

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA O‘RTA TIBBIYOT VA FARMATSEVTIKA XODIMLARI
MALAKASINI OSHIRISH VA ULARNI IXTISOSLASHTIRISH
MARKAZI ANDIJON FILIALI

«TASDIQLAYMAN»

Respublika o‘rta tibbiyot va
farmatsevtika xodimlari

malakasini oshirish va ularni
ixtisoslashtirish markazi Andijon

filialining direktori o‘rinbosari

_____ D. Gapparova



“Ruhiy-asab kasalliklar va narkologiyada hamshiralik ishi”

(Malaka oshirish guruhлари uchun)

MA‘RUZA MATNLAR TO‘PLAMI

Uslubiy kengashda ko‘rib chiqildi
va ma‘qullandi

“ 6 ” yanvar

2.1 Modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami:6 kredit	“ Psixiatriya va narkologiyaning asosiy nazariy va amaliy prinsiplari. Psixiatriya va narkologiyaning huquqiy asoslari”
---	--

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashguloting rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruhiy kasalliklar va narkologiya fanlarining rivojlanish tarixi. 2. Psixologiya va psixiatriya asoslari.Ruxiy salomatlik. 3. Insonlarning ruxiy salomatligi omillari. 4. Bemorlarni kompleks davolashdagi multioilaviy davolash usuli.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash 	

- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish boskichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ruyxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib koidalriga rioya kilishni tasdiklovchi tilxat oladi, yangiliklar yeshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashgulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni utkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib O'yin koidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni tO'lik bayon etish 30-40. 3.O'qitishning</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish"usulida tushuntiriladi.Tinglovlovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimatsion bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot</p>	<p>. Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar.Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yullab javob oladilar."Baliq skeleti" sxemasi</p>

<p>noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “insert jadvali” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa “Psixiatriya fani vazifalari. Psixiatriya va narkologiya faniga oid qonun hujjatlari”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K “Psixiatriya” Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o'quv qo'llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o'quv qo'llanma Andijon-2025 	<p>Tinglaydilar,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

<p>Pedagogik vazifalar.</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p>
------------------------------------	---

<p>Ruhiy kasalliklar va narkologiya fanlarining rivojlanish tarixi. Psixologiya va psixiatriya asoslari. Ruxiy salomatlik. Insonlarning ruxiy salomatligi omillari. Insonlarda uchraydigan asosiy ruhiy kasalliklar va ularda uchraydigan simptomlarning o'ziga xos xususiyatlari. Sog'lom turmush tarzi orqali ruhiy salomatlikni asrab qolish. Zararli odatlardan voz kechish. Psixiatriya va narkologiyada hamshiralik ishini tashkil qilish, hamshiraning vazifalari.</p>	<p>Tinglovchi: Psixopatologik sindromlar bo'yicha umumiy tushunchani;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Psixik kasalliklar bilan og'riqan bemorlarga (shizofreniya, oligofreniya, epilepsiya) birinchi yordam ko'rsatishni; – Psixik kasalliklarni parvarish qilishni; – Psixik kasalliklarda davo chora tadbirlarini qo'llashni; – Shaxslararo muloqot ko'nikmalarini o'zlashtirishni; – Bemorlar bilan muloqotda nimalarga e'tibor berish kerakligini; – Amaliyotidan sungi parvarishning uziga xosligi;
<p>O'qitish metodlari</p>	<p>“Baxs-munozara”, ”insert jadvali”, ”Issik kartoshka” usuli “Kichik guruxlarda ishlash”</p>
<p>O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	<p>Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli</p>
<p>O'qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend, videofilmlar, chizma, nazorat varag'i, matnlar.</p>
<p>O'qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jixozlangan o'quv xona.</p>
<p>Qayta a'loqaning usul va vositalari.</p>	<p>Ogzaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash</p>

2.1.1 Modul:

Psixiatriya fani vazifalari. Psixiatriya va narkologiya faniga oid qonun hujjatlari.

Mavzu: Psixiatriya va narkologiya fani asoslari. Psixiatriya fanining maqsad va vazifalari.

Dars rejasi:

1. Ruhiiy kasalliklar va narkologiya fanlarining rivojlanish tarixi.

2. Psixologiya va psixiatriya asoslari. Ruhiy salomatlik.
3. Insonlarning ruhiy salomatligi omillari.
4. Bemorlarni kompleks davolashdagi multioilaviy davolash usuli.

Psixiatriya - bu ruhiy kasalliklarning kelib chiqishini, patogenezi, klinikasini, tarqalishini, uning tashxisini belgilash usullarini ishlab chiquvchi, davolash, profilaktika, ekspertiza va qayta tiklash tartibi hamda usullari bilan klinik meditsinaning soxasidir.

Psixiatriyaning asosiy masalalardan biri **psixoprofilaktikasidir**.
Psixoprofilaktikaning 3 turi ajratiladi.

1 – birlamchi psixoprofilaktika – ruhiy buzilishlar kelib chiqish va rivojlanishlarini ogohlantirishga qaratilgan tadbirlarni o'tkazish. Birlamchi psixoprofilaktika tadbirlarni olib borish natijasida ruxiy kasalliklarning kursatkichi kamayadi.

2 – ikkilamchi psixoprofilaktika – bu boshlangan ruhiy kasalliklarni surunkali shaklga o'tmasligiga qaratilgan tadbirlarni o'tkazish. Buning natijasida kasalmand ko'rsatkichi kamayadi.

3 – uchlamchi psixoprofilaktika - bu ruhiy bemorlarning orasida nogironlikni oldini olish va mehnatga yaroqlilik kobiliyatini saqlab qolishiga karatilgan tadbirlarni amalga oshirish.

Etika-ahloq to'g'risidagi fan. Psixiatriyadagi kasb ahloqi tibbiyot etikasining bir qismi bo'lib, psixiatriya yordamini ko'rsatishdagi o'ziga xos xususiyatlarini o'z ichiga oladi. P. I. Kovalevskiyning yozishicha: «Boshqa joylarga nisbatan ruhiy bemorlar bilan muloqot anchagina samimiylik, insoniylik, yaqinlarga bo'lgan mehrni talab qiladi. Kim shunday sifatlariga ega bo'lmasa, yaxshi psixiatr bo'lishi mumkin emas». 1994 yilda psixiatrning professional etikasi Kodeksi qabul qilindi. Asosiy ahloqiy tamoyillar qatoriga quyidagilar kiritiladi:

- avtonomiya prinsipi-bemor shahsiga xurmat, mustaqillik va tanlash erkinligi xuquqlarini tan olish;
- zarar yetkazmaslik prinsipi – bemorga ziyon keltirmaslikni taqozo etadi;
- sahovatparvarlik prinsipi – bemorning manfaatlariga hizmat qilish tibbiyot xodimi majburiyatlariga kiritiladi.

Ahloq tamoyillaridan psixiatriya etikasining quyidagi asosiy vazifalari kelib chikadi:

1. Jamiyatda ruhiy buzilishli shahslarga nisbatan sabrlilikning ortishi. «Psixiatriyaga bo'lgan munosabat jamiyat sivilizatsiyasi darajasining ko'rsatkichi bo'lib hisoblanadi» (V.M.Bexterev).

2. Psixiatriya yordamini ko'rsatishda majburlash doirasini chegaralash.

3. Tibbiyot xodimi bilan bemor o'rtasida o'zaro qulay munosabatlarni o'rnatish, bu bemorning manfaatlarini yuzaga chiqarishga yordam beradi.

Psixiatriya fanini rivojlanishning tarixi:

1773 yilda AKShning Virdjiniya shtati Vilyamsburg shaxrida birinchi ruxiy shifoxona ochilgan.

1792 yilda Filipp Pinel O'vropada, ya'ni Fransiyada, katta o'zgarishlar qiladi. U ruhiy kasallardan zanjirlarni yechib, telbalarni bemorlar darajasiga olib chiqdi.

1837 yilda ingliz psixiatri Kanole erkin davolash tartibga asos soldi. Bo'ysunmoq ko'ylaklardan foydalanishni rad qildi. Birinchi marta maxsus shifoxona ochishni taklif qildi, unda bemorlar bog'lanmasdan davolandilar.

1845 yilda nemis psixiatri Grezinger psixiatriya bo'yicha birinchi ilmiy qo'llanmani nashr ettirdi. Xuddi shu davrda Modslu organizm va atrof muxit birligini nazariyasi prinsiplarni ishlab chiqdi. Bu keyinchalik 1896 yilda Emil Krepelinning ruhiy kasalliklarining birinchi nozologik tasnifini yaratish uchun asos bo'lib xizmat qildi. 1883 yilda psixiatriya bo'yicha Kojevnikovning «Asab kasalliklari va psixiatriya» deb nomlangan qo'llanmasi chop etildi.

1893 yilda M.V.Bexterev «Bosh miya va orqa miyaning o'tish yo'llari» degan yirik ilmiy ishini yaratgan.

Ruxiy shifoxonalarning ochilishi:

1776 yil – Novgorod shaxrida birinchi ruhiy shifoxona ochildi. 1809 yil – Moskvada birinchi shifoxona ochildi (hozirgi Preobrajenskaya shifoxonasi). 1896 yil – Toshkentda birinchi ruhiy shifoxona ochildi (hozirgi birinchi shahar ruhiy shifoxonasi).

1959 yil – Andijon shaxrida ruhiy shifoxonasi ochildi. 1975 yilda shifoxona kulay binoga ko'chirildi.

Kafedralar:

1857 yil – Peterburgda mediko-jarroxlilik akademiyaning koshida kafedra ochildi. Birinchi kafedra mudiri prof. I.M.Balinskiy bo'lgan. U birinchilardan bo'lib bolalar psixiatriyani ajratib olishga asos solgan.

1887 yil – Moskvada kafedra ochilgan. Hozirgi Tibbiy akademiya karashli S.S.Korsakov shifoxonasining bazasidagi kafedra. S.S.Korsakov 1889 yilda alkogolizm ta'siri yuzasidan ruhiy buzilishlar bo'yicha doktorlik dissertatsiyani yoqlagan.

1920 yil – Toshkentda O'rta Osiyo tibbiyot instituti qoshida kafedra ochildi. Birinchi kafedra mudiri F.F.Detengoff edi.

1959 yil - Andijonda kafedra ochildi. Bir yil mobaynida R.S.Tursunova mudirlik qildi, keyinchalik esa X.A.Alimov rahbarlik qildi.

Psixiatriyaning huquqiy aspektlari

2000 y 31 avgustda O'zbekiston Respublikasining «Psixiatriya yordami to'g'risida» Qonuni qabul qilindi.

Qonuniylik, insonparvarlik va inson xuquqlariga rioya qilish asosida psixiatriya yordamini ko'rsatishning asosiy huquqiy tamoyillari qonunda mustaxkamlangan. Psixiatriya yordamiga murojaat qilinganda ruhiy kasalligi bor shahslarning xuquqlarini va erkinligini saqlashga e'tibor beriladi. Ixtiyorsiz hospitalizatsiya masalalari sud tartibida xal qilinadi.

Qonun murojaatning, psixiatrda davolanish va kuzatuvda bo'lishning maxfiyligini psixiatriya muassasasining barcha xodimlari tomonidan sir saqlanishini ta'minlaydi. Faqatgina davlat idoralarning so'rovlomalariga ma'lumotlar oshkor etilishi mumkin. Psixiatriyaning xuquqiy aspektlariga turli xil ekspertiza ko'rinishlari kiritiladi: sud, harbiy-shifokorlik, mehnat.

Psixiatriyaning tibbiy aspektlari

Barcha ruhiy kasalliklar ikki guruxga bo'linadi: ruhiy jarayonlar(kasalliklar) va ruhiy holatlar.

Ruhiy jarayonlarga dinamikada rivojlanishga moyil kasalliklar kiritiladi (psixozlar, nevrozlar).

Ruhiy holatlarga uzoq vaqt davomida o'zgarmaydigan buzilishlar kiritiladi (psixopatiyalar, oligofreniya, demensiya).

Ruhiy faoliyatning buzilishi ruhiy jarayonlar kabi ruhiy holatlarda xam kuzatiladi.

Etiologiyasi bo'yicha quyidagi kasalliklar guruxlari ajratiladi:

1. Endogen – nasldan naslga o'tishga moyil kasalliklar, ularning patogenezi genetik buzilishlar bilan bog'langan (shizofreniya, maniakal-depressiv psixoz, epilepsiya kasalligi).

2. Ekzogen – tashki muhitdan ta'sir etuvchi etiologik sabablar natijasida rivojlangan kasalliklar (bosh miya jarohatlari, ensefalit, alkogolizm, giyohvandlik, toksikomaniya).

3. Psixogen – tashki muhitning ruhiy jarohatlovchi omillari natijasida kelib chiqqan kasalliklar (nevrozlar, reaktiv psixozlar).

4. Somatogen (simptomatik) – bunda ruhiy buzilishlarning sababi somatik kasalliklar hisoblanadi.

Xozirgi vaqtda ruhiy buzilishlarning statistik hisoboti uchun 10-kayta ko'rilgan Kasalliklar Xalkaro Tasnifidan (MKB-10) foydalaniladi.

Ruhiy buzilishlar tashhisotining asosini klinik tekshiruv tashkil etadi. U bemor, uning qarindoshlari, qo'shnilari, xamkasblari bilan suhbat (sub'ektiv va ob'ektiv anamnez) va bemor xulqini kuzatishni o'z ichiga oladi.

Bu bosqichda tibbiyot hamshirasining roli katta ahamiyatga ega, chunki u doimo bemor yonida bo'lib, ruhiy holatning o'zgarishlari xaqida shifokorga ma'lumot berishi va kuzatuvlar daftariga qayd etishi lozim. Klinik tekshiruvdan tashqari, kushimcha –nevrogik, somatik, bioximik, eksperimental, psixologik, elektrofiziologik tekshiruv usullari xam qo'llaniladi.

Ruhiy buzilishlarni davolash usullari ikki guruxga bo'linadi: biologik va psixologik.

