

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM,
FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Narmetova Yulduzخان Karimovna

M O N O G R A F I Y A

**PSIXOSOMATIK KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN
BEMORLARNING PSIXO-EMOSIONAL XUSSUSIYATLARI**

Toshkent – 2025

UDK: _____

Y.K. Narmetova // Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarning psixo-emosional xususiyatlari MONOGRAFIYA / 2025.-135 bet

Muallif

Narmetova Yulduzخان Karimovna Toshkent davlat tibbiyot universiteti Pedagogika va psixologiya kafedراسи dotsenti, psixologiya fanlari doktori (DSc).

Taqrizchilar

Melibayeva Ruzaxon Nasirovna Toshkent davlat tibbiyot universiteti Pedagogika va psixologiya kafedراسи mudiri, psixologiya fanlari doktori (DSc), professor

Abdusamatov Hasanboy Usmonjon o'g'li ISTF instituti Psixologiya va pedagogika kafedراسи mudiri, psixologiya fanlari doktori (DSc), professor

Mazkur monografiyada psixosomatik kasalliklar bilan og'rig'an bemorlarda uchraydigan emosional holat buzilishlari, ularning kasallikning og'ir kechishi va salbiy oqibatlarga olib kelishidagi roli ko'rsatib o'tilgan. Ushbu monografiya tibbiyot muassasalarida faoliyat ko'rsatayotgan shifokorlar va psixologlar uchun tavsiya etiladi.

Ushbu monografiya Toshkent davlat tibbiyot universiteti ilmiy Kengash yig'ilishining 2025-yil _____ dagi _____ sonli bayonnomasi bilan tavsiya qilingan.

MUNDARIJA

KIRISH	2
I BOB. PSIXOSOMATIK KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING PSIXO-EMOSIONAL XUSSUSIYATLARI	3
§1.1. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning o‘ziga xos psixologik xususiyatlari.....	3
§1.2. Nevroz va psixosomatik buzilishlarning dinamik nisbatlari.....	14
§1.3. Tadqiqot ob‘yeksi va tadqiqot metodikalarining normal taqsimlanishga mosligi xususiyatlari.....	25
Birinchi bob bo‘yicha xulosalar	41
II BOB. PSIXOSOMATIK KASALLIKLAR BILAN KASALLANGAN BEMORLAR PSIXOLOGIK HOLATI VA IJTIMOY-PSIXOLOGIK XUSSUSIYATLARI	42
§2.1. Psixosomatik kasalliklarda jins tafovutlarining o‘ziga xosligi	42
§2.2. Bemorlarning hayot tarziga somatik kasallikning ta‘sirini tibbiy psixologik xususiyatlari.....	51
§2.3. Psixosomatik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda aleksetimiyaning namoyon bo‘lishining o‘ziga xosligi.....	63
Ikkinchi bob bo‘yicha xulosalar	86
III BOB. PSIXOSOMATIK KASALLIKLAR BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING KASALLIKLARGA MUNOSABATLARI	87
§3.1 Shaxsda sodir bo‘layotgan nevrozlar va ularning individual xususiyatlarga bog‘liqligi	87
§3.2. Bemorlarning hayot tarzi va somatik kasalliklarning o‘zaro aloqadorlik jihatlari.....	65
Uchinchi bob bo‘yicha xulosalar.....	121
XULOSA	122
AMALIY TAVSIYALAR	124
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	125

KIRISH

Jahonda psixosomatika sohasida tadqiqotlar olib borish muhim hisoblanib, bu mavzuga ko'plab taniqli olimlar murojaat qilishgan. Shunga qaramay, psixologiya va tana jarayonlari o'rtasidagi o'zaro ta'sir mexanizmini ochib beradigan nazariy jihatdan izchil va empirik samarali modellar bugungi kungacha ishlab chiqilmaganligi, psixosomatik kasalliklarni davolash hali ham samarali emasligini tasdiqlaydi. Psixosomatik kasalliklar rivojlanishining o'ziga xosligi va individual o'zgaruvchanligi haqidagi savollar hozirgacha javobsiz qolmoqda: nima uchun psixologik omillar ta'siri natijasida insonlarda o'ziga xos psixosomatik sindrom rivojlanadi va nima uchun u barcha insonlarda paydo bo'lmaydi. Bunday ta'sirga duchor bo'lganlarda individual o'zgaruvchanlik paydo bo'ladi. Psixosomatik kasalliklarning rivojlanishida psixologik omillarning rolini mutlaqlashtirish, tadqiqotda psixologik va tibbiy yondashuvlarni ziddiyatlarsiz kombinatsiyalashtirish, psixologiyada tana jarayonlariga e'tibor berish, ularga tibbiy-psixologik yordamni tizimli tashkil qilishga oid psixologik tadqiqotlar o'tkazish ilgari surilmoqda.

Respublikamizda ayniqsa so'nggi yillarda sog'liqni saqlash tizimini zamonaviy talablar asosida tashkil etish, tibbiy xizmat ko'rsatish madaniyatini sifat jihatdan yangi pog'onaga ko'tarish, aholi salomatligi, jumladan, ruhiy salomatligini muhofaza qilishni yaxshilash bo'yicha keng qamrovli chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2023 yil 19 iyundagi PQ-196-son "Aholining ruhiy salomatligini muhofaza qilish xizmatini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi Qarorida 2023/2024 o'quv yilidan boshlab «Psixiatriya», «Tibbiy psixologiya» va «Narkologiya» klinik ordinatura va magistratura mutaxassisliklariga qabul faqat davlat granti asosida umumiy parametrlar doirasida amalga oshirildi hamda qabul ko'rsatkichlari ushbu mutaxassisliklarga bo'lgan haqiqiy ehtiyojni o'rganish asosida shakllantirish, 2023 yil 1 iyuldan boshlab tuman (shahar) ko'p tarmoqli markaziy poliklinikalarida hamda psixiatriya davolash muassasalarida faoliyat yuritayotgan psixiatr, tibbiy psixolog, psixoterapevt va suitsidologlarning ish faoliyatiga katta e'tibor berilishi kabi vazifalar belgilangan. Bu vazifalarni amalga oshirishda psixosomatik kasalliklarga chalingan bemorlarda yuz beradigan ruhiy o'zgarishlarga oid klinik-psixologik tadqiqotlar samaradorligi alohida ahamiyat kasb etadi.

I BOB. PSIXOSOMATIK KASALLIKLARI BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING PSIXO-EMOSIONAL XUSSUSIYATLARI

§1.1. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning o‘ziga xos psixologik xususiyatlari

Asrimizning 50-60 yillarida shaxs profili tushunchasi shakllandi. Asosiy g‘oya shundan iboratki, har bir psixosomatik buzilish ma’lum bir shaxsiyat strukturasi bilan tavsiflanadi. Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarning umumiy xususiyatlariga surunkali kechinmalar, emotsiyalarni bostirish ya’ni ularni siqib chiqarish, nevroitik raqobatga intilish ya’ni o‘zining foydasiga bo‘lmagan xolda o‘zini turli odamlar bilan taqqoslash kabilar kiradi.

Psixosomatik tibbiyotda prepsixosomatik shaxsiy radikalining kasallikka olib keladigan shaxsiy xususiyatlari, ya’ni psixosomatik impuls o‘chog‘i, qayd etilgan patoplastik kechinmalar mavjudligi taxmin qilinadi. U asosan bolalik va o‘smirlik davrida, ko‘pincha xolerik va flegmatik temperamentli odamlarda shakllanadi.

Ushbu radikal shakllanishining asosiy sababi bu shaxsning asosiy da’volarini, ayniqsa ustivor instinktidan kelib chiqadigan qadr-qimmat tuyg‘usini kamsitilishidan iboratdir. Miya shikastlanishi va psixofiziologik nuqson mavjud bo‘lganida radikalning namoyon bo‘lishi kuchayadi.

Barcha psixosomatik shaxslar uchun u yoki bu darajada: kamsitilganlik va bu bilan bog‘liq qadr-qimmat tuyg‘usining kamsitilishining kuchayishi, egosentriklik, qiziqishlarning torayishi, qadriyatlar, maqsadlar va ehtiyojlar iyerarxiyasining cheklanishi va buzilishi kabi umumiy belgilar xarakterlidir, bu shaxsning hayot rejasini tashkil etuvchi da’volarning nomuvofiqligida namoyon bo‘ladi. Bo‘rttirilgan erkaklik, isteroidlik, alamzadalik xarakterlidir.

Psixosomatik sub’yekt o‘zining ongsizligidan uzoqlashgan bo‘ladi va atrofidagi olamga chambarchas bog‘liqdir. Psixosomatik regressiya somatizasiya ko‘rinishidagi tendensiyalar bilan ibtidoiy himoya darajasiga "Men" regressiyasi sifatida baholanadi.

Shaxsning psixosomatik tuzilishi ko‘p jihatdan “aleksitimiya” (yunon. a – yo‘qlik, lexis – so‘z, thimos – hissiyotlar) tushunchasi bilan aniqlanadi.

P.E.Sifheosning fikricha yuqori darajasili aleksitimiya kuzatilgan shaxslar psixosomatik kasalliklarga moyil. Psixosomatik bemorlar hayot tasavvurlari pastligi va ob'yektiv vaziyatga hissiy munosabatlarning yetarli emasligi, hamdardlik xissining yo'qligi bilan ajralib turadi. Aleksitimik shaxslar odatda o'zlarining his-tuyg'ularining nozik nuqtalarini tasvirlay olmaydilar va ko'pincha o'zlarini ifoda etish uchun so'z topa olmaydilar. Ular o'zlaridagi bo'layotgan emosional xolatlarni anglamaydilar va ularni so'zlar bilan ifodala olmaganliklari sababli psixosomatik buzilishlar emosional g'azablanish xususiyati ko'payishi natijasida yuzaga keladi.

Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda xayol qilish qobiliyatining cheklanishi, his-tuyg'ularini ifodalay olmaslik, do'stlik munosabatlariga yuqori darajada moslashish, ob'yekt bilan haqiqiy munosabatlarga kiraolmaslik, bunda obekt bilan to'liq identifikasiyalanish sodir bo'ladi, psixosomatik bemor boshqa odamning yordami bilan mavjud, bog'lanib qolingan ob'yektini yo'qotish hodisasi ya'ni asosiy figuraning yo'qolishi ko'pincha kasallikning boshlanish omili sifatida aniqlanadi

Psixosomatik kasalliklarning patogenezi irsiy moyillik, neyrodinamik buzilishlar (affekt, zo'riqish, xavotirlar sababli MATning buzilishi), shaxsiy xususiyatlar (o'z qobig'iga o'ralib olish, aleksitimiya, ishonchsizlik, psixologik rivojlanishdan orqada qolishi), ruhiy zo'riqish vaqtidagi psixologik va fiziologik o'zgarishlar, nosog'lom oila va ijtimoiy muhit hamda psixotravmatik hodisalardan iborat.

Psixosomatoz rivojlanishining xavf omillariga noqulay mehnat sharoitlari, kasalliklarga irsiy moyillik, hayot sur'atining haddan tashqari tezligi, psixologik omillar, kam xarakatlanish, nosog'lom turmush tarzi va zararli odatlar kiradi:

Ishemik yurak kasalligi (YIK) bilan kasallangan bemorlarning o'ziga xos psixologik xususiyatlari. Ko'pgina dalillarga asoslangan kogort tadqiqotlarda depressiyaning mavjudligi yurak-qon tomir kasalliklarining rivojlanish xavfini 1.2–1.9 baravarga oshiradi [2,3,4,20,34,35,54,81,98]

Yurak ishemik kasalliklari namoyon bo'lgan bemorlarda depressiya– barqaror, stenokardiyali bemorlarning 20 foizida va miokard infarktidan keyin 42-47 foizida tez-

tez uchraydi (Burg M. M. va boshq, 2001; Ruo B. va boshq, 2003). Bir yil davomida depressiv epizod mezonlari stenokardiyali bemorlarda JSSTning eng yirik tadqiqotida 4.5% hollarida aniqlangan (Moussavi S. va boshq, 2007). Mazkur hodisa bemorning nafaqat jiddiy kasallikka emosional munosabati, balki ko‘p tizimli buzilishning belgisi ham bo‘lishi mumkin. Depressiya bilan birgalikda ishemik hodisalar soni 1,4–6,7 baravar, shu jumladan halokatlilari 1,4–2,6 baravarga ko‘paygan (Lesperance A. va boshq, 2000; Barth J. va boshq, 2004; Nikolson A. va boshq, 2006). EPIC–Norfolk 10 yillik istiqbolli tadqiqotiga ko‘ra, katta depressiya YIKdan o‘lishining 2.7 baravar ko‘payishi bilan bog‘liq hisoblangan (Surtees P. G. va boshq, 2008).

Miokard infarktidan keyin depressiyaning paydo bo‘lishi 8 yil ichida o‘limning 2,3 baravar ko‘payishi va stenokardiyaining deyarli 2 baravar xavfi bilan bog‘liq (Dickens C. va boshq, 2008).

Koronar shuntlash operasiasidan keyingi bemorlardagi depressiya koronar hodisalar xavfining oshishi va funksional holatning yomonlashishiga bo‘g‘liqdir (Rafanelli C. va boshq, 2006).

Depressiya, yurak-qon tomir asoratlari chastotasining oshishi bilan bir qatorda, miokard infarktidan keyin bemorlarning mehnatga qaytishiga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi (Rutledge T. va boshq, 2007; Bhattacharyya M. R. et al, 2007).

Depressiyaning stenokardiyaning paydo bo‘lishi va rivojlanishiga salbiy ta‘sirining mumkin bo‘lgan mexanizmlari orasida simpatik asab tizimining faolligi, endotelial disfunktsiya, giperkoagulyasiya, aterosklerotik shikastlanishning tezlashishi qayd etilgan (Panagiotakos D. B. va boshq, 2004; Agatista P. K. va boshq, 2005; Elovainio M. va boshq, 2005; Mallik S. va boshq, 2005; Otte C., 2005; Sherwood A. va boshq, 2005). Bu erda depressiya va patofiziologik jarayonlarning sababiy munosabatlarini isbotlashda jiddiy qiyinchiliklarni ta‘kidlab o‘tish zarur.

Miokard infarkti va o‘lim chastotasi depressiya bilan salbiy bog‘liqlikning muhim mezonlari bo‘lsa-da, depressiya hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradigan hayotdan zavqlanish, atrofdagi voqealarga qiziqish, kuch-g‘ayratning pasayishi sifatida ham namoyon bo‘lishini unutmazlik kerak.

Yurak–qon tomir asoratlari xavfi yuqori bo‘lgan bemorlarda dori–darmonlarni davolashiga (statinlar, angiotensinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari va aspirin) moyilliklarining pasayishi bilan namoyon bo‘ladigan ma’lum bo‘lgan “xavf-davolas” paradoksi asosan depressiya mavjudligi bilan izohlanadi (McAlister F. A. va boshq., 2007). Doimiy depressiya bilan chekishni tashlash darajasi 77% ga, kardiotrop dorilarni qabul qilish 50% ga, jismoniy mashqlarni bajarish 43% ga, reabilitasiya tadbirlarida qatnashish 50% ga kamaygan (Kronish I. M. va boshq, 2006). Depressiya qanchalik og‘ir bo‘lsa, davolanish istagi shunchalik yomon bo‘ladi. Shu bilan birga, depressiyani davolash bemorlarning o‘tkir koronar sindromlardan keyin davolanishga moyilligini oshiradi (Rieckmann N. va boshq, 2006).

Xavotirlanishli kasallanishlar erkaklarda 1,3-4 marta va ayollarda 4,2 marta YIKning rivojlanish xavfi ortishi bilan birga keladi [12,17,28,30,64,65]

Surunkali YIK mavjud bo‘lgan bemorlarda xavotirlanish darajasi baland, masalan, vahimalanish kasali 10-34% hollarda qayd etilgan [55,80,91,96,100]. Qon tomir kasalligi va idiopatik paroksizmal xavotirlanish o‘rtasidagi aloqaning tabiati yetarlicha aniq emas. 3 yillik istiqbolli tadqiqotga ko‘ra, xavotirlanish bo‘lganida o‘limga olib kelmaydigan miokard infarkti yoki o‘lim xavfi 2 baravar ortgan (Shibeshi W. A. va boshq, 2007). Umumiydashgan xavotirlanish xastaligi ham barqaror stenokardiyali bemorlarda yurak–qon tomir asoratlari sonining 2 baravar ko‘payishi bilan bog‘liq bo‘lgan (Shibeshi W. A. va boshq, 2007).

Kasalxonaga yotqizilgan o‘tkir koronar sindromli bemorlarning 50 foizida xavotirlanish aniqlangan, bu bemorlarning hayoti va mehnat qobiliyatiga aniq tahdid bilan bog‘liq [2,34,94]. Miokard infarktining o‘tkir davridagi xavotirlanish yurak-qon tomir asoratlarning 2,5–5 baravar ko‘payishi bilan birga kechgan.

Teri orqali koronar aralashuvdan so‘ng bemorlarning 40 foizida yengil, 29 foizida o‘rtacha va 6 foizida og‘ir xavotirlanish aniqlangan (Pedersen S. S. va boshq, 2008). Ko‘pgina bemorlarda xavotirlanish 18 oy davomida saqlanib qolavergan.

Uzoq muddatli tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, surunkali stress erkaklarda o‘limga olib keladigan va o‘limga olib kelmaydigan yurak–qon tomir kasalliklarining ko‘payishi bilan birga keladi (Stansfeld S. A. va boshq, 2002; Ohlin B. va boshq, 2004;

Nikolson A. va boshq, 2005). Ko‘rinib turganidek, YUIK xavfini faqat salbiy his-tuyg‘ular oshiradi (Nabi H. va boshq, 2008).

Xuddi shunga o‘xshash bog‘liqlik zilzilalar, bombardimon qilish, yaqinlarini yo‘qotish, sevimli jamoaning yutqazishi kabi o‘tkir stressli hodisalarda aniqlangan (Martikainen P., Valkonen T. va boshq, 1996; Carroll D. va boshq, 2002). Masalan, AQSHda 2001 yil 11 sentyabr fojiasidan so‘ng, keyingi 3 yillik kuzatuv davomida yurak–qon tomir kasalliklari darajasi 53% ga oshdi (Holman EA va boshq, 2008). O‘yinda mag‘lubiyatga uchragan Germaniya terma jamoasining futbol o‘yini davrida muxlislar yurak bilan bog‘liq favqulodda hodisalar xavfi 2,7 baravar, miokard infarkti 2,5 baravar, og‘ir aritmiya 3,1 baravarga oshgan (Wilbert – Lampen U. va boshq., 2008).

Bunday bog‘liqlik simpatik asab tizimining faolligi, miyokardning kislorodga bo‘lgan ehtiyoji, qon ivishi, qon plazmasidagi aterogen lipoprotein fraksiyalari bilan izohlanadi (Gullette E. C. va boshq, 1997; Verthein U., Kohler T., 1997; Ramachandrani S. va boshq, 2003).

Stress belgilari hayot uchun jiddiy xavf tug‘diradigan o‘tkir koronar sindromli bemorlarning 75 foizida aniqlangan (Signalberi C. va boshq, 1998N. Frasure-Smit va hammualliflar. (1992)) stress darajasi yuqori bo‘lgan va Q to‘lqini bo‘lmagan miokard infarkti bo‘lgan bemorlarda yillik o‘lim darajasi 5,5 baravar oshgani, Q to‘lqini bo‘lgan miokard infarkti bo‘lgan bemorlarda esa stressning salbiy ta’siri aniqlanmaganligi qayd etildi. Aftidan, bu farq koronar arteriyaning to‘liq bo‘lmagan obstruksiyasi va o‘tkir miokard ishemiyasining takroriy epizodlari xavfining oshishi bilan bog‘liq bo‘lishi, deb aytish mumkin.

O‘tkir koronar sindromdan so‘ng, 12 va 36 oydan so‘ng, posttravmatik stress buzilishlari belgilari muvofiq ravishda 12.2 va 12.8% da aniqlandi (Vikman A. va boshq, 2008).

Kundalik stressning yuqori darajasi antianginal davolanish effektini sezilarli darajada kamaytiradi, bu CASIS tadqiqotiga ko‘ra, ishemik epizodlar va stenokardiyaning chastotasida, stress testida jismoniy mashqlar paytida namoyon bo‘ladi, (Rutledge T. va boshq, 1999).

Bir qator tadqiqotlarda stressni nazorat qilish dasturlarini qo'llash kasallik prognozini yaxshilash bilan bog'liq bo'lgan, (van Dixhoorn J. et al, 2005) aksariyat ishlarda esa ijobiy ta'sir qayd etilmagan (Frasure-Smit N. va boshq, 1997; Reyes K. va boshq, 2006). (Pedersen S.S. et al, 2004).

So'nggi tadqiqotlarda shaxsiy xususiyatlarning yurak fojialari xavfining oshishi bilan bog'liqligi haqidagi taxmin to'liq tasdiqlanmadi. A tipidagi odamlarda (tajovuzkorlik, dushmanlik, kibrlanish va shuhratparastlik, surunkali vaqt yetishmasligi hissi) yurak-qon tomir kasalliklari xavfi oshganligi aniqlanmagan. Shu bilan birga, shaxsiyat turi D bo'lganlar (emosional distressni bostirish tendensiyasi) asoratlar xavfining oshishi bilan bog'liq bo'lgan (Pedersen S. S. va boshq, 2004). Xulosa qilib, somatik kasalliklarda shaxsiylik xususiyatlarni o'rganish istiqbollari biz uchun past ko'rinadi. Chunki somatik kasallik prognozi bilan psixologik xususiyatlarning muhim bog'lanishlari aniqlangan taqdirda ham, xavotirlanish va depressiyadan farqli o'laroq, biologik omillarga ta'sir qilish amaliy jihatdan mumkin emas.

Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarning o'ziga xos psixologik xususiyatlari. Depressiyaning mavjudligi kelajakda 2-tipdagi diabet rivojlanish xavfining 23-38% ga oshishiga olib keladi [11,68,86].

1- va 2-tipdagi diabetli bemorlarda kayfiyatning 60%ga pasayishi tez-tez uchraydi (og'ir depressiya 2-3 baravar ko'proq), xavotirlanish diabetga chalinganlarga qaraganda 40% ko'proq [16,70,84,91]. JSSTning 2-tipdagi diabet bilan og'rigan bemorlarda o'tkazilgan eng katta tadqiqotida 1 yil davomida depressiv epizod mezonlari 2 bemorda aniqlangan (Moussavi S. va boshq, 2007). AQSHda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotda 2-tip diabetda depressiyaning tarqalishi 8.3% ni tashkil etdi va 2-tip diabet bilan og'rigan bemorlarda insulin ishlatmaydiganlar va 1-tip diabetga chalingan bemorlarga nisbatan yuqori bo'ldi (Li C. va boshq, 2007). Agar nafaqat klinik depressiyani, balki depressiv belgilarni ham hisobga olinsa, unda kayfiyatning pasayishi chastotasi 27-43% ga yetadi (Stahl D. Etal, 2008).

Depressiya belgilari tashxis qo'yilmagan kasallikka qaraganda tashxis qo'yilganda tez-tez aniqlanganligi sababli, depressiya bemorning og'ir kasallik faktiga reaksiyasi bo'lishi mumkin deb e'tirof etiladi (Knol M. J. va boshq, 2007). 2-tip diabeti

bor bemorlarda glyukemik nazorat yaxshilanmagan holda qon glyukozasini o'z-o'zini nazorat qilish o'tkazilgan bo'lsa, depressiya chastotasi yuqori bo'lgan. Bundan tashqari, qon glyukozasini o'z-o'zini nazorat qilinishi bilan hayot sifati va iqtisodiy samaradorlik ham pasaygan.

Depressiyali bemorlarda giperglikemiya ko'proq namoyon bo'ladi, bu qisman glyukemik monitoringning yomonlashishi, parhezga rioya qilmaslik, jismoniy faollikning pasayishi, dori-darmonlarni o'tkazib yuborish bilan bog'liqdir [11,70,84,86,91]. Shu bilan birga, 1 va 2-tip diabeti bilan og'rigan bemorlarda yil davomida kuzatilgan glikatlangan gemoglobin va och qoringa glikemiya darajasi depressiv simptomlarning og'irligi bilan bog'liq bo'lmagan (Georgiades A. va boshq, 2007).

Depressiyaning mavjudligi diabetning asoratlari (nefropatiya, retinopatiya, neyropatiya, diabetik oyoq, YIK, jinsiy disfunktsiyalar) xavfining oshishi bilan birga keladi (Vileikyte L. va boshq, 2005; Ismail K. va boshq, 2007). Bundan tashqari, umumiy va yurak o'limi mos ravishda 20 va 30% ga oshadi (Egede L. E. va boshq, 2005).

Shuni ta'kidlash muhimki, ozish, uyquning buzilishi, ishtahaning oshishi, charchoq, og'riq kabi belgilar ham diabet va depressiyaning dekompensasiyasi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Og'iz qurishi, poliuriya, paresteziya, bosh aylanishi ko'pincha diabet va xavotirlanishda uchraydi. Qandli diabetning og'ir dekompensasiyasi yoki gipoglikemik holatlarida psixologik alomatlar (gallyusinasiyalar, aljirash, deliriy), ongning buzilishi (karlik, sopor, koma) paydo bo'lishi mumkin. O'tkir giperglikemiya odatdagi belgilari (poliuriya, polidipsiya, ozish) bilan birga ko'pincha vahima hujumidan farq qilmaydigan disforiya, depressiya va xavotirlanish bilan ham namoyon bo'ladi.

Bronxial astma bilan kasallangan bemorlarning o'ziga xos psixologik xususiyatlari. Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarning deyarli 40% ida depressiv va xavotirlanish belgilari uchraydi, bu ko'rsatgich astma bo'lmagan odamlarga qaraganda ancha ko'proq tarqalgan (Goodwin R. D. va boshq., 2004; Hasler G. va

boshq., 2005). Hayot uchun xavfli va o'limga olib keladigan astma bilan og'riqan bemorlarda ayniqsa psixik buzilishlar chastotasi yuqori [14,26,45,46,59,60,62,78,84].

Psixik omillarning muhim roli labil astma (brittle asthma) bilan ham aniqlandi, bu bir nechta preparatlar bilan davolanishiga qaramay, nafas chiqarishning eng yuqori tezlikning aniq (40% dan ortiq) kunlik o'zgaruvchanligi yoki uzoq muddatli barqaror holat fonida tez rivojlanayotgan og'ir alomatlarining epizodlari bilan ajralib turadi [26,27,29,44,88,93,99].

Bronxial astma bilan og'riqan bemorlarda xavotirlanish va depressiya chastotasining ko'payishi sababiy bog'liqlikni isbotlamasligini tushunish muhimdir, aksincha kasallikka nisbatan emotsional munosabatni aks ettiradi yoki tizimli noqulaylikning namoyon bo'lishi hibsoylanadi [72,77,88,97]. Depressiya astmasi bor bemorlarning 22-28 foizida uchraydi, ko'pincha o'pka kasalligi paydo bo'lgandan keyin qo'shilib keladi (Goldney R. D. va boshq., 2003; Ettinger A. va boshq., 2004; Solis O. L. va boshq., 2006).

JSSSTning astma bilan og'riqan bemorlarda o'tkazilgan eng yirik tadqiqotida astma bilan og'riqan bemorlarning 3.3 foizida yil davomida depressiv epizodlar aniqlangan (Moussavi S. va boshq., 2007).

Bronxial astmadagi depressiyaning og'ir kechishi, kasalxonaga yotqizish xavfining oshishi, sog'lig'ining yomonligi va hayot sifatining pastligi bilan bog'liq bo'ladi (Oguzturk O. va boshq., 2005; Lavoie K. L. va boshq., 2006; Mancuso C. A. va boshq., 2008).

Bundan tashqari, astmada 2.3–3.5 martagacha o'z joniga qasd qilish fikrlari va psixiatrning shoshilinch maslahatini talab qiladigan urinishlar xavfi ortadi (Goodwin R. D. va boshq., 2005).

Depressiya va astma namoyon bo'lishining salbiy aloqasi bronxlar obstruksiyaning spirometrik ko'rsatkichlarini mos ravishda kamaytirmasdan vagusli ta'sirining ortishi va respirator belgilarining kuchayishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin (Goldney R. D. va boshq., 2003; Krommydas G. va boshq., 2004). Bundan tashqari, depressiyada bemorlarning davolanishga bo'lgan istagi sezilarli darajada kamayadi, bu 55-70% ni tashkil qiladi (DiMatteo M. R. va boshq., 2000; Smit A. va boshq., 2006).

Kognitiv xulq-atvor terapiyasi bronxial astma bilan og‘rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi (Yorke J. va boshq, 2006).

Astmaning mavjudligi xavotirlanish kasalliklarini rivojlanish uchun xavf omili hisoblanadi. Astma kuchayishi bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda, ayniqsa og‘ir kasallanishlarda xavotirlanish darajasi yuqori (Vamos M. va boshq, 1999; Kolbe J. va boshq, 2002). Og‘ir astma xavotirlanish kasalliklari chastotasining 2.7 baravar ko‘payishi, shu jumladan vahimali buzulishda 4.6 baravar va o‘ziga xos fobiya 4.8 baravar ko‘payishi bilan kechadi (Goodwin R. D. va boshq, 2003).

Boshqa tomondan, xavotirlanish kasalliklari bo‘lgan bemorlar shifokorlarga ko‘proq tashrif buyurishadi va uzoqroq muddatga kasalxonaga [55,73,74,131,100]. Xavotirlanish astmadan vafot etishning kamayishi bilan bog‘liq bo‘lib, bu bemorlarning qo‘zg‘atuvchi omillarga nisbatan ehtiyotkor munosabati va davolanishga yaxshiroq rioya qilishlari bilan belgilanadi (Sturdy P. M. va boshq, 2002). Ushbu holat organizmning psixik reaksiyasi ham ijobiy tomonga ega bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatadi.

Nafas olish belgilari (xirillash, ko‘krak qafasidagi tiqilish, yo‘tal, harsillash) depressiyadan ko‘ra xavotirlanish bilan chambarchas bog‘liq (Goodwin R. D. va boshq, 2004; Hasler G. va boshq, 2005). Xavotirlik va vahima jismoniy mashqlar paytiga o‘xshash giperventilyasiya orqali astmatik simptomlarni to‘g‘ridan-to‘g‘ri qo‘zg‘atib yuborishi mumkin [26,46,53,61,72,84].

Xavotirlanish darajasi obstruksiyaning ob‘yektiv ko‘rsatkichlari emas, balki astma belgilari bilan bog‘liq, Xavotirlanishi bor bemorlar bronxial obstruksiyaning ob‘yektiv bir xildagi darajasida astmani og‘irrog‘i sifatida qabul qilishadi (Rimingtona L. D. va boshq, 2001; Feldman J. M. etal, 2005).

Bronxial astma bilan og‘rigan bemorlarda stressli buzilishlar 1,5 baravar ko‘proq aniqlanadi, bu esa azob-uqubatlarga va hayot faoliyatining cheklanishiga olib keladigan somatik kasallikning psixogen ta’siri bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin (Adams R. J. va boshq, 2004).

Boshqa tomondan, stressli hodisa astmaning kuchayish xavfini sezilarli darajada oshiradi, bu dastlabki ikki kun va 5-7 hafta ichida ko‘proq rivojlanadi (Sandberg S. va

boshq, 2004). Astmaning kuchayishi bilan kasalxonaga yotqizilganlar hayotda stressli hodisalar chastotasi yuqori bo'ladi (Kolbe J. va boshq, 2002). Salbiy stressni kamaytiradi (Kullowatz A. va boshq, 2008). Hozirgi vaqtda stress somatik kasalliklarning kuchayishini qo'zg'atuvchi omillardan biri sifatida qaralmoqda. 4 oydan keyin stressning nofarmakologik pasayishi o'pka funksiyasining yaxshilanishi bilan birga keldi. 1 soniyada majburiy nafas chiqarish hajmi sezilarli ravishda 64% dan 76% gacha oshdi [59,88].

Revmatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning o'ziga xos psixologik xususiyatlari. Diffuz biriktiruvchi to'qima kasalliklari, artrit yoki poliartrit, mushak-suyak tizimidan tashqaridagi patologiyasi bo'lgan bemorlarda psixik kasalliklar 27%, 38% va 55% ida mos ravishda uchraydi (O'Malley P. G. va boshq, 2009). Shu bilan birga, revmatologiya klinikasida psixik kasalliklarning chastotasi umumiy tibbiy muassasalarga qaraganda yuqoriroq – 40% ga nisbatan 29%, bu ichki organlarning boshqa ko'plab kasalliklariga xosdir.

Revmatoidli artrit –og'ir surunkali nogironkka olib keluvchi ko'plab bo'g'imlar kasalligi, bunday bemorlarning 40-65 foizida aniqlangan depressiya xavfining oshishi bilan birga kechadi (Rayt G. E. va boshq, 1998; Dikens C. va boshq, 2003). Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarda depressiyaning mavjudligi mustaqil ravishda 1.4–4 yil davomida umumiy o'limning 2.2 baravar ko'payishi bilan bog'liq (Dickens C. va boshq, 2003; Ang D. C. va boshq, 2005).

Depressiya kuchli og'riqlar, bemorlarning funksional imkoniyatlari cheklanishi, hayot sifati va ijtimoiy moslashuvchanligining pasayishi bilan bog'liq holda kechadi (Nakajima A. va boshq, 2006; Piccinni A. va boshq, 2006; Zautra A. J. va boshq, 2007). Revmatik kasalliklarning og'ir shakllarida psixik kasalliklar nogironlikning deyarli 2 baravar ko'payishi bilan birga kechadi (Lowye B. va boshq, 2004). Boshqa tomondan, revmatoid artrit va depressiya bilan og'rigan ayollar revmatoid artritsiz ayollarga qaraganda deyarli 3 baravar ko'proq o'z joniga qasd qilishadi (Timonen M. va boshq, 2003).

Psixologik davolash (relaksasiya, biologik qaytar aloqa, kognitiv xulq–atvor terapiyasi) funksional holatni yaxshilaydi, og‘riqlar va kasallikning og‘irligini kamaytiradi [18,48,58,89].

Revmatoid artrit bilan og‘rigan bemorlarda xavotirlanish depressiyaga qaraganda kamroq aniqlangan-29-44% va deyarli yarmida depressiya bilan birga keladi [47,52,83,92,].

Shuni ta’kidlash kerakki, kamroq tashvishlanadigan bemorlar kasallikning rivojlanishini sekinlashtiradigan kasallikni o‘zgartiruvchi dori-darmonlarni qabul qilishdan voz kechish ehtimoli kamroq [48,76,84,91]. Bunday holda tashvishlanish bemorlarning davolanishga moyilligini kamaytiradigan depressiyadan farqli o‘laroq, adaptasion-moslashish mexanizmi vazifasini bajaradi.

Oshqozon yarasi kasalligi bilan kasallangan bemorlarning o‘ziga xos psixologik xususiyatlari. 1983 yilda Bari Marshal va Robert Uoren tomonidan *Helicobacter pylori* bakteriyasi va uning oshqozon yarasi kasalligining rivojlanishidagi muhim rolini kashf etilgan bo‘lsada, kasallikni nima uchun yuqtirgan bemorlarning faqat 10-15 foizidagina oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi paydo bo‘lishini to‘liq tushuntirib bera olmadi. Psixik omillar shilliq qavatning shikastlanishi bilan yuqumli yallig‘lanishning faollashishiga sabab bo‘ladi deb taxmin qilgan. [33,67,166].

Kichik retrospektiv tadqiqotda oshqozon yarasining stressi va oilaviy anamnezi o‘n ikki barmoqli ichak yarasining rivojlanishi bilan bog‘liq edi, *Helicobacter pylori* infeksiyasi bilan zararlanishni esa nazorat guruhi bilan solishtirish mumkin bo‘lgan (Wachirawat W. va boshq, 2003).

Amerika milliy so‘roviga ko‘ra, oshqozon yarasi kasalligi umumiy xavotirlanish chastotasining 4,5 martaga, vahima holati – 2,8 marta, fobiya – 3,2–3,9 marta, katta depressiya – 3,3 marta, spirtli ichimliklarga qaramlik – 2,2 martagacha ko‘payishi bilan bog‘liq (Goodwin R. D., Stein M. B. va boshq., 2002).

