

DEPRESSIYA VA TASHVISH SINDROMLARIDA HAMSHIRALIK YONDASHUVI.

*Zomin Abu Ali Ibn Sino nomli jamoat salomatligi texnikumi
kattao'qituvchisi.*

Egamqulova Gulnoza Tolibjon qizi.

Anotatsiya: *Shizofreniya — bu ruhiy faoliyatning chuqur buzilishi bilan kechadigan surunkali psixik kasallik bo'lib, asosan tafakkur, idrok, emotsional soha va ijtimoiy moslashuv jarayonlarida og'ishlar bilan namoyon bo'ladi. Ushbu maqolada shizofreniyaning etiologiyasi, klinik belgilari, tashxis mezonlari va kechish shakllari yoritilgan. Kasallikning bemor shaxsiy hayoti, oila va jamiyatga ko'rsatadigan ijtimoiy ta'siri alohida o'rganilgan. Shuningdek, zamonaviy psixofarmakologik davo, psixoterapevtik yondashuvlar hamda hamshiralik parvarishining o'рни va ahamiyati haqida ma'lumot berilgan. Mazkur bayon shizofreniya bilan og'rig'an bemorlarni kompleks davolash, ularga tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishda hamshiralarning kasbiy yondashuvini rivojlantirishga xizmat qiladi.*

KIRISH

Ko'proq 18—35 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi. Kasallik alohida nozologik shaklga ega bo'lguniga qadar ko'pgina psixiatr olimlar tomonidan o'rganilgan. Nemis psixiatri Ye. Krepelin 1898-yil birinchi marta ushbu kasallikni „Ilk esi pastlik“ deb nomlagan. 1911-yil Shveysariya psixiatri Ye. Bleyler bu ruhiy kasallikning klinik kechishini yanada chuqurroq o'rganib, uning asosida assotsiativ jarayonlarning buzilishlari yotishini, buning oqibatida esa ruhiyatning parchalanishini asoslab, kasallik nomini shizofreniya deb atagan. Haqiqatan ham shahrining asosida fikrlash, mulohaza yuritish jarayonining buzilishi yotadi. Kasallik ko'pincha zimdan, asta-sekin boshlanadi. Shizofreniya ko'pincha odamovi, kamgap, hissiyotlari sust fe'latvorli kishilarda rivojlangani uchun ham ular atrofida kishilarda ancha vaqtgacha hech qanday shubha uyg'otmaydi. Bemor, odatda, tez toliqish, quvvat, g'ayrat va havas pasayganidan shikoyat qiladi, uni faollashtirishga javoban, serzarda va injiqlik qiladi. Bu shaxsning o'ziga xos asteniya holatidir. Bu holat boshlanishida o'ziga xos hissiy buzilishlar, kayfiyatning besabab o'zgarishi, loqaydlik, vahimaga tushish kuzatiladi. Odamovilik kuchayadi, bemor jamiyatdan butunlay chetlashib qoladi; injiqlik, o'chakishish, sababsiz vahimaga tushish kuchayadi. Qo'rquv va miyadan ketmaydigan „shilqim fikrlar“ oqibatida irim sifatlari paydo bo'ladi. Mas, ishxonaga sog'omon yetib



