsiz vaziyatlar ham mavjud.

Ruhiiy salomatlikni o'rganishda bu inson (bemor) shu kunga qadar stressni qanday usullar bilan yenganligini tushunib yetish zarur. Bu jarayon insonning o'zini tushunishi bilan barobardir. Boshqachasiga aytadigan bo'lsak, inson o'sishida va rivojlani-shida ma'lum hayot bosqichida stressni yenga olganmi yoki yo'qmi katta ahamiyatga ega bo'lmay, balki stressni yengish jarayonidagi yengish usullari va mag'lubiyatlar katta ahamiyatga ega.

Yuzaga kelgan vaziyatni (bunday reaksiyaning sababi nima bo'lganligini) o'rganishda insonning rivojlanish bosqichlarini tushunish stressni yenga olish mumkin bo'lmaganida yoki ruhiy kasallikda muhim yechim bo'lib xizmat qiladi.

1) Ko'krak bilan ovqatlantirish davri va maktabgacha bo'lgan davr (0–6 yosh)

Ko'krak bilan ovqatlantirish davrida bolaning rivojlanishiga ta'sir qiluvchi omillar:

- nasliy omil;
- tug'ruq vaqtidagi shikastlar;
- yetarli bo'lmagan ovqatlanish;
- ruhiy jarohat yetkazuvchi ijtimoiy-ruhiy sharoitlar;
- infeksiyalar va zaharli moddalarning ta'siri.

Mental salomatlikning o'ziga xosliklari:

Tushunarsiz qo'rquv. Bola 9 oy davomida ona qornida olib yuriladi va tug'ilishi bilan tez orada «azoblanish»ni boshidan kechiradi. Xususan bunga ochlik, jismoniy og'riq, yo'qimsiz hissiyotlarni kiritish mumkin. Chaqaloq uchun tushunarsiz bo'lgan bu azoblar «tushunarsiz qo'rquv» ko'rinishida boshdan kechiriladi. Aytishlaricha, ruhiy kasalliklarning o'tkirlashgan davrida bemorlar shunga o'xshash qo'rquvni his etadilar.

Ajralib qolish qo'rquvi. Kichik yoshda bola ona quchog'ining iliqligi orqali o'zining ona bilan ruhiy aloqasini his etadi, shuningdek, atrofdagilarga qarshilik ko'rsatadi va aksincha onasini «ruhiy xavfsizlikning asosi» sifatida ko'rgan holda o'zini qo'lga oladi.

Hayotiy siklning xatarlari: psixosomatik buzilishlar — «tushunarsiz qoʻrquv», ona bilan «ajralib qolish qoʻrquvi», isitma va h.k.

2) Maktab yoshi (6 – 12 yosh)

Maktab yoshida rivojlanishga quyidagi omillar taʼsir qiladi:

- yangi sharoitlarga moslashish zarurati;
- katta hajmdagi yangi axborotni qabul qilish;
- turmush tartibining oʻzgarishi;
- jamoadagi yangi oʻzaro munosabatlar.

Mental salomatlikning oʻziga xosliklari:

Ijtimoiy muhitda moslashish

Maktabga borishdan bosh tortish

• Bola predmet va hodisalarni tashqi koʻrinishiga qarab baholamay, balki ularni mazmunan koʻrib chiqib boshlaydi, fikrlash jarayoni deyarli kattalar darajasiga yetadi.

• Ijtimoiy jihatdan bola shaxslararo munosabatlar doirasini kengaytiradi. Insonlarning yangi guruhlari — doʻstlar, oʻqituvchilar va h.k. bilan munosabatlarni oʻrnatish (oilaviy oʻzaro munosabat doirasidan tashqariga chiqadi) boshlanadi. Bola bu muhitda oʻz rolini anglay boshlaydi, atrofdagilar bilan aloqani oʻrnatish uchun oʻz manfaatlarini ilgari sura boshlashni oʻrganadi.

Hayotiy siklning xatarlari: bironing ustidan kulish, maktabga borishdan bosh tortish.

3) Oʻsmirlik yoshi (12–18 yosh)

Oʻsmirlik yoshida rivojlanishga taʼsir qiluvchi omillar:

- jinsiy yetilish va birgalikda kuzatiluvchi stress;
- oila va tengdoshlari tomonidan bosim koʻrsatilishi;
- magʻlubiyatdan qoʻrqish;
- ortiqcha vazndan qoʻrqish.

Mental salomatlikning oʻziga xosliklari:

Oʻz shaxsiy «Men»ining shakllanishi

• Jismoniy oʻsish bilan bir vaqtda jinsiy garmonlarning faol ajralishi va ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo boʻlishi kuzatiladi. Shu bilan birga oʻz-oʻzini erkaklik va ayollik nuqtayi nazaridan idrok qilish shakllanadi, shuningdek oʻzining jinsiy funksiyalarini sezish ortadi.

• Bu davrda shaxsiy sirlar paydo boʻladi, bu ushbu sirlarni saqlash qobiliyatini tarbiyalashga imkoniyat yaratadi. Shaxsiy

Egning mustahkamlanishi sodir bo'ladi, inson ichki «Men»ini saqlashni o'rganadi.

Mustaqillik va oilaning tushunmovchiliklari. Qarshilik ko'rsatishning 2-davri boshlanadi, bunda insonda shaxsiy prinsiplar va qadriyatlar tizimi shakllanadi. Inson katta yoshli avlodlar – shu paytgacha shartsiz shaxs sifatida hurmat qilingan ota-ona, o'qituvchilarning fikriga quloq solmay qo'yadi. Bundan tashqari, inson ilgorigidek tobe bo'lish istagi va mustaqil bo'lish istagini nazorat qilolmay qoladi, bu esa o'z navbatida qarshilik ko'rsatishga olib keladi.

Ovqat iste'mol qilishning buzilishi. O'z to'laligiga og'riqli tarzda ishonch hosil qilish va ozishga intilish odatda asabiy anoreksiyada xayoldan ketmaydigan xarakterga ega bo'lmaydi. Vazn va qad-qomatga diqqatni jalb etilishi ichki shart-sharoitlarga monelik bildirmaydi va shuning uchun xavotirlik bilan kuzatilmaydi. Ozish – anoreksiyasi bor odamlar uchun asosiy maqsad bo'lib, uning asosida doimo qo'rquv yotadi. Ular to'lishib ketishdan, qad-qomatlarini yo'qotishdan va qarama-qarshi jins vakillariga yo'qmay qolishdan qo'rqishadi. Ular butunlay qanday qilib ozish haqida o'ylaydilar, iste'mol qilinayotgan taomlarining ro'yxatini tuzadilar, kaloriyalarni diqqat bilan hisoblaydilar, ushbu mavzuga doir ko'pgina adabiyotlarni o'qiydilar va ovqatlanish va parhezlar haqidagi barcha axborotlarni to'playdilar.

Hayotiy siklning xatarlari: ovqat iste'mol qilishning buzilishlari, oiladagi va maktabdagi bosim (zo'rliklar).

4) Yoshlik davri (18 – 25 yosh)

Yoshlik davrida rivojlanishga ta'sir etuvchi omillar:

- katta yoshdagi hayotga o'tish;
- uy izolatsiyasi;
- ishga borishdan bosh tortish.

Mental salomatlikning o'ziga xosligi:

• Jinsiy yetilish davri bilan solishtiradigan bo'lsak, ushbu bosqichda ancha uzoq davom etuvchi do'stona munosabatlar shakllanadi. O'z tengdoshlarining yaxshi jipslashgan guruhiga taqlid qilgan holda odam hukm chiqarishga va shu bilan birga katta yoshdagilarning real jamiyatiga o'xshashga o'rganadi. Biroq tengdoshlarning bunday guruhiga moslashishning imkoniyati bo'lmasa androfobiya (insonlarga nisbatan qo'rquv) va ijtimoiy dezadaptatsiya holatlari paydo bo'lishi mumkin.

- Aynan o‘xshashlikning shakllanishi asosiy vazifa bo‘lib hisoblanadi.

Hayotiy siklning xatarlari: talabalik apatiyasi, ishga borishdan bosh tortish, ijtimoiy alohidalashuv.

Apatiya hissiyotsizlik, befarqlik, sovuqqonlik, e‘tiborsizlik deb tarjima qilinadi.

5) Katta yosh (yetuklik yoshi)

Katta yoshda rivojlanishga ta‘sir etuvchi omillar:

- ayollar (reproduktivlik munosabati bilan);
- ota-onalarning roli;
- ishdagi va oiladagi stressli holatlar;
- o‘z salomatligiga nisbatan sovuqqonlik bilan munosabatda bo‘lish.

Mental salomatlikning o‘ziga xosligi:

Jismoniy va ruhiy faoliyatlarning rivojlanishi eng yuqori darajadagi ko‘rsatkichga yetadi. Inson birin-ketin hayot davriga xos bo‘lgan muhim hodisalarini bosib o‘tadi – ishga joylashish, oila qurish, farzand ko‘rish va h.k. Ushbu bosqichni jinsiy tafovutlarni hisobga olgan holda ko‘rib chiqish zarur.

Erkaldagi krizis (inqiroz). Bu davrda inson uning o‘zini qoniqtiradigan o‘z hayotining strukturasi aniqlaydi va o‘z oilasi haqida g‘amxo‘rlik qiladi. Inson jamiyatda o‘zi uchun mos keluvchi o‘rinni topadi va muvaffaqiyat sari intila boshlaydi. Moliyaviy mustaqillikka erishadi, ijtimoiy roli va javobgarligi ortib borgani sari stress ortib boradi.

Hayotiy siklning xatarlari: Ish joyiga nisbatan dezadaptasiya, ishga borishdan bosh tortish, o‘ta charchash sindromi, bolalar bilan beshafqat munosabatda bo‘lish.

Ayollardagi krizis (inqiroz). Hayotda oila qurish va bola tug‘ish kabi muhim voqealar sodir bo‘ladi. Yaratilgan oilaning ichidagi shaxslararo munosabatlar yangidan shakllanadi, uy yumushlari va bolani tarbiyalash kabi qo‘shimcha yuklamalar paydo bo‘ladi. Oilaning ichki muammolari (bolalar muammosi, qaynona bilan mojarolar, er-xotinlik munosabatlari) natijasida paydo bo‘ladigan stress ba‘zi er-xotinlar orasidagi janjalga, zararli odatlarga ruju qo‘yishga majbur qiladi. Shuningdek oxirgi vaqtlarda ayollarning jamiyat hayotidagi muvaffaqiyatlari va ishtiroklari kuchayib bormoqda, shu bilan birga o‘z faoliyatlarini ham oilada, ham ishda mujassamlashtirayotgan ayollar soni ortib bormoqda.

Hayotiy siklning xatarlari: bolalar bilan beshafqat munosabatda bo'lish, o'ta charchash sindromi, zararli odatlarga ruju qo'yish.

6) O'rta yosh (40 – 65 yosh)

O'rta yoshda rivojlanishga ta'sir etuvchi omillar:

- ayollar (reproduktivlik munosabati bilan)
- ota-onaning roli;
- ishdagi stressli holatlar;
- qarishdan, jinsiy qobiliyatni yo'qotishdan, menopauzaning boshlanishidan qo'rqish;
- jismoniy va aqliy ish qobiliyatining pasayishi;
- tana vazni ortishi tufayli ko'p qayg'urish;
- asabiylik, jizzakilik;
- yuqori darajadagi sezuvchanlik va aziyat chekish, yig'loqilik;
- bolalarning mustaqilligi.

Mental salomatlikning o'ziga xosligi:

Klimaks davridagi buzilishlar. Bu davrda inson hayotida buri-lish payti keladi va u qarilikni his qila boshlaydi. Shuningdek, ushbu bosqichda inson o'zining jismoniy va ruhiy holatini qayta ko'rib chiqadi. Boshqa tomondan, inson ko'p sonli inqirozlar va qiyinchiliklarni yengib o'tishning natijasi sifatida o'ziga nisbatan ishonchni orttiradi, shuningdek, yangi urinishlar yordamida o'zida ilgari sezmagani qobiliyatlarni sezishi mumkin. U yana bir bor o'zi bosib o'tgan hayot yo'lini to'g'riligini tahlil qiladi va yanada individual va yetuk shaxs darajasiga yetishga intiladi.

Depressiya. Ishdan ketish munosabati bilan paydo bo'lgan ijtimoiy rolni yo'qotish tufayli inson depressiya holatiga tusha boshlaydi va turli ichki mojarolarni – qari ota-onalar haqida g'amxo'rlik qilish, bolalarning mustaqilligi va h.k. boshidan kechiradi.

Hayotiy siklning xatarlari: klimakterik buzilishlar, «bo'sh qush uyasi» sindromi, depressiya, zararli odatlarga ruju qo'yish.

7) Keksalik yoshi (65 yoshdan katta)

Keksalik yoshida rivojlanishga ta'sir etuvchi omillar va mental salomatlikning o'ziga xosligi:

Nafaqaga chiqish, kasbiy statusni va mehnat qobiliyatini yo'qotish

Ko'pchilik insonlar uchun nafaqaga o'tish stresslar, zerikish va apatiya bilan kuzatiladi, nafaqa yoshida esa qarilik va kasalliklar

tasavvur etiladi, shuning uchun ham haqiqiy falokat sifatida qabul qilinadi va ayniqsa ishda faol ijodiy faoliyat bilan band bo'lganlarda ruhiy inqirozni paydo qiladi. Endi u harakatsizlik va bo'shlik bilan almashinadi.

Keksa ishchilarda qarishda nafaqat alohida kasbiy ahamiyatga ega bo'lgan faoliyatlar (psixomotorika, jismoniy kuch va chidamlilik, psixoemotsional turg'unlik) yomonlashadi, balki insonning butun shaxsi ham aziyat chekadi. Keksalik yoshida ruhiyatning o'zgargan harakatchanligini hisobga olgan holda turli smenalarda, kuchli qo'zg'atuvchilar mavjud bo'lganida va h.k. ishlash maqsadga muvofiq emas.

Izolatsiya. Ishdan kutilmaganda iste'foga chiqish ba'zilarida zerikishni paydo qiladi, depressiyaga olib keladi. Shuning uchun xizmatdan ketish nafaqat ruhiy, balki asab zo'riqishi, bezovtalik, qo'rquv bilan kuzatiluvchi psixologik muammoga olib keladi. Natijada asabiy uzilish sodir bo'ladi. Unga xizmatdan ketish – bu hayotdan chetlashish kabi tuyula boshlaydi va bu holat o'lguncha davom etadi deb o'ylab, qari odam o'zini butunlay izolatsiyaga hukm qiladi.

Bog'lanib qolish. Keksalik yoshi – hayot siklidagi shunday bosqichki, unda sistematik tarzda ijtimoiy yo'qotishlar sodir bo'ladi va biror narsaga ega bo'lish mavjud bo'lmaydi. Asosiy hayotiy vazifalar bajarilgan, javobgarlik kamayadi, bog'lanib qolish ortadi. Bu yo'qotishlar kasalliklar va jismoniy o'zini yomon his qilishlar bilan bog'liq. Bu yo'qotishlar va bog'liqlik natijasida izolatsiyalar va demoralizatsiyalar kechki hayotda progressiv tarzda ortib boradi. Ular qari odamga ijtimoiy hayotda ishtiroki pasayganligini va unga bog'lanib qolish ortganligini yaqqol ko'rsatib beradi.

Ovqatlanish. Keksalik va qarilik yoshida to'laqonli, miqdoran chegaralangan parhez alohida ahamiyatga ega. Qariyotgan organizmda almashinuv jarayonlari kamayadi va shu munosabat bilan ovqat bilan birga kiradigan energetik materiallarga bo'lgan ehtiyoj kamayadi. Qarilik yoshida ovqatlanish alohida ahamiyatga ega. Ma'lumki, hajm jihatdan ortiqcha bo'lgan yoki yuqori kaloriyali ovqatlanish qarish jarayonlarini tezlashtiradi. Qarish jarayoni fiziologik o'zgarishlar, ruhiy, intellektual, ijtimoiy va moddiy xarakterdagi sezilarli o'zgarishlar bilan kuzatiladi va buning natijasida qari yoshdagilarning ovqatlanish holatini buzadi.

Noratsional ovqatlanish barcha yuqorida sanab o‘tilgan sabablarni og‘irlashtirib yuboradi, qari odam kuchlarini yo‘qotadi va yanada kuchsizroq bo‘lib qoladi.

Yaqinlarni yo‘qotish, yolg‘izlik. Jismoniy faoliyatlarning so‘nishi sodir bo‘ladi, diqqat va xotira yomonlashadi, qiziqish yo‘qoladi. Turli xarakterdagi yo‘qotishlar – turmush o‘rtog‘i yoki yaqin odamining o‘limi, jamoaviy faoliyatdagi o‘rnini yo‘qotish, jamiyat va jamoada o‘z o‘rnini yo‘qotish natijasida yo‘qotish tajribasi shakllanadi.

Depressiya. Depressiyalar qarishning istalgan yosh davrida paydo bo‘ladi, biroq depressiyalarga eng ko‘p beriluvchanlik keksalik yoshida (60-75 yosh) kuzatiladi. Bu yoshdagi ayollar erkaklarga nisbatan depressiya belgilarini uch marotaba ko‘proq kuzatadilar. Qariyalik yoshida (75-90 yosh) erkaklardagi va ayollardagi depressiyalar chastotasidagi bu farq qisqaradi, o‘ta qari yoshda (90 yoshdan so‘ng) deyarli yo‘qolib ketadi. O‘ta qari yoshlilarda depressiyalar umuman birmuncha kamroq uchraydi.

Yakuniy xulosani yasash.

- Biroq ushbu davr faqatgina yo‘qotish bilan kuzatilmaydi, ijtimoiy javobgarlik va mavqedan xalos bo‘lgandan so‘ng inson o‘zi uchun yo‘qimli bo‘lgan ishni topadi va o‘zini qiziqtiruvchi sohalarda o‘zini sinab ko‘radi.

- Bu yerda butun hayotiy tajriba va to‘plangan bilimlar umum-lashtiriladi, inson o‘zini qanday bo‘lsa shunday qabul qiladi. U o‘z shaxsiy «Men»i bilan yuzma-yuz keladi va butun hayot yo‘lini baholaydi. Bu davrda odam o‘z shaxsiy kuchlarining so‘nayotganligini his etadi, lekin bir vaqtning o‘zida mazmunga to‘la bo‘lgan va qoniqish hissini yuzaga keltiruvchi qarilikka intiladi.

Hayot siklining xatarlari: yo‘qotish ko‘nikmasi.

Xavotir va ko‘riladigan chora-tadbirlar.

Xavotir va patologik xavotir

1. Xavotir va qo‘rquv

Kelib chiqish sabablari:

- o‘ziga bo‘lgan ishonchning yo‘qolishidan;
- stressli vaziyatdan;
- qiyinchiliklarga duch kelganda, tabiiy ravishda bu vaziyatga nisbatan reaksiya, kundalik qo‘rquv;

- kelib chiqish sabablar oxirigacha o'rganilmagan.

● Xavotir inqirozli vaziyatda ego xavfga duchor bo'lganida, mavjudlikning o'zi esa xatar ostida bo'lganida paydo bo'ladi. Kuchsizlik, asabiylik, qarorga kelolmaslik, vaziyatdan chiqa olmaslik kabi hislarning bir-biriga qo'shilib ketishi, o'ziga bo'lgan ishonchning yo'qolishi va b. tufayli xavotir shuningdek kuchli yurak urishi va nafasning tezlashuvi kabi vegetativ nerv tizimining simptomlari bilan kuzatiladi. Xavotirning obyeksi mavjud emas va u noaniq xavf-xatar ko'rinishida namoyon bo'ladi, qo'rquv holatida esa konkret obyekt va vaziyat mavjud bo'ladi.

Kuchsiz xavotir va o'rta darajadagi xavotirni ko'pincha normal odamlar ham boshdan kechiradilar va bu vujudga kelgan muammolarni hal qilish uchun harakatlantiruvchi kuch bo'ladi. Kuchli xavotir esa kundalik hayotda muammolarni paydo qiladi va nevrozlar va boshqa ruhiy simptomlarga olib kelishi mumkin.

2. Patologik xavotir

«Xavotir» istalgan inson uchun xosdir, biroq u normal holat doirasidan chiqib va patologik xarakterga ega bo'lib kuchayganida «patologik xavotir» sifatida ko'rib chiqiladi.

Ruhiyatning himoya tizimi

Xavotir inson duch keladigan yoqimsiz tuyg'ulardan xalos bo'lishga yo'naltirilgan ongsiz ravishda paydo bo'luvchi emotsiyalarning ta'siri ostida himoyani harakatga keltiruvchi xavf-xatarning indikatori hisoblanadi. Bu har bir odam bilan har kuni sodir bo'ladi va bu jarayon insonning xarakterini shakllantiradi. Haddan tashqari himoya haqiqiy borliqqa moslashishni qiyinlashtiradi va simptomga aylanadi.

Himoya tizimiga quyidagilar kiradi:

- bostirish,
- inkor qilish,
- o'xshashlikni hosil qilish,
- o'zlashtirish,
- qaytarish,
- shakllanishga qarshi turish,
- bo'linish,
- bekor qilish,
- ratsionallashtirish,
- sublimatsiya,
- regress va h.k. kiradi.

Ruhiyatning himoya tizimlariga misollar:

1. Tushkunlik – xavotir va qoʻrquvni ongimizdan chiqarib tashlashga harakat qilib, ongsiz ravishda ilk holatga qaytish. Yoʻq boʻlmasdan ongimizda saqlanib qolib, xavotir sifatida ruhiyatimizga jiddiy taʼsir koʻrsatadi.

Masalan: Sizni taklif qilishgan joyda siz uchun yoqimsiz boʻlgan holat roʻy berishidan xavotirlanib, qoʻlingizdagi taklifnomani bilmagan holda yirtib tashlashingiz.

2. Xavotirdan xalos boʻlish – oliygohga kirolmagan oʻquvchi «bu oliygohning toʻlovlari juda baland, agar oʻqishga kirganimda ota-onam va oilamga moddiy zarar yetkazardim» deb oʻzidan mamnun boʻlishi.

3. Oʻzlashtirish – biror-bir yulduzga yoki sport oʻyinчисiga taqlid qilish.

4. Shakllanishga qarshi turish – ruhiy qiyinchilikni boshidan oʻtkazganligiga qaramay, oʻzini hech nima boʻlmagandek xotirjam tutish.

Masalan: Biror noxushlikka duch kelganda «suhbatdoshim oʻzi yomon» deb bilish.

5. Regressiya – oilada uka yoki singil tugʻilishi bilan eʼtiborning kamayishidan xavotirlanib, eʼtiborni oʻziga qaratish uchun tirnoqlarni chaynash, tagini xoʻl qilib qoʻyish va boshqalar.

6. Sublimatsiya – (kompensatsiya) amalga oshmaydigan istak, jinsiy xohish, zoʻravonlik kabi gʻazabni, jamiyatda mavjud sport, sanʼat, din kabi ijtimoiy faoliyatga yoʻnaltirish orqali gʻazabni yengish usuli.

7. Ratsionalizatsiya – oʻzining harakatlari hamda munosabatlarini oqlash maqsadida boshqalar tanqidi, xatti-harakatini sabab qilib koʻrsatib, ortiqcha xavotir va konfliktidan qochishga harakat qilish.

Masalan: Ishga qabul qilinmagan ushbu muassasa haqida «Oʻzi qatnash uchun ham uzoq edi, bir tomondan yaxshi boʻldi»

8. Inkor etish – haqiqatga koʻz yumish, oʻzi tan olishni istamagan haqiqat, fikr, istak.

Ogʻriq, pushaymon, xavotirdan qochish.

Masalan: Ona oʻz farzandining nojoʻya harakatini «Mening farzandim bunday qilmaydi» deb aybni yopishga harakat qilishi.

9. Qaytarish – bolalikda birga bo‘lgan insonda ko‘rgan xususiyatlarni hozirgi kundagi insonlardan izlash. Yoqimsiz tuyg‘u, o‘y, g‘azabni bir obyektдан boshqa bir obyektga yo‘naltirish.

Masalan: Ishda qolib ketgan erning, uyda xotini va farzandlariga jahl qilishi.

Qalbdagi paydo bo‘lgan xavotirni xuddi qo‘l yuvgandek suvda oqizib yuborishga intilish.

10. Bekor qilish – afsuslanishga sabab bo‘luvchi harakat sodir etilganda, ushbu tuyg‘uni tinchlantiruvchi harakatning yuzaga kelishi.

Masalan: Farzandini urushgan onaning birozdan so‘ng afsuslanib shirinlik bilan uni siylashi.

Imtihon topshirishdan oldin ziyoratgohlarga borib kelish.

11. Bo‘linish – qo‘rquv va g‘azab kabi kuchli emotsiyali konfliktlarni ongdan ajratib tashlash.

Masalan: O‘g‘rilik sodir etgan shaxsning bu holatga boshqa shaxs sifatida baho berishi

12. O‘zgarish – talabning ilk maqsadini boshqa maqsadga o‘zgartirib, talabni ifodalash.

Masalan: maktabga borishni istamagan bolaning maktabga borish vaqti kelganda qorni og‘rishiga shikoyat qilishi.

13. Fantaziya – amalga oshmaydigan talabni tasavvurda amalga oshirishga harakat qilish. Reallikdan uzoqlashib, ideal hayot yoki istakni qoniqtirishni orzu qilish.

Masalan: O‘zining yulduzga aylanib, muhlislar tomonidan sevilishini orzu qilish.

14. Shakllanish – o‘zi his qilayotgan xavotir yoki aybdorlik hissini, o‘zgacha munosabat yoki harakatlarda aks etishi.

Masalan: baholari yaxshi bo‘lmagan shaxslarning sportda faol bo‘lishga intilishi, kuchli adovatga ega odamlarda, muloyim va munosabatning mavjudligi.

Sog‘ayish tushunchasi – ruhiy bezovtalik og‘riqli kechinmalarni olib keladi, ammo uni yengib inson ilgarigiga qaraganda kuchliroq bo‘lib boradi.

- Depressiya rivojlanish bilan kuzatiladi. **Og‘riqsiz o‘shish bo‘lmaydi!**

- Kasallikni yengib, odam oldingiga nisbatan kuchliroq bo‘lib boradi.

- Nafaqat ideallikka intiladi, balki o'zining kuchsiz tomonlarini ham bilib boradi.

- Sog'ayish nafaqat simptomlarni bartaraf etadi, balki insonning shaxs sifatida rivojlanishiga imkon beradi.

Ruhiy salomatlik va buzilishlarni tushunish. Ilgari ruhiy buzilishlar fenomeni diniy va ijtimoiy irimlar, yanglishishlar asosida ta'riflangan. Buning natijasida bemorlarni beshafqat jazolarga duchor qilishgan – gulxanlarda yoqishgan, ularni qamoqxonalarga joylashtirishgan va ular bilan jinoyatchilar bilan bo'lgani kabi munosabatda bo'lishgan. Lekin oxir oqibat zamonaviy tibbiyot tufayli ruhiy salomatlikka zarar yetkazadigan xatarini kasallik sifatida ta'riflay boshlashgan. Hamda shu munosabat bilan psixiatriyaning obyektini hisoblangan ruhiy kasalligi bor odamga umumiy nom berishgan va uni «ruhiy buzilishlarga ega bo'lgan odam» deb atay boshlashgan.