Biologik usullarga medikamentoz davo, elektrotutqanoq, insulinokomatoz davo, fizioterapiya, parxez kiradi.

Biologik usullardan asosiysi bo'lib, psixotrop dori vositalarni qo'llash hisoblanadi. Psixotrop dori vositalarning quyidagi guruxlari ajratiladi:

1) neyroleptiklar (aminazin, triftazin, galoperidol) va yangi avlod preparatlari (klopiksol, flyuanksol, rispolept va b.);

2) trunkvilizatorlar (fenazepam, diazepam, nitrazepam va b.);

3) antidepressantlar (sipromil, melipramin, lyudiomil, amitriptilin);

- 4) psixostimulyatorlar (kofein, sidnokarb, sidnofen);
- 5) normotimiklar (litiy karbonat).
- 6) antikonvulsantlar (benzonal, karbamazepin, depakin, lamitor).

Psixologik usullarga psixoterapiyaning barcha turlari (ratsional psixoterapiya, gipnoterapiya, guruxli psixoterapiya, psixoanaliz) kiradi.

Ruhiy kasallarning davolanish va reabilitatsiya jarayonida mehnat terapiyasining ahamiyati sezilarli.

Ruhiy kasallarning reabilitatsiyasidagi yangi imkoniyatlar.

Ruhiy buzilishlarning zamonaviy biopsixosotsial shaqllarining tobora faol qo'llanilishi davrimiz psixiatriyasida sezilarli o'zgarishlarga sabab bo'lmokda. Bu o'z navbatida psixoterapiya va bemorlarga ijtimoiy yordam ko'rsatishning kengayishiga olib keladi.

Reabilitatsiya yo'nalishidagi umumpsixiatriya bo'limlari asosidagi psixosotsial guruxlarning faoliyati shunday faoliyat shaqllaridan hisoblanadi.

Bemorning saqlanib qolgan imkoniyatlari va tashki ko'mak asosida, shahsning ma'lum bir muhitda faoliyat yuritishini yaxshilash-asosiy maqsadlardan biridir. Bo'limda quyidagi masalalar xal etiladi:

- 1) jamiyatda yashash qobiliyatini tiklash uchun saqlanib qolgan pozitiv belgilarga tayangan xolda, shahsning sifatlarini rivojlantirish;
- 2) farmakoterapiya bilan birgalikda uzoq davom etuvchi reabilitatsiya jarayoni uchun asoslarni shaqllantirish;
- 3) qoldik psixotik buzilishlarni bartaraf etish strategiyasini egallash;
- 4) takroriy hospitalizatsiya va kasallik qo'zg'alishlarini oldini olish;
- 5) aktual muhitga yaxshi adaptatsiya maqsadida ijtimoiy, kommunikativ va mehnat kompensatsiyasini rivojlantirish;
- 6) bemorning mahsus ehtiyojlariga atrofidagi ijtimoiy muhitni moslashtirish.

Bemorlar psixosotsial guruxlarga davolanish davrida va kasalxonadan chiqqandan so'ng qatnaydilar.

Bu davrdagi asosiy maqsad quyidagilardan iborat:

1. Ijodiy faollikni stimullash.
2. Ijtimoiy ko'nikmalarning treningi (gigiena, kun tartibi, ovqat tayerlash, mablag'larni taksimlash).
3. Bemorning xayotidagi real xodisalar misolida kommunikativ muammolarni muxokama qilish.
4. Ruhiyatni shaqllantiruvchi trening (bemorga ruhiy kasalliklarning tabiati va ko'rinishlari to'g'risida ma'lumot berish).
5. Aktual kechinmalarni va ularga moslashish usullarini muxokama etish.

Ushbu maqsadga erishish bemorlarni takroriy hospitalizatsiyasini kamaytiradi.

Multioilaviy terapiya – bu ruhiyatni shaqllantiruvchi usul bo'lib, mohiyati bemor va uning qarindoshlari ma'lumotlar olib, muammolarni xal qilishni o'rganadilar. Natijada oila o'ziga bo'lgan ishonchi yanada ortadi, psixiatriya yordamiga bo'lgan qaramligi kamayadi.

Multioilaviy terapiya o'z ichiga ikki bosqichni oladi: ta'lim beruvchi va muammolarni xal qilish bosqichi. Birinchi bosqichda bemor va uning

qarindoshlariga ruhiy salomatlik xaqidagi turli masalalar bo'yicha to'liq ma'lumot beriladi.

Ikkinchi bosqich ikki yil mobaynida gurux a'zolari bilan oyiga ikki marta uchrashuvni o'z ichiga oladi. Bu uchrashuvlardan maqsad, turli xayotiy muammolarni yechishdir (3 gurux).

Barcha psixonevrologik yordam statsionardan tashqari va psixiatrik kasalxonadagi statsionar yordamga bo'linadi. Kasalxonadan tashqari yordam psixonevrologik dispanserlar, psixiatrik kasalxonalarning dispanser bo'limlari, umumsomatik poliklinikalarda va shifoxonalardagi kabinetlarda amalga oshiriladi. Yirik shaxar va xar bir tumanlarda psixonevrologik dispanser mavjud. Tuman xududlariga shu dispanserning xududiy psixiatrlari hizmat ko'rsatadi. Psixonevrologik dispanserlarga bemorlar poliklinika va boshqa muassasa shifokorlari tomonidan yuboriladi. Psixonevrologik dispanser faoliyatining asosiy bo'limlari bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

1. Davolash-profilaktika ishi,
2. Bemorlarga ijtimoiy-xuquqiy yordam ko'rsatish,
3. Axoli urtasida psixogigienik va sanitar-okartuv ishlarini tashkillashtirish.

Dispanserda bemorlar keraqli davolash-profilaktika yordamini uy va ambulator sharoitda olishlari mumkin. Dispanser ishining oddiy poliklinikalar ishidan asosiy farqi, dispanserga murojaat qilgan insonda u yoki bu ruhiy kasallik belgilari aniqlansa, uning faol ro'yhatga olinishidir. Xozirgi vaqtda quyidagi dinamik kuzatuv guruxlari ajratiladi:

I guruh – tez-tez gospitalizatsiya qilinuvchi bemorlar guruxi.

II guruh – kasallik qo'zg'alishlari va dekompensatsiyalari ambulator bartaraf etiladigan bemorlar guruxi.

III guruh – profilaktik davolanishdagi bemorlar guruxi.

IV guruh – kechiktirib bo'lmaydigan ijtimoiy-reabilitatsion tadbirlarga muhtoj bemorlar guruxi.

V guruh – epizodik nazoratga va kuzatuvga muhtoj bemorlar guruxi.

Demak, shifokor guruxga bog'liq ravishda tibbiyot hamshirasini bemorning uyiga jo'natishi mumkin. Patronaj hamshiralarning vazifasi bemorlar, ularning oilasiga ijtimoiy yordam ko'rsatish, ularning xuquqlarini himoyalash, oilaviy muammolarini xal qilishda, turar-joy masalasi yechimida ko'mak berish, ushlab turuvchi davoni tashkillashtirishdan iboratdir. Hamshiralar bemorlar bilan ko'proq uchrashib turadi, uning qarindoshlari va qo'shnilaridan bemorning holatidagi sezilayotgan barcha o'zgarishlar xaqida muhim ma'lumotlarni oladi. Bu ma'lumotlar bemor holatini baholash uchun juda muhim, ular keyingi davolanish masalalarini o'z vaqtida yechishga yordam beradi.

Bemorlarni to'laqonli davolanishi va reabilitatsiyasi uchun shaxar psixonevrologik dispanserlarida davolash-ishlab chiqarish ustaxonalari va kunduzgi statsionarlar tashkil qilinayapti.

Davolash-ishlab chiqarish ustaxonalari vazifalariga kiradi: bemorga davolovchi ta'sir maqsadida turli xil mehnat turlarini qo'llash, uning ruhiy va jismoniy tonusini oshirish; turg'un remissiyalarga erishish uchun kulay sharoitlar yaratish va keyingi ruhiy, ijtimoiy degradatsiyaning oldini olish; mehnatga

layoqatlilik darajasi bo'yicha bemorlarni yangi kasb egallash maqsadida xunarga o'qitish, ijtimoiy ta'minlash muassasalari yoki korxonalarda yangi kasb egallashlariga va mehnat davosi kursi yakunlangandan so'ng, bemorlarning ishga joylashishlariga ko'mak berish.

Kunduzgi statsionarga kasallikning boshlangich davridagi va surunkali kasalliklarning xuruji vaqtidagi, ijtimoiy xavfsiz bemorlar, shuningdek u, yanada chuqurroq buzilishlarni oldini olish maqsadida yotkiziladi.

Statsionar psixiatriya yordami, kasalxonadan tashqaridagi kabi, qat'iy xududiy tartibda amalga oshiriladi. Bemorlar ruhiy kasalxonaga xududiy psixiatrlar. Tez yordam hizmatining navbatchi psixiatrlari, agar ular bulmasa poliklinika shifokorlari yullanmasi bo'yicha qabul qilinadi. Yullanmada bemorning holati, anamnestik ma'lumotlar va tahminiy tashhis ko'rsatilishi kerak. Ruhiy bemorning atrofdegilar yoki o'ziga nisbatan xavfliligi aniq bo'lganda, sog'liqni saqlash xodimlari qarindoshlar roziligisiz kechiktirib bulmaydigan psixiatrik yordam tartibida bemorni psixiatrik statsionarga joylashtirish xuquqiga ega. Gospitalizatsiyaga ko'rsatma bo'lib, bemorning jamiyat uchun xavfliligi hisoblanadi. U bemor kasalligining quyidagi o'zigi xos xususiyatlari bilan namoyon bo'ladi: o'tkir psixotik holat natijasidagi noto'g'ri xulq (agressiv harakatlarga moyil bo'lgan tajovuzkor harakatlar, gallyutsinatsiyalar, vasvasa g'oyalar, ruhiy avtomatizm sindromi, ong buzilishi sindromi, patologik impulsivlik, disforiya, sistemalashgan vasvasa sindromlari, agar ular bemorning jamiyat uchun xavfli xulqini belgilasa, alohida shahs, muassasa, idoralarga bo'lgan noto'g'ri tajovuzkor xulqni belgilovchi ipoxondrik vasvasa holatlari, suitsidal harakatlar bilan kechuvchi depressiv holatlar, umumiy tartibni buzilishiga yoki tajovuzkor harakatlarga sabab bo'luvchi maniakal yoki gipomaniakal holatlar, psixopatik shahslardagi o'tkir psixotik holatlar, bosh miya organiq shikastlanishlaridagi koldik asoratli bemorlar va oligofrenlarda kuzatiladigan qo'zg'aluvchanlik, agressiya va uz shahsi va atrofdegilar uchun xavfli harakatlar.

Ruhiy bemorlar ekspertizasi. Ruhiy buzilishlar bemorning jamiyatdagi urnini o'zgartiradi. Qator xollarda u o'z holatini tushunolmay qoladi, o'zining ijtimoiy majburiyatlarini bajara olmay qoladi, fuqarolik xuquqlaridan foydalanish imkoniyati va sodir etgan harakatlari uchun javobgarlik xissini yo'qotadi. Ruhiy kasallikning yuzaga kelishi ish qobiliyatining yo'qolishiga olib kelishi mumkin, og'irroq holatlarda bemorlar yordamga muhtoj bo'lib, o'zlarining eng oddiy maishiy extiyojlarini xam qondira olmaydilar.

Kasallik jarayonida bo'layotgan o'zgarishlar natijasida bir qator ijtimoiy, xuquqiy, ishlab chiqarish va boshqa muammolar kelib chiqadi.

Mehnat ekspertizasi: mehnat ekspertizasi masalalarini xal qilish shifokorlar maslaxat komissiyasi (VKK) shifokorlik mehnat ekspertizasi komissiyasi (VTEK) tomonidan amalga oshiriladi.

Ruhiy buzilishlar faol davolanishga qaramasdan, uzoq chuziluvchan yoki qaytmas xarakterga ega bo'lsa va kasbiy mehnatni bajarishga to'sqinlik qilsa, buning natijasida mehnat qobiliyati turg'un yo'qotilsa, bemorni nogironlikga o'tkazish to'g'risidagi qaror qabul qilinadi.

III gurux nogironlariga qisman mehnat qobiliyatini yo'qotgan, ish kunini qisqartirish bilan mehnat faoliyati xajmini kamaytirishga yoki kam malakali ishga o'tkazishga muhtoj shahslar kiritiladi. To'liq, turg'un bo'lgan mehnat qobiliyatini yo'qotish II gurux nogironligi kabi baholanadi, agar bemor doimiy parvarish yoki kuzatuvga muhtoj bo'lsa, u I gurux nogironi deb hisoblanadi.

Sud-psixiatriya ekspertizasi: qonunbuzarliklar sodir qilgan ruhiy kasallardagi shuurlilik yoki shuursizlik masalalarini xal qiladi. Agar tekshiriluvchi shuursiz deb topilsa, unga nisbatan tibbiy xarakterdagi choralar (majburiy davolash) qo'llaniladi. Bu choralar uning ruhiy holatini yaxshilashga va uning xavfli harakatlarining takrorlanishidan jamiyatni himoyalashga yo'naltiriladi. Shunday qilib, tibbiy chora-tadbirlar ijtimoiy himoya choralari maqomiga ega bo'ladi.

Fuqarolik jarayonida sud-psixiatriya ekspertizasi aqlirasoligini aniqlash uchun tayinlanadi. Ruhiy kasallik yoki aqli pastlik natijasida o'z ishlarini yuritishga qodir emas va mulkini boshqara olmaydigan shahslar noaqliraso deb hisoblanadi. Noaqliraso bemorlarga vasiylar tayinlanadi.

Harbiy-psixiatriya ekspertizasi harbiy xizmatga chaqirilgan fuqaro shahslarni va shu xizmat davrida ruhiy faoliyatida o'zgarishlar paydo bo'lgan hizmatchilarni harbiy xizmatga yaroqlilik masalalarini xal qiladi.

Vaziyatli masalalar.