olishi uchun ostonadan chiqqach, chap yelka tomonga qayrilib uch marta tuflab olish va hokazo. Bemorning fikrlari borgan sari o‘z-o‘zidan quyulib kelaveradigan bema’ni va befoyda mulohazalar quyunidan (mentizm) iborat bo‘ladi. Masalan, bemor tun-u kun nega odamda ikkita oyog‘-u, hayvonlarda to‘rtta deb, o‘ylab yuraveradi. Bu davrda ko‘pincha kuchli bosh og‘rig‘i, uyqu buzilishi kuzatiladi. Asta-sekin kasallikning ilk davri uning rivojlangan bosqichiga o‘tadi, bunda bemorning fikr-mulohazalari, tafakkuri ayniydi. U o‘zining atrofidagi ko‘rib turgan narsalarini bema’ni ichki hissiyotlari bilan bog‘laydi; ramziy (simvolik) mulohazalar paydo bo‘ladi, bunda bemor atrof-muhitdagi narsalarga, mavjud voqeaga boshqacha ma’no bera boshlaydi. Masalan, stol ustida yotgan pichoq go‘yo uni kimdir o‘ldirmoqchi bo‘layotgani haqida ogohlantirishdek tuyuladi. Fikrlar uzuqligi (shperrung), bir-biriga ma’nosiz (paralogik, alogik) mulohazalar yuritish, gap o‘rtasida hech qaysi tilda ishlatilmaydigan yangi so‘zlarni ishlatish (neologizm), bir xil so‘zlarni qaytaraverish (perseveratsiya), bir vaqtning o‘zida bir-biriga qarama-qarshi ma’nodagi fikrlarni aytish (fikrlar ambivalentligi) – bular hammasi shahriga xos tafakkur buzilishlaridir. shahrida hissiyotlar ambivalentligi ham ko‘p uchraydi; bemor o‘zining yaqin kishilari (ota-onasi va hokazo)ga qarama-qarshi munosabatda (mehrğa nisbatan nafrat va bemehrlik) bo‘ladi. Ba’zan hissiy tubanlashuv alomatlari (apatiya) yuzaga keladi, iroda susayadi (abuliya), bemor butunlay uydan chiqmay qo‘yadi, hatto o‘ziga ham befarq bo‘lib qoladi (apatoabulik holat). Xulq-atvor butunlay ayniydi, mayl buzilishlari (ovqat, jinsiy hirs buzilishlari) vujudga keladi. Negativizm va katotonik belgilar kuzatiladi. Shu bilan bir qatorda shahriga idrok etishning turli xil aldanishlari (illyuziya va gallyutsinatsiyalar) paydo bo‘lishi xos. Bunga senestopatiyalar (badanning turli qismida noxush sezgilar paydo bo‘lishi) hamda „tovush eshitish“, „hid kelishi“, „ta’mining paydo bo‘lishi“, „tana ichidagi sezgilar“ gallyutsinatsiyalari kiradi. Bemor aslida yo‘q so‘kish, do‘q, po‘pisa va buyruq ovozlari eshitadi, chirish, achish va boshqalar noxush hidlarni sezadi va hokazo. Vasvasa g‘oyalari yuzaga chiqadi, bu ko‘pincha „ta’qib qilish“, „munosabat“ va „ta’sir etish“ tarzida namoyon bo‘ladi. Bu psixik avtomatizm hodisasi bo‘lib, bunda bemor o‘zida kechayotgan ruhiy jarayonni „begonadek“, uning fikr va mulohazalari, harakatlarini qandaydir yot kuchlar „zo‘rlab“ boshqarayotgandek tuyuladi. Bu esa ko‘pincha depersonalizatsiya („men“ – „men emas“) tarzida kechib bemor o‘zining tashqi ko‘rinishi, tovushi yoki butun tanasini begonanikidek his etadi va hokazo shahrining mavjud klinik belgilari ichida muayyan alomatlarning birinchi o‘rinda ustun bo‘lib ko‘rinishini hisobga olib uning quyidagi turlari farq qilinadi. Shizofreniyaning klinik kechishi xilma-xil bo‘ladi. To‘xtovsiz davom etib turadigan shaklida klinik