Depressiyasi bor keksa bemorlarda oshqozon yarasi kasalligining ko‘payishi aniqlangan (Teylor V. D. va boshq, 2004; Braun E. S. va boshq, 2004). Xavotirlanish darajasining oshishi, ammo depressiya va stressniki emas, takroriy endoskopik tadqiqotlar natijalariga ko‘ra, o‘n ikki barmoqli ichak yarasining antisekretor dorilar

bilan terapiya paytida davolanishini sekinlashtirishi mumkin (Levenshteyn S. va boshq, 1996).

Xulosa qilib, psixosomatik kasalliklarning paydo bo'lishida depressiya bemorlarning psixoemosional holatlari asosiy xisoblanadi. Psixosomatik kasalliklar ko'pincha bemorda depressiyani keltirib chiqaradi. Depressiya qoida sifatida kayfiyatning sezilarli darajada pasayishi, asteniya, vazn yo'qotish, bosh aylanishi, qo'llarning titrashi, nafas olishning buzilishi, uyqusizlik, yurak urishining tezlashishi, ko'krak qafasidagi og'riqlar va oshqozon ichak kasalliklar belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bunday depressiyalar psixosomatik bemorlarning 14-46 foizida kuzatiladi.

§1.2. Nevroz va psixosomatik buzilishlarning dinamik nisbatlari

Nevroz hamda psixosomatik buzilishlar psixogen xususiyatga ega [10,21,31,35,36,86,88,89,93,96,99]. Ularning o'zaro nisbati yuz yildan ortiq tarixga ega bo'lishiga qaramay hozirgi kungacha muammoligicha qolmoqda. Psixotahlil yo'nalishi namoyandalari nevroitik va psixosomatik holatlarni teng o'rganishgan [35,82,85,88], bunga kasallikning patogenezi sifatida somatik bemorlarda "nevroitik ustki tuzilma" to'g'risida fikr yuritishganligi sabab bo'ladi.

Psixotahlil yo'nalish namoyandalari ichida "konversion oqim" konsepsiyasi shakllandi, unga ko'ra konversiya jarayonlari nevroz va organik simptomlar bilan birga, psixik kasalliklarni boshqa shakllari kabi nevroitik xolatlar ifodalanishi sifatida gavdalanadi. Har bir organik kasallikda kichik darajada nevroz bo'ladi [35,36,61], somatikaga o'tish sababi, u nevroitik belgilar shakllanishiga nisbatan kamroq ruhiy energiya sarflanishini ta'minlaydi [35]. Taxmin qilish mumkinki, psixosomatik javob insonni shaxsiy dissolyusiyada himoya qiladi. F.Deutsch [35,36] fikricha organik patologiya mavjud bo'lmaganida, nevrozlar odamlarga ancha jiddiyroq darajada xavf tug'dirardi, deb hisoblagan.

S.E.Jelliffe [63], psixosomatik buzilishlar patogenezi konsepsiyasini ishlab chiqqan. Konsepsiyasiga ko'ra, agar jarayon qayta rivojlanadigan bo'lsa, organik jarayonini qaytuvchanligida isterik buzilishlarni ajratdi, va shu bilan u psixogen kasalliklar doirasida turli dinamikali somatoform sindromlar mavjudligini aniqlagan. Psixosomatik buzilishlar patogenezida ikkita o'zaro bog'langan, ammo

to'liq birlashmaydigan psixogenez va somatogenez komponentini ajratish mumkin. Psixogenez etiologik tarzda ta'minlangan komponent bo'lib, psixosomatik buzilishlarni boshqa psixogen kasalliklar, birinchi navbatda, nevrozlar, bilan birlashtiradi. Somatogenez konstitusional tarzda ta'minlangan komponent bo'lib, somatogen kasalliklar, birinchi navbatda, naslga moyillikka ega tizimli dizontogenetik somatozlar bilan birlashtiradi.

Nevrozlar va psixosomatik kasalliklarni patogenetik va dinamik birlashtirish to'g'risida g'oyalar A.Mitscheglich [66, 67]) ning ikki fazali siqib chiqarish konsepsiyasini tahlilida ham uchratish mumkin. Yani nevrozik himoyaning samarasizligida uning o'rnini o'z-o'zini tastiqlash egallaydi [66, 67]. Samarali terapiyada ham nevroz qayta takrorlanishi mumkin. Bu qarash nevrozik va somatik simptomlarni kuzatilayotganda o'zaro o'rin almashishlarini ("psixosomatik muvozanat saqlash") ham uchratish mumkin. Nevrotik simptomlar tana buzilishlari paydo bo'lishida regressiya qiladi, lekin ko'p holatlarda ular somatik simptomatika kamayganida qayta paydo bo'lishi mumkin [21, 22].

Shaxsiy saqlanish tana azoblanishi hisobiga qoplanadi. Psixodinamik nuqtai nazardan bunday "almashuv" maqsadga muvofiq emas, lekin tadrijiy nuqtai nazardan emotsional stressning yemirish ta'siridan bunday himoya eskirib qolgan deb baholanadi. Chunki shaxs – ancha yuqoriroq darajadagi tuzulma va tanaga qaraganda ancha ko'p sonli kanallashtirish va javob berish usullariga ega. Ehtimol, masalaning mohiyati mazkur patologiyada syenzura salbiy emosiyalarga yo'l qo'ymasligi va ularning mazmun jihatdan yo'nalganligi shaxs uchun loyiq emasligi uchun siqib chiqarishida emas. Bu holat aleksitimiya ikkilamchi, himolovchi tusga ega nevrozlarga xos. Taxmin qilish mumkinki, psixosomatik kasalliklarda salbiy emosiyalarni ong jihatdan anglanmasligi birlamchi dnzontogenetik, neyropsnxolognk tabiatga ega, ya'ni emosiyalar ong jihatdan anglanmaydi, chunki yarimsharlar aloqalari defisitarligi shakllanmaganlini oddiy tarzda nomlanib bo'lmaydi [44].

Ehtimol, aleksitimiyaning aynan birlamchi yoki ikkilamchi tabiati psixoshikastning ta'siri qaysi yo'ldan borishini belgilaydi – nevroitik yoki psixosomatik.

F.Alexandeg [54], nevroz va psixogen psixosomatik kasalliklarni birlashtirib, psixogeniyaning u yoki bu shaklda namoyon bo'lishi ziddiyatni siqib chiqarish chuqurligi bilan belgilanadi: psixosomatik patologiyada u maksimal darajada; nevroz va vegetativ buzilishlarda – ancha pastroq darajada. Moslashish imkoniyatlarning kamayishi uzoq muddatli emosional zo'riqish sharoitida psixik moslashish to'sig'ini yorib o'tilishiga va visserovegetativ buzilishlar xronifikasiyasiga olib keladi. Ya'ni nevroz va psixosomatik kasallik yagona jarayonning turli bosqichlarini ifodalaydi – surunkali emosional zo'riqishda vegetativ nevroz bosqichi o'rmini psixosomatik kasallik egallaydi. Biroq, muallif ularni paydo bo'lishi va rivojlanishida konstitusional (nasliy) yoki orttirilgan omillar ham ishtirok etishini alohida ta'kidlaydi. Bu tasavvurlar V.Weizsacheg [68–70] ning ishlarida yanada rivojlangan. Uning fikricha, psixosomatika – bu sub'yektning kriz paytidagi o'ziga xos javob, aniq hayotiy vaziyatni tana holatiga aylantirish natijasi. O'xshash dinamika boshqa mualliflar tomonidan ham ta'riflangan [1,12,18,31,35, 36,65].

Nevrozlarga shaxsning himoyalash-funksional to'siq, “mudofaaning birinchi chizig'i” roli belgilangan [15, 54, 55, 59].

B.Luban-Plozza, W.Poldingeg [64] larning tasavvuriga ko'ra, hal etilmagan ziddiyat izchil, bir birini almashadigan holatlar butun zanjirni vujudga keltiradi: ehtimol keyinchalik organik kasallikka o'tadigan funksional og'ishlarda ifodalanuvchi organga xavotir, depressiya, konversiya. Uzoq vaqt davom etadigan emosional zo'riqish moslashish imkoniyatlarning charchashini, psixik moslashishni yorib o'tilishi [1,37,38,51] va visserovegetativ buzilishlarni xronifikasiyasini belgilaydi. Psixogenezning psixofiziologik (psixosomatik) buzilishlarining bunday mexanizmi pediatriya bo'yicha qo'llanma mualliflari tomonidan ta'riflangan [43]: xavotirlanishning surunkali holatlari organlar tizimdagi tuzilmaviy o'zgarishlarga olib keladigan vegetativ asab tizimining funksional buzilishlarini vujudga keltiradi.

Boshqacha gapirilsa, emosional stress holatlari va ularning somatovegetativ asorati bilan uyg'unlashishi genetik yoki orttirilgan moyillik bilan birgalikda u yoki bu organ yoki tizimda psixosomatik buzilishlarni vujudga keltiradi.

P.K.Anoxnn va K.V.Sudakov [36] larning ta'kidlashicha, emotsiyalar nevrotik buzilishlarni "sababchisi", nevrotik holatlar va nevrozlar, o'z navbatida – turli kasalliklarni: gipertoniya, ekzema, hamda spastik holatlarni "sababchisi". Psixosomatik patologiyaning turli shakllariga nisbatan nevrozning protektiv roli to'g'risida ham fikr bildirilgan [35,36,49].

Nevrotiklik va psixosomatiklikning birlashganligi to'g'risidagi g'oya V.D.Mendelevich ishlarida ham kuzatiladi: "... nevrotik buzilishlarning psixosomatik buzilishlardan farqi psixomatik yoki somatik simptomlarning klinik ko'rinishida ifodalanishida ..., hamda shaxsning ichidagi ziddiyatning o'ziga xosligida" [36,53,60,65,78]. Nevrotik buzilishlarni ifodalab, u nevrozogenezning bir nechta bosqichlarini ajratadi, hamda ikkinchi, affektiv-motivasiyali, bosqichni ta'riflab "... somatizayiyalangan va somatoform buzilishlar majmuasi...", ya'ni psixosomatik ifodalanishlar, paydo bo'lishini ta'kidlaydi [35,36,38]. U "vaziyatli klishe" mavjudligiga ahamiyat beradi – "davolanuvchilarning aksariyatida nevrotik buzilishlarni vujudga keltiruvchi hodisalar ko'pincha ularni ilgari vaziyatli nevrotik javob berishlarga o'xshash, yoki psixosomatik buzilishlar bilan bog'liq" [35].

Kortiko-viseral nazariyasi asoschilari tomonidan nevrozlar psixosomatik buzilishlarning boshlang'ich va eng tarqalgan shakli to'g'risida g'oya ilgari surilgan [11, 29, 30]. Funksional buzilishlar va organik shikastlanishlar o'rtasida qat'iy chegara mavjudligini inkor etib, mualliflar ularni yagona, izchil rivojlanayotgan jarayonning turli bosqichlari deb ta'riflashgan. Keyinchalik bu xulosa klinisistlar tomonidan rad etilgan, ular nevrozga duchor bo'lgan bemorlarda psixosomatik kasalliklar oshgan chastotasini [13,40,39] va ichki organlari va tizimlari organik kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlarning aksariyatida "nevrotik bosqich" mavjudligini inkor etishgan [35,36,]. Biroq, bunday, qat'iyatlilik uzoq dinamik kuzatishlarga asoslanmagan.

Y.V.Sudakov [35,61,69,77], emotsional stressning tabiiy dinamikasini kuzatib, uning turli varinatlarini ajratgan: barqarorlikni rivojlanishi bilan, nevrozni rivojlanishi bilan, somatovegetativ buzilishlar rivojlanishi bilan, nevrozni rovojanishi bilan, somatovegetativ buzilishlari bilan. M.M.Xananashviln va hammualliflar [36]. tomonidan ta'riflangan emosional stressning amalga oshirish variantlari ham nyevrotik, ham psixosomatik simptomatikani turli nisbatida qamrab oladi: psixosomatik simptomlar ulanishi ifodalanmagan nevroz; psixosomatik simptomlar ifodalanmagan nevroz; ahamiyatli nevroitik simptomlarsiz psixosomatik kasallik.

Y.F.Antropov va Y.S.Shevchenko [35,36,39,57] lar nevrotki depressiya modelida uning dinamikasini bir tekis emasligini ta'kidlaydilar. Psixoshikastlash omil bartaraf etilganida teskari rivojlanish ehtimoli bor. Noqulay dinamikada depressiv namoyish bo'lishlarni ifodalanish darajasini pasayish va ularning polimorfizmini oshish bilan bir qatorda affektiv patologiya somatizasiyasi, psixosomatik kasalliklar (o'n ikki barmoqli ichak yarasi, atopikli dermatnt, bronxial astma) shakllanishi bilan birga vegetoviseral buzilishlar kuchayishi sodir bo'ladi. Biroz kamroq depressiya endogenezasyaisi va patoxarakterologik rivojlanish bosqichi kuzatiladi.

O'xshash mexanizm oshqozonichak trakti funksional va organik kasalliklari, arterial gipertoniya, asab anoreksiyasi, insulinga bog'lanib qolgan qandli diabetlarni o'rganio' misolida ta'rflanadi [45,63,73,81,84]. Barcha holatlarda bu kasalliklar psixogen tarzda boshlangan. Gastroenterologik bemorlarning 25 foizida kasallik boshlanishda avval nevroitik reaksiyalar [35] kuzatilgan; bolalarda bu ko'rsatkich 66,8 foizni tashkil etgan [66]. Bracha o'rganilgan bemorlarda psixoshikastlash vaziyatning asorati sifatida nevroitik depressiya rivojlanishi bo'lgan, u boshlanishdanoq affekt somatizasiyasiga tendensiya bilan ajralib turgan. Frustrasiya sharoitida nveropatik simptomatikani reaktivizasiyasi moyillik kuzatib borilgan, bu holat bo'lajak bemorlarning hayotini birinchi yillaridanoq bolalr nevropatiya simptomlari ko'rinishida aniqlanlangan. Deperessiya fonida va qo'shimcha psixogenlar ta'sirida psixosomatik reaksiyalar paydo bo'lgan. Affekt

somatizatsiyalanishi bilan depressiya jadalligi pasayib borgan, bu esa bemor e'tiborini somatik "Men"ga o'tishiga ko'maklashgan [88,96].

Keyinchalik psixosomatik reaksiyalar yanada uzoqroq, tez-tez uchraydigan va mohiyatan stress reaksiyaning odatiy shakliga aylangan. Birlamchi psixosomatoz biologik jihatdan eng zaif tizimni shikastlagan. Ko'p jihatdan shaxsiy va mikrososial omillarga hamda affekt somatizatsiyasi sur'ati bilan bog'liq progrediylentlik darajasi turli bo'lgan psixosomatik jarayon funksional bosqichida (organ nevrozi) to'xtab qolishi mumkin edi yoki tez tarzda ma'lum tizimni organik shikastlanishiga olib kelardi.

Shakllangan tizimli psixosomatozni paydo bo'lishi ta'qib qo'ruqlar, xavotirlanish, sarosimali hujumlar, depressiyani kuchayishiga ko'maklashdi. Bu buzilishlar "stressdaye keyingi psixosomatik himoyalannmaganlik" fenomeniga ko'maklashdi [35]. Bunday emosional zo'riqish fonida organ va tizimlarning ikkilamchi shikastlanishlari paydo bo'lgan. Shunday qilib, birlamchi va ikkilamchi psixosomatozlarni shakllanishi yagona psixosomatik kontiumda ko'rib chiqiladi.

Mualliflarning taxmin qilishicha, oshqozon-ichak traktining funksional va organik psixosomatozlari yagona turga ega. Shaxsiy xususiyatlar o'xshashligi, stressga reaksiya qilishning bir xilligi, psixosomatik buzilishlarni rivojlanishining stereotipligi alohida psixogen-somatik sikllarni shakllantiradi va ular patologik jarayonining xronizatsiyasini belgilaydi. Xuddi shunday fikr D.N.Isayev (21, 22) tomonidan bildirilgan.

Turli psixosomatik kasalliklar dinamikasining ajratilgan bosqichlari – psixogen depressiya, psixosomatik reaksiyalar, psixosomatik sikllar (mono- va politizimli), psixopatizatsiya [66,68,79], hamda nevroitik buzilishga (nevroitik depressiyaga) psixosomatik kasallikni shakllanishni bosqichiga sifatida qarashni aks etadi, shu bilan ularning patogenezini umumiylikini tasdiqlaydi.

A.M.Veynga [29]. ko'ra, psixik buzilishlarni somatik buzilishlarga o'tish formulasi uch qismdan iborat: psixik buzilishlar – vegetativ va endokrin tizimlarda o'zgarishlar – somatik buzilishlar.

Bu V.I.Garbuzovning psixosomatik kasalliklar patogenezi umumiy

tuzulmasiga mos keladi, u homeostatik reaksiya qilish mexanizmlarning uch darajasini qamrab oladi: funksional, destruktiv-organik va biologik[85,91,93].

V.B.Zaxarjevskiy fikricha, psixosomatik kasalliklarining nevroitik bosqichi to'g'risida tasavvur ko'proq darajada dalillar materialida emas, balki mantiqiy qurilmalarga asoslanadi, va umumiy nevrozni o'ziga xos psixosomatik kasallikka aylanish qonuniyatlari to'g'risida gap yuritishga asos yo'q. Shu bilan birga u ta'kidlaydiki, nevroitik va psixosomatik patologiya modellari bir xil, lekin turli darajada ifodalangan (psixosomatik kasalliklarda viseral buzilishlarning katta chuqurligi) va keyingi dinamikini belgilaydigan turli nisbatlardagi elementlardan iborat: "Agar nevrozda psixogen omil - hal etuvchi, xatarlik omillari - faqat ko'maklovchi rollarni o'ynasa, psixosomatik kasalliklarda aynan biologik omillar klinik ifodalanishni o'ziga xosligini belgilaydi, psixogen omillarga esa aniq kasallikka nisbatan faqat qo'zg'atuvchi maxsus bo'lmagan rol tushadi" [85,87,94,98].

V.Weizsacheg [75,83] ham "somatik jarayonlar va nevrozlarning" turli dinamikasini ta'kidlagan. Boshqa mualliflar ham (8, 23, 24, 32, 47, 49) funksional buzilishlarni organik patologiyaga o'tishini ehtimoli pastligini ta'kidlaydi. Ular funksional va nopsixogen tushunchani organik kasallik va bir-biridan ajratish zaruriyatini funksional va nopsixogen bosqichlari sifatida alohida tak'idlaydi (23, 24, 47). Biroq, aralashma variant ham istisno qilinmaydi. Ta'kidlanadiki, psixosomatik buzilishlar ko'proq vegetosomatoendokrin tizimining shakllanganligining yetarli darajada bo'lmasligida paydo bo'ladi, nevroitik buzilishlar esa - psixikaning tegishli darajalarida . B.D.Karvasarskiy klassik psixosomatozdarni "katta" psixosomatik kasalliklar, organli nevrozlarni esa - "kichik" psixosomatik buzilishlar deb hisoblaydi. Bu muammoga A.B.Smulevich va hammualliflar [29,32,48,59,] ishlarida amalga oshirilgan yondashuv qiziqarli. U organli nevrozlarni nozologik bir tekisda emasligidan dalolat beradi. Ular psixosomatik nisbatlar tuzulmasidagi markaziy bo'g'inni shakllantiruvchi hamda psixik va somatik patologiya uchun umumiy simptomokomplekslar bilan ifodalangan vegetativ sindrom doirasida ko'rib chiqiladi. Uning fikricha,

“psixosomatik nisbatlar (vegetativ) nevrozda gipotetik kontinuum doirasida ko‘rib chiqiladi. Uning birinchi qutbida funksional buzilishlar bilan kuchaytirilgan somatik buzilishlar joylashgan, ikkinchi qutbida esa – somatovegetativ kompleksni qamrab oluvchi psixik patologiya. Funksional buzilishlar bir holatda somatik kasallikni simptomokomplekslarini takrorlaydi, ikkinchi holatda esa – psixik patologiya ifodalanishini niqoblaydi. Masalaning mohiyati boshqa darajadagi shunga o‘xshash vaziyatdek – qaysi holatlarda psixopatologiyali ekvivalent affektiv buzilishlar, qaysi holatlarda esa – faqat ularning “niqoblari” [15,19,22,98,100].

Shunday qilib, nevroz va psixosomatik kasalliklar yagona jarayonning bosqichlarimi yoki ular mustaqil nozologik birliklarmi degan savol haligacha ochiq bo‘lib qolmoqda. Ta’kidlash joizki, keltirilgan nuqtai nazarlar juda qarama-qarshiligiga qaramasdan, ularning barchasi yetarli darajada ishontiruvchi isbotlar tizimiga ega. Ehtimol, bu savolga javob prospektiv longityud psixologik va klinikokatamnestic tadqiqotlarda olinishi mumkin.

Agar nasliy omillar bilan bir qatorda patogenetik komponent sifatida bemorning muhitning bir xil ta’siriga ma’lum organli o‘ziga xos tayyorlikni reaksiya qilish deb ta’riflansa, u holda savol paydo bo‘ladi – nega bir holatda psixosomatik kasallik, boshqa holatda esa – nevroitik kasallik rivojlanadi. Qanday qilib va kasalli reaksiya qilishning qaysi bosqichida organizm nevroitik va psixosomatik patologiya o‘rtasida tanlaydi? Patogenezning integrsiyalashadigan va differensiyalashadigan qonunlariga muvofiq bir xil sabablar turli asoratlarni vujudga keltirish mumkin, va, aksincha, bir xil sindromlar turli sabablar asorati bo‘lishi mumkin.

Avval ta’kidlanganidek, F.Alexander psixogen kasalliklar shakli ziddiyatni siqib chiqarish chuqurligi bilan belgilanadi: psixosomatik patologiya uning darajasi maksimal; nevroz va vegetativ buzilishlarda esa – ancha pastroq. Surunkali emosional zo‘riqishlarda vegetativ nevroz bosqichi psixosomatik kasalligi bilan almashadi. Shunga o‘xshash dinamika Y.A.Aleksandrovskiy (1) tomonidan ta’riflanadi: moslashish imkoniyatlarining tugashi, psixik moslashish to‘g‘isig‘ining yorib o‘tilishi va uzoy muddatli emosional zo‘riqish sharoitida visserovegetativ buzilishlar xronifikasiyasi. A.Mitscheglich [31,85,87,99]ning ikki fazali siqib

chiqarish konsepsiyasiga ko'ra, nevroitik himoyalash samarasizligi paytida uning o'rini somatizasiya egallaydi.

T.N.Lavrova [10] nevroitik depressiyani keyinlik psixosomatik buzilishlar bilan surunkali kechishiga moyillikni ta'kidlaydi.

N.A.Bobrovaning fikricha (10), psixogen psixosomatik buzilishlar holatida psixosomatik reaksiyalar, mustahkam funksional ko'rinishlar va organik o'zgarishlari bor psixosomatik buzilishlar bosqichlarini qamrab oluvchi obligatli sindrom (depressiyaning somatik ekvivalenti sifatida) dinamikasi psixogenni (barcha psixogen buzilishlar uchun umumiy bo'lgan) o'zining dinamikisi bilan mos kelmasligi mumkin [25]. Oxirgi vaziyat nevrozlarda "orttirilgan" yoki chekdagi psixopatiyani shakllanishiga keltiruvchi prenevroitik buzilishlar yoki kam simptomli nevroitik reaksiyalar, poliform holatlar va shaxsning nevroitik rivojlanishi bosqichlari bilan ta'riflanadi.

V.S.Rotenberg va V.V.Arshavskiylarning ta'kidlashicha, psixosomatik kasalliklar o'zining xususiyatlariga muvofiq nevroitik turdagi reaksiya qilishga imkoni bo'lmagan odamda paydo bo'ladi. Taxmin qilinadiki, nevroitik bemorlarda xavotirlanish-depressiv doirasidagi affektiv zo'riqishni yengib olish moslashish mexanizmi (ehtimol, somatovegyetativ) mavjud, nevrozga duchor bo'lgan bemorlarda esa bunday mexanizm yo'q [8,42].

Funksional somatik holatlar – bu ongosti tuzilmalar yordamida bosh miya qobig'ida amalga oshiriladigan o'sha emotsiyalar. Barcha emosiylarning (oddiydan tortib to ijtimoiygacha) umumiy tuzilmaviy asosi (qobiq va qobiqosti tuzilmalar o'zaro harakati) va, chamasi, bir xil fiziologik arxitektonika har bir emosional stressning yanona mexanizmlari to'g'risida gap yuritishga imkon beradi. V.I.Garbuzovning fikricha, moslashish funksional tizimlarni shakllanish nazariyasi nozologiklikdan ustun turadi. Barcha ifodalangan emosiya – bu bir butun funksional tizimning faollashganligi[14].

Emotsional holatlarni funksional tizimi mazmuniga kiritish filogenetik yo'nalgan, avvalo, ehtiyojni organizmni bir butunligida qondirishga qaratilgan, emosiylarning biologik roli bilan aniq korrelyasiya qiladi[2]. Aynan emosiylar

“tirik organizm arxitekturasida yagona rejani” belgilaydi, emosiyaning qondirish bor yoki yo‘qligi yagoga tamoyili asosida uning turli funksiyalarini tasdiqlaydi yoki bekor qiladi. Lekin ular odam tizimosti sifatida (individual bioijtimoiy tizim sifatida) kiritilgan umumiyroq ijtimoiy tizimga o‘zgartishlarni shakllantiradi (o‘zining ekspressiv samarasi hisobiga). Shundan odamda emosional kechinmalarining uch tomonlama samarasi kelib chiqadi: shaxs ichida, somatovegetativ va xulqiy. Psixogen emosiylarini patologik o‘zgarishi mos ravishda nevroitik, psixosomatik, patoxarakterologik (deviant-hulqiy) yoki aralash o‘zakka yo‘naltiriladi.

Qobiq faqat emosiylarni tashqi, ixtiyoriy-xulqiy ko‘rinishlarni bosishi mumkin va funksionalnaol tizimning mazkur emosiya tegishli komponentlariga tartibga solish ta’sirga taalluqli emas. Har bir salbiy kechinma o‘ziga xos somatik “yakuniga” ega [14]. Pirovard qator manfaatdor ichiki organlar tonusi mustahkam oshishi paydo bo‘ladi va somatik (psixosomatik) patologiya shakllanadi. Shundan uning sivilizatsiyalangan tabiati ayon bo‘ladi, chunki ontogenezda odamning ixtiyoriy va noan’anaviy-filogenetik hulqi qanchalik yuqoriroq bo‘lsa, shunchalik u reaksiya qilishning tabiiy emosional-vegetativ kontekstitadan farqlanadi.

Xavotir nogomeostatik shaxsiy-muhitli o‘zaro harakatning asosiy markerlaridan biridir. U psixogenetik fenomen bo‘lgani sababli psixosomatik buzilishlar paydo bo‘lishi va rivojlanishida uning roli alohida ahamiyatga ega [49]. Psixogen xavotir – aynan “nevroz xavotiri”, ehtimol, asosiy nuqtadir, undan keyin psixogeniya yoki nevroitik, yoki psixosomatik o‘zakka yo‘naltiriladi. Verballashgan xavotir u yoki bu mazmunli qo‘rquvga aylanib, fobik nevrozga olib keladi. Emosiya boshqacha anglaganlikda nevroitik xavotir isterik yoki astenik nevrozga aylanadi. Bunda xavotirni shaxs ichida qayta ishlashning noadekvatligi nevroitki holat saqlanishini belgilaydi.

Agar bunday qayta ishlash amlga oshirilmasa (xuchusan, aleksitimiya asosida joylashgan oliy psixik funksiyalar neyropsixologik jihatdan yetuk bo‘lmasligi tufayli), u holatda xavotir nevrozi psixosomatik buzilishga o‘tadi [45].

Xavotirning avvaldan shakllanuvchi mohiyati va xavotirning ehtiyoj-axborotli tabiati (har bir emosiya o‘xshab) psixosomatik bemorlarning

konstitusional xususiyatlari tahlilini anomal antisipasiyalarning neyropsixologik mexanizmlarini va ehtimol taxminlashni hamda ularni korreksiya qilish yo‘llarini izlashga yo‘naltiradi [28,44].

Xavotirni psixosomatik predispozitsiya sifatida tadqiqlashda (buni shaxsiy so‘rovnomalar, psixofiziologik testlar va etologik kuzatishlar yordamida o‘tkazish mumkin) quyidagi savollarga javoblar olish muhim: oshgan xavotir tug‘ma birlamchi-dizontogenetik fenomenmi (nasliy-konstitusional yoki rezidual-organik tabiatli) yoki bu tug‘ma, psixogen bilan bog‘liq psixogeniyaning birinchi bosqichidagi birlamchi-dizontogenetik fenomenmi?

Kasalikni rivojlanishi va organlardagi patologik o‘zgarishlarni oshishiga qarab psixogen ta’sirlarning roli asta sekin pasayib boradi [56]. Rivojlanishi ahamiyatli darajada genetik, patofiziologik omillar bilan belgilangan somatik patologiyaning ayrim shakllarida stress triggerli rolni bajaradi [19,20,46].

Oxirgi holat boshlanishi u yoki bu psixogen hodisa va endogen depressiyalarni psixosomatik ekvivalentlari bilan bir vaqtga kelgan psixosomatik psixogen kasalliklar va somatik kasalliklarni differensial diagnostiki qilish uchun muhim. Psixosomatozlarni erta diagnostikasida kelsak, psixosomatik sindromni boshlang‘ich bosqichidan ilgari keladigan psixogeniyaning boshlang‘ich bosqichi klinik va psixologik ifodalanishlarini ajratish uchun juda muhim. Ijtimoiy-psixologik omillarni somatik mavqega ta’sirning bir xil va noxiziq hamda bilvosita ekanligi to‘g‘risidagi mustahkam joylashgan fikr mavjudligiga qaramasdan, klinik tadqiqotlar funksional va organik (psixosomatik) buzilishlar kontinuumi haqida dalolat beradi.

Shunday qilib, xulosa chiqarish mumkinki, psixosomatik buzilishlar dinamikasi va bosqichligi masalasi ularning nozologik mustaqilligi masalasi bilan chambarchas bog‘langan. Ikkala savolga ham bir xil ma’noli javob yo‘q.

§1.3. Tadqiqot ob'yekti va tadqiqot metodikalarining normal taqsimlanishga mosligi xususiyatlari

Eksperimental tadqiqotimizda jami 687 nafar sinaluvchi ishtirok etib, ulardan 294 nafari erkaklar, 393 nafarini ayollar tashkil qiladi. Sinaluvchilar orasida psixosomatik kasallik tashxislari bo'yicha yurak ishimik kasalliklari 191 nafar, qandli diabet 183 nafar, bronxial astma 108 nafar, oshqozon-ichak yara kasalliklari 64 nafar, revmatoid artrit 93 nafar, nazorat guruhi 48 nafardan iborat. Sinaluvchilar haqida to'liq ma'lumot quyidagi jadvalda taqdim etilgan.

1.3.1-jadval

Tadqiqotda ishtirok etgan erkak va ayollardagi kasallik turlari haqida ma'lumot (N=687)

Kasallik turlari	Erkaklar		Ayollar		Jami	
	soni	%	soni	%	soni	%
Yurak ishemik kasalliklari	93	31,6%	98	24,9%	191	27,8%
Qandli diabet	84	28,6%	99	25,2%	183	26,6%
Bronxial astma	34	11,6%	74	18,8%	108	15,7%
Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari	31	10,5%	33	8,4%	64	9,3%
Revmatoid artrit	39	13,3%	54	13,7%	93	13,5%
Nazorat guruhi	13	4,4%	35	8,9%	48	7,0%
Jami	294	100,0%	393	100,0%	687	100,0%

Izoh: $\chi^2=17,781$; $p=0.011$

Tibbiyot psixologiyasining dolzarb muammolaridan biri bemorlarning psixo-emosional sohasi hamda xulq atvoridagi o'zgarishlarni tahlil qilish va psixokorreksiya ishlarini amalga oshirish, ularning samaradorligini taxlil qilishdir.

Tadqiqotda Ch.D.Spilberger va Yu.L.Xaninning "Xavotirlanishni aniqlash metodikasi" metodikasi, V.Zungning T.I.Balashova tomonidan moslashtirilgan Depressiya shkalasi so'rovnomasi, Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasi, Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi, Serdyukning

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish so'rovnomasi, Toronto aleksitimiyani baholash shkalasi, Og'riqni fojeaga aylantirish shkalasi, Xayot sifatini baholash so'rovnomasi, Moriski-Grinning "Davolanish muolajalariga sodiqlikni aniqlash testi" va Kasallikka munosabatni aniqlash (TOBOL) metodikasini psixosomatik kasalligi bilan kasallangan bemorlarda o'tkazildi. Ushbu metodikalarning yutuq va kamchiliklarini o'rganish maqsadida qator statistik mezonlardan foydalanildi.

Ch.D.Spilberger va Yu.L.Xaninning «O'zini o'zi baholash shkalasi».

Ushbu test xavotirlanish vaqtida o'zini baholashda eng ishonchli metodikalardan biri hisoblanadi. U testdan o'tish vaqtidagi xavotirlanishni reaktiv xavotirlanish va shaxsiy xavotirlanishni (shaxsning individual xususiyati sifatida) o'rganadi. Ch.D.Spilberger tomonidan AQSHda ishlab chiqilgan, keyinchalik Y.L.Xanin tomonidan moslashtirilgan.

Shaxsga xos xavotirlanish xavfli vaziyatlarda javob berish reaksiyasining qat'iyligi bilan xarakterlanadi. Reaktiv xavotirlanish qo'zg'aluvchanlik, xavotirlanish, nevrozlar bilan xarakterlanadi. Juda yuqori reaktiv xavotirlanish diqqatning buzilishiga olib keladi, ba'zida esa mayda xatti-harakatlar koordinasiyasining buzilishiga sababchi bo'lishi mumkin. Juda yuqori shaxsga xos xavotirlanish nevroitik konfliktlar, emotsional va nevroitik buzilishlar va psixomatik kasalliklar bilan bog'liq bo'ladi.

Biroq xavotirlanish darajasi har doim ham salbiy xususiyat hisoblanmaydi. Ma'lum darajadagi xavotirlanish darajasi shaxsning faol hayoti uchun juda muhim va tabiiydir. Shuning uchun ham «foydali xavotirlanish»ning optimal individual darajasi haqida fikr yuritish o'rinlidir.

O'zining xavotirlanish darajasini baholash shkalasi 2 qismdan iborat bo'lib, ular reaktiv (1–20 savollar) va shaxsiy (21–40 savollar) xavotirlanish darajasini aniqlashga yordam beradi.

Reaktiv xavotirlanish (RX) va shaxsiy xavotirlanish (SHX) ko'rsatkichlari quyidagi formulalar yordamida hisoblanadi:

$$RX = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50$$

Bunda Σ_1 - 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 raqamli savollarning yig'indisi; Σ_2 esa 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 raqamli savollarning yig'indisi bo'lib hisoblanadi.

$$SHX = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35$$

Bunda Σ_1 – 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 raqamli savollarning yig'indisi; Σ_2 esa 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 savollarning yig'indisi bo'lib hisoblanadi.

Natijalar tahlili shuni ko'rsatdiki 30 ballgacha past darajadagi xavotirlanish ko'rsatkichi, 31 – 45 ball o'rta darajadagi xavotirlanish, 46 ball va undan yuqori ball yuqori darajadagi xavotirlanishning namoyon bo'lishini bildiradi.

Optimal darajadagi xavotirlanishdan og'ishga alohida e'tibor qaratish kerak bo'ladi. Yuqori darajadagi xavotirlanish shaxsning xatti-harakatida anomal holatlarni keltirib chiqarishi mumkin. Bu holatlarda vaziyatlarning va masalalarning subektiv ahamiyatini kamaytirish kerak. Asosiy e'tiborni ishonch va muvaffaqiyat hissiga qaratish zarurdir. Ushbu metodika integral o'zini baholash xususiyatini o'rganish imkoniyatini beradi, bu stabillikni doimiy, shaxsiy va vaziyatli bo'lishini aniqlash imkonini beradi.