1. Bemor ayolda soppa-sog' yurgan paytida, kutilmaganda bir necha daqiqalik bemani xarakatlar bo'lishi kuzatiladi, atrofdagilarni tanimay qoladi. Q aysi sharoitda, qaerda bo'lishidan qat'iy nazar kiyimlarini yechadi. Bu qanday holat?

2. Bemor yuqori kayfiyatda, xarakatchan, so'zamol. Butun dunyo oltin zahirasi egasi ekanligi, barcha zavod va fabrikalarning bosh muhandisi, barcha armiyalarning qo'mondoni ekanligini gapiradi. Bemorda qanday sindrom kuzitilgan?

3. 6 yashar qizaloq o'zini chetga ola boshladi, yangi vaziyat, yangi odamlardan qochib, karavot ostiga yashirinish odatini chiqardi. Yangi kiyimlardan bosh tortadi. Savollarga javob bermay quydi, impulsiv xarakatlar qila boshladi. Sizing tashxisingiz?

4. Bemor yoshi 14 da. Bod bilan og'iydi. Vahimada, bezovta, notinch. Atrofga alanglaydi, yostiq ostidan bir nimalar axtaradi. Qora odamlarning qo'rqinchli vujudini ko'radi. Atrofni anglamaydi, ammo o'zi xaqida to'g'ri malumot beradi. Bu qanday kasallik?

Test savollari

1. Shaxs negativ jihatdan o'zgarishlarga quyidagilar kiradi.

1. Parsial aqliy zaiflik

2. Disgarmoniya, ruhiy-energetik potensialni pasayishi
3. Amnestik sindrom
4. Soxta paralitik sindrom

2. Klinik psixiatriyada likvorodiagnostika quyidagi kasalliklardan qaysi birida katta ahamiyatga ega emas?

1. Travmatik
2. Yuqumli
3. Qon-tomirli
4. Endogen

3. To‘g‘ri ta‘rifni keltiring: analitik sindrom – bu.

1. Depressiyada ruhiy va nevrologik buzilishlar
2. Apatik depressiya
3. Progressiv paralichda nevrologik buzilishlar
4. Ong xiralashuvida psixotik buzilishlar

4. Qatorni to‘ldiring: aminazin, galoperidol, trisedil, triftazin ...

1. Melipramin
2. Propazin
3. Ainalon
4. Sidnokarb

5. Psixomotor qo‘zg‘alishda birinchi yordam

1. Umumiy quvvatlantiruvchilar
2. Antidepressantlar
3. Psixostimulyatorlar
4. Og‘riq qoldiruvchilar

6. Nerv hujayralarning kattaligi qancha?

1. 2-mikrondan 4-mikrongacha
2. 130-mikrondan 140-mikrongacha
3. 140-160 mikrongacha
4. 6-mikrondan 120-mikrongacha

7. Nerv hujayralarining o‘siqchalari necha xil bo‘ladi?

1. 4-xil
2. 3-xil
3. 6-xil
4. 2-xil

8. Nevrologiya markaziy nerv sistemasida qanday vazifani bajaradi?

1. Biriktiruvchi to‘qima vazifasini
2. Og‘riqni sezish vazifasini
3. Qo‘zg‘alishlarni o‘tkazish vazifasini

4. Haroratni sezish vazifasini

9. Bemor ko‘z oldidan fazoviy janglar, sayyoralar to‘qnashuvi o‘tmoqda. Atrof muhitni anglash ikki xilda. Harakatsiz. Yuzida qo‘rquv alomatlari bor. Sizning tashxisingiz?

1. Oneyroid
2. Ongning xiraligi
3. Deliriy
4. Paranoid

10. Bemor jismoniy va nutqiy qo‘zg‘alish holatida. Telba-teskari qiliqlar qiladi. Qiyshanglaydi, aftini bujmaytiradi, kuladi, palatada uyoqdan buyoqqa sababsiz yuradi. Bu qanday holat?

1. Gebefrenik qo‘zg‘alish
2. Katatonik qo‘zg‘alish
3. Gallyutsinator qo‘zg‘alish
4. Paranoid holat

11. Bemorning shikoyati: Yuz o‘ng yarmining xurujli og‘rishi 10-15 sekund davom etadi. Xuruj gapirganda paydo bo‘lib, yuqorigi tishlariga tarqaladi, yuzi qizaradi. Infraorbital nuqta og‘riqli. Yuqorigi jag‘ning o‘ng tomonida gipoalgeziya. Tashxis qo‘ying.

1. Uch shoxli nervning nevralgiyasi, o‘ngda
2. Migren xuruj
3. Uch shoxli nervning nevralgiyasi, chapda
4. Yuz nervining parezi

12. Likvorning tusi xira, oqsil moddasi 0,3-0,4, bosimi 4,200, sitozi 10000, neytrofillar, diplokokklar bor, orqa miya suyuqligi qaysi meningit uchun xosligini ko‘rsating.

1. Meningokkli meningit
2. Tuberkulyozli meningit
3. Parotitli meningit
4. Enterovirusli meningit

13. Qaysi tibbiy-genetik usul populyatsiyadagi genetik tuzilishni o‘rganish beradi?

1. Geneologik
2. Egizaklik
3. Populyatsion statik
4. Dermatogliflik

14. Irsiy kasalliklarni prenatal tashxis usullarini ayting.

1. Grafiya - homiladagi bolani skelet anomaliyasini aniqlash uchun
2. Amniotsentez

3. UZI
4. Umumiy tekshiruv

15. Qaysi irsiy kasallik autosom-retsessiv jins bilan tutashgan turda o'tadi?

1. Dyushen miopatiyasi
2. Landuzi-Dejerin miopatiyasi
3. Miasteniya
4. Spinal amiotrofiya

16. Bemor 30 yoshda qo'l-oyoqlarda kuchsizlik yurish qiyinlashishi va poldan turish qiyinlashishi boshlangan. Shunga o'xshash otasining kasalligi aniqlandi. Aniqlandi: tetraparez proksimal qismlarida periferik xilda, "o'rdak yurish", narvonga o'xshab turish.

1. Nevral amiotrofiyasi
2. Spinal amiotrofiyasi
3. Miopatiya
4. Miotoniya

17. Jinsiy xromatinni qaysi usul bilan aniqlash mumkin?

1. Elektron-mikroskopik
2. UZI
3. Dermatoglifik
4. Sitogenetik

18. Bosh miyadagi so'zlash markazi qaysi yarim sharida joylashganini ko'rsating.

1. Ko'pchilik kishilarda nutq markaziy va orttirilgan markaz chap yarim sharda joylashgan
2. Chap va o'ng tomonlarining funksional farqi yo'q
3. Ko'pchilik kishilarda hamma nutq markazi o'ng yarim sharda joylashgan
4. Barcha orttirilgan markaz o'ng yarim sharda joylashgan

19. Bemorda o'ng tomonda gemiparez, gemianesteziya, gemitnopsiya va VII va XII juft nervlar zararlanishi nimadan darak beradi?

1. Ichki kapsula chapda
2. Miya ustini chapda
3. Miya ustini o'ngda
4. Ichki kapsula o'ngda

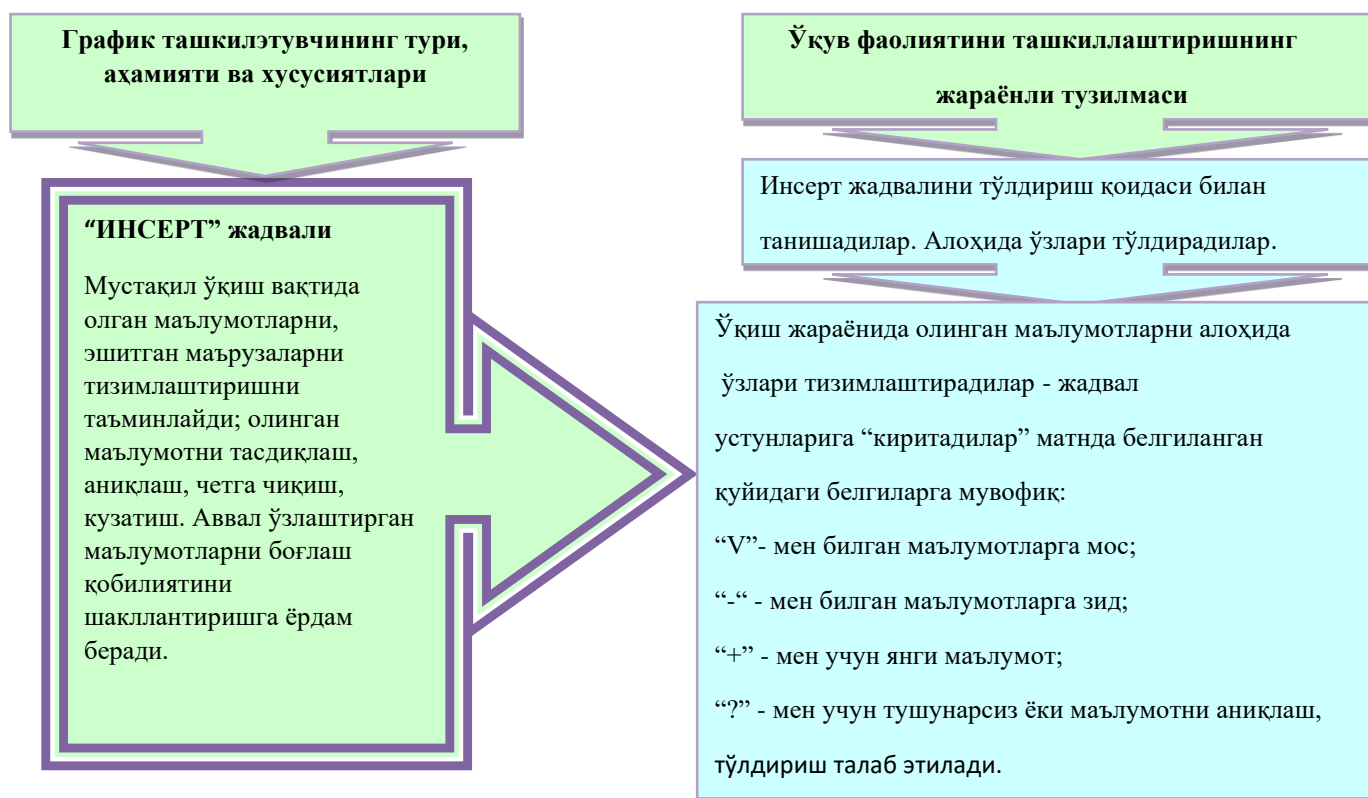
20. Kompyuter tomografiyasi nima?

1. Rentgen nurlari to'qimalar orqali o'tayotganda ularning qattiqligiga qarab singishi
2. Bosh miya suyuqligini tekshirish
3. Lyumbal punksiya

4. Bosh miya biopotensiallarini aniqlash

Klasterni tuzish qoidasi

1. Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G'oyalar sifatini muhokama qilmang, faqat ularni yozing.
2. Xatni to'xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e'tibor bermang.
3. Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to'xtatmang. Agarda aqlingizda g'oyalar kelishi birdan to'xtasa, u holda qachonki yangi g'oyalar kelmaguncha qog'ozga rasm chizib turing.



V	-	+	?

Nazorat savollar:

1. Psixiatriya fani vazifalari.
2. Psixiatriya fani tarixi.
3. Ruhiiy bemorlar ekspertizasi qanday o'tkaziladi?
4. Shaxs negativ jihatdan o'zgarishlarga nimalar kiradi?
5. Irsiy kasalliklarni prenatal tashxis usullarini ayting.

2.2 modul	Ruhiiy jarayonlar va ulardagi buzilishlar, ruhiiy kasalliklarni tekshirish usullari
O'quv moduliga ajratilgan jami: 18 kredit	

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gallyutsinatsiyalar. 2. Illyuziyalar. 3. Psixosensor buzilishlar 4. Xotira buzilishlari, xotira pasayishi, xotirani kuchayishida hamshiralik jarayoni va parvarishi. 5. Tug'ma va orttirilgan aqli zaiflik haqida tushuncha. 6. Oligofreniya darajalari. 7. Demensiya shakllari: senil, aterosklerotik, epileptik, shizofrenik va boshqa demensiyalar

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi

<p>baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>Tinglovchilarni Tafakkur va idrok buzilish holatlaridagi bemorlar va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish haqida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.”Baliq skeleti” sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baholar e'lon qilinadi .Uyga vazifa “Ruhiy sferalar va ulardagi buzilishlar. Xotira buzilishlari, xotira pasayishi, xotirani kuchayishida hamshiralik jarayoni va parvarishi”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K “Psixiatriya” Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari’ Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o'quv qo'llanma 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Ruhiy sferalardagi buzilishlar, ularni farqlash. Idrok etishning buzilish turlari: gallyusinatsiyalar, illyuziyalar, psixosensor buzilishlar haqida ma’lumot. Affektiv, verbal va pareydolik illyuziyalar, gallyusinatsiyalar (sharxlovchi, xid, ta’m bilish, taktil, visseral, soxta) to’g’risida yangiliklarni o’rganish.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tinglovchi bilishi kerak: Ruhiy sferalardagi buzilishlar va ularni farqlashni; – Idrok etishning buzilish turlarini; – Gallyusinatsiyalar, illyuziyalar, psixosensor buzilishlar haqida ma’lumotni; – Affektiv, verbal va pareydolik illyuziyalarni farqlashni; – Gallyusinatsiyalar (sharxlovchi, xid, ta’m bilish, taktil, visseral, soxta) to’g’risida yangiliklarni o’rganishni; – Idrok va tasavvurning buzilishida hamshiralik parvarishini; – Sodda va murakkab idrokni farqlashni; – Idrokning o’ziga xos sifatlarini; – Idrokning tezligi, to’laligi, ravshanligi, aniqligi va tug’riligini farqlashni;
<p>O’qitish metodlari</p>	<p>”aqliy hujum”, ”mozaika”, ”charxpalak”, ”</p>
<p>O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	<p>Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli</p>
<p>O’qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.</p>
<p>O’qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jixozlangan o’quv</p>

	xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Ruhiy sferalar va ulardagi buzilishlar. Tafakkur va idrokning buzilishi.