Boshqa tomondan, istalgan odam xavotirni boshdan kechiradi, lekin bu xavotir unchalik kuchli emas va shuning uchun hayotda odam ko'pincha ruhiy buzilishga ega bo'lgan odam boshidan kechiradigan xavotirga duch kelmaydi. Ruhiy kasallikni aniqlash mezonlari bo'lib hisoblangan me'yor va patologiyani aniqlash oson emas. Bizning zamonimizdagi reallik shunaqaki, tashqari tomondan ruhiy nosog'lom bo'lib ko'rinishsa ham, tibbiy ko'rikdan o'tishmaydigan odamlar mavjud. Bundan shunday xulosa kelib chiqadiki, aksincha, ruhiy buzilishga duchor bo'lgan odamning hayotini tibbiy ko'rik natijalarini olgandan so'ng tushunish mumkin. Bunday nuqtayi nazarga tayanadigan hamshiralik parvarishida «shaxslararo munosabatlar orqali yordam» kabi yordam ko'rsatishning muhim usullari rivojlantirildi.

Stress va buzilishlarning aloqadorligi.

Stress – bu inson hayotiga ozuqa!

«Stress» termini qancha paradoksal bo'lmasin, normal rivojlanish va normal hayot kechirish uchun muhimdir. «Stress» organizmning psixologik va fiziologik reaksiyasidir. Sel'e «stress» so'zini tirik mavjudotga tenglashtirgan. U tashqi muhitdan kelayotgan qo'zg'atuvchilarning ko'pchiligi tufayli tirik organizmning ichida mavjud bo'lgan muvozanat buzilishini ko'rsatib berdi, buzilgan muvozanatni qayta tiklashga yo'naltirilgan jarayonning o'zini esa u stress deb atadi. Odamning stressorga nisbatan reaksiyasi stres-

sorning turiga, odamning jinsiga, yoshiga, odamning fe'l-atvoriga, tashqi muhitga bog'liq.

Stressning kuchayishi yoki susayishi odamning stressga nisbatan yondoshishiga bog'liq. «Nospetsifik reaksiya» nimani anglatadi? Masalan, odam isib ketsa terlaydi, sovqotsa qaltiraydi. Bu reaksiyalar nospetsifikdir. Chunki ular barcha sog'lom odamlarda kuzatiladi. Dorilar va garmonlar o'ziga xos ta'sir ko'rsatish xossasiga ega. Organizmda qanday jarayonlar kechini bilmagan holda, bu agentlar organizmda o'zgarish vujudga kelishini talab qiladi. Bu talab nospetsifikdir, chunki u yuzaga kelgan qiyinchiliklarga nisbatan moslashuvdan iborat. Sovuq, issiq, preparatlar, garmonlar, qayg'u, xursandchilikni namoyon qiluvchi biokimyoviy jarayonlar bir xil ekanligini tasavvur qilish juda mushkul. Izlanishlar shuni ko'rsatadiki, ta'sirning hamma turlariga nisbatan ayrim reaksiyalar nospetsifik va bir xilda. Shunday qilib, stress — asabiy zo'riqish degan tushuncha mutlaqo noto'g'ridir. U bir vaqtning o'zida ham musbat, ham manfiy, ham konstruktiv, ham ham destruktiv bo'lishi mumkin. Bir tomondan, stress odamning maksimal darajada omadga erishuviga yordam bersa, ikkinchi tomondan, organizmda «charchash» holatini yuzaga keltiradi. Stress yoqimli va yoqimsiz bo'lishi mumkin. Uning natijasi organizmga qo'yilgan talab faolligiga va moslashuviga bog'liq, har qanday faoliyat zarar yetkazmay yuzaga keltirishi mumkin. Ham zararli, ham noxush stress «distress» deb ataladi. U har doim zararli va noxushdir. Stress hosil bo'lishi va asoratlarini tushuntirishda bir necha nazariya va modellar mavjud. Bu nazariyalar organizmning stressga nisbatan fiziologik va psixologik reaksiyalariga asoslangan. Sel'e stressga nisbatan yuzaga keladigan **fiziologik reaksiyalarni** ikki turga ajratgan.

Lokal adaptatsion sindrom va umumiy adaptatsion sindrom. Lokal adaptatsion sindromga quyidagi holatlar misol bo'ladi: qonning ivish xossasi tufayli qon oqishining, yaraning bitishi, mahalliy og'riq va yallig'lanish, ya'ni lokal adaptatsion sindrom tananing ma'lum bir bo'lagida gomestazni tiklashga yordam beradi. Butun organizmning stressga nisbatan fiziologik reaksiyasi umumiy adaptatsion sindromni namoyon qiladi. Bunda bir nechta fiziologik sistema ishtirok etadi. Umumiy adaptatsion sindrom (UAS) quyidagi fazalardan iborat:

Birinchi faza – «xavotirlanish» fazasi. Organizm nerv va endokrin sistema orqali stressor taʼsiriga qarshilik koʻrsatadi. Bu fazada inson oldida ikki yoʻl turadi:

1. Stressorga nisbatan qarshilik koʻrsatish.

2. Taʼsirga boʻysunish. Bu faza bir necha minutdan bir necha soatgacha choʻzilishi mumkin.

Ikkinchi faza – qarshilik koʻrsatish fazasi. Bu faza stressorning uzoq muddat taʼsir qilishi tufayli yuzaga keladi va u koʻp qirralidir.

Uchinchi faza – muvoztatlanish fazasi. Bu fazada stressor taʼsiri toʻxtashi tufayli nerv va endokrin sistema funksiyalarining meʼyorlashuvi kuzatiladi.

Toʻrtinchi faza – qayta tiklanish fazasi. Bu fazada odam organizmi stressorga nisbatan kurashda yutib chiqib, gomeostaz tiklanadi. Agar stressor juda uzoq muddat taʼsir qilib tursa, ogʻir kasallik yoki ruhiy buzilishga sabab boʻlishi mumkin. Bunda odam qarshilik koʻrsatish xususiyatini yoʻqotadi va fiziologik reaksiyalari susayib ketib, oʻlim xavfi yuzaga kelishi mumkin.

Stressga nisbatan organizmning **psixologik reaksiyasi** ham mavjud boʻlib, ular maʼlum bir vazifani bajarishga yoki oʻzini himoya qilishga yoʻnaltirilgan. Biron-bir vazifani bajarishga qaratilgan psixologik moslashuv reaksiyalari odamning stress bilan kurashish kabi muammolarini yechishga qaratilgan. Odamning oʻzini himoya qilishga qaratilgan xatti-harakati stressorga nisbatan psixologik himoyaning ongli darajada namoyon boʻlishini taʼminlaydi.

Odam xatti-harakatining shakllariga quyidagilar kiradi:

Kompensatsiya – odam boshqa sohadagi yutuqlarga tayangan holda qandaydir kamchilikdan oʻzini chalgʻitadi.

Konversiya – emotsional nizo natijasida paydo boʻlgan hayajonning ongli ravishda bostirilishi.

Inkor etish – ongli ravishda emotsional zoʻriqish chaqiruvchi stressorni chidab boʻlmaydigan darajada tan olmaslik.

Identifikatsiya – boshqa odamga taqlid qilish.

Regressiya – oldingi rivojlanish bosqichidagi (masalan, bolaligidagi) stressga qarshi kurash usullarini qoʻllash.

R. Rogers va Solvage oʻzining ilmiy ishlarida, har bir kasb xodimi oʻzining ish joyida stress bilan toʻqnash kelishi mumkinligini aytib oʻtishgan va hamshiralar shaxsi uchun stressorlarning 3 ta guruhini sanashgan:

1. Sotsial stressorlar – uydagi majburiyatlari, bola tarbiyasi, kasal yotgan bemorlarni parvarish qilish, irqchilik, odamlar bilan muloqotni yaxshi o‘rnata olmaslik.

2. Professional stressor – og‘riq, o‘lim, nogironlar bilan to‘qnashish, talabga javob bermaydigan xizmat joyidagi o‘rni, muolajalarni mustaqil ravishda bajara olmaslik, jamoada bo‘ladigan o‘zgarishlar, kasbiy o‘zgarishlar.

3. Aniq faoliyat bilan bog‘liq bo‘lgan stressorlar – navbatchilik ishi, «oila» va «ish» o‘rtasidagi nizo, maosh, mehnat sharoiti.

Stress biologik reaksiya sifatida

• Sel’e stressni chaqiruvchi zararli qo‘zg‘atuvchi – stressorni va o‘zgarishga mos keluvchi organizm reaksiyasi – stressni farqlagan (stress va stressor).

• Stressga duchor bo‘lgach inson unga nisbatan qandaydir choralarni qo‘llaydi: qochadi, hal qiladi va zabt etadi, yordam so‘raydi. Agar bu choralar adekvat bo‘lsa, u holda bu organizm ichki muhiti doimiylikni saqlaydigan va salomatlikni quvvatlaydigan gomeostazni ushlab turadi (stress nazorat – stressga qarshi kurashish).

• Odatda, stressor bilan to‘qnashuvdan keyin jismoniy va ruhiy darajadagi muvozanat buzilishi sodir bo‘lishi uchun 2 oydan 2 yilgacha vaqt talab etiladi. Agar stressor pozitsiyasidan qaraydigan bo‘lsak: stressor organizmning adaptatsion qobiliyatini yenga oladigan darajada kuchlimi, u chiday oladimi, yoki bir necha stressorlarga stressli kasallikni chaqirish uchun birlashish kerakmi. Agar organizm pozitsiyasidan qaraydigan bo‘lsak, kasallikka qarshi kurashishning samarador choralari va qo‘llab-quvvatlovchi aloqalar yo‘q bo‘lgan holatda va kuchsiz jismoniy himoya mexanizmi holatida kasallik oson rivojlanishi mumkin (sog‘lom va kasal odamdagi stress).

Stressga nisbatan adaptatsiya

• Adaptatsiya – bu organizmning doimiy gomeostazini qo‘llab - quvvatlashga yo‘naltirilgan dinamik jarayondir. Tana harorati doimiylikining teskari tomonida havo harorati o‘zgarishiga nisbatan optimal darajaga erishish uchun nervlar va gormonlarni boshqaruvchi o‘zgaruvchan kuch joylashgan. Bu fiziologik adaptatsiya deb ataladi. Bu – ongsiz darajada namoyon bo‘luvchi va hayot uchun xavfli holat vujudga kelgan paytda paydo bo‘luvchi reaksiyadir (fiziologik adaptatsiya).

- Agar psixologik stressor ta'siri ostida g'azab, kuchsizlik tuyg'usi va boshqa salbiy emotsiyalar paydo bo'lsa, u holda keyingi lahzada kuchli yurak urishi, yengil sovish, ter ajralishi kabi yoqimsiz jismoniy sezgilar his etiladi. Agar ushbu jarayon anglay olinsa, qo'zg'atuvchi va vaziyat ko'rsatkichlarining o'zaro aloqadorligida xavflilik darajasi haqida fikr yuritish, shuningdek o'ylab qo'yilgan choralarni qo'llash mumkin bo'ladi (psixologik adaptatsiya).

Stressga nisbatan moslashuv hosil qilishda hamshiraning o'rni.

Davolash muassasalarida ishlaydigan hamshiralar doimo stressorlar bilan munosabatda bo'ladi. Atrof-muhit sharoiti ham ko'pincha bemor uchun stress tug'dirishi mumkin. Ayrim odamlarda jarohat yoki operatsiya tufayli tanasining ma'lum bir qismi yoki biron a'zosi olib tashlangan bo'ladi yoxud tashqi ko'rinishi o'zgaradi. Bunday stressorlar ta'sir qilganda ularga yordam kerak! Bunday odamda o'zida kechayotgan his-hayajon haqida gapirishga imkon yaratish kerak, bu jarrohlik yo'li bilan bemor uchun yaqin orada va keyinchalik bo'ladigan parvarishni shakllantirishga imkon beradi. Shunday qilib, hamshira bemor salomatligini tiklashida bemorning o'zi ham ishtirok etishiga yordam beradi. Jarohatni davolash uchun shifoxonaga yotqizilgan bemorlarda albatta, qo'rquv va hayajon yuzaga keladi, chunki ular operatsiyani xavf sifatida qabul qiladi. Bunday sharoitda bemorning xatti-harakatida stressning u yoki bu darajasi sezilib turadi. Stress ta'sirida odamda yuzaga keladigan o'zgarish reaksiyalari quyidagicha:

- tinmay oldinga va orqaga yurish holati, faollikning pasayishi (passivlik, bir fazada uzoq muddat bo'lish);
- kundalik hayotiy faoliyatning o'zgarishi (masalan: ishtahaning pasayishi, ich ketishi yoki qabziyat);
- ijtimoiy o'zaro munosabatlarning o'zgarishi va haqiqatni tan olmaslik;
- ishiga (kasbiga) nisbatan munosabatining o'zgarishi.

Davolash – profilaktika muassasalari sharoitida bemorning izolatsiyasi, ko'p axborot olish, shovqin, odatdagi hayotiy yashash tarzini o'zgartiradi. Ko'p hollarda hamshiraning bemorga tushuntirmagan holda qilayotgan muolajasi ham unga nisbatan stress bo'lib hisoblanadi. Shunday holatda hamshira bemor hayajonining oldini olib, stressga qarshilik ko'rsatishga yordam beradi.

Bemor holatini baholash bilan birga stressning ruhiy, fiziologik va psixologik ko'rsatkichlarini aniqlash juda o'rinlidir.

Stressning fiziologik ko'rsatkichlari – arterial bosimning ko'tarilishi yoki pasayishi, pulsning tezlashuvi, nafas olishning tezlashuvi, ko'z qorachig'ining kengayishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, kaftning terlashi, barmoqlarning muzlashi, tushkunlikka tushish, tez charchash, yig'lash, ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynashi, qusish, ich ketishi, siydik ajralishining ko'payishi, hayajonlanish, uyqusizlik va h.k.

Stressning psixologik ko'rsatkichlari – depressiya, kayfiyatning tushishi, diqqat buzilish, holsizlik, dori – darmonni ko'p iste'mol qilish, uxlash, o'ziga nisbatan hurmatning yo'qolishi, jizzakilik, jahldorlik, hissiy zo'riqish, sababsiz yig'lash, atrofga qiziqishning pasayishi, ish qobiliyati va sifatining pasayishi, boqibeg'amlik, xatoga yo'l qo'yishga moyillik, apatiya, qiziqishning yo'qolishi.

Stersda aqliy faoliyatdagi belgilar: qiziqishning kamayishi, fikrni jamlashdagi qiyinchiliklar, intilishning pasayishi, ishlab chqarishning pasayishi, xotiraning pasayishi.

Stressda kundalik hayotdagi belgilar: zararli odatlarga ruju qo'yish, me'yordan ko'p ichish, chekish, qimor o'yinlariga mukasidan ketish, ortiqcha xarajat qilish, jinsiy nafaollik.

Nevropatologik belgilar: sarosimaga tushish, isterik tutqanoq, uzoq qo'l yuvish.

Psixopatologik belgilar: haqiqatni rad etish, noadekvatlik, o'zi o'ylab topgan yangi so'zlar, illuziyaga botish, gallutsinatsiyalar.

Hamshira yordami quyidagilarga qaratilgan bo'ladi:

- stressga sabab bo'ladigan sharoit sonini kamaytirish;
- stressga nisbatan fiziologik, psixologik va ruhiy reaksiyalar-ni bartaraf qilish (ya'ni stress belgilarini bartaraf etish);
- stressga nisbatan xulqiy va hissiy reaksiyalarini yaxshilash.

Quyidagi maslahat hamshiraga bemorni parvarish qilishida yuzaga chiqadigan stress darajasini kamaytirishiga yordam beradi:

- har bir bemor bilan so'zlashish;
- uni diqqat bilan eshitish;
- bemor fe'l-atvorini kuzatib borish;
- bemorga tekshiruv, muolajalar va parvarish rejasi haqida ma'lumot berish;
- bemorga bo'limdagi hodisalarni tushuntirish;

- hamshiraning parvarishi haqida bemorning fikrini soʻrash;
- oila aʼzolarini bemor parvarish qilish jarayoniga jalb qilish;
- parvarishning aniq rejasini tuzish.

Stressli buzilish tushunchasi

● Katta noxushlik nafaqat jismoniy, balki ruhiy xarakterdagi zarbaga aylanishi mumkin va oʻtkir stressli reaksiyani keltirib chiqarishi mumkin. Bunday psixologik stress salomatlik buzilishlari bilan chambarchas bogʻliq. Biroq, bunday noxushliklarda salomatligida buzilishni boshidan kechirmaydigan odamlar ham bor. Jarayon qanday tus olishini shaxsiy oʻziga xos xususiyatlar va individuumning tashqi muhit bilan oʻzaro taʼsiri orqali belgilanadi.

● Hamshira stressli taʼsirni iloji boricha kamaytirishga stress omillarini, shaxsiy oʻziga xos xususiyatlarni, shuningdek individual fon hisoblangan qoʻllab-quvvatlash holatini sinchkovlik bilan kuzatish vositasida va asosiy aspektlarga taʼsir etish yoʻli bilan yordam berishi mumkin.

● Stressli buzilishlari bor bemorlarning hamshiralik parvarishi jarohatdan keyingi stressli buzilishlarga ega boʻlgan bemorlar va depressiyali bemorlarning hamshiralik parvarishi doirasida koʻrsatiladi. Xotirjam suhbat uchun sharoitlarni vujudga keltirishdan boshlab hamshira qoʻllab-quvvatlovchi yoki bilish bilan bogʻliq qayta qurilishda yordam koʻrsatadi va bemor tomonidan tushunishni stimullovchi psixologik- pedagogik yordam rolini bajaradi. Bemor oʻzining emotsiyalarini tabiiy namoyon eta olishi uchun bemorga yordam berish muhimdir.

Ruhiy xasta mijozni tushuna olish

Ruhiy xasta mijozning bezovtalik va kelishmovchiliklari (hayoti tarixini oʻrganish). Koʻpchilik mijozlarda bolalik chogʻlaridanoq orttirgan ogʻriqli tajribalar mavjud.

Oʻtmishdagi, asosan oiladagi, cheksiz mojarolar bilan kuzatilgan oʻzaro aloqalar ularga turlicha azob berib, ayanch hisini keltirgan va bunday bemorlar yillar davomida tanho yashab oʻrganganlar. Demak, «kasallikdan kelib chiqqan belgilar» degan tushuncha bilan cheklanib qolish kerakmas, balki mijozning oʻtmishdagi tajribasi, kuzatilgan belgilar va ogʻriqli hissiyotlaridan kelib chiqqan holda uning holatini kengroq tushunishga harakat qilish kerak. Yaʼni mijozni, uning boshdan kechirgan tajribasiga koʻra tushunish lozim.

Ruhiy xasta mijozning ruhiy salomatligini muhofaza qilish masalalari (oila ichidagi kelishmovchiliklar)

Mijozni o'rganishda tayanch nuqtasi bo'lmish, avtobiografik ma'lumotlarga oila kuchli ta'sir ko'rsatadi. Oila a'zolari yaqin va uzilmas o'zaro munosabatlari bilan guruhviy mavjudlikni ta'minlaydilar. Bu yerda muhabbat hamda quvonch va aksincha nafrat va rashk kabi turli hissiyotlar bir-biriga chambarchas bo'lib ketadi. Mijoz ehtiroslar negizida yuzaga kelayotgan ko'plab kelishmovchiliklar sharoitida o'sib ulg'ayadi. Shuning uchun, o'tmish va hozirgi kundagi oilaviy munosabatlarning insonning hayotiga va kuzatilayotgan belgilarga qanday ta'sir ko'rsatayotganini tushunish o'ta muhimdir.

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, Vatanni sevish tuyg'ularini singdirib borish muhim ahamiyatga egadir. 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 endi boshqa yo'nalishlar, mavzular to'g'risida ma'lumotlar berish, kundalik darslarda beriladigan bilimlar saviyasini oshirib borish lozim.

Balog'atga yetish davrida ko'proq e'tiborini mehnat qilishga, kasb tanlashga yo'naltirish kerak. Ushbu davrda bolalarni yengilyelpi filmlardan, behayo rasmlardan uzoqlashtirish, lekin jinsiy turmushga doir zarur ma'lumotlarni uning ongiga singdirib borish lozim.

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 egadir. O'rta yoshli kishilarda yashash bilan bog'liq psixogigiyenik muammolar kamroq uchradi. Chunki ularda hayot tajribasi bo'ladi, ular mavjud qiyinchiliklarga ko'nikkan, chiniqqan bo'ladilar.

Yosh qaytgach o'ziga xos psixogigiyenik muammolar vujudga keladi. Keksalik hayotining nihoyasi bo'lishi kerak emas,

balki u hayotning ochilgan gulidir, — degan edi Andre Renon. Shunday ekan, qarilik chogʻidagi psixogigiyenik tadbirlar sistemasi gulni soʻlitmaslikka, barglari, yaproqlarning tushmasligiga qaratilmogʻi kerak. Qarilik chogʻida koʻrish qobiliyati susayadi, quloq ogʻirlashib qoladi, asta-sekin oyoqlardan mador ketadi, harakatlarni bajarish qiyinlashib qoladi. Bu esa ruhiyatning pasayishiga olib keladi.

Qariyalarning koʻngliga tez ozor yetadi, ular nozik boʻlib qoladilar, salbiy kechinmalardan koʻp tashvishga tushadilar, ularni xavotirlik, qoʻrquv egallaydi. Yolgʻizlik ularni ogʻir hayollarga choʻmdiradi. Baʼzida yoshlar oiladan uzoqlashib oʻzlari yangi oila quradilar. Natijada keksalar yolgʻiz qoladilar. Yolgʻizlik ularni qiyinaydi, bunday vaqtda qoʻshnilar, oʻgʻil-qizlari, nevara-chevaralari qariyadan xabardor boʻlib turishlari lozim. Mahalla faollari yolgʻiz qolgan qariyalarga mos keladigan ishlar topib berishlari kerak. Ularning doimo nima bilandir mashgʻul boʻlishlari ruhiy sogʻlomlikka olib keladi.

Kezi kelganda, qariyalarning tibbiy parvarish qilish haqida ham toʻxtalib oʻtmoqchimiz. Abu Ali ibn Sino qariyalarga badanni yogʻ bilan uqalash, yengil harakatlar qilish, piyoda yurish, koʻkatli taomlar yeyish, sut-qatiqni koʻproq ichish, asabiylashmaslik, yetarlicha uxlash va ichni surib turish kerakligi haqida uqtirgan edi.

Darhaqiqat, keksa odamning ovqati oz-ozdan, sifatli, darmondorilarga boy va mazali boʻlishi darkor. Shovla, shirgurunch, atalla, holvaytar, shirchoy, limonli choy kabi ichimliklar meʼda-ichak yoʻllariga tez hazm boʻladi. Sabzavot (sabzi, sholgʻom, karam) va koʻkatlar qoʻshib tayyorlangan suyuq taomlar qariyalarga foydali, shifobaxsh taʼsir qiladi va huzur bagʻishlaydi.

Jamoa kishilar, shaxslar birlashuvidan tashkil topgan ekan, bu tabiiy hol. Shaxs-inson boʻlmasa bir butun jamiyatning qaror topishi mumkin emas. Kishilarning oilada, ishlab chiqarishda, maktab sinfida, talabalar guruhida, yotoqxonada, dam olish maskanida va boshqa jamoalardagi oʻzaro munosabatlari kishi manfaatlarining tevarak-atrofdagilar manfaatlar bilan nihoyatda oʻzaro bogʻliqligi masalasini oʻrtaga qoʻyadi. Mustaqil Oʻzbekistonimizda jamoalarda ongli ruhiy sogʻlom muhit yaratildi, bu shaxslarning sidqidildan samarali ishlashi uchun sharoit yaratilganligidan dalolat beradi.

Jamoalarni (brigadalar, sexlar, uyushmalar, ekspiditsiyalar 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 vazifada, ish sharoitida va boshqa jihatlarida hal etilishi lozim. Mamlakatimizda jamoa hayoti psixologiyasi masalalari keng suratda 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.

Kundalik hayotdagi buzilishlarning xususiyatlari

Mijozga gallyutsinatsiyalar, alahlash, depressiya, xavotir va boshqa belgilarni boshdan kechirish qiyinlashib borgan sari, uning bu belgilar bilan kurashishiga shunchalik ko'p vaqt va quvvat kerak bo'ladi. Yoki shu belgilarning o'zi bemorning kundalik hayotidagi buzilishlarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

(1) Havo, suv va ovqat iste'moli. Bemorlarda zaharlanib qolish vasvasasida ovqatdan bosh tortish, dori terapiyasi boshlanishi sababli ko'p miqdorda suyuqlik iste'moli, o'ta qo'rquv natijasidagi giperventilyatsiya huruji kabi turli buzilishlar kuzatilishi mumkin.

(2) Fiziologik hojat chiqaruvlar. Dori vositalarining yonaki a'siri oqibatida ich qotishi, anuriya yuzaga keladi. Ich qotishi natijasida qorinni shishib turishi homiladorlik vasvasasini keltirib chiqarib, hamshira faoliyatini qiyinlashtirishi mumkin. Undan tashqari Ego buzilishi tufayli mijozlar o'zlariga hamshiraning tegishidan qo'rqadilar va qorin sohasidagi belgilarni kuzatishlaridan bosh tortadilar, bu esa ichak o'tkazuvchanligi buzilishining erta belgilarini aniqlab olishga monelik qiladi.

(3) Faollik va hordiq. Shizofreniyaning salbiy belgilari hamda depressiv holat yuzaga keltirgan umumiy holsizlik va befarqlik holatida, mijoz kundalik hayotini mustaqil kechirishga ba'zida layoqatsiz bo'lib qoladi. Faollikning yetishmasligi uyquning buzilishiga olib kelishi mumkin.

(4) Yolg'izlik va atrofdagilar bilan hamjihatlik. Ro'yolikni qabul qilishning yomonlashuvi mijozda shaxslararo munosabatlardagi – kundalik hayotda, yaqinlar bilan, tanish-bilishlar bilan, do'kondan xarid qilishga borgandagi kabi muloqotlarning buzilishiga olib keladi.

(5) Tana harorati va shaxsiy gigiyena. Ko'pincha mijozlar o'z tashqi ko'rinishi, kiyinishiga e'tibor bermaydilar va mavsumga ko'ra kiyinishni bilmaydilar, atrofdagilar esa buni tushuna olmaydilar.

(6) Xavfsizlik.