Shaxsga xos va reaktiv xavotirlanish darajasini aniqlash shkalasi xavotirlanish darajasining u yoki bu shaklini o'lchashi uchun ikkita mustaqil shkalachalarga ega: vaziyatli xavotirlanish shkalasi hozirgi vaqtda o'zini qanday his qilayotganini aniqlaydi, shaxsga xos xavotirlanish shkalasi uchun har doimgi holatda o'zini qanday his qilishi muhimdir. Natijalar ballarda hisoblaniladi: 30 ballgacha bo'lgan natija – past darajadagi xavotirlanish hisoblansa, 31–45 ballar o'rtacha, 46 ball va undan yuqorisi - kuchli xavotirlanish darajasining mavjudligidan dalolat beradi.

Xavotirlanish darajasi metodikasi bo'yicha olingan empirik natijalarning normal taqsimlanish qonuniga mosligini Kolmogorov-Smirnov mezonini qo'llagan holda tekshirildi(1.3.2-jadval).

Spilberger-Xaninning Xavotirlanishni aniqlash metodikasi
ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari
(Kolmogorov-Smirnov Z mezon, N=687)

Shkalalar	O'rtach a	St.og'is h	Kolmogorov- Smirnov Z	p
Vaziyatli xavotirlanish	33,11	9,881	1,967	0,001**
Shaxsiy xavotirlanish	50,59	7,903	3,348	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Spilberger-Xanin metodikasi asosida xavotirlanish darajasi bo'yicha olingan natijalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmasligini ko'rsatdi: vaziyatli xavotirlanish ($z=1,96$; $p < 0,01$), shaxsiy xavotirlanish ($z=3,34$; $p < 0,01$). Mazkur shkalalar bo'yicha olingan ma'lumotlarning normal taqsimlanish qonuniga mos kelmadi, shuning uchun keyingi statistik tahlillarni amalga oshirishda noparametrik mezonlardan foydalanish o'rinli ekanligini ko'rsatadi.

Zungening depressivlik darajasini aniqlash metodikasi.

Savolnoma ko'rinishiga ega bo'lgan ushbu metodika V.Zunge tomonidan ishlab chiqilgan bo'lib, T.N.Balashova tomonidan modifikatsiya qilingan. Metodik shkalasi bo'yicha sinaluvchilarga depressiya holatini aniqlashga qaratilgan 20ta ibora taqdim etiladi.

Tadqiqot individual tarzda, yaxshi yoritilgan, tovushlardan xoli bo'lgan xonada o'tkaziladi. Sinaluvchiga quyidagicha yo'riqnoma beriladi: «Quyida keltirilgan gaplarni diqqat bilan o'qing va hozirgi paytda siz his qilayotgan holatni belgilab chiqing.

Depressivlikni aniqlash savolnomasining jumllariga beriladigan javob variantlari quyidagilardir:

- 1-yo'q, noto'g'ri;
- 2-shunday bo'lsa kerak;
- 3-shunday;

4-juda to'g'ri.

Blank to'ldirilgach sinaluvchilarning ballari hisoblanadi. Savolnomada 10 ta «to'g'ridan to'g'ri» berilgan savollar (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19) va 10 ta «teskari» savollar (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) mavjud. Har biri 1 dan 4 ballgacha baholanadi. «To'g'ridan to'g'ri» va «teskari» savollarga berilgan javoblar alohida hisoblanadi. So'ngra sinaluvchilarning ballari «to'g'ridan to'g'ri» ($\sum tg'r$) va «teskari» ($\sum tsk$) savollar uchun alohida hisoblanadi. Yakuniy natija quyida keltirilgan formula asosida hisoblanadi:

$$DD = \sum tg'r + \sum tsk.$$

200 nafar sog'lom kishilarda olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, ularning depressivlik ko'rsatkichlarining o'rtachasi 40,25 ballni, standart og'ish ko'rsatkichi esa 5,99 ballni tashkil qiladi.

Metodika yo'riqnomasi bo'yicha baholash mezonini 4 diapazonga bo'lish mumkin:

1-diapazon 50 balldan past – bunday shaxslar depressivlik tajribasiga ega bo'lmagan sinaluvchilar hisoblanishadi;

2-diapazon 51-59 ball – depressivlik darajasi past, lekin aniq seziladigan sinaluvchilar.

3-diapazon 60 balldan 69 ballgacha – depressivlik darajasi 2-diapazondagidan ko'ra aniqroq va kuchliroq namoyon bo'ladi.

4-Diapazon 70 balldan yuqori bo'lgan ko'rsatkich chuqur depressiv holat aniq va barqaror tarzda ifodalanganligini bildiradi.

Shu tariqa barcha sinaluvchilarning javoblari keltirilgan mezonlar orqali hisoblanadi. Olingan ma'lumotlar sinaluvchilarning depressivlik ko'rsatkichlari sifatida qayd qilinadi, ular tushkunlik kayfiyatlarining namoyon bo'lishida o'z ifodasini topadi.

Zungening depressivlik darajasini aniqlash metodikasi bo'yicha olingan empirik ma'lumotlarning normal taqsimlanish qonuniga mosligini Kolmogorov-Smirnov Z-mezone asosida tekshirish natijalari 1.3.3-jadvalda taqdim etilgan.

1.3.3 -jadval

V.Zungning T.I.Balashova tomonidan moslashtirilgan Depressiya shkalasi so‘rovnomasi ko‘rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov Z mezon, N=687)

Shkala	O‘rtacha	St.og‘ish	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Depressiya darajasi	46,51	7,351	2,805	0,000* *

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Zunge metodikasi bo‘yicha olingan natijalar ham normal taqsimlanish qonuniga mos kelmasligi kuzatildi ($z=2,80$; $p < 0,01$). Shubhasiz, taqsimlanishning bunday statistik qonuniyatini aniqlash tahlillarning keyingi bosqichlarida ishlatiladigan statistik mezonlarni belgilashda muhim asos bo‘lib xizmat qiladi va statistik tahlilning noparametrik mezonlarini qo‘llash zaruratini vujudga keltiradi.

Kasallikka munosabatni aniqlash (TOBOL) metodikasi

Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning kasallikka bo‘lgan munosabatini aniqlash maqsadida Kasallikka munosabat tipini aniqlash metodikasidan (TOBOL L.I. Vasserman 2005y.) foydalanildi. Bemorlarning kasallikka bo‘lgan munosabi 12 ta tipologiyaga ajratiladi va har biri mavjud kasallikning klinik ko‘rinishi, shaxs tipi, bemorning kasallikka bo‘lgan munosabati bo‘yicha baholanadi.

So‘rovnomada 10 dan 16 gacha bo‘lgan takliflardan iborat 12 ta jadval mavjud (3-ilovalar). Bemorga har bir mavzu bo‘yicha mos bo‘lgan 2 ta taklifni tanlash tavsiya etiladi va javob varaqasiga qayd qiladi. Maqbul takliflar bo‘lmasa, har bir jadvalda yana bitta qo‘shimcha javob varianti bor: "Hech qaysi bayonot menga mos kelmaydi" degan. So‘rovnomani to‘ldirish vaqti cheklanmagan.

Kasallikka munosabat tipini aniqlash metodikasi bo‘yicha olingan empirik ma’lumotlarning normal taqsimlanish qonuniga mosligini tekshirish maqsadida Kolmogorov-Smirnov Z-mezonidan foydalanildi (1.3.4-jadval).

1.3.4-jadval

Kasallikka munosabat tiplarini aniqlash metodikasi ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov Z mezoni, N=687)

Shkalalar	O'rtacha	St.og'ish	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Garmonik	0,67	3,987	13,457	0,000**
Ergopatik	5,92	10,366	9,851	0,000**
Anozognozlik	0,57	3,625	13,523	0,000**
Xavotirlanuvchanlik	16,68	7,258	1,354	0,051
Ippoxondrik	17,24	7,421	1,671	0,007**
Nevrastenik	14,56	6,313	1,505	0,022*
Melanxolik	15,59	7,661	2,395	0,000**
Apatik	14,18	6,979	1,988	0,001**
Sensitivlik	15,92	6,908	1,794	0,003**
Egosentrik	15,28	6,128	1,291	0,071
Paronoyal	17,24	6,775	1,401	0,040*
Disforik	16,51	7,165	1,375	0,046*

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Kasallikka munosabat tipini aniqlash bo'yicha ham olingan natijalar tahliliga ko'ra garmonik tip ($z=13,40$; $p < 0,01$), ergopatik tip ($z=9,8$; $p < 0,01$), anozognozlik tip ($z=1,5$; $p < 0,01$), ipoxondrik tip ($z=1,67$; $p < 0,01$), nevrastenik tip ($z=1,5$; $p < 0,05$), melanxolik tip ($z=2,3$; $p < 0,01$), apatik tip ($z=1,9$; $p < 0,01$), sensitiv tip ($z=1,7$; $p < 0,01$), paronoyal tip ($z=1,4$; $p < 0,05$), disforik tip ($z=1,3$; $p < 0,05$) kabi shkalalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmasligi aniqlandi, demak tadqiqotning keyingi bosqichida noparametrik mezonlardan foydalanish joiz bo'ladi.

Kasallikka munosabat tipini aniqlash metodikasi bo'yicha xavotirlanuvchanlik ($z=1,354$; $p > 0,01$) va egosentrik ($z=1,291$; $p > 0,01$)

ko'rsatgichlari normal taqsimlanish qonuniyatiga mos keldi. Ma'lumotlarning asosiy qismi normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligi uchun noparametrik mezonlarini qo'llashga qaror qildik.

Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi

Nevroz bu uzoq davom etadigan ruhiy iztiroblar natijasida asab tizimining faoliyatining buzilishidan kelib chiqadigan asab-ruhiy kasallikdir. Nevrozning isteriya, nevrosteniya va psixosteniya turlari bor. Nevroz ko'p uchraydi va yildan-yilga ko'payib borish ehtimoliga ega. Psixosomatik bemorlarning nevroz xolatini baxolash uchun Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash metodikadan foydalanildi. Metodika nevroz belgilariga qarab nevrotizm darajasini baxolaydi. Nevrotiklik darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, shaxsning nevroz bilan kasallanish ehtimoli oshadi.

Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi tezkorlik bilan tibbiy-psixologik tashxis qo'yish uchun va 16-60 yoshdagi odamlarga mo'ljallangan.

Metodika nevrozni ko'rsatadigan shikoyatlarni taxlil qilishga asoslangan bo'lib, u qo'rquv, ta'sirchanlik, ish faoliyatining pasayishi, charchoq, apatiya, o'z-o'zini nazorat qilish, ishtaxasizlik, taxikardiya, nafas qisilishi, terlash, ich qotishi, teri toshmalari, qo'llarning titrashi kabi xolatlar kuzatiladi.

Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirildi(1.3.5-jadval).

1.3.5-jadval

Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov

Z mezoni, N=687)

Shkala	O'rtach a	St.og'is h	Kolmogorov- Smirnov Z	p
Nevroz	20,22	5,737	2,434	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash bo'yicha olingan natijalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligi kuzatildi ($z=2,4$; $p<0,01$). Demak tadqiqotning keyingi bosqichida noparametrik mezonlardan foydalanish maqsadga muvofiq.

Xayot sifatini baholash so'rovnomasi

Psixosomatik bemorlarning hayot sifatini baholash uchun SF-36 anketa so'rovnomasidan foydalanildi. Anketa so'rovnomasi 8 ta shkala bo'yicha 36 ta elementdan iborat: jismoniy faollik, rolli faollik, og'riqning kuchliligi, umumiy salomatlik, hayotiy faollik, ijtimoiy faollik, emosional faollik, ruhiy salomatlik. Bu barcha ko'rsatgichlarni jismoniy salomatlik va ruhiy salomatlikka kabi ikkita katta guruxga ajratish mumkin. Natijalar xar bir ko'rsatgich bo'yicha ball sifatida taqdim etiladi. Ko'rsatgich qanchalik yuqori bo'lsa, xayot sifati ko'rsatgichi shunchalik yuqori bo'ladi.

1.3.6-jadval

Hayot sifatini baholash so'rovnomasi ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov Z mezoni, N=687)

Shkalalar	O'rtacha	St.og'ish	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Jismoniy faollik	48,21	17,849	3,894	0,000**
Rolli faollik	53,75	19,691	7,492	0,000**
Og'riqning kuchliligi	44,44	16,592	3,996	0,000**
Umumiy salomatlik	45,16	14,833	2,534	0,000**
Hayotiy faollik	50,5	16,34	2,935	0,000**
Ijtimoiy faollik	48,56	19,999	5,487	0,000**
Emosional faollik	50,75	43,234	8,12	0,000**
Ruhiy salomatlik	49,51	14,727	2,989	0,000**
Salomatlikning jismoniy komponenti	47,91	13,139	2,495	0,000**
Salomatlikning ruhiy komponenti	49,83	15,396	3,653	0,000**
Hayot sifati	48,86	12,69	2,9	0,000**

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Hayot sifatini baholash so‘rovnomasi ko‘rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish maqsadida Kolmogorov-Smirnov Z-mezonidan foydalanildi.

Hayot sifatini baholash so‘rovnomasi ko‘rsatgichlarining bo‘yicha ham olingan natijalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligini kuzatish mumkin: jismoniy faollik ($z=3,8$; $p<0,01$), rolli faollik ($z=7,4$; $p<0,01$), og‘riqning kuchliligi ($z=3,9$; $p<0,01$), umumiy salomatlik ($z=2,5$; $p<0,01$), hayotiy faollik ($z=2,9$; $p<0,01$), ijtimoiy faollik ($z=5,4$; $p<0,01$), emosional faollik ($z=8,2$; $p<0,01$), psixik salomatlik ($z=2,9$; $p<0,01$), salomatlikning jismoniy komponenti ($z=2,4$; $p<0,01$), salomatlikning ruhiy komponenti ($z=3,6$; $p<0,01$), hayot sifati ($z=2,9$; $p<0,01$).

Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasi

Psixosomatik bemorlarning kasalliklarining sabablarini aniqlash maqsadida Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasidan foydalanildi.

Nazorat lokus so‘zi fransuz tilidan olingan bo‘lib “locus” –joylashuv, “contrôle” – nazorat ma’nosini anglatadi. Bu atama fanga Julian Rotter tomonidan kiritilgan. Psixologiyada nazorat lokusi tushunchasi shaxsda sodir bo‘layotgan voqealarning sababini tashqi muxitda yoki ichki muhitda izlashlari tushuniladi.

Nazorat lokusi bemorning o‘zi bilan sodir bo‘lgan kasalliklariga qanday munosabatda bo‘lishini ko‘rsatadi. “Kasalligingizning asosiy sabablarini nima deb o‘ylaysiz?” degan savol ba’zi bemorlar uchun bu o‘z xatoliklari, kamchiliklari bo‘lsa, boshqalar uchun esa boshqa tashqi omillar sabab bo‘ladi. Nazorat lokusi bu bemorlar kasalliklarini tashqi yoki ichki omillar ta’siri bilan izohlashidir.

Nazorat lokusini aniqlash metodikasi bu 17 yoshdan 87 yoshgacha bo‘lgan shaxslarning nazorat joyini aniqlash usuli xisoblanadi. Anketada 40 ta bayonotni o‘z ichiga olgan bo‘lib, respondent xar bir bayonot bilan rozi bo‘lishi “xa” yoki “yo‘q” deb javob berib uni qayd qiladi.

Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasi ko‘rsatgichlari normal taqsimlanishga mosligini tekshirildi.

Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasi ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov Z mezoni, N=687)

Shkalalar	O'rtach a	St.og'is h	Kolmogorov- Smirnov Z	p
Eksternallik	11,6	2,206	2,727	0,000**
Internallik	11,45	2,15	3,317	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasi ko'rsatgichlari bo'yicha ham olingan natijalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligini kuzatishimiz mumkin: eksternallik ($z=2,7$; $p < 0,01$), internallik ($z=3,3$; $p < 0,01$). Normal taqsimlanish qonuniga mos kelmasligini inobatga olib keyingi bosqichda natijalar noparametrik mezonlarni qo'llash o'rinli hisoblanadi.

Moriski-Grinning "Davolanish muolajalariga sodiqlikni aniqlash testi"

Belgilangan muolaja bilan bog'liq bemorning xulq-atvorini o'rganish bu ilmiy tadqiqotning yangi sohasidir. Bu sohani rivojlantirishga bir qancha omillar sabab bo'ladi, bular: bir tomondan, shifokor va bemor o'rtasidagi o'zaro munosabatlar paradigmasi, yakkalikdan xamkorlikka o'tish va bemorning faoligidan xabardor bo'lish bo'lsa, ikkinchi tomondan, shifokor uchun xaqiqiy xolatni baxolash, farmakologik korreksiya qilish kabi tibbiy xatolikni oldini olish nuqtai nazardan muximdir. Ikkinchi omil bu-iqtisodiy, tibbiy ko'rsatmalarga e'tibor bermaslik sog'liqni saqlash resurslariga katta zarar yetkazadi.

Sodiqlik "Dori vositalarini qabul qilishiga sodiqliligi", "Dozalashning muofiqligi", "Dori vositalarni qabul qilishning vaqtiga muofiqligi" kabi turlari farqlanadi

Sodiqlilik (rus tilida komplaytnost, ingliz tilida patient compliance), davolanishga rioya qilish, bemorning xatti-harakati va shifokordan olingan tavsiyalar o'rtasidagi muvofiqlik(sodiqlik) darajasidir.

Bemorning davolanishga sodiqligi dori-darmonlarni qabul qilishda ham, boshqa tibbiy muolajalarda ham namoyon bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha bu atama farmatsevtika vositalariga nisbatan qo'llaniladi.

Psixosomatik kasalliklar domimiy va umrbod davolanadigan kasallik xisoblanib, bemorlardan shifokor tavsiyalariga (o'z vaqtida qayta ko'rikdan o'tish, buyurilgan dori vositalarni vaqtida ichish, diyetaga rioya qilish) muvofiq davolanishga rioya qilish talab qilinadi.

Moriska-Grinning Davolanish muolajalariga sodiqlikni aniqlash metodikasi ko'rsatgichlari normal taqsimlanishga mosligini tekshirildi (1.3.8-jadval).

1.3.8-jadval

**Moriska-Grinning Davolanish muolajalariga sodiqlikni aniqlash testi
ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari
(Kolmogorov-Smirnov Z mezoni, N=687)**

Shkala	O'rtacha	St.og'ish	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Davolanish muolajalariga sodiqlik	2,49	1,157	5,432	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Moriska-Grinning davolanish muolajalariga sodiqlikni aniqlash metodikasi ko'rsatgichlari bo'yicha ham olingan natijalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligi aniqlandi ($z=5,4$; $p < 0,01$). Demak keyingi tahlilda noparmetrik mezonlardan foydalanish ma'qul hisoblanadi.

***Serdyukning Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish
so'rovnomasi***

Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar hayot tarziga ta'sirini o'rganish maqsadida Serdyukning Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish so'rovnomasidan foydalanildi.

1.3.9-jadval

Serdyukning Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish so'rovnomasi ko'rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov Z mezon, N=687)

Shkalalar	O'rtacha	St.og'ish	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Cheklangan kuch va energiya hissi	2,71	1,058	5,417	0,000**
Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi	2,59	1,069	5,06	0,000**
Xursandchilikni cheklash	3,14	1,257	5,263	0,000**
Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi	2,66	1,329	5,006	0,000**
Bo'sh vakti cheklash	2,67	1,221	4,438	0,000**
Karyera cheklanishi	2,8	1,244	4,519	0,000**
Jismoniy jozibadorlikning pasayishi	2,81	1,253	4,933	0,000**
Kamchilik tuyg'usini shakllantirish	2,5	1,183	5,042	0,000**
Aloqaning cheklanishi	2,57	1,263	4,489	0,000**
Moddiy zarar	3	1,343	5,461	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

So'rovnoma bemorning hayotining ma'lum bir sohasiga kasallikning ta'siri haqidagi fikrini aks ettiruvchi 10 ta ko'rsatgichdan iborat:

- Kuch va energiyani his qilishni cheklash;
- Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi;
- Zavqlanishni cheklash;
- Bemorga ishda munosabatning yomonlashishi;
- Bo'sh vaqtni cheklash;
- Karyera cheklanishi;

- Jismoniy jozibadorlikning pasayishi;
- Kamchilik hissini shakllantirish;
- Aloqani cheklash;
- Moddiy zarar.

Har bir ko'rsatgich 5 balli Likert shkalasi bo'yicha baholanadi (8-IIova).

Serdyuk so'rovnomasi psixosomatik klinikada psixologik yordam va psixoterapiyaga muhtoj bo'lgan shaxslarni aniqlash uchun qisqa, sodda va ishonchli vositadir.

Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa Serdyukning Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish so'rovnomasi ko'rsatgichlarining, ya'ni cheklangan kuch va energiya hissi ($z=5,4$; $p<0,01$), oilada bemorga munosabatning yomonlashishi ($z=5,0$; $p<0,01$), xursandchilikni cheklash ($z=5,2$; $p<0,01$), ishda bemorga munosabatning yomonlashishi ($z=5,0$; $p<0,01$), bo'sh vaqtni cheklash ($z=4,4$; $p<0,01$), karyera cheklanishi ($z=4,5$; $p<0,01$), jismoniy jozibadorlikning pasayishi ($z=4,9$; $p<0,01$), kamchilik tuyg'usini shakllanishi ($z=5,0$; $p<0,01$), aloqaning cheklanishi ($z=4,4$; $p<0,01$), moddiy zarar ($z=5,4$; $p<0,01$) kabi shkalalarning normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligi aniqlandi, demak keyingi tahlilda noparametrik mezonlardan foydalanish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Toronto aleksitimiyani baholash shkalasi

Aleksitimiya (so'zma-so'z "his-tuyg'ularga so'z yo'q") atamasi XX-asr o'rtalarida psixiatr Piter Sifneos tomonidan kiritilgan. U psixosomatik klinikada bemorlarni kuzatar ekan, bemorlar o'z his-tuyg'ularini tasvirlash uchun to'g'ri so'zlarni topishda qiynalayotganlarini payqadi.

Aleksitimiya (yunoncha α - inkor, $\lambda\acute{\epsilon}\xi\iota\varsigma$ - so'z, $\theta\upsilon\mu\acute{o}\varsigma$ - tuyg'u) - odamning o'zi yoki boshqa odamlar boshidan kechirgan his-tuyg'ularini nomlay olmasligidir. Aleksitimiya asosan 85% gacha autistik kasalliklari bo'lgan odamlarda uchraydi.

Endilikda aleksitimiya darajasi yuqori bo'lgan odamlarga fikrlashning konkret, amaliy uslubi; tashvishlanishdan ko'ra stressli vaziyatlarda harakat qilish

tendensiyasi; o'zining va boshqalarning hissiy holatlarini tushunishda qiyinchiliklar kabi xususiyatlar mavjud.

Test uchta kichik o'lchovdan iborat: his-tuyg'ularni aniqlashda qiyinchilik, his-tuyg'ularni boshqalarga tasvirlashda qiyinchilik va tashqi yo'naltirilgan fikrlash. Ko'rsatkich qanchalik yuqori bo'lsa, pastki shkalada aleksitimiya belgilari shunchalik aniq bo'ladi.

1.3.10-jadval

Toronto aleksitimiyani baholash shkalasi ko'rsatkichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov Z mezoni, N=687)

Shkalalar	O'rtacha	St.og'ish	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Umumiy aleksitimiya darajasi	57,89	8,344	3,04	0,000**
Hissiyotlarni aniklashdagi qiyinchiliklar	19,65	4,645	3,786	0,000**
Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	14,32	3,02	3,898	0,000**
Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar	23,97	3,445	2,617	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Olingan ma'lumotlar tahliliga ko'ra Toronto aleksitimiyani baholash shkalasi ko'rsatkichlarining umumiy aleksitimiya darajasi ($z=3,04$; $p < 0,01$), hissiyotlarni aniklashdagi qiyinchiliklar ($z=3,7$; $p < 0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($z=3,8$; $p < 0,01$), eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($z=2,6$; $p < 0,01$) kabi shkalalarining natijalari normal taqsimlanish qonuniga mos kelmasligi aniqlandi.

Og'riqni fojeyaga aylantirish shkalasi

Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda og'riqni fojeyaga aylantirish xususiyatlari o'rgandik, u uch xil yondashuvda aks etadi, ular jami bitta fojaviy indikatorni tashkil qiladi.

Birinchi yondashuv odamning diqqatini og‘riq bilan bog‘liq fikrlarga qaratadi va metodikaning birinchi shkalasi – “aqliy saqich” ya’ni o‘y xayollarga berilish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Ikkinchi yondashuv ba’zi odamlarning og‘riqning kuchi, ahamiyati va oqibatlarini bo‘rttirib ko‘rsatishga moyilligi aniqlangan va metodikaning ikkinchi shkalasi - bo‘rttirishni ajratib ko‘rsatish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Uchinchi yondashuv kamtarlik, nochorlik va og‘riq paydo bo‘lganda vaziyatni nazorat qila olmaslik pozitsiyasini qabul qilishni ta’kidlaydi va metodikaning uchinchi shkalasi – umidsizlik, nochorlik, ojizlik uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Barcha uchta shkala o‘rtacha darajada o‘zaro bog‘liqdir, bu bizga ularni bitta asosiy konstruksiyaning turli tarkibiy qismlari sifatida ko‘rib chiqishga imkon beradi.

1.3.11-jadval

Og‘riqni fojeaga aylantirish shkalasi ko‘rsatgichlarining normal taqsimlanishga mosligini tekshirish natijalari (Kolmogorov-Smirnov Z mezon, N=687)

Shkalalar	O‘rtacha	St.og‘ish	Kolmogorov-Smirnov Z	p
Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi	23,9	6,888	2,878	0,000**
O‘y-xayollarga berilish	8,15	2,995	2,217	0,000**
Bo‘rttirish	5,52	2,521	3,21	0,000**
Ojizlik	10,25	3,642	3,208	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Og‘riqni fojeaga aylantirish shkalasi natijalar tahliliga ko‘ra og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi ($z=2,8$; $p < 0,01$), o‘y-xayollarga berilish ($z=2,2$; $p < 0,01$), bo‘rttirish ($z=3,2$; $p < 0,01$), ojizlik ($z=3,2$; $p < 0,01$) ko‘rsatgichlarining normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligini kuzatishimiz mumkin.

Har bir kasallik guruhi uchun natijalar alohida tahlil qilinganda deyarli barcha shkalalar bo'yicha normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaslik qayd qilindi. Shu bois keyingi tadqiqotlarda qiyosiy va korrelyasion tahlillar jarayonida noparametrik mezonlardan foydalanish lozim topildi.

Birinchi bob bo'yicha xulosalar

Nima uchun tibbiyot taraqqiyoti bilan kasalliklarning soni kamaymayapti? Nima uchun borgan sari rivojlanishda og'ishlari bor yoki hayoti davomida orttirilayotgan kasalliklar ko'paymoqda? Inson salomatligiga nima ta'sir ko'rsatmoqda: ekologiya, ovqatlanish, nasliylik?

Shubhasiz, ha, biroq nega unda ayrim insonlar shu sharoitda kasallanadi-yu, qolganlar yo'q?

Bu savollar ko'plab olimlarimizni xattoki farzandlari bor ota-onalarni qiziqtirmoqda. «Bolalar salomatligi ilmiy markaz»ning ma'lumotlariga ko'ra, Rossiyada tug'ilayotgan bolalarning 35 foizi turli xil og'ishlar bilan tug'ilmoqda yoki hayotining birinchi yilida kasallik ortirmoqdadir. Shakastlar yoki kasallik oqibatida ko'pchiligi yoshligidan nogiron bo'lib qolmoqdalar. 2014 yil statistik ma'lumotlarga ko'ra, Rossiyada nogiron bolalar soni 541 mingni tashkil etib, bu raqamning yarimi bu – 10 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan o'smirlardir [1,3]. Rasmiy statistika ma'lumotlariga ko'ra, 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda kasallaishlar soni so'ngi yillarda 50foizga oshdi [2].

Yuqoridagi statistik ma'lumotlar ko'rilayotgan mavzu dolzarbligini tasdiqlab turibdi.

II BOB. PSIXOSOMATIK KASALLIKLAR BILAN KASALLANGAN BEMORLAR PSIXOLOGIK HOLATI VA IJTIMOY-PSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI

§2.1. Psixosomatik kasalliklarda jins tafovutlarining o'ziga xosligi

Yuqorida natijalarning normal taqsimlanish jihatlari o'rganildi, natijalar tahlili bo'yicha ma'lumotlar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmadi va shu sababli olingan natijalarni noparametrik mezonlar asosida tahlil qilish lozim deb topildi. Birinchi tahlilda jins tafovutlari tahlili amalga oshiriladi. Natijalar tahlilida 294 nafar erkak sinaluvchilar va 393 nafar ayol sinaluvchilar ishtirok etdi. Ayollar va erkaklarning nisbati statistik tahlil qoidalariga mos kelganligi sababli jins tafovutlari tahlilini amalga oshirish imkoniyatini yaratadi.

Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda hayot sifati ko'rsatgichlaridagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari tahlilida rolli faollik ($U=53687,5$; $p>0,05$), og'riqning kuchliligi ($U=53848,5$; $p>0,05$), hayot faollik ($U=55274,5$; $p>0,05$), ijtimoiy faollik ($U=54699,5$; $p>0,05$), emotsional faollik ($U=54678,5$; $p>0,05$), salomatlikning ruhiy komponenti ($U=53185,5$; $p>0,05$) ko'rsatgichlarida jinsiy tafovutlar aniqlanmadi (2.1.1-jadval). Demak yuqorida qayd qilingan shkalalarning natijalariga ko'ra jins tafovutlari farqlanmadi.

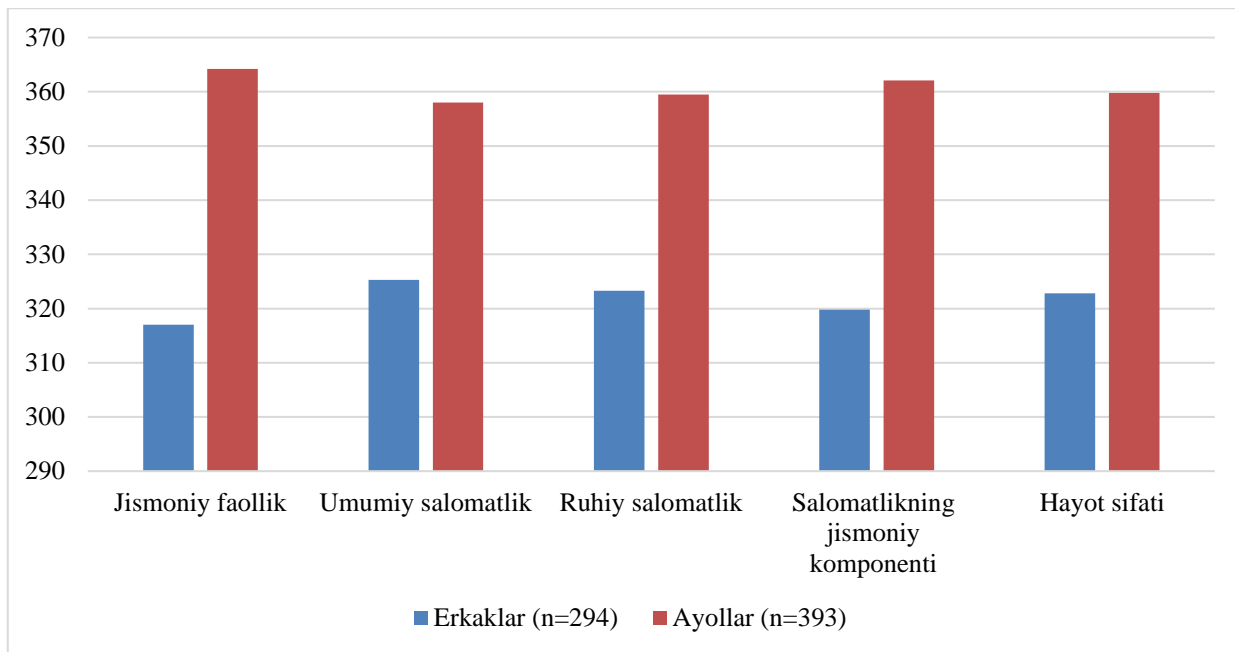
Jismoniy faollik shkalasi tahlilida jins tafovutlari mavjudligi aniqlandi ($U=49820$; $p<0,01$). Natijalar tahliliga ko'ra ayollarda jismoniy faollik darajasi yuqori ekanligi kuzatildi. Erkak bemorlarda yurish va zinopoyalarda chiqishlari ayollarga nisbatan ko'proq qiyinchiliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Erkak sinaluvchilarda kasallik alomatlari namoyon bo'lishi bilan o'zlarini ehtiyot qilishga o'tib oladi, shu sababli ham ulardagi jismoniy faollik darajasi ayollarnikiga nisbatan past.

**Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda hayot sifati
ko'rsatgichlaridagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari
(Mann-Uitni U-mezoni)**

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Jismoniy faollik	317,0	364,2	49820	0,002**
Rolli faollik	330,1	354,4	53687,5	0,082
Og'riqning kuchliligi	330,7	354,0	53848,5	0,124
Umumiy salomatlik	325,3	358,0	52274,5	0,032*
Hayotiy faollik	352,5	337,6	55274,5	0,329
Ijtimoiy faollik	333,6	351,8	54699,5	0,220
Emosional faollik	333,5	351,9	54678,5	0,177
Psixik salomatlik	323,3	359,5	51676,5	0,017*
Salomatlikning jismoniy komponenti	319,8	362,1	50648,5	0,006**
Salomatlikning ruhiy komponenti	328,4	355,7	53185,5	0,075
Hayot sifati	322,8	359,8	51550	0,016*

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Umumiy salomatlik shkalasi natijalari tahlilida ham jins tafovutlari ($U=0,032$; $p < 0,05$) aniqlandi. Umumiy salomatlik shkalasining natijalari tahlilida ham erkak sinaluvchilarning natijalari ayol sinaluvchilarga nisbatan past chiqdi. Erkaklar ayollarga nisbatan o'z salomatliklarini va davolanish samaradorligini past baholashadi. Kasallik belgilari va uni davolash jarayonida asosiy jihatlariga e'tibor qaratmasliklari kuzatildi.



2.1.1-rasm. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda hayot sifati ko'rsatkichlaridagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari (Mann-Uitni U-mezoni)

Psixik salomatlik ($U=51676,5$; $p<0,05$) shkalasi natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi. Natijalar tahliliga ko'ra ayol sinalluvchilarda erkaklarga nisbatan psixik salomatlik darajasini past ekanligi kuzatildi. Ayollarda psixik salomatlikka alohida e'tibor qaratish, o'zining ustida ishlash kabi holatlar erkaklarga nisbatan yuqori bo'lishi aniqlandi. Demak, erkaklarimiz kasalliklari tufayli ruhiy tushkunlik va jismoniy xarakatlarni cheklanishlari ayollarimizga nisbatan ko'proq uchrar ekan.

Salomatlikning jismoniy komponenti shkalasi tahlilida ham ishonch darajasidagi jins tafovutlari aniqlandi ($U=50648,5$; $p<0,01$). Bu shkala bo'yicha ham ayollardagi natijalar yuqori ekanligi kuzatildi. Ayollar erkaklarga nisbatan salomatlikning jismoniy komponentlariga alohida e'tibor qaratishdi. Ularning hayotida salomatlikning jismoniy komponentlari ustunlik qilishi va aksariyat ayollar jismoniy jihatdan o'z sog'liqlariga e'tibor qaratishlari aniqlandi.

Hayot sifati ($U=51550$; $p<0,05$) ko'rsatkichining tahlilida ham jins tafovutlari aniqlandi. Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa erkak sinalluvchilarda hayot sifati ayol sinalluvchilarga nisbatan past ko'rsatkichni tashkil qilishi aniqlandi.

Demak, erkaklarimiz kasalliklari tufayli ruhiy tushkunlik va jismoniy xarakatlarni cheklanishlari ayollarimizga nisbatan ko‘proq uchradi.