belgilar asta-sekin kuchayib, zo'rayib borish bilan o'tadi. Bunda bemorning ahvoli yaxshilanib qolganini ko'rsatadigan belgilar bo'lmaydi. Kasallik davomida nevrozsimon vasvasali gallutsinator, gebefrenik va katatonik alomatlar kuzatiladi. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shaklida kasallik to'satdan qisqa muddatda psixozlar boshlanib qoladi. Bundan keyin yana musaffolik davri boshlanadi. Bu shaklida shaxsiyat asta-sekin o'zgarib boradi. Bu shakl ko'proq o'smirlik davridan boshlanadi. Dastlab asabiylashish, ortiqcha fikrlash va miyadan ketmaydigan xayollar paydo bo'lishi bilan kechadi. Nihoyat, xurujsimon-progrediye shakli bunda kasallik xurujlar bilan bo'lib turadi va uzoqroq davom etadi. Xurujlar o'tib ketgandan so'ng, kasallik belgilari susayib qoladi va yo'qolib ketadi. Bu shaklida shaxsiyat o'zgarishi, aql pastlik tobora zo'rayib boradi. Kasallik vasvasalar va gallutsinatsiyalar bilan kechadi. Bu shakli 25 yosh va undan katta yoshdagilarda uchraydi. Shizofreniyada bemorlar fikrlari sayoz, nutq va yozuvi maqsadsiz, tartibsiz bo'ladi. Fikrlash qobiliyati pasayadi, bemorlar ezma, quruq safsataboz bo'lib qoladi. Avval nevrozsimon o'zgarishlar paydo bo'lib, bemorning kayfiyati o'zgarib turadi. Bunday bemorlar biror sabab bo'lmasdan, har joyi og'rib turishidan, tez charchab qolishidan shikoyat qiladi. Bemorning yurish-turishi va xatti-harakatlarida beparvolik, xudbinlik, kamgaplik ko'zatiladi va unda atrofdagilardan qochib yurishga moyillik bo'ladi. Bugungi globallashuv jarayonida insonlar hayotida stress, tashvish va depressiya kabi ruhiy buzilishlar ko'payib bormoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, depressiya dunyo bo'yicha 280 milliondan ortiq kishida uchraydi va mehnat qobiliyatining pasayishiga, ijtimoiy moslashuvning buzilishiga hamda o'z joniga qasd qilish holatlarining ortishiga sabab bo'lmoqda. Tashvish sindromlari ham depressiya bilan chambarchas bog'liq bo'lib, asosan yurak urish tezlashuvi, qo'rquv, uyqusizlik, ichki bezovtalik bilan namoyon bo'ladi. Bu kasalliklarda shifokor bilan bir qatorda hamshiralik yondashuvi alohida ahamiyatga ega. Hamshira bemorning ruhiy holatini kuzatadi, psixologik qo'llab-quvvatlaydi, dori terapiyasini nazorat qiladi va profilaktik tadbirlarni amalga oshiradi. So'nggi yillarda olib borilgan ilmiy izlanishlar hamshiralarning ruhiy salomatlikni qo'llab-quvvatlashdagi rolini ko'rsatmoqda. Masalan: Beck va Hamilton shkalalari asosida hamshira depressiya va tashvish darajasini baholashda faol ishtirok etishi mumkin. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) amaliyotida hamshiralar shifokor bilan hamkorlikda bemorga salbiy fikrlarni o'zgartirishda yordam berishi muhimligi qayd etilgan. O'zbekistonda esa psixiatriya va narkologiya sohasida ruhiy salomatlikni mustahkamlash bo'yicha profilaktika ishlari olib



borilayotgani kuzatiladi, ammo amaliyotda hamshiralarning roli hali yetarlicha keng qamrab olinmagan

ASOSIY QISM

Oddiy turi

Shizofreniyaning oddiy turida – bemor beparvo, kamgap, serjahl va kam harakat bo‘lib qoladi. Bu turda yakka qolish, xonalardan chiqmay, bir o‘zi o‘tirish istagi ko‘proq bo‘ladi. Kasallik o‘smirlik davrida boshlanadi va sust kechadi. Bunda gallutsinatsiyalar va vasvasalar bo‘lmaydi. Bu turda bemorlar aytilgan gaplarning teskarisini bajarishga harakat qiladilar. Masalan, og‘zingni och desa, u og‘zini yopib oladi. Bunday holatga negativizm deyiladi.

Katatonik turi

Shizofreniyaning katatonik turida – bemorlar harakatida katatonik qotib qolish yoki katatonik qo‘zg‘aluvchanlik bo‘ladi. Bemorlar bir joyda qimirlamasdan qotib turadi va bitta so‘z yoki harakatni hadeb takrorlayveradi. Bemor so‘zlarni, jummalarni baqirib aytadi, gaplariga tushunib bo‘lmaydi. Bemor oyoq qo‘llarni bukkan holda, gavgaga yaqinlashtirib oladi va uzoq vaqt shunday tinch gapirmay o‘tiradi, bu mutizm deb ataladi.