Dars rejasi:

1. Gallyutsinatsiyalar.
2. Illyuziyalar.
3. P s i x o s e n s o r b u z i l i s h l a r
4. Xotira buzilishlari, xotira pasayishi, xotirani kuchayishida hamshiralik jarayoni va parvarishi.

GALLYUTSINATSIYALAR

Real mavjud ob'ektsiz idrok etishga gallyutsinatsiya deyiladi. Gallyutsinatsiyalar ob'ektiv borliqdan tashqarida shakllanuvchi va o'z-o'zidan paydo bo'luvchi tasavvurlardir. Gallyutsinatsiyalar inson ongida biron-bir tasavvurning dominantligi natijasida kelib chikuvchi xakikiy ta'sirotning soxta ichki (ongi) obrazga aylanishi tufayli yuzaga keladi. Shuning uchun gallyutsinatsiyalar o'z-o'zidan kelib chiquvchi, intensiv hissiylik kasb etuvchi, real borliqqa ko'chirilgan va shu tafayli xaqiqiylik, ob'ektiv mavjudlik xususiyatini olgan tasavvurlar deb hisoblanadi. Goldshteyn fikri bo'yicha, «gallyutsinatsiyalar avval idrok etilgan narsalarni shu idrokka bog'lik bo'lgan yangi tashqi ta'sirsiz hissiy ravishda boshdan kechirishdir». Sezgi organlariga qarab ko'rish, eshitish, hid va ta'm bilish, umumiy sezgi gallyutsinatsiyalari farqlanadi. Ko'rish gallyutsinatsiyalari. Eng oddiy ko'ruv gallyutsinatsiyalari fotopsiyalardir. Bunda bemor o'ziga shaklsiz, noaniq narsalar ko'rinadi – olov tutun, tuman. Gallyutsinator obrazlar juda katta yoki juda kichkina bo'lib ko'rishini mumkin. Gallyutsinatsiyalar rangli yoki rangsiz, ba'zida esa bir rangli bo'ladi. Saxnasimon gallyutsinatsiyalarda ko'ringan narsalar, voqea – xodisalar xuddi saxnada yoki kino ekranida o'ynalayotgandek ko'rinadi. Ekstrakampin gallyutsinatsiyalarda obrazlar bemorning ko'rish bo'sag'asidan tashqarida – yonida, orqasida paydo bo'lishi mumkin. Eshitish gallyutsinatsiyalariga jarang ovozi va shunga o'xshash boshqa noaniq gallyutsinatsiyalar kiradi va ular akoazmlar deyiladi. Eshitish gallyutsinatsiyalari intensivligiga karab sekin, baland, garang kiluvchi bo'lishi mumkin. «Ovozlar» yoki «tovushlar» tanish yeki notanish odamniki, erkakcha yeki ayol kishiniki bo'lishi mumkin. Mazmuniga karab, eshituv gallyutsinatsiyalari kuyidagi turlarga bulinadi: Sharxlovchi gallyutsinatsiyalar – bunda tovush yeki bir necha tovush bemorning xar bir qilgan ishini sharxlaydi, o'z fikrini

bildirad Imperativ gallyutsinatsiyalarda «tovush» bemorga u yoki bu xarakatni kilishni buyuradi. Ba'zan bu xarakat bemor yoki uning atrofidagilarga zararli bulishi mumkin: tovushlar xarakat vaqtida poezddan sakrashni, birovni baland binodan tashlab yuborishni, uldirishni buyurishlari mumkin. Xid, ta'm bilish gallyutsinatsiyalari odatda ikkilamchi bo'lib, vasvasa goyalari asosida kelib chikadi va mustakil ravishda kamdan –kam uchraydi. Taktil gallyutsinatsiyalarda bemor terisida turli xashoratlarning yurganini, terida yeki teri ostida turli begona narsalarning mavjudligini xis kiladi. Visseral gallyutsinatsiyalarda esa bemor tana bushliklarida, kupincha korinda, turli narsalar yeki tirik jonzotlar borligini xis kiladi.

Visseral va taktil gallyutsinatsiyalarni senestopatiyalardan farqlash lozim. Avvalo senestopatiyalar predmetsiz ogir xislardir. Shuningdek, senestopatiyalarda bemor ogir, kiynovchi xislar yeki ogriklarga shikoyat kilsa, gallyutsinatsiyalarda bemor ichiga kirib kolgan jonzod yeki biron predmet borligiga shikoyat kiladi. Soxta gallyutsinatsiyalar. Bularning birinchi tulik ta'rifini V.X. Kandinskiy bergan. Bular kuyidagi alomatlari bilan chin gallyutsinatsiyalardan fark kiladi:

1. Bemorning gallyutsinatsiyalarga munosabati.

Chin gallyutsinatsiyalargda bemor obraz yoki tovushlarni real mavjud narsalarga tenglashtiradi va ularni ob'ektiv borlikdan ajralmagan xolda kabul kiladi. Soxta gallyutsinatsiyalarda esa bemor antika ovozlari, obrazlar xakida gapiradi, ularni real borlik bilan tenglashtirmaydi, undan tashkarida kabul kiladi.

2. Soxta gallyutsinatsiyalar «kilinganlik», «yasamalik» xususiyatiga ega, ya'ni bemor kimlardir tomonidan «kilingan» ovozlari eshitadi, obrazlar xam tashki ta'sir natijasida yuzaga keladi.

3. Chin gallyutsinatsiyada bemorga kurinayotgan yoki eshitalayotgan narsalarni atrofdagilar xam kurayotgandek, eshitayotgandek. Soxta gallyutsinatsiyalarda esa tovush va obrazlar fakat bemor uchun kilingan, fakat ugina sezayotgandek tuyuladi.

4. Chin gallyutsinatsiyalar kechga borib kuchayadi, soxta gallyutsinatsiyalar esa sutka davomida uzining intensivligini uzgartirmaydi.

5. Chin gallyutsinatsiyalar sezgi a'zolarining sezish busagasida yuzaga kelsa, soxta gallyutsinatsiyalar undan tashkarida buladi. Masalan, bir bemor kushni xonadan tovush eshita (chin gallyutsinatsiyada), ikkinchisi kushni shaxardan, boshka sayyorada odamlarning tovushini eshitadi (soxta gallyutsinatsiyalarda). Kupincha soxta gallyutsinatsiyalarda tovushlar bemor tanasining ichidan keladi.

6. Soxta gallyutsinatsiyalar asosan endogen ruxiy kasalliklarga xosdir. Chin gallyutsinatsiyalar esa kupincha ekzogen ruxiy kasalliklarda uchraydi.

Funksional gallyutsinatsiyalar biron bir sezgi a'zosiga bevosita ta'sir vaqtida yuzaga keladi. Masalan, poezd o'tib ketayotganda, krandan suv tushayotganda. Ta'sir tugagandan keyin gallyutsinatsiya xam tuxtaydi. Gipnagogik gallyutsinatsiyalar uykuga ketish vaqtida, gipnopompik gallyutsinatsiyalar esa uykudan uygonish vaqtida paydo buladi. Gallyutsinatsiyalarni aniklash va ularning kasallik klinik manzarasidagi urni belgilash bemorni davolashda juda katta axamiyatga ega. Gallyutsinatsiyalar kupgina ruxiy kasalliklarda – shizofreniyada, keksalik psixozlarida, bosh miya organik kasalliklaridagi psixozlarda, alkogol va narkotik moddalar bilan zaxarlanish natijasidagi – intoksikatsiyada uchraydi.

ILLYUZIYALAR

Illyuziyalar-real mavjud ob'ektni noto'g'ri, buzuvchi idrok etish. Idrok etilayotgan narsa, voqea-xodisaning mavjudligi bilan illyuziyalar gallyutsinatsiyalardan farq qiladi. Xuddi gallyutsinatsiyalar kabi, illyuziyalar xam sezgi organlari bo'yicha eshitish, ko'rish, sezgi, xid va ta'm bilish illyuziyalariga bo'linadi. Shuni xam aytib utish kerakki, illyuziyalar me'orda xam uchraydi. Bunga fizik (eki tabiiy) illyuziyalar misol bula oladi: stakandagi choyga solingan koshik xuddi singandek kurinadi, buni esa optika konunlari bilan tushuntirib berish mumkin.

Ruhiy kasalliklarda affektiv, verbal va pareydolik illyuziyalar uchraydi.

A f f y e k t i v illyuziyalar. Qo'rquv, xavotir, tushkunlikka tushgan bemorlarda uchraydi. Bunda osig'lik turgan kiyim berkinib olgan kotil bulib kurinishi, oshxonadan eshitilayotgan idish-tovoklar jarangi bemorni uldirish uchun tayarlanaotgan kurol ovozi bo'lib eshitilishi mumkin.

V e r b a l illyuziyalar. Atrofdagi odamlar suxbatining ma'nosi buzuk ravishda idrok etiladi. Bu illyuziyalar kuchli qo'rquv, vaxima xolatida, har narsaga shubxa bilan karaydigan bemorlarda uchraydi. Bunda bemorlar atrofdagilarning ularga umuman tegishli bulmagan suxbatlarida ularga karshi fitna,giybatlarni eshitishlari mumkin.

P a r e y d o l i k illyuziyalar affektning tub uzgarishlarisiz, ruxiy faoliyat tovushining pasayishi xolatlarida uchraydi. Mazmuni buyicha fantastik va obrazlidir. Devordagi, gilamdagi nakshlar, devor yeriklari bemorlar kuziga garoyib kurinchli mavjudotlar, baxaybat binolar bulib kurinishi mumkin. Ilyuziyalar turli ruxiy kasalliklarda, kupincha intoksikatsiya psixozlarida uchraydi.

P s i x o s e n s o r b u z i l i s h l a r

Psixosensor buzilishlarga metamorfopsiyalar, «tana tuzilishning» buzilishlari, depersonalizatsiya va derealizatsiya kiradi. Metamorfopsiyalar. Idrok qilinayotgan narsa va makon kattaligi yeki tuzilishining buzilishi. Bunga mikropsiya, makropsiya, shuningdek, dismegalopsiya - predmetlarni uzunlashgan, kengaygan, aylanma xolda qabul qilish kiradi. Odatda dismegalopsiya xolatida makonni idrok etish xam uzgariadi. Makon kiska, predmetlar yakinda, va aksincha, makon uzunlashib, predmetlar uzoklashib ketgandek tuyuladi (porropsiya). Bu xolatning gallyutsinatsiyalardan farki shundaki, bunda real mavjud bulgan predmetlar uzgargan xolda aks ettiriladi, gallyutsinatsiyalarda esa yuk narsalar idrok etiladi. «Tana tuzilishining» buzilishlari. Uz tanasining tuzilishi va kattaligini sezishning buzilishi. Total buzilish xolatida bemorda uz tanasining kattalashib yeki kichiklashib, ogirlashib yeki yengillashib ketgani xakida tasavvurlar paydo bulsa, parsial buzilish xolatida tananing ayrim kismlari uzgargandek seziladi, ya'ni bemorga oeklari yeki kullari kattalashib yeki kichiklashib ketgandek tuyulishi mumkin.

Depersonalizatsiya-o'z shaxsini idrok etishning buzilishi, shaxs barcha ruxiy xususiyatlarining begonlashuvi. Bunda bemorlarga fikr – xaellari, tafakkuri

uzgargandek, avvalgidan boshkacha bulib kolgandek tuyuladi. Bemorlar uzgarib kolganliklari, boshka odam bo'lib qolganliklari xaqida gapiradilar. Depersonalizatsiyaga ana simptomi xosdir – bemor o'z xislarini yo'qotganini, quvonch, tashvish, og'riq sezmaetganligini, ishtaxasi, uyqusi yo'qligini gapiradi. Ba'zi xollarda shaxsning narchalanishi, ikkilanishi xissi xam kuzitiladi. Derealizatsiya- ob'ektiv borlikni idrok etishning buzilishi. Bu xolatda bemorga olam uzgab, uzoklashib kolgandek tuyuladi, atrof noanik, tushunarsiz, parda bilan uralgandek kurinadi, atrofdagi mavjudotning xakikiyiligiga shubxa tugiladi. Ba'zida bemorlarga uzlari yashab turgan joy, atrofdagi odamlar begonadek kurinadi («jamais – vu» –«xech kachon kurilmagan»), yeki aksincha, begona joy, begona odamlar xuddi tanishdek, avval xam kurgandek tuyuladi («deja – vu» – «avval kurulgan»).

Ong – ob'ektiv borlikni, voqelikni aks ettirishning yuqori darajasi bo'lib, u shaxsning tevarak atrofdagi narsalarni, xozirgi va utmish davrini yaxshi bilishi, karorlar kabul kilish va vaziyatga karab o'z xatti-xarakatini boshqarish kobiliyati bilan namoyon buladi. Ong – bosh miyaning juda xam murakkab birlashtiruvchi faoliyatiki, u vaqtda, joyda, atrofdagi shaxslarda xamdm o'zining shaxsida mo'ljalini olish va aktiv faoliyatga tayyor turish demakdir. Ong – jamiyat mexnat faoliyati natijasida paydo bulgan ob'ektiv mavjud reallikni inson miyasida aks etilishining oliy turidir.

Ong ruxiy jarayonning xamma tomonlari bilan chambarchas boglangan. Ong funksiyasining amalga oshirilishi bosh miyaning optimal ko'zgalishini talab etadi. Ong o'zgarishlarining xar kanday turida bosh miyada albatta fiziologik jarayonlarning buzilishi buladi. Shunday kilib, ong buzilishi umumiy miya reaksiyasi xisoblanadi, bu buzilishning turlari o'rtasidagi tafovut esa tormozlanish jarayoninig bir xilda tarkalmasligi va kuchi, shuningdek, patologik o'choqning ma'lum darajadagi joylashuvi bilan xam fark kiladi. Bemorlarda ong buzilishning uchrashi bu xastalikning va patologik jarayonning o'tkirligini, og'irligini va intensivligini ko'rsatadi. Ong buzilishining bir necha xil turlari tafovut qilinadi, ammo shunday alomatlari borki, ular ong buzilishining barcha turlariga xosdir. Bularni Yaspers sistemalashtirgan va quyidagicha izoxlagan.