2.1.2-jadval

Depressiya namoyon bo‘lishidagi jinsiy tafovutlarni o‘rganish natijalari

(Mann-Uitni U-mezoni)

Ko‘rsatgich	O‘rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Depressiya darajasi	342,7	345,0	57382	0,880

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Depressiya namoyon bo‘lishidagi jinsiy tafovutlarni o‘rganish natijalari tahlilida ($U=57382$; $p > 0,05$) ishonch darajasidagi tafovutlar kuzatilmadi. Demak, depressiya namoyon bo‘lishi darajasi jins xususiyatlariga bog‘liq emas.

2.1.3-jadval

Nazorat lokusi namoyon bo‘lishidagi jinsiy tafovutlarni o‘rganish natijalari

(Mann-Uitni U-mezoni)

Ko‘rsatgichlar	O‘rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Eksternallik	343,3	344,5	57574	0,938
Internallik	341,0	346,3	56879	0,725

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Nazorat lokusi namoyon bo‘lishidagi jinsiy tafovutlarni o‘rganish natijalari yuqoridagi jadvalda ko‘rsatilgan. Eksternallik lokusi ($U=57574$; $p > 0,05$), internallik lokusi ($U=56879$; $p > 0,05$) bo‘yicha sinaluvchilar tahlilida ishonch darajasidagi jins tafovutlari kuzatilmadi. Demak, kasalligini tashqi va ichki omillarni tanlashda bemorlarning natijalari qaysi jins vakili bo‘lishiga qarab tafovutlanmadi.

2.1.4-jadval

Davolanish muolajalariga sodiqlik namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari (Mann-Uitni U-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Davolanish muolajalariga sodiqlik	335,2	350,6	55176,5	0,297

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Davolanish muolajalariga sodiqlik namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalariga ko'ra ($U=55176,5$; $p > 0,05$) tafovutlar aniqlanmadi. Shifokorlarni tavsiyalariga rioya qilish, ko'rsatmalariga amal qilish jinsga bog'liq emas.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari tahlil qilinar ekan, cheklangan kuch va energiya hissi ($U=53563$; $p > 0,05$), oilada bemorga munosabatning yomonlashishi ($U=56370$; $p > 0,05$), xursandchilikni cheklash ($U=56814,5$; $p > 0,05$), ishda bemorga munosabatning yomonlashishi ($U=56812$; $p > 0,05$), bo'sh vaqtni ($U=55946$; $p > 0,05$) va aloqaning ($U=54697$; $p > 0,05$) cheklanishi, kamchilik tuyg'usini shakllanishi ($U=54115,5$; $p > 0,05$) va moddiy zarar ($U=56531,5$; $p > 0,05$) kabi ko'rsatgichlar tahlilida jins tafovutlari aniqlanmadi.

Karyera cheklanishi shkalasining tahlilida jins tafovutlari mavjudligi aniqlandi ($U=51699,5$; $p < 0,05$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa erkak bemorlarda kasallik tufayli karyeraning cheklanishi ayollarga nisbatan ko'proq uchradi. Buni sababini erkaklarni ayollarga nisbatan nafaqaga chiqish yoshini yuqoriligi hamda kasallik tufayli ma'suliyatli lavozimda faoliyat yuritaolmasligi, katta ish hajmini ko'tara olmasliklari bilan baholashimiz mumkin.

2.1.5-jadval

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari (Mann-Uitni U-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Cheklangan kuch va energiya hissi	358,3	333,3	53563	0,088
Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi	339,2	347,6	56370	0,573
Xursandchilikni cheklash	340,7	346,4	56814,5	0,703
Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi	347,3	341,6	56812	0,701
Bo'sh vaqtni cheklash	337,8	348,6	55946	0,466
Karyera cheklanishi	363,7	328,4	51699,5	0,018*
Jismoniy jozibadorlikning pasayishi	362,5	330,2	52336	0,029*
Kamchilik tuyg'usini shakllantirish	356,3	334,8	54165,5	0,149
Aloqaning cheklanishi	354,5	336,2	54697	0,220
Moddiy zarar	348,2	340,8	56531,5	0,621

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Jismoniy jozibadorlikning pasayishi shkalasining natijalari tahlilida ham jins bo'yicha tafovut aniqlandi ($U=52336$; $p < 0,05$). Natijalar tahliliga ko'ra erkaklarda ayollarga nisbatan jismoniy jozibadorlikni pasayishi kuchliroq ekan. Erkaklarda kasallik aniqlangandan so'ng tashqi ko'rinishlari, xarakatdagi cheklanish va kasalıkları bilan bog'liq majburiy holatlaridagi kamchiliklar ayollarga nisbatan ko'proq kuzatildi.

Kasallikka munosabat tiplari namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganilganda garmonik (U=50345; p>0,05), ergopatik (U=50311; p>0,05), anozognozika (U=49818,5; p>0,05), xavotirlanuvchanlik (U=48252,5; p>0,05), ipoxondrik (U=49866; p>0,05), nevrastenik (U=49485,5; p>0,05), melanxolik (U=46078; p>0,05), apatik (U=48528,5; p>0,05), syensitivlik (U=47817,5; p>0,05), egosentrik (U=50070,5; p>0,05), paronoyal (U=49020; p>0,05) va disforik (U=47078,5; p>0,05) kabi barcha shkalalar bo'yicha tafovut kuzatilmadi.

2.1.6-jadval

Kasallikka munosabat tiplari namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari (Mann-Uitni U-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Garmonik	320,8	320,2	50345	0,897
Ergopatik	320,0	320,9	50311	0,947
Anozognozika	318,3	322,2	49818,5	0,350
Xavotirlanuvchanlik	312,7	326,6	48252,5	0,346
Ippoxondrik	322,5	318,9	49866	0,804
Nevrastenik	317,1	323,2	49485,5	0,681
Melanxolik	336,0	308,4	46078	0,060
Apatik	327,3	315,2	48528,5	0,410
Sensitivlik	311,2	327,8	47817,5	0,258
Egosentrik	321,8	319,5	50070,5	0,874
Paronoyal	325,6	316,5	49020	0,540
Disforik	308,5	329,9	47078,5	0,147

2.1.7-jadval

Aleksitimiya namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari
(Mann-Uitni U-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Umumiy aleksitimiya darajasi	356,2	334,9	54194	0,164
Hissiyotlarni aniklashdagi qiyinchiliklar	349,7	339,7	56092	0,512
Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	362,2	330,4	52416,5	0,036*
Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar	349,4	340,0	56188,5	0,537

Izoh: * - $p < 0,05$.

Aleksitimiya namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari tahlili quyidagi 2.3.7-jadvalda keltirib o'tilgan. Jadval natijalari shuni ko'rsatadiki, umumiy aleksitimiya darajasi ($U=54194$; $p > 0,05$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($U=56092$; $p > 0,05$) va eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($U=56188,5$; $p > 0,05$) kabi ko'rsatgichlarda jins tafovutlari aniqlanmadi.

Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar shkalasining tahlilida jinsiy tafovut aniqlandi ($U=52416,5$; $p < 0,05$). Natijalar tahlilini diqqat bilan ko'zdan kechirilsa erkak sinaluvchilarda o'zida kechayotgan his tuyg'ularini ta'riflashda ayollarga nisbatan ko'proq qiyinchiliklarga duch kelishi aniqlandi.

2.1.8-jadval

Og'riqni fojeaga aylantirish xususiyatlari namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari (Mann-Uitni U-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Og'riqni fojeaga aylantirish darajasi	349,8	339,6	56051,5	0,503
O'y-xayollarga berilish	342,8	344,9	57412	0,888
Bo'rttirish	345,9	342,6	57215	0,828
Ojizlik	355,4	334,6	54086	0,172

Keyingi tahlilda og'riqni fojeaga aylantirish xususiyatlari namoyon bo'lishida jinsiy tafovutlari tahlil qilindi. Tahlil natijalaridan ma'lum bo'lishicha og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($U=56051,5$; $p>0,05$), o'y-xayollarga berilish ($U=57412$; $p>0,05$), bo'rttirish ($U=57215$; $p>0,05$) va ojizlik ($U=54086$; $p>0,05$) kabi shkalalarda jins bo'yicha tafovutlar aniqlanmadi.

Vaziyatli va shaxsiy xavotirlanish namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari tahliliga ko'ra quyidagi holatlar aniqlandi.

2.1.9-jadval

Vaziyatli va shaxsiy xavotirlanish namoyon bo'lishidagi jinsiy tafovutlarni o'rganish natijalari (Mann-Uitni U-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar		U	p
	Erkaklar (n=294)	Ayollar (n=393)		
Vaziyatli xavotirlanish	341,4	346,0	56992,5	0,762
Shaxsiy xavotirlanish	330,6	354,1	53821	0,124

Vaziyatli xavotirlanish ($U=56992,5$; $p>0,05$) va shaxsiy xavotirlanish ($U=53821$; $p>0,05$) shkalalarining tahlilida jins tafovutlari aniqlanmadi. Sinaluvchilardagi xavotirlanish holatlari ularning qaysi jinsga mansubligiga qarab o'zgarmas ekan.

Sinaluvchilarning jins tafovutlari tahlil qilinar ekan ularda ba'zi bir shkalalar tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlangan bo'lsa ba'zi bir ko'rsatkichlar tahlilida esa jins tafovutlari deyarli kuzatilmadi.

§2.2. Bemorlarning hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini tibbiy psixologik xususiyatlari

Tadqiqotda psixosomatik kasalliklarlaridan yurak ishemik kasalliklari bilan og'riqan bemorlar 191 nafarni, qandli diabet kasalliklari bilan og'riqan bemorlar 183 nafarni, bronxial astma bilan kasallanganlar 108 nafarni, oshqozon-ichak kasalliklari bilan og'riqanlar 64 nafarni, revmotoid artirit kasalliklari bilan kasallangan bemorlar 93 nafarni va nazorat guruhiga jalb qilingan sinaluvchilar 48 nafarni tashkil qilganligini kuzatish mumkin. Tadqiqot doirasida "Psixosomatik kasalliklar bilan og'riqan bemorlarda davolanish muolajalariga sodiqlik darajasini o'rganish natijalari" tahlili o'rganildi, olingan natijalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmaganligi sababli tadqiqot mezoni sifatida Krusskal Uollis mezoni tanlab olindi. Natijalar tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=27,16$; $p<0,01$).

Tadqiqotimizda psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning sodiqligini aniqlash maqsadida Moriski-Grinning "Davolanish muolajalariga sodiqligi" metodikasidan foydalanildi. Metodika to'rtta savoldan iborat sinaluvchilar tomonidan mazkur savollarga quyidagi javoblar keltirib o'tilgan: "Dori-darmonlarni qabul qilishni unutmaganmisiz?" degan savolga 687 nafar bemordan 512 nafari (74.5%) shifokor tomonidan tavsiya etilgan dori vositalarni unutmaganliklari haqidagi javobni qaytargan bo'lsalar, 175 nafar sinaluvchilar tomonidan dori darmon qabul qilishni unutmaganman qabilidagi javoblarni qaytarishgan. Dori darmon qabul qilishni unutmagan bemorlarda bosimini oshishi, qondagi qand miqdorini ko'payishi, asmatik xurujlarni bo'lishi, oshqozon-ichak va

bo'g'im soxalarida og'riqlar paydo bo'lishi hamda ikkilamchi asoratlarga sabab bo'lishi mumkin(2.2.1- jadval).

2.2.1- jadval

Psixosomatik kasalliklar bilan og'riqan bemorlarda davolanish muolajalariga sodiqlik darajasini o'rganish statistik natijalari

№	Savollar	Xa	Yo'q
1.	Dori-darmonlarni qabul qilishni unutmangizmi?	512 (74.5%)	175 (25.5%)
2.	Dori-darmonlarni qabul qilish soatlariga e'tibor bermaysizmi?	319 (46.4%)	368 (53.6%)
3.	Agar o'zingizni yaxshi xis qilsangiz ba'zi dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatasizmi?	448 (65,2%)	239 (34,8%)
4.	Ba'zida, agar dori-darmonlarni qabul qilganingizdan keyin o'zingizni yomon xis qilsangiz, keyingi qabulni o'tkazib yuborasizmi?	429 (62.4%)	258 (37.6%)

“Dori-darmonlarni qabul qilish soatlariga e'tibor bermaysizmi?” mazmunidagi savolga 319 nafar (46,4%) bemorlarimiz xa javobini berishgan, 368 nafar (53,6%) sinaluvchilar tomonidan dori darmon qabul qilish soatlariga e'tibor berishi ta'kidlangan. Dori-darmonlarni qabul qilish soatlariga e'tibor bermaslik bemorlar salomatligi uchun xavf tug'dirishi mumkin. Masalan, dori vositalarini ovqatdan oldin yoki ovqatdan keyin ichilish tavsiya etiladi. Bu tavsiyalarga rioya qilmaslik oshqozon ichak kasalliklarini zo'rayishiga sabab bo'lishi mumkin.

Bemorlarimiz “Agar o'zingizni yaxshi xis qilsangiz ba'zi dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatasizmi?” degan savolga 448 nafar (65.2%) bemor “xa” deb javob berishgan bo'lsa, 239 nafar (34,8%) bemorlarda yo'q javobi qayd etilgan. Dori darmon iste'mol qilishni to'xtatish bemorlar uchun xavfli oqibatlarga olib kelishi mumkin. Shu sababli bunday holatlarda albatta davolovchi shifokordan maslaxat olishi kerak.

“Ba’zida, agar dori-darmonlarni qabul qilganingizdan keyin o‘zingizni yomon xis qilsangiz, keyingi qabulni o‘tkazib yuborasizmi?” savoliga 429 nafar (62.4%) bemor “xa” deb javob bergan bo‘lsalar, 258 nafar (37,6%) bemorlarda tomonidan yo‘q javob berilganligi aniqlandi. Dori qabul qilishni to‘xtatish bemorlarning hayoti uchun xavfli holatlarga sabab bo‘lishi mumkin. Zudlik bilan davolovchi shifokoriga murojaat qilish tavsiya etiladi.

Tadqiqotimizda xar bir psixosomatik kasalliklari bo‘yicha davolanish muolajalariga sodiqligini taxlil qilinganida nazorat guruhidagi respondentlar shifokor tavsiyalariga rivoya qilinishi aniqlandi. Demak nazorat guruhidagilar surunkali kasalliklarga nisbatan kam davolanadilar va betob bo‘lganlaridan davolanish muolajalarini to‘liq bajaradilar. Bronxial astma va qandli diabet kasalligi bilan kasallangan bemorlarimizda davolanish muolajalariga sodiqligi ancha pastligi aniqlandi (2.2.2-jadval).

2.2.2-jadval

Psixosomatik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda davolanish muolajalariga sodiqlik darajasini o‘rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ko‘rsatgichlar	O‘rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=100)	Oshqozon-ichak yara kasallik-	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=49)		
Davolanish muolajalariga sodiqlik	333,4	373,0	376,4	322,9	347,0	225,1	27,16	0,000**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Jadvalda ko‘rinib turibdiki, davolanish muolajalariga sodiqlik shkalasi bo‘yicha ishonchli tafovutlarni mavjudligi aniqlandi ($H=27,16$; $p < 0,01$). Barcha psixosomatik kasalliklarda davolanish muolajalarga sodiqliligi pastligi ko‘rinib

turipti, eng yuqorisi bronxial astma, qandli diabet, revmatoid artrit, yurak ishimik kasalliklari va oshqozon-ichak yara kasalliklari kabi natijalar.

Tadqiqot natijasi shuni ko'rsatadiki, psixosomatik kasallik bilan kasallangan bemorlar shifokor tomonidan berilgan tavsiyalarga amal qilmasliklaridan dalolat beradi. Demak, uzoq muddatli (shu jumladan umrbod) foydalanish uchun buyurilgan tavsiyalar o'z vaqtida va to'g'ri dozada qabul qilinmagan.

Davolash jarayonida maksimal samaraga erishish uchun shifokordan olingan tavsiyalarga amal qilish kerak. Ba'zi hollarda, bu hayotiy jarayon, masalan, yurak-qon tomir kasalliklarini davolashda gipertenziv dorilarni o'z vaqtida ichmaslik, qandli diabetda qand miqdorini kamaytiruvchi vositalar, insulinni vaqtida qo'llamaslik og'ir asoratlarga xattoki qaytarib bo'lmas xolatlarga olib kelishga sabab bo'ladi.

Statsionar va ambulator bemorlar uchun muvofiqlik, sodiqlik masalasi dolzarbdir. Muammo dori terapiyasini rad etish, terapiyani to'xtatish, bemor tomonidan preparatning dozasini o'zgartirish bilan ifodalangan davolanish uchun motivasiyaning etishmasligini o'z ichiga oladi. Bu xolatlar davolanish samaradorligiga salbiy ta'sir qilib, shuningdek bemorlarning xayot sifatini pasaytiradi.

Bemorlarning sodiqlik darajasi quyidagi psixologik munosabatlarga asoslanadi:

- bemor shifokor tomonidan qo'yilgan tashxisiga, kasallikning mavjudligiga ishonmasa, shifokor tavsiyalariga amal qilinmasligi mumkin;
- shifokorlar tomonidan berilgan tavsiyalarni to'liq bajarilmasligi, kasallikning to'liq qabul qilinmaganligidan dalolat beradi;
- agar shifokorlar tomonidan berilgan tavsiyalar haddan tashqari bajarilayotgan bo'lsa, bemorda tashvish, kelajak uchun qo'rquv, shuningdek, kasallikning bo'rttirilishi haqida ma'lumot beradi.

Psixosomatik kasalliklar bemor ruhiyatini va davolashga munosabatini o'zgartiradi. Bunday xolatlarda bemorlar nafaqat shifokorlarga balki, psixolog,

psixoterapevtga ham murojaat qilish tavsiya etiladi. Psixolog bemorlar davolanishga rioya qilish ko‘nikmasini shakllanishiga yordam beradi.

Tadqiqotning bu yangi yo‘nalishi asta sekin maxsus metodlarni, shuningdek o‘ziga xos terminologiyani ishlab chiqishni talab qiladigan yaxlit konsepsiyani shakllantirishga olib keldi. Bemorning shifokor tavsiyalariga rioya qilmaslik natijasida jiddiy oqibatlarini va qo‘shimcha iqtisodiy yukni xisobga olgan xolda sog‘liqni saqlash tizimi maxsus choralar orqali sodiqlikni rag‘batlantirish maqsadga muvofiqdir. Shifokorlar dori vositalar bilan davolash xarajatlarini kamaytirish va dori qabul qilish tartibiga rioya qilmaslik xolatlarini bartaraf etish bilan birga bemor xavfsizligini yaxshilashga qaratilgan bo‘lishi kerak. Bugungi kunda ushbu chora-tadbirlarni 4 guruhga bo‘lish mumkin:

Ta’lim loyihalari – bunda shifokor tavsiyalariga rioya qilmaslik ehtimoli bo‘lgan bemorlarni o‘qitish, xabardor qilish va maslahat berish.

Bemorning xulq-atvoriga ta’sir qilish - bemorlarga dori-darmonlarni o‘z vaqtida qabul qilishga yordam berishning turli usullari, ularga bu ehtiyojni eslatuvchi signallar va qurilmalar, bir hafta yoki davolanish kursi uchun individual qadoqlash kabi usullar kiradi.

Sodiqlik monitoringi – tibbiyot xodimlari tomonidan bemorning kundalik qabul qiladigan dori vositalarini doimo kuzatish va nazorat qilish nazarda tutiladi.

Terapiyani moslashtirish – bemorga dori vositalarini qabul qilish vaqtlarini osonlashtirish, murakkab davolash rejimlarini soddalashtirish, masalan, bemorni kechikish shakllariga, kombinatsiyalangan dorilarga o‘tkazish va hokazo[99,100].

Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda hayot sifatini o‘rganish natijalari. Zamonaviy tibbiyotda “sog‘liq bilan bog‘liq hayot sifati” atamasi keng qo‘llanilib, bu bemorning jismoniy, hissiy, psixologik va ijtimoiy faoliyatini sub’yektiv baholashiga asoslanadi. Hayot sifati atamasi XX asrning 40-yillarida paydo bo‘lgan. JSST ta’rifiga ko‘ra, hayot sifati – bu shaxsning o‘z maqsadlari, kutishlari, standartlari va tashvishlari bilan uzviy bog‘liq bo‘lgan, ular yashayotgan muhitning madaniyati va qadriyatlar tizimi kontekstidagi hayotdagi mavqeyini idrok etishidir[87].

A.A.Novik va boshqa olimlar 1999 yilda salomatlik bilan bog‘liq hayot sifatini “Sog‘lom yoki bemorning sub’yektiv idrokiga asoslangan jismoniy, psixologik, xissiy va ijtimoiy faoliyatining ajralmas xususiyati” deb tariflashgan. Hayot sifati ko‘p faktorli tushuncha bo‘lib, hayotning turli jabxalaridan, shu jumladan kasalliklardan aziyat chekadigan va ularni davolashda odamlarning farovonligi va qoniqish darajasini aks ettiradi. Shu munosabati bilan keyingi yillarda jaxon va mahalliy amaliyotda salomatlik bilan bog‘liq hayot sifatiga e‘tibor kuchaymoqdi. Xorij adabiyotlarda hayot sifati tushunchasi kasallikning turli xil zarar yetkazuvchi omillar, funksional stress, psixologik va ijtimoiy ta’sirlar ta’sirida o‘zgarib turadigan bemor idrokiga ta’siri va uni davolashning aksi sifatida talqin qilinadi[86].

Klinik amaliyotda hayot sifati tushunchasi davolash, reabilitasiya usullarining samaradorligini baholash, bemorlarning ahvolining og‘irligini va kasallikning prognozini aniqlash, yakka tartibdagi terapiyaning tanlash va mexnat qobiliyatini tekshirish, tibbiy yordamning xarajat va samaradorlik nisbatini tahlil qilish va tibbiy auditni o‘tkazishda qo‘shimcha mezon hisoblanadi[87].

Yevropa Kardiologiya jamiyatining 2012 yildan boshlab, yurak-qon tomir kasalliklarini oldini olish bo‘yicha so‘ngi tavsiyalarga ko‘ra, hayot sifatini yaxshilash koronar arterial kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni davolashda bemorlarning prognozini yaxshilash va ularning umrini uzaytirishdan keyingi ikkinchi eng muhim maqsad hisoblanadi[87].

Tadqiqotimizda psixosomatik kasalligi bilan kasallangan bemorlarimizda hayot sifatini baholash so‘rovnomasi o‘tkazildi (2.2.3-jadval). Savolnoma 11 ta ko‘rsatgichdan iborat bo‘lib, tadqiqot natijalarini xar bir ko‘rsatgich bo‘yicha taxlil kildik.

Jismoniy faoliyat - shaxsda jismoniy holat va jismoniy faoliyat ya’ni o‘z-o‘ziga xizmat ko‘rsatish, yurish, zinapoyaga chiqish, og‘ir yuklarni ko‘tarishni cheklash darajasidir. Jismoniy faollik natijalari tahlilida psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda ishonch darajasidagi tafofutlar aniqlandi ($H=166,78$; $p<0,01$).

Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda jismoniy faollik yuqori ko'rsatkichni tashkil qilgan bo'lsa, revmatoid artrit kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda jismoniy faollikni past darajasini kuzatish mumkin. Revmatoid artrit kasalligida bo'g'imlarda o'g'riq sababli bemorlar aksariyat holatlarda jismoniy faollikdan uzoqroq bo'lishga harakat qilishadi va buning natijasida ulardagi jismoniy harakatlar pasaygan bo'lishi mumkin. Kasalliklarning ichida jismoniy faollik oshqozon-ichak yarasi kasalliklari bilan og'riq bemorlarda yuqori ekanligi aniqlandi. Oshqozon kasalliklariga uchragan bemorlarda bo'g'in yoki suyak sohasidagi og'riqlar kuzatilmaydi, buning natijasida esa jismoniy faollik darajalarida ularda yuqori holatlar qayd qilingan bo'lishi mumkin. Demak, jismoniy faoliyat ko'rsatgichi past bemorlarimizda o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, yurish, zinapoyaga chiqish, og'ir yuklarni ko'tarish kabi jismoniy faoliyatlarni bajarishda qiyinchiliklar va to'siqlar mavjud.

Rolli (kundalik) faoliyat - jismoniy holatning kundalik ish, vazifalar bajarishga ta'siri. Tadqiqotimizni rolli faoliyat shkalasi bo'yicha taxlilimizda revmatodli artrit va yurak ishimik kasalliklarida past ko'rsatichga egaligi aniqlandi ($H=208,18$; $p<0,01$). Demak, bu bemorlarimizda kundalik vazifalarni bajarishda qiyinchiliklar mavjud. Revmatoidli artrit kasaligida xarakatni cheklanishi va xarakatlarda kuchli og'riq bo'lishi, yurak ishimik kasaliigida esa yurak tez urishi va xansirashlar paydo bo'lishi ularning jismoniy holatini sezilarli darajada cheklanganligini ko'rsatadi.

Og'riqning intensivligi, tanadagi og'riq va uning kundalik faoliyat bilan shug'ullanish qobiliyatiga ta'siri ko'rsatishi demakdir. Og'riqning kuchliligi shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=112,51$; $p<0,01$). Og'riqni kuchliligi shkalasining natijalari tahlilida nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda bu shkala bo'yicha yuqori ko'rsatkichlar aniqlangan bo'lsa, revmatoidli artrit bemorlarda og'riqni kuchliligi shkalasining past ko'rsatkichi aniqlandi. Demak, bu bemorlarimizda og'riq tufayli uyda va uydanda tashqarida ishlashga sezilarli darajada cheklanishini ko'rsatadi.

2.2.3-jadval

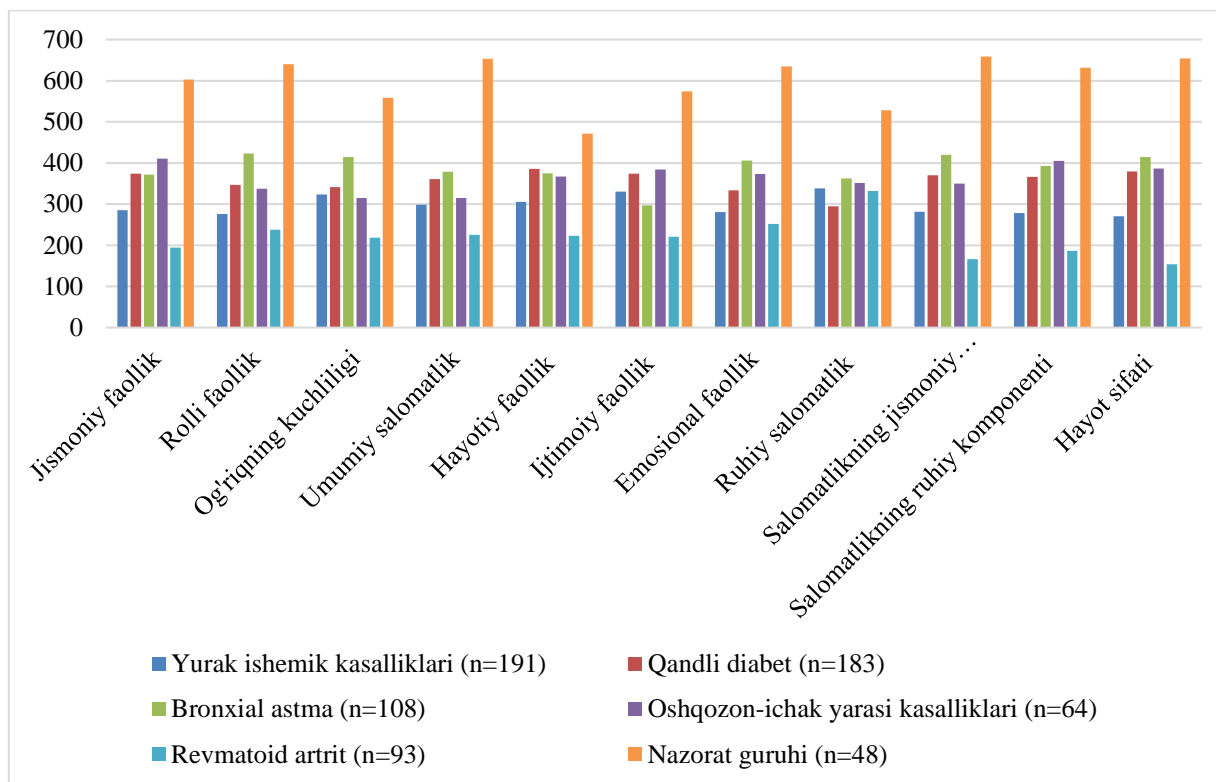
**Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda hayot sifatini
o‘rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)**

Ko‘rsatgichlar	O‘rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=191)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari (n=64)	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=48)		
Jismoniy faollik	285,4	373,8	371,5	410,7	194,4	602,6	166,78	0,000* *
Rolli faollik	276,1	346,5	423,1	337,8	238,2	639,9	208,18	0,000* *
Og‘riqning kuchliligi	323,4	341,7	414,4	315,0	218,5	558,4	112,51	0,000* *
Umumiy salomatlik	298,5	360,6	378,7	314,7	225,1	653,3	166,85	0,000* *
Hayotiy faollik	305,7	385,8	374,5	366,8	223,5	471,5	73,52	0,000* *
Ijtimoiy faollik	330,7	373,8	296,9	384,2	220,9	574,2	120,49	0,000* *
Emosional faollik	280,9	333,5	406,1	373,3	251,8	635,1	195,80	0,000* *
Ruhiy salomatlik	338,1	294,8	362,2	351,4	331,9	527,9	54,48	0,000* *
Salomatlikning jismoniy komponenti	281,8	369,9	419,7	350,3	166,2	658,5	232,92	0,000* *
Salomatlikning ruhiy komponenti	278,4	366,7	392,5	405,3	186,8	631,8	195,10	0,000* *
Hayot sifati	270,4	379,8	414,6	386,2	153,5	654,4	252,00	0,000* *

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Umumiy salomatlik-bemorlar tomonidan hozirgi paytda ularning sog‘lig‘i holati va davolash istiqbollarini baholashdir. Umumiy salomatlik shkalalarining tahlilida psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=166,85$; $p<0,01$). Umumiy salomatlik shkalasining natijalari tahlilida nazorat guruhidagi sinaluvchilarda yuqori ballar qayd qilingan bo‘lsa, revmotoidli artrit kasallarida eng past natija kuzatildi. Umumiy salomatlikni yuqori darajaga qo‘yadigan sinaluvchilarda sog‘lomlik holatlari aniqlandi, aksariyat sog‘lom sinaluvchilar umumiy salomatlik shkalasi bo‘yicha yuqori ball olishgan, revmotoid artrit kasalliklari esa umumiy salomatlik shkalasini past. Demak bu bemorlarimizda o‘z salomatligi va davolanish istiqbollari holatini baholash juda past.

Hayotiy faollik ko‘rsatgichi kuch va quvvatga to‘la yoki aksincha, charchagan his qilishni anglatadi. Hayotiy faollik shkalasining tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligini kuzatish mumkin ($H=73,52$; $p<0,01$). Nazorat guruhiga mansub bo‘lgan sinaluvchilarda hayotiy faollik shkalasining yuqori ekanligi kuzatilgan bo‘lsa, revmotoid artrit bilan kasallangan bemorlarda esa hayotiy faollik shkalasining past darajasi qayd qilinganligi aniqlandi. Demak kasallangan sinaluvchilarda hayotiy faollik darajasini pasayishi, ba’zi bir maqsadlarning yo‘qolishi kuzatilishi mumkin. Hayotiy faollik o‘zini hissiyotlarini kuchliligi, kuch g‘ayratning yuqoriligi bilan izohlanadi. Aynan kasallangan bemorlarda kuchlarning kamayishi bilan izohlanadi.



2.2.1-rasm. Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda hayot sifati o'rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ijtimoiy faollik ko'rsatgichida jismoniy yoki hissiy holatning ijtimoiy faollikni (muloqot) cheklash darajasi sifatida aniqlanadi. Ijtimoiy faollik shkalalarining natijalari tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=120,49$; $p<0,01$). Revmatoidli artrit va bronxial astma kasalligi bilan kasallangan bemorlarda ijtimoiy faollik darajasi boshqa kasallik ko'rinishlariga nisbatan past ekanligi aniqlandi. Demak, bu bemorlarda kasalligi tufayli ijtimoiy va shaxslararo munosabatga kirishishida sezilarli darajada cheklanganligini, jismoniy va hissiy holatning yomonlashishi tufayli muloqot darajasining pasayishi kuzatildi. Bronxial astma kasalligida bemorlar allergik xurujni oldini olish maqsadida begonalar bilan muloqotni cheklash kuzatiladi.

Emosional faollik-emosional holatning kundalik faoliyatni bajarishga katta vaqt sarflanishi, ish hajmi va sifatining pasayishi kabilar xalaqit berish darajasini baholashdir. Emosional faollik shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligini kuzatish mumkin. Natijalar tahliliga diqqat bilan rasm solinsa, nazorat guruhiga mansub bo'lgan signaluvchilarda emosional faollik shkalasining yuqori darajasi kuzatilgan bo'lsa, revmatoid artrit bilan kasallangan

bemorlarda esa emosional faollik pasayganligi aniqlandi. Emosional faollik shkalasi bu hissiyotlar jihatidan faol bo'lish holatlarini ko'rsatadi. Sog'lom sinaluvchilarda emosional faollik shkalasi yuqori ekan, buning natijasida emosional jihatdan o'z kuchlarini nazorat qila olishi va faollikni oshishi bilan belgilanadi. Revmotoid artrit bilan kasallanganlarda emosional faollik darajalari pasayadi va buning natijasida ularda turli hil emosional zo'riqishlar paydo bo'lishi mumkin.

Ruhiy salomatlik kayfiyatni, ruhiy tushkunlik tashvish mavjudligini, ijobiy his-tuyg'ularning umumiy ko'rsatkichini tavsiflaydi. Ruhiy salomatlik shkalalarining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=54,48$; $p<0,01$). Natijalar tahlilida nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda ruhiy salomatlikni yuqori darajasi kuzatildi, qandli diabet kasalliklari bilan kasallangan sinaluvchilarda esa ruhiy salomatlik shkalasining pasayganligi aniqlandi. Ruhiy salomatlik shkalasi sinaluvchilarning salomatligini aks ettiradigan ko'rsatkich xisoblanadi, qandli diabet kasalliklariga uchraganlarda ma'lum bir faoliyatdan, ma'lum bir maxsulotlardan cheklashlar talab qilinadi va buning natijasida ularda ruhiy tushkunlik kabi psixologik holatlar pasayadi va buning natijasida ruhiy salomatlik pasayib ketish extimoli bor.

Salomatlikning jismoniy komponenti shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=232,92$; $p<0,01$). Salomatlikning ruhiy komponenti nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda yuqori chiqqan bo'lsa, revmotoidli artrit kasalligi bilan kasallangan bemorlarda mazkur shkala natijalari quyi darajani ko'rsatmoqda. Revmotoid artrit kasalligi bilan kasallangan bemorlarda jismoniy jihatdan harakatlanish boshqa turdagi bemorlarga nisbatan bir qator murakkabliklarni keltirib chiqaradi, shu sababli ham ularda jismoniy komponent past chiqqan bo'lsa ajab emas.

Salomatlikning ruhiy komponenti shkalalarining tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=195,10$; $p<0,01$). Natijalar tahlilidan ko'rinib turibdiki ruhiy komponent nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarning natijalarida yuqori chiqdi, eng past natija esa revmotoidli artrit kasalligi mansub bo'lgan sinaluvchilarning natijalarida aniqlandi. Sinaluvchilardagi ma'lum bir

faoliyatni amalga oshirish jismoniy faollikni talab qiladi, agar inson jismoniy jihatdan o'zini o'z deb xisoblasa ularda ruhiy jihatdan ham o'zlik holatlari kelib chiqadi, shu sababli ham sinaluvchilarning natijalarida ruhiy salomatlik komponenti past chiqqan bo'lishi mumkin.

Hayot sifati shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=252,00$; $p<0,01$). Natijalar tahlilidan ko'rinib turibdiki nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda hayot sifati yuqori darajada ekan, hayot sifatining eng past ko'rsatkichi revmotoidli artrit kasalligi bilan kasallangan bemorlarning natijalarida kuzatildi. Revmotid artrit bilan kasallangan bemorlarda jismoniy harakatlar cheklangan bo'lganligi sababli ularda hayot sifatini ham tushib ketganligiga guvoh bo'lish mumkin.