Paranoid turi

Shizofreniyaning paranoid turi – bunda bemorlar hech kimning gapiga ishonmaydi, hamma shubha bilan qaraydi. O‘ziga qarshi tashqaridan jismoniy ta’sirlarni sezgandek bo‘ladi. Bunday bemorlar, odamlar meni o‘ldiradi, ovqatimni zaharlab qo‘yadi, deb shubha bilan yurishadi. Ba’zi bemorlar esa menga mashinalar radioto‘lqin yuborayapti, deb o‘ylashadi. Bu turdagi vasvasalar ko‘proq 20—30 yoshdan boshlab uchraydi. Ipoxondrik vasvasalar bor bemor o‘zining ichki a’zolarida o‘zgarishlar sezadi. Bularga yuragim urishdan to‘xtab qoldi yoki ichagim yorilib ketgan, deb takrorlayveradi. Kasallikning bu turida tez-tez gallutsinatsiyalar bo‘lib turadi. Bemorlar turli ovozlar, buyruqlarni eshitib, ularni bajarmoqchi bo‘ladilar, bu Kandinskiy-Klerambo alomati deb ataladi.

Gebefrenik turi

Shizofreniyaning gebefrenik turi – bunda bemorlar quruq safsatabozlik, mantiqsiz qiliqlar qiladi. Bemorlar aftini burishtirib, so‘zlarini, qiliqlarini sun’iy takrorlab turadi. Shizofreniyaning bir turi ikkinchi bir turiga almashib turadi. Gebefrenik turi va oddiy turlari og‘irroq bo‘lib kechadi. Katatonik turi esa yengil kechadi.

Davolash usullari

Shizofreniyaning davolashda insulin, sulfazin, aminazin va gipnoz usullari keng qo‘llanadi. Insulin terapiyada moddalar almashinuvida ma’lum o‘zgarish yasab, zaharlanishni kamaytirishdir. Insulin bilan davolashni boshlashdan



oldin bemorlardan nahorda qon olib, qondagi qand miqdori tekshiriladi. Organizmga yuborilgan insulin qondagi qand miqdorini kamaytirib yuboradi. Me'yorda qondagi qand miqdori nahorda aniqlanganda, 9,0—11,0 g/l yoki 3,3—5,5 mmol/l ga teng. Insulin yuborilganda, qondagi qand miqdori anchagina kamayib ketadi, bushok holatideb ataladi yoki gipoglikemik koma holati boshlanadi. Shokni keltirib chiqaruvchi o'rtacha insulin dozasi 80—100 tb ni tashkil etadi. Ba'zi hollarda, 30 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati boshlanadi yoki 150—180 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati qayt etilmaydi. Shok holatini paydo qilish uchun esa astasekinlik bilan insulin dozasini oshirib borish tavsiya etiladi. Insulin teri ostiga avval 4—8 tb dan boshlab va har kuni 4 tb dan ko'tarib borish kerak. Bemorda shok holati paydo bo'lmaguncha, insulin dozasini oshirib borish kerak. Qaysi dozada shok holati boshlansa, shu dozada to'xtatiladi. Davo kursi 25—30 insulin shokidan iborat. Shok holatiga tushganda, bemorlar tashqi ta'sirotlarga javob reaksiya ko'rsata olmaydi. Bemorlarning ko'z qorachiq-lari kengaygan bo'ladi, badani terlaydi. Shunday qilib, bemorlar 30—40 daqiqa shok holatida ushlab turiladi. Keyin esa 40% 30—40 ml glukoza eritmasidan olib, tomir ichiga asta-sekin yuboriladi va shok holatidan bemorni chiqarib olinadi. Shuncha glukoza eritmasi yuborilgandan keyin, bemor o'ziga kelib, 1—2 daqiqa ichida eshushi joyida bo'lgandan keyin, 100—200 g qand eritib nonushta qilinadi.