1) Atrof muxitdan, tashki olamdan maxrumlik. Bunda atrofdagi barcha narsalar anik idrok etilmaydi yoki batamom idrok etishning iloji bulmaydi. Ba'zi xollarda real voqeallikning aksi boglanmagan, o'zik-yuluk, kichik bulaklar xolida uchrashi mumkin.

2) Vaqtda, joyda, atrofdagi shaxslarda, o'z shaxsida mo'ljalini u yoki bu darajada ololmasligi.

3) Fikrlashning buzilishi. Fikrlar uzuq-yuluk, boglanmagan yoki juda xam sust bulishi mumkin. Inkogerensiya uchrashi mumkin.

4) Atrofdagi bulayotgan voqealarni eslash kiyinlashadi. Es-xushning kirarlichikarli xolatini kisman eslaydi yoki umuman eslay olmaydi. Kisman yoki tulik amneziya buladi.

Es-xushning yoki ongning kirarlichikarli xolatini aniklash uchun biz shu turta belgini u yoki bu darajada bemorda ko'zatishimiz shartdir. Bemorda birgina yoki ikkita alomatning mavjudligi ongning kirarlichikarli xolatini aniklamaydi. Biz es-

xushining kirarli-chikarli bo'lish sindromlarni quyidagi klassifikatsiya bo'yicha o'rganamiz:

I. Ong buzilishning nopsixotik formalari yoki ongning qisman yo to'liq xolgacha to'xtashi.

Bularga:

- Quloq bitish xolati
- Obnobulyatsiya
- Somnolensiya
- Sopor
- Koma xolatlari kiradi

II. Ong buzilishining psixotik formalari yoki ongning xiralashuvi.

Bunda: deliriy

- Amensiya
- Oneyroid
- Esning qirarli-chiqarli yoki qovog'i solingan xolat trans, ambulator avtomatizmlar, somnabulizm kiradi.

I. Ong buzilishning nopsixotik formalari.

1. Obnobulyatsiya (lotincha nubus – bulut so'zidan) – ongning yengil yoki kisman buzilishi. Ong bir necha dakika yoki minut davomida xuddi xiralashganday, yengil bulut bilan koplalganday buladi. Bu xolatda vaqti-vaqti bilan ongning ravshanlashuvini, kayfiyatning u yoki bu tomonga (eyforiya yoki ko'zgalish) o'zgarishini ko'zlashimiz mumkin. Obnobulyatsiyani vaqtida aniklash juda muximdir, chunki u intoksikatsiyaning kuchayib borayotganligini va axvolning ogirlashib borayotganligini kursatadi. Zaxarlanishlarda, og'ir yuqumli kasalliklarda, bosh miya jaroxatlarining o'tkir bosqichlarida uchrashi mumkin.

2. Somnolensiya (uyqu bosishi). Bu xolat ancha uzoq (soatlab, ba'zi hollarda kunlab) davom etadi. Mo'ljal olish bunda buzilmaydi, qattiq savollar berib bemorning diqqatini oshirishimiz va savolimizga xos qisqa javob olishimiz mumkin. Ko'pincha neyrotrop zaxarlanish – kichiklikdan, trankvilizator va xokazolardan zaxarlanish asosida vujudga keladi.

3. Kuloq bitishi – ancha ogirroq xolat. Bemorlar lanj, shashti pastrok buladilar, o'zlariga berilgan savollarga darxol javob berolmaydilar, xotirasi zaiflashgan buladi. Kuloq bitishi turli darajada ifodanaladi va giperglikemiya xolatida, zotiljam kasalligida, peritonitda, neyroinfeksiyalarda, anemiya, terlama kasalliklarida uchraydi.

4. Sopor (soporoz xushsizlik) yeki subkomatoz xolat – quloq bitishining yukori darajasi. Bunda bemor xarakatsiz bo'lib qoladi, og'riqqa javob berish, ko'z qorachig'ining yorug'likka reaksiya berishi, kon'yuktival va korneal reflekslardan tashqari, boshqa javob reaksiyalari paydo bo'la olmaydi. Bu xolat og'ir kechgan yuqumli kasalliklarda, zaxarlanishlarda, og'ir yurak-tomir kasalliklarining dekompensatsiya xolatida ko'zatiladi.

5. Koma- ongning batamom to'xtashi. Bunday xolatda bemorda og'riq reflekslari xam, kon'yuktival, korneal reflekslari xam bo'lmaydi. Yuqorida ko'rsatib

o‘tilgan xolatlarning yanada og‘irlashuvida, shuningdek, og‘ir bosh miya jaroxatlarida kuzatiladi.

II. Ong buzilishining psixotik formalari.

1. Deliriy yoki delirioz sindromi.

Ongning buzilishlari fonida idrok etishning yorqin buzilishlari (gallyutsinatsiyadlar va illyuziyalar) paydo bo‘lganda, shuningdek, vaxima va qo‘rqish sifatida xissiy (emotsional) buzilishlar yuzaga kelganda ongning delirioz buzilishi xakida so‘z boradi. Bemorlarda o‘z shaxsining mo‘ljalini saqlangan xolda joyda-makonda, vaqtda va atrof-sharoitdagi mo‘ljalning buzilishi ko‘zatiladi. Bunda ko‘rish va eshitishga doir juda ko‘p gallyutsinatsiyalarning paydo bo‘lishi tipik xodisa bo‘lib, ular odatda qo‘rqitish xarakteriga ega buladi. Pareydolik illyuziyalar va saxnasimon ko‘rish gallyutsinatsiyalari xarakterlidir. Atrofdan sodir bo‘layotgan voqealar uzuq-yuluk, noanik idrok etiladi, kuchli psixomotor xarakat qo‘zg‘alishlari vujudga keladi. Ko‘p xollarda ikkilamchi xissiy-obrazli, gallyutsinatsiyalarga mos ravishda vasvasa g‘oyalar paydo bo‘ladi. Natijada bemor xavotirlanib o‘zini ximoya qilishga, chopib, qutilib qolishga intiladi, ba‘zi xollarda atrofdagilarga xavf tug‘diradi. Deliriyda ongning «men»i saqlanib qoladi, shuning uchun bemor o‘z ongida sodir bo‘layotgan dramatik voqealarning markazida buladi va bu voqealar bemorga karatilgan buladi. Deliriy xolatida biz «lyutsid tuynuklarni» ya‘ni bemorlarda qisqa muddatli yoki yengil xollarda kunduzi, ongning ravshanlashuvini kuzatamiz. Bunda bemor atrofdagilarni taniydi, savollarga to‘g‘ri javob beradi, tanqidiy muloxaza yuritadi. Kechqurun va kechasi esa ongning xiralashuvi kuchayadi. Bemorlar kasallik xolatidan chiqqanlaridan keyin boshdan kechirganlarini qisman, uzuk-yuluk xolda eslab yuradilar. Alkogolizmida uchraydigan deliriyni va alkogol deliriysi yoki alaxlash kasali deymiz. Bundan tashkari, deliriy xolati ba‘zi yuqumli kasalliklardagi xaroratning baland bo‘lganida uchrashi mumkin va kam xollarda bosh miya shikastlarining o‘tkir davrida kuzatiladi. Og‘ir o‘tadigan deliriylardan ikki turini tafovut etamiz. Bularga mussitirlangan yoki valdirovchi va kasb deliriysi kiradi. Valdirovchi deliriyda tashki ta‘sirotga reaksiya bo‘lmaydi, to‘shakning o‘zida ko‘zg‘alish bilan cheklanadi. Bemor tushunarsiz nimalarnidir valdiraydi, ma‘nosiz va bir xilda qo‘llari bilan xarakatlar qiladi. Valdirovchi deliriy ba‘zi xollarda sopor va komaga o‘tishi mumkin. Kasb deliriysi shu bilan farqqildiki, bunda illyuziyalar va gallyutsinatsiyalarga qaraganda xarakat ko‘zg‘alishlari ko‘proqo‘rin tutadi. Mo‘ljalga olishning buzilishi juda chuqur bo‘ladi. Ko‘zg‘alish asosan bemorning kasbi bilan aloqador bo‘lgan odatiy xarakatlar tarzida kechadi. Masalan, oshpaz pichoqlar bilan ishlayotgandek, duradgor bolg‘a yoki arra bilan ishlayotgandek, xaydovchi mashinani boshqarayotgandek xarakatlarni bajaradi. Ko‘zg‘alish ba‘zi xollarda kasb bilan bog‘liq bo‘lgan ayrim so‘zlarini takrorlash bilan yoki unsiz xarakatlar bilan davom etishi mumkin.

2. Amensiya (amentiv xolat).

Bunday xolat og‘ir va uzok vaqt davom etadigan kasalliklarda – yuqumli kasalliklar, septikopiemiya, kuchli zaxarlanishlar natijasida yuzaga keladi. Bemor atrofni, vaqt va o‘z-o‘zini bilmay qoladi. Bemor tevarak-atrofdagi narsalarni anglamay qoladi, nutqi, fikrlashi uzuk-yuluk, bog‘lanmagan (inkogerensiya) xolda

nimalarnidir shivirlyadi yoki baqiradi, ba'zi xollarda perseveratsiyani kuzatishimiz mumkin. Amensiyada, deliriydan farqli o'laroq, ko'zg'alish bir xilda xarakatlar bilan, bemor yotgan o'rning o'zida chegaralangan xolda o'tadi. Ayrim xollarda mushaklarning tortishuvini, giperkinezlarni, xattoki tutqanoqlarni ko'rishimiz mumkin. Gallyutsinatsiyalar deliriyga qaraganda kam bo'ladi. Amentiv xolat deliriydan keyin yoki mustaqil uchrashi mumkin. Amensiya xolatidan chikkandan keyin bemorning shu xolatdagi kechinmalari xakidagi xotiralari saqlanib kolmaydi.

3. Oneyroid (uyqusimon, fantastik vasvasali ongning xiralashuvi).

Oneyroid joyda, vaqtda va o'z shaxsini noto'lik, ko'pincha ikki xil tushinish bilan xarakterlanadi. Bemor guyo uyqusimon fantastik xayollar olamiga tushib qolganday bo'ladi: u boshqa sayyoralarda, kosmik kemalarda, ekzotik bog'utog'larda yurganday sezadi o'zini. Ba'zilar esa dengiz urushlari, olamshumul jangoxlarni boshqarayotganday xis kiladilar. Uchinchilari esa eramizdan oldingi jonivorlar orasida yurgandek, jaxannamga yoki jannatga tushib qolgandek bo'ladilar. To'rtinchilari bo'lsa oxirzamoni, kiyomat koyinni kuzatayotgandek, vulqonlarning otilishini, millionlab odamlarning o'layotganini, planetalararo urushlarning guvoxi bo'ladilar. Bunda fantastik voqealar bir-biri bilan bog'langan xolda xosil bo'ladi.

Oneyroid xolati xar doim soxta gallyutsinatsiyalar xosil bulishi bilan kechadi.

Oneyroid xolatida, deliriy xolitida farqli o'larok, o'z shaxsining mo'ljali xam buziladi, bemor o'zini boshqa shaxsga aylanib qolganligini yoki fantastik kechinmalariga mos ravishda shaxsining o'zgarishganligini xis etadi. Agar deliriyda bemorning yurish-turishi gallyutsinatsiyalar va vasvasalarga mos kelsa, oneyroidda bemor xarakatsiz, kamxarakat yoki bir xilda ma'nosiz xarakat ko'zg'alishida bo'lishi mumkin.

Bemorning mimikasi xarakterli: u gox xamma narsadan voz kechganday g'amgin, gox «sexrlab qo'yganday ko'rinadi. Ko'zlari ko'pincha yumilgan yoki yarim ochiq bo'ladi. Agar bemor bilan gaplashiladigan bo'lsa, u o'zining «tushlari» xaqida gapirib berishi mumkin, ayni vaqtda o'z nomi va palatasining nomerni aytishi mumkin, bu ikki xil fikr yuritishdir. Bundan tashkari bemorda shunday narsa bo'lishi mumkinki, u atrof-dagi begona odamlarni xuddi yaqin tanishlardek, yoki yaqin odamlarini begonalardek, xuddi ularning qiyofalarini olgandek idrok etishi mumkin, buni Kapgar simptomi yoki manfiy va musbat ikkilanish simptomi deb ataladi. Ba'zida esa, grim bilan xar gal o'zining kiyofasini o'zgartirgan xolda (bir gal onasining qiyofasida, bir gal do'stining qiyofasida, boshqa bir gal esa vrach qiyofasida) bir odamning o'zi (masalan, ta'kib qiluvchi) bemorning oldiga kelayotgandek tuyulishi mumkin.

Buni Fregoli simptomi yoki musbat ikkilanish vasvasasi simptomi deb ataladi.

Bemorlarda boshdan kechirilgan narsalar xaqidagi xotiralar saqlanib qoladi. Kasallikning eng qattiq ko'rinishlari xaqida bemorlar yaxshi xikoya qilib beradilar. Qattiq endogen psixozlarda, ba'zi bir yuqumli kasalliklarda uchrab turadi. 4. Esning kirarli-chiqarli sindromi yoki qovog'i solingan xolat. Bu xolat kutilmaganda, to'satdan paydo bo'lib, odatda uzok vaqt davom etmaydi, shuningdek, to'satdan to'xtashi mumkin, shuni xisobga olgan xolda tranzitor, tez o'tib ketuvchi xolat deb yuritiladi. Bu sindrom uchun atrof-muxitda, kishilarda

mo'ljalga olishning chuqur buzilishi, gallyutsinoz va o'tkir xissiy vasvasa, qo'rquv, g'azab va alam affektlari, shavqatsiz xarakterlar ko'zg'alishining rivojlanishi bilan yoki tashqaridan qaraganda to'g'ri xarakterlar bajarilayotgandek ko'ringan xolat xosdir. Kuchli affekt, vasvasa va gallyutsinatsiyalar ta'risida bemor to'satdan juda xavfli xatti-xarakterlar qilishi mumkin: o'zining yaqin odamlarini dushman deb idrok etib shavkatsiz o'ldirishi yoki og'ir jaroxatlar yetkazishi mumkin; kuchli g'azab okibatida atrofdagi ko'ziga tushgan narsalarni maqsadsiz buzish, sindirish xarakterlarini bajarishi mumkin. Qovog'i solingan xolat vaqtidagi xotiralar saqlanib qolmaydi – boshqa odamlar qilgandek qabul etiladi.