Ma'lumki, Rossiyada yurak ishimik kasalliklari ularning 56 foizi yoki har yili taxminan 1 million 300 ming kishini tashkil etadi. Bunday tashxisga ega bo'lgan har uchinchi bemor bir yil ichida vafot etadi YUIK bilan kasallangan barcha bemorlarning 50 foizi ilk kasallik paydo bo'lgan vaqtdan boshlab to'rt yil ichida vafot etadi. Bunday bemorlarning umr ko'rish davomiyligi saraton kasalligiga qaraganda qisqaroq. Tibbiyotda zamonaviy dori-darmonlarning yuqori samaradorligiga va YUIK bilan og'riq bemorlarda o'limning yuqori darajasi bilan ushbu nomuvofiqlikning sabablari orasida bemorlarning belgilangan terapevtik rejimga past rioya qilishlari, ovqatlanish va turmush tarziga oid tibbiy tavsiyalarga rioya qilish ko'nikmalarning yo'qligi aloxida ahamiyatga ega.

Bemorlarning davolanishga yetarli rioya qilmaslik muammosi psixosomatik kasalliklarda ayniqsa dolzarbdir. Arterial gipertenziya, YUIK, bronxial astma, giperlipidemiya bilan ateroskleroz, qandli diabet, epilepsiya va boshqa kasalliklarga chalingan bemorlarning 50 foizgacha shifokor tomonidan tayinlangan davolanishni mustaqil ravishda tuxtatadi. To'liq rioya qilmaslik terapevtik ta'sirning pasayishi, kasallikning asoratlari rivojlanishi, bemorlarning hayot sifatining pasayishi va davolanish muddatining uzayishi tufayli xarajatlarning oshishiga olib keladi. Yuz foiz rioya qilish ideal maqsad bo'lib tuyuladi, ammo har qandan psixosomatik bilan

bunga erishish qiyin. Agar dori vositalarni iste'mol qilish indeksi 80 foiz yoki undan ko'p bo'lsa muvofiqlik maqbul xisoblanadi.

Yuqoridagi holatlardan ko'rinib turibdiki kasallik turlariga ko'ra bemorlarda hayot sifati bir necha barobarga tushib ketishi mumkin ekan.

Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlar hayot sifatini oshirishda qanday somatik kasalliklar bilan og'riganliga qarab psixokorreksiya dasturlarini tuzish kerak bo'ladi.

§2.3. Psixosomatik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda aleksitimiyaning namoyon bo'lishining o'ziga xosligi

Hozirgi vaqtda aleksitimiya to'rtta asosiy xususiyatni o'z ichiga olgan ko'p o'lchovli shaxs tuzilishi hisoblanadi:

1. O'z his-tuyg'ularini aniqlash va tasvirlashda qiyinchiliklar;
2. His-tuyg'ularni va jismoniy hislarni ajratish qiyinligi,
3. Tasavvur qilishda qiyinchilik,
4. Har qanday hodisani o'z xatti-harakati bilan emas, balki tashqi sabablar bilan tushuntirishga moyillik.

Aleksitimiyaning yuqori darajasi bilan odamlar o'zlarining his-tuyg'ularini, ayniqsa salbiy his-tuyg'ularini tartibga solish, shuningdek, o'zlarining his-tuyg'ularini boshqalarga ko'rsatish qiyin. Ular uchun hissiy jihatdan muhim voqealarni muhokama qilishda zaifroq yuz ifodalari, cheklangan pozitsiyasi bilan ajralib turadi. Ular jismoniy alomatlarni tasvirlashda qiynaladilar va ko'pincha har qanday mojaro yoki stressli hodisaga hissiy reaksiyalar o'rniga ular tana shikoyatlariga ega.

Ayollar odatda boshqa odamlarning his-tuyg'ularini ko'proq idrok qilishadi, deb taxmin qilinadi, ammo tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, odamning turli xil his-tuyg'ularni boshdan kechirayotgan odamlarning fotosuratlariga e'tibor qaratishi jinsga emas, balki aleksitimiya darajasiga ta'sir qiladi. Aleksitimiya darajasi yuqori bo'lgan odamlar qo'rquv, g'azab va qayg'u kabi his-tuyg'ularni tan olishda qiynaladilar va suhbatdoshlar yuzidagi ifodalardagi o'zgarishlarni aniqlashda qiynaladilar.

Ba'zi bir hissiy holat haqida gapirganda, bunday odamlar o'zlari haqida juda umumiy ma'noda gapiradilar (masalan, "Men qayg'uliman") yoki o'zlarini har qanday his-tuyg'ularini inkor etadilar. Ularda to'satdan g'azab yoki qayg'u paydo bo'lishi mumkin, lekin ular odatda bu his-tuyg'ularning sabablarini aniqlay olmaydilar va o'sha paytda his qilganlarini so'z bilan ifodalay olmaydilar(..).

Aleksitimiya darajasi yuqori bo'lgan odamlarda boshqalar bilan muloqot ko'pincha juda yuzaki bo'lib, "hammaga yaxshi bo'lish" istagi bilan bog'liq. Shu bilan birga, tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, ular sovuqlik va masofa, past empatiya va boshqalarga nisbatan umumiy befarqlik bilan ajralib turadi. Bunday odamlar o'zlarini aldashga moyil bo'lib, asosan ongsiz ravishda, ijtimoiy me'yorlar va odob-axloq bilan bog'liq.

Aleksitimiyaning yana bir xususiyati - fantaziyaning yo'qligi va tasavvurning cheklanganligi. Aleksitimiya bezovta qilingan tushlar bilan ham bog'liq: qo'rqinchli tushlardan uyg'onish, tushlarning mazmunini aniq eslay olmaslik va tushlar insonning stressi va muammolari haqida tushuncha berishini inkor etish. Tadqiqotlar, shuningdek, yuqori darajadagi aleksitimiya bilan umumiy ijodkorlik darajasining pasayishini ko'rsatadi.

Aleksitimiyaning yana bir xususiyati rasional, tashqi ko'rinishdagi fikrlash uslubidir. Bu aleksitimiya bilan og'rigan odamlarning kundalik hayotning oddiy, tashqi tafsilotlariga e'tibor berish o'rniga, o'zlarining ichki his-tuyg'ulari va fantaziyalarini aks ettirish va tushunish qobiliyatining pasayishini anglatadi.

Aleksitimiya psixosomatik kasalliklar va turli xil giyohvandliklarning rivojlanishida jiddiy xavf omilidir. Shuning uchun aleksitimiyani oldini olish maqsadga muvofiq.

Yuqorida keltirilgan jadvalda "Psixosomatik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda aleksitimiya namoyon bo'lish xususiyatlarini o'rganish natijalari tahlili" keltirilgan. Olingan natijalar tahlilidan kuzatish mumkinki, deyarli hamma shkalalarining natijalari tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi.

2.3.1-jadval

Psixosomatik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda aleksitimiya namoyon bo‘lish xususiyatlarini o‘rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ko‘rsatgichlar	O‘rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=191)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari (n=64)	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=48)		
Umumiy aleksitimiya darajasi	335,2	378,4	333,8	442,0	322,2	182,2	54,94	0,000* *
Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar	322,9	360,6	378,8	455,2	313,4	197,3	55,78	0,000* *
Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	359,4	370,2	311,4	349,8	359,3	218,8	27,44	0,000* *
Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar	390,1	342,6	311,5	382,9	315,4	242,2	30,54	0,000* *

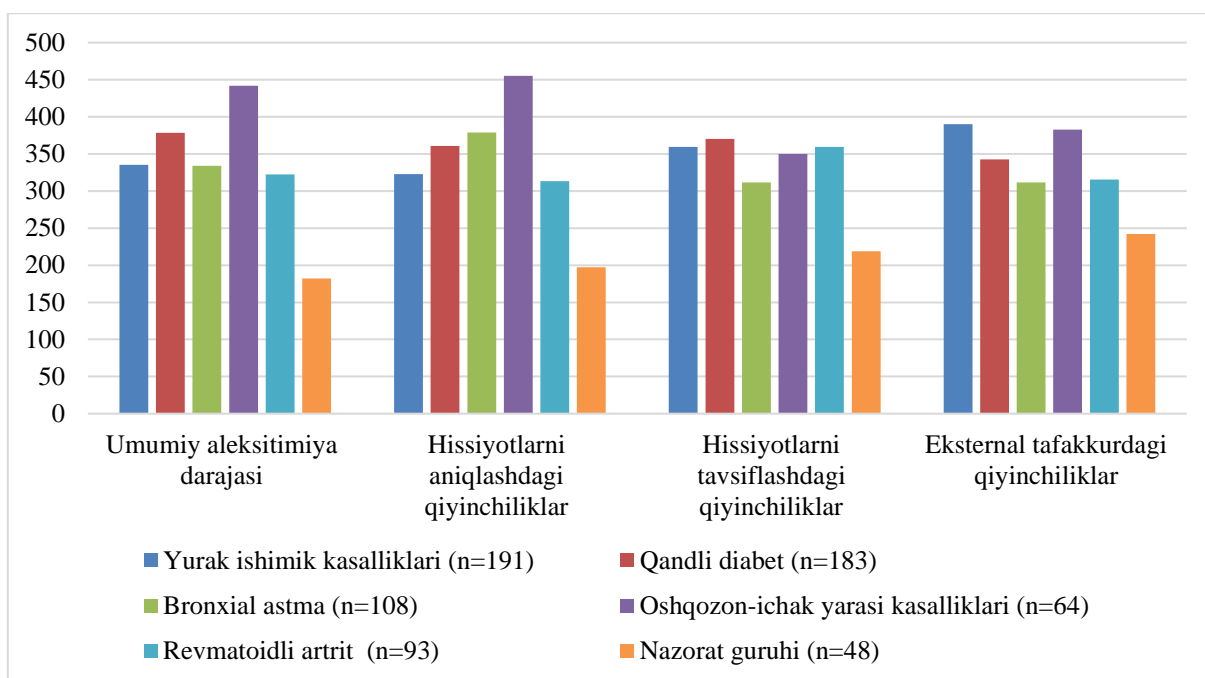
Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Umumiy aleksitimiya darajasi shkalasi tahlili ishonchli tafovutlar kuzatildi ($H=54,94$; $p < 0,01$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa oshqozon-ichak yarasi kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda aleksitimiya darajasi yuqori ekanligi aniqlandi. Oshqozon-ichak yarasi bilan kasallangan bemorlarda o‘zlarining his-tuyg‘ularini, ayniqsa salbiy his-tuyg‘ularini tartibga solish, shuningdek, o‘zlarining

his-tuyg'ularini boshqalarga ko'rsatish darajasi boshqalarga nisbatan cheklangan ekanligini kuzatish mumkin. Natijalar tahlilida aleksitimiya shkalasining past ko'rsatkichi nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarning natijalarida aniqlandi, demak ularda o'z hissiyotlarini boshqalarga ko'rsata olish qobiliyati yuqori ekanligiga guvoh bo'lish mumkin.

Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=55,78$; $p<0,01$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa oshqozon-ichak yarasi bilan kasallangan bemorlarda hissiyotlarni aniqlashdagi murakkabliklar yuqori ekanligi aniqlandi, oshqozon kasalliklariga uchragan sinaluvchilarda o'z hissiyotlarini namoyon qilishdagi murakkabliklar yuqori ekan. Aksariyat holatlarda oshqozon kasalliklariga uchraganlar o'zlaridagi emosiyalarni ko'rsata olmaydilar ulardagi kasallik turli xildagi noqulayliklarni keltirib chiqarishi va shu sababli ham ularda hissiyotlarni ko'rsatishda murakkab vaziyatlarga duch kelishadi. Mazkur shkala bo'yicha eng past ko'rsatkich nazorat guruhidagi sinaluvchilarda aniqlandi, demak insonlarning sog'lom bo'lishi ulardagi hissiyotlarini to'g'ri anglashiga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligini kuzatish mumkin ($H=27,44$; $p<0,01$). Tahlil natijalariga ko'ra hissiyotlarini tavsiflab berishga oid bo'lgan vaziyatlar qandli diabet kasalliklariga uchragan bemorlarda yuqori ekan, qand kasalligiga uchragan bemorlar hissiyotlarni ko'rsatib bera olish holatlari pasayishi bilan ajralib turishadi. Qand kasalliklari o'zlarini qanday his qilayotganliklarini va o'zlaridagi kechayotgan kechinmalarni to'g'ri tushuntirib bera olmasliklari mumkin ekan. Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklarni past ko'rsatkichi nazorat guruhidagi sinaluvchilarning natijalarida aniqlandi. Sog'lom sinaluvchilar o'z hissiyotlarni tasvirlab berishda aksariyat holatlarda qiyinchilik sezishmas ekan. Demak sinaluvchilarning sog'lom bo'lishi ularni hissiyotlarni to'g'ri ko'rsatib bera olishiga zamin yaratiladi.



2.3.1-rasm. Psixosomatik kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda aleksitimiya namoyon bo‘lish xususiyatlarini o‘rganish natijalari

Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar shkalasining natijalar tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=30,54$; $p<0,01$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa yurak ishemik kasalliklariga uchragan bemorlarda eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar yuqori ekanligi aniqlangan bo‘lsa, nazorat guruhidagi sinoluvchilarda esa bu shkalaning past ekanligini kuzatish mumkin. Eksternal tafakkur bu o‘z aqliy salohiyatini hammaga namoyon qila olish kabi hislatlarni o‘z ichiga oladi. Aynan yurak kasalliklariga uchragan bemorlarda eksternal tafakkurni ko‘rsatishda katta muammolarga duch kelishlari mumkin. Yurak kasalliklariga uchragan bemorlarda rasional, tashqi ko‘rinishdagi fikrlash uslubini namoyon qilishdagi murakkabliklarini keltirib chiqarishdir. Yurak kasalliklarga uchragan sinoluvchilarda kundalik hayotning oddiy, tashqi tafsilotlariga e‘tibor berish o‘rniga, o‘zlarining ichki his-tuyg‘ulari va fantaziyalarini aks ettirish va tushunish qobiliyatining pasayishini bilan kuzatiladi.

Demak psixosomatik kasalliklarda aleksitimiya xususiyatlari yuqori, buning natijasida ularda o‘z hissiyotlarini namoyon qilishdagi murakkabliklar kuzatilishi aniqlandi. Aleksitimiyani oldini olish korreksion dasturlar asosida amalga oshirilishi mumkin.

Tadqiqotning keyingi bosqichida psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni og‘riqni fojeaga aylantirish xususiyatlari natijalarini tahlili keltirib o‘tilgan. Natijalar tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi.

2.3.2-jadval

Psixosomatik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlardagi og‘riqni fojeaga aylantirish xususiyatlarini o‘rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

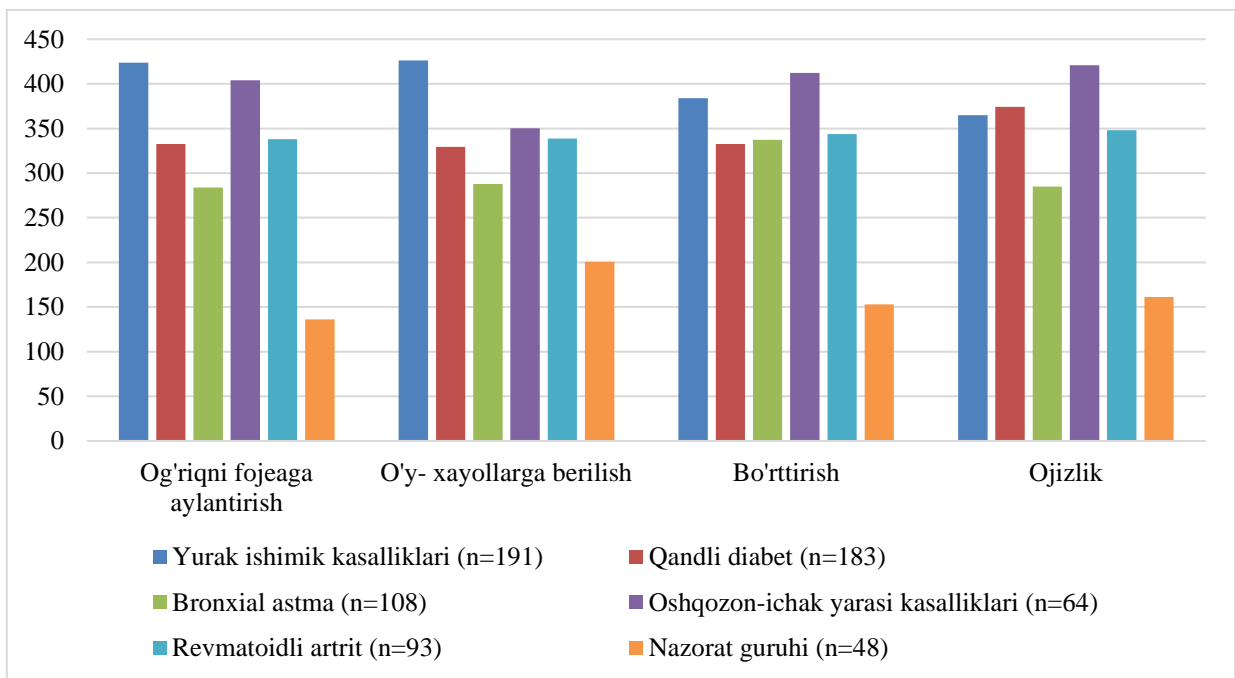
Ko‘rsatgichlar	O‘rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=101)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasli kasalliklari (n=64)	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=48)		
Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi	423,8	332,7	283,7	403,9	338,2	136,2	100,41	0,000* *
O‘y-xayollarga berilish	426,3	329,3	287,9	350,1	338,8	200,6	68,52	0,000* *
Bo‘rttirish	383,8	332,8	337,3	412,2	343,7	153,0	61,42	0,000* *
Ojizlik	364,8	374,3	285,0	421,0	348,1	161,3	67,15	0,000* *

Izoh: ** - $p < 0,01$

Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi shkalasining tahlilida ishonchli tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=100,41$; $p < 0,01$). Natijalar tahlilidan ko‘rinib turibdiki, yurak ishemik kasalliklariga uchragan bemorlarda og‘riqni fojeaga aylantirish holatlari yuqori ekanligi kuzatildi. Nazorat guruhiga mansub bo‘lgan sinaluvchilarda esa og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi past ekanligi aniqlandi. Yurak ishemik kasalliklariga uchragan sinaluvchilarda og‘riq ularning hayoti bilan

bevosita bog‘liqdir, ulardagi og‘riq darajasi kuchaysa yurakka ta’sir ko‘rsatib ma’lum bir o‘zgarishlarga sabab bo‘lishi mumkin ekan.

O‘y-xayollarga berilish shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi kuzatildi ($H=68,52$; $p<0,01$). Yuqoridagi jadvaldan ko‘rinib turibdiki, yurak ishemik kasalliklariga uchragan bemorlarda o‘y-xayollarga berilish yuqori ekanligi aniqlandi. Nazorat guruhiga mansub bo‘lgan sinaluvchilarda o‘y hayollarga berilish past darajada ekanligini kuzatish mumkin. Yurak kasalliklariga uchragan bemorlar tahlilida hayollarga berilishning yuqori darajasi ulardagi ba’zi bir faoliyatlarni amalda bajara olmasliklari natijasida bo‘lishi mumkin.



2.3.2-rasm. Psixosomatik kasalliklar bilan og‘riqan bemorlardagi og‘riqni fojeaga aylantirish xususiyatlarini o‘rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-meazoni)

Bo‘rttirish shkalasi natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=61,42$; $p<0,01$). Natijalar tahlilidan ko‘rinib turibdiki, oshqozon-ichak yara kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda bo‘rttirish yuqori darajada kuzatilishi mumkin ekan, bo‘rttirishning eng past ko‘rsatkichi nazorat guruhiga mansub bo‘lgan sinaluvchilarda aniqlandi. Oshqozon ichak yarasi kasalliklaridagi og‘riqlar

albatta sinaluvchilarni ma'lum bir jihatlarni bo'rttirishga sabab bo'lishi mumkin ekan, bo'rttirish shkalasining ikkinchi yuqori ko'rsatkichi yurak ishemik kasalliklari bilan og'rigan bemorlar natijalarida aniqlandi. Demak mazkur ikki kasalliklarda bo'rttirish holatlarini yuqori bo'lishi o'z kasalliklarini ham bo'rttirib ko'rsatishga sabab bo'lishi mumkin.

Ojizlik shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi kuzatildi ($H=67,15$; $p<0,01$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa, oshqozon ichak yarasi kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda ojizlikni yuqori bosqichi kuzatilgan bo'lsa, nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda ojizlikni past darajasi aniqlandi. Oshqozon-ichak yara kasalligi bilan kasallangan bemorlarda boshqalarga nisbatan ojizlik holatlari yuqori ekan, ayniqsa og'riq yuqori bo'lgan vaqtda o'zlarini ojiz deb hisoblashlari mumkin. Bundan tashqari qandli diabet kasalliklariga uchragan sinaluvchilarda ham ojizlik holatlari yuqori ekan(2.3.2-jadval).

Psixosomatik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda nazorat lokusini o'rganish.

Psixosomatik kasalliklarida bemorlarni o'z tashxisini sabablarini aniqlash maqsadida Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasidan foydalanildi. Psixosomatik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda nazorat lokusini o'rganish natijalari tahlilida ham bir qator ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi (2.3.3-jadval).

Natijalar tahlilida eksternallik shkalasi bo'yicha ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=36,61$; $p<0,01$). Natijalar tahlilini diqqat bilan kuzatilsa qandli diabet kasalliklariga uchragan bemorlarda eksternallik darajasi yuqori bo'lgan bo'lsa, bronxial astma kasalliklariga uchraganlarda esa eksternallik ko'rsatkichini past darajasi aniqlandi. Eksternallik shkalasi o'zlarida sodir bo'layotgan voqeliklarda atrofdagilarni aybdor deb hisoblashlari bilan izohlanadi. Qandli diabet kasalliklariga uchragan sinaluvchilarda o'z muammolarida boshqalarni aybdor deb hisoblashlari yuqori ekan. Bronxial astma kasalliklari

sinaluvchilarni tartibli bo‘lishni talab qiladi, aynan ularda eksternallik darajasi past ko‘rsatkichi aniqlandi.

Internallik ko‘rsatkichi sodir bo‘layotgan voqelikdagi sababchi omilini o‘z zimmasiga olish holatlari bilan izohlanadi. Internallik shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=65,34$; $p<0,01$). Internallik ko‘rsatkichining yuqori darajasi bronxial astma kasalliklariga uchragan bemorlarda aniqlangan bo‘lsa, internallik darajasining past ko‘rsatkichi esa qandli diabet kasalliklariga uchragan bemorlarning natijalarida qayd qilindi. Yuqoridagi eksternallik holatlaridan ko‘rinib turibdiki mas’uliyatni o‘z zimmasiga oladigan sinaluvchilar bronxial astma kasalliklariga uchragan bemorlar hisoblanishi mumkin ekan.

2.3.3-jadval

Psixosomatik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda nazorat lokusini o‘rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ko‘rsatkichlar	O‘rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=191)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari (n=64)	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=48)		
Eksternallik	330,7	401,4	270,4	386,8	332,6	308,7	36,61	0,000* *
Internallik	350,0	277,7	460,3	290,9	347,1	376,0	65,34	0,000* *

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Jadvalda ko‘rinib turib tiki yurak ishimik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda internallik yuqori ($H=166,85$; $p<0,01$), demak bu bemorlarimiz kasalligida o‘zini aybdor xisoblaydi (masalan o‘z vaqtida tibbiy ko‘rikdan o‘tmaganligi, tez-tez asabiylashganligi va boshqalar).

Qandli diabet kasaligi bilan kasallangan bemorlarda eksternallik yuqori ($H=401,4$; $p<0,01$), demak bu bemorlarimizda tashqi omillar sababli kasallanganliklari xisoblashadi. Masalan, oilaviy nizolar, ish bilan bog‘liq kelishmovchiliklar, noto‘g‘ri davolanishlarda va boshqalar.

Bronxial astma kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda internallik yuqori ($H=460,3$; $p<0,01$), bu bemorlari kasalliklarini asosiy sababchilari ichki omil ya‘ni o‘zlari sababchiligi aniqlangan. Buni xurujlar bilan izohlash mumkin, allergik vositalardan foydalanishlar, tez tez xayajon va xavotirlanishlar kabilar sabab bo‘ladi.

Oshqozon-ichak yara kasalliklari bilan kasallangan bemorlarimizda eksternallik yuqori ($H=386,8$; $p<0,01$), bu bemorlarimiz kasalliklariga boshqalarni aybdor qilishadi. Misol uchun, shifokorning noto‘g‘ri davolanishi orqali yara kasalliklar paydo bo‘lishi, bemorni asabiylashtirgan holatlar va boshqalar.

Revmatoidli artrit bilan kasallangan bemorlarda internallik yuqori ($H=347,1$; $p<0,01$), demak bu bemorlarimiz kasallanganliklarida o‘zlarini aybdor hisoblashadi. Masalan, o‘z vaqtida tibbiy ko‘rikdan o‘tmaganligi, davolanish choralarini o‘z vaqtida olmaganligi va boshqalar.

Tadqiqotimizdan shuni xulosa qilishimiz mumkin, psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni psixodiagnostika va psixokorreksiya vaqtida albatta nazorat lokusiga e‘tibor berishimiz kerak.

Tadqiqotning keyingi bosqichida psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning kasallikka bo‘lgan munosabat tiplarini o‘rganganish natijalari tahlil qilindi. Natijalar tahliliga ko‘ra garmonik ($H=5,24$; $p>0,05$), ergopatik ($H=8,78$; $p>0,05$), anozognozlik ($H=4,41$; $p>0,05$), xavotirlanuvchanlik ($H=7,77$; $p>0,05$), ipxondrik ($H=4,59$; $p>0,05$), nevrastenik ($H=3,80$; $p>0,05$), sensitivlik ($H=6,37$; $p>0,05$) va egosentrik ($H=5,26$; $p>0,05$) shkalalarining natijalari tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlanmadi.

2.3.4-jadval

**Turli kasalliklarga chalingan bemorlardagi kasallikka munosabat tiplarini
o'rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezone)**

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=191)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari (n=64)	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=48)		
Garmonik	328,0	318,1	318,3	319,5	313,0	309,5	5,24	0,387
Ergopatik	335,2	297,1	331,3	343,1	309,4	216,0	8,78	0,118
Anozognozlik	321,6	318,5	320,3	311,5	328,6	311,5	4,41	0,493
Xavotirlanuvchanlik	294,1	340,0	318,7	351,3	316,9	338,5	7,77	0,169
Ippoxondrik	320,6	341,5	314,0	292,3	305,8	336,0	4,59	0,468
Nevrastenik	324,3	330,3	330,4	306,8	292,7	198,0	3,80	0,578
Melanxolik	291,0	370,2	285,5	330,7	315,9	397,0	22,47	0,000**
Apatik	293,1	363,4	298,6	325,7	311,4	581,5	17,88	0,003**
Sensitivlik	296,1	324,0	327,2	328,1	349,5	438,5	6,37	0,272
Egosentrik	302,9	323,1	342,9	321,0	327,8	75,5	5,26	0,385
Paronoyal	280,3	344,1	326,9	331,1	340,3	471,5	14,12	0,015*
Disforik	306,1	308,3	371,9	344,6	299,8	130,0	13,67	0,018*

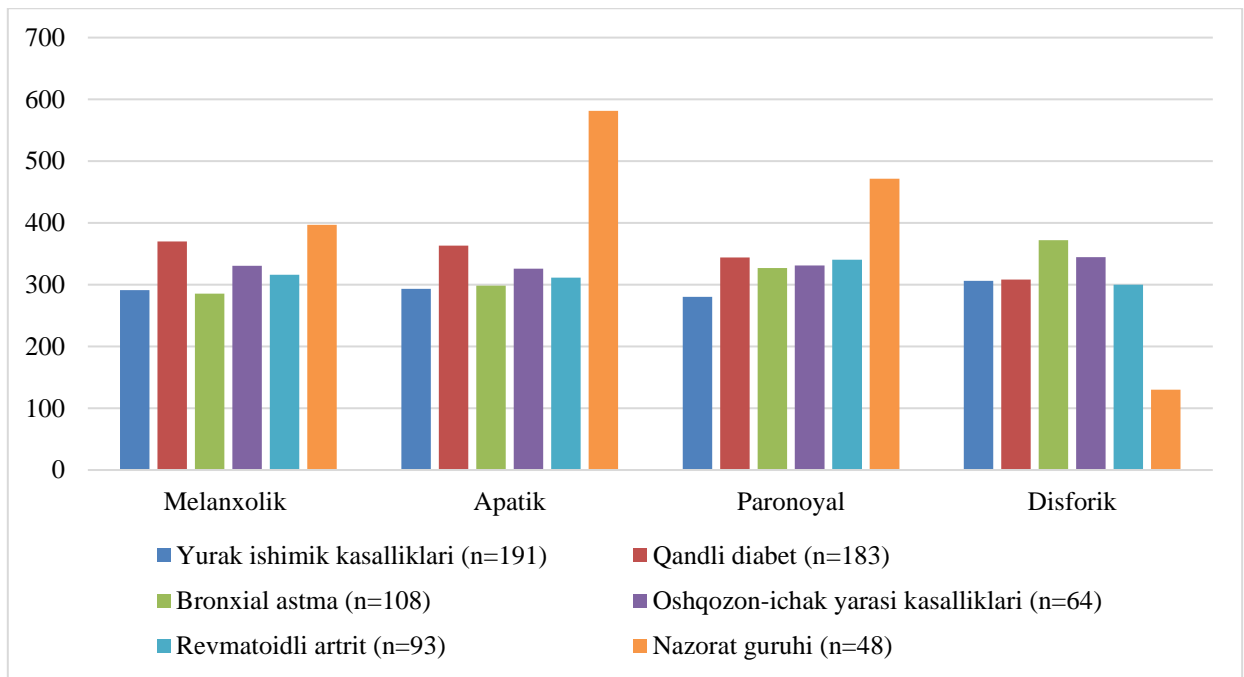
Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Melanxolik shkalasining natijalari tahlilida esa ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=22,47$; $p < 0,01$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda melanxoliyaga moyillik holatlari yuqori ekan, melanxoliyaning past darajasi esa bronxial astma kasalliklariga uchragan bemorlarda aniqlandi. Melanxoliya bu depressiyaga tushish

holatini oshishi bilan izohlanadi. Aynan nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilardagi milanxoliyaga moyillik jihatlari qiziq natija sifatida ko'rsatilishi mumkin.

Apatiyaga moyillik shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=17,88$; $p<0,01$). Natijalar tahlilini diqqat bilan kuzatilsa apatiyaga moyillik shkalasi nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda yuqori ekanligi aniqlandi. Nazorat guruhidagi sinaluvchilar juda ko'p holatlarga nisbatan befarq bo'lib qolish kuzatildi. Yurak kasalliklariga uchragan sinaluvchilarda esa apatiyaning past darajasi kuzatildi, ularda hamma narsani o'ziga olish orqali yurak kasalliklarini ortirib olgan bo'lishilari ham mumkin.

Paranoyal shkalasining natijalarida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=14,12$; $p<0,05$). Natijalar tahlilidan ko'rinib turibdiki, nazorat guruhidagi respondentlarda paranoyallik ko'rsatkichi yuqori ekanligi bilan aniqlandi. Nazorat guruhidagi sinaluvchilarda o'z kasalligi kimnidir yomon niyati natijasi ekanligiga ishonadi, o'zi haqidagi suxbatlarda, qabul qilayotgan dori vositalariga shubxa va xushyorlik bilan qaraydi. Kasalliklarning rivojlanishi, kasallik belgilari hamda asoratlarning paydo bo'lishi va dori darmonning nojo'ya ta'sirlarini shifokorlar va tibbiyot xodimlarning beparvoligi yoki ma'suliyatsizligi bilan bog'laydi. Nazorat guruhidagi sinaluvchilarda dori darmonga nisbatan xadiksirab murojaat qilish holatlari kuzatilishi mumkin ekan. Paranoyallik shkalasining past ko'rsatkichi esa yurak ishemik kasalliklariga uchragan bemorlarning natijalarida aniqlandi. Ularda shifokorlarning maslahatlariga to'laqonli amal qilish jihatlari kuzatilishi mumkin.



2.3.3-rasm. Psixosomatik kasalliklar bilan og‘riqan bemorlarda kasallikka munosabat tiplarini o‘rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Disforik shkalasining natijalari tahliliga ko‘ra ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligini kuzatish mumkin ($H=13,67$; $p<0,05$). Bu shkalaning yuqori ko‘rsatkichi bemorlarda g‘azabli g‘amginlik, g‘azablangan kayfiyat, doimiy norozi ko‘rinish, sog‘lomlarga, shu jumladan qarindosh va yaqinlariga xasad va nafrat, o‘zining kasalligi tufayli boshqalarni ayblash moyilligi, o‘ziga aloxida e‘tiborni talab qilish va muolajalarga va davolanishga shubxa qilish xamda yaqinlarga nisbatan tajovuzkorlik kabi xususiyatlarini namoyon qiladi. Disforik shkalaning yuqori bosqichi bronxial astma kasalligiga uchragan sinaluvchilarning natijalarida qayd qilingan bo‘lsa, disforik shkalalarning past darajasi esa nazorat guruhidagi sinaluvchilarning natijalarida aniqlandi. Bunday holatda tibbiy psixolog bemor tomonidan tajovuzga tayyor bo‘lish, uni o‘ziga qabul qilmaslik, tajovuz kasallikka qaratilganligiga e‘tibor berish kerak. Tajovuzkorlik xalokatli va o‘z-o‘zini yo‘q qiluvchi kuchga aylanib ketmasligi uchun, bemorni tajovuzkorlik xolatidan chiqazish kerak. Bemorga ba’zi topshiriqlar, ko‘plab tavsiyalar hamda ko‘rsatmalar berish mumkin. Bemorning butun kuchini o‘zining kasalligi ustidan juda faol va shiddatli ishlashga jalb qilishga qaratilishi kerak.

Tadqiqotning keyingi natijalari tahlilida Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda nevroz namoyon bo'lish xususiyatlarini o'rganish daajalari tahlil qilindi.

2.3.5-jadval

Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda nevroz namoyon bo'lish xususiyatlarini o'rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=191)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari (n=64)	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=48)		
Nevroz	392,9	294,7	380,6	360,7	390,9	142,2	82,18	0,000* *

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Natijalar tahliliga ko'ra nevroz shkalasining ma'lumotlarida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=82,18$; $p < 0,01$). Natijalarni diqqat bilan kuzatilsa nevroz shkalasining yuqori darajasi yurak ishemik kasalliklariga uchragan bemorlarning natijalarida kuzatilgan bo'lsa, nevroz shkalasining past darajasi esa nazorat guruhidagi sinaluvchilarning natijalarida qayd qilindi. Nazorat guruhidagi sinaluvchilar aksariyat holatlarda nevrozga bemorlarga nisbatan kamroq tushishlari aniqlandi. Demak kasallik holatlari oshgani sayin sinaluvchilarda nevrozga moyillik darajalari kuzatiladi.

Psixosomatik bemorlarda nevrozni davolash faqat psixoterapiya yordamida amalga oshiriladi. Medikamentoz davolanish yordamchi va simptomatik davolash sifatida qo'llaniladi. Nevroz og'irlik darajasiga qarab antidepressantlar va tinchlantiruvchi dori vositalari beriladi. Nevroz darajasi juda kuchli bo'lmagan psixosomatik bemorlarga tibbiy psixolog ochiq xavoda ko'proq sayr qilish, xech

bo'lmaganda kuniga 30 daqiqa xatto 15 daqiqalik sayr xam bemor o'zini yaxshi xis qilishiga olib keladi; yaqin insonlar bilan suxbatlashish, qarindoshlari va do'stlari bilan aynan bemorni qiynayotgan, asabiylashishiga nima majbur qilayotgani xaqida gaplashish tavsiya etiladi; kuniga 8 soatdan kam uxlamaslik tavsiya etiladi chunki uyquga to'yimaslik bezovtalik va stressni oshiradi; kofein va alkogol iste'molini cheklash bu moddalar xam nevroz xolatini oshiradi; to'laqonli xarakat qilish; psixosomatik bemorlar o'z xavotirlarini qayta taxlil qilishlari tavsiya etiladi. Agar yuqoridagi tavsiyalar yordam bermasa psixoterapevtga murojaat qilish tavsiya qilinadi.