Hamshira bemorning ovqat yeyayotganini kuzatib turishi kerak. Ko'pgina bemorlar shok holatidan keyin ham karaxt bo'lib turadi va ovqatni yeya olmaydi, og'zidan tushib ketadi. Agar bemorga glukoza eritmasi yuborilgandan keyin 20—30 daqiqa davomida o'ziga kelmasa, yana tomir ichiga 40% 30—40 ml glukoza eritmasi yuborish kerak. Ba'zan esa teri osti 0,1% 0,5—0,7 ml adrenalin eritmasidan in'eksiya qilinadi. Shok holatidan keyin bemorning ichki kiyimi almashtiriladi. Agar bemorning tomir ichiga glukoza eritmasini yuborishning iloji bo'lmasa, unda qand sharbatini zond orqali yuborish tavsiya etiladi. Insulin shok holati boshlanishi oldidan ba'zi bemorlarda gavda, qo'l-oyoqlarda va yuzdagi mushaklarda uchish, tortishib turish va epileptiform tutqanoq kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, kunning ikkinchi yarimida shok holati takroran bo'lib qolishi mumkin. Shuning uchun hamshiralar har doim bemorlarning ahvolini nazorat qilib turish, ovqatlantirish va birinchi tibbiy yordam ko'rsatishga tayyor turishlari kerak.

Neyroleptiklar bilan davolash

Katatonik va katatonik-paranoid holatlarda neyroleptiklar: majeptil (kuniga 60—80 mg dan), leponeks (kuniga 200—400 mg dan), ko'p miqdorda aminazin, stelazin, galoperidol dorilari beriladi. Qo'rquv affekti psixomotor qo'zg'alish bilan boradigan o'tkir paranoid holatlarda tomir ichiga



galoperidolning stelazin, tizersin bilan birga ishlatiladi. Kasallikning surunkali kechishida, ya'ni vasvasalar kuchayib, klinik belgilar murakkablashib borayotgan hollarda stelazin

(kuniga 40—80 mg dan), galoperidol (20—40 mg dan), etaperazin (150—200 mg dan) uzoq vaqt beriladi. Odatda, 2—3 neyroleptiklar birgalikda,

tomir ichiga va mushak orasiga qilinadi, keyinchalik ichishga buyuriladi. Rispolept (risperidon) kuniga 2—4 mg dan 1—12 haftagacha, aminazin

2,5% 1,0 m/o yoki ichish uchun buyuriladi. O'rtacha bir kunlik dozasi 300 mg dan iborat, davolash muddati 2—3 oygacha cho'ziladi. Aminazin olgan bemorlarning qon bosimi doimo o'lchab turiladi. Aminazin ba'zi bemorlarning olgandan keyin qon bosimi birdan tushib ketadi. Bunga ortostatik kollaps deb ataladi. Bunday paytda bemorlarni o'rniga yotqizib, kordiamin 25% 1,0—2,0 ml teri ostiga yoki adrenalin 0,1% 0,5—1,0 ml tomir ichiga yuborish kerak. Davolash kursini daslabki davrida bemorlar o'rindan turmasliklari kerak. Bemorlarning qon bosimi har kuni o'lchab turiladi. Aminazin tabletkasi 25 mg dan 150—175 mg gacha (bir kunlik dozasi). Vasvasa holatlarida triftazin 1—5 mg va galoperidol 20—80 mg dan asta-sekin oshirib, 100 mg gacha (bir kunlik dozasi) 3—4 mahal beriladi.

Davoni kasallik belgilari yo'qolguncha yoki ancha kamayib qolguncha shunday dozada davom ettirish kerak. Keyinchalik dozani 1—5 mg gacha kamaytirib borish kerak. Ruhiy qo'zg'alishlarni bartaraf etish uchun shu dorilardan mushak orasiga yoki tomir ichiga in'eksiya qilinadi. Vasvasa boshlanib, ko'ngilda xavotirlik paydo bo'lganda, tizersin 12—50 mg gacha (bir kunlik dozasi 100—400 mg gacha) buyuriladi. Depressiv alomatlarga qarshi amitriptilin va mellipramin buyuriladi. Miyadan ketmaydigan holatlarga – nozepam, seduksen, elenium va triftazin beriladi. Ipoxondrik belgilarda – seduksen, tazepam, fenazepam qo'llanadi. Irim-sirim harakatlari bo'lsa, uzoq ta'sir etuvchi neyroleptiklar-modditen depo 2,5% 1,0—2,0 ml, bu dori oyiga 2—3 marta in'eksiya qilib turiladi. Isterik

belgilarda sonapaks, teralin dorilaridan qo'llanadi[2].