1) o'tkir davrda mijoz o'z joniga qasd qilishga harakat qilishi yoki bu haqida o'ylashi, atrofdagilarga nisbatan zo'ravonlik qiliqlar qilib, o'zi va atrofdagilarning xavfsizligiga tahdid tug'dirishi mumkin. Bunday bemorlar, shuningdek, olovga ham ehtiyotsizlik bilan muomalada bo'lishlari mumkin;

2) ko'pchilik mijozlar, ko'p yillik o'zaro munosabatlar davomida odat bo'lib ketgan o'zlarini tutish tarzlarini hisobga olganda, o'zlarini jabrlangan hisoblab, boshqalarning istaklaridan ortiqcha ta'sirlanib, o'zaro munosabatlarda qat'iy qiyinchiliklarni his etadilar;

3) psixotrop vositalar ekstrapiramidal tizimi, vegetativ tizimining belgilarini va boshqa yonaki ta'sirlarni yuzaga keltiradi. Diskenziya va yutishning buzilishi ovqat qabuliga va muloqotga ta'sir ko'rsatadi, davomiy ich qotish esa paralitik (funktsional) ichak tutilishiga olib kelishi mumkin. Shuningdek, kunduzgi uyquchanlik kuzatilishi ham mumkin. Undan tashqari, dorilarning yonaki ta'siri tufayli yuzaga kelgan bu kabi og'ir azoblar mijozning dori qabul qilishdan bosh tortishiga yoki tartibini saqlamasligiga olib keladi, natijada davo jarayonida uzilishlar kelib chiqadi (mijoz bilan kelgusi dori-darmon terapiyasi haqida batafsil tushuntirish ishlar o'tkazib, shuningdek, dorilarning yonaki ta'siri haqidagi mijoz shikoyatlarini tinglab, kerak bo'lsa zarur yordamni ko'rsatish lozim). Yana shuni yodda tutish lozimki, salbiy sindrom oqibatida isitma paydo bo'lishi ehtimoli ham bor;

4) tashqaridan qaraganda ruhiy belgilarni bilib olish oson emas, shu sababli atrofdagilar mijozning azoblarini tushunmaydilar yoki uni shunchaki ishyoqmas deb o'ylaydilar. Biroq mijozning kundalik va ijtimoiy hayotida yuzaga kelayotgan muammolar uni og'ir ruhiy belgilar va ulardan kuzatilayotgan azoblardan

shikoyat qilishga majbur qiladi (demak, ruhiy xasta mijozni tushunish uchun nafaqat ruhiy belgilarni kuzatish, balki mijozning kundalik hayoti va insoniy munosabatlarini ham diqqat bilan o'rganish lozim). Har bir davolash muassasasidagi tibbiyot xodimi o'z amaliy faoliyatida bemorlar bilan muomala qilganda psixiatrning xizmat doirasiga taalluqli masalalarga duch kelishi tabiiy hol. Somatik shifoxonalarda haqiqiy psixotik holatlar nisbatan kam kuzatiladi, vaholanki shaxsning nevroitik buzilishlari kun sayin uchrab turadi.

Ixtisoslashgan davolash muassasalarining psixiatr maslahatchining xizmatidan foydalanishiga to'g'ri keladi. Shu bilan birga, tibbiyot hamshirasi tibbiyotning qaysi sohasida xizmat qilishidan qat'i nazar, psixopatologik buzilishlarning asosiy ko'rinishlarini ham, shu ixtisoslikdagi bemorlar bilan munosabatlarning o'ziga xos tomonlarini ham bilishi shart. Shu tufayli yirik davolash markazlarida psixosomatik bo'limlar ochilyapti. Ularning vazifasi somatik kasalliklarni davolash bilan bir qatorda zarur psixiatriya yordamini ko'rsatishdan iborat.

Ayrim bemorlar qat'iy psixiatrik nazorat olib borilishiga muhtoj bo'ladilar. Bunga ruhiy kasalliklarning o'ziga xos xususiyatlari sabab bo'ladi. Bu xususiyatlar quyidagilardir:

1) kasallik mohiyatini anglab yetmaslik va psixotik buzilishlar bo'lgani holda davo olishni istamaslik;

2) gallutsinatsiyalar bilan ta'qib qilish g'oyalarining mavjudligi;

3) suisidal (o'z-o'zini oldirish) fikrlar va bunday xatti-harakatlar borligi;

4) psixotik holat mavjudligi, bunda es-hush joyida bo'lmaydi (deliriy, oneyroid, g'amginlik kabilar);

5) psixomotor qo'zg'alishlar va beixtiyor harakatlar borligi.

Bemor ahvoli yaxshilanganida bemor oilasi va qarindoshlari bilan uchrashadi, unga uyiga borib kelishiga ham ruxsat beriladi. U jiddiy kasal bo'lgandagina jamiyat uchun ham, o'zi uchun ham xavfli bo'ladi. Ahvoli yaxshilanganda u ruhiy kasalxonada ekanligini tushunadi va bundan qayg'uradi.

Ruhiy kasalikka giriftor bo'lgan bemorlarga tibbiyot hamshiralarining to'g'ri munosabati ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Bemorlarning shikoyatlarini diqqat bilan tinglaganda ular xursand bo'ladilar. Shuning uchun bemor odamni sizning gapingiz noto'g'ri, deb xafa

qilmaslik lozim. Chunki alahsirash qabilidagi xastalik kechinmalari ana shu holatdagi bemorning fikrlari va xulosalaridan iborat, xolos. Hamshiraning vazifasi bemorlar xulq-atvorini va fikr-o'ylarining o'ziga xos tomonlarini diqqat bilan kuzatib borishdan iborat. Hamshira bemorga bu kuzatishlarini gapirib berishi lozim. Tibbiyot hamshirasining xulq-atvori va o'zini tuta bilishi bemorga tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatishi lozim.

Shaxslararo munosabatlarning rivojlanishi (Peplou)

Peplou Xildegard 1909-yil 1-sentabrda Pensilvanida dunyoga keldi. Kolumbiya universitetida hamshiralik ishi bo'yicha magistr darajasini va fan doktori nomzodini oldi. Peplou ta'limoti bo'yicha hamshiralik ishi shaxslararo munosabatlar o'rnatish va uni rivojlantirish jarayoni bilan birgalikda davolash jarayonidir.

Psixodinamik parvarish tushunchasi

Tibbiyot hamshirasi «mijoz — hamshira» munosabatlarini shakllantirish maqsadida hamshira, mijozga nisbatan turli yo'llar orqali harakat qiladi. Buning uchun hamshira bemor bilan verbal muloqotdan tashqari badanni artish, yuvintirish, sochini, oyoqlarini yuvish, ovqatlanishda ko'maklashish kabilardan ham foydalaniladi. Bemorga teginish, bemorning yoshligida onasidan olgan mehribonlikni esga soladi. Muolaja vaqtida bemorga onadek mehribonlik ko'rsatib yoshlik davrida olgan ruhiy travmasini unutishga yordam beradi. Olingan tajriba va hissiyot bemor uchun qanday ahamiyatga ega ekanligi zarur! Bemor o'zini qiynab kelayotgan dardini, sirlarini hamshiraga aytadi. Kundalik ehtiyojlarini qondirish uchun unga murojaat qiladi. Hamshira bemorga hamdardlik bilan ehtiyojini qondirishga yordam bersa, bemorda hamshiraga nisbatan ishonch uyg'onadi. Shu yo'l bilan hamshira yordamida olingan tajriba orqali bemorning shaxslararo munosabatlar doirasi kengayib boradi.

Hamshiralik ishi — bu maqsadi bir bo'lgan 2 yoki bir nechta insonlarning o'zaro ta'siri (munosabati). Ya'ni, ushbu ta'sir (munosabat) shaxslararo munosabatlarning davomiy va maqsadga yo'naltirilgan jarayonidir. Umumiy maqsad davolash jarayonini yaxshi olib borilishi uchun stimull bo'ladi. Bunda hamshira va bemor bir-biri bilan munosabatda bo'lib, bir-birini o'rganadi va hurmat qilib boradi. Hamshiralik ishi ta'limiy va terapevtik

xarakterga ega bo'lib, kuchni yetuklikka safarbar etuvchi ijodiy faoliyatdir. Bu yo'l bilan bemor o'zini va boshqalarni chuqurroq tushunadi, tibbiyot hamshirasi esa o'z shaxsiy va professional qobiliyatlarini rivojlantiradi.

Hamshiraning psixodinamik parvarishi konsepsiyasi:

- umumiy maqsadga erishish yo'lidagi o'zaro munosabatlar jarayoni;

- o'zaro o'qitish va rivojlantirish munosabatlari, balans (mo'tadil) bo'lgan munosabatlar (kelishilgan holda);

- mijoz bilan hamshira birinchi marta uchrashganda o'zaro munosabatlar asosi shakllanadi;

- o'z talablarini birgina hamshira bilan muloqot orqali qondirish tajribasiga ega mijoz, endi, boshqa hamshiralarga ham yordam so'rab murojaat qila boshlaydi.

Davo tarzidagi o'zaro shaxsiy munosabatlar o'rnatish bosqichlari

Hamshiralik parvarishi «insoniylik munosabatlar» jarayoni sifatidagi davo jarayonidir. Mijoz bilan hamshira birinchi marta uchrashganda ular bir-biriga notanish odamlar, biroq o'zaro muloqot jarayonida bu munosabatlari o'zgaradi.

1. Kerakli yo'nalishni aniqlash bosqichi:

- Mijoz va hamshira o'rtasidagi munosabatlar, ular bir-biriga notanish kishilar sifatida uchrashgan paytdan boshlanadi. Mabodo mijoz o'z ehtiyojlarini his etmasa, parvarish ularni aniqlashga imkon beradi.

- Agar mijoz o'z ehtiyojlarini his eta olsa, ularni izhor etib yordam so'rashi mumkin. Masalan, «Negadir asabiylashayapman», «Negadir uxlay olmayapman» va h.k.

2. Identifikatsiya (izlanish va tanlash) bosqichi:

- Mijoz (o'zi bilib yoki bilmay) uning talablarini qondira oladigan insonni izlaydi va hamshira bilan o'zaro shaxsiy munosabatlarni qurishga harakat qiladi.

- Kerakli parvarishni olgandan so'ng bemor ushbu tajribaga tayanib o'z hissiyotlarini va emotsiyalarini tarbiyalaydi. Ko'rsatilgan parvarish orqali bemor hamshiraga ishona boshlaydi.

3. O'zlashtirish bosqichi:

- O'z talablarini birgina hamshira bilan muloqot orqali qondirish tajribasiga ega mijoz, endi, boshqa kishilarga ham yordam so'rab murojaat qila boshlaydi.

- Hamshira bilan o‘zaro ijobiy aloqa o‘rnata olgan mijoz, o‘z tajribasiga tayanib, endi boshqa odamlar bilan ham muloqotga kirmoqchi bo‘ladi.

- Mijozda o‘z ehtiyojlarini qondirish uchun keragicha odamlar sonidan foydalanish xohishi paydo bo‘ladi.

- Mijoz aniq maqsadlarni ko‘zlab, hayot mazmuni haqida o‘ylay boshlaydi.

- Sog‘ayish jarayonida, mijoz, bezovtalanib o‘zining kuchli va o‘jiz tomonlarini va qachon hamshiradan yordam so‘rash lozimligini tushuna boshlaydi.

4. Muammolarni hal etish bosqichi. Hamshira va boshqa kishilar hamkorligida o‘z muammolarini hal etgan mijoz, o‘zi qaram bo‘lgan hamshiralardan uzoqlashib mustaqil bo‘lib boradi. Bemor sog‘lom emotsional balans holatida bo‘ladi. U endi yangi, aniq maqsadlarni ko‘zlab harakat qiladi. Kasalxonadan yiroqlashib, jamiyatdagi ehtiyojlarini qondirish uchun, jamoada yashab, mehnat qilishi, o‘z o‘rnini topib ketishi uchun xavotirlanmay, qo‘rqmasdan, kasalxonada olingan tajribaga tayanib, atrof-dagilar bilan shaxslararo munosabat o‘rnata oladi, hamda ehtiyojlarini qondirib boradi.

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

ogʻriq, ayniqsa, u hayotga tahdid soladigan xastaliklarda juda ogʻir taʼsir qiladi. Bemorlar muolajalar, qattiq tovushlar, kuchli yorugʻ nur taʼsiridan, ogʻrib turgan aʼzolarda qoʻpol xatti-harakatlar qilinganda qattiq iztirob chekadilar, ular ogʻriq kuchaygan aʼzoga qattiq tegishdan paydo boʻlgan ogʻriqni, ayniqsa, ogʻir oʻtkazadilar. Bunda bemorlar koʻpincha ogʻriq qoʻzgʻatuvchilarga roʻyirost affektiv reaksiyalar bilan javob beradilar.

Kasallik koʻpincha kishining xulqini, uning qiyofasini, yurish-turishini, nutqini va mimikasini oʻzgartiradi. Kasallik kishining diqqat-eʼtiborini uning ichki dunyosiga qaratadi va unga shu vaqtga qadar nomaʼlum boʻlgan sezgilarni, tasavvur va emotsiyalarni paydo qiladi. Masalan, yurak patologiyasida baʼzan ogʻriq sindromidan ancha oldin bemorlar vahimaga tushadilar.

Loqaydlik holati, tevarak-atrofdagi narsalarga befarq boʻlib qolish endokrin tizimining baʼzi kasalliklari uchun xarakterlidir. Gʻazablanish, jizzakilik jigar kasalliklarida paydo boʻladi. Sil xastaligi boʻlgan bemorlarda baʼzan ularning ogʻir ahvoliga mutlaqo toʻgʻri kelmaydigan sababsiz kayfichogʻlik koʻp uchraydi.

Hamshira va bemor

Kasallik kishilarning odatdagi kundalik munosabatlarini buzibgina qolmay, balki shak-shubhasiz bemor va uning yaqin kishilari oʻrtasida yangi munosabatlar paydo qiladi, shuningdek, kasal boʻlgunga qadar notanish boʻlgan kishilar bilan yangi aloqalar bogʻlashga olib keladi. Kasallikning keyinchalik kechishi ularning taʼsiriga va ruhiy holatiga bogʻliq boʻladi. Bemor oʻz yaqinlariga, tanish kishilariga, poliklinikada yoki ambulatoriyada yoki dispanserda birinchi marta uchragan odamga oʻzining dardini va kechinmalarini aytadi, ularning taskin berishini va ahvolini tushunishini kutish bilan kasalining ogʻir emasligi, unga yordam berishlarini eshitgisi keladi. Bemorning yana qaysi hamshiraga yoki shifokorga uchrashi zarurligini, u hamshiraning yoki shifokorning qandayligi, unda qoʻrqmasdan davolansa boʻladimi-yoʻqligini, tajribali mutaxassisning jonkuyarligi va mehribonligini bilgisi keladi. Hamshira bilan uchrashgunga qadar bemorda u haqida maʼlum tasavvur hosil boʻladi, bu esa bemorga avval boshdanoq katta taʼsir qiladi. Shifokor yoki hamshiraning obroʻsi bemorga juda katta psixik taʼsir koʻrsatadi.

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'lidan 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'rigan 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'noda 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 mezoni 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'llanilib kelinmoqda. Psixoterapiya metodlari xilma-xildir. Seanslarning davomlilik 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 taassurotiga 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), uygʻoqlik vaqtida ishontirish va oʻz-oʻzini 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 o‘n sekunddan keyin, odatda, bemor ko‘z qovoqlari og‘ir tortib, yumilib qoladi. Passalar (peshana, qo‘llarni, bemor tanasini uzinasiga silash) o‘ziga xos usuldir, uxlatishning qo‘shimcha hamma usullari (bir ohangdagi taassurotlar bilan ta‘sir qilish, bemorning ko‘zini biror narsaga qaratish, passalar), odatda, so‘z bilan uxlatish usuli bilan birga ishlatiladi.

Gipnotik holat yuzaki, o‘rta va qattiq gipnozga bo‘linadi. Yuzaki gipnoz ko‘z qovoqlari va qo‘l-oyoqlar og‘ir tortib, mudroq bosadigan, ko‘pincha puls va nafas siyraklanib qoladigan holatdir. Gipnoz seansidan keyin kasal bo‘lib o‘tgan hamma hodisalarni eslab qoladi.

O‘rtacha gipnoz – yengil uyqudir. Kasal ko‘zini ocholmaydi, so‘z bilan ta‘sir ko‘rsatib, harakat sferasi (so‘z ta‘siri bilan vujudga keltirilgan parezlar, giperkinezlar, katalepsiya) bilan sezgi sferalarida (anesteziya, giperesteziya) o‘zgarishlar keltirib chiqarish mumkin. O‘rtacha gipnozdan keyin ham seans vaqtida ro‘y bergan hodisalar xotirada saqlanib qoladi.

Qattiq, chuqur gipnoz (boshqacha aytganda somnambulizm, lotincha somnus – uyqu va ambulare – yurmoq, ya‘ni uyquda yurmoq degan so‘zlardan olingan) – ro‘yirost gipnotik uyqudir. Rappoport (miya po‘stlog‘ida sergak qolgan alohida punkt hisobiga shifokor bilan bemor o‘rtasida bog‘lanadigan aloqa) tamomila alohidalanib qoladi (ya‘ni shifokordan boshqa kishi kasal bilan aloqa o‘rnata olmaydigan bo‘lib qoladi) deb aytgan. A‘zoyi badandagi muskullar tamomila bo‘shashib, qo‘l ko‘tarilsa, shilq etib tushadi, ba‘zan odamning iyagi osilib qoladi. Kasallarni inontirib gallyusinator obrazlar (ko‘rish, eshitish, hid bilish obrazlarini) hosil qilish, ularni boshqacha bir vaziyatda deb (uyda, ko‘lda cho‘milayapti, avtomobilda ketayapti, teatrdan o‘tiribdi deb) ishontirish mumkin. Postgipnotik ta‘silarni yuzaga chiqarsa ham bo‘ladi (ya‘ni kasalning ko‘ngliga solingan harakatlarni u uyqudan uyg‘onganidan keyin bir necha soat, kun va hatto hafta o‘tgach qiladigan bo‘lishiga erishish). Seansdan keyin amneziya kuzatiladi.

Davo maqsadlarida gipnoz holatidan ikki xil – o‘z holicha gipnozdan foydalanish (K.I. Platonov fikriga qaraganda, «gipnoz orom beradi») va gipnoz vaqtida so‘z bilan ta‘sir ko‘rsatish, inontirish uchun foydalanish mumkin. Gipnoz vaqtida

inontirishdan foydalanish usuli ko'proq qo'llaniladi. So'z bilan ta'sir ko'rsatib, inontirish imperativ (buyuruvchi) va izohlovchi (tushuntirib beruvchi) ta'sirga bo'linadi. Ikkinchi holda inontirish sabab, vajlarni ko'rsatib berib, kasalga tushuntirish, unda ishonch hosil qilish bilan birga olib boriladi.

Inontirish seansidan keyin ba'zi hollarda takror gipnotik holat boshlanishi ko'riladi (xususan, kasal gipnoz holatidan batamom va bekam-u ko'st chiqarilmagan bo'lsa). Shu munosabat bilan statsionarda gipnoz vaqtida ta'sir ko'rsatib davolanadigan kasallar bir necha soat mobaynida xodimlarning kuzatuv ostida bo'lishi, ambulatoriya sharoitlarida esa gipnoz seansi tugaganidan keyin bir soat davomida poliklinika yoki dispanserda kuzatib turilishi kerak. 2–3 soatgacha cho'ziladigan gipnoz seanslari qo'llaniladigan bo'lsa (V.E.Rojnov) yoki gipnotik uyqu bilan davolash usuli qo'llaniladigan bo'lsa, bunda ham kasallar o'rta ma'lumotli tibbiyot xodimining kuzatuv ostida turadi.

Gipnoz vaqtida kamdan kam hollarda bemorda isteriya xuruj tutib qolishi mumkin. Bunday xuruj xavfli emas. Kasalni gipnotik holatdan chiqarish kerak. Uning oldida yelib-yugurib, asoratni og'ir qilib ko'rsatish yoki shu vajdan vahima ko'tarish yaramaydi.

Tabiiy uyqu holatida ishontirish. Tabiiy uyqu vaqtida ishontirish usuli kam (aksari bolalarda) qo'llaniladi. Ba'zan tabiiy (rosmana) uyquni gipnotik (chala) uyquga asta-sekin o'tkazish usulidan foydalaniladi. Umuman, uyqu vaqtida ko'pgina odamlar inson nutqini idrok eta olish qobiliyatini saqlab qolishini yodda tutish kerak. Tibbiyot xodimi buni bilishi muhim. Bemor uyg'oqligi vaqtida uning oldida aytib bo'lmaydigan narsalarni kasal uxlab yotgan paytida ham gapirish mumkin emas.

Uxlatadigan yoki narkotik moddalarni berib ishontirish. Bemor yetarli gipnabel bo'lmasa (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 soʻz bilan taʼsir koʻrsatib inontiriladi. Tibbiyot hamshirasining roli inontirish pirovardiga yetguncha qattiq uyqu bosib turadigan holatni saqlab qolishdan iborat.

Uygʻoqlik holatida ishontirish. Gipnozdan tashqari paytda inontirish ham xiylagina shifobaxsh taʼsir qiladi. Shifokorlar kasallar bilan suhbat qilargan ekan, aslida har safar inontirish usulidan foydalanadilar. Shifokorning ishontirib koʻrsatadigan taʼsir kuchi oʻsha shifokorga bemorning qanday munosabatda boʻlishiga koʻp jihatdan bogʻliq. Shifokorning nufuz-eʼtibori, bemorga ustalik bilan muomala qila olishi, kasal odamning psixologiyasini bilishi ishontirish 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». Koʻpgina shifokorlar tushuntirib inontirish usulidan foydalanadilar. Bemor kushetkaga yotqizilib, koʻzlarini yumish tavsiya etiladi. Bemorni uxlatmasdan turib, faqat muskullari boʻshashtiriladi va orom, tin olishiga erishiladi. Aytiladigan narsalar past ovoz bilan tushuntirib boriladi va shu tariqa taʼsir koʻrsatiladi, Masalan, mana bunday deyiladi: «Hozir asab hujayralari orom olib, kuch toʻplamoqda. Shuning uchun siz turganingizdan keyin oʻzingizni ancha tetik his qilasiz». Yoki: «Sizning tajangligingiz asab sistemangizning zaifligiga bogʻliq. Ammo asab hujayralarining oʻzi butun, ular charchagan, xolos. Hozir ular kuch toʻplamoqda. Seansdan keyin Siz juda tinchib qolasiz».

Uygʻoqlik davrida ishontirish anchagina emotsional koʻtarinkilik fonida, ayniqsa, yaxshi kor qiladi (ishontirishga affektiv moyillik). Xuddi shunday shart-sharoitlar koʻpincha kasallar guruhida vujudga keladi. Kasallar orasida induksiya jarayoni (affektiv holatning bir kishidan ikkinchi kishiga oʻtishi) roʻy beradi. Duduqlanish, alkogolizm, nevrozlarga davo qilish uchun uygʻoqlik holatida inontirish usuli qoʻllaniladi.

Ruhan oʻz-oʻzini boshqarish keng maʼnoda organizmning barcha sistemalari faolligini boshqarishdir. Faollik barcha tirik mavjudotga xos boʻlib, ularning rivojini taʼminlaydi. Biologik oʻz-oʻzini boshqarishga gomeostaz, yaʼni tana haroratining doimiyligi, 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 chiqqa 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. Ruhiy 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 ushlashi, 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.

Yuqoridagilardan 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-proyektsiya.
3. E'tiborni chalg'itish yoki o'zgartirish.
4. Unutish yoki siqib chiqarish.

Bu usullarni qo'llash natijasida ruhiyatdagi salbiy ta'sirlar bir-muncha 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 te-tiklashtirish 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 ishontirib aytgan so'zlari organizmning turli tizimlarida fiziologik o'zgarishlar keltirib chiqarishini ko'rsatdi. O'z-o'zini ishontirish 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 pirqirashi va boshqa shu singari dalillar tushunchalarning organizmdagi fiziologik jarayonlarga ta'sir ko'rsatishini aniq-ravshan qilib isbotlaydi.

Hozir o'z-o'zini ishontirishning har xil usublari qo'llaniladi. Ularning biri shundan iboratki, shifokor kasal bilan birgalikda

«oʻz-oʻzini ishontirish formulasi» degan narsani, yaʼni oʻz-oʻzini ishontiradigan qisqacha shifobaxsh matnni (4–5 jumlani) tuzadi. Masalan: «Men oʻzimni ancha yaxshi his qilayapman. Kayfim joyida, tuzuk. Uyqu ham, ishtaham ham tobora yaxshilanib kelyapti. Davodan ancha naf koʻrdim» va hokazo. Oʻz-oʻzini ishontirishning umumiy usullaridan keyin kasallikning ayrim simptomlariga qaratilgan maxsus usullar qoʻllaniladi. Bu «formula»ni kasal tinch yotgan va muskullari boʻshashgan holatda bir necha marta fikran yoki shivirlab takrorlaydi (ertalab oʻrinda, tushki paytda va kechqurun uyqu oldidan).

Autogen trenirovka. Autogen trenirovka (yaʼni bemorning oʻzi bajaradigan mashq) psixoterapiyaning keng tarqalgan uslubidir.

Autogen trenirovkani nemis olimi I. Shuls taklif etgan. Bizda bu trenirovka har xil variantlarda qoʻllaniladi. Kasal karavotga yotadi yoki stulga oldinga engashib oʻtiradi. U tayyorlanib olgandan keyin: «Oʻng qoʻlim ogʻir tortib qoldi», degan I mashqni aniq-ravshan tasavvur qilishga urinadi. Mana shunday mashqni kasal kuniga 2–3 mahal, yaxshisi uyqu oldidan va uyqudan uygʻongan zahoti takrorlaydi. Oʻng qoʻlini ancha ogʻir tortib qolgandek his qilganidan keyin chap qoʻliga, soʻngra oyoqlariga oʻtadi. II mashq: «Oʻng qoʻlim iliq boʻlib qoldi», III mashq: «Quyoshsimon chigalim issiq boʻlib qoldi, u issiq sochmoqda», IV mashq: «Yuragim kuch bilan bir tekis urib turibdi», V mashq: «Nafasim chuqur va ravon», VI mashq: «Peshanam muzdekkina». Baʼzan birinchi 2–3 mashq bilan cheklaniladi. Mashqlar bajarilganidan keyin muskullar boʻshashib, odam oʻzini juda tinch his qiladi, koʻpincha uni uyqu bosadi. Ana shu holatda davo maqsadida shifokor aytgan oʻz-oʻzini ishontirish usulini qoʻllash foydalidir.

Inontirib va oʻz-oʻzini ishontirib davolashda tibbiyot hamshirasining roli juda katta. Tibbiyot hamshirasi kasallarni juda sinchkovlik bilan kuzatib borishi kerak. Davolashning hozir aytilgan turlari bexatar boʻlsa ham, baʼzan asoratlar koʻriladi. Masalan, gipnotik holatning asorati qoladi, bosh ogʻriydi, autogen trenirovkada esa arterial bosim pasayadi va hokazo. Biroq davo taʼsirida kasalning psixologik holati qanday oʻzgarib borayotganini oʻrganish, uning davoga munosabatini tekshirib borish ham tibbiyot xodimining gʻoyat muhim vazifasi hisoblanadi.

Psixoterapevtik yoʻl bilan ishontirish. Psixoterapiyaning boshqa juda muhim bir turi ishonch hosil qilish yoʻli 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 «davo daldasi» berish uchun qulay sharoit yaratishga sabab bo'ladi.

Kasallarning noto'g'ri fikrlari, pessimistik xayollari, ba'zan kasallarning davoga 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 o'tadigan ruhiy kasalliklarda (apato-abulik sindromda) juda katta rol o'ynaydi. Bunday holatlar shizofreniyada, bosh miyaning organik kasalliklarida (xususan, bosh miya peshana bo'laklariga ham shikast yetgan kasalliklarda) bo'ladi. Faollashtiruvchi psixoterapiya kasallarda yangidan yangi qiziqish va istaklar uyg'otib, ipoxondrik holatlar singari kasallik ko'rinishlarini susaytiradi, bemorlar diqqatini o'z ruhiyatidan, ichki a'zolarining qanday ishlayotganidan chalg'itadi. Asteno-ipoxondrik holatdagi kasallar (nevrotiklar, psixopatlar, asab sistemasining organik kasalliklari bilan og'rikan bemorlar va boshqalar) ham, odatda, faollashtirishga va boshqacha turmush maromiga o'tkazishga muhtoj bo'ladilar.