Psixosomatik kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda depressiya darajasini o'rganish maqsadida V.Zungning T.I.Balashova tomonidan moslashtirilgan Depressiya shkalasi so'rovnomasidan foydalanildi (2.3.6-jadval). Natijalar tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=76,66$; $p<0,01$).

2.3.6-jadval

Psixosomatik kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda depressiya darajasini o'rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=191)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari (n=64)	Revmatoid artrit (n=93)	Nazorat guruhi (n=48)		
Depressiya darajasi	343,8	352,3	338,4	436,3	384,0	125,0	76,66	0,000* *

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Yuqorida keltirilgan jadvaldan ko'rinib turibdiki, oshqozon-ichak yarasi kasalliklariga uchragan bemorlarda depressiyaga moyillik shkalasi yuqori ekanligi

aniqlandi, depressiyaning past darajasi nazorat guruhidagi sinaluvchilarda mavjudligi kuzatildi. Depressiya bemorda hayotga bo'lgan umidsizlik, atrofda qilarga ishonmaslik, tushkunlik, yolg'izlik, to'xtovsiz xavotirlanish va shu kabi negativ hissiyotlarni uyg'otishi mumkin. Depressiya tashxisini qo'yish uchun bemorda kayfiyat yo'qligi, andegoniya-xayotdan zavq ololmaslik, kuchli charchash va toliqish kabi asosiy uchta katta simptomlar bo'lishi kerak. Uyqu buzilishi (uxlashni xoxlash lekin uxlay olmaslik yoki ko'p uxlash), ishtaxa buzilishi oqibatida semirib ketish yoki ozib ketish, diqqat buzilishi, dunyoda ma'no topa olmaslik, o'zini aybdor xis qilish, suisidal va negativ fikrlar kabi kichik simptomlar ham bo'lishi mumkin. Uchta katta simptomlar kamida ikki xafta davom etsa depressiya tashxisi qo'yiladi. Agar katta simptomlardan ikkitasi bo'lsa, qo'shimcha yana uchta kichik simptomlar bo'lishi depressiya tashxisi qo'yilishiga asos bo'ladi.

Depressiya vaqtida bemorning ijtimoiy xayoti xam o'zgaradi: bemor izolyasiyaga moyil bo'ladi, boshqa odamlardan qochadi, muloqotga kirishishdan bosh tortadi; sevimli mashg'ulotlariga va kundalik faoliyatdagi ishlarga e'tibor bermaydi; bemorning shaxsiy va professional xayoti sezilarli darajada yomonlashadi.

Depressiv bemorlarga dori-darmonlar va psixoterapiya yordam beradi. Og'ir darajalarida esa miya stimulyasiyasi qo'llaniladi. Dori vositalarni faqat psixiatr tavsiyasi bilan qabul qilish kerak. Tibbiy psixologga quyidagi psixoterapiya usullarini qo'llash tavsiya etiladi: kognitiv xulq-atvor terapiyasi – bu usulda bemorning fikrlarini va ular xayotiga qanday ta'sir qilishini tushunishga yordam beradi; boshqalar bilan munosabatlarni yaxshilash uchun shaxslararo terapiya ko'llaniladi; psixodinamik terapiya yordamida bemor xayoliga kelgan xamma narsani aytadi va shu bilan bemorning yashirin muammosiga yetib borish imkonini beradi; psixokonsultasiya- uning yordamida bemor o'z muammolarini topishi va ularni xal qilish yo'llari xaqida o'ylaydi.

Yuqoridagi an'anaviy davolash yordam bermagan yoki qo'llash mumkin bo'lmagan xollardagini miya stimulyasiyasi tavsiya etiladi. Depressiya belgilarini

bartaraf etish uchun miyaning ma'lum joylariga elektr toki yoki magnit maydon bilan rag'batlantiriladi.

Demak, oilaviy shifokorlar, bemorning oila a'zolari xamda bemorning o'zi depressiyaning ilk belgilarini aniqlashlari bilan mutaxassisga murojaat qilishlari tavsiya etiladi. Depressiyaning yengil darajasini erta psixodiagnostika qilish va psixokorreksion usullarni qo'llash depressiyaning og'ir darajalariga o'tishini oldini oladi.

Psixosomatik kasalliklarida vaziyatli va shaxsiy xavotirlanish darajasini o'rganish maqsadida Spilberger-Xanning Xavotirlanishni aniqlash metodikasidan foydalanildi (2.3.7-jadval).

2.3.7-jadval

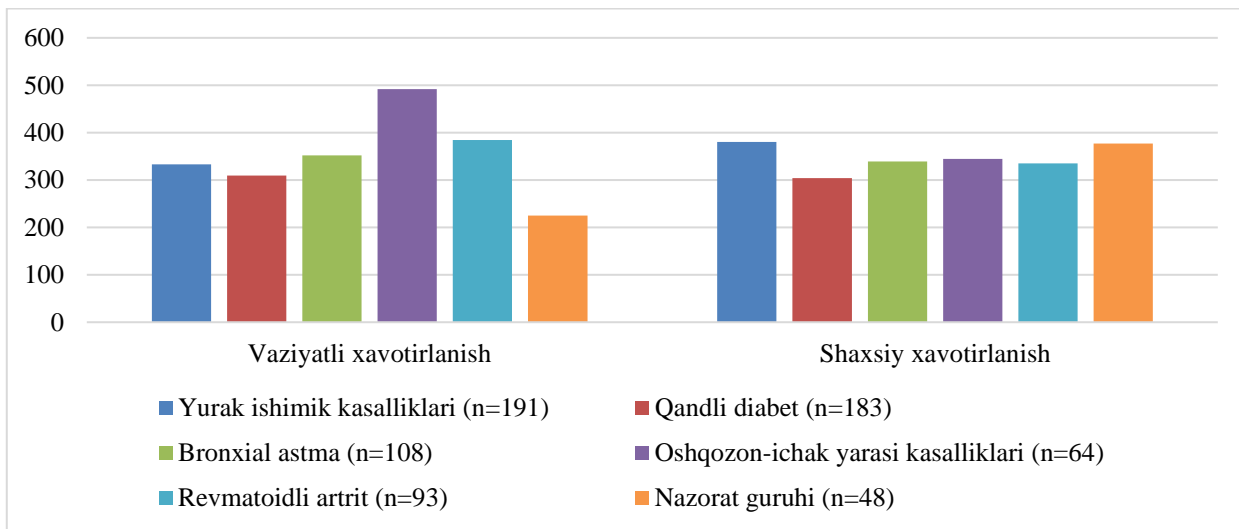
Psixosomatik kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda vaziyatli va shaxsiy xavotirlanish darajasini o'rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ko'rsatgichlar	O'rtacha ranglar						N	p
	Yurak ishemik kasalliklari (n=191)	Qandli diabet (n=183)	Bronxial astma (n=108)	Oshqozon-ichak yarasi kasalliklari	Revmatoid artrit (n=02)	Nazorat guruhi (n=48)		
Vaziyatli xavotirlanish	333,0	309,6	352,2	491,7	384,7	224,8	63,02	0,000**
Shaxsiy xavotirlanish	380,2	304,3	339,5	344,9	335,1	377,2	15,32	0,009**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Tadqiqot natijalariga ko'ra vaziyatli xavotirlanish darajasida ishonchli tafovutlar aniqlandi ($H=63,02$; $p < 0,01$). Natijalar diqqat bilan kuzatilsa vaziyatli xavotirlanish oshqozon-ichak yarasi kasalliklari bilan davolanayotgan bemorlarda yuqori ekanligi aniqlandi, mazkur shkala bo'yicha past daraja nazorat guruhidagi

sinaluvchilarga xos ekanligi kuzatildi. Bemorlardagi xurujli og‘riqlar, salomatlik holatining yomonlashishi, insonning hayot sifati va kelajakka bo‘lgan ishonchining pasayishi xavotirlanish, bezovtalik hislarining ortishiga olib keladi.



2.3.4-rasm. Psixosomatik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda xavotirlanish darajasini o‘rganish natijalari

Shaxsiy xavotirlanish ko‘rsatgichi tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar ($H=15,32$; $p<0,01$) aniqlandi. Natijalar tahliliga ko‘ra yurak ishemik kasalliklariga uchragan bemorlarda shaxsiy xavotirlanish darajasi yuqori bo‘lsa, qandli diabet kasalligi moyil bo‘lgan bemorlarda shaxsiy xavotirlanish darajasi past ekanligini kuzatish mumkin. Shaxsga xos bo‘lgan xavotirlanish aksariyat hollarda shaxsdagi sodir bo‘ladigan o‘zgarishlar natijasida yuzaga kelishini namoyon qiladi. Yurak kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda shaxsga xos bo‘lgan xavotirlanish darajasining yuqori ekanligi ular hamma narsani o‘ziga olishidan dalolat beradi.

Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar hayot tarziga somatik kasallikning ta‘sirini o‘rganish natijalari tahlili. Har qanday psixosomatik kasallik bemorning ijtimoiy mavqeiga, uning jamiyatdagi va mikroijtimoiy muhitdagi o‘rniga, qiziqishlari doirasiga, davolanish darajasiga ta‘siri uzoq vaqtdan beri tibbiyot xodimlar orasida shubha tug‘dirmaydi. Tabiiyki, surunkali psixosomatik qiyinchiliklar bemorning odatiy turmush tarzi va faoliyatidagi tanaffusga, yangi hayot stereotipini shakllantirish zarurligiga olib keladi. Shu bilan birga, ushbu kasallikning paydo bo‘lishi va rivojlanishida psixogen omillar qanchalik muhim rol o‘ynashi va uni psixosomatik kasalliklarga ishonch bilan bog‘lash mumkin.

Bemorlarning kasallikning ularning ijtimoiy holatiga ta'sirini o'z-o'zini baholashi "kasallikning ichki ko'rinishi" ning muhim qismidir. Shuning uchun bemorga psixoterapevtik ta'sir qilish jarayonida reabilitatsiyaning muhim "qo'llash nuqtasi" hisoblanadi, chunki nevroitik simptomlarni bartaraf etish va psixosomatik kasallikning patogenetik mexanizmlariga ta'sir qilish bilan birga bemorning uning azoblariga munosabatini o'zgartirish psixosomatik klinikada psixoterapiyaning asosiy vazifalaridan biridir.

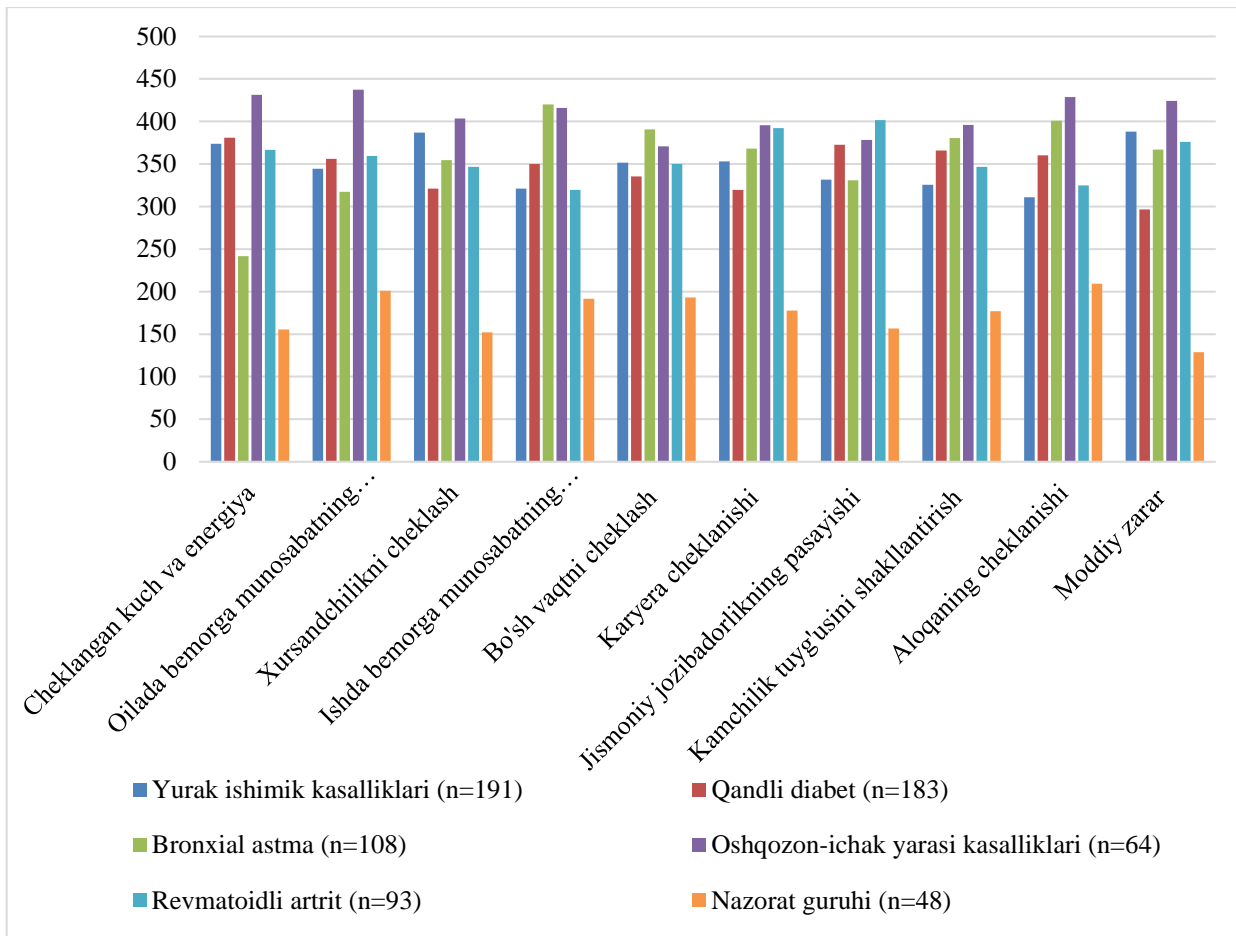
Ko'rsatgichkarning diagrammadagi ko'rinishida joylashishi bemor uchun kasallikning ijtimoiy ahamiyati darajasini, shuningdek, "maqsadlar" yoki "qo'llash nuqtalari"ni tibbiy va ijtimoiy reabilitatsiyasi jarayonida psixoterapevtik ta'sir sifatida ko'rib chiqilishi kerak bo'lgan sohalarni aniqroq baholash imkonini beradi.

Psixosomatik kasalliklarga chalingan bemorlar hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish natijalari tahlilida bir qator ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi. Jumladan cheklangan kuch energiya shkalasi natijalar tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar kuzatildi ($H=105,16$; $p<0,01$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa oshqozon ichak yara kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda cheklangan kuch energiya hissi yuqori ekan. Eng past natija nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda aniqlandi.

Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi shkalasining natijalari tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=45,35$; $p<0,01$). Oshqozon ichak yarasi kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning oilasida bemorlarga munosabatlar yomon bo'lishi mumkinligi haqidi ta'kidlangan, nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda esa bu shkala bo'yicha past natija chiqqanligi aniqlandi. Demak, oshqozon ichak yara kasalliklari bilan kasallangan bemorlar kasalligi tufayli oila a'zolarining munosabati yomonlashganligini takidlashdi.

Xursandchilikni cheklash shkalasining natijalari tahlilida ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi kuzatildi ($H=65,60$; $p<0,01$). Xursandchilikni cheklash shkalasining natijalari tahlilida ham oshqozon ichak yarasi kasalliklarida yuqori chiqqanligi aniqlandi, eng past natija nazorat guruhiga xos bo'lgan sinaluvchilarda aniqlandi. Oshqozon-ichak yarasi mavjud bo'lgan sinaluvchilarda

og‘riq yuqori bo‘lganligi sababli xursandchilikni cheklash kabi shkala ustun bo‘lishi mumkin.



2.3.5-rasm. Psixosomatik kasalliklarga chalingan bemorlar hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish natijalari (Kruskal-Uollis H-mezoni)

Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi shkalasining natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=65,60$; $p<0,01$). Natijalar tahliliga diqqat bilan razm solinsa bronxial astma kasalliklariga uchragan bemorlarda ishdagi munosabat yomonlashganligi haqidagi fikrlar kuzatilishi mumkin, nazorat guruhidagi sinaluvchilarda esa ishdagi munosabat yaxshi ekanligi aniqlandi. Bronxial astma kasalliklaridagi munosabatlarning yomonlashishiga sabablardan biri bu kasallik nafas yo'li bilan bog'liq xisoblanadi va buning natijasida bunday sinaluvchilarga nisbatan munosabatlar salbiy bo'lishi mumkin.

Bo'sh vaqtni cheklash shkalasini natijalari tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligini kuzatish mumkin ($H=37,63$; $p<0,01$). Natijalar tahlilida bronxial astma kasalliklariga uchragan sinaluvchilarda bo'sh vaqtni cheklash

shkalasini yuqori ekanligi aniqlangan bo'lsa, nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda esa mazkur shkala bo'yicha past natija chiqqanligi aniqlandi. Bronxial astma kasalligiga uchragan bemorlarda bo'sh vaqtni qolishi o'zi kam ekan, shu sababli ham ularda bo'sh vaqtni cheklash yuqori bo'lgan bo'lishi mumkin.

Karyerani cheklanishi shkalasi natijalar tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=37,63$; $p<0,01$). Oshqozon-ichak yarasi mavjud bo'lgan sinaluvchilarda karyerani cheklanish yuqori bo'lishi aniqlangan bo'lsa, nazorat guruhiga mansub bo'lgan sinaluvchilarda esa karyerani cheklanishi past ekanligi aniqlandi. Oshqozon ichak kasalliklari mavjud bo'lgan sinaluvchilarda karyeradan voz kechish holatlari kuzatilishi mumkin, chunki ulardagi og'riq ma'lum bir faoliyatni bajarishida to'sqinlik qilishi mumkin.

Jismoniy jozibadorlikni pasayishi shkalasi natijasi tahlilida ishonchli tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=61,42$; $p<0,01$). Natijalar tahlilini ko'rsatishicha revmotoid artrit kasalligiga uchragan sinaluvchilarning natijalarida jismoniy jozibadorlikni pasayishi oshganligi aniqlandi, eng past natija esa nazorat guruhiga mansub bo'lgan respondentlarning natijalarida kuzatildi. Natijalar tahliliga ko'ra revmotoid artrit kasalligi bilan davolanayotgan bemorlarda harakat bir muncha cheklangan bo'ladi va ular o'z jismoniy faoliyatini cheklashga majbur bo'ladilar shu sababli ham ularda natijalar yuqoriligi kuzatilishi mumkin.

Kamchilik tuyg'usini kamayishi shkalalar tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar aniqlandi ($H=48,74$; $p<0,01$). Oshqozon-ichak yarasi kasalliklariga uchragan bemorlarda kasallik tuyg'usini kamayishi ortgani aniqlangan bo'lsa, nazorat guruhiga mansub sinaluvchilarda esa mazkur shkalaning past ekanligi aniqlandi.

Aloqani cheklanishi shkalasi natijalariga ko'ra ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi kuzatildi ($H=52,81$; $p<0,01$). Bronxial astma kasalligiga uchragan sinaluvchilarda aloqani cheklanishi oshganligi aniqlandi, aksariyat nafas yo'llari bilan kasallangan sinaluvchilarda aloqani cheklash ya'ni boshqalar bilan muloqot qilmaslik holatlari oshib borar ekan. Bronxial astma kasalligiga uchragan sinaluvchilarda nafas yo'llari bilan bog'liq muammolar bo'lganligi sababli ular

boshqalar bilan muloqotni cheklash jihatlari yuqori chiqqan bo'lsa kerak. Eng past natija nazorat guruhi sinaluvchilarida qayd qilindi. Nazorat guruhidagi sinaluvchilar sog'lomlar guruhi bo'lganligi sababli aloqani cheklash holatlari deyarli kuzatilmadi.

Moddiy zarar shkalasining tahlilida ham ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi ($H=95,44$; $p<0,01$). Moddiy zarar shkalasi oshqozon-ichak yarasi kasalliklariga uchragan sinaluvchilarda kuzatilgan bo'lsa, nazorat guruhi sinaluvchilarida bu shkalaning past natija ko'rsatganligini kuzatish mumkin. Oshqozon-ichak kasalliklariga uchragan sinaluvchilar boshqa kasalliklarga uchragan sinaluvchilarga nisbatan moddiy zararni yuqori deb hisoblashlari mumkin. Har bir kasallikda bo'lgani kabi dori darmon aynan oshqozon kasalliklarida qimmat bo'lishi mumkin va shu sababli ham ulardagi moddiy zarar ko'rsatkichi yuqori chiqqan.

Xulosa qilib aytganda, gipertenziya bilan og'rikan bemorlarning eng xarakterli psixologik xususiyatlaridan biri bu yuqori xavotirlanish. Yuqori xavotirlanish kasallikning kechishiga, davolash samaradorligiga, bemorning xayot sifatiga va davolovchi shifokor bilan o'zaro munosabatiga ta'sir qiladi. Gipertenziya va yuqori xavotirlanish sindromli bemorlar kasalligi nevroitik belgilar bilan kechganligi uchun ular shifokorga tez-tez murojaat qilishadi. Shuni takidlash joizki, nevroitik darajadagi patologik buzilishlar gipertenziya bilan og'rikan bemorlarning 45-80 foizida aniqlangan. Ushbu buzilishlarni o'z vaqtida aniqlash va davolash bemorning tezroq terapevtik ta'sirga va davolanishga rioya qilishga imkon beradi. Yuqori xavotirlanish turli xil noxush tuyg'ular xaqida ko'p shikoyat qiladi, doimiy ravishda salomatlik darajasini ortiqchi baxolaydi va tibbiyot xodimlari tomonidan berilgan tavsiyalarga ishonmaydi.

Ikkinchi bob bo'yicha xulosalar

So'ngi yillarda tibbiyot sohasida psixosomatik bemorlarda kuzatilayotgan ruhiy holatining o'zgarishi kasallikni kechishi, davolanish jarayoni va samaradorligiga ta'siri borasida bir qancha tadqiqotlar olib borilmoqda. Depressiyaning yurak ishemik kasalligi bilan og'rikan bemorlar prognoziga ta'sirini ilk marobata o'rgangan olimlardan biri R.Carney 1987 yilda kuchli rivojlangan

depressiya koronar o'limga olib keluvchi yetakchi omil ekanligini aniqlagan. Keyingi tadqiqotlarda depressiyaga duchor bo'lgan surunkali somatik kasalliklar bilan og'riqan bemorlarda o'lim holati, depressiya mavjud bo'lmagan bemorlarga nisbatan 3–6 barobar yuqori ekanligini aniqlangan[93]. Xorijiy tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, depressiyasi mavjud bemorlarga psixologik yordam berish ko'nikmalari va malakalariga ega bo'lgan umumiy amaliyot shifokori tomonidan ko'rsatiladi hamda ular depressiv buzilishlar diagnostikasi va davolash metodlari xaqida ma'lumotga ega.

Ikkinchi bobda taqdim etilgan empirik tadqiqotlar natijasida quyidagi bir qator xulosalarni ilgari surish mumkin:

1. Psixosomatik kasalliklarda nevroitik buzilishlar diagnostikasi bo'yicha dastlabki empirik tadqiqotlarni amalga oshirish jarayonida tanlangan metodikalar ishonchli hisoblanib tadqiqotni samarali tashkil etish imkoniyatlariga hizmat qiladi.

2. Tadqiqot jarayonida quyidagi metodikalardan foydalanildi: Xek va Xessning Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi, Hayot sifatini baholash so'rovnomasi, V.Zungning T.I.Balashova tomonidan moslashtirilgan Depressiya shkalasi so'rovnomasi, Dj. Rotterning Nazorat lokusini aniqlash metodikasi, Moriska-Grinning Davolanish muolajalariga sodiqlikni aniqlash testi, Kasallikka munosabat tiplarini aniqlash metodikasi, Serdyukning Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini o'rganish so'rovnomasi, Toronto aleksitimiyani baholash shkalasi, Og'riqni fojeaga aylantirish shkalasi, Spilberger-Xanning Xavotirlanishni aniqlash metodikalari.

3. Tadqiqot jarayonida foydalanilgan metodikalar yordamida psixosomatik kasalliklarda nevroitik buzilishlar diagnostikasining tarkibiy qismlari, kasallikka munosabat, xavotirlanish, nevroz ehtimollari, nazorat lokusi, aleksitimiyani baholash, depressiyaga moyillikni aniqlash, og'riqni fojeaga aylantirish va olingan natijalarning dastlabki statistik tahlili amalga oshirildi.

4. Natijalar tahliliga ko'ra yuqorida keltirilgan metodikalar normal taqsimlanish qonuniga mos kelmadi va tadqiqotning keyingi bosqichida noparametrik mezonlardan foydalanildi.

5. Natijalar tahlilida ayollarda jismoniy faollik, umumiy salomatlik darajasi, psixik salomatlik, salomatlikni jismoniy komponenti, hayot sifati kabi ko'rsatkichlar ustunlik kuzatilgan bo'lsa, erkaklar esa karyera cheklanishi, jismoniy jozibadorlikni pasayishi, hissiyotlarni tasniflashdagi qiyinchiliklar kabi shkalalarda ustunliklar kuzatildi.

III BOB. PSIXOSOMATIK KASALLIKLAR BILAN KASALLANGAN BEMORLARNING KASALLIKLARGA MUNOSABATLARI

§3.1. Shaxsda sodir bo‘layotgan nevrozlar va ularning individual xususiyatlarga bog‘liqligi

Tadqiqotimizning avvalida har qanday psixosomatik kasallikning bemor ruhiy holatiga ta’siri kasallik xarakteri, uning klinik kechishi xususiyatlari, kasallik prognozi va uning bemorni kasallik sharoitiga ijtimoiy-psixologik moslashuviga, hayot tarziga ta’siri nuqtai nazaridan turlicha bo‘lishi haqidagi ilmiy farazni ilgari surgan edik. Aynan mazkur farazni tekshirish maqsadida bemorlardagi nevroz holatlarini namoyon bo‘lishini shaxs sifatlariga ta’siri tahlil qilindi.

Bemorlarda hayot sifati ko‘rsatkichlarining nevroz namoyon bo‘lish darajasiga bog‘liqligini o‘rganish natijalari tahlilida bir qator ishonch darajasidagi ko‘rsatkichlar kuzatildi.

3.1.1-jadval

Bemorlarda hayot sifati ko‘rsatkichlarining nevroz namoyon bo‘lish darajasiga bog‘liqligini o‘rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Nevroz
Jismoniy faollik	-0,096*
Rolli faollik	-0,165**
Og‘riqning kuchliligi	-0,054
Umumiy salomatlik	-0,111**
Hayotiy faollik	-0,055
Ijtimoiy faollik	-0,173**
Emotsional faollik	-0,161**
Ruhiy salomatlik	-0,086*
Salomatlikning jismoniy komponenti	-0,127**
Salomatlikning ruhiy komponenti	-0,179**
Hayot sifati	-0,159**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Jismoniy faollikni ortishi nevrozlarni pasayishiga sabab bo'lishi aniqlandi ($r=-0,096$; $p<0,05$). Haqiqatdan ham inson jismoniy faollikni kuchaytirgani sayin nevrozlar, asabiylashish, kimnidir aybdor qilish jihatlari pasayadi va buning natijasida inson o'zini xotirjam his qilishi mumkin.

Rolli faollik baholash shkalasi va Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyasion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,165$; $p<0,01$). Demak, kundalik ish faoliyati, hayotdagi o'rni kamaygan bemorlar nevroz holatiga tushish ehtimoli oshadi. Aksariyat sinaluvchilarda nima bilandir mashg'ul bo'lish ijobiy natijalar berishi mumkinligi kuzatildi.

Umumiy salomatlik ko'rsatgichi bilan nevroz holati orasida ishonch darajasidagi manfiy bog'liqlik aniqlandi ($r=-0,111$; $p<0,01$). Bemorlarning salomatligi ortgani sayin ulardagi nevroz holatlari pasayib borar ekan. Demak bemorlarda salomatlikni ortishi nevrozlarni yo'qolishiga sabab bo'lishi mumkin.

Bemorlarda ijtimoiy faollik shkalasi ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyasion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,173$; $p<0,01$). Bemorlardagi ijtimoiy munosabatini susayishi, insonlarga bo'lgan munosabatlarini pasayishi ulardagi nevroz holatlarini ortishi bilan izohlanishi mumkin.

Emotsional faollik ko'rsatgichi va nevrozni namoyon bo'lish darajasi o'rtasida ishonchli manfiy korrelyasion munosabat aniqlandi ($r=-0,161$; $p<0,01$). Natijalar tahlilidan kuzatish mumkinki, bemorning kundalik faoliyatini bajarishda uzoq vaqt sarflanishi ish xajmi va sifatini pasayishi nevroz holatini oshishiga olib keladi.

Ruhiy salomatlik ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligi o'rganilganda manfiy korrelyasion munosabat aniqlandi ($r=-0,086$; $p<0,05$). Bemorlardagi ruhiy salomatlikni pasayishi ulardagi nevroz holatalarini ortishiga olib kelar ekan.

Salomatlikning jismoniy komponenti va nevroz holatlari shkalasida ishonch darajasidagi manfiy munosabat aniqlandi ($r=-0,127$; $p<0,01$). Jismoniy komponent

ortgani sayin sinaluvchilarda nevroz holatlarini pasayganligini kuzatish mumkin. Nevroz holatalarining kamayishi uchun sinaluvchilarda jismoniy jihatdag faol bo'lishi talab qilinadi.

Ruhiy komponenti va nevroz holatlari o'rtasida manfiy munosabatlar aniqlandi ($r=-0,179$; $p<0,01$). Sinaluvchilardagi ruhiy komponentlarning ortishi, o'zlarini yaxshi xis qilishi, ruhiy jihatdan tetiklik holatlari nevrozlarni pasayishiga xizmat qiladi.

Hayot sifati($r=-0,159$; $p<0,01$) shkalasi va Nevroz ehtimolini aniqlash metodikasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyasion munosabat mavjudligi aniqlandi. Sinaluvchilardagi hayot sifatini ortishi ulardagi nevroz holatlarini pasayishi bilan izohlanadi.

3.3.2-jadvalda bemorlardagi depressiyaning nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari berilgan. Jadvalda ko'rinib turganidek bemorlardagi depressiya darajasini ortishi ulardagi nevroz namoyon bo'lish darajasiga musbat ta'sir ko'rsatadi ($r=0,223$; $p<0,01$). Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda depressiya darajasining oshishi nevroz holatini oshishiga sabab bo'ladi. Depressiya holatlari oshgani sayin sinaluvchilarda asabiylik, boshqlarga asabiy munosabatda bo'lish jihatlari ortishi aniqlandi.

3.1.2-jadval

Bemorlardagi depressiyaning nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkala	Nevroz
Depressiya darajasi	0,223**

Izoh: ** - $p<0,01$

Bemorlardagi hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari tahlilida ham bir qator korrelyasion munosabatlar mavjudligi aniqlandi. Bemorlardagi hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini cheklangan kuch va energiya hissi ($r=0,075$; $p>0,05$), ishda bemorga munosabatning yomonlashishi ($r=0,05$; $p>0,05$), jismoniy

jozibadorlikning pasayishi ($r=0,054$; $p>0,05$), kamchilik tuygʻusini shakllantirish ($r=0,07$; $p>0,05$), va aloqaning cheklanishi ($r=0,033$; $p>0,05$) koʻrsatgichlari va nevrozni namoyon boʻlish darajasi oʻrtasida bogʻliqlik qonuniyatlari aniqlanmadi.

Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi va nevroz holatlarini namoyon boʻlishi oʻrtasida musbat munosabatlar mavjudligi aniqlandi ($r=0,112$; $p<0,01$). Oila aʼzolari tomonidan bemorga boʻlgan munosabatni yomonlashishi ularga nisbatan behurmatlik, bepisandlik munosabatlari bemorlarda nevroz holatlarini ortishiga sabab boʻladi.

Bemorlardagi hayot tarziga somatik kasallikning taʼsiri hursandchilikni cheklash shkalasi nevroz namoyon boʻlish darajasiga bogʻliq ekan ($r=0,182$; $p<0,01$). Demak, oʻz xursandchanligini cheklagan bemorlarda nevroz holatlari yuqori boʻlishi aniqlandi.

3.1.3-jadval

Byemorlardagi hayot tarziga somatik kasallikning taʼsirini nevroz namoyon boʻlish darajasiga bogʻliqligini oʻrganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Nevroz
Cheklangan kuch va energiya hissi	0,075
Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi	0,112**
Xursandchilikni cheklash	0,182**
Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi	0,05
Boʻsh vaqtni cheklash	0,121**
Karyera cheklanishi	0,138**
Jismoniy jozibadorlikning pasayishi	0,054
Kamchilik tuygʻusini shakllantirish	0,07
Aloqaning cheklanishi	0,033
Moddiy zarar	0,157**

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Bo'sh vaqtni cheklash ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liq ekan ($r=0,121$; $p<0,01$). Kasallik tufayli bemorning bo'sh vaqti bo'lmasligi nevroz holatini oshishiga olib keladi.

Karyera cheklanishi ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liq ekan ($r=0,138$; $p<0,01$). Psixosomatik kasalliklari bilan og'riqan bemorlarimizda kasalligi tufayli karyera cheklanishi oshgan sari bemorlarimizda nevroz holati yuqori bo'ladi.

Moddiy zarar ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liq ekan ($r=0,157$; $p<0,01$). Psixosomatik kasalliklari bilan og'riqan bemorlarimizda kasalligi tufayli davolanish, dori-darmonlar uchun xarajatlarning oshishi bemorlarda nevroz holatini oshishiga sabab bo'ladi.

Bemorlardagi aleksitimiyaning nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari 3.3.4-jadvalda keltirilgan.

3.1.4-jadval

Bemorlardagi aleksitimiyaning nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Nevroz
Umumiy aleksitimiya darajasi	0,157**
Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar	0,154**
Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	0,136**
Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar	0,076*

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Umumiy aleksitimiya darajasining yuqori bo'lishi bemor sinaluvchilarda ($r=0,157$; $p<0,01$) nevroz holatlarini ortishiga sabab bo'ladi. Aleksitimiya bu odamning o'zi yoki boshqa odamlar boshidan kechirgan his-tuyg'ularini nomlay olmasligidir hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar hisoblanadi. Nevroz holatlarining ortishi sinaluvchilarda o'z xis tuyg'ularini to'g'ri ifodalay olmasligi, his tuyg'ularini nomlay olmaslik holatlari kuchayishi kuzatildi. Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklarni ortishi ham nevroz holatlarini ortishiga sabab bo'lishi mumkin ($r=0,154$; $p<0,01$). Sinaluvchilarda hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,136$; $p<0,01$)ni ortishi ulardagi nevroz holatalarini ortishiga sabab bo'lishi mumkin, sinaluvchilarda o'z

hissiyotlarini tasvirlab berishdagi muammolar ularda asabiylik holatlarini ortishiga sabab bo'ladi. Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=0,076$; $p<0,01$) ni ortishi nevroz darajasini ortishiga sabab bo'ladi.

Bemorlar qanchalik o'zlarida bo'layotgan hissiy- emosional holatlarini tasvirlashlarida qiyinchiliklarni ortishi nevroz xolatini rivojlanishiga sabab bo'ladi. Demak bemorlarimiz kasalligi tufayli unda bo'layotgan salbiy xolatlarini shifokor va yaqinlariga so'z bilan ifodalashi qiyinlashgan sari bemorimizda nevroz xolati oshadi.

Bemorlardagi og'riqni fojeaga aylantirish ko'rsatgichlarining nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari 3.3.5-jadvalda keltirilgan. Natijalar tahlilida kuzatilganidek, og'riqni fojeaga aylantirish ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish jarayoni bilan o'zaro musbat munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=0,218$; $p<0,01$). Kasallik tufayli paydo bo'lgan turli darajadagi og'riqlarni bemorlar tomonidan qanchalik fojealarga aylantirilsa, nevroz holatini oshishiga sabab bo'ladi.