Bu xolatda deliriy va oneyroiddan farqli o'laroq, nafaqat xaqiqiy voqealar, bemorning sub'ektiv kechinmalari xam xotirada saqlanmaydi. Qovog'i solingan xolatning vasvasali xamda gallyutsinatsiyali variantlari tafovut etiladi. Agarda qovog'i solingan xolat vasvasasiz, gallyutsinatsiyasiz va affektiv o'zgarishlarsiz kechsa, buni ambulator avtomatizmi xolati deb yuritiladi. Bu xolatda bemorlar avtomatlashgan xatti-xarakterlarni bajaradilar. Masalan, biror maksad bilan uyidan chikkan bemor tusatdan, o'zi uchun tushunarsiz xolda shaxarning qarama-qarshi joyiga borib tusatdan, o'zi uchun tushunarsiz xolda shaxarning qarama qarshi joyga borib qoladi. Bu ongsiz sayri vaqtida ular mexanik ravishda kuchalarni kesib o'tishlari, shaxar transportida yurishlari, oddiy savoolarga javob berishlari mumkin. Ularni gangib qolganlarga yoki chuqur o'zini xayollari bilan band bo'lgan kishilarga o'xshatish mumkin.

Ambulator avtomatizmning uzok vaqt bir necha soatdan to bir necha kunlargacha davom etadigan turini trans deb ataymiz. Bunda bemorlar maqsadsiz uzoq joylarga, xatto poezdlarga o'tirib boshqa shaxarlarga safar qilishi mumkin. Bu xolat tugagach bemor qanday qilib boshqa shaxarga, joyga kelib kolganini eslay olmaydi. Juda xam qisqa, bir ikki minut davom etadigan ambulator avtomatizmni fugadeb ataladi. Fuga so'zi chopish so'zini bildiradi. Bunda bemor birdaniga o'z-o'ziga xisobot bermay atrofdagilarni anglamay qayoqqadir chopadi yoki bir joyda aylanadi. Bu xolat tugab bemor o'ziga kelganda u bilan kanday voqea ro'y berganini, nima uchun atrofdagilar unga e'tibor berib kolishganini tushunolmaydi. Absans– bu daqiqaning bir necha ulushi davomida ro'y beradigan ongning to'xtashi yoki o'chib qolishidir. Bunda bemorlar to'satdan ma'nosiz nigox bilan fikrni yo'qotib qo'ygandek jimib qoladilar. Agarda bu biror ish bilan mashxur bo'lib turganda ruy bersa ularning qo'llaridan uskunaning tushib ketganini ovqatlanish vaqtida qoshiqning tushib ketganini kuzatishimiz mumkin. Ambulator avtomatizmga kiruvchi yana bir xolat somnabulizmdir. Biz somnabulizmida qisman, to'liq bo'lmagan uyg'onishni kuzatamiz. Bunda odamning xuddi xarakterlar uyg'ongan, ongi uyg'onmagan. Bemorlar to'shakdan turib xonada yuradilar, uydan chiqib ketishlari mumkin. Ularning xarakterlari ong bilan boshqarilmaydi, maqsadsiz xarakterlar bo'ladi. Savollarga va murojatlarga e'tibor bermaydilar yoki bu paytda uyg'onib ketishlari mumkin. Esning qirarli-chiqarli xolatlari tutqanoq, bosh miyaning kasalliklarda kuzatish mumkin. Atrof-muhitni, butun borliqni va uning o'zgaruvchanligini qabul qilish kishidagi beshta a'zo orqali kechadi. Bular — ko'rish, eshitish, hidlash, ta'm sezish hamda teri orqali umumiy sezish jarayonlaridir. Bular fiziologik nuqtai nazardan

qaralganda tashqi muhitdan olinadigan taassurotlarni markazga yetkazib beruvchi tashqi analizatorlardir. Shu o'rinda analizatorlarning o'zini ham ta'riflash zarurdir. Ularning tuzilishi 3 qismdan iborat bo'ladi. Ta'sirni qabul etadigan *retseptor qismi*, bosh miyaning yupqa nodir bo'lagi — po'stloqda joylashgan *markaziy qism* va undan periferik a'zolariga javob ketuvchi *effektor qismlari* bo'ladi. Bosh miyada yana ikki a'zoldan doimiy ma'lumot oluvchi ichki analizatorlarning ham markazlari mavjud. Shunday qilib, bosh miya ham ichkaridan, ham tashqaridan keladigan ma'lumotlar bilan bog'lanib ichki a'zolar bilan bevosita va bilvosita bog'langandir.

Biz yuqorida qayd etganimizdek, kishilarning ruhiy holati, ularning jismi bilan mujassamlashib, bir butun odamni tashkil qiladi. Ruhiy xasta kishilarda uning ruhiy jarayonlari — idrok etish qobiliyati, xotirasi, hissiyoti, irodasi, mayllari o'zgaradi (buziladi). Demak, bemor o'rganilganda hamda undagi ruhiy holatni tahlil qilib bemorning hozirgi ruhiy maqomi (psixik statusi)ni tashkiletuvchi bir butun sindromdan alohida belgilarni ajratiladi va ular guruhlanadi. Bemorning ruhiy holatlarida uchraydigan illyuziyalar idrokning buzilishidan darak beradi, amneziyalar xotiraning o'zgarishidan guvohlik berishi mumkin hamda vasvasalar kuzatilsa, har xil xastaliklarda uchraydigan tafakkurning buzilishi to'g'risida ma'lumot berishi mumkin.

A.V.Snejnevskiy ta'biri bo'yicha bu psixologiyafanining asoslari faqatgina yagona bir maqsad — kasalliklarning belgi-alomatlarini o'rganishda qo'l kelishi mumkin. Ammo xastalik alomatlari (simptomlari)ni patogenetik nuqtai nazardan tasniflashda psixologik ma'lumotlarga asoslangan usul kutilgan natijalar bermaydi. Bunday vaqtda xastalik belgilarini guruhlash oliy nerv sistemasi faoliyatining buzilishida kuzatiladigan qonuniyatlarga asoslanishi zarurdir. Bosh miya kasalliklarida kuzatiladigan qo'zg'alish jarayonining turg'unligi (inertnoe vozbuđenje), tormozlanishning o'ta sustligi (zapredelnoe tormojenie) va I—II signal sistemalari o'zaro munosabatlarining buzilishlari va boshqa fiziologiko'zgarishlar nazarda tutilyapti.

A. V. Snejnevskiyning kasalliklarning alomat (simptom)lari to'g'risidagi yana bir boshqa qimmatli maslahati shundan iboratki, belgilar — bular psixologik tushuncha bo'lmasdan, tibbiyotga xos hodisalardir, ular maxsus bizning fanga tegishlidir. Ular xastalikni aniqlovchi klinik mezonidir. Ularning tasnifida tibbiyot fanining o'ziga xos xususiyatlari o'z aksini topadi. Ammo, kasallik belgi-alomatlarini tasnif etishda qo'yilgan maqsadlarga muvofiq tasniflar turi har xil bo'ladi. Klinik manzaralar o'rganilganda belgilar mahalliy va umumiy guruhlarga bo'linishi mumkin. Ularni patogenetik nuqtai nazardan tahlil etilsa, alomat (simptom)lar funksional va organik turkumlarga, agar ular kasallikning oqibatlariga bog'lab o'rganilsa, yaxshi va yomon sifatli belgilarga guruhlanishlari mumkin bo'ladi. Shuning uchun ham A. V. Snejnevskiyning ta'limoti bo'yicha har bir

alomat (simptom) sermazmundir. Buqoida umumiy patologiyaning ifodasi bo'lib, faqatgina ruhiy kasalliklarning belgilariga xos bo'lib qolmasdan, balki hamma xastaliklarning alomatlariga xosdir. Shu o'rinda yana bir masalani esdan chiqarmaslik lozim. Har xil belgi — alomatlar kishilar ruhining faqatgina u yoki bu (idrok, xotira, aql, hissiyot va boshq.) tomonigina buzilishidan kelib chiqadi degan xulosaga kelish uncha tug'ri bo'lmaydi. Ya'ni gallyutsinatsiyalar va illyuziyalarning kelib chiqishi faqatgina bosh miyaning idrok etish funksiyasiga yoki vasvasani tafakkurning buzilishiga hamda aqliy zaiflik (slaboumie)ni birgina aqlning aynishiga bog'lasak xatolikka yo'l qo'ygan bo'lar edik. Ularning har birining yuzaga chiqishida faqat bittagina analizatorning faoliyati zararlanmasdan, ko'pgina analizatorlarning vazifasi buzilishi natijasida kelib chiqadi. Shunday bo'lishiga qaramasdan quyida keltirilayotgan har xil belgi — alomatlar asosan idrok etish faoliyatiga shartli ravishda bog'lab olinadi.

Shu guruh belgi (simptom)larning ishtiroki natijasida kuzatiluvchi sindromlar:

1. Senestopatik (ipoxondriya) sindromi.
2. Psixosensor sindromi.
3. Gallyutsinatsiya sindromi.
4. Kandinskiy-Klerambo yoki gallyutsinatsiya- paranoid sindromi.

Gipesteziya umumiy sezish qobiliyatining pasayib ketishi natijasida sodir bo'ladigan belgi (tashqi muhit ta'sirlarini qabul etadigan analizatorlarning fizilogik bo'sag'asi — sezish darajasi pasayib ketadi). Atrof-muhit va boshqa borliqlar o'zining yorqinligi va shaklini, aniqligini yo'qotadi. Ular xuddi uzoqdan ko'rinayotgandek tuyuladi, tiniqligi va ravshanligi bo'lmaydi. Idrok etilayotgan narsalar noaniq, suratdek, siyratsiz ko'rinadi. Kishilarning ovozlari o'zining jarangdorligini yo'qotadi. Butun borliq jonsiz manzaraga o'xshab qoladi.

Giperesteziyada, aksincha, umumiy sezgirlik tashqi muhitning har xil ta'siriga nisbatan ortib ketadi. Odatdagi ko'riladigan quyosh nuri yoki sun'iy yoritgichning nuri, eshitiladigan gaplar, tashqi muhitdagi taassurotlarning hammasi bemorlarda bezovtalik, asabiy holat va tajanglik kayfiyatini chaqiradi. Ko'rpa-to'shaklar va bemor egnidagi kiyimlari ham ularning tanalariga botib, xalaqit berayotganday tuyuladi. Odatdagi ovqatdan keladigan yoki oshxonada kuzatiladigan hidlar ularning dimog'iga uradi va kayfiyatini buzadi.

Yuqorida keltirilgan belgilardan birinchisi derealizatsiya va depressiya sindromlarida uchrashi mumkin. Ular esa o'z navbatida ekzogen hamda endogen kasalliklarga xosdir. Giperesteziya — asteniya, o'tkir psixozlarning boshlang'ich davrida, charchagan kishilarda va boshqa holatlarda namoyon bo'ladi.

Vaziyatli masallar

1. 10 yashar bola o'yqu bilan tugaydigan tutqanoq xurujlariga ega. 7 yasharligidan katta tutqanoq xurujlari kuniga bir necha marta kuzatiladigan kichik xurujlar bilan almashdi. Bazan uyidan ketib qolib, qaerda bo'lganligini eslolmaydi. Epilapsiya shaklini kursating?
2. 40 yoshga kirgan mashinistka ayol 35 yoshidan beri 2 marta ruhiy kasalliklar shifoxanasida davolangan. Shifoxonaga bu safar kelishida 3 kecha uxlamagan, sher to'qib chiqqan. Bo'limda kayfiyati baland, sergap, bir jumlani tugatmasdan ikkinchisiga o'tib ketadi. Bir joyda turolmaydi. Bu qanday psixoz turiga kiradi?
3. Bemor 50 gramm ichdi. Birdaniga atrofdagilarni tanimay esirib qoldi, hech qanday sababsiz xujum qildi. So'ng bo'shashib uxlab qoldi. Anamnezida miyasi lat yeganligi malum. Sud psixiatrik ekspertiza komissiyaning xulosasi qanday?
4. 2 oy muqaddam bemor miyasi qattiq lat yegan. Kuchli bosh og'rig'i, tirishish xurujlari, xotira pasayishi, jizzakilik kuzatilmoqda. Lozim bo'lgan paraklinik tekshirish usullari. Bemorda qanday tekshirish o'tkazish kerak?

Test savollari

1. Sub'ektiv qayg'urish bilan kechadigan kerakli fikrni bexosdan yo'qotib qo'yish – bu

1. Fikrning buzilishi
2. Shperrung
3. Fikrlarni uzilib qolishi
4. Oligofaziya

2. Shizofreniya bilan xastalanish xavfi ota-onalar uchun 14% ni, bolalar uchun necha % ni tashkil qiladi?

1. 5-6%
2. 10-15
3. 8-10%
4. 12-14%

3. Odamlarning qaysi ijtimoiy guruhi suiqasd qilishga ko'proq moyil?

1. Shifokorlar
2. Yozuvchilar
3. Muhandislar
4. Pedagoglar

4. Xotira buzilishiga qaysilar kiradi?

1. Dismnestik aql pastligi
2. Korsakov sindromi
3. Progressiyalanuvchi amneziya
4. Fiksatsion amneziya

5. Bir yildan oldin beva qolgan 44 yoshli ayol kayfiyatining yomonligida vaznining 8 kg yo‘qotgani, uyquchanlik, suiqasd qilish fikrlarining paydo bo‘lganiga shikoyat qilayapti, sindromologik tashxis?

1. Somnolensiya
2. Depressiya
3. Situatsion reaksiya
4. Disgarmoniya

6. Bemor fikrining uzoq –yuluq mantiqsiz kechishi ko‘proq nimaga xos?

1. Assotsiativ jarayonning buzilishi
2. Aqlni pasayishi
3. Diqqatni yo‘qolishi
4. Xulqning buzilishi

7. Kasallikning klinik manzarasi, fantastik mavzuga ega bo‘lgan, psevdogallyutsinatsiyalar bilan kechayotgan fantastik ulug‘vorlik vasvasasidan iborat. Bu qaysi sindrom?

1. Gallyutsinator parafreniya
2. O‘tkir parafreniya
3. Kandinskiy-Klerambo sindromi
4. Paranoial sindromi

8. Bemorda negativizm bilan kechayotgan stupor va qotib qolish, ongning xiralashuvi simptomlar kuzatilmoqda. Buzilish turi.

1. Oneyroid katatoniya
2. Qotib qolishi bilan kechayotgan stupor
3. Lyutsid katatoniya
4. Negativ stupor

9. Negativ buzilishlarning og‘irroq turi.

1. Shizofreniya
2. Total aql pastlik
3. Diffuz aql pastlik
4. Ruhiy marazm

10. Paranoid shizofreniya rivojlanish bosqichi.

1. Paranoid
2. Oxirgi holat
3. O‘ta qimmatli g‘oyalar
4. Gallyutsinator-paranoial

11. Ratsional psixoterapiya nima?

1. Dalil-isbotli tushuntirish psixoterapiyasi
2. Ruhiy jarayonlar va vegetativ holatlarni o‘zi boshqarish qobiliyatini shakllantirish

3. Gipnotik uyqu holatida ta’sir ko‘rsatish
4. O‘z-o‘zini gipnozlash

12. Reaktiv psixoz turi qaysi javobda to‘g‘ri berilgan?

1. Depressiya
2. Disforiya

3. Debillik

4. Maniya

13. Psixopatiyaning klinik belgisi qaysi javobda to'g'ri berilgan?

1. Hulqdagi xasta belgilarining doimiyliigi

2. Mehnat qobiliyatining buzilishi

3. Esipastlik

4. Gallyutsinoz

14. Psixiatrik xizmatning o'ziga xos xususiyati qaysi javobda to'g'ri berilgan?

1. Majburiylik

2. Bepullik

3. Rejalilik

4. Yashirinlik

15. Involutsion psixoz kasalligi boshlanadigan davr qaysi javobda to'g'ri berilgan?

1. 45-60 yosh

2. 60-80 yosh

3. 40-50 yosh

4. 30-40 yosh

16. Bemorda o'ng qo'l barmoqlari kuchsizligi atrofiyasi va fibrillyartortishlari kuzatiladi. Nima zararlangan?

1. Orqa miya oldingi shoxlari, o'ngda S7-S8.

2. Orqa miyani oldingi shoxlari, chapda S7-S8

3. Orqa miyani oldingi shoxlari, o'ngda D1-D3

4. Buyin chigali

17. Bemor 25 yoshda, bolaligidan fe'l – atvorida o'zgarishlar kuzatila boshlangan, yuzgachopar, qaxr-g'azabli, janjalkash. Arzimas e'tirozga ham chidamaydi, kuchli hayajon bilan tashlanadi, janjal ko'tarib, haqoratlaydi. Arzimas sababga ham qo'lga tushgan narsa bilan uradi, o'ldirishni aytib po'pisa qiladi. Doimo uyda, ko'chada, ishda janjallashib yuradi. Masalani to'g'ri javobini toping?

1. Psixopatiyaning qo'zgaluvchan turi

2. Shizofreniya

3. Isterik nevroz

4. Epilepsiya shaxsiyat o'zgarishlari bilan

18. Qanday sinamalar bilan qo'l va oyoqlardagi koordinatsiya buzilishlarini aniqlash mumkin?

1. Barmoq-burun, diadoxokinez, tizza-tovon sinamalari

2. Yurishni tekshirish

3. Mushaklar trofikasini tekshirish

4. Giperkinezlarni tekshirish

19. 17 yoshli bolada yuzning mimik muskullarida qo'l-oyoq va tana mushaklarida ixtiyorsiz harakatlar paydo bo'lishi yozuvi o'zgardi. Mushaklar tonusi pasaygan. Bu sindrom qanday ataladi?

1. Gipotono-giperkenetik sindrom

2. Gemiparetik sindromi
3. Paraparetik sindromi
4. Kapsullyar sindromi

20. Infeksion psixoz alomati

1. puerilizm
2. Kandinskiy-kalerambo sindromi
3. Maniya
4. deleriy

Interaktiv usullar:

“Aqliy hujum” usuli. Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bi ro‘quvchi o‘zining fikrini bayon etishi kerak.

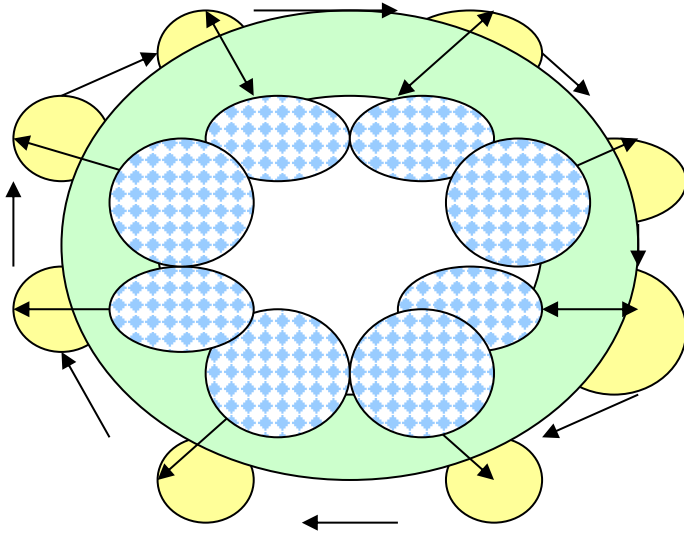
- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flepkartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu mavzuga oid o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

Mozaika” – ish o‘yinini o‘tkazish usuli.

Bunda tinglovchilar guruhlarga bo‘linadilar. Mavzuga oid rasmlar konvertga joylashtiriladi. Har bir guruhdan tinglovchi konverttanlab, ichidagi rasmlarni ma’lum vaqt ichida to‘g‘ri joylashtirib berishlari shart.

So‘ngra o‘qituvchi to‘g‘ri javobni doskada ko‘rsatadi. Birinchi va to‘g‘ri javob bergan guruh baholandi.

Charxpalak metodi-tinglovchilarga o‘tilgan mavzu bo‘yicha bilimlarini mustahkamlash yoki tekshirish, hamda bir-birini baholash imkoniyatini beruvchi metoddir.



“Chaxpalak” usulini o‘tkazish uchun-o‘quv xonasidagi stollar doira ko‘rinishida joylashtiriladi. Stollarning ichki va tashqi tomoniga bittadan stol joylashtiriladi.

Tinglovchilar ikki guruhga bo‘linib, “mehmon” va “mezbon” sifatida stolning ichki va tashqi tomoniga joylashadilar.

“Mehmon”lar stolning ichki tomoniga o‘tirib, savollarga javob beradilar. Ularga o‘quv qaydnomalari topshiriladi.

Ular o‘zlarining ism va shariflarini yozib, javob baholarini qo‘ydirib boradilar. Soat strekasi bo‘yicha siljiydilar. Xar bir mezbonning savoliga javob beradilar.

Javob baholari jamlanib, umumiy baho chiqariladi.

Keyin “mehmon” va “mezbon”lar almashinadilar.

O‘qituvchi “Charxpalak usulining to‘g‘ri olib borilishini nazorat qiladi, kamchiliklarni to‘ldirib boradi.

Nazorat savollari:

1. Gallyutsinatsiyalar nima?
2. Ularning turlari
3. Illyuziyalar nima?
4. Psixosensor buzilishlar nima?
5. Xotira buzilishlari.

2.2 modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 6.	Tafakkur va idrokning buzilishi
---	--

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi	<p>1. Psixik avtomatizm xolati</p> <p>2. Tafakkurning (fikrlash qobiliyati) rasmiy buzilishi.</p>
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy qism</p> <p>1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ruyxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga</p>	<p>Javob beradilar</p> <p>Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

	<p>tayyorligini tekshiradi, ichki tartib koidalariga rioya kilishni tasdiklovchi tilxat oladi, yangiliklar yeshitiladi va aytiladi.</p> <p>1.2 O'quv magulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni utkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib O'yin koidalirini tushintiradi.</p>	
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni tO'lik bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi.Tinglovlovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimatsion bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yullab javob oladilar. "Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa "Tafakkur va idrokning buzilishi"</p> <p>1. O'qib kelish. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik)</p> <p>2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma)</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma)</p> <p>4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil</p> <p>5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011</p> <p>6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma</p> <p>7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Idrok va tasavvurning buzilishi. Sodda va murakkab idrok, idrokning o’ziga xos sifatlari. Idrokning tezligi, to’laligi, ravshanligi, anikligi va tug’riligi. Turli ruhiy kasalliklarda ana shu sifatlarning u yoki bu darajada o’zgarganligini aniqlash.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi bilishi kerak:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Idrok va tasavvurning buzilishida xamshiralik parvarishini; – Sodda va murakkab idrokni farqlashni; – Idrokning o’ziga xos sifatlarini; – Idrokning tezligi, to’laligi, ravshanligi, aniqqligi va to’g’riligini farqlashni;
O’qitish metodlari	“qopdagi mushuk”, “akvarium”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofilmlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o’quv xona.

Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash
-------------------------------------	--

Mavzu: Tafakkur va idrokning buzilishi

Dars rejasi:

1. Psixik avtomatizm xolati
2. Tafakkurning (fikrlash qobiliyati) rasmiy buzilishi.

Sog'lom tanli va sog'lomruhli kishilarning tafakkuri, odamlarning ongi singari murakkab jarayondir. Aql, idrok, xotira, iroda, hissiyot va boshqa sifatlar ham inson ruhining zarur tomonlaridir.

Ammo tafakkurlash va ong esa, kishilar shaxsiga xos bo'lgan hislat-xususiyatlarga asoslanib va ularga bog'lanibgina kechadigan jarayonlardir. Inson tug'ilib o'zligini tanib atrof-muhitdan o'zini farqlab, nutq rivojlangandan so'ng tashqaridan doimiy olinadigan taassurot va ma'lumotlarni *tahlil qilish (analiz)*, umumlashtirish (sintez) va *xulosa chiqarish* qobiliyatiga ega bo'ladi. Shu murakkab jarayon *fikrlash (tafakkur etish) qobiliyati* deb ataladi.

Ma'lumki, tafakkurlash qobiliyati ruhiy holatning hamma tomonlari bilan chambarchas bog'langan va ayniqsa, u nutq — til bilan ham bevosita aloqador bo'lib, uning mazmuni so'zlar, gaplar orqali ifodalanadi. Fikrlash jarayonida so'zlarni ketma-ket mantiqan hamda til qoidasiga rioya qilgan holda bog'lanib kelishi *assotsiatsiya* deyiladi (associatio — lotincha so'z bo'lib— birlashtirmoq degan ma'noni bildiradi).

Assotsiatsiya — bu fikrlash faoliyatining asosiy qonuniyatlaridan biri hisoblanadi. Uni fiziologik nuqtai nazardan olganda tubida reflekslar jarayoni yotadi. Shartli 39nterp asosida (vremennaya svyaz) tashqi muhitdagi voqea va hodisalarning ma'lum bir qismi shartsiz refleksning qo'zg'algan vaqtiga to'g'ri kelishi natijasida paydo bo'ladigan jarayondir.

Fikrlash jarayoni kishilar ruhining ajralmas, o'ta murakkab va juda zarur qismi bo'lib, uning buzilishi tufayli turli-tuman holatlar paydo bo'ladi. Ularning jadval tarzida ifodasini quyida keltiramiz (4-jadval).

Jadvalda keltirilganidek, fikrlash qobiliyatining buzilishidan kelib chiqadigan alomatlar shartli ravishda to'rt guruhga bo'linadi:

1. Tezligi bo'yicha (po tempu).
2. Xususiyatlari (sifatleri) bo'yicha (po 39nterpret).
3. Mantiq bo'yicha (po logike).

4. Alohida o‘rin olgan shilqim g‘oyalar (holatlar).

O‘z navbatida fikrlash jarayoni tezlashishining sifati buzilganda tafakkurning tezlashishi va aksincha, uning sekinlashishi hamda mentizm bilan fikrning uzluksizligi to‘xtab qolishi mumkin.

Fikrlash qobiliyatining tezlashishida assotsiatsiya jarayonining kechishi osonlashadi. Ularning ma‘lum vaqt ichidagi soni ortib boradi. Hosil bo‘lgan mulohazalar, xulosalar sayozlanadi hamda ular hodisa va voqealarning tasodifiy xususiyatlari bog‘langan holda kechadi. Mulohazalarning mantiqiy bog‘lanishi yuzaki kechadi. Mazmunli tushunchalarning o‘rinlari yuzaki tasavvurlar bilan almashinadi. Ba‘zan assotsiatsiya jarayonlari kechishi haddan tashqari tezlashib ketadi va bunday holat «*fikrning sakrashi*» (*skachki idey*) deyiladi.

Fikrlash buzilishi shu guruhining ichida bunga qarama-qarshi holat ham uchraydi, uni *assotsiatsiya jarayonining sekinlashishi* deb yuritiladi. Fikrlash qobiliyati ham sekinlashadi, ham qiyinlashadi. Tasavvur va mulohazalarning hayolga kelishi qiyinlashadi. Urinishlariga qaramasdan, ular yangi tushunchalar bilan o‘rin almashinmaydi. Fikr va hayollar yurishmasdan joyida turib qolgandek tuyuladi. Bunday hol bemorlar bilan muloqotni qiyinlashtiradi, ular kam gap, katta-katta savollarga bir-ikki gap bilan chegaralanib qolishadi, Ko‘pincha umumiy holatning yomonligiga va es-hushi va xotiraning sustligiga shikoyat qilishadi.

Assotsiatsiya tezlashishi 40interpre holatda, sekinlashishi esa 40interpreta holatlarda kuzatiladi. Ikkala sindrom ham endogen (shizofreniya, MDP) kasalliklarda va keng ko‘lamda uchraydigan ekzogen va organik kasalliklarning hamma turlarida uchraydi.

Mentizm — katta tezlik bilan hamda ixtiyorsiz har xil fikr-mulohazalar, o‘ylarning majburiy ravishda hayolga kelishi hamda ularni boshqarish qobiliyatining yo‘qolishi (Kandinskiy — Klerambo sindromiga qarang).

Fikrlashning to‘xtashi — *srerrung* so‘zidan olinib, nemischa tiqin (zakuporka, obriv) degan ma‘noni bildiradi. Kutilmaganda, birdan assotsiatsiya jarayoni yo‘qoladi, to‘xtaydi, qandaydir qarshilik paydo bo‘ladi. Mavzuni o‘zgartirishga uringanda ham fikrlash qobiliyati qaytmaydi yoki uzilish kuzatiladi. Bunday belgi hushyorlik (ong, es-hush butunligi) davrida kuzatiladi va shu bilan absans qisqa muddatli hush yo‘qligi belgisi bilan farqlanadi. Shu belgi asosan shizofreniyaning nisbatan tez boshlanib o‘tkir alomatlari bilan kechadigan turlarida uchraydi.

Fikrlash jarayonining ikkinchi turida ko‘riladigan sifatlari bo‘yicha buzilishlarga *perseveratsiya*, *maxmadonalik (rezonerlik)*, *o‘ta (patologik) ezmalik*, *fikrning uzuq-yuluqligi (razorvannost)*, *inkogerensiya* va *paralogik fikrlash* degan nom bilan ataluvchi belgilar kiradi.

*Qaytalanish (perseveratsiya)*da assotsiatsiyaning kechish jarayoni sekinlashishi, fikrlash qobiliyati qiyinlashishi bilan birga bir tasavvur yoki o'g'ri ma'lum vaqtga ustunlik qiladi. Birinchi savolga mantiqan to'g'ri olingan javob, 4Interp, mazmun jihatdan o'zgartirilgan boshqa savollarga ham javob sifatida o'sha fikr qaytarilaveradi. Fikr buzilishining bu turi ko'proq shizofreniyaning davriy xurujlari vaqtida va shunga o'xshash boshqa kasalliklarda uchraydigan o'tkir holatlarda ham kuzatilishi mumkin.

Mahmadonalik (rezonerstvo) turi — mulohaza, xulosalar, fikrlarning umumlashishi, xodisalar, voqealarning muhim xislat-xususiyatlariga emas, ikkinchi darajali, uncha ahamiyati bo'lmagan alomat — belgilariga asoslangan bo'ladi. Shuning uchun bunday xulosalar ko'pincha bir tomonlama, yuzaki bo'ladi, ob'ektiv reallik ustidagi umumlashgan fikrlar ularning to'liq mazmunini ifoda eta olmaydi.

O'ta ezmalik turida assotsiativ bog'lanish jarayonlari sekinlashadi va muhim ma'noli mulohazalarni ikkinchi darajali fikrlardan ajrata bilish qobiliyati pasayib, yo'qola boshlaydi. Bemorlar ma'no jihatdan ahamiyatli bo'lmagan narsalar ustida ko'p to'xtaladilar, mayda-chuyda, asosiy mavzuga bog'liq bo'lmagan hodisalar va voqealar ustida ko'proq gap yuritadilar. Bu xil buzilishni asosan epilepsiya xastaligida va ba'zan 4Interp kasalliklarda uchratish mumkin.

Fikrlashdagi uzuq-yuluqlik belgisi (razorvannost) — tashqaridan fikrlash buzilishiniig mantiqsiz deb nomlangan turini eslatadi. Ammo inkogerensiya kasalliklarning o'tkir holatlarida va ko'pincha ong buzilish sindromlarining psixotik turlariga oid, fikrlashning uzuq-yuluqligi esa surunkali kechadigan kasalliklarning oxirgi davrida uchraydi (shizofreniyada). Bemorlarning nutqidagi so'zlarida, mulohazalarida va gaplarida mantiqiy bog'lanish yo'qligiga qaramasdan 4Interpret qoidalar saqlanib qoladi.

Inkogerensiyada tasavvur va tushunchalarning bir-biriga bog'lanish qobiliyatining yo'qolishi, tashqi muhitdan olingan taassurotlar va ma'lumotlarni tahlil etish va umumlashtirish jarayonining yo'qolishi bilan birga mulohazalarning bog'lanishida chalkashliklar kuzatiladi. Nutqda ham mantiqiy, ham 4Interpret bog'lanishlar yo'qoladi. Bemorning nutqida ham 4Interpret, ham mantiqiy qoidalarga amal qilinmagani uchun gapida ma'no yo'qoladi. Fikrlash buzilishiniig bu turi kasalliklarning o'tkir psixoz holatlarida va ong buzilishiniig psixotik turlarida namoyon bo'ladilar.

Fikrlashning paralogik turi — bir-biriga qarama-qarshi tasavvurlar yoki mantiqan to'g'ri kelmaydigan hayollar yoki mulohazalarning birlashgan holatda nutqda yuzaga kelishi, yoki fikr-mulohazalar asosiy maqsaddan kutilmaganda izidan sakrab, chetga chiqib ketishi.

Fikrlash jarayonining mantiq bo'yicha buzilishigavasvasalar va *o'ta qimmat g'oyalar* kiradi. Undan tashqari, vasvasalarning o'zi birlamchi (sistematik, 42nterpretative, paranoyyal, aqliy) vasvasalarga hamda ikkilamchi (hissiyotli, ehtirosli, tasavvur, obrazli) vasvasalarga bo'linadi.

Vasvasa, o'ta qimmat g'oyalar va shilqim holatlar haqidagi ma'lumotlar quyida alohida keltirilgan.

Vaziyatli masalalar

1. Bemorning yoshi 37 da 19 yoshidan «bosh og'rig'iga» icha boshlagan. Yaqinda xizmat safarida bo'lib, ikki hafta davomida xar kun ichkan. Uyga qaytishda bekatda xotininig tovushini eshitadi. U yig'lab, poezd ostida qolib, oyog'idan ajralganini aytadi. Bemorga tashxis quyding?

2. Bemorning yoshi 47 da. 15 yil davomida ichimlikni suistemol qiladi. Shifoxonaga esirish holatida olib kelindi. Atrofnl anglamaydi. Yerda sichqon, kalamush, shaytonchalar ko'radi. O'q ovozlari, qadam tovushlarini eshitadi, yuzida dahshat alomati. Harorati 38,5 S . Bemorda qanday holat?

Test savollari

1. Indamaslik (nutqi yo'qligi) va harakatsizlik birgalikda kuzatilishi.

1. Karaxtlik
2. Isterik mutizm
3. Surdomutizm
4. Akinetik mutizm

2. Birlamchi vasvasani shakllanishining yakuniy bosqichi.

1. Kristallizatsiya –aniqlashi
2. Vasvasani tizimlanishi
3. «Ta'qib qilayotgan ta'qibchi»
4. Vasvasaviy talqin qilish

3. Ulug'vorlik vasvasasi mazmuni bo'yicha: badavlatlik, yuqori tabaqaga mansublik, geniallik,...

1. Manixey
2. Nigilistik
3. Ta'qib qilish
4. Odatdagi munosabat

4. Quruq mahmadonalik, shperrung, perseveratsiya, verbigeratsiya – bu...

1. Assotsiativ jarayonning patologiyasi
2. Nutq patologiyasi
3. Aql patologiyasi
4. Xulosa chiqarish patologiyasi

5. Ong buzilishi qanday namoyon bo'ladi?

1. Xotira buzilishi
2. Uyquni buzilishi
3. Atrof muhitdan ajralish
4. Tanasida nohush belgilar paydo bo'lishi

6. Periferik nervlarning yallig'lanishi qanday ataladi?

1. Nevritlar
2. Pleksitlar
3. Radikulitlar
4. Ganglionitlar

7. Katatonik stupor alomati qanday namoyon bo'ladi?

1. Negativizm
2. Apatiya
3. Gipomneziya
4. Maniya

8. Ong buzilishi alomati qanday namoyon bo'ladi?

1. Atrofni anglashning buzilishi
2. Atrofni anglashning saqlanishi
3. Konfabulyatsiya
4. Paranoid

9. Shilqim g'oyalar qanday namoyon bo'ladi?

1. Shaxs tabiati uchun zid bo'lgan va xastaligi anglanadigan fikrlar
2. Tushuntirib bo'lmaydigan xato xulosa
3. Hissiyot ta'sirida qisqa davrga yuzaga keladigan izchil bo'lmagan xato o'ylar
4. Manmanlikka moyillik

10. Maniakal sindrom uchun xos bo'lgan somatovegetativ alomat qanday namoyon bo'ladi?

1. Ishtaha kuchayishi
2. Shilliq pardalar qurishi
3. Yurak urishi sekinlashuvi
4. Ishtaha yo'qolishi

Interaktiv usullar

«Qopdagi mushuk usuli»

O'qituvchi talabalar uchun mavzu buyicha savollar tayyorlaydi. Dars vaktida talaba ro'yxat buyicha kopdan savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka kilib tayyorlangan buladi.

Talabalar kartochkalarini tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach konsultantlar ballar mikdorini e'lon kiladi va eng zo'rlarining ballarini aytadi.

“Akvarium” usuli.

Akvariumga baliqchalar joylashtiriladi. O‘tilgan mavzu bo‘yicha savollar stikkerga yoziladi va ularga yopishtiriladi. Tinglovchilar bittadan baliqchani olishadi va unga yozilgan savolga javob berishadi.

Nazorat savollari:

1. Tafakkur nima?
2. Tafakkur buzilishlari.
3. Idrok nima?
4. Idrok buzilishlari.
5. Hamshiralik parvarishini qanday olib borasiz?

O'quv moduliga ajratilgan jami: 2 kredit	Xotira va uning buzilishi. Amneziyalar turlari.
---	--

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Xotira funksiyalari. 2. Xotira buzilish turlari. 3. Xotira buzilish holatlarida hamshiralik parvarishi.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy qism</p> <p>1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

	<p>eshitiladi va aytiladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.</p>	
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilardan o'tilgan mavzuni so'raydi va yangi mavzu bo'yicha fikr mulohazalariga qiziqadi.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Xotira buzilishlari: xotiraning pasayishi va xotiraning kuchayishida bemorlarga hamshira parvarishi. Amneziyalar: retrograd va anterograd amneziyalar.</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich</p> <p>Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baholar e'lon qilinadi .Uyga vazifa "Ruhiy sferalar va ulardagi buzilishlar. Xotira buzilishlari, xotira pasayishi, xotirani kuchayishida hamshiralik jarayoni va parvarishi"</p> <p>1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik)</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma)</p> <p>3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma)</p> <p>4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil</p> <p>5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011</p> <p>6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma</p> <p>7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025</p>	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Ruhiy sferalardagi buzilishlar, ularni farqlash. Xotira buzilishlari: xotiraning pasayishi va xotiraning kuchayishida bemorlarga hamshira parvarishi. Amneziyalar: retrograd va anterograd amneziyalar.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tinglovchi bilishi kerak: – xotira va fikrlash qobiliyatining buzilishida hamshiralik parvarishini; – retrograd, anterograd amneziyalarni tekshirish usullarini; – ruhiy kasalliklarda uchraydigan tafakkur, idrok buzilishlari darajasini va havfliligini aniklab, hamshira tashhisini qo’yish va parvarishni amalga oshirishni.
O’qitish metodlari	“Kichik guruhlarda ishlash”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruhlarda ishlash, yakka tartibli

O'qitish vositalari	Doska-stend, videofil'mlar, chizma, nazorat varag'i, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o'quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

2.2.4 Xotira va uning buzilishi. Amneziyalar turlari.

Reja:

1. Xotira funksiyalari.
2. Xotira buzilish turlari.
3. Xotira buzilish holatlarida hamshiralik parvarishi.

Xotira- bu bizning ongimizdagi xayotiy tajriba, bilim va voqiyliklarimizni aks etishi, qisqa va uzoq vaqt saqlanishidir.

Xotira odam ruxiy faoliyatining eng muxim funksiyalaridan biri bo'lib, 3 ta bosqichni o'z ichiga oladi:

- a) tushadigan axborotni qabul qilish;
- b) uni saqlash;
- v) takror aytib berish.

Axborotni qabul qilishning ikki turi tafovut qilinadi:

1) qisqa vaqtli xotira (bunda xotirada tashqi taassurotlarning izlari tovush manbalari sodir bo'lguncha turadi, so'ngra uchib ketadi).

2) uzoq vaqtli xotira (axborot uzoq vaqt saqlanadi) — insonlarda bilimlar, tajribalar, ixtirolar manbai bo'lib xizmat qiladi.

Xotirada saqlash insonning esdagi taassurotlarini qayta ayta olishqobiliyati (renroduksiyasiga) bog'liq bqladi. Esdagi taassurotlarni ayta olish qobiliyati (reproduksiya) 2 xil bo'ladi.

- 1) bevosita — to'g'ri:
- 2) bilvosita—logik (mantiq).

To'g'ri reproduksiya yana takrorlanayotgan faqat va ko'rinishlarni bilish bilan bog'liq masalan, qachonlardir ko'rgan tasvir va qiyofalarni eslash.

Logik reproduksiya qandaydir bir faktni eslash asosida yotuvchi har xil bog'laniishlarni tadbiqqilishdan iborat. Bu fakt shu ko'rinishga noto'g'ri munosabatda bo'ladi. Shunday qilib, «imtixon» degan so'z insonda o'qish faoliyatn bilan bog'liq bo'lgan ko'p assotsiatsiyalarni chaqirishi mumkin,

Insonda motor, yoki mexanik xamda ko'rish, zshitish, hissiy va fikrlash xotiralari bo'ladi.