Parvarish qilish

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarni qarab borish kerak, ular parvarishga muhtojdirlar. Bemorlar ovqatdan bosh tortsa, ularni ko'ndirish va o'zlari ovqat yeydigan qilish kerak. Buning iloji bo'lmasa, bemorlarni zond orqali ovqatlantirib turish tavsiya etiladi. Shizofreniya bilan og'rigan bemorlar uzoq turib qoladigan bo'lsalar, ularni o'ringa yotqizishga harakat qilish va doimiy hamshiralar nazoratida bo'lishlari kerak.

1. Depressiya va tashvish sindromlarining asosiy belgilari Depressiya: tushkun kayfiyat, o'ziga ishonchsizlik, uyqusizlik, ishtahaning o'zgarishi,



diqqatning pasayishi, ijtimoiy aloqalardan chekinish, o‘z joniga qasd fikrlari. Tashvish sindromi: doimiy xavotir, yurak urish tezlashishi, nafas qisishi, qo‘rquv, mushaklarning tarangligi, titroq, uyqu buzilishi

2. Hamshiraning asosiy vazifalari

Bemorning psixologik va fiziologik ahvolini muntazam kuzatish.

Dori-darmonlarni o‘z vaqtida va to‘g‘ri qabul qilishini nazorat qilish.

Bemorga ruhiy qo‘llab-quvvatlash berish, ishonchli suhbat muhitini yaratish.

Stressni kamaytirish va relaksatsiya usullarini o‘rgatish.

Bemor yaqinlarini kasallik haqida ma’lumot bilan ta’minlash va qo‘llab-quvvatlashga jalb qilish.

3. Hamshiralik yondashuvining asosiy tamoyillari

Psixoedukatsiya – bemorga kasallik haqida tushuntirish, xavfli belgilarni anglashni o‘rgatish. Psixologik qo‘llab-quvvatlash – empatiya, ijobiy muloqot, ishonchni mustahkamlash. Reabilitatsiya – bemorni jamiyatga qayta moslashtirish, ijtimoiy faoliyatini tiklashda yordam berish. Profilaktika – stressni kamaytirish, sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish, alkohol va narkotikdan saqlanishni targ‘ib qilish.

4. Amaliy tajriba asosida natijalar Klinik kuzatuvlarga ko‘ra, hamshiraning doimiy muloqoti, ijobiy qo‘llab-quvvatlashi va dori terapiyasi ustidan nazorati bemorlarda tashvish darajasini pasaytiradi, davolash samaradorligini oshiradi va qayta kasallanishning oldini oladi.

XULOSA

Depressiya va tashvish sindromlari – zamonaviy jamiyatda eng keng tarqalgan ruhiy buzilishlardan hisoblanadi. Ularni davolashda shifokor bilan bir qatorda hamshiralarning o‘rni beqiyosdir. Hamshira bemorni kuzatadi, dori-darmonlarni nazorat qiladi, psixologik qo‘llab-quvvatlaydi va profilaktik tadbirlarni amalga oshiradi. Shunday qilib, hamshiralik yondashuvi depressiya va tashvish sindromlari bilan kurashishda samarali natijalar beradi hamda bemorlarning ijtimoiy hayotga qaytishida muhim rol o‘ynaydi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. World Health Organization (WHO). Depression and Anxiety Disorders Statistics. Geneva, 2022.

2. Kaplan & Sadock. Synopsis of Psychiatry. 12th Edition, Philadelphia, 2021.

3. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi ma’lumotlari, 2023.



4. Beck A.T., Clark D.A. Anxiety and Depression: Cognitive Perspectives. Guilford Press, 2020.
5. O‘zbekiston Respublikasi Tibbiyot institutlari o‘quv qo‘llanmalari, 2024.