3.1.5-jadval

Bemorlardagi og'riqni fojiaga aylantirish ko'rsatgichlarining nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Nevroz
Og'riqni fojiaga aylantirish darajasi	0,218**
O'y-xayollarga berilish	0,207**
Bo'rttirish	0,180**
Ojizlik	0,132**

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

O'y-xayollarga berilish ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligi aniqlandi ($r=0,207$; $p<0,01$). Demak bemorlar ularda bo'layotgan og'riqlarini o'ylashlari ko'paygan sari nevroz holatlarini ortishi kelib chiqadi.

Kasalliklarini bo'rtirish ko'rsatgichi nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligi kuzatildi ($r=0,180$; $p<0,01$). Bemorlar o'zlarida bo'layotgan og'riq kuchlarini qanchalik oshirib, o'rtirib, kattalashtirgan sari ularda nevroz holatiga tushishi ortadi. Ya'ni kuchaytirilgan vaziyatlarda nevrozlar oshib boradi.

Bemorlardagi ojizlik ko'rsatgichi va nevroz namoyon bo'lish darajasi o'rtsida musbat munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=0,132$; $p<0,01$). Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarimizda kasalliklari tufayli og'riqlar paydo bo'lganda ojizlik, umidsizlik chorasizlik xolati ko'payib borgani sari bu bemorlarimizda nevroz holatiga tushish ortadi. Yuqoridagi holatlardan kuzatish mumkinki, nevroz holatlarini ortishi bemorlarda kasallikni fojeaga aylantirish jihatlarini ortishiga sabab bo'ladi va ma'lum bir jihatlarida bemor salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

3.1.6-jadval

Bemorlardagi xavotirlanish ko'rsatgichlarining nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligini o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Nevroz
Vaziyatli xavotirlanish	0,195**
Shaxsiy xavotirlanish	0,039

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Keyingi tahlilda bemorlardagi xavotirlanish ko'rsatgichlarining nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligi o'rganilganda shaxsiy xavotirlanish bo'yicha o'zaro bog'liqlik aniqlanmadi. Vaziyatli xavotirlanish ko'rsatgichlari nevroz namoyon bo'lish darajasiga bog'liqligi aniqlandi ($r=0,195$; $p<0,01$). Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarimiz kasalliklaridan tuzalishlaridagi ikkilanishlar, kasallik belgilari paydo bo'lganda xavotirlanishlari oshgan sari bemorlarimizda nevroz holatiga tushishi ortadi. Ma'lum bir vaziyatga mo'ljallangan xavotirlik darajasi nevrozlarni ortishi bilan izohlanishi mumkin.

Yuqoridagi holatlardan kuzatish mumkinki nevroz holatlarini ortishi bemorlarda kasalliklarga va shaxs xususiyatlariga bevosita ta'sir ko'rsatadi. Nevroz holatalari shaxsning xususiyatlariga ta'sir qilgani sayin ularda ba'zi bir shaxs xususiyatlarini o'zgarishiga sabab bo'ladi, bu esa davolanish ko'rsatkichini pasayishiga olib kelishi mumkin. Shu sababli ham nevroz holatlarini pasaytirish yo'llarini qidirish lozim.

Hayot sifatini baholash so‘rovnomasining jismoniy faollik shkalasi V.Zungning T.I.Balashova tomonidan moslashtirilgan depressiya shkalasi so‘rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,118$; $p<0,01$). Bemorlarda jismoniy jihatdan faol harakatlarni amalga oshirish, ya’ni piyoda yurish, zinalarda chiqish kabi faolliklar kamaygani sari ularda tushkunlikka tushish xolati ortadi.

Hayot sifatini baholash so‘rovnomasining rolli faollik shkalasi depressiya shkalasi so‘rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,173$; $p<0,01$). Bemorlarda kundalik uy-ro‘zg‘or ishlarini bajarishi kamaygan sari, bemorlarimizda tushkunlik holati oshadi.

3.1.7-jadval

Bemorlardagi hayot sifati va depressiya namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Depressiya darajasi
Jismoniy faollik	-0,118**
Rolli faollik	-0,173**
Og‘riqning kuchliligi	-0,220**
Umumiy salomatlik	-0,118**
Hayotiy faollik	-0,100**
Ijtimoiy faollik	-0,155**
Emotsional faollik	-0,151**
Ruhiy salomatlik	-0,129**
Salomatlikning jismoniy komponenti	-0,189**
Salomatlikning ruhiy komponenti	-0,176**
Hayot sifati	-0,188**

Izoh: ** - $p<0,01$

Hayot sifatini baholash so‘rovnomasining og‘riqning intensivligi shkalasi depressiya shkalasi so‘rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,220$; $p<0,01$). Bemorlarimizda

tanasiidagi og'riqni kuchliligi sababli kundalik ish faoliyatining pasayishi psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarimizda depressiv xolatga tushishi ortadi.

Hayot sifatini baholash so'rovnomasining umumiy salomatlik ko'rsatgichi depressiya shkalasi so'rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,118$; $p<0,01$). Demak, bemorlarimizda davolanish va tuzalish umidlari kamaygan sari bemorlarimiz tushkunlik xolatiga tushishi oshadi.

Hayot sifatini baholash so'rovnomasining hayotiy faollik ko'rsatgichi depressiya shkalasi so'rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,100$; $p<0,01$). Bemorlarimizda tez-tez charchoq xisi tufayli kundalik faoliyati pasayishi depressiya ko'rsatgichini oshiradi.

Hayot sifatini baholash so'rovnomasining ijtimoiy faollik ko'rsatgichi depressiya shkalasi so'rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,155$; $p<0,01$). Bemorlarimizda ijtimoiy shaxslararo munosabat, ya'ni do'stlari, oila-azolari va xamkasblari bilan muloqoti kamaygan sari bu bemorlarimiz tushkunlikka tushishi oshadi.

Hayot sifatini baholash so'rovnomasining emotsional faollik ko'rsatgichi depressiya shkalasi so'rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,115$; $p<0,01$). Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarimizda kundalik faoliyatini bajarishda uzoq vaqt sarflanishi, ish xajmi va ish samaradorligini pasayishi depressiya xolatini oshishiga olib keladi.

Hayot sifatini baholash so'rovnomasining ruhiy salomatlik ko'rsatgichi depressiya shkalasi so'rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,129$; $p<0,01$). Bemorlarimizda xursandchilik, quvnoqlik kabi ijobiy holatlar kamayishi depressiv holati oshadi.

Hayot sifatini baholash so'rovnomasining salomatlikning jismoniy ($r=-0,189$; $p<0,01$), ruhiy komponenti ($r=-0,176$; $p<0,01$) va hayot sifati ($r=-0,188$; $p<0,01$)

shkalasi V.Zungning T.I.Balashova tomonidan moslashtirilgan depressiya shkalasi so'rovnomasi natijalari orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Demak, psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda jismoniy va ruhiy salomatligi pasaygan sari depressiv holatiga tushishi ortadi.

Yuqoridagi holatlardan kuzatish mumkinki hayot sifatini baholash oshgani sayin depressivlik darajasi kamayib boradi.

3.1.8-jadval

Bemorlardagi davolanish muolajalariga sodiqlik va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari
(Spirman mezoni, N=687)

Shkala	Depressiya darajasi
Davolanish muolajalariga sodiqlik	0,135**

Izoh: ** - $p < 0,01$

Bemorlardagi davolanish muolajalariga sodiqlik va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.3.8-jadvalda berilgan. Davolanish jarayonida shifokorlar tavsiyalariga rioya etmaslik, o'z vaqtida dori-darmonlarni qabul qilmaslik ortgan sari depressiya darajasi xam ortadi. Demak, bemorlarimiz o'z vaqtida shifokor ko'rsatmasiga amal qilmasliklari tufayli, bemor xolati yaxshilanmaydi ba'zan yomonlashishi (arterial qon bosimni ko'tarilishi, qonda qand miqdorini oshishi, oshqozon-ichak sohasida og'riqlar, mayda va yirik bo'g'imlarida og'riqlarni paydo bo'lishi oqibatida harakalarni cheklanishlari, bronxial astmatik xurujlarning tez tez takrorlanishi va boshqalar) tufayli ularda tushkunlik holatiga tushish ortadi.

Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.3.9-jadvalda berilgan bo'lib, unga ko'ra garmonik, ergopatik, anozognozlik, ipoxondrik, nevrastenik, melanxolik, apatik, sensitivlik, egosentrik, paronoyal va disforik ko'rsatgichlarida o'zaro bog'liqlik aniqlanmadi.

Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari tahlil qilinganda garmonik ($r=-0,072$; $p>0,05$), ergopatik ($r=-0,065$; $p>0,05$), anozognozika ($r=0,018$; $p>0,05$), ipoxondrik ($r=0,007$; $p>0,05$), nevrastenik ($r=0,008$; $p>0,05$), melanxolik ($r=0,031$; $p>0,05$), apatik ($r=0,019$; $p>0,05$), sensitivlik ($r=-0,008$; $p>0,05$), egosentrik ($r=0,058$; $p>0,05$), paronoyal ($r=0,054$; $p>0,05$), disforik ($r=0,057$; $p>0,05$) shkalalarida bog'liqlik qonuniyati aniqlanmadi.

3.1.9-jadval

Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Depressiya darajasi
Garmonik	-0,072
Ergopatik	-0,065
Anozognozika	0,018
Xavotirlanuvchanlik	0,097*
Ippoxondrik	0,007
Nevrastenik	0,008
Melanxolik	0,031
Apatik	0,019
Sensitivlik	-0,008
Egosentrik	0,058
Paronoyal	0,054
Disforik	0,057

Izoh: * - $p<0,05$.

Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalariga ko'ra xavotirlanuvchanlik ko'rsatgichida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,097$; $p<0,05$). Bemorlar kasalliklari xaqida xavotirlangan sari depressiyaga tushish ehtimoli oshadi.

Bemorlardagi aleksitimiya va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.3.10-jadvalda ko'rsatilgan. Natijaga ko'ra aleksitimiyaning eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklari shkalasi depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlanmadi.

3.1.10-jadval

Bemorlardagi aleksitimiya va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Depressiya darajasi
Umumiy aleksitimiya darajasi	0,169**
Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar	0,180**
Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	0,098*
Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar	0,052

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,169$; $p < 0,01$) va depressiya shkalasi o'rtasida ishonch darajasidagi bog'liqlik qonuniyati aniqlandi. Aleksitimiya shkalasining ortishi bemor sinaluvchilarda depressiya darajasini ortishiga sabab bo'ladi. Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,180$; $p < 0,01$) va hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,098$; $p < 0,05$) shkalalari depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Demak, bemorlarda his tuyg'ularni so'z bilan ifodalashda qiyinchiliklar va ularda qayday xis tuyg'u bo'layotganini aniqlay olmasligi va ifodalashda qiyinchiliklarni ko'payishi depressiv holatlarni oshishiga olib keladi.

Bemorlardagi og'riqni fojeaga aylantirish ko'rsatgichlari va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.3.11– jadvalda berilgan. Bemorlardagi og'riqni fojeaga aylantirishning o'y-xayollarga berilish ko'rsatgichlari bilan depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlanmadi.

3.1.11-jadval

Bemorlardagi og‘riqni fojeaga aylantirish ko‘rsatgichlari va depressiya namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Depressiya darajasi
Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi	0,176**
O‘y-xayollarga berilish	0,047
Bo‘rttirish	0,147**
Ojizlik	0,214**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Bemorlardagi og‘riqni fojeaga aylantirishi darajasi ($r=0,098$; $p < 0,05$), bo‘rttirish ($r=0,098$; $p < 0,05$) ojizlik ($r=0,098$; $p < 0,05$) ko‘rsatgichlari depressiya namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlik aniqlandi. Bemorlar kasalliklari tufayli his qilayotgan og‘riqlarini fojeaga aylantirishi, bo‘rttirishi hamda og‘riq vaqtida o‘zini chorasiz, umidsiz va ojis his qilishlari depressiya darajasini oshiradi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta’siri va depressiya namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalarini taxlil qilsak, hayot tarzini barcha ko‘rsatgichlari bilan o‘zaro aloqadorligi aniqlandi (3.1.12-jadval). Biz har bir ko‘rsatgichni alohida taxlil qilishga qaror qildik.

Cheklangan kuch va energiya hissi ko‘rsatgichi bilan depressiya namoyon bo‘lishi orasida o‘zaro bog‘liqlik aniqlandi ($r=0,098$; $p < 0,05$). Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarimizda kasallik tufayli kuch va energiyani kamayishi depressiya jarayoni oshishiga sabab bo‘ladi.

3.1.12-jadval

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri va depressiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari

(Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Depressiya darajasi
Cheklangan kuch va energiya hissi	0,133**
Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi	0,148**
Xursandchilikni cheklash	0,154**
Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi	0,227**
Bo'sh vaqtni cheklash	0,111**
Karyera cheklanishi	0,169**
Jismoniy jozibadorlikning pasayishi	0,140**
Kamchilik tuyg'usini shakllantirish	0,160**
Aloqaning cheklanishi	0,193**
Moddiy zarar	0,102**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,148$; $p < 0,01$). Bemorlar bilan oila a'zolarini munosabati yomonlashuvi ko'paygan sari ularda depressiv ko'rsatgich oshadi.

Xursandchilikni cheklash ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,154$; $p < 0,01$). Bemorlarimizda qanchalik xursandchilik, zavqlanish xisi kamaysa ularda tushkunlik holati ko'payadi.

Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,227$; $p < 0,01$). Bemorlarimiz ishxonada xamkasblari bilan munosabati yomonlashgan sari ularda depressiv holatlarga tushish oshadi.

Bo'sh vaqtni cheklash ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,111$; $p < 0,01$). Demak, bemorlarimiz kasallik tufayli

o'zi qiziqqan yoki rejalashtirgan ishlariga, oila a'zolariga bo'sh vaqt topa olmasligini oshishi ularni tushkun holatga tushishi ko'payadi.

Karyera cheklanishi ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,169$; $p<0,01$). Kasalligi tufayli bemorlarimiz ish faoliyatida o'sish, rivojlanish cheklanishi depressiv xolat kuzatilishi oshadi.

Jismoniy jozibadorlikning pasayishi ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,160$ $p<0,01$). Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarimizda kasallik oqibatida jozibadorlikning pasayishi sababli depressiv xolat ko'payadi.

Kamchilik tuyg'usini shakllantirish ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,160$ $p<0,01$). Kasallik tufayli bemorlarimizda sog'lomlarga nisbatan kamchilik tuyg'usi oshishi ularni depressiv holatga olib keladi.

Aloqaning cheklanishi ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,193$ $p<0,01$). Bemorlar kasalligi tufayli muloqotga kirishish kamaygan sari ular da depressiv ko'rsatgich ko'payadi.

Moddiy zarar ko'rsatgichi bilan depressiya namoyon bo'lishi orasida o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,102$ $p<0,01$). Kasalligi tufayli bemorlarimiz iqtisodiy tomondan zarar ko'rishini ortishi oqibatida depressiv xolat xam ortadi.

Demak, psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar hayot tarziga cheklangan kuch, oila va ishxonada munosabatlarning yomonlashuvi, bo'sh vaqtning yo'qligi, jismoniy jozibadorlik va kamchilik tuyg'usi, moddiy zararni ortishi bemorlarda depressiya darajasini oshishiga olib keladi.

§3.2. Bemorlarning hayot tarzi va somatik kasalliklarning o'zaro aloqadorlik jihatlari

Bemorlar tomonidan kasallikka munosabat ularning psixologik holatlari va xususiyatlariga ta'sir ko'rsatish jihatlari tahlil qilindi. Natijalar tahlilida bir qator ishonch darajasidagi bog'liqlik qonuniyatlari mavjudligini kuzatish mumkin. Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari bilan aleksitimiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.4.1–jadvalda keltirilgan.

Bemorlardagi kasallikka munosabatning garmonik shkalasining natijalari tahlilida umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,011$; $p>0,05$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=-0,006$; $p>0,05$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,026$; $p>0,05$), eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=-0,015$; $p>0,05$), ergopatik shkalasi va umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,008$; $p>0,05$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,052$; $p>0,05$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=-0,017$; $p>0,05$), eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=-0,007$; $p>0,05$), anozognozika shkalasi va umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,014$; $p>0,05$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=-0,046$; $p>0,05$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,069$; $p>0,05$), eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=-0,024$; $p>0,05$), xavotirlanuvchanlik shkalasi umumiy aleksitimiya darajasi ($r=-0,056$; $p>0,05$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=-0,051$; $p>0,05$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=-0,031$; $p>0,05$), eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=-0,068$; $p>0,05$), ipoxondrik, nevrastenik, sensitivlik, egosentrik, paronoyal va disforik tiplari bilan aleksitimiya namoyon bo'lishi darajalari orasida o'zaro bog'liqlik aniqlanmadi.

Bemorlardagi kasallikka munosabatning melanxolik tipi bilan aleksitimiyaning hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,089$; $p<0,05$). Bemorlar kasalligini tuzalishiga, davolanishni samarasiga ishonmaslik darajasi ortishi bilan ulardagi o'z hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ham ortib boradi. Ya'ni bemorlar mazkur vaqt davomida o'zlari nima istayotganligini anglamaydilar va ularda turli xil o'zgarishlar sodir bo'lishi mumkin. Bunday holatlar esa bemorlarni davolanishiga jiddiy ta'sir ko'rsatadi va ularning faoliyati davomida kasallikka munosabatlar salbiy tomonga o'zgarib borishi mumkin.

3.2.1-jadval

Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari va aleksitimiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Umumiy aleksitimiya darajasi	Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar	Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar
Garmonik	0,011	-0,006	0,026	-0,015
Ergopatik	0,008	0,052	-0,017	-0,007
Anozognozlik	0,014	-0,046	0,069	0,024
Xavotirlanuvchanlik	-0,056	-0,051	-0,031	-0,068
Ippoxondrik	-0,008	-0,024	-0,028	0,034
Nevrastenik	0,002	0,012	-0,042	0,02
Melanxolik	0,053	0,089*	0,016	-0,038
Apatik	0,080*	0,093*	0,035	-0,005
Sensitivlik	0,009	0,033	-0,041	-0,004
Egosentrik	0,003	0,038	-0,032	-0,007
Paronoyal	0,049	0,031	0,058	-0,027
Disforik	-0,007	0,005	0,021	-0,038

Izoh: * - $p < 0,05$.

Bemorlardagi kasallikka munosabatning apatik tipi bilan aleksitimiyaning umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,080$; $p < 0,05$) o'rtasida musbat munosabat mavjudligini kuzatish mumkin. Aleksitimiya darajasini ortishi bemorlarda apatiyaga moyilligini ortishiga sabab bo'lishi mumkin. Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar shkalalarini ortishi melanxoliya ($r=0,089$; $p < 0,05$) va apatiya ($r=0,093$; $p < 0,05$) kabi shkalalarning ortishiga sabab bo'lishi mumkin. Bemorlar o'zlarining taqdirlariga, kasallik va davolanish natijasiga to'liq befarqlikni oshishi

umumiy aleksitemiya darajasi va hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ham oshishiga olib kelishi mumkin.

3.2.2-jadval

Bemorlardagi og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi va aleksitemiya namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari
(Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Umumiy aleksitemiya darajasi	Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar	Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar
Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi	0,209**	0,191**	0,162**	0,091*
O‘y-xayollarga berilish	0,162**	0,145**	0,175**	0,027
Bo‘rttirish	0,117**	0,121**	0,075*	0,036
Ojizlik	0,225**	0,185**	0,157**	0,131**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Bemorlardagi og‘riqni fojeaga aylantirishning o‘y-xayollarga berilishi ko‘rsatgichi bilan umumiy aleksitemiya darajasi ($r=0,162$; $p < 0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,145$; $p < 0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,175$; $p < 0,01$) ko‘rsatgichlarini ortishiga sabab bo‘ladi. Bemorlarning og‘riqlar xaqida ko‘p o‘ylashlari va shu og‘riqlarni fojeaga aylantirishlari ulardagi xissiyotlarni aniqlashlari va tasvirlashlaridagi qiyinchiliklar ortishiga sabab bo‘ladi.

Bemorlardagi o‘y xayollarga berilishi ko‘rsatgichining ortishi o‘z navbatida umumiy aleksitemiya darajasi ($r=0,117$; $p < 0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,121$; $p < 0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,075$; $p < 0,05$) kabi ko‘rsatgichlarni ortishiga olib keladi. Demak, bemorlarimiz og‘riqlarini bo‘rttirishlarini ortishi ulardagi xis tuyg‘ularini so‘z bilan bayon eta olishdagi qiyinchiliklar xam ortadi.

Bemorlarda o'z kasalliklarini bo'rttirish darajasini yuqori bo'lishi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,117$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,121$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,075$; $p<0,05$) kabi jihatlarni ortishiga olib keladi

Bemorlardagi og'riqni fojeaga aylantirishdagi ojizlik darajasining yuqori bo'lishi ulardagi umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,225$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,185$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,157$; $p<0,01$) eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=0,131$; $p<0,01$) darajalarini ortishi bilan belgilandi. Bemorlarimiz xis qilayotgan og'riqlari oldida ojizlik xisining oshishi ularda xissiyotlarini aniqlashda va bayon etishda qiyinchiliklari ham ortadi.

Bemorlardagi hayot sifati ko'rsatgichlari bilan aleksitimiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.4.3- jadvalda berilgan. Bemorlardagi hayot sifatining rolli faollik, hayotiy faollik, ijtimoiy faollik, emotsional faollik va salomatlikning ruhiy komponenti ko'rsatgichlari bilan aleksitimiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlanmadi.

Bemorlardagi hayot sifatining jismoniy faollik ko'rsatgichi bilan aleksitimiyaning hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichlari orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi ($r=0,109$; $p<0,01$). Bemorlarda yurish, zinadan chiqish faoliyatini pasayishi bemorlarda hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar oshadi.

Bemorlardagi hayot sifatining og'riqni kuchliligi ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=-0,132$; $p<0,01$) hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichlari ($r=-0,119$; $p<0,01$) orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Bemorlarimizda kasalligi tufayli og'riqlarga qaramay jismoniy faoliyatlari oshganda ularda aleksitimiya darajasi va hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichlari pasayadi.

Bemorlardagi hayot sifatining umumiy salomatlik ko'rsatgichi bilan hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichlari ($r=-0,083$; $p<0,05$) orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi.

Demak, psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar tomonidan hozirgi paytda ularning sog'lig'i holati va davolash istiqbollarini baholashi oshishi ularda

aleksitimiya darajasi va hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichlari pasayadi.

3.2.3-jadval

Bemorlardagi hayot sifati ko'rsatgichlari va aleksitimiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari (Spirman mezon, N=687)

Shkalalar	Umumiy aleksitimiya darajasi	Hissiyotlarni aniklashdagi qiyinchiliklar	Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar
Jismoniy faollik	-0,027	-0,003	-0,109**	-0,019
Rolli faollik	-0,063	-0,064	-0,045	-0,062
Og'riqning kuchliligi	-0,132**	-0,092*	-0,119**	-0,066
Umumiy salomatlik	-0,065	-0,062	-0,083*	-0,02
Hayotiy faollik	-0,048	-0,029	-0,064	-0,062
Ijtimoiy faollik	-0,006	-0,042	-0,02	0,029
Emosional faollik	-0,033	-0,021	-0,054	-0,049
Psixik salomatlik	-0,103**	-0,07	-0,062	-0,087*
Salomatlikning jismoniy komponenti	-0,086*	-0,062	-0,107**	-0,044
Salomatlikning ruhiy komponenti	-0,039	-0,013	-0,059	-0,059
Hayot sifati	-0,06	-0,03	-0,085*	-0,056

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Bemorlardagi hayot sifatining ruhiy salomatlik ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya ko'rsatgichlari ($r=-0,103$; $p<0,01$) va eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=-0,087$; $p<0,05$) orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyasion munosabat mavjudligi aniqlandi. Bemorlarda ko'tarinki kayfiyat, ijobiy xis tuyg'ularni oshishi ularda xis tuyg'ularni bayon etishda qiyinchiliklar hamda eksternal tafakkurida qiyinchiliklar pasayadi.

Bemorlardagi hayot sifatining salomatlikning jismoniy komponenti bilan umumiy aleksitimiya ko'rsatgichlari ($r=-0,086$; $p<0,05$) va hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichlari ($r=-0,107$; $p<0,01$) orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyasion munosabat mavjudligi aniqlandi. Bemorlarimizda umumiy jismoniy faoliyati oshishi bemorlarimizda o'zida bo'layotgan his tuyg'ularini so'z bilan ifodalashdagi qiyinchiliklar pasayadi.

Bemorlardagi hayot sifati bilan hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ko'rsatgichlari ($r=-0,085$; $p<0,05$) orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Bemorlarimizda hayot sifati (sog'lom turmush tarziga rioya qilish, yengil jismoniy mashqlar bajarish, yurish kabilar) oshishi o'zida bo'layotgan his tuyg'ularni tariflashdagi qiyinchiliklar kamayadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri va aleksitimiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.4.4– jadvalda berilgan. Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri cheklangan kuch va energiya hissi ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,134$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,106$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,128$; $p<0,01$) eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=0,098$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Demak, bemorlarda kasallik tufayli tez charchash, xolsizlik xolatining ortishi o'zida bo'layotgan his tuyg'ularini aniqlashda, tavsiflashda qiyinchiliklar ham ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirida oilada bemorga munosabatning yomonlashishi ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,147$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,161$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,101$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro

bog‘liqlik aniqlandi. Oilada bemorga munosabat yomonlashishini ortishi bemor o‘zidagi hissiyotlarini bayon etishda qiyinchiliklar xam oshadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta’siri xursandchilikni cheklash ko‘rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,107$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,102$; $p<0,01$), eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r=0,084$; $p<0,05$) namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlik aniqlandi. Bemorlar kasalligi tufayli xursandchiligi kamayishi, xayotdan zavqlanib yashamasligini ko‘payishi ularda bo‘layotgan xissiyotlarni aniqlashda va so‘z bilan bayon etishda qiyinchiliklar ham ortadi.

3.2.4-jadval

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta’siri va aleksitimiya namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari

(Spirman mezoni, $N=687$)

Shkalalar	Umumiy aleksitimiya darajasi	Hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar	Hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar	Eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar
Cheklangan kuch va energiya hissi	0,134**	0,106**	0,128**	0,098**
Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi	0,147**	0,161**	0,101**	0,002
Xursandchilikni cheklash	0,107**	0,102**	0,057	0,084*
Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi	0,209**	0,202**	0,121**	0,044
Bo‘sh vaqtni cheklash	0,121**	0,117**	0,110**	0,002
Karyera cheklanishi	0,154**	0,217**	0,090*	-0,014

Jismoniy jozibadorlikning pasayishi	0,094*	0,109**	0,101**	-0,003
Kamchilik tuyg‘usini shakllantirish	0,103**	0,109**	0,105**	0,002
Aloqaning cheklanishi	0,116**	0,153**	0,082*	-0,004
Moddiy zarar	0,128**	0,145**	0,069	0,05

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta’siri ishda bemorga munosabatning yomonlashishi ko‘rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,209$; $p < 0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,202$; $p < 0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,121$; $p < 0,01$) namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasallik tufayli bemorlarimizda ishda xamkasblari va boshliqlari ularga bo‘lgan munosabatni yomonlashishi (vaqtida ishda bo‘lmaslik, ish xajmi va sifati kamayishi) ko‘payishi xissiyotlarni aniqlashda, so‘z bilan bayon etishda qiyinchiliklar ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta’siri bo‘sh vaqtni cheklash ko‘rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,121$; $p < 0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,117$; $p < 0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,110$; $p < 0,01$) namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar uzoq muddatli davolanish va ma’lum tartibga rioya qilish talab qiladi. Masalan, dori-darmonlarni o‘z vaqtida qabul qilishligi, parhezga rioya qilishligi va o‘z vaqtida dam olish kabilar kun davomida bajarishlari talab qilinganligi kabi sabablar. Kasallik tufayli bemorning vaqtini chegaralanishini oshishi o‘zida bo‘layotgan xissiy emotsional xolatini aniqlash va so‘z bilan bayon etishda qiyinchiliklar ham oshadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri karyera cheklanishi ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,154$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,217$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,090$; $p<0,05$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarimizda yuqorida takidlaganimizdek, davolanishga, kasalligi sababli ish xajmi va samaradorligini kamayishi ishda rivojlanish va o'sish cheklanishini oshishi ularda bo'ladigan emotsional xolatini aniqlashda uni so'z bilan ifodalashda qiyinchiliklar ko'payadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri jismoniy jozibadorlikning pasayishi ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,094$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,109$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,101$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda yosh xususiyati hamda kasalligi tufayli jismoniy jozibadorlik pasayishini ko'payishi bemorlarda emotsional xolatini aniqlash va so'z bilan bayon etishda qiyinchiliklar xam ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri kamchilik tuyg'usini shakllantirish ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,103$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,109$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,105$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri aloqaning cheklanishi ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,116$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,153$; $p<0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r=0,082$; $p<0,05$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarimizda o'z kasalliklari xaqida va atrofdagilar bilan muloqot qilishida cheklovlar oshishi bemorlarda bo'layotgan xissiyotlarini aniqlashda va uni bayon etishda qiyinchiliklar oshadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri moddiy zarar ko'rsatgichi bilan umumiy aleksitimiya darajasi ($r=0,128$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar ($r=0,153$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Bemorlarimizda somatik kasalliklari uzoq vaqt davolanishga, reabilitasiyaga, dori-darmonlar, parhez kabilarga ko'p miqdorda harajat qilishlariga to'g'ri keladi shu sabab oilaga moddiy zarar kelishini oshishi bemorlarimizda bo'layotgan xis tuyg'ularini aniqlashda va so'z bilan bayon etishi qiyinlashadi.

3.2.5-jadval

Bemorlardagi davolanish muolajalariga sodiqlik va og'riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Og'riqni fojeaga aylantirish darajasi	O'y-xayollarga berilish	Bo'rttirish	Ojizlik
Davolanish muolajalariga sodiqlik	0,065	-0,009	0,03	0,133**

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Bemorlardagi davolanish muolajalariga sodiqlik va og'riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.2.5– jadvalda berilgan.

Bemorlardagi davolanish muolajalariga sodiqlik va og'riqni fojeaga aylantirishning o'y-xayollarga berilish va bo'rttirish ko'rsatgichlari orasidagi o'zaro bog'liqlikni aniqlanmadi. Bemorlardagi davolanish muolajalariga sodiqlik va og'riqni fojeaga aylantirishning ojizlik ko'rsatgichlari orasidagi o'zaro bog'liqlikni aniqlandi ($r=0,133$; $p<0,01$).

Bemorlardagi og'riqni fojeaga aylantirish darajasi va aleksitimiya namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.2.6-jadvalda keltirilgan. Bemorlardagi og'riqni fojeaga aylantirish darajasi bilan umumiy aleksitimiya darajasi($r=0,209$; $p<0,01$), hissiyotlarni aniqlashdagi qiyinchiliklar($r=0,191$;

$p < 0,01$), hissiyotlarni tavsiflashdagi qiyinchiliklar ($r = 0,162$; $p < 0,01$) eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ($r = 0,091$; $p < 0,05$) orasidagi o'zaro bog'liqlikni aniqlandi. Demak, bemorlarda og'riqni fojeaga aylantirishning oshishi o'zlarida bo'layotgan xis tuyg'ularini aniqlashdagi qiyinchiliklar, hissiyotlarini tasvirlashlarida va eksternal tafakkurdagi qiyinchiliklar ham ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'siri va og'riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalari 3.2.6-jadvalda berilgan, har bir ko'rsatgich bo'yicha taxlil qilamiz.

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirining cheklangan kuch va energiya hissi ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r = 0,282$; $p < 0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r = 0,242$; $p < 0,01$) bo'rttirish ($r = 0,203$; $p < 0,01$) ojizlik ($r = 0,252$; $p < 0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarimizda kasallik tufayli xolsiz, kuchsizlik xolatini ortishi unda bo'layotgan og'riqlarni fojियaga aylantirish, faqat shu og'riq xaqida o'yg'a berilish, og'riq kuchini bo'rttirish va og'riq oldida o'zini ojiz xis qilishi ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining oilada bemorga munosabatning yomonlashishi ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r = 0,166$; $p < 0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r = 0,098$; $p < 0,05$) bo'rttirish ($r = 0,185$; $p < 0,01$) ojizlik ($r = 0,147$; $p < 0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Oilada bemorlarga farzandlari, turmush o'rtoqlari tomonidan munosabatni yomonlashuvi ortishi bemorlar xis qilayotgan og'riqlarini fojeaga aylantirish, shu og'riqlar xaqida doimiy o'ylashlar, bo'layotgan og'riq va xurujlarni bo'rttirish va og'riq oldida umidsizlik, chorasizlik xisi ham ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining xursandchilikni cheklash ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r = 0,236$; $p < 0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r = 0,215$; $p < 0,01$) bo'rttirish ($r = 0,138$; $p < 0,01$) ojizlik ($r = 0,169$; $p < 0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Bemorlar atrofida bo'layotgan xursandchilik tadbirlardan o'zini tortishi,

xursandchiligini cheklash holatini oshishi og‘riq xaqida o‘ylarga berilishi, bo‘rtirish xattoki fojeaga aylantirish va og‘riq oldida umidsizlikni oshishiga olib keladi.

3.2.6-jadval

Bemor hayot tarziga somatik kasallikning ta’siri va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi	O‘y-xayollarga berilish	Bo‘rttirish	Ojizlik
Cheklangan kuch va energiya hissi	0,282**	0,242**	0,203**	0,252**
Oilada bemorga munosabatning yomonlashishi	0,166**	0,098*	0,185**	0,147**
Xursandchilikni cheklash	0,236**	0,215**	0,138**	0,169**
Ishda bemorga munosabatning yomonlashishi	0,165**	0,061	0,134**	0,177**
Bo‘sh vaqtni cheklash	0,205**	0,154**	0,215**	0,149**
Karyera cheklanishi	0,121**	0,034	0,190**	0,125**
Jismoniy jozibadorlikning pasayishi	0,151**	0,135**	0,166**	0,112**
Kamchilik tuyg‘usini shakllantirish	0,104**	0,026	0,167**	0,116**
Aloqaning cheklanishi	0,097*	-0,031	0,138**	0,155**
Moddiy zarar	0,247**	0,211**	0,270**	0,114**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining ishda bemorga munosabatning yomonlashishi ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r=0,165$; $p<0,01$), bo'rttirish ($r=0,134$; $p<0,01$) ojizlik ($r=0,177$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Kasallik tufayli ishda bemorga munosabatni yomonlashi (tez-tez kasal bo'lishi sababli ishdan qolish, ish xajmini bajara olmasligi) oshishi bemorda bo'layotgan og'riqlarni fojeaga aylantirish, bo'rttirish va ojizlik xissi ham ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining bo'sh vaqtni cheklash ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r=0,205$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=0,154$; $p<0,01$) bo'rttirish ($r=0,215$; $p<0,01$) ojizlik ($r=0,149$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Demak, bemorlarimizda kasalligi tufayli vaqtni cheklanishi ya'ni oila a'zolariga, ish faoliyatiga va kelajakda rejalarini amalga oshirishda vaqt cheklangani oshishi bemorlarimizda og'riqlarni fojeaga aylantirishlari, bo'rttirishlari faqat shu og'riq xaqida fikrlarni miyadan chiqmasliklari va og'riq oldida chorasizliklar ham ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining karyera cheklanishi ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r=0,121$; $p<0,01$), bo'rttirish ($r=0,190$; $p<0,01$), ojizlik ($r=0,125$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Bemorlarimizda kasallik tufayli lavozim ko'tarilishiga cheklovlarni ortishi ular og'riqlarni fojeaga aylantirish, og'riq kuchini bo'rttirish va og'riq oldida chorasizligi ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining jismoniy jozibadorlikning pasayishi ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r=0,151$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=0,135$; $p<0,05$) bo'rttirish ($r=0,166$; $p<0,01$) ojizlik ($r=0,112$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar kasallik tufayli jismoniy ko'rinishi, qad-qomatidagi o'zgarishlar, majburiy xolatda bo'lishini ortishi og'riqqa bo'lgan munosabati ham ortadi ya'ni

og'riqlarni fojeaga aylantirish, faqat xis qilayotgan og'riqlar miyadan chiqmasligi, bo'rtirish holatlari va og'riq vaqtida nochorlik xisi ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining kamchilik tuyg'usini shakllantirish ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r=0,104$; $p<0,01$), bo'rtirish ($r=0,167$; $p<0,01$) ojizlik ($r=0,116$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Bemorlar kasallik tufayli sog'lomlarga nisbatan salomatligida, ish faoliyatida kamchilik tuyg'usini ortishi og'riqlarni fojeaga aylantirish, og'riq kuchi va tarqalishini bo'rtirish, hamda kasallik va og'riq oldida ojizlik xisi ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining aloqaning cheklanishi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r=0,097$; $p<0,01$), bo'rttirish ($r=0,138$; $p<0,01$) ojizlik ($r=0,155$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar kasalligi tufayli muloqotni cheklanishi (oila davrasida, do'stlari bilan, xamkasblari va boshqalar) og'riqqa bo'lgan munosabati ham o'zgaradi ya'ni, og'riqlarni fojeaga aylantirish, og'riqni ko'paytirish va og'riq oldida o'zini ojiz xis qilishi xam ortadi.