Psixoterapiya va davo mashqlari (trenirovkalari). Tibbiyot amaliyotida davo mashqlari metodidan keng foydalaniladi. Davo mashqlari organizmdagi ayrim a'zo 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 bo'lgan muayyan vazifalar qo'yiladi, shu bilan birga davolash vaqtida bu vazifalar tobora ko'proq murakkablashib boradi. Chunonchi, protezdan endigina foydalana boshlagan kasallarga tobora murakkabroq harakat mashqlari beriladi. Insult bo'lib, 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 qo'llaniladi. Chunonchi, Korsakov psixozida (xotira buzilib, polinevrit paydo bo'lishi bilan tavsiflanadigan kasallikda) dori berib davolash va fizioterapiya bilan bir qatorda kasallarga xotirani tiklashga yoki lokal yaxshilashga qaratilgan shifobaxsh kurs buyuriladi. Nevrotik o'zgarishlarning talaygina turlari (agorafobiya, kardiofobiya, astaziya-abaziya)ga muhtalo bo'lgan kasallar muntazam mashq qilib turishga muhtoj bo'ladilar.

Davo mashqlari kompleks chora-tadbirlardir. Ularni buyurishda terapevt, zarurat bo'lsa, xirurg, ortoped, shuningdek, nevropatolog,

logoped, psixiatr, davo fizkulturasi bo'yicha mutaxassis, pedagog birgalikda maslahatlashib ish ko'radi.

O'rta ma'lumotli tibbiyot xodimi mana shu vazifalarni bajarishda faol yordam beradi. Kasallar ko'pincha ularning oldiga shifokorlar qo'ygan vazifalarni bajara olishiga shubha bilan qaraydilar. Chunonchi, ularning ba'zilari o'rnidan turib, xona ichida o'z holicha yurishning iloji yo'q, deb hisoblasa, boshqalari uydan tashqari chiqishdan bosh tortadi, uchinчилari boshqa turdagi mehnat yoki mashg'ulotga o'tishdan bo'yin tovlaydi. Mana shunga o'xshagan ishlarning hammasini batamom tuzalib ketganimdan keyingina bajarishim mumkin, deb hisoblaydigan kasallar ham uchraydi. Ular: «Mudom yuragim o'ynab 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) yeya 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 funktsiyani 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 kasalxona, 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;
- 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 tinchqo'yib, damoldirish, 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, glukoza 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 tizimi-

ning 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.

Psixogigiyena 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 psixogigiyenaning 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 psixogigiyenik ahamiyat kasb etadi.

Psixoprofilaktika va psixogigiyena uzoq davrlardan buyon mavjud bo'lib, ularning negizlari eski tibbiy adabiyotlarda bayon etilgan. Fransuz olimlari Eskiro, Morel, zamonaviy klinik psixiatriyaning asoschisi Krepelin psixogigiyena va psixoprofilaktikaning rivojlanishiga ko'p hissa qo'shganlar. Shveysar psixiatri Forel ichkilikbozlikning zarari to'g'risidagi ta'limotni birinchilardan bo'lib asoslab bergan. Rossiyada psixogigiyena 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'jayeva, Sh.A. Murtolibov, A.U. Shoyusupova, M.U. G'ulomov va boshqalar shug'ullanganlar.

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

Psixogigiyenaning quyidagi bo'limlari mavjud:

1. Yoshga oid psixogigiyena.
2. Mehnat va ta'lim psixogigiyenasi.
3. Turmush psixogigiyenasi.

4. Oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi.
5. Jamoa hayoti psixogigiyenasi.

Yoshga oid psixogigiyena

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.

Balog'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'g'il-qizlari, nevarachevaralari 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, shirgurch, 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 bag'ishlaydi.

Mehnat va ta'lim psixogiyenasi

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: nevroitik xastaliklar, 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.

Shaharsharoitlarida 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 umumiyli-gi, 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 quvonchlari 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 ki-shi, 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‘ljak 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.

Psixogigiyenaning eng muhim vazifalaridan biri har tomonlama to‘la-to‘kis jinsiy hayotni qaror toptirishda yordam berishdan iborat. Bu sohadagi 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. Jin-

siy ortiqchaliklar va seksual buzuqliklar asab sistemasini holdan toydiradigan omil hisoblanadi.

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 tomondan 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 jarayoni ni 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. Tibbi-

yot 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 tushinishiga 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».

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:
- gallutsinatsiyalar;
 - o‘ta qimmatli fikrlar;
 - xotiraning pasayishi:
 - fiksasion amneziya
 - konfabulyatsiyalar
 - psevdoreminissensiyalar
 - es-hushning buzilishi:
 - deliriy
 - oneyroid
 - es-hushning xiralashishi
 - amensiya
4. Kayfiyatning buzilishi:
- qo‘rquv;
 - xavotir;
 - depressiya;
 - eyforiya;
 - emotsional muvozanat;
 - emotsional to‘mtoqlik;
 - emotsional nomuqobillik.
5. Iroda faoliyatining buzilishi:
- gipobuliya;
 - giperbuliya;
 - 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‘alish sabablari:
 - depressiya;
 - maniakal holat;
 - alahlash;
 - gallutsinatsiyalar.
2. Qo‘rquv sabablari:
 - alahlash;
 - gallutsinatsiyalar.
3. Qaror qabul qilishga layoqatsizlik sabablari:
 - gipobuliya;
 - abuliya.
4. Parabuliyada og‘riqli havas.
5. O‘z-o‘zini parvarish qila olmaslik sabablari:
 - og‘ir depressiyalar;
 - gipobuliyalar;
 - abuliyalar;
 - demensiyalar;
 - stuporlar.
6. Odamovilik.
7. Odamshavandalikning oshishi.
8. Atrof-muhitni noto‘g‘ri idrok etishning sabablari:
 - gallutsinatsiyalar;
 - o‘ta qimmatli fikrlar.
9. Ovqatdan bosh tortish sabablari:
 - depressiyalar;
 - hid bilish gallutsinatsiyalari;
 - ta‘m bilish gallutsinatsiyalari
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:
 - deliriya;
 - oneyroid;
 - amensiya;
 - es-hushning xiralashishi.
- 14. Disforiya sabablari:
 - narkomaniyalarda xumor tutishi;
 - alkogolizm da xumor tutishi;
 - epilepsiyalar.
- 15. Asteniya lar sababli taassurotlarga sezuvchanlikning oshishi.
- 16. Asteniya lar sababli achchiqlanishning oshishi.
- 17. Mehnat qobiliyatining susayishi sabablari:
 - asteniya lar;
 - depressiya lar;
 - maniakal holatlar.
- 18. Kelishmovchilik (nizo) sabablari:
 - asteniya lar;
 - disforiya lar.
- 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 tekkizish** hisoblanadi.

Kuchli ruhiy iztiroblar vaqtida qo'l tekkizish 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 turi-

shu 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 namoyon 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 qarshilikning 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 e'tibor 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'g'risida 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, aytmagan va aytilmagan tuyg'ularini kengaytirgan holda bayon etishga yordam berishi zarur.

U bemorni diqqat bilan eshitib, o'ylayotgan aniq muammo-ning 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'plashangiz, 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 tushunishda 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 boshlasa, u chuqur his-hayajonni boshdan kechirayotganini bildiradi. Bunday reaksiya bemorga siz bu kalitlarni qanday qabul qilganingizni tushunishiga yordam beradi.

Barcha ma'lumotlarning ochiq-oydin namoyon bo'lmasligi 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-ishoralar yordamida o'z o'ng'aysizligini ko'rsatadi yoki mavzu-

ni o'zgartirib, izoh berib, masalan, «Bo'lishi mumkin emas», – deydi. Bu bemorga suhbat mavzusi tinglovchiga nomaqbul-ligidan 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'rtoqlashmoqhiligini ko'rsatishi va uni qo'llashidir. Bemor bunday vaziyatda o'zining aniq qoi-dalari borligini, shaxsiy tuyg'ularni namoyon etish ko'lamini tu-shunib 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 uyaladi-lar va qo'rqadilar, hamshira ularni rad etadi yoki qoralaydi deb o'ylaydilar. Shunday qilib, bu tuyg'ular uyat va aybdorlik his-si natijasida namoyon bo'ladi. O'z xatti-harakatiga ijozat berili-shi 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 hurmat-ni 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 ya-na ham erkin bo'lishga yordam beradi, chunki hamshira do'stona munosabatni o'rnata oladi. Bu bemorga o'z-o'zini anglashda yor-dam beradi. Chunki hamshira uning his-tuyg'ularini tushun-gan holda uni qabul etdi. Shuning uchun hamshiraga aytilgan va aytilmagan fikrlar juda muhim. Ularga javob berish uchun u av-val 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 mulo-qotga kirishilganda har xil vaziyatlar bo'lishi mumkin, masalan, agressiv muomala.

Bemor hamshiraga nisbatan qo'pol muomala qilganda, quyi-dagi ko'rsatmalarga rioya qilish mumkin:

- bemorning gapini haqorat deb tushunmaslik;
- xotirjam bo'lish uchun chuqur-chuqur nafas olib, 10–20 gacha sanash;

– agar yomon soʻz bilan javob berishga toʻgʻri kelsa, xonadan chiqib ketish va tinchlanish;

– vaqti-vaqti bilan tanaffus qilib, ochiq havoda aylanish;

– boʻlib oʻtgan voqeani ishonchli yaqin kishisiga aytish;

– hurmatsizlik qilgan bemor bilan qayta suhbatlashib (kelishib olish), oʻz vazifasini davom ettirish.

Suhbatni davom ettirish uchun quyidagilarga rioya qilish lozim:

– bir necha daqiqaga tanaffus qilish, tinchlanish, bu noxushlik haqida oʻylamaslik, hamsuhbatining soʻzlariga diqqatini qaratish;

– suhbatdoshiga qiziqish bilan qarash, yuz ifodasi, harakatlardan bemor hamshiraning qiziqishini sezishi kerak;

– hamshira bemorni suhbatga qayta taklif etib: «Oʻzingizni qanday his qilayapsiz?», «Oʻzingiz yolgʻiz 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 soʻng bemor bilan nega ishonchli muloqotga kirisha olmaganining sababini boshqa malakaliroq kishidan soʻrab, maslahat olishi kerak.

D. Orem modeli

D.Orem oʻz modelini birinchi bor 1971-yilda taklif etgan. D.Orem modeli V.Xenderson modeliga oʻxshash boʻlib, unda ham hamshiralik ishining asosiy vazifasi – bemorga oʻzini oʻzi parvarish qilishda koʻmaklashish va bunda bemor mustaqilligiga erishishdan iborat.

Bu model boʻyicha inson yaxlit bir obyekt sifatida koʻrilib, oʻz salomatligi holatiga oʻzi javobgar shaxs deb hisoblanadi. Inson kasal yoki sogʻligidan qatʼi nazar, oʻzini oʻzi parvarish qilishi lozim. Oʻzini oʻzi parvarish qilish deganda individ tomonidan hayoti, salomatligi, farovonligini taʼminlash maqsadida oʻz kuchi va istagi bilan amalgam oshiriladigan harakatlar majmuyi tushuniladi. V.Xenderson kabi D.Orem ham odam oʻzini oʻzi parvarish qilishi uchun bir qator ehtiyojlarini qondirishi lozim, deb hisoblaydi.

D.Orem ehtiyojlarning 3 guruhini ajratadi:

1. Univversal 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'zgargan 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 ishini 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 bemorning 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 yengiltatish, 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.

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

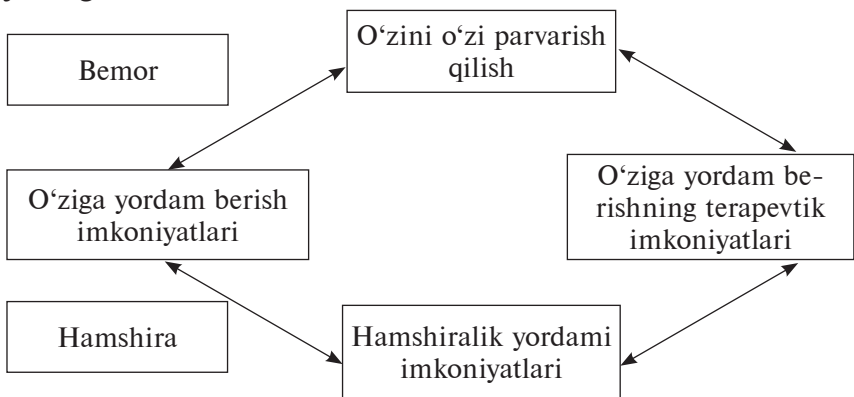
Bemor yoki uning yaqinlarini parvarish ko'nikmalariga o'rgatish kerak bo'lsa, hamshira kerakli maslahat yoki bilimlarni beradi – **yo'naltiruvchi yordam** ko'rsatadi.

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.



Orem Andervud bo'yicha hamshiralik jarayonini yuritish

Masala

Janob O. 34 yoshda. Bolaligidan o'zini ko'rsatishga intilmay, bosiq bola bo'lgan. «Tashvish keltirmaydigan, mo'min-qobil bola»ni onasi har doim maqtardi. Maktabda yuqori baholarga o'qirdi, ammo ayrim paytlarda sababsiz dars qoldirardi.

Maktabni tugatgandan so‘ng haydovchi bo‘lib ishladi. 20 yoshida uyqusi bilan muammolar boshlandi. Kunduzgi va tungi uyqu ritmi almashib, tunda uxlashga qiynalib, ertalablari juda qiyinchilik bilan uyg‘onardi. Sababsiz ishga kelmay qolishlar boshlandi, shu bilan birga atrofdagilar uni muhokama qilishayotganidan shikoyat qila boshladi.

Onasi uni shifoxonaga olib bordi, tekshiruvlar natijasiga ko‘ra «shizofreniya» tashxisi qo‘yildi. Shundan so‘ng tez-tez shifoxonaga yotib, dori-darmonlar va elektroterapiya bilan davolandi. Ishdan bo‘shadi. Oldindan do‘stlari kam bo‘lgan, oxirgi vaqtlarda umuman do‘stlari bilan uchrashmay qo‘ydi.

57 yoshli onasi bilan yashaydi. Hech qachon yolg‘iz yashamagan. 30 yoshli uylangan ukasi bor. Ukasi yaqin joyda yashasa ham undan xabar olmaydi.

Janob to‘rtinchi marta bir oydan beri shifoxonada davolanyapti. Onasi 2 haftada bir marta o‘g‘lidan xabar olib, toza kiyim va ovqat olib keladi. Ona farzandi bilan suhbatlashsa, u umuman suhbatga kirishishni xohlamaydi va gaplashmaydi.

Hamshira undan sog‘lig‘i haqida so‘raganda hech qanday emotsiyasiz «yaxshiman» deb javob beradi xolos. Shuning uchun unda ovoz gallyutsinatsiyalari bor-yo‘qligini aniqlash qiyin.

Ertalab o‘zi uyg‘onmaydi, shuning uchun hamshira ovoz chiqarib uyg‘otib, o‘rnidan turishiga ko‘maklashadi. Juda sekin harakatlanadi, hamshira eslatmasi bilan mustaqil yuvinib, kiyimlarini almashtiradi. Hamshira murojaat qilmaguncha har doim qimirlamay yotadi yoki o‘tiradi. 2–3 kunda bir marta surgi dori qabul qilib, mustaqil hojatga boradi. Chaqirganda mustaqil borib ovqatlanadi, ammo hech kim bilan gaplashmay darhol o‘z xonasiga qaytib keladi.

Hayotiy muhim ko‘rsatkichlar har doim o‘lchanadi: tana harorati 36,5 C atrofida, pulsi 70, A/B 120/80 mm.sib.ust.

Maxsus dietaga muhtoj emas, kuniga 3 marta ovqatini qoldirmay yeydi. Ovqatlanishlar oralig‘ida hech narsa yemaydi. Ichimliklar ichmaydi. Alkogol va tamakini xushlamaydi. Ovqat tanlamaydi.

O‘zicha vanna qabul qilmaydi, taklif etishganda rad etmaydi. Hamshira unga «vanna qabul qilishga tayyorlaning» deganda albatta biror-bir narsani esidan chiqaradi, masalan: shampun yoki kiyimini almashtirishni. Hamshira nazorat qilib turishi kerak. Ayrim hollarda

sochida shampun qoldiqlari qolib ketadi, bu haqda aytilganda mustaqil yuvib tashlaydi. Dorilarni faqat eslatishgandagina qabul qiladi. O‘zi tashabbus ko‘rsatmaydi. Surgi dori qabul qiladi, necha marta axlati kelganligi haqida so‘ralganda «yodimdan ko‘tarildi» deb javob qaytaradi. Uyqu dori qabul qilmasa, tunda bir necha bor uyg‘onadi. Shuning uchun albatta uyqu dori ichib uxlaydi. Ertalab uyqudan o‘zi turmaydi, har doim uni uyg‘onishga majburlashadi, «uyquga to‘ydingmi?» deb so‘ralganda «ha» deb javob beradi.

Atrofidagi odamlarga va voqealarga umuman qiziqmaydi, muloqotga kirishmaydi. Agar atrofidagilar unga murojaat qilishsa, qisqa javob berganligi uchun suhbat uzoq davom etmaydi. Boshqa bemorlarga o‘xshab televizor ko‘rib o‘tirmaydi. Kunduzgi vaqtini asosan bir o‘zi krovatida o‘tkazadi. Uni sayrga taklif etishsa «bormayman, charchab qolaman» deb javob beradi.

Shifoxonaga yotishidan oldin ichib yurgan dorisi tugaganligi sababli nevrologik dispanserga dori olish uchun murojaat qiladi, lekin aynan u ichgan dori yo‘qligi sabab boshqa dori yozib berishadi. Boshqa dori unga to‘g‘ri kelmadi, chunki uni qabul qilganidan so‘ng o‘zini yomon his qilib, ta‘sirchang bo‘lib qoldi. 10 kuncha oldin o‘zidan-o‘zi dori ichmay qo‘ydi. Shundan so‘ng tunlari uxlamay ertalabga yaqin uxlab qoladi. Onasi majburan uyg‘otsa yuvinmasdan nonushta qilib yana o‘rniga yotib oladi. O‘zini o‘ta behol va kuchsiz sezadi. 4–5 kundan beri tashqi tomondan oynani oldida bir kishi turib u haqida gapiryapti degan o‘-xayollar tark etmayapti.

Ruhiy kasalliklar shifoxonasiga murojaat qilishganda tibbiy ko‘rikdan o‘tib, shifoxonaga yotib davolanishga maslahat berishdi. Bemorga shifoxonada davolanish muhimligi va davolanish jarayoni taxminan 3 oygacha bo‘lishi tushuntirildi. Hozirgi vaqtda 1 haftada bir marta psixoterapiya kursi o‘tkazilyapti.

Fiziologik chiqaruvlar

Ma'lumot	Tahlil	Kelgusi harakatlar yo'nalishi
Peshob ajratishi: Axlat ajratishi: Axlat tabiati: Surgi dori qabul qilishi: Fiziologik chiqaruvlarni amalga oshirayotgandagi qiyinchiliklar: Hayz ko'rish:		

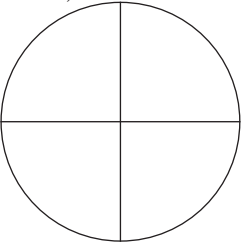
Havo, suv va ovqat

Ma'lumot	Tahlil	Kelgusi harakatlar yo'nalishi
<p>Nafas olishi: Qabul qilayotgan ovqat miqdori: 2-tushlik: Xush ko'radigan va yoqtirmaydigan ovqatlari: Qoniqish sezgisi: Ovqatlanish holati: Ovqatlanadigan joy: Ovqatlanish vaqti kelganligini tushunish: Ovqatlanish vaqtida o'zini tutishi: Chekishi (bir kunda nechta, nazorat qila olishi): Alkogol iste'mol qilishi: Ichadigan suyuqlik miqdori va turi: Juda ko'p suyuqlik ichishidan kelib chiqadigan belgilar: Ovqat tayyorlashi. (ovqat tayyorlashni bilishi, kerakli mahsulotlarni mustaqil xaid qilishi, tashqaridan qo'llab-quvvatlash)</p>		

Tana harorati va shaxsiy gigiyena

Ma'lumot	Tahlil	Kelgusi harakatlar yo'nalishi
<p>Tana harorati: Terlashi: Kiyimi (tozalik hissiyoti, mavsumga mosligi): Kiyimini almashtirishi (kunduzgi va uyqudan oldin): Kir yuvish: Kiyimlarini nazorat qilishi: Xonaning tozaligi (palatada, uyida) Vanna qabul qilishi (soni, usuli) Soqolini olishi. Sochlarini parvarishlashi Tishlarini parvarishlashi: Yuvinishi:</p>		

Faolligi va dam olishi

Ma'lumot	Tahlil	Kelgusi harakatlar yo'nalishi
<p>Kun tartibi (hozirgi, shifoxonaga yotguncha): 12 s.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Qiziqishlari: Mehnat terapiyada qatnashishi: Charchashi, umumiy holsizligi: Uyqusizligining oldini olish bo'yicha choralar: Uyqusi (davomiyligi, uyquga to'yanligini his qilishi): Uyqu dori qabul qilishi: Uyquga yotish va uyqudan uyg'onish vaqti: Ertalablari uyqudan uyg'onishi qiyin:</p>		

Yolg'izlik nazorati

Ma'lumot	Tahlil	Kelgusi harakatlar yo'nalishi
<p>Oilasi bilan muloqoti, uchrashuvlar Boshqa bemorlar bilan muloqoti Tibbiyot xodimlari bilan muloqoti Do'stlari bilan aloqasi Shaxslararo muloqoti: o'zi qatnashadi, chaqirishsa qatnashadi, xohishi bo'lsagina qatnashadi, qatnashmaydi Yuz ifodasi va muloqotda o'zini tutishi. Yolg'izlikni sezishi.</p>		

Xavfsizligini ta'minlash

Ma'lumot	Tahlil	Kelgusi harakatlar yo'nalishi
O'zini-o'zi o'ldirishga harakat qilishi, o'ziga-o'zi ziyon keltirishi, o'lim haqida fikrlari. Zo'rlash, qo'pol muomala, impulsiv xulqi Xatarli jihozlar nazorati Shaxsiy boyligini his qilishi. Dorilarni qabul qilishi: Dorilarni qabul qilishi nazorati: Dorilar haqida bilimga ega bo'lishi: Kasalligini bilishi		

Umumiy tahlil o'tkazib, bemor qanday turmush tarzini olib borishni xohlashini tushunish mumkin.

O'z-o'zini parvarish qilishning yo'qligi

1. Bilimning yetishmasligi
2. Qaror qabul qilishning yetishmasligi
3. Maqsadga erishishga bog'liq chegaralanishlar

Yordam ko'rsatish usullari

1. Boshqa odam uchun harakat qilish.
2. Boshqarish va yo'naltirish.
3. Jismoniy va ruhiy qo'llab-quvvatlash.
4. Shaxsning rivojlanishiga yordam beruvchi sharoit yaratish va qo'llab-quvvatlash.
5. O'qitish.

Universal o'z-o'zini parvarishlashda bo'limlar bo'yicha kuzatuv olib boriladi va 5 ta darajaga bo'linadi

1. Har tomonlama to'liq yordam – 1-darajali.
2. Cheklangan qisman yordam – 2-darajali.
3. Og'zaki boshqaruv va yo'naltirish – 3- darajali.
4. O'qitish va qo'llab-quvvatlash – 4-darajali.
5. Mustaqillik – 5-darajali.

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 ixtisoslikdagi 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 attestsiyadan 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 quloqch 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 yakkama-yakka, 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 fidoyilik 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'rikan 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 turlisistemalarining 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‘sirilar 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 yetadi, 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 ipoxondrik alomatlar 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 xastaliklari: jigar, yurak, buyrak, me‘da osti bezlari va boshqa xastaliklar aniqlanadi, shu sababli ular somatik kasalxonaning terapiya bo‘limida davolanish uchun keladilar.

Nevrosimon 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 gallutsinatsiyali 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 imkoni 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 injqlik 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, gallutsinatsiyalar 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. Chumonchi, 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 hamshiralardan 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 hamshiralarning 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 sog'lom bo'lishlari kerak.

Bolalarda oqibati og'ir kasalliklar aniqlanganda shifokor va tibbiyot hamshiralari oldida g'oyat mas'uliyatli muammolar vujudga keladi. Bunday noxush xabar ota-onalarda og'ir iztirob, umidsizlikka sabab bo'ladi, ko'pincha ular tibbiyot xodimlariga ishonchsizlik bilan qaraydilar. Shunday og'ir vaziyat yuzaga kelgan taqdirda kasal bolaning ota-onasini bunga ehtiyotkorlik bilan tayyorlash, uning g'am-tashvishlariga sherik bo'lish talab

etiladi. Ishda qo‘pollik qiladigan, kasal bolaga loqayd munosabatda bo‘ladigan tibbiyot hamshirasi salomatlik posboni degan sharafli nomga munosib bo‘la olmaydi. Bunday xodimlarning inson sog‘lig‘ini muhofaza qiladigan muassasalarda ishlashlariga yo‘l qo‘ymaslik zarur.

Doyalik va ginekologiyada bemorlar bilan munosabatda bo‘lish psixologiyasi

Doyalik va ginekologiyani hozirgi mavqeyiga yetkazish uchun tibbiyot xodimlari ko‘p qiyinchiliklarni yengishiga to‘g‘ri keldi. Yuz yillar davomida uning rivojlanishiga doyalik bilan faqat ayollar shug‘ullanishi kerak degan mulohaza qarshilik ko‘rsatib keldi. Chunki ayol shifokorlarning amaliyotga kirib kelganiga uncha ko‘p bo‘lgani yo‘q. To ular kelguncha doyalik vazifasini doya hamshiralar bajarib turdilar. Erkak shifokorlardan Veyt 1522-yili doyalik bilan shug‘ullanganligi uchun Gamburgda ochiqchasiga kuydirildi. Hatto 1640-yilda Parijda tashkil qilingan akusherlik kursida erkak shifokorlarning tug‘ruqxonaga kirishi man qilingan.

Ginekologik kasalliklari bo‘lgan ayollarni davolash vaqtida intim jinsiy psixologik va xulq-axloqiga doir ko‘pgina muammolar paydo bo‘ladiki, ular tibbiyot xodimlarining faoliyatini jiddiy ravishda murakkablashtirib yuboradi. Ginekologik tekshirishda ayollarda uyalishning paydo bo‘lishi tabiiy bo‘lib, bunday psixologik hodisaga lozim darajada hurmat bilan qarash kerak. Bemorlar bilan yaxshi aloqa o‘rnatish uchun suhbat va tekshirish vaqtida xushmuomalalik va ehtiyotkorlik zarur.

Tibbiyot hamshirasi muolaja o‘tkazish vaqtida ginekolog-shifokorga (ayniqsa, shifokor erkak kishi bo‘lsa) yordam ko‘rsatishi muhim. Ayollar hayotida hayz ko‘rish muhim voqea hisoblanadi. Muntazam ravishda qon ketishlar ko‘p noto‘g‘ri tushunchalarni, qo‘rquvlarni keltirib chiqarishga hozirgacha sabab bo‘lib kelmoqda. Ma‘lumki, tozalanish degan tushuncha mavjud. Shunga ko‘ra ayollar hayz vaqtida bir necha kun boshqalardan ajratilishi kerak. Ayollardagi hayz davrida qorinda, belda tortib og‘rishlar bo‘lishi, jinsiy a‘zolarida yoqimsiz sezgilar paydo bo‘lishi va ruhiy jihatdan tajanglanib qolish kuzatiladi. Ko‘pincha jahldorlikning ortishi, jizzakilik, asabiylik kabi salbiy xususiyatlar paydo bo‘ladi. Nevroz va boshqa psixologik o‘zgarishlar bo‘lgan bemorlarda shikoyatlar

ancha ko'p va xilma-xil bo'ladi, ba'zan 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'shashgan, 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 ko'rgan universal hamshiralar bunday bemorlar bilan bevosita muloqotda bo'lib, psixologik bilimlarini ishga solishlari mumkin. Ular bemorlarning shaxsiy xususiyatlari, yurish-turishi to'g'risida ma'lumotlar to'plashlari mumkin. Ko'pincha ayollar shifokorlardan ko'ra hamshiralarga ko'proq narsani aytadilar. Shuning uchun hamshiralardan qimmatli ma'lumotlar olamiz. Bu esa to'g'ri tashxis qo'yish, kerakli dori-darmon va muolajalarni qo'llab davolash uchun muhim. Ayollarda jinsiy muhim bezlarning yoki bachadon, qinning shamollashidan keyin psixik xarakterga ega bo'lgan klinik simptomlar yuzaga keladi. Bu muammo ginekologiyada va psixoterapiyada o'ta muhim vazifalardan biri hisoblanadi. Buning uchun uzoq va muhim davo chora-tadbirlari belgilanishi kerak. Shunday usullardan balneoterapiya ham jismoniy, ham ruhiy jihatdan ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Agar ayollarda jiddiy jarrohlik operatsiyalari davo uchun qo'llaniladigan bo'lsa, ular bilan uzoq vaqt psixoterapevtik ishlar olib borilishi kerak. Ayolning shaxsiy xususiyatlariga, oilaviy er-xotinlik munosabatlariga baho berish zarur. Shundan keyin bemor bilan bo'lajak operatsiya xususida suhbatlashish muhim. Bunday suhbatning vazifasi operatsiyaning muvaffaqiyatli tugashiga ishonch uyg'otishdir. Operatsiyadan keyingi davrda ayolning xavotirlanishi asossizligini, ya'ni 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 bo'lishi tibbiyot hamshiralarga og'ir vazifalarni yuklaydi.

Doyalik-ginekologik amaliyotida homiladorlik oldidan qo'r-qish juda muhim muammo hisoblanadi. Bu vaqtda, ayniqsa, bi-

rinchi marta homilador bo'lgan ayollarni turli taassurotlardan saqlash ayollar maslahatxonalari bo'limlarining birdan bir vazifasi hisoblanadi.

Uzoq yillar homilador bo'lmagan ayollar homilador bo'lganda qo'rquv, vahima bilan yurishadi. Ular ko'pincha tug'ish jarayonidan xavotirga tushadilar. Bunday vaqtda tibbiyot xodimlarining qimmatli maslahatlari muhim ahamiyat kasb etadi.

Hozirgi kunda Respublikamizda sog'lom avlod, onalik va bolalikni muhofaza qilish masalalariga katta e'tibor berilmoqda. Mamlakatimiz Prezidenti tomonidan **2000-yilning Sog'lom avlod yili** deb e'lon qilinishi ayollarimiz nufuzini yanada oshirdi, onabolalarning salomatligini saqlash va mustahkamlash yo'lida yangi imkoniyatlarni ochib berdi. «Sog'lom avlod deganda, shaxsan men, eng avvalo, sog'lom naslni, nafaqat jismonan baquvvat, shu bilan birga, ruhi, fikri sog'lom, iymon-e'tiqodi butun, bilimli, ma'naviyati yuksak, mard va jasur, vatanparvar avlodni tushunaman. Buyuk davlatni faqat sog'lom millat, sog'lom avlodgina qura oladi», – degan edi Islom Karimov. Tibbiyot xodimlari sog'lom ayoldan sog'lom farzand tug'ilishini sira unutmastiklari va bu ishda o'z bilim va malakalarini tinmay oshirib borishlari kerak. Barcha tibbiyot muassasalari ona va bolani jismonan va ruhan sog'lomlashtirish chora-tadbirlarini ishlab chiqish va hayotga tatbiq etish asosida ish olib bormoqdalar.

Ruhiy kasallar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi

Tibbiyot fanlarining tez odimlar bilan rivojlanishiga qaramasdan hozirgi kunda ham ruhiy kasallar to'g'risida tushunmovchiliklar mavjud. Ruhiy kasallarga nafrat bilan qarash, ularni jamiyatdan chetlashtirish kerak degan tushunchalarning mavjudligi, har bir kasalxonada psixosomatik bo'limlarni tashkil qilish muammosi mavjudligi kundalik davolash muolajalarida psixiatriya yordamini ko'rsatish zarurligini taqozo etmoqda.

Deyarli har bir klinikadagi tibbiyot xodimi amaliy ishda ko'pincha 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.

Ko'p profilli davolash muassasalari psixiatr-konsultantning xizmatidagi ish ko'ra olmaydi. Ayni vaqtda tibbiyot hamshirasi tib-

biyotning qaysi sohasida ishlashidan qat'i nazar, psixopatologik buzilishlarning asosiy ko'rinishlarini ham, shuningdek, shu profildagi bemorlar bilan munosabatlarning o'ziga xos xususiyatlarini ham bilishi muhim. Yirik davolash markazlarida psixosomatik bo'limlar bo'lib, ularning vazifasiga somatik kasalliklarni davolash bilan bir qatorda tegishli psixiatriya yordami ko'rsatish ham kiradi. Yirik somatik kasalxonalarining shtatlarida yangi ixtisos – psixoterapevt, ya'ni psixiatr-shifokor ixtisosi tobora kengroq qaror topib bormoqda; bu shifokor «kichik» psixiatriya sohasidan (nevrozlar, reaktivga o'xshash reaksiyalar va hokazo) yaxshi xabardor bo'lib, o'z amaliyotida davolashning psixoterapevtik usullaridan (ratsional psixoterapiya, autogen trenirovka, suggestiv psixoterapiyadan) keng foydalanadi. Bemorlar o'zlarini psixiatriya kasalxonasiga olib o'tish holatlari, psixopatiyalar, nevrosimon 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» yo'laklar va hokazolar allaqachon o'tmishda qolib ketgan. Ko'pgina yangi psixiatriya kasalxonalarida bemorlar o'zlarini boshqa davolash muassasalaridagidan yomon his qilmasliklari uchun mumkin bo'lgan barcha qulayliklar nazarda tutilgan. Palatalar shinam, bemorlar uchun keng va yorug' dam olish xonalari tashkil etiladi, bu yerda ularning ixtiyorida radio, televizor, stol usti o'yinlari muhayyo qilinadi. Bemorlar mehnat terapiyasining har xil turlariga (karton ishlar, tikish-bichish, yog'ochdan 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 statsionarda 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 statsionarda 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) gallutsinatsiyalar bilan ta'qib qilish g'oyalarning mavjudligi;

3) suisidal 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 teritoriyasi 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 bog'liq 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 kechinmalarning 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 qoʻrquv paydo boʻladi. Bemorlar tibbiyot xodimlarining emotsional holatini jiddiy his qiladilar va koʻpincha atayin tibbiyot xodimlariga va atroflaridagi bemorlarga oʻz gap-soʻzlari va xulq-atvorlari bilan taʼsir koʻrsatishga urinadilar. Turli neyroleptiklar va boshqa dori-darmonlar keng xazinasidan foydalanish bemorlarning agressivligi va zoʻriqishini osonlik bilan barham toptirish imkonini beradi. Bundan tashqari, bunday bemorlarga yaxshi va diqqat-eʼtibor bilan munosabatda boʻlish qulay taʼsir koʻrsatadi.

Suisidal tendensiyalarga va qochishga intiladigan bemorlar alohida kategoriyani tashkil etadi. Depressiya holatidagi bemorlarda oʻz-oʻzini oʻldirish fikri paydo boʻladi. Yetarli darajada tayyorgarligi boʻlgan tibbiyot hamshirasi depressiv bemorlarga xarakterli boʻlgan alomatlarni osonlik bilan payqab olishi mumkin (harakat va ideatorning tormozlanishi, gʻamginmaʼyus kayfiyat, shuningdek, ularning atrofdagilardan oʻzini chetga olishga intilishi). Bunday bemorlar, odatda, yashash istagini bildirmaydilar, suisidal urinishni amalga oshirish uchun qulay payt poylaydilar. Ular bu maqsadda ishlatilishi mumkin boʻlgan sanchiladigan-qirqadigan va boshqa buyumlarni topishga harakat qiladilar. Tibbiyot xodimlari bunday bemorlarni hamisha diqqat markazida saqlashlari, tegishli kuzatuvchanlik va hushyorlik koʻrsatishlari lozim boʻladi. Suisidal urinishlar, koʻriladigan profilaktik tadbirlarga qaramasdan, hatto psixiatriya kasalxonalarida ichida ham vujudga keladi. Bemorlar baʼzan oʻz holatlarini boshqacha qilib koʻrsatishga va tibbiyot xodimlarining hushyorligini boʻshashtirishga muvaffaq boʻladilar.

Qochishga moyilligi bor bemorlarga xizmat koʻrsatish katta qiyinchilik tugʻdiradi. Odatda, qochishni asotsial xulq-atvorga ega boʻlgan, anamnezida kriminal epizodlar boʻlgan va paranoial fikrlarga ega boʻlgan bemorlar amalga oshiradilar. Ularning niyatlarini baʼzan boshqa bemorlardan bilib olish mumkin. Qochish niyati boʻlgan bemorlar bunday bemorlarni eshiklarni ochish uchun asboblar qidirib topishda, kiyimlarni va hokazolarni tayyorlashda sherik sifatida qatnashtirishga harakat qiladilar.

Hammaning ham soʻziga kiravermaydigan bemorlar bilan muomalada boʻlish ishlari zoʻr sabr-toʻqatni, aytish mumkiniki, mahoratni talab qiladi. Baʼzan muolajalarni bajarish vaqtida ehtiyotkorlik bilan ogohlantirish taktikasi, yoqimli soʻz, 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'limga 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.

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

Oq alahlash alkogol psixozlari turlaridan biri. Odatda, tunda avj oladi va yaqqol ifodalangan nutq va harakat qo'zg'alishi, ongning xiralashuvi va gallutsinatsiyalarning ko'payishi bilan xarakterlanadi. Bunday bemorlar atrofdagilar 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, uyqusi 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 soʻzlarini tinglab qolmasdan, ayni vaqtda ularni tushunishga va tegishli ravishda javob berishga harakat qilishlari bemorlarga yaxshi taʼsir qiladi.

Poliklinikalarda xizmat qiladigan tibbiyot hamshiralari bemorni faqat qabul paytida koʻrib qolmay, ayni vaqtda uning uyiga ham borib xabar oladi, shifokor buyurgan muolajalarni amalga oshiradi, uning turmush va oilaviy sharoitlari bilan tanishadi. Bu ishlarning barchasi bemorni samarali davolashda qoʻl keladi. Er-xotin oʻrtasida, ota-onalar bilan bolalar oʻrtasida kelishmovchiliklar, urish-janjallar sodir boʻlib turadigan baʼzi oilalarda, odatda, asab buzilishlari tez-tez uchrab turadi. Bunga aksariyat ichkilikbozlik, giyohvandlik kabilar sabab boʻladi. Oila aʼzolari 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 sogʻlom turmush tarzini targʻib qilish, sanitariya bilimlarini yoyish boʻyicha tushuntiruv ishlarini olib borishlariga toʻgʻri keladi.

Turli xil infeksiya va boshqa kasalliklarning oldini olish, zararli odatlardan voz kechish, sogʻlom turmush uchun kurashishda shaharlar va tumanlarda faoliyat koʻrsatib kelayotgan salomatlik markazlarining ahamiyati ham katta. Ularda xizmat qilayotgan tibbiyot xodimlari aholi orasida tibbiyotdagi dolzarb mavzular boʻyicha maʼruzalar bilan chiqadilar, kinofilmlar namoyish qiladilar, har xil bosma adabiyotlarni, jumladan, plakatlar 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 illuziya va gallutsinatsiya kiradi.

Illuziya — bu aniq narsalarni noto‘g‘ri idrok etish. Illuziyalar ko‘ruv, eshituv, hid bilish, taktil va ta‘m bilish illuziyalariga bo‘linadi. Illuziya sog‘lom odamda ham uchraydi. Masalan, shisha idishdagi suvga solingan qoshiq xuddi singandek ko‘rinadi. Ko‘ruv illuziyasida uyda osilib turgan to‘n odam bo‘lib ko‘rinadi va h.k. Illuziyalar 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. Illuziyalarda chindan ham bor narsalar boshqacha bo‘lib idrok etilsa, gallutsinatsiyalarda bemor yo‘q narsalarni ko‘radi, eshitadi, hidlaydi, sezadi. Ko‘ruv gallutsinatsiyasida bemorlarning ko‘ziga odamlar, hayvonlar har xil mahluqlar ko‘rinishida aks etadi. Eshituv gallutsinatsiyasida bemorning qulog‘ida har xil tovushlar eshitiladi. Hid bilish gallutsinatsiyasida bemorning dimog‘iga qo‘lansa hidlar kiradi va bemor burun teshiklarini yopib oladi. Ko‘ruv gallutsinatsiyasi o‘tkir psixozlarda, yuqumli kasalliklarda, ichkilik vasvasalarida uchraydi. Hid bilish va eshituv gallutsinatsiyalari 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 vaqtdagi voqealar eslab qolinmaydi;

b) giperamneziya — ancha vaqt o‘tgan voqealarni xotirada saqlab 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 qilma-gan ishlar bilan shug‘ullanishini aytadi. Bemor 3 oyga yaqin shi-foxonada yotgan bo‘lsa-da, ikki kun ilgari chet el safaridan qaytib keldim, deb uydirma va yolg‘on gaplari bilan ishontirishadi. Xoti-raning bunday buzilishlari bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi (bosh miya qon tomirlari aterosklerozi, bosh miya zax-mi va h.k.).

3. Tafakkurning buzilishi. Tafakkur (fikrlash)ning buzili-shi xilma-xil bo‘lib, uning tezlashuvi va sekinlashuvi kuzatila-di. Tafakkurning tezlashuvi maniakal-depressiv psixozning ma-niakal bosqichida bo‘ladi. Bunda bemorning fikrlashi shu qadar tezlashib ketadiki, u fikrlarni so‘z bilan ifodalashga ulgura ol-may qoladi. Natijada, ba’zi so‘z va jummalarni tushirib gapiradi. Bunda bemorning gapirgan gaplarini tushunish qiyin bo‘lib qola-di. Maniakal-depressiv psixozning depressiv bosqichida tafakkur-ning 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 istak-lar hamda xatti-harakatlar shaklida namoyon bo‘ladi. Bular-ning 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 bi-ror kasallik bilan og‘rib qolishdan qo‘rqish, ochiq joylarda yurish-dan va yopiq binolar ichida yurishdan qo‘rqish, quturish kasalligi bilan og‘rib qolishdan qo‘rqish natijasida quturgan it tishlab ola-di, deb vahimaga tushib yuradi.

2. Miyaga o‘rnashib qolgan shubhalar. Bemor biror joyga ke-tayotib eshiklar yopildimi, chiroq o‘chirildimi deb shubha qila-veradi.

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

4. Miyaga oʻrnashib qolgan xatti-harakatlar. Bunda bemorlar baʼzi xatti-harakatlarni qilaveradi. U uylarning derazasini, simyogʻochlarni sanab chiqadi, oʻtib ketayotgan mashinalarning nomerlarini bir-biriga qoʻshib yuraveradi. Bunday xatti-harakatlar baʼzan yoʻtalish, koʻzlarni mahkam yumib olish va qoʻllarni tez-tez yuvish bilan ifodalanadi.

5. Oʻta qimmatli fikrlar. Bu fikrlar real aniq shart-sharoitlar asosida paydo boʻladi, lekin bemor fikriga toʻgʻri kelmaydi. Bemor oʻz xotinini menga xiyonat qilayapti yoki oʻgʻlim yomon ish bilan shugʻullanayapti, deb oʻylaydi. Oʻta qimmatli fikrlar odamni hayajonga solib, butun fikrlarini egallab oladi va uni diqqinafas qilib qoʻyadi. Bunday fikrlar aniq bor, real faktlar tufayli kelib chiqadigan boʻlishi bilan vasvasalardan farq qiladi. Vaqt oʻtishi bilan bu fikrlar asta-sekinlik bilan yoʻqoladi.

Vasvasalar — kasallik tufayli bemor xayolida aqlga toʻgʻri kelmaydigan notoʻgʻri fikrlar, tanqid, nasihat qilish yoʻli bilan tuza-tib boʻlmaydigan alahlashdir. Vasvasalar boshlansa, bemorni nohaq ekanligiga ishonitirishga har qancha urinib koʻrilmasin, oʻsha fikrdan qaytarib boʻlmaydi. Vasvasalar ruhiy kasalliklar belgisidir. U quyidagi turlarga boʻlinadi:

1) taʼqib vasvasasi — bemor orqamdan odam tushgan, u derazadan qarab turibdi, koʻchadan ketayotganimda poylab yurishadi, deb oʻylaydi. Bunday bemor taʼqibdan qochib, boshqa shaharlarga koʻchib ketadi;

2) jismoniy taʼsir vasvasasi — bunday bemor men maxsus mashinalardan berilayotgan nurlar yoki radiotoʻlqinlar taʼsirida qoldim deb, bular salomatligimga zarar keltirayapti, deb daʼvo qiladi;

3) munosabat vasvasasi — bemor atrofdagi hodisa va narsalarning menga aloqasi bor, deb daʼvo qiladi. Biror odam gaplashayotgan yoki kulayotgan boʻlsa, u kishi faqat mening ustimdan gapirayapti yoki kulayapti, deb oʻylaydi;

4) zaharlanish vasvasasi — bunda bemor atrofdagi odamlar ovqatimga zahar solib qoʻyishadi, deb oʻylaydi va ovqatni yemay qoʻyadi;

5) ipoxondrik vasvasa — bunday bemorlar oʻzini ogʻir kasallikka uchragan deb hisoblaydilar. Bemorlar oshqozonim chirib borayapti yoki ichagimga suyak qadalib qoldi, deb daʼvo 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 psixoz, 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 qilinaadi. 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'am-g'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 shun-

day 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‘zolarda 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, imoishoralari 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‘zilishi 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, gallutsinatsiya va illuziyalar aralash bo‘lib turadi. Bemorning ko‘ziga vahimali 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 qorachiqdari 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 be-

morlarda stuporning keltirib chiqargan soʻzlarni eshitib qolsa, bunda bemorda kuchli emotsional holat – kuchli hayajonlanish, yigʻlash, qizarish yoki oqarish alomatlari yuz beradi.

D. Katatonik stupor. Bu shizofreniya kasalligida uchraydi. Bunda bemorlar mutlaqo qimirlamay qoʻyishadi, baʼzi hollarda esa mushaklar tonusining pasayishi boʻladi. Bunga **boʻshang stupor** deyiladi. Bemor tanasiga biror holat berib qoʻyilsa, shu holatda uzoq vaqt qotib turaveradi, buni oʻzgartirish qiyin boʻladi. Bemorlar stupor vaqtida ovqat yemay qoʻyadilar, shuning uchun hamshiralalar bemorga zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Stupor bosh miya poʻstlogʻining harakatlantiruvchi boʻlimlarida miyaning poʻstloq osti va miya ustunida tormozlanish oqibatida paydo boʻladi.

2. Harakat qoʻzgʻalib turuvchi holatlar. Bular uchta turga boʻlinadi:

A. Maniakal qoʻzgʻalishda bemor tinmay harakat qiladi. Bunda bemorning xatti-harakatlari maʼlum maqsadga qaratilgan boʻlsa-da, lekin ularning diqqat-eʼtibori hamisha chalgʻiyveradi. Bunda bemorlar bironta ham ishni oxirigacha yetkaza olmaydilar. Bunday bemorlar juda koʻp va tez gapirishadi, ayrim soʻz va jumalarni tushirib qoldirishadi. Bemorlarning juda koʻp gapirishi natijasida ovozi boʻgʻilib qoladi. Atrofdagi kishilarga doimo har xil savollar va takliflar bilan murojaat qilishadi. Bu holat maniakal-depressiv psixiozda kuzatiladi.

B. Katatonik qoʻzgʻalishda bemorlar hech bir maqsadsiz harakat qiladi, harakatlari bir xil, ularni nima maqsadda qilayotganini tushunib boʻlmaydi. Masalan, bemor oyoqlarini mutlaqo qimirlatmagani holda qoʻllari bilan harakat qilib, aftini burib turaveradi, ayrim soʻzlarni baqirib-chaqirib aytadi. Bemorning gaplari maʼnosiz boʻladi. Bu holat shizofreniya kasalligida uchraydi.

D. Gebefren qoʻzgʻalishda bemor har xil qiliqlar qilib, aftini burishtiradi, oʻziga oʻzi kulaveradi, gaplarining koʻpi safsatadan iborat boʻlib, soʻzlarni buzib gapiradi. Bu holat shizofreniya kasalligida kuzatiladi.

His-tuygʻu buzilishi alomatlari

His-tuygʻu (emotsiya) buzilishi uch turga boʻlinadi:

1. Maniakal holatida bemorlar kayflari chogʻ boʻlib yuradilar, doimo xushchaqchaq, xursand, oʻzlaridan oʻzlari 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 gipomaniakal alomat deyiladi. Bu holat maniakal-depressiv psixioz 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 jorahatlari, bosh miya qon tomir aterosklerozi, bolalar bosh miya falajligi, miya zaxmida kuzatiladigan tutqanoqlar **epileptiform tutqanoq** yoki **epileptik turdagi tutqanoq** deb ataladi. Epilepsiya tutqanoq'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

koʻrganimizda koʻz qorachiqslarning yorugʻlikka javob reaksiyasi boʻlmaydi, reflekslar yoʻqoladi. Bemorlar tutqanoq xuruji vaqtida yiqilib, har xil shikastlanishlar olishi mumkin.

2. Isterik talvasalar. Bemorlar biror tashqi taʼsirga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu tutqanoq epilepsiya tutqanogʻiga qaraganda sekinroq boʻladi. Bemor xuruj paytida qulay joyga yiqiladi. Bunda bemorning hech yeri shikastlanmasdan, es-hushini batamom yoʻqotmasdan yiqiladi. Bemorlarni tekshirganimizda koʻz qorachigʻi yorugʻlikka 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 boʻlmaydi. Baʼzan ongi torayadi, lekin isteriya xurujida bemor atrofdagilar diqqat-eʼtiborini sezsa, isteriya uzoq vaqtgacha choʻzilishi mumkin.

Korsakov (amnestik yoki xotiraning buzilishi) alomati. Bu bemorlarda oʻtmishdagi hodisalar xotirada saqlanib qolgani holda, hozir boʻlib 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 qoʻyishadi. Bu alomat bosh miya aterosklerozi, qarilik psixoz, bosh miya shikastlanishi, yuqumli kasalliklar va zaharlanishlarda kuzatiladi.

Gallutsinator — paranoid alomat. Bunda bemorlarda gallutsinatsiya va vasvasalar boʻlib turadi. Bemorlar koʻpincha kimdir ularni taʼqib qilayotganini, ularga taʼsir koʻrsatayotganini aytishadi. Masalan, bemor devor orqasida boshqa odamlar uni oʻldirish rejasi toʻgʻrisida gapirayotganini eshitadi. Baʼzan bemorlar bundan qochishga urinishadi, eshiklarni bekitib olishadi, boshqalarni yordamga baqirib chaqirishadi. Bu holat shizofreniya, alkohol psixozlari, bosh miya zaxmi va boshqa kasalliklarda uchraydi.

Aqli pastlik (tentaklik, esi pastlik) alomati. Bunda bemorlarda aqliy qobiliyatning pasayishi, xotiraning susayishi kuzatiladi. Bemorlar yangi maʼlumotlarni 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 bemaʼni boʻlib qoladi. Bular bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi.

Nevrasteniya alomati (nevrotik, astenik). Bunda bemorlar tashqi ta'sirlardan juda bo'shashib, 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 uyg'onib ketadi. Bemorning uyquasi yuzaki, uyqudan keyin odam o'zini dam olgandek sezmaydi. Kunduz kunlari bemor bo'shashib, mudrab yuradi. Bemorda bosh og'rishi, salga terlash, holsizlik, ishtahaning yo'qolishi bo'lib turadi. Bu holat yuqumli kasalliklar, turli xil zaharlanishlardan so'ng va bosh miya aterosklerozi, shizofreniya, surunkali kasalliklar hamda nevrasteniyada kuzatiladi.

Ipxondrik (miyadan ketmaydigan) alomatlar. Bemorlar o'z salomatligining ahvolidan xavotirlanib, o'zlaridagi yo'q kasalliklarni topib, davolanmasam o'lib qolaman, deb o'ylashadi. Bemorlar ko'pincha qorin va yuragi og'rib turishidan noliydi va kayfiyati buzilib yuradi. Shifokor siz sog'lomsiz, hech qanday kasalligingiz yo'q, deb aytsa ham ular ishonishmaydi yoki boshqa shifokorga borib uchrashadi. Ular bu kasallik to'g'risida turli xil kitoblarni o'qib chiqishadi. Miyadan ketmaydigan o'rinsiz shubha, xavotir va qo'rqinchli fikrlar **dismorfofobiya** deb ataladi.

Isteriya alomati. Bemorlar qattiq ovoz bilan yig'lab yoki kulib atrofdagilar diqqatini tortishga harakat qiladilar. Bu holat tezlik bilan ikkinchi bir holatga o'tib turadi. Bemorlar o'zlarining xatti-harakatlarida aql-idrok bilan ish ko'rmay, balki his-tuyg'ulariga qarab ish ko'rishadi. Bemorlar o'zlariga ko'proq e'tibor berish, atrofdagilardan ajralib turish va ko'zga tashlanishga harakat qiladilar. Bunday bemorlar xomxayol bo'lishga moyil bo'lishadi. Tashqi ta'sirlar tufayli talvasa xurujlari tutib turishi mumkin. Bu holat kalla bosh miya jarohatlarida, shizofreniya va zaharlanishlardan keyin kuzatiladi. Bu alomat bosh miya po'stloq osti sohasining zaiflashuvi natijasida kelib chiqadi.

Kandinskiy—Klerambo alomati (ruhiy avtomatizm, tashqi ta'sir, yotsirash, qamrab olish alomatlari). O'z shaxsiy ruhiy jarayonlarning o'zligiga yoki o'z shaxsiga tegishlikning yo'qolishi. Ruhiy

va jismoniy ta'sir vasvasa bilan birga namoyon bo'ladi. Ruhiy avtomatizm 3 turga bo'linadi: assotsiativ turga mentizm – boshqarib bo'lmaydigan, ixtiyordan tashqari sodir bo'ladigan fikrlar, o'ylar, xayollarning beto'xtov oqishi mansubdir. Xayollar, fikrlar mazmuni juda og'ir bo'lib, ulardan bemorlar qutula olmaydilar, xayol va fikrlarni miyada yig'ib ololmaydilar. Ba'zan bemorlar ko'z oldiga har xil xayollarni keltirib, xuddi ko'rib turgandek bo'ladilar. Bu fikran ko'rinishlarning mazmuni o'ylangan xayollar mazmuniga mos keladi. Fikr ochiqlik belgisi – bemorga atrofdagi odamlar uning fikrlarini bilayotgandek tuyuladi. Fikrlar jarangdorligi belgisi – bunda bemorning fikrlari ichki nutqqa aylanadi. Bemorning xayol, fikrlari baland tovush bilan chiqayotganday bo'lib, bemorga atrofdagilar ularni eshitayotganday tuyuladi.

Mayl buzilishlari. Mayl instinktiv (tug'ma his-tuyg'u)lar asosida paydo bo'ladi 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'oyalariga 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, idioti-yada, 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 Bleyley bu kasallikning klinik manzarasini aniqlagani uchun Bleyley 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'stlog' 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 gallutsinator, 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-progrediyeent 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 gallutsinatsiyalar 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 gallutsinatsiyalar 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, gavgada 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. Bu-

larga yuragim urishdan to‘xtab qoldi yoki ichagim yorilib ketgan, deb takrorlayveradi. Kasallikning bu turida tez-tez gallutsinat-siyalar bo‘lib turadi. Bemorlar turli ovozlari, buyruqlarni eshitib, ularni bajarmoqchi 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.

Biologik metodlar (shokoterapiya, psixofarmakoterapiya).

Preparatlar:

- Psixoanalgetiklar (antidepressantlar)
- Neyroleptiklar
- Trankvilizatorlar

Qaytalanishlarni oldini olish uchun dorilar kurs bilan ichiladi, uy sharoitida qo‘llab-quvvatlab turuvchi terapiya sifatida ichiladi. Kasallik psixopatologik sindromiga qarab, belgilariga qarab dorilarni u yoki bu guruhi qo‘llaniladi.

- Insulinoterapiya
- Elektroshok terapiyasi
- Psixoterapiya
- Oilada yordam
- Ijtimoiy yordam
- Reabilitatsiya
- Davolash (asosan dorili)

Oldini olish

Psixiatriyani asosiy vazifasi bu kasallikni oldini olishdir.

1. Kasallikni birlamchi oldini olishda hozirgi kunda tibbiy – genetik konsultatsiya bilan cheklanadi.

2. Kasallikni ikkilamchi oldini olish uchun dori – darmonlardan foydalaniladi va reabilitatsiya ishlari olib boriladi.

3. Kasallikni uchlamchi oldini olish – bemor tomonidan dorilarini o‘z vaqtida qabul qilinayotganini nazorat qilib borishdir. Bemorni o‘zidan o‘zi dorilarni qabul qilmasligi (kasal emasman deb fikrlab) shaxsiyatini buzilishiga olib kelishi mumkin. Oila va jamiyatni vazifasi bemorga doimiy qo‘llab-quvvatlash va dorilarni qabul qilishini o‘z holicha to‘xtatishini nazorat qilib borishdan

iboratdir. Kasallikni oldinroq bila olsak, vaqtida va to‘g‘ri uni davolasak, kasallikni avj olishini oldini olsak, bemorni nafaqat kasalligini og‘ir kechishidan saqlab qolamiz, balki bemorni oilada va jamiyatda yashashga sharoit yaratamiz.

Bemorni shifoxonaga yotqizishga ko‘rsatmalar:

– kasallikni birlamchi boshlanishi, es-hushni yo‘qligi bilan psixozning ko‘rinishlari;

– psixotrop dorilarni katta dozada berishimiz lozim bo‘lgan psixotik qo‘zg‘alishlar.

Insulinoterapiya

Shizofreniyani davolashda insulin, sulfazin, aminazin va gipnoz usullari keng qo‘llaniladi. Insulin terapiyada moddalar almashinuvida 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 bemor 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 tura-
di va ovqatni yeya olmaydi, og'zidan tushib ketadi. Agar bemor-
ga glukoza eritmasi yuborilgandan keyin 20–30 daqiqa davomi-
da 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
adrenalin 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 hola-
ti boshlanishi oldidan ba'zi bemorlarda gavda, qo'l-oyoqlarda va
yuzdagi mushaklarda uchish, tortishib turish va epileptiform tut-
qanoq kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, kunning ikkinchi
yarmida shok holati takroran bo'lib qolishi mumkin. Shuning
uchun hamshiralar har doim bemorlarning ahvolini nazorat qilib
turish, ovqatlantirish va birinchi tibbiy yordam ko'rsatishga tay-
yor turishlari kerak.

Neyroleptiklar bilan davolash. Katatonik va katatonik-para-
noid 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 psixomo-
tor qo'zg'alish bilan boradigan o'tkir paranoid holatlarda tomir
ichiga galoperidolning stelazin, tizersin bilan birga ishlatila-
di. Kasallikning surunkali kechishida, ya'ni vasvasalar kucha-
yib, klinik belgilar murakkablashib borayotgan hollarda stelazin
(kuniga 40–80 mg dan), galoperidol (20–40 mg dan), etapera-
zin (150–200 mg dan) uzoq vaqt beriladi. Odatda, 2–3 neyro-
leptiklar birgalikda, tomir ichiga va mushak orasiga qilinadi, ke-
yinchalik ichishga buyuriladi. Rispolept (risperidon) kuniga 2–4
mg dan 1–12 haftagacha, aminazin 2,5 % 1,0 m/o yoki ichish
uchun buyuriladi. O'rtacha bir kunlik dozasi 300 mg dan iborat,
davolash muddati 2–3 oygacha cho'ziladi. Aminazin olgan be-
morlarning qon bosimi doimo o'lchab turiladi. Aminazin ba'zi
bemorlarning olgandan keyin qon bosimi birdan tushib ketadi.
Bunga ortostatik kollaps deb ataladi. Bunday paytda bemorlar-
ni o'rniga yotqizib, kordiamin 25 % 1,0–2,0 ml teri ostiga yo-
ki adrenalin 0,1 % 0,5–1,0 ml tomir ichiga yuborish kerak. Da-
volash kursini daslabki davrida bemorlar o'rindan turmasliklari
kerak. Bemorlarning qon bosimi har kuni o'lchab turiladi. Ami-
nazin tabletkasi 25 mg dan 150–175 mg gacha (bir kunlik do-

zasi). Vasvasa holatlarida triftazin 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. Ruhiiy qo‘zg‘alishlarni bartaraf etish uchun shu dorilardan mu-shak 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 alomatlarga qarshi amitriptilin va mellipramin buyuriladi. Miyadan ketmaydigan holatlarga — nozepam, seduksen, elenium va triftazin 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.

Shizofreniyada hamshiralik parvarishi

1. Bemorni tushunish uchun munosabat o‘rnatish.

Ruhiiy kasallikka chalingan bemorlar bilan ishlayotganda birinchi bo‘lib bemor bilan munosabat o‘rnatish va uni tushunish kerak. Ayniqsa kasallikning avj olgan paytida, kasallikning klinik belgilari namoyon bo‘lganida, bemor qo‘zg‘algan holda bo‘lsa, baqiryotganida, hamshira o‘zini yo‘qotib qo‘yishi va tushkunlikka tushishi mumkin.

Lekin, bemor harakatlari tushunib bo‘lmaydigan holda bo‘lsa, bu bemor anchadan beri kasal, og‘ir tajribaga ega, bunday bemorni tushunishga harakat qilish lozim. Bemorni parvarishlash samaradorligiga erishish madsadida quyidagilarni aniqlash va tushunish:

— tarjimai holi (oilasi bilan munosabatini, hayotidagi asosiy voqealari (yaqin odamini yo‘qotishi, yashash joyini almashtirishi, kamsitishlarni boshidan kechirishi va h. k.);

— shifoxonaga yotishidan oldin bo‘lgan voqealar ketma-ketligi;

— majburiy davolanayotgan bemorning ruhiy holati (shifoxonada davolanishi, kamsitishlar, jismoniy chegaralashlar);

— bemor holatining og‘irlashishi va oilasi bilan munosabat-larning uzilishi.

2. Kasallikning avj olgan davrida hamshiralik parvarishi.

- a. Simptomlarni kuzatish:
 - ruhiy simptomlarni kuzatish (ijobiy simptomlar);
 - xulqning buzilishi (tovushining balandlashishi, jahldorlik);
 - somatik simptomlarni kuzatish (jarohat olish, dorilarni nojo‘ya ta’siri).
- b. Xavflarni oldini olish:
 - xavfli narsalarni olib qo‘yish;
 - ruhiyatini kuzatish (depressiya paytida).
- d. Dam olishga sharoit yaratish:
 - shaxslararo munosabatlar o‘rnatish uchun osoyishta muhit va sharoit yaratish;
 - bezovta qiluvchi omillarni yo‘qotish: shovqin, yorug‘lik, yorqin ranglar.
- e. Kundalik hayotiga yordam berish:
 - kundalik hayotini faollashtirishda yordam berish (o‘z-o‘zini parvarish darajasidan kelib chiqqan holda badanini artishga, boshini yuvishiga, ovqat yeyishiga, soqolini olishiga, kiyimini ki-yishiga);
 - sharoitlar yaratib berish (kerakli jihozlarni tayyorlab be-rish);
 - oilasi bilan uchrashuv va hamshira bilan muloqot.
- f. Dorilarni qabul qilishini tekshirish:
 - bemor belgilangan dorilarni qabul qilishini tekshirish.
- g. O‘z-o‘ziga yordam:
 - bemorda ruhiy o‘zgarishlar bo‘lgan chog‘ida ham bemorni o‘zi hal qilgan qarorini hurmat qilish;
 - bemor javob bermasa ham, yuzidagi imo-ishorasiga va mimikasiga qarab ahvolini tushunish;
 - javob berishga qiynalmaydigan savollar berish (ochiq va yopiq turdagi savollar);
 - oilasi bilan birgalikda maslahatlashib, bemorni hayotiy odatlaridan kelib chiqqan holda ehtiyojlarini aniqlash. Masa-lan, «U yoki bu narsa yegingiz kelyaptimi?», «Hozir nima bilan shug‘ullangiz kelyapti?»

3. Kasallikni surunkali davrida hamshiralik parvarishi.

- a. Simptomlarini kuzatish:
 - ruhiy simptomlar (salbiy simptomlar, depressiya salbiy simptom yoki dorilar ta’siri);

- somatik simptomlar (dorilarning nojo‘ya ta’siri).
- b. Kundalik hayotiga yordam berish:
 - kundalik hayoti faolligini kuzatish;
 - qanday simptomlar bemorning kundalik hayotiga ta’sir ko‘rsatayapti va qanday harakatlarni bemor bajaray olmayotgani-ni kuzatish;
 - qanday harakatlarni bemor mustaqil ravishda bajara olishi-ni kuzatish va unga yordam berish.
- d. Shaxslararo munosabat:
 - shaxslararo munosabatlarning holati (oilasi bilan, boshqa kasallar bilan, hamshiralar bilan o‘zi muloqotga kirishayaptimi yo‘qmi);
 - shikoyatlarni bayon qilish va yuz ifodasining o‘zgarishi.
- e. Ko‘ngilochar tadbirlarda va jamoa faoliyatida ishtirok etish:
 - mehnat terapiyasida ishtirok etishda yordam berish;
 - qatnashishini kuzatish: o‘z xohishi bilan qatnashayaptimi, chaqirilganda qatnashayaptimi, xohlaganda qatnashayaptimi, qatnashishdan bosh tortayaptimi;
 - muloqot vaqtida o‘zini tutishini, harakatini, boshqalar bilan muloqotda bo‘lishi, charchashi, vaqtdan oldin ketib qolishini kuzatish.
- f. O‘zini o‘zi nazorat qilishi:
 - pul, dorilar, kiyim-kechak;
 - kun tartibi;
 - atrofida qilargalarga o‘zini istagini tushuntirib berishi.
- g. Sotsial reabilitatsiyada yordam:
 - narsalarni sotib olish (narsalar sotib olayotganida bemor mustaqil o‘zi narsa tanlashida va olmoqchi bo‘lgan narsalari haqida hamshiraga yoki uydagilariga aytishida);
 - jamoadagi boshqa muassasalarga borishida;
 - shifoxonadan tashqarida tunashi (bemor to‘g‘risida shu vaqtgacha bo‘lgan ma’lumotni to‘plash);
 - oiladagi munosabatlarni kuzatish;
 - shifoxonadan ketayotganida bemorga instruktaj o‘tkazish (uyda faolligini kuzatish, subyektiv simptomlarini tekshirish, bemor dorilarni qabul qilishi zarurligini tushunishi);
 - shifoxonadan ketayotgan bemor oilasiga instruktaj o‘tkazish (oila a‘zolarini psixolog maslahatini olishi).

h. O'zini o'zi anglashida yordam:

- mustaqil tanlashida yordam berish (tanlashga bir nechta variant berish, agar bemor tanlay olmasa unga yordam berish);
- bemorni mustaqil ravishda bir fikrga kelishida yordam berish.

Gallutsinatsiya, vasvasa, qo'zg'alishda hamshiralik parvarishi.

– Eshitish gallutsinatsiyalarida «Men buni eshitmayapman, lekin sizga qanchalik og'ir ekanligini tushunaman».

– Bemorning vasvasa g'oyalarini inkor etishning kerak emas. Vasvasani tuzatib bo'lmaydi, shuning uchun bemorning fikrini o'zgartirishga ortiqcha harakat befoйда.

Bemor uchun «U meni fikrimni o'g'irladi» degani haqiqatga to'g'ri kelmasada bemor uchun bu fakt. Agar bemorni, bu noto'g'ri deb fikrini o'zgartirmoqchi bo'lsangiz, uning hamshiraga nisbatan ishonchi yo'qoladi. Hamshira doimo bemorni yonida bo'lishi va muloqotni qo'llab-quvvatlashi lozim.

Bemor: «Kimdir meni kuzatmoqda».

Hamshira: «Menimcha yonimizda hech kim yo'q...»

Nima bo'lsa ham men yoningizdaman, hech xavotir olmang»

Bemor bilan har qanday sharoitda va har doim yonida bo'lishingizni aytishingiz kerak.

Qo'zg'algan bemorlarni parvarish qilishda bemorning o'ziga va atrofdagilarga zarar yetkazishi mumkinligini hisobga olish va ularni oldini olish lozim. Shu bilan birga hamshiraning mental salomatligini himoya qilish ham kerak:

– hamshira bemor qo'zg'alishida o'zini ayblamasligi;

– hamshira o'zini himoya qilish bilan birga bemorni ham himoya qiladi;

– agressiya obyekti bo'lgan hamshirani qo'llab-quvvatlash. Hamshira o'zini qiynayotgan stressi va xavotirini kimgadir aytib, yozilishi lozim (do'stlariga, hamkasblariga, o'zidan malakali mutaxassislarga...).

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. Xu-

ruj 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 alma-shinuvi buzilib, qondagi qand miqdori oshadi, sut kislota kamayadi va yog‘ almashinuvi kuchayadi.

Maniakal (kayfiyatning ko‘tarilishi) shaklida atrofdegagi 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 bo‘lmay turib, o‘zlarining davolash usullarini taklif etadi. Bunday bemorlar o‘z yoshiga to‘g‘ri kelmaydigan qiliqlarni qiladilar. Ayol bemor yoshlari kekxa 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 atrofdegilar 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,

yoʻlgʻiz oʻzini aybdor deb hisoblaydi. Bunday bemorlar oʻzini oʻzi oʻldirishgacha borib yetadi. Shuning uchun bunday bemorlarni shifoxonaga yotqizib, kuzatib turish kerak.

Depressiv shaklning quyidagi turlari bor:

1. Melanxoliya turida bemorlarning kayfiyati pasaygan, gʻamginlik holatlari kuzatiladi.

2. Ajitirlangan melanxoliya turida esa bemor oʻzini gʻamgin sezsa-da, u tormozlanmagan, balki qoʻzgʻalgan boʻladi. Bunday bemorlarda oʻzini oʻzi oʻldirish hissiyoti kuchli boʻladi.

3. Ipoxondrik turida bemorlar tanalarida jismoniy yetishmovchilik va ogʻriq sezadilar. Tanadagi ogʻriqdan qutulish chorasini izlab, tanalariga har xil shikastlar yetkazadilar.

4. Vegetativ turida bemorlarda vegetativ nevroitik buzilishlar kuzatiladi.

Maniakal shaklini davolash. Bemorlarda qattiq qoʻzgʻalish 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, qoʻzgʻalish kamayganda neyroleptiklar dozasi kamaytirish kerak. Davolash muddati 2–3 oyga choʻziladi. Litiy karbonat (kuniga 900–2100 mg) bu qoʻzgʻalishlarda yordam beradi. Qoʻzgʻalishlar kamayganda, litiy karbonat miqdori haftasiga 300 mg dan kamaytirib boriladi. Agar bezovtalik, qoʻzgʻalishlar kamroq kuzatilsa, neyroleptiklar va litiy tuzlari kam miqdorda beriladi. Maniakal holatlar qaytarilmasligi uchun koʻproq litiy tuzlari ishlatiladi. Uning qondagi miqdori 0,6–0,7 mmol/l ga teng.

Depressiv shaklini davolash. Bemorlar kayfiyatini koʻtarish 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. Qoʻzgʻatuvchi antidepressantlar bemor ahvolini ogʻirlashtiradi. Hayajonlanish yengil turda boʻlsa, insidon va azafen dorilari beriladi. Agar hayajonlanish ogʻir turda boʻlsa, tizersin 25–50 mg dan 75–100 mg gacha, kuniga 3–4 mahal beriladi. Dorilar taʼsir qilganda, bemorlar oʻrinlarida yotishlari kerak, chunki bu dorilar qon bosimini pasaytirib yuboradi. Ipoxondrik va paranoid oʻzga-rishlarda amitriptilin, diazepam,

elenium qoilaniladi. Depressiv holatdagi bemorlar doim hamshiralar kuzatuvda turishi kerak. Bemorlar ovqat yemay qoʻygan hollarda hamshiralar ularni ovqatlantirishlari, agar iloji boʻlmasa, zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Depressiya boshlanib, harakatlari kamayib qolsa, bularga mellipramin, tizersin 12–25 mg, teralin 25 mg gacha buyuriladi. Ajitirlangan depressiyada amitriptilin, nuredal beriladi. Depressiv holatlar qaytarilmasligi uchun antidepressantlar koʻp foyda bermaydi, shuning uchun litiy birikmalari tavsiya etiladi. Bu dorilar depressiya tugashi bilan tavsiya etiladi, chunki bemorga depressiya vaqtida berilsa, kasallik choʻzilib ketadi. Litiy karbonat 600–1800 mg dan ovqatdan keyin kuniga 3–4 mahal ichiriladi. Bu dorilar sedativ taʼsir koʻrsatib, xavotirga tushganda, bezovtalanganda va oʻtkir psixotik holatlarda buyuriladi. Bunda bemorlarga 300–600 mg dan bir necha oygacha berib boriladi va qon zardobidagi litiy miqdori doimo tekshirib turiladi.

Depressiv holatlarda hamshira parvarishi:

1. Depressiv holatni kuzatib borish:

- xomushlik, ezilganlik, qaygʻu, qaygʻuni yoki yengilishga qarshi kurasha olmaslik, xohishning yoʻqligi;
- doimo tashvishlar haqida oʻylaydi. Boshida doimo bir xil fikrlar aylanaveradi;
- hech kimni koʻrgisi kelmaydi;
- hamma narsa befoyda deb oʻzini oʻzi ayblayveradi;
- hech narsaga qiziqishi yoʻq va biron narsadan zavqlana olmaydi;
- biron narsaga diqqatini jamlay olmaydi;
- yolgʻizlanish hissi kuchayib boradi.

2. Hayotiy oʻzgarishlar:

Ovqatlanish: ishtaha yoʻqoladi.

Uyqu: uxlashi qiyin, juda erta uygʻonadi. Tunda bir necha marta uygʻonadi.

Faolligi: tez charchaydi, kam harakat. Soʻlgʻinlik his qiladi. Ichi qotadi. Kechqurunga nisbatan, ertalab kayfiyati yaxshi.

3. Oʻzini oʻldirishni oldini olish

– suiqasd xavfi aynan bemor sogʻaya boshlagan vaqtda namoyon boʻladi, shuning uchun bemorning gaplarini, harakatlari doimo nazorat qilib turish kerak. Bemorni oilasidan be-

morga boshqa bunday xatti-harakatlarni qilmasligini doimiy ravishda uqtirib turishlarini iltimos qilish kerak;

– bemor oila aʼzolari bilan suhbatlashib bemorning psixologik holatini oʻrganish.

4. Madad berish:

– bemorga kasallik gohida zoʻrayib, gohida pasayib turishi, lekin tuzalish oson va tez boʻlmasligini tushuntirish lozim;

– ruhan dam olib turish lozimligini tushuntirish;

– kerak boʻlmagan vaqtda bemorni bekorga umidvor qilish, ruhlantirish kerak emas.

5. Kundalik hayotida yordam berish:

– umumiy holsizlik, apatiya va boshqa belgilarni kundalik hayotga, insonlar bilan aloqaga taʼsirini baholash.

6. Sotsial reabilitatsiyaga tayyorlash:

– bemor oilasiga bemorning xarakteri va kasallikning kechishi haqida tushuncha berish, ularning yordamiga tayanish;

– shofokor bilan birgalikda bemorning oʻz xarakterdagi moyilliklarini tushunib yetishiga yordam berish;

– bemorning oilasi oldida uning xarakteridagi yomon xatti-harakatlari, odamlar bilan muomalasidagi kamchiliklari haqida suhbat oʻtkazib, ularni tahlil qilishga yordamlashish va kasallikning qaytalanishi oldini olish haqida tushuntirish.

7. Mehnat reabilitatsiyasi bosqichma-bosqich mutaxassis koʻrigi orqali amalga oshiriladi.

8. Qaytalanishlarni oldini olish:

– dorilarni qatʼiy ichib borish zarurligini tushuntirish;

– oʻziga mos boʻlgan turmush tarzini shakllantirish (qoʻldan elganча bajarish, atrofdagilar fikridan qoʻrqmaslik).

Tahlillar natijalari bilan tanishish.

Alkogolizm, alkogol psixozlar

Alkogolizm (surunkali ichkilikbozlik, aroqxoʻrlik) tez-tez va koʻp miqdorda spirtli ichimliklar isteʼmol qilish tufayli paydo boʻlib, unga hirs qoʻyish bilan kechadigan surunkali kasallik hisoblanadi. Bosh ogʻriqqa ehtiyoj, shaxsning oʻziga xos oʻzgarishi somatik va ijtimoiy oqibatlar bilan oʻtadi. Alkogolizm sabablari spirtli ichimliklar ichishdir. Alkogolizm rivojlanish davrida odamlarga xushchaqchaqlik, ruhiy kayfiyat, koʻtarinkilik, 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 alkohol 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 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, atrofda 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 suiqasd 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, atrofda 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 olmasi-

ning 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, gallutsinatsiyalar 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 kardiomiopatiya, 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).
2. Ikkinchi bosqichda davolash kasallikka, ichkilikka moyillikni bartaraf etish, bunda psixoterapiya usullari ham qo'llaniladi. Ichkilikka bo'lgan moyillikni bartaraf etish uchun psixotrop dorilar buyuriladi. Spirtli ichimlikka jirkanchlik hissini uyg'otish maqsad-

didida shartli reflekslarni keltirib chiqarish uchun apomorfinning yangi tayyorlanganidan 0,5% 0,2–1,0 ml gacha teri ostiga yuboriladi. Dori taʼsirida qayt qilish refleksi kuchayadi. Bemorga 30–50 ml spirt ichish tavsiya etiladi. Qayt qilishni kuchaytirish maqsadida qoʻshimcha 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 uygʻotiladi. Bunda teturam (antabus) dorisini 0,125–0,5 g dan har kuni 30 kun davomida beriladi. Dorining taʼsirini mustahkamlash maqsadida teturam – alkogol sinamasi qoʻyiladi. Bu sinama oʻtkazishdan 3–4 kun oldin teturam 1,0 g gacha oshirib boriladi. Bemor ichgandan soʻng behushlik, yurak sohasidagi ogʻriq, qon bosimining oshishi, tutqanoq xurujlari kuzatiladi. Bu oʻzgarishlarning oldini olish maqsadida, sinov oldidan bemorlarga 8,4% bikorbanat natriy, 10% kalsiy xlor eritmasini 10% glukozada aralashtirib, tomir ichiga yuboriladi.

3. Uchinchi bosqichda davolash – natijalarni barqaror qilish, kasallik qaytalanishining oldini olish usullaridir. Bunga psixoterapiya usullari, psixotrop dorilari qoʻllaniladi.

Alkogol psixozi yoki ichkilik jonsarakligi oʻtkir, toʻsatdan boshlanadigan, bemorning oʻzi va atrofdagilar uchun xavfli kasallikdir. Boshning shikastlanishi, yuqumli kasalliklar, uzoq uyqusizlik, ogʻir ruhiy kechinmalar uning paydo boʻlishiga olib keladi. Kasallikdan oldin uyquning buzilishi, bemorning vahimali tushlar koʻrib chiqishi kuzatiladi. Koʻproq erkaklarda uchraydi. Buning kelib chiqishida miya toʻqimalari ichkilik taʼsirida zaharlanadi. Unda moddalar almashinuvi buziladi. Alkogol psixozi, asosan, abstinent holatida boshlanadi. Alkogol psixozining klinik manzarasi deliriy, gallyutsinozlar, vasvasalar, ensefalopatiya koʻrinishida boʻladi. Bundan tashqari, psixozlarning aralash va oʻzgargan turlari kuzatiladi.

Alkogol deliriy (oq alahlash) turi uch bosqichda boʻladi:

1. Emotsional va harakatlar hayajonlanish, koʻp gapirish, fikrlar va soʻzlarning koʻpayishi, imo-ishoralarning kuchayishi, oʻta sezuvchanlik, kayfiyatning tez oʻzgarishi, uyqusizlik va vegetativ oʻzgarishlar paydo boʻladi.

2. Yuqoridagi oʻzgarishlarga koʻrish illuziyasi va gallyutsinatsiyalari qoʻshiladi.

3. Tashqi hodisalarga vaqt va joyga bo'lgan mo'ljallarning yo'qolishi qo'shiladi. Deliriy psixozdagi bemorlarda gallutsinatsiyalar hosil qilish, masalan, bemor yumuq ko'zlari ustiga barmoq bilan sekin bosib, ularga har xil ko'rinish gapirilganda, ularda ko'rish gallutsinatsiyasi paydo qilish mumkin. Bemor toza qog'ozda har xil yozuvlarni ko'rishi mumkin yoki uzib qo'yilgan telefon bilan gaplashadi. Deliriyda har doim titroq, gandraklash, 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 gallutsinatsiyalari paydo bo'ladi va bemor ko'zini ochsa, bu holat yo'qoladi.

2. Deliriysiz 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 gallutsinatsiyalari, vasvasa g'oyalari va so'z, eshitish holatlari kuzatiladi.

Alkogolli gallutsinozlar. 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 gallutsinozlari 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 ovozlarga 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 illuziyalari paydo bo'ladi. Bemorlar ta'qibchilardan qochishi yoki o'zlariga jarohat yetkazishi mumkin. Kechga borib esa delirioz belgilar, eshitish gallutsinatsiyalari 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. Ruhiy 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 magnezium sulfat dorilari tavsiya etiladi. Bemor qo'zg'alganda, seduksen, GOMK; alkogolli vasvasalar, gallutsinatsiyalarda 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 qil-

ganda 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, omnupon, barbiturat)ni qabul qilgandan keyin unga organizm o'rganib qoladi. Agar bemorlar bunday dorilarni qabul qilmasa, organizmda abstinensiya (xumor tu-

tish) belgilari paydo bo'ladi. Bular bosh og'riq, lanjlik, tajanglik, yurak o'ynashi, kayfiyat va ruhiyatning yomonlashuvi, ich ketish, uyqusizlik va vahima bosish belgilari paydo bo'ladi. 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, illuziyalar (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, yengilashish 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 gallutsinatsiyalari ham kuzatiladi. Parkinsonizmga beriladigan dorilar (sik-lodol, parkopan, romparkin, artan) ko'p dozada berilib borilganda bemorlarda eyforiya, mastlik, gallutsinatsiyalar bo'lishiga olib keladi. Bu moddalarning doza-

si oshib ketganda qo‘rqinchli ko‘rish gallyusinatsiyasi, deliriy yoki ovoz eshitish gallutsinatsiyasi, 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, gallutsinatsiyalar 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.

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 o‘tadigan zahar bu nikitindir. Chekish vaqtida organizm nikotinga asta-sekin o‘rganib boradi va kashandalarda o‘tkir zaharlanish hollari yuz bermaydi. Nikotin eng avval asab tizimiga ta‘sir qiladi. Chekishga birinchi marta uringan kishilarda chekkan vaqtida birdan ko‘ngil aynish, qusish, bosh aylanish, bosh og‘riq, quloq shang‘illashi, yurakning tez urishi, badanni sovuq ter bosish, teri rangining oqarib ketishi, uxlab qolish hamda holsizlanish belgilari namoyon bo‘ladi. Tamakini chekib yurgan kishilarning nafas a‘zolari, yurak qon-tomir tizimida, oshqozon-ichak yo‘llarida bir qancha kasalliklar paydo bo‘ladi. Chekish kasalliklarni og‘irlashtiradi va uning sog‘ayishini kechiktiradi. Chekish ateroskleroz, yurak sanchig‘i, infarkt miokardning avj olishiga olib keladi. Yurak ishemik kasalliklarining

boshlanishida muhim ahamiyatga ega. Kislorod kelib turishi va uning gemoglobin bilan birikishini qiyinlashtiradi. Shuning uchun to'qimalarda kislorod o'tishi kamayadi. Surunkali bronxit kasalligining ko'payishiga olib keladi. Chekadigan kishilarda oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yarasi kasalligi chekmaydiganlarga nisbatan ikki baravar ko'p uchraydi. Chekish kislotasi-ishqor muvozanatini buzadi va natijada oshqozonning kislotali muhiti ko'payib, yara paydo bo'lishiga olib keladi. Ayollar homiladorlik davrida cheksa, nikotin homilaning rivojlanishiga ta'sir qilib, homilaning erta tushishi, o'lik tug'ilishi va homila rivojlanmay, mayib-majruh tug'ilishiga olib keladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga qaraganda, chekish odat bo'lgan mamlakatlarda, saraton kasalligi ko'p uchrab, o'lim hollari tobora ko'paymoqda. Chekadigan kishilar yon-atrofdagi odamlarga ham zararli ta'sir ko'rsatadi. Tamaki tutuni ta'siridan yurak sanchig'i boshlanib qolishi yoki astmasi bor bemorlarning nafasi qisilib qolishi mumkin.

Davosi quyidagilardan iborat:

1. Nikotin abstinentini bartaraf etish va tamaki hidiga salbiy reaksiya hosil qilish.

2. Qo'lga kiritilgan natijalarni mustahkamlash va quvvatlab boruvchi dorilarni davom ettirish. Chekish to'xtatib qo'yilganda abstinensiya belgilari: odamning aqliy va jismoniy ish qobiliyatining kamayishi, lanjlik, xafachilik, uyquning buzilishi, tajanglik, bosh og'riq, quloq shang'illash holatlari. Chekuvchilarda bu holatlar chekkan vaqtda o'tib ketadi. Chekishni tashlayotgan kishilarga dorilar bilan psixoterapiya, refleksoterapiya, flzioterapiya usullari birgalikda qo'llaniladi. Dorilardan tabeks, lobesil, pilokarpin beriladi, bu dorilar nikotin xumorini kamaytiradi. Tamakiga bo'lgan maylni bosish uchun seduksen, tazepam, fenazepam, etaperazin, neuleptil, teralen buyuriladi. Bular bilan birga neyroleptiklar berish yaxshi samara beradi. Lanjlik holatlarida esa vitaminlar tavsuya 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 quyila-

di yoki bosh miya to'qimasi yumshab qoladi. Odam organizmi-
da ortiqcha to'planib qolgan yog'simon moddalar bosh miya qon
tomirlarining ichki devoriga yig'iladi. Natijada, qon tomir devo-
rida 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 uvishi-
shi, toliqish va boshda og'irlik sezishdan boshlanadi. Bemor-
lar serjahl, tez charchaydigan bo'lib qoladi. Ko'ngli bo'sh bo'lib,
uyqusi tez-tez buziladigan, uyquga ketishi qiyin bo'ladi. Bemor-
larning xotirasi pasaygan, xayoli parishon, yaqinda bo'lib o'tgan
voqealarni tezda esidan chiqarib qo'yadilar. Bu voqealar ha de-
ganda esiga kelavermaydi. Mana shular ish qobiliyatning pasayi-
shiga 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 sekin-
lashib boradi.

Bosh miya qon tomirlar aterosklerozi belgilari vaqti-vaqti bilan
susayib yoki kuchayib turadi. Kasallikning keyingi bosqichlarida
markaziy asab tizimida organik o'zgarishlar kuzatiladi. Bemor-
lar 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-farosat-
ning kamayishi bilan kechadi.

Davosi. Avvalo, asosiy kasallikni, ya'ni qon tomir kasalliklari-
ni 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, yotish-
dan oldin toza havoda yurish, uyqudan 10–15 daqiqa oldin
iliq vannalar qabul qilish tavsiya etiladi. Bemorlarning ovqatlan-
ishi, asosan, o'simlik va sut mahsulotlaridan iborat bo'lishi kerak.
Bemorlarning chekish va ichishiga barham berish kerak. Fiziote-
rapiya muolajalaridan elektroforez kaliy yod yoki novokain bilan
bo'yin sohasiga uqalash qo'llaniladi. Bulardan tashqari bemor-
lar chekish, ichkilik ichish, toliqish, emotsional zo'riqishdan holi

bo'lishlari 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 uyquasi buziladi, vahima bosadi, ko'pincha davolanishdan, ovqatlanishdan bosh torta-

di. 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 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 gallutsinatsiyasi 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 birga mellipramin, 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 uxlo olmaydilar, uydan uyga kirib aylanib yuradilar. Eshik-derazalarni yopilganmi yoki yo'qmi esdan chiqarib qo'yishadi, qaytadan tekshirib yurishadi. Kechasi bilan uxlo olmay 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'yganligini esdan chiqarib yuborishadi. Ba'zi bemorlar esa ochlikdan o'lishim mumkin, yegani hech narsam yo'q deb ishontirishadi 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 illuziyalari, so'z, eshitish gallutsinatsiyalari, 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. Uyqusizlikda 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 amneziyasi boshlanadi. Bu holatda amnestik yo'nalishning yo'qolishi, ya'ni uning hozirgi voqealikni 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 uzviy bog'langan. Amnestik afaziya dan keyin umumiy sensor afaziya (bemorlarning gaplarini umuman tushunmaslik) asta rivojlanib boradi. Masalan, ko'pgina hollarda nutqning talaffuzi (so'zning birligi harfida yoki bo'g'inda chalkashish, keyinchalik esa ba'zi tovushlarni, so'z qoldiqlarini takrorlash) 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 gallutsinatsiyalari, eshushning 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 fikri-

ning 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 tortishuviz 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 atrofdagi neyronlarning kasallikka qo‘zg‘alishiga sabab bo‘ladi. Natijada bu neyronlar o‘zidan fokal epileptik kuchlanish chiqara boshlay-

di. Epileptik o'choqdagi ko'plab neyronlarning qo'zg'alishi oqibatida shunday razryadlar rivojlanadi. Bu holat EEGda «tig'» shakldagi to'qlinlarning 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, gallutsinatsiyalar, 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.

Baʼzan 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 aʼzolari va yurak faoliyatida buzilishlar boʻlib, miya shishuviga olib keladi. Tonik tirishishda yuz, qoʻl va oyoqlar, tana mushaklarida tortishish, koʻz olmasi yon tomonga va yuqoriga qaragan, qorachiqalar kengaygan boʻladi. Mushaklarning qattiq tortishuvi natijasida bemorning qoʻl-oyoqlarini toʻgʻrilashning hech iloji boʻlmaydi. Tonik tirishish 30–60 soniya davom etadi. Keyin klonik tirishish koʻproq qoʻl va yuz mushaklarida kuzatiladi. Pastki jagʻ mushaklarining ritmik qisqarishi natijasida bemorning ogʻzi ochilib-yopilib turadi. Bunda bemor tilini tishlab olishi mumkin. Bemor ogʻzidan soʻlak bilan birga qon aralash koʻpik keladi. Qoʻllar ham bukilib-yozilib turadi. Klonik tirishish asta-sekin pasayib, keyin umuman toʻxtaydi. Klonik tirishishda qorin mushaklari va siydik pufagi sfinkterining nerv bilan taʼminlanishi buzilishi natijasida bemorda ixtiyorsiz siyib yuborish va axlat chiqarish holatlari kuzatiladi. Bemorning terisi koʻkargan, vena qon tomirlari shishgan, tomir urishi sekinlashgan boʻladi.

Kichik epileptik tutqanoqlar. Absans birdaniga va qisqa (2–5 soniya) vaqtda hushdan ketish bilan kechadi. Hushdan ketish, maʼnosiz boqish, faoliyatning buzilishi va vegetativ alomatlar bilan oʻtadi. Xuruj paytida bemor yiqilmaydi va bir joyda koʻzi qimirlamay, koʻrga oʻxshab qotib qoladi. Xuruj birdan boshlanib, birdan toʻxtaydi. Bu xuruj **oddiy absans** deb ataladi. Baʼzi bemorlarda absans mushaklar tonusi oʻzgarishi (yuz, boʻyin, qoʻl mushaklari tortishuvi) va chuqur vegetativ buzilishlar bilan davom etsa, unda **murakkab absans** kuzatiladi.

Epilepsiyada ruhiy oʻzgarishlar kuzatiladi. Bunda bemorning kayfiyati yaxshi, shirinsoʻz, yurish-turishida, oilada saranjom-sarishta boʻlib yurishadi, qoʻygan narsalarini kimdir buzsa, darrov janjal qiladilar. Baʼzi bemorlar esa juda ham qoʻpol, oʻzining gapini oʻtkazadigan, boshqalar bilan kelishmaydigan boʻladi. Tashxis qoʻyishda koʻproq EEG dan foydalaniladi, bunda epilepsiyaga xos «tigʻ» toʻlqinlar paydo boʻladi.

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, piknolipsin, 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 orasiga yuborish 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 xuruj 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.

Hamshira parvarishi.

1. Kundalik hayotini boshqarish:

- Bemorga tutqanoq xurujlari ko‘pincha jismoniy charchash, uyqusizlikdan kelib chiqishi va shuning uchun kundalik hayot rejimiga rioya qilishi tushuntiriladi.
- Ich qotishni oldini olish, me‘yoridan ko‘p ovqatlanish va ko‘p suyuqlik iste‘mol qilish mumkin emas. Bemorlarga osh tuzini cheklangan parhez ovqat, kam suyuqlik iste‘mol qilinishi

tavsiya etiladi, o'tkir ziravorlar, kofe, kakao va ayniqsa alkohol qat'iy man etiladi.

- Tutqanoq xurujining bo'lmashligi uchun dorilarni o'z vaqtida ichib turish va kundalik hayot rejimiga rioya qilish lozim.

- Xurujlar yo'q vaqtda bemor sog'lom odamlar singari hayot kechirishi mumkin. Shunday kasallar bilan uchrashganda, ularning xarakterini o'rganish va tushunish kerak.

2. Xuruj vaqtida hamshira parvarishi.

Tutqanoq bilan kasallangan bemorlarning parvarishi va kuzatuvda hamshiraning vazifasi juda katta. Tutqanoq xuruji vaqtida qo'shimcha shikastlardan tilini tishlab olishi, asfiksiya (nafas yetishmovchiligi rivojlanishi)ni oldini olish chotralari ko'riladi. Es-xushi joyida bo'lmagan bemorlarni kuchli nazorat qilinadi. Tutqanoq belgilarini, ko'rinishini hamshira diqqat bilan kuzatib (shifokor bo'lmaganda), bemorning kuzatuv kundaligiga yozib borishi juda muhim.

Tutqanoq bilan kasallangan bemorlar ovqat ratsionida suyuqlik va osh tuzi cheklangan bo'lishini esida tutish kerak. Spirtli ichimliklar qat'iy man etiladi.

Bemorlarni yengil mehnatga jalb etish kerak, lekin harakatlanuvchi va yuqori temperatura bor joyida ishlash mumkin emas.

Tutqanoq xuruji vaqtida bemorning es-xushini yo'qolishi, og'zidan ko'pikli balg'am kelishi, tonik va klonik tortishishlar hamshiradan shoshilinch ravishda chora ko'rishini talab etiladi. Shifokor kelguncha hamshiraning parvarishi quyidagilardan iborat:

- 1) bemorni agar yuzi bilan yerga qarab yiqilgan bo'lsa nafas yetishmovchiligini oldini olish uchun bemorni tepaga qaratib, kuragiga yotqiziladi.

- 2) agar xuruj bemor ovqatlanayotgan vaqtida bo'lsa, bo'g'ilishni oldini olib, og'iz bo'shlig'ini ovqat qoldiqlaridan tozalanadi;

- 3) boshi lat yemasligi uchun bosh tagiga yostiq yoki yumshoq sochiqlar qo'yiladi, ust kiyimlarining tugmalarini bo'shatish lozim;

- 4) tushqanoq tutan vaqtda bemorning qo'l-oyoqlarini lat ye-yishdan asrash uchun ularni ushlab turish kerak, bo'lmasa suyaklar sinishi mumkin.

5) soʻlamlari bir tomonga oqishi uchun boshini yon tomoniga oʻgʻiriladi;

6) bemor tilini tishlab olmasligi uchun ogʻiz va tililari orasiga rezinali trubka yoki dokaga oʻralgan shpatel, u boʻlmasa dastroʻmolchani tugun qilib tishlatiladi;

7) shifokor chaqiriladi.

8) tutqanoq tutib boʻlgandan keyin bemor karaxt boʻlib, keyin uyquga ketadi. Tutqanoq tutib boʻlgandan keyin bemorni uygʻotmaslik lozim.

Isteriya

Isteriyaning klinik koʻrinishi turli-tuman boʻlib, uning baʼzi belgilari boshqa bir kasallikka oʻxshab ketgani uchun isteriyani «**buyuk taqlidchi**» deb atashadi. Isteriyada bosh miya poʻstlogʻi tormozlanib, poʻstloq osti tugunlari faoliyati oshadi. Natijada, poʻstloq osti tugunlarining ixtiyorsiz qoʻzgʻalishlari va tutqanoq xurujlari paydo boʻladi. Isteriyada tashqi taʼsirlar bemorning ruhiyatiga taʼsir qilishi natijasida yuzaga keladi. Isteriyada bemor harakati tartibsiz, birdan boshlanadi. Koʻproq kunduz kunlari boʻlib, bunda es-hushi saqlangan boʻladi. Bemor boʻlib oʻtgan voqealarni eslaydi. Isteriya tutqanoq xurujida bemor hushdan ketishdan oldin oʻziga qulay joy tanlaydi, soʻng biror joyi lat yemasligi uchun sekin yiqiladi. Agar bemorning atrofida odamlar boʻlsa, isterik tutqanoq xuruji uzoq davom etishi mumkin. Bemorlar tutqanoq vaqtida kiyimlarini tortib yirtadi, yuzini tirnaydi, boshini devorga uradi, oʻzining koʻksiga uradi. Bemorlar bunday holatlarda tillarini tishlab olmaydilar. Bemorlarning koʻz qorachiqlarining yorugʻlikka javob reaksiyasi saqlangan boʻlib, kasallik reflekslari boʻlmaydi va ixtiyorsiz oʻrinlariga 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 (surdomutizm) kuzatiladi. Isteriya falajida mushaklar tonusi oʻzgarmaydi, pay reflekslari buzilmagan, patologik reflekslari va atrofiya boʻlmaydi.

Davolash usullari. Psixoterapiya keng qoʻllaniladi.

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 apanevrozgacha) 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 apanevroz, suyaklar siniishi 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, kaxt, 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 buzilishiga 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, sezgining yo'qolishi yoki kamayishi kuzatilishi mumkin. Yuzning bir tomonga qiyshayib qolishi, eshitish, ko'rish, ko'z harakatlari-ning 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, gallutsinatsiya, vasvasalar bo'lib turadi. Deliriyda ko'rish gallutsinatsiyalari 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 al-

mashinuviga, 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, gallutsinatsiya va qo'zg'aluvchanlik qo'shib 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 dehidratatsion terapiya 25% 10,0 ml magnezii 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.

Travmadan keyingi stressli buzilishlar. 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 qimir-lashi, suv toshqini, fojialar, bosqinchilik, yaqin kishilarning ku-tilmaganda 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, shaxs-ning asosiy xususiyatlari, nasl-irsiyat ham muhim ahamiyatga ega. Nevrozlarning rivojlanishi zamirida bosh miyaning tormoz-lanishi va qo'zg'alish jarayonlarining zo'rayishi, susayishi, ular orasidagi muvozanatning buzilishi (nevrasteniya) yoki bosh miya-da qo'zg'alish o'choqlarining paydo bo'lishi (yopishqoq fikrlar) va miya po'stlog'i, po'stloq osti jarayonlari muvozanatining buzili-shi (isteriya) yotadi.

Nevrasteniya markaziy asab tizimining holdan toyishi, o'ta chidamsizlik, serjahllik, tutaqib ketish alomatlarini bo'ladi. Giperstenik turida serjahllik, tutaqib ketish; oraliq turida ser-jahllik va holdan ketish; gepostenik turida esa lanjlik, behol-lik, uyquchanlik alomatlarini kuzatiladi. Yopishqoq fikrlar nev-rozida xayoldan ketmaydigan fikrlar, miyaga o'rnashib qolgan g'oyalar, xotiralar, ikkilanishlar, qo'rquv, harakat va qiziqish-ning paydo bo'lishi bilan davom etadi. Bulardan tashqari, vege-tativ va ipoxondrik belgilar ham kuzatiladi. Bemorning kayfiyati pasayib, umidsizlik, o'z-o'zidan qoniqmaslik belgilari kuzatila-di. Bu nevrozlar uzoq vaqt saqlanib qoladi va surunkali kechadi. Nevrozning isterik turi esa isterik alomatlar bilan harakat, sez-gi, vegetativ va ruhiy buzilishlar bilan birga davom etadi. Bun-da isterik giperkinezlar, tutqanoqlar, isteriyaga sabab bo'ladigan kar-soqovlik, ko'rlik, sezgi buzilishi, og'riq, qusish, havo yetish-maslik belgilari bilan kechadi.

Davosi. Psixoterapiya, fizioterapiya, jismoniy tarbiya usul-lari va gipnoz yaxshi samara beradi. Uyquni yaxshilash, hordiq chiqarish, toza havoda sayr qilish lozim. Yopishqoq fikrlar nev-rozi va isteriyada trankvilizatorlar va antidepressantlar birga qo'llaniladi.

Reaktiv psixozlar

Reaktiv psixozlar ruhiy jarohatga yoki ko'ngilsiz hodisalar tu-fayli kelib chiqadigan kasallikdir. Reaktiv psixozlar psixogeni-

yalarga nisbatan qisqaroq, alomatlari og'irroq. Ularda psixomotor va affektiv buzilishlarning kuchliligi, vasvasa, gallutsinatsiyalar, isterik xurujlar bilan ongning buzilishlari kuzatiladi. Reaktiv psixozlarning alomatlari qaytarilib turadi. Reaktiv psixozlar bemorlar o'z ahvoriga tanqidiy ko'z bilan qaramasligi, shart-sharoitni yetarlicha to'g'ri baholay olmasligi bilan xarakterlanadi. Reaktiv psixoz asab tizimi kuchsiz bo'lgan odamlarda ko'proq 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 o'tgach zo'rayadi. Bunda qisqa muddatli stupor yoki ixtiyorsiz harakatlar paydo bo'ladi. Shok reaksiyasi es-hushning o'zgarishi bilan kechadi. Bu holatlar yaqin kishilarning o'limi, zilzilalar, tabiiy ofatlar davrida kelib chiqadi. Bunday holatlarda bemorlar savollarga javob bermaydi, qimirlamay bir joyda turib qoladi, yuzida vahimalar paydo bo'ladi. Bemorlar atrofdagilarga reaksiya ko'rsatmaydi. Bunday holat bir necha daqiqa davom etishi mumkin, keyinchalik depressiya holati ustun bo'lib 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'lum 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. Isterik stupor (qotib qolish) bilan kuzatiladigan holatlarda ruhiy holatni tetiklashtiruvchi (psixostimulyatorlar) ishlatiladi. Bulardan tashqari nootropalar va vitaminlar ham qo'llaniladi.

Travma bilan bog'liq bo'lgan stressli buzilishlarda hamshiralik parvarishi.

1. Empatik munosabatda bo'lish:

- Diqqat va hamdardlik bilan eshitish:
- Bemorga uning qiynalishlari tabiiy hol ekanligini tushuntirish, bemor bu haqda gapira olmasa bu normal holat ekanligini aytib uning azoblariga sherik bo'lish. Agar bemorga gapirish qiyin bo'lsa, unga o'zini qiynamaslik, qachon bunga tayyor bo'lsa shunda eshitishga tayyor ekanligingizni aytishi kerak.

- Bemorni eshitish uchun sharoit yaratish. Bundan tashqari bemor bilan shunday munosabatlarni yo'lga qo'yishi kerakki, bemor istagan vaqtda hamshiraga murojaat qila olsun.

- Bemorga hamshira shoshilmayotganini va bemor his-tuyg'ularini so'z bilan izhor qilguncha kutishini aytish lozim. Shuningdek, bemorga hamshira istalgan vaqtda kerakli yordamni ko'rsata olishini bildirish kerak.

- Hattoki bemor gapirmaganda ham unga noqulaylik keltirmagan holda hamshira bemorni oilasi yaqinlari bilan munosabatlarini saqlagan holda uni yolg'izlatmaslikka harakat qilish kerak.

2. Oila va atrofdagilar bilan aloqada bo'lish:

- bemorning tuzalishiga oila a'zolari va atrofdagilarni ham jiddiy ta'sir etishini tushuntirish va bemorni ahvoli, kundalik faolligi haqida oila a'zolari bilan ma'lumot almashinish;

- bemor psixologik distansiyani his qilmasligi uchun yaqinlarini u bilan kundalik uchrashuvlarini tashkil etib, xaridlarga va sayrlarga birgalikda borishni tashkillashtirish lozim;

- lozim bo'lganda bemorni yolg'iz bo'lish xohishini qondirish

3. Kundalik hayotda yordam:

- Simptomlarni kuzatish.

Tungi uyqu, kundalik faollik, ta'sirchanlik, fikrni jamlay bilish davomiyligi, atrofdagilar bilan munosabat, qo'rquv hissiyotining mavjudligi va h.k.

- medikamentoz davoning samarasini kuzatish va nazorat qilish;

- kundalik hayotda yordam va kuzatuv. O'z-o'ziga parvarish darajasini, g'ayratini, umumiy kuchsizlikni his qilishini, yuz ifodasini o'zgarishini, atrofdagi voqealarga qiziqishini. Bemor kundalik hayotini apatiya, umumiy behollik va h.k. tufayli olib borolmagan holda unga yordam berish (vanna qabul qilishda va gigiyenaga rioya qilishida);

- imkon darajasida ta'sirlantiruvchilar (ovozlar, yorug'lik, ranglar gammasi, kenglik) miqdorini kamaytirgan holda tinchlantiruvchi davolash muhitni yaratish;

- jismoniy faollik uchun sharoit yaratish.

Bemorga avvalo asta-sekin imkon darajasida ta'sirlantiruvchi miqdorini kamaytirish, keyin esa faollik darajasini kengaytirish.

Agar bemor temir yo'l halokatini boshidan kechirgan bo'lsa va vagonga chiqish unda qo'rquv chaqirsa, bunday holda bemor birga bo'lganda o'zini xotirjam tutadigan odam bilan poyezd stansiyasigacha borishni tashkil qilish kerak. Agar bemorda ishonch paydo bo'lsa bir staniyani bosib o'tish kerak, asta-sekinlik bilan faollik darajasini kengaytirish orqali.

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 psixopatlarida 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'yg'an xato va kamchiliklarini to'g'rilash choralarini 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 buzuvchilik 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, melipril, 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 chi-

qish 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, lissofobiya – 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 bu-

zilgan, ishtahasi yo‘qolgan va uyquusi buzilgan bo‘ladi. Bemor bir o‘zi yolg‘iz qolishga intiladi. Nevrotik depressiyada bemor 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. Giperstenik turida bemorlarning asabiylashishi, arzimagan narsalardan ta‘sirlanishi, salga ko‘z yosh qilishi va diqqatning buzilishi kuzatiladi.

2. Gipostenik turida bemorlar jismoniy va aqliy qobiliyatining pasayishi, toliqish va uyquchanlik belgilari kuzatiladi.

3. Aralash turida bemorlar birpasda asabiylashadilar. Bu toliqish, uyquchanlik belgilari bilan almashinib turadi.

Nevrasteniyada 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. Nevrasteniyani davolashda bemorning umumiy ahvolini yaxshilovchi dorilar, temir dorilari, glitserofosfat, vitamin B guruhi, toza havoda sayr qilish, iliq suv muolajalari qabul qilish, fizioterapiya 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.

Miyadan ketmaydigan holatlar neurozi

Miyadan ketmaydigan holatlar neurozi obsessiv va fobik alohatlar bilan birgalikda kechadi. Bu neurozlar nevrasteniya va isteriyaga nisbatan kam uchraydi. Bunda kasallik belgilari miyaga oʻrnashib qoladi. Bemorning koʻnglida vahimalar, xavotirlanish va qoʻrquv hissiyotlari paydo boʻladi. Bunday bemorlar tekshirib koʻrilganda ichki aʼzolar va asab tizimidan asosiy kasallik belgilari topilmaydi. Bemorlarda koʻproq pay reflekslari biroz jonlangan, qoʻl panjalarining titrashi, mushaklar tonusi biroz taranglashgan, yurakning tez urishi va koʻp terlash hamda boshqa vegetativ oʻzgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda koʻproq fobik alohatlar, yaʼni kardiofobiya, insultfobiya, mizofobiya — oʻziga infeksiya yuqib qolishidan qoʻrqish, suisidofobiya — oʻzini oʻzi oʻldirib qoʻyishdan qoʻrqish va boshqa belgilar kuzatiladi. Bunday neurozlar uzoq davom etadi va odam mehnat qobiliyatini vaqtincha yoʻqotib turadi.

Davosi. Vahimalar iskanjasida qolsa va uyquasi buzilib tursa, dastlab antidepressantlar va trankvilizatorlar buyuriladi. Galoperidol, aminazin bilan birga relanium, tazepam, seduksen qoʻllaniladi. Bundan tashqari, bemorlarni quvvatga kirgizuvchi dorilar bilan birga ularning dam olishini yaxshilash hamda ruhiy jarohatlarni keltirib chiqaruvchi sabablardan uzoqroq va alohida qilib qoʻyish tavsiya etiladi. Shu bilan birga ovqatlanish va uxlash rejimiga amal qilish shart.

Neurozlarning 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 B_p, 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, amination 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.

Sabablari:

Aqliy zaiflikka olib keladigan sabablar juda ham ko'p, ularni 70–80 % fiziologik sabablar tashkil etadi. Ko'p holatlarda yengil formasi kuzatiladi.

Asosiy sabablari:

- meningit, ensefolit, qizamiq va boshqa infeksiyon kasalliklar;
- rivojlanishni va metabolizmning endokrin buzilishlari (Kretinizm, finelketonuriya va boshqalar);
- Xromosom kasalliklari, Daun kasalligi, Turner sindromi va boshqalar;
- og'ir o'tgan tug'ilish natijasida mexanik jarohatlar va bosh miya ezilishi;
- tug'ma gedrotsefaliya, mikrotsefaliya va boshqalar;
- ayrim holatlarda sababi noma'lum bo'lishi mumkin.

Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra aqliy zaiflikning tasnifi.

(1) IQ va hayot darajasi bo'yicha tasnifi:

Aqliy zaiflikni tashxisotida intellektual rivojlanish darajasiga obyektiv baho berish katta ahamiyatga ega. Intellektual darajasi-ni umumiy qabul qilingan son ko'rsatkichi, bu aqliy rivojlanish koeffitsiyenti – IQ, bu ko'rsatkich Veksler psixologik testi asosida aniqlanadi. Me'yorda ruhiy sog'lom odamni IQsi 80 va undan yuqori bo'ladi.

Tasnif		IQ	Ruhiy yoshi
Intellekt chegarasi		70-80	
Aqliy zaiflik	Yengil formasi	50-60	8-12 yosh
	O`rtacha formasi	35-49	6-9 yosh
	Og'ir formasi	20-34	3-6 yosh
	O'ta og'ir formasi	0-19	

Yengil formasi: Boshlang'ich ta'lim ma'lumotlarini o'zlashtirishi mumkin (O'zbekistonda 10 yoshgacha) kundalik hayot faoliyati mustaqil.

O'rta formasi: Boshlang'ich ta'limni boshlang'ich guruhlari-ga moslashishi mumkin. Kundalik hayot va jismoniy qobiliyati qoloq va mashq o'tkazish talab qilinadi. Organik o'zgarishlar tu-fayli epileptik tutqanoq hodisalari kuzatilishi mumkin.

Og‘ir formasi: 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.

O‘ta og‘ir formasi: Asosan so‘z orqali muloqotda bo‘la olmaydi, harakatsiz, aniq harakatlanish buzilishi kuzatiladi. O‘z xohishlarini bildira olmaydi shu tufayli nazorat va har tomonlama qo‘llab-quvvatlashga muxtoj.

(4) Aqliy zaiflikni davolash va qo‘llab-quvvatlashga:

Tibbiyot, oila va ijtimoiy ta‘minotni o‘zaro bog‘liqligi asosiy hisoblanadi.

- Keltirib chiqaruvchi sabablarini bartaraf etish (bosh miyada jarrohlik usuli va boshqalar).

- O‘zini tutish terapiyasi, dori-darmonlar bilan davolash, ruhiy davolash va o‘ziga tegishli hayot tarzida tavsianomalar berilishi (yengil holatlarda bemorga o‘z kasalligi va hulqini buzilishi to‘g‘risida tushuncha berish).

- Ijtimoiy moslashish darajasini kasb-hunar o‘rgatish, ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash yo‘li bilan ko‘tarish, shu orqali normal holatga kelishini ta‘minlash.

- Asoratlarini oldini olish (aqliy zaiflik – shezofreniya, kayfiyat buzilishi, tutqanoq sindromlari bilan birgalikda kechishi mumkin).

Oligofreniyada hamshiralik parvarishi

1. O‘z-o‘zini parvarishini kuzatish va qo‘llash.

1) Kundalik hayotida mustaqillik darajasini kuzatish va tahlil qilib boriladi. Mustaqil bajara olmaydigan ishlarida bemorga yordam beriladi. Bir vaqtning o‘zida bemor «qisman qo‘llash» jarayonida nimalarga qodir ekanligini kuzatib va unga «bu to‘g‘risida aytilganda» yoki, ruhan qo‘llanganda nimalarni qila olishini aniqlab va asta-sekin uning mustaqillik faoliyati oshirib boriladi:

- uyqu;
- ovqatlanish;
- fiziologik hojatlarini kuzatish;
- gigiyena;
- kiyintirish;

Kundalik hayot faoliyati, qobiliyati kundalik hayot bilan mustahkamlanadi. Og'ir buzilishlarda bemor o'z xulqi va ta'siri bilan o'z xohishini bildirishini aniqlab tezda unga yordam berish lozim. Atrofdagilar bilan muloqotda bo'lib ularga ham ma'lumotni bildirib qo'yish lozim.

1) O'zaro shaxslararo munosabatlar o'rnatish qobiliyatini kuzatish.

Buzilish darajasiga ko'ra emotsional holatini (jahldorlik, bezovtalik, emotsional o'zaro muloqot va boshqalar), o'zaro munosabat xarakterini (hamjihatlikda ishlash, o'zaro faoliyat, o'zaro muloqot va boshqalar), ijtimoiy faoliyatda qatnashish jarayoni va boshqalar kuzatiladi. Verbal va noverbal muloqot mashqlari o'tkaziladi:

- Salomlashish;
- Mashqlarni va xulq buzilishini bemorning tushunib yetishi.

2. Oilaviy muloqot va qo'llab-quvvatlash:

1) Ota-ona bolasining kasalligi haqida bilganliklari tufayli bemor farzandini sog'lom farzandlariga taqqoslashlari farzandini yo'qotish va shok holatiga tushishlari, kasallikni yashirishlari hamda bemor farzand oldidagi o'z vazifalarini bajara olmasliklari mumkin.

2) Oila ijrosini takomillashtirish:

a. Har bir oila a'zosi nogironlikga nisbatan qarashi ko'rib chiqiladi va nogiron bolaga nisbatan e'tibor kuchaytiriladi.

b. Nogiron bola tarbiyasida har bir oila a'zosi ishtirokini – oila rishtalarini mustahkamlaydi.

c. Nogiron bolaning aka-singillari tabiiy va erkin, o'z xohishlari bilan o'sib, rivojlanishlari uchun sharoit yaratilishi kerak:

– ota-onani nogiron bolaga nisbatan bo'lgan xorg'inligi, xavotirdaligi boshqa bolalarga ta'sir qilmasligiga harakat qilish kerak.

– sog'lom farzandlarda nogiron bolaga nisbatan sog'lom tug'ilganliklari uchun aybdorlik hissi uyg'onishi mumkin, shuning uchun ularning xulqi va so'zlashishlarini kuzatish kerak.

– ko'p holatlarda ona o'rnini, unga ko'p og'irlik tushmasligi uchun katta farzandi boshqarishi mumkin va boshqalar.

3. Ijtimoiy manbaalardan foydalanish:

1) Uyda qo'llab-quvvatlash. Uyda davolanish kursini davom ettirayotgan nogiron bolalar uchun patranaj parvarishi olishlariga, ularni nogironlar uchun maxsus maktablarga borishiga yordam berish zarur. Og'ir buzilishlari bo'lgan bolalarni maxsus muassasalarga joylashtiriladi va ularga maxsus tayyorgarlik ko'rgan xodimlar yordam ko'rsatib qo'llab-quvvatlaydilar.

2) Tarbiyalash va davolashni qo'llash. Ota-onalar, bolada og'ir yoki yengil buzilish bo'lishidan qat'i nazar, bolalarni bir xil teng huquqda davolanishini va tarbiyalanishini xohlaydilar. Davolash va tarbiyalashning aniq tadbirlari yo'lga qo'yilgan: sezgi organlarini kuchaytiruvchi o'yinlar, funksional mashqlar, mavsumiy o'yinlar muruvvat yo'li bilan uyushtirilgan bayramlar, konsertlar va boshqalar.

3) Ijtimoiy yordam tizimi va boshqa manbaalar tomonidan qo'llab-quvvatlash:

- Davlat tomonidan moddiy qo'llab-quvvatlash.
 - Mahalla tomonidan moddiy va ma'naviy qo'llab-quvvatlash.
 - Nodavlat tashkilotlarning homiylik yordami.
- Do'stlar, qarindoshlar, qo'shnilar yordami.

5-BO‘LIM. O‘ZBEKISTONDA PSIXIATRIK YORDAMNING HOZIRGI KUNDAGI AHVOLI

Psixiatrik rehabilitatsiya tushunchasi

Rehabilitatsiya fransuzcha «re» – qayta, takror, «habilitis» – qulay, moslashgan degan ma’noni anglatadi.

Rehabilitatsiya 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 kelgancha 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.

Rehabilitatsiya 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 reabilitatsiyaning tamoyillari (M.M. Kabanov):

- biologik va psixosotsial ta'sirlarning umumiyligi tamoyili;
- reabilitatsion dasturda zo'r berish va ta'sirlarni har tomonlamalilik 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, patogeneziga 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 foydalanغان 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 kishilar uchun mehnat asosiy hayot maqsadi hisoblanadi. Mehnat terapiyasi chalg'ituvchi, 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 boshchiligida 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

shugʻullanishlari mumkin. Albatta, bemorlar tibbiyot xodimlari nazorati ostida boʻladilar.

**Oʻzbekiston Respublikasining «Psixiatriya yordami toʻgʻrisida»
31.08.2000-yildagi qonunining 34, 39-moddalari
«Psixiatriya muassasalarida yashayotgan va psixiatriya
statsionarida davolanuvchilarning ijtimoiy taʼminot va
maxsus taʼlim boʻyicha huquqlari»**

Davolanuvchining psixiatriya statsionariga yoki boshqa muassasaga joylashtirilganda, unga joylashtirish asoslari, statsionarda oʻrnatilgan tartiblar, qoidalar, huquqlari tushuntirishi kerak:

- Davolanishga rozilik yoki davolanishdan rad etish huquqi;
- Ruhiy sogʻligʻi haqidagi maʼlumotni sir saqlash huquqi;
- Ushbu Qonun bilan berilgan huquqlarga rioya etishga;
- Davolash, tekshiruvdan oʻtkazish, stasionardan chiqarish masalalari boʻyicha bevosita bosh shifokorga yoki boʻlim mudiriga murojaat qilishga;
- Davlat hokimiyati va boshqaruv organlariga shikoyatlar va arizalar berishga;
- Advokat va ruhoniy bilan yolgʻiz uchrashishga;
- Tibbiy moneliklar boʻlmasa diniy urf-odatlarini bajo etishga;
- Roʻznoma va jurnallarga obuna boʻlishga;
- 18 yoshgacha toʻlmagan boʻlsa umumiy taʼlim maktabi dasturi boʻyicha yoki intellektual rivojlanishi buzilgan bolalar maxsus taʼlim olishga;
- Agar davolanuvchi ishlab chiqarish mehnatida ishtirok etayotgan boʻlsa, uning miqdori va sifatiga muvofiq boshqa fuqarolar bilan teng ravishda pul mukofotlarini olishga;
- Xatlar yozish va olishga, posilkalar, banderollar va pul joʻnatmalari olish va yuborishga, telefondan foydalanishga, keluvchilarni qabul qilishga, zaruriy narsalarga ega boʻlish va sotib olishga, oʻz kiyim-kechagidan foydalanishga haqli;
- Nogironlik guruhini belgilash yoki oʻzgartirish uchun ekspertiza komissiyasidan oʻtish huquqiga;
- Davlat va jamoat uy-joy jamgʻarmasi 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.

Psixiatrik reabilitatsiyaning hozirgi kundagi holati va vazifalari

Jamoada ruhiy bemorga nisbatan xavotir, qo'rquv, achinish, ba'zi birlarda ayniqsa tushunib yetmaganliklari sabablidir. Yoshlarda past nazar bilan qarash, ularni haqorat qilib, masxara qilish kabi salbiy munosabatlar uchrab turadi. Kasallik boshlanishidan salbiy simptomlar tufayli bemorda insonlararo munosabatlar buzilib, shaxslararo munosabat doirasi torayib boradi. Qo'ni-qo'shnilar, atrofdagilar, hamkasblar ruhiy bemor bilan munosabat o'rnatishdan xayiqadilar. Bu jamiyatdagi muhim muammlaridan biridir.

Muammoni hal qilishda bemorda va uning oilasida ko'nikmalarning yetishmasligi sababli samaradorsiz choralar ko'rish – maslahat uchun mutaxassis bo'lmagan kishilarga va boshqa mutaxassislarga murojaat qilish kuzatiladi. Ba'zida yaqinlari bemorligidan uyalib, uni berkitadilar, mutaxassisga murojaat qilmaydilar.

O'zbekistonda ijtimoiy qo'llab-quvvatlash tizimi ruhiy bemorlarga, nogironlarga kerakli moddiy yordamini bersada, ayrim

bemorlar yolg'iz hayot kechiradilar, atrofida ularni qo'llab-quvvatlaydigan yaqin kishisi bo'lmaydi.

Ayrim oilalarda hissiyotlarning ko'pligi (bezovtalanish, jahldorlik, tushkun kayfiyat va b.) tufayli kasallikning rivojlanishi yuqori bo'ladi, oilada emotsional hissiyotlarlar kam bo'lsa kasallik ham kam bo'ladi. Shuning uchun hissiyotlarning me'yorda bo'lishi maqsadga muvofiq. Bemorga o'ylamay aytilgan har bir «Sen qanaqa dangasasan!» kabi iboralar ularning holatini yomonlashuviga olib keladi.

Jamiyat hayoti davomidagi voqea va stresslar kasallikning qaytalanishiga sabab bo'ladi. Jamoadagi, oiladagi hamda hamkasblari tomonidan ruhiy bemorga nisbatan yuqorida aytib o'tilgan munosabatlar bo'lganligi sababli ham kasallik qo'zg'alishi yoki qaytalanishi sodir bo'ladi, natijada ruhiy bemor kasalxonaga yotqiziladi.

Kasalxonadagi qaytalanish – vaqtinchalik kasallik belgilari kamayganday tuyuladi, ammo sharoitning o'zgarishi tufayli ahvoli yana yomonlashadi. Kasalxona ichidagi remissiyada (gospitalizmning bir turi) – ochiq bo'limlarda va ijtimoiy reabilitatsiya bo'limlarida bemor tibbiy xodimning nazorati, e'tiboridan tashqarida qolishi tufayli yuzaga keladi.

Gospitalizatsiya qilingan bemorlarning 3–4 qismini uzoq muddat davolanadiganlar tashkil etib, ular 1 yoki 5 yil kasalxonada qolib ketadilar.

Kasalxonada:

– butun hayoti bir maromda bitta joyda boshqaruv ostida o'tadi;

– kundalik faoliyatida boshqa guruhlar bilan birgalikda bir xil mashg'ulot o'tkaziladi va bir xil munosabatda bo'linadi;

– butun jamoa kuzatuv ostida bo'ladi;

– kunduzgi jadval yozilgan va unga barcha bir xilda amal qiladi;

– qulfli eshiklar, izolatorlar, chegaralanishlar;

– qo'zg'alish holatlari kuzatilsa izolatorga qulflash, bog'lash va boshqa choralar qo'llaniladi.

Jamiyatga qaytgan ruhiy bemor jamoa tomonidan qabul qilinmaganligi tufayli kasalxonada yuqorida ko'rsatilgan tartib bo'lsa ham kasalxonadan chiqqandan so'ng yana qayta kasalxonaga yotqiziladi. Buni gospitalizm deb ataladi.

Bu termini 1950-yildan boshlab qoʻllanib kelingan. Bemorning uzoq muddat davomida davolanish maskanlarida boʻlishi uning ruhiy holatlarni oʻzgarishiga, yaʼni kayfiyatning bir xilliligi, befarqlikka, hislarni yashirishga, real voqelikni his qilishning yoʻqolishiga olib keladi. Natijada bemor harakatsiz boʻlib qoladi va «kasalxonaga oʻrganib qolgan», «hech qanday muammo keltirib chiqarmaydigan» odamga aylanib qoladi. Bu esa «ruhiy yotoq yara» deb yuritiladi.

Gospitalizmning asosiy sabablaridan biri kasalxonada ruhiy bemorlarni tushunadigan, ularni eshita oladigan, hamdard boʻla oladigan, tutingan opa-singillari, aka-ukalari borligidir. Ruhiy bemorlarga ayniqsa ana shunday insoniylik munosabatlari juda zarur.

Gospitalizmni oldini olish chora-tadbirlari:

– kasalxona tashqarisidagi hayot bilan muloqot (insoniy munosabatlar) qarindoshlari bilan koʻrishib turish, hamshira va amaliyot oʻtayotgan boʻlajak hamshiralalar bilan tanishuv;

– kundalik hayotning toʻla-toʻkisligi, koʻngilochar mashgʻulotlar, oʻyinlar tashkil qilish;

– kundalik davomidagi bir xillikni yoʻq qilish, bemorga erkin harakat qilishi uchun mustaqillik yaratib berish. Mehnat terapiyasida, jamoaviy ishlarda ishtirok etish;

– inson huquqlarini himoya qilish muhitini tashkil qilish. Bemorlar orasida qoʻpol munosabatlarni, kuchsizlar ustidan kulishni, ulardan ustun kelish hollarini bartaraf etish kerak. Agar shunday hollar mavjud boʻlsa zudlik bilan chora koʻrish kerak;

– hamshiralarning bemorlar bilan insoniy munosabatda boʻlishlari;

– bemorni oʻz-oʻzini boshqarish va oʻz-oʻzini nazorat qilishida yordam;

– dori-darmonlarni qabul qilish va kuzatib borish;

– kasalxonada bemorga ijobiy taʼsir etuvchi muhit yaratish;

– jamiyatda ruhiy bemordan qoʻrqish, xavotirlanish, ularni masxara qilish, ularga haddan tashqari achinish kabi salbiy illatlarni bartaraf qilish.

Gʻarb davlatlarida jamoada ruhiy bemorlarga nisbatan diskriminatsiya batamon yoʻq deb boʻlmaydi, lekin ularga eʼtibor yuqori darajada olib borilsada bemor kasalxonadan chiqqanidan

so'ng yashash uchun uy-joy topa olmay, uysiz qolib, ko'chakuyda daydib yashaydi yoki qoralanadilar. Bu jamiyatning muhim muammolaridan biriga aylandi.

Ruhii bemorlarni jamoalashtirish, psixosotsial guruhlarini va qo'llab-quvvatlash guruhlarini tashkil etish psixoterapevtik va ijtimoiy yordamni kengaytirishga olib keladi.

Ularning maqsadi shaxsning muayyan tevarak-atrof muhitida bemorning saqlanib qolgan imkoniyatlariga asoslanib, imkon darajada faoliyatini yaxshilash hamda tashqaridan qo'llab-quvvatlash.

Universal dizayn – «Har bir inson uchun dizayn». Obyekt sifatida nafaqat bemor balki barcha insonlar qabul qilingan. Bu g'oya Karolina shtatining Davlat Universiteti dizayn fakulteti xodimi Ron Meysonga qarashlidir.

Dizayn – chegaralanmagan iste'molchi, bundan barcha insonlar individual xususiyatlaridan va imkoniyatlaridan qat'i nazar foydalanishlari mumkun (masalan: turli yoshdagilar tushunishlari uchun qo'llanma tayyorlash, qariyalar uchun katta harflarda yozish, avtobuslardagi qariyalar, homiladorlar, yosh bolali ayollar, nogironlar uchun o'rindiqlar va b.).

«Normallashtirish» – insonning boshqalar bilan bir qator-da o'zi uchun odatiy bo'lgan hayot tarzini olib borish huquqini mumkin qadar ta'minlash masalalarini o'z ichiga oladi.

«Normallashtirish» deganda ruhiy buzilishlari mavjud insonlarni o'z holatiga keltirish emas, balki ularga normal hayot kechirishi uchun sharoitlar yaratish kerak.

Normal sharoit yaratish – bu oddiy yashash sharoiti, ya'ni shu mamlakat aholisi yashayotgan sharoit. Bank Mikkelson, 1994.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. G.I.Ivanov. Umumiy psixologiya. – T., «O‘qituvchi», 1967.
2. A.A.Gortanov. Psixoterapiya. – M., «Medicina», 1973.
3. E.I.Lixtenштейн. Помни о больном. – К., «Высшая школа», 1978.
4. Н.В.Канторович. Медицинская психология. – Т., «Medicina», 1979.
5. E.I.Lixtenштейн. Пособие по медицинской деонтологии. – М., «Высшая школа», 1980.
6. Харди. Иштван. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Бухарест, 1981.
7. K.K.Platkov, G.Golubev. Umumiy psixologiya. – T., «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, «Medicina», 1987.
11. В.Ф.Матвеев. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – Москва. «Medicina», 1989.
12. V.F.Matveyev. Meditsina psixologiyasi, etikasi va deontologiyasi asoslari. – T., Abu Ali ibn Sino nomidagi nashriyot, 1991.
13. A.I.Shcherbakov. Yosh psixologiyasi va pedagogik psixologiyadan praktikum. – T., «O‘qituvchi», 1991.
14. H.Uzoqov, E.G‘oziyev, A. Tojiyev. Oila etikasi va psixologiyasi. – T., «O‘qituvchi», 1992.
15. Sh.A.Murtalibov. Psixiatriyadan ma’lumotnoma. – T., 1993.
16. E.G‘oziyev. Psixologiya. – T., «O‘qituvchi», – 1994.
17. Sh.Sh.Shomansurov. Asab va ruhiy kasalliklar. – T., 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. — Т., «Bilim», 2004.
25. М.М.Чеканова. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2006.
26. Y.M.Fayziyev, E.H.Eshboyev. Umumiy va tibbiy psixologiya. — Т., «Ilm ziyo», 2007.

MUNDARIJA

SO‘ZBOSHI	3
1-BO‘LIM. UMUMIY VA TIBBIY PSIXOLOGIYA HAMDA PSIXIATRIYANING ASOSLARI	5
Psixologiya tushunchasi haqida.	
Umumiy va tibbiy psixologiya fani va uning vazifalari	5
Psixologik parvarish haqida tushuncha	7
Tibbiy psixologiyaning rivojlanish tarixi	10
Abu Ali Ibn Sinoning psixologiyaga oid qarashlari	12
Psixiatriyaning rivojlanish tarixi	15
O‘zbekistonda psixiatriya fanining rivojlanishi	16
Ruhan tekshiruv va aql salohiyatini sinab ko‘rish	18
So‘rash va suhbat usuli.	19
Tekshiruvlarni o‘tkazishda hamshiralik parvarishi.	22
Tekshiruv paytidagi hamshira parvarishi	23
Bemorlarni tibbiy asbob-uskunalar yordamida tekshirish usullari	23
Psixologik parvarishning obyektlari, maqsadi, yordam ko‘rsatish tamoyillari, vazifalari va usullari	26
Diniy hissiyotlarni ardoqlash	29
Psixiatrik yordamni tashkil etishning asosiy masalalari, shifoxonalarda va psixonevrologik dispanserlarda ruhiy kasalliklarni davolash, nazorat qilish hamda parvarish xususiyati	30
Ruhiy bemorlarga ko‘rsatiladigan parvarish xususiyatlari	33
Ruhiy bemor hayoti.	44
2-BO‘LIM. RUHIY JARAYONLAR	52
Me‘yoriy ruhiy jarayonlarning turli-tuman kasalliklarda buzilishlari va ularda hamshiralik parvarishi	52
Shaxs muammolari	56
Hayotiy davrlar va mental salomatlik (har bir davrning o‘ziga xosligi va xatarlari).	58
Xavotir va ko‘riladigan chora-tadbirlar. Xavotir va patologik xavotir	65
Stress va buzilishlarning aloqadorligi. Stress – bu inson hayotiga ozuqa!	69
Ruhiy xasta mijozni tushuna olish.	75
Kundalik hayotdagi buzilishlarning xususiyatlari.	78
Shaxslararo munosabatlarning rivojlanishi (Peplou).	81

Psixodinamik parvarish tushunchasi	81
Bemor shaxsi va kasallik	83
Hamshira va bemor	84
Psixoterapiya	86
Maxsus psixoterapevtik uslublar haqida umumiy ma'lumotlar	88
Psixogigiyena va psixoprofilaktika	102
Yoshga oid psixogigiyena	103
Mehnat va ta'lim psixogigiyenasi	104
Turmush psixogigiyenasi	105
Oila va jinsiy hayot psixogigiyenasi	106
Hamshira va shifokor psixogigiyenasi	108
Psixoprofilaktika	109
Psixiatriyada hamshiralik jarayoni	109
Ruhiy kasalliklarda vujudga keladigan ehtiyojlar buzilishi	110
Ruhiy kasalliklarda hamshiralik tashxislari namunalari	113
Bemor bilan muloqot uchun muhit yaratish	114
D. Orem modeli	119
Hamshiralik parvarishida D. Orem modelini qo'llash	122
Orem Andervud bo'yicha hamshiralik jarayonini yuritish	122
3-BO'LIM. XUSUSIY TIBBIY PSIXOLOGIYA MASALALARI	128
Turli kasalliklarda bemor bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi Ambulatoriya sharoitida bemorlar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi	128
Terapevtik bemorlar bilan ishlash psixologiyasi	130
Jarrohlik klinikasidagi bemorlarning psixologiyasi masalalari	133
Bolalar kasalliklarida bemorlar psixologiyasi masalalari	135
Doyalik va ginekologiyada bemorlar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi	137
Ruhiy kasallar bilan munosabatda bo'lish psixologiyasi	140
Kasalxonadan tashqari yordam	146

4-BO‘LIM. PSIXIATRIYA	148
Ruhiy kasalliklarning belgilari	148
Ruhiy kasalliklarning asosiy alomatlari	153
Harakatning buzilishi	154
His-tuyg‘u buzilishi alomatlari	155
Shizofreniya	160
Shizofreniyada hamshiralik parvarishi	165
Maniakal-depressiv psixoz	168
Alkogolizm, alkogol psixozlar	172
Giyohvandlik	178
Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi	182
Bosh miya atrofiyasi natijasida vujudga keladigan ruhiy o‘zgarishlar.	184
Epilepsiya, bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari . . .	188
Isteriya.	193
Bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o‘zgarishlar. . .	194
Travmadan keyingi stressli buzilishlar. Psixogeniyalar . .	196
Reaktiv psixozlar.	197
Psixopatiyalar	200
Nevrozlar	201
Nevrasteniya	203
Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi.	204
Nevrozlarning davosi	204
Oligofreniya	205
Oligofreniyada hamshiralik parvarishi	207
5-BO‘LIM. O‘ZBEKISTONDA PSIXIATRIK YORDAMNING HOZIRGI KUNDAGI AHVOLI	210
Psixiatrik rehabilitatsiya tushunchasi	210
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 vamaxsus ta‘lim bo‘yicha huquqlari».	214
Psixiatrik rehabilitatsiyaning hozirgi kundagi holati va vazifalari	215
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	219

Z.S. Yunusjonova
S.A. Mirzayeva
E. I. Bositxonova

PSIXOLOGIK PARVARISH

O'quv qo'llanma

Muharrir: *M. Tursunova*
Musahhih: *H. Zokirova*
Dizayner sahifalovchi: *D. Ermatova*

«O'zbekiston faylasuflari milliy jamiyati» nashriyoti.
100029, Toshkent shahri, Matbuotchilar ko'chasi, 32-uy.
Tel./faks: 239-88-61.

Nashriyot litsenziyasi: AI №216, 03.18.2012.

Bosishga ruxsat etildi 25.09.2017. «Uz-Times» garniturasida. Ofset usulida chop etildi. Qog'oz bichimi 60×90¹/₁₆. Bosma tabog'i 14,0. Nashr hisob tabog'i 14,5. Adadi 861 nusxa. Buyurtma №510

«NISO POLIGRAF» MChJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent viloyati, O'rta Chirchiq tumani, «Oq-Ota» QFY,
Mash'al mahallasi Markaziy ko'chasi, 1-uy.