Bemor hayot tarziga somatik kasallik ta'sirining moddiy zarar ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish darajasi ($r=0,247$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=0,211$; $p<0,01$) bo'rttirish ($r=0,270$; $p<0,01$) ojizlik ($r=0,114$; $p<0,01$) namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlik aniqlandi. Psixosomatik kasalliklar bilan og'riqan bemorlar davolanish davomiy va umrbod talab qilinganligi sababli oila budjetiga moddiy zarar keltirishi ortganda og'riqni fojeaga aylantirishi shu og'riq miyadan chiqmasligi, og'riq kundan kun kuchayotganini bo'rtirish va bemor o'zini og'riq oldida ojiz xis qilishi ham ortadi.

Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari va og'riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo'lishi orasidagi o'zaro bog'liqlikni o'rganish natijalarini taxlil qilamiz (3.2.7-jadval). Bemorlardagi kasallikka munosabatining garmonik, anozognozlik, xavotirlanuvchanlik, ippoxondrik, nevrastenik, melanxolik, apatik,

sensitivlik, egosentrik, paronoyal disforik tiplari bilan og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlik aniqlanmadi.

Bemorlardagi kasallikka munosabatining ergopatik tiplari bilan og‘riqni fojeaga aylantirishning o‘y-xayollarga berilish ko‘rsatgichi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi ($r=-0,082$; $p<0,05$). Kasallikdan ishga qochish ko‘rsatgichi ya’ni kasallikning og‘irligiga qaramay kasbiy maqomini saqlab qolishga xarakterning oshishi og‘riq haqidagi o‘y-xayollarga berilishi pasayadi.

3.2.7-jadval

Bemorlardagi kasallikka munosabat tiplari va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari (Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi	O‘y-xayollarga berilish	Bo‘rttirish	Ojizlik
Garmonik	0,074	0,076	0,019	0,040
Ergopatik	-0,040	-0,082*	0,004	-0,039
Anozognozlik	0,010	0,065	0,016	-0,040
Xavotirlanuvchanlik	0,050	0,070	0,018	0,008
Ippoxondrik	-0,046	-0,049	0,010	-0,051
Nevrastenik	0,058	0,012	0,020	0,065
Melanxolik	0,015	-0,039	0,005	0,069
Apatik	0,027	0,000	0,013	0,064
Sensitivlik	-0,012	-0,004	-0,027	0,014
Egosentrik	0,022	-0,006	0,023	0,025
Paronoyal	0,024	-0,021	0,021	0,043
Disforik	0,028	-0,021	0,019	0,021

Izoh: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$

Bemorlardagi hayot sifati va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari 3.2.8– jadvalda berilgan.

3.2.8-jadval

Bemorlardagi hayot sifati va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari
(Spirman mezoni, N=687)

Shkalalar	Og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi	O‘y-xayollarga berilish	Bo‘rttirish	Ojizlik
Jismoniy faollik	-0,164**	-0,163**	-0,125**	-0,069
Rolli faollik	-0,229**	-0,136**	-0,190**	-0,162**
Og‘riqning kuchliligi	-0,161**	-0,077*	-0,118**	-0,156**
Umumiy salomatlik	-0,180**	-0,161**	-0,157**	-0,087*
Hayotiy faollik	-0,151**	-0,094*	-0,107**	-0,091*
Ijtimoiy faollik	-0,102**	-0,05	-0,125**	-0,069
Emotsional faollik	-0,184**	-0,114**	-0,162**	-0,141**
Ruhiy salomatlik	-0,086*	-0,012	-0,088*	-0,102**
Salomatlikning jismoniy komponenti	-0,229**	-0,168**	-0,180**	-0,132**
Salomatlikning ruhiy komponenti	-0,197**	-0,095*	-0,178**	-0,144**
Hayot sifati	-0,230**	-0,143**	-0,191**	-0,146**

Izoh: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Bemorlardagi hayot sifati va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari 3.2.8– jadvalda berilgan. Bemorlardagi hayot sifati va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari 3.2.8– jadvalda berilgan. Bemorlardagi hayot sifati va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari 3.2.8– jadvalda berilgan. Bemorlardagi hayot sifati va og‘riqni fojeaga aylantirish darajasi namoyon bo‘lishi orasidagi o‘zaro bog‘liqlikni o‘rganish natijalari 3.2.8– jadvalda berilgan.

o‘ylash va og‘riq kuchini bo‘rtirish xolatlari kamayadi. Demak, psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarga yosh xususiyati, kasallik darajasi, bemorning umumiy xolatini inobatga olgan xolda yengil jismoniy mashg‘ulotlar bilan shug‘ullanish maqsadga muoffiqdir.

Bemorlardagi hayot sifatining rolli faollik ko‘rsatgichi bilan og‘riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,229$; $p<0,01$), o‘y-xayollarga berilish ($r=-0,136$; $p<0,01$), bo‘rttirish ($r=-0,190$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,162$; $p<0,01$) darajasi namoyon bo‘lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Natijadan ko‘rinib turibiki, bemorlarda kundalik faoliyatning oshishi (ehtiyojidan kelib chiqqan xolda dokonlarga borish, uy yumishlarni bajarilishi) og‘riqni fojeaga aylantirish, og‘riqlar haqida o‘ylash, og‘riq kuchini va tarqalishini bo‘rtirish hamda og‘riq oldida ojizlik kamayadi.

Bemorlardagi hayot sifatining og‘riqning kuchliligi ko‘rsatgichi bilan og‘riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,161$; $p<0,01$), o‘y-xayollarga berilish ($r=-0,077$; $p<0,05$), bo‘rttirish ($r=-0,118$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,156$; $p<0,01$) darajasi namoyon bo‘lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Demak, bemorlarimizda kasalligi tufayli og‘riqlarni paydo bo‘lishi va uning kundalik faoliyat bilan shug‘ullanish qobiliyatiga ta’sir qilmasligining oshishi bemorlarimiz o‘zida bo‘layotgan og‘riqlarini fojeaga aylantirishi, faqat og‘riqlar haqida o‘ylashlari, bo‘rttirishlari va og‘riq oldida ojizlik ko‘rsatgichi pasayadi.

Bemorlardagi hayot sifatining umumiy salomatlik ko‘rsatgichi bilan og‘riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,180$; $p<0,01$), o‘y-xayollarga berilish ($r=-0,161$; $p<0,01$), bo‘rttirish ($r=-0,157$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,087$; $p<0,05$) darajasi namoyon bo‘lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Bemorlar kuzatilayotgan kasallik belgilari kamayishi yoki yo‘q bo‘lishi hamda davolanishiga ishonish darajasi yuqori bo‘lishi, ularda og‘riqni fojeaga aylantirish, miyada faqat og‘riqlar xaqida o‘ylash, og‘riq kuchini bo‘rtirish va og‘riq oldida ojizlilik ko‘rsatgichi kamayadi.

Bemorlardagi hayot sifatining hayotiy faollik ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,151$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=-0,094$; $p<0,05$), bo'rttirish ($r=-0,107$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,091$; $p<0,05$) darajasi namoyon bo'lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Demak, bemorlarimiz hayoti davomida yoki kasallik vaqtida kuch quvvatga to'la bo'lish ko'rsatgichi oshganda, og'riqni fojeaga aylantirish, doimo og'riqlar haqida o'ylashlar, og'riq xususiyatini bo'rttirish va ojizlik xolati kamayadi.

Bemorlardagi hayot sifatining ijtimoiy faollik ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,102$; $p<0,01$), bo'rttirish ($r=-0,125$; $p<0,01$) darajasi namoyon bo'lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi.

Bemorlardagi hayot sifatining emotsional faollik ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,184$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=-0,114$; $p<0,05$), bo'rttirish ($r=-0,162$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,141$; $p<0,01$) darajasi namoyon bo'lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi.

Bemorlardagi hayot sifatining ruhiy salomatlik ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,086$; $p<0,05$), bo'rttirish ($r=-0,088$; $p<0,05$) va ojizlik ($r=-0,102$; $p<0,01$) darajasi namoyon bo'lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Bemorlarimiz ijobiy ruhiy holatda, ko'tarinki kayfiyatda bo'lishini ortishi og'riqni idrok etishi, uni fojeaga aylantirish, og'riq kuchini bo'rttirish va og'riq vaqtida ojizlik xolati kamayadi.

Bemorlardagi hayot sifatining salomatlikning jismoniy komponenti ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,229$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=-0,168$; $p<0,01$), bo'rttirish ($r=-0,180$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,132$; $p<0,01$) darajasi namoyon bo'lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi.

Bemorlardagi hayot sifatining salomatlikning ruhiy komponenti ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,197$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=-0,095$; $p<0,05$), bo'rttirish ($r=-0,178$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,144$; $p<0,01$) darajasi

namoyon bo'lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi. Bemorlardagi hayot sifati ko'rsatgichi bilan og'riqni fojeaga aylantirish ($r=-0,230$; $p<0,01$), o'y-xayollarga berilish ($r=-0,143$; $p<0,01$), bo'rttirish ($r=-0,191$; $p<0,01$) va ojizlik ($r=-0,146$; $p<0,01$) darajasi namoyon bo'lishi orasida ishonch darajasidagi manfiy korrelyatsion munosabat mavjudligi aniqlandi.

Natijalardan shuni xulosa qilishimiz mumkinki, psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda salomatlikning jismoniy, ruhiy komponenti va hayot sifati darajasi yuqori bo'lgan bemorlarda, og'riqqa bo'lgan munosabati xam yaxshilanadi masalan, og'riqlarni fojealarga aylantirish, doimo og'riqlar xaqida o'ylash, og'riq kuchi va lokasiyasini bo'rttirish xamda kuzatilayotgan og'riq oldida chorasizlik, umidsizlik holatlari kamayadi.

Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda nevroz va depressiya darajasining yuqoriligi bemorlarning hayot sifatiga, hayot tarziga, xis-tuyg'ularini namoyon qilaolmaslik, og'riqlarni fojiaga aylantirish, xavotirlanish darajasini oshishiga olib keladi.

Uchinchi bob bo'yicha xulosalar

Yuqorida keltirilgan empirik ma'lumotlar asosida quyidagi xulosalarga kelish mumkin:

1. Psixosomatik kasalliklar bilan og'riq bemorlarning xayot sifati nazorat guruxiga qaraganda pastroq, bu kasallik bilan bog'liq bo'lib, stressli vaziyatga javoban psixoemotsional va psixofiziologik ko'rinishlarda namoyon bo'ladi; psixosomatik bemorlarning xayot faoliyatining pasayishi, kundalik faoliyatda charchoq xissi natijasida jismoniy xolatida xam sezilarli darajada cheklanishi kuzatiladi. Bu xolat psixosomatik bemorlarning barcha soxalarini qamrab oladi va surunkali stress, xavotirlanish va nevroz fonida yuzaga keladi; bemorlarning psixoemotsional xolatining yomonlashuvi xavotirli kechinmalar, depressivlik, qattiyatsizlik va salbiy xis-tuyg'ularning ustunligida namoyon bo'ladi. Ushbu ko'rinishlar bemorda bezovtalikni keltirib chiqaradi, bu esa psixofiziologik funksiyalarning buzilishiga olib keladi, psixosomatik kasalliklar rivojlanishi uchun

qulay muxitni yaratadi; psixosomatik kasalliklari uzoq muddatli va surunkali yoki o'tkir va qisqa muddatli psixotravmatik ta'sirda paydo bo'ladi.

2. Bemorlarning psixofiziologik xususiyatlariga mos kelmaydigan stress, premorbid shaxsiy xususiyatlar mavjudligi sababli, turli darajali nevrotik xolatlarni ya'ni xavotir, kayfiyatning beqarorligi, uzoq davom etadigan aqliy va jismoniy stress, ojizlik, xissiy labillik qobiliyatini yo'qotish xamda charchoqning kuchayishi bilan namoyon bo'ladigan astenik reaksiyaning namoyon bo'lishi, nevrotik depressiya, bostirilgan ruxiy ziddiyatning somatik alomatlarga aylanishi bilan namoyon bo'ladi.

3. Yuqorida keltirilgan natijalar tahlilida kasallik nozologiyasi bo'yicha ishonch darajasidagi tafovutlar mavjudligi aniqlandi, jumladan yurak ishemik kasalliklarga moyil bo'lgan bemorlarda melanxoliya, apatiya shkalalarining pastligi, og'riqni fojeaga aylantirish va o'y xayollarga berilish shkalalarining yuqori ekanligi; qandli diabet kasallarida psixik salomatlik, internallik va shaxsiy xavotirlanish shkalasining past ko'rsatkilari, eksternallik ko'rsatkichining yuqori darajasi; bronxial astma kasalliklarida eksternallikni quyi darajasi va internallik, disforlikni yuqori darajasi; yosh tafovutlari aniqlandi.

XULOSA

Psixosomatik kasalliklarda nevroitik buzilishlar diagnostikasi va psixokorreksiyasini o'rganish bo'yicha olib borilgan kompleks tibbiy-psixologik tadqiqotlar quyidagi xulosalarga kelish imkonini berdi.

1. Bemorning davolashga moyilligi uning psixologik holati va davolash samaradorligini o'zi tomonidan idrok qilinishi bilan bog'liq. Shu narsa aniqlandiki, emotsional buzilishlar mavjud bo'lgan bemorlarda mazkur holatlar mavjud bo'lmagan bemorlarga nisbatan davolanishga moyillik nihoyatda past darajadali aniqlandi.

2. Emotsional holat o'zgarishlari bemorlarda ikkilamchi profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarini amalga oshirishda ta'siri aniqlangan. Xususan, depressiya, nevroz va xavotirlanish mavjud bo'lgan psixosomatik kasalliklar bilan og'rikan bemorlar sog'lom turmush tarzi qoidalariga rioya qilmasliklari, o'z vaqtida shifokor ko'rsatmalariga amal qilishni istamasliklari, chekishdan voz kechish, jismoniy faollik rejimini tutishga moyillikning yo'qligi bilan ajralib turadilar. Shu narsani afsus bilan ta'kidlash mumkinki, psixosomatik kasalliklar bilan og'rikan bemorlarda depressiya va nevroz holati uzoq vaqt mobaynida diagnostika qilinmasdan va buning oqibatida davolanmasdan yoki korreksiya qilinmasdan qolib ketmoqda.

3. Psixosomatik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarning psixoemotsional holatlari kasallikning kechish xarakteri, darajasi va davomiyligiga bog'liq.

4. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda nevroz va depressiya darajasining yuqoriligi bemorlarning hayot sifatiga, hayot tarziga, xis-tuyg'ularini namoyon qilaolmaslik, og'riqlarni fojiaga aylantirish, xavotirlanish darajasini oshishiga olib keladi.

5. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning psixoemotsional xususiyatlari sog'lom kishilarga nisbatan yuqori darajadagi xavotirlanish, depressiya, nevroz holati, aleksitimiya, og'riqlarni fojialarga aylantirish qo'zg'aluvchanlik, davolanish samarasiga ishonmaslik, mehnat faoliyatida va oilada kommunikativ buzilishlar kuzatiladi.

6. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar hayot tarziga somatik kasallikning ta'sirini cheklangan kuch va energiya hissi, jismoniy jozibadorlikning pasayishi, kamchilik tuyg'usining shakllanishi, ishda, oilada va munosabatning yomonlashishi, bo'sh vaqtning cheklanishi, karyera cheklanishi, moddiy zarar kabi ta'siri kuzatildi.

7. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarimiz salomatligi ruhiy va jismoniy sifatining pasayishi kuzatildi. Hayot sifati ko'rsatkichlari o'zgarish darajasi bemorlarning yoshi, kasallik nozologiyasi bilan chambarchas bog'liq. Bemorlarda o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, yurish, zinapoyaga chiqish, og'ir yuklarni ko'tarishning cheklanishi, kundalik vazifalarni bajarishdagi qiyinchiliklar, og'riq tufayli uyda va uydin tashqarida ishlashga sezilarli darajada cheklanishi, bemorlar tomonidan hozirgi paytda ularning sog'lig'i holati va davolash istiqbollari baholashning pastligi, kasallik tufayli tez charchashi, hayotiy faoliyatning pasayishini ko'rsatdi.

8. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda kasalligi tufayli bo'layotgan og'riqlarni fojiaga aylantirish darajasi oshishi, shu og'riq haqida o'y-xayollarga berilishi, og'riq kuchini bo'rtirishi va bu og'riqlarga umidsizlik, ojizlik xissining oshishi, his tuyg'ularini aniqlashdagi qiyinchiliklar, so'z bilan ifodalay olmasligi oshish kasallik bilan bog'liq vaziyatli xavotirlanishi ham oshadi.

9. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan ayollarda jismoniy faollik, umumiy salomatlik darajasi, psixik salomatlik, salomatlikni jismoniy komponenti, hayot sifati kabi ko'rsatkichlar ustunlik kuzatilgan bo'lsa, erkaklar esa karyera cheklanishi, jismoniy jozibadorlikni pasayishi, hissiyotlarni tasniflashdagi qiyinchiliklar kabi shkalalarda ustunliklar kuzatildi.

10. Bemorlarning yoshi kattalashgan sayin ular da nevroz va depressiv holatlari oshishi, jismoniy faollik, rolli faollik, og'riqning kuchliligi, umumiy salomatlik, hayot faolligi, emotsional faollik, psixik salomatlik, salomatlikning jismoniy va ruhiy komponenti va hayot sifati ko'rsatkichi pasayadi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Psixosomatik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda davolash—profilaktika va reabilitasiya jarayonlari albatta o‘z tarkibiga tibbiy usullar bilan bir qatorda psixokonsultativ va psixokorreksion tadbirlarni kiritishi lozim.

2. Psixokorreksiya va psixoterapiyaning aynan qaysi usul bemorga to‘g‘ri kelishini shifokor va psixologlar birgalikdagi xamkorlikda aniqlab berishlari lozim. Ta’kidlash joizki, psixologik yordam birinchi o‘rinda dardning asl sabablarini izlashga qaratilgan bo‘lishi lozim, bu holda uning davolash ta’siri kuchayadi.

3. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar reabilitasiyasida shifokorlar va psixologlar hamkorligini yo‘lga qo‘yish mazkur toifa bemorlarning to‘liq tibbiy-psixologik reabilitasiyasini ta’minlashga xizmat qiladi.

4. Psixosomatik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda psixokorreksion usullarni tanlashda kasallik xususiyatiga alohida e’tibor qaratish lozim. Kardiologik kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda musiqa bilan davolash, artterapiya, xulq-atvor terapiyasi, gastroduodenal patologiyalarda autotrening, analitik psixoterapiya, relaksaqiya, oilaviy psixoterapiya, endokrin kasalliklarida autotrening, kognitiv-bixevioral terapiya usullaridan foydalanish bemorlar psixoemosional holatlarida ijobiy o‘zgarishlarga olib keladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;35(3):195–208. doi:10.1002/da.22711.
2. Freedenberg V., Thomas S.A., Friedmann E. Anxiety and depression in implanted cardioverter-defibrillator recipients and heart failure: a review. *Heart Fail. Clin*. 2011. 7(1): 59–68.
3. Suzuki T., Shiga T., Kuwahara K., Kobayashi S., Suzuki S., Nishimura K., Suzuki A., Ejima K., Manaka T., Shoda M., Ishigooka J., Kasanuki H., Hagiwara N. Prevalence and persistence of depression in patients with implantable cardioverter defibrillator: a 2-year longitudinal study. *Pacing Clin. Electrophysiol*. 2010; 33 (12): 1455–1461.
4. Takeichi M, Sato T. Studies on the psychosomatic functioning of ill-health according to Eastern and Western medicine. 4. The verification of possible links between ill-health, lifestyle illness and stress-related disease. *Am J Chin Med*. 2000;28(1):9-24. Doi: 10.1142/S0192415X00000040. PMID: 10794113.
5. Yegorova E. B., Kizim A. S. Negative emotional displays at teenagers with different somatic illnesses //welcome message. – 2017. – с. 454.
6. Абабков В. А. И др. Клиническая психология. – 2007.
7. Абидова Д. С. Психологияда психотерапевтик даволаш методлари ва усуллари //scientific aspects and trends in the field of scientific research. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 1-4.
8. Арпентьева М. Р. Психология здоровья: базовые установки обучения //Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2018. – №. 2 (9). – С. 84-101.
9. Астафьева Н. Г. И др. Психологические дисфункции у женщин с бронхиальной астмой //Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – Т. 16. – №. 2. – С. 71-86.

10. Бакина Ю. А., Богушевская Ю. В. Психологическая диагностика отношения к болезни при соматизированных расстройствах //Молодежь-практическому здравоохранению. – 2019. – С. 381-387.

11. Балашкевич Н. А. И др. Алекситимия и психосоматизация у больных острым коронарным синдромом //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №. 4. – С. 50-52.

12. Белокрылова М. Ф., Мучник М. М. Алекситимия и соматизация: уровень алекситимии у больных с функциональными кардиоваскулярными расстройствами //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – №. 1. – С. 39-42.;

13. Беялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта //М.: медпресс-информ. – 2005.

14. Беспалов Ю. И. И др. К вопросу о психосоматических заболеваниях //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 2-2. – С. 74-76.

15 Боговин, Л. В. (2010). Психосоматические взаимодействия у больных бронхиальной астмой (обзор литературы). Бюллетень физиологии и патологии дыхания, (37), 65-71.

16. Будневский А. В. Исследование и анализ психосоматических соотношений в клинике внутренних болезней и алгоритмизация их коррекции : дис. – Воронежский государственный технический университет, 2005.;

17. Будневский А. В., Бурлачук В. Т., Семьнина Н. М. Исследование психосоматических особенностей у больных гипертонической болезнью //Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17. – №. 1. – С. 178-182.

18. Буневский А. В. Исследование и анализ психосоматических соотношений в клинике внутренних болезней и алгоритмизация их коррекции : дис. – Воронежский государственный технический университет, 2005.;

19. Вахрушева И. А. Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта //СПб., 2004.–18 с. – 2004.

20. Великанов А. А. И др. Особенности психоэмоциональной сферы пациентов с ишемической болезнью сердца: обзор исследований //Психология. Психофизиология. – 2020. – Т. 13. – №. 1. – С. 23-33;

21. Великанов А. А. Структура и динамика эмоциональных состояний у больных ишемической болезнью сердца в период лечения в стационаре : дис. – спб., 2009. 190с, 2009.

22. Великанова Л. П., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) //Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – №. 4. – С. 79-91.

23. Власов Н. А. Когнитивно-поведенческая психотерапия: исторический аспект //Человеческий фактор: социальный психолог. – 2020. – №. 2. – С. 7-12.

24. Волчанский М. Е., Деларю В. В., Болучевская В. В. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – №. 2 (42). – С. 3-5.

25. Воронина С. Н. Роль психологических факторов в развитии соматического заболевания у детей дошкольного возраста (на примере бронхиальной астмы) : дис. – Ярославский государственный педагогический университет им. КД Ушинского, 2006.

26. Галицына Е. Ю. Особенности личности и психологической защиты детей, страдающих бронхиальной астмой //Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2015. – №. 4. – С. 163-173.

27. Галицына Е. Ю. Особенности семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести //Ученые записки спбгму им. ИП Павлова. – 2016. – Т. 23. – №. 3. – С. 44-46.

28. Гарганеева Н.П., Тюкалова Л.И., Белокрылова М.Ф., Рахматуллина Ю.А., Лукьянова М.А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с тревожными и депрессивными расстройствами: пути оптимизации // Ученые записки спбгму им. И. П. Павлова. 2013. №3.;

29. Геппе Н. А., Каганов С. Ю. Национальная программ" Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика" и ее реализация //Пульмонология. – 2002. – №. 1. – С. 38-42.

30. Горская Е. А. Психологические особенности детей и подростков, больных бронхиальной астмой (в связи с задачами профилактики психосоматических расстройств). – 2005.

31. Грехов Р. А. И др. Психосоматические основы тревожно-депрессивных нарушений у больных ревматическими заболеваниями //Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330. – №. 8. – С. 69-72.

32. Грехов Р. А. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у ревматологических пациентов. – 2010.

33. Гуреева И. Л. Личностные особенности кардиологических больных с паническим расстройством //Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2008. – №. 3. – С. 487-491;

34. Гуреева И. Л. Психологические особенности пациентов с ишемической болезнью сердца, предрасположенных к паническим атакам : дис. – Санкт-Петербургский государственный университет, 2009.

35. Гусова А. Д., Хаблиева Е. А. Психосоматическое нарушение личности //Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5. – №. 2 (15). – С. 210-214.

36. Демина С. Н., Сухоносков А. П. Психолого-педагогическое сопровождение семьи как фактор обеспечения психологической безопасности образовательной среды и психологического здоровья ребенка с психосоматическими проблемами //Организационные и психолого-педагогические проблемы безопасности личности и социальной среды. – 2018. – С. 88-94.

37. Дробижев М. Ю. И др. Медицинская психосоматика. По поводу одной даты //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – №. 2. – С. 73-80.

38. Дроздова И. В., Дроздов В. А. Психозэмоциональный стресс как фактор риска у больных артериальной гипертензией //Международный медицинский журнал. – 2008.;

39. Ермакова Л. А. Динамика познавательных процессов и эмоционально-личностных характеристик у больных с приобретенными ревматическими пороками сердца. – 2004.

40. Заболотских Т. В., Баранзаева Д. Ч., Мизерницкий Ю. Л. Клиническая эффективность психокоррекции в комплексной терапии детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма-школе //Аллергология. – 2003. – №. 3. – С. 8-16.;

41. Зимовина Е. В., Захарян А. В. Историко-психологический анализ проблемы телесности в отечественной психологии //Гуманитарные исследования в XXI веке. – 2020. – №. 1. – С. 20-25.

42. Зябкина И. В. Внутренняя картина здоровья и внутренняя картина болезни //Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. – 2021. – Т. 7. – №. 1. – С. 126-137.

43. Илхамова Д.И. Половозрастные особенности отношения личности к болезни при сердечно-сосудистых заболеваниях (на примере больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией)// Автореф. дисс. канд. психол. н. - Т. 2003.-22 б.;

44. Ильенкова Н. А., Черепанова И. В., Вохмина Т. А. Проблемы приверженности терапии у детей с бронхиальной астмой //Педиатрическая фармакология. – 2016. – Т. 13. – №. 6. – С. 565-570.

45. Ислами А. И. Психосоматика: психология болезней и психология здоровья //Психодиагностика, консультирование и посредничество в профессиональных и непрофессиональных отношениях. – 2018. – С. 193-202.

46. Казакова И. А. Комплексный анализ качества жизни у больных, находящихся на программном гемодиализе в Удмуртской республике //Нефрология. – 2015. – Т. 19. – №. 4. – С. 59-66;

47. Казакова И. А. Психологическая диагностика и коррекция эмоциональных нарушений при хроническом гастрите: дис. – Санкт-Петербургский государственный университет, 2009.

48. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. – Издательский дом "Питер", 2011.

49. Козачун В. Л. Коррекция внутренней картины болезни у детей с бронхиальной астмой //Вісник післядипломної освіти. – 2011. – №. 3. – С. 300-305.

50. Козачун В. Л. Психологическая коррекция внутренней картины болезни у детей с бронхиальной астмой и оценка ее эффективности //От истоков к современности. – 2015. – С. 279-282.

51. Козачун В. Л. Психологическая коррекция вторичного значения в структуре внутренней картины болезни при соматическом заболевании (на примере бронхиальной астмы) //Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. – 2015. – Т. 1. – №. 4. – С. 153-161.

52. Колесников, Д. Б., Рапопорт, С. И., & Вознесенская, Л. А. (2014). Современные взгляды на психосоматические заболевания. Клиническая медицина, 92(7), 12-18.

53. Комиссарова О. А. Проблема психологического здоровья и психосоматики в современном обществе //Москва. – 2022. – Т. 28. – С. 14-16.

54. Копылов Ф. Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий) //Дисс. Докт. Мед. Наук. М.–2008. – 2009.;

55. Королева Е. Г. Роль психолога в психосоматической медицине //Редакционная коллегия. – 2020. – Т. 18. – С. 205.

56. Коршунов Н. И. И др. Ревматоидный артрит как психосоматическое заболевание //Научно-практическая ревматология. – 2015. – Т. 53. – №. 5. – С. 469-471.

57. Кравцова Н. А. И др. Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами. – 2009.

58. Кравцова Н. А. И др. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств //Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – №. 4 (54). – С. 48-55;

59. Кравцова Н. А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств. Патогенный психосоматический фенотип. – 2013.

60. Краснов В. Н. И др. Расстройства аффективного спектра при бронхиальной астме и их терапевтическая коррекция //Доктор. Ру. – 2010. – №. 4. – С. 34-38.

61. Кремлева О. В. Психотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоциального подхода) //Автореф. Дисс.... Д-ра мед. Наук. – 2007. – Т. 19. – №. 04.

62. Кривоногова Т. С. И др. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме у детей //Вестник Российской академии медицинских наук. – 2015. – Т. 70. – №. 5. – С. 509-512.

63. Кукшина А. А. И др. Особенности психоэмоционального состояния и психотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2017. – Т. 94. – №. 3. – С. 54-61.

64. Лазарева Е. Ю. Клинико-психологические особенности адаптационного потенциала личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями //дис. На соиск. Уч. Степ. Канд. Психол. Наук/ЕЮ Лазарева. – 2016.

65. Ларионов П. М. Психосоматические отношения при артериальной гипертензии //Российский кардиологический журнал. – 2020. – №. 3. – С. 121-128.

66. Лиджи-Горяева А. А. Классификация психосоматических расстройств //Инновационная наука. – 2020. – №. 1. – С. 116-119.

67. Лукина Ю. В., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. – №. 1. – С. 91-95.

68. Малкина-Пых, И. (2008). Диабет. Освободиться и забыть. Навсегда. Litres.

69. Мамедов М. Н. И др. Анализ психосоматического статуса пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в России и странах ближнего зарубежья во время карантина //Profilakticheskaya Meditsina. – 2022. – Т. 25. – №. 1.

70. Манухина Н. М. Система отношений больных с эндокринной патологией в период обострения их заболевания. – 2003.

71. Мирзаева Н. А., Мирзаева Ш. Р., Минаварова Ш. А. Роль позитивного мышления в психологии здоровья //Теория и практика современной науки. – 2017. – №. 10 (28). – С. 130-134.

72. Мукашева К. К. Применение Авторской методики «Кобызотерапии» в лечении и реабилитации больных зависимых от ПАВ. Научнопрактический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии» //Москва–Павлодар. – 2010. – Т. 16. – №. 1.

73. Немировский В. С., Макиенко В. В., Соловьева О. И. Особенности психосоматического состояния больных ревматоидным артритом на фоне лечения дисбиоза кишечника //дни ревматологии в санкт-петербурге-2018. – 2018. – с. 150-151.

74. Ненашева Н. М. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и терапии бронхиальной астмы 2016: что нового? //Практическая пульмонология. – 2016. – №. 3. – С. 3-10.

75. Никольская Т. И., Галицына Е. Ю. Дифференцированные направления психологической коррекции в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой //Педиатр. – 2017. – Т. 8. – №. 4. – С. 105-110.

76. Ничипоренко Н. П. Система стабилизации личности как фактор этиологии психосоматического процесса и совладания с болезнью //Практическая медицина. – 2015. – №. 5 (90). – С. 46-50.

77. Орлов Ф. В., Голенков А. В., Иванова О. Ю. Медицинская психология. – 2020.
78. Охматовская А. В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма). – 2001.
79. Перцева Т. А., Гашинова Е. Ю., Губа Ю. В. Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции //Пульмонология. – 2013. – №. 2. – С. 81-84.
80. Провоторов В. М. И др. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией //Пульмонология. – 2000. – №. 3. – С. 30-35.
81. Провоторов В. М. И др. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией //Кардиология. – 2001. – Т. 41. – №. 2. – С. 46-49.;
82. Русякова Е. Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции //спб.: спбгу. – 2004.
83. Салимова Н.Р., Абсеитова С.Р. Азбука психосоматики. - Т. 2014. Б.4.;
84. Сапожникова И. Е., Тарловская Е. И., Девярых М. А. Внутренняя картина болезни у пациентов с сахарным диабетом //Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29. – №. 1. – С. 90-96.
85. Серопегин А. В. Психосоматические аспекты внутренней картины болезни при ревматоидном артрите и их коррекция методом функционального биоуправления с биологической обратной связью : дис. – ГОУВПО" Волгоградский государственный медицинский университет", 2008.
86. Сидоров П. И. И др. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете типа 1 //Проблемы эндокринологии. – 2004. – Т. 50. – №. 3. – С. 3-6.
87. Смирнова С. В., Залевский Г. В. Психологические особенности матери как фактор формирования психосоматического заболевания ребенка (на примере бронхиальной астмы) //Сибирский психологический журнал. – 2009. – №. 32. – С. 78-81.

88. Сухова Е. В. Психологическая коррекция больных бронхиальной астмой в рамках "Астма-Школы" //Психология и психотехника. – 2014. – №. 4. – С. 428-436.

89. Ташлыков В. А. Особенности клиники и терапии депрессии при ревматоидном артрите //Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ Мечникова. – 2010. – Т. 2. – №. 1. – С. 83-85.

90. Толоконин А. О. Модели патогенеза психосоматических расстройств и концепция психосоматического сценария //Медицинский вестник Юга России. – 2023. – Т. 14. – №. 2. – С. 61-66.

91. Трифонова Е. А. Психосоциальные факторы нарушения психической адаптации и качества жизни больных инсулинозависимым сахарным диабетом: дис. – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрол. Институт им. ВМ Бехтерева, 2005.

92. Трофимов В. И., Безруков Ю. Н. Психосоматические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни //Архив внутренней медицины. – 2015. – №. 5. – С. 55-61.

93. Федосеев Г. Б. И др. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы: механизмы формирования, особенности диагностики, клиники и лечения //Российский аллергологический журнал. – 2009. – №. 3. – С. 26-38.

94. Фурманов И. А. И др. Первичная профилактика психосоматических заболеваний с помощью системы психологических технологий. – Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины, 2015.

95. Ходжаева З. К. Применение арт-терапии у больных с психосоматическими нарушениями с целью здоровьесбережения //Вестник науки и образования. – 2023. – №. 1-1 (132). – С. 102-105.

96. Хомуленко Т. Б. Потенциал теории установки для исследований в психосоматике и психологии здоровья //Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія. – 2011. – №. 47. – С. 218-221.

97. Цыган А. В. И др. Особенности психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом //Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – №. 2. – С. 37-42.

98. Чапала Т. В. Психологические факторы риска в клинической динамике ишемической болезни сердца : дис. – Самара : автореф. Дис.... канд. Психол. Наук, 2012.

99. Чучалин А. Г. И др. Национальная программа" Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". – 2012.

100. Яценко Т. А., Наконечная Е. В. Психологические факторы психосоматических заболеваний //Молодёжь Сибири-науке России. – 2017. – С. 390-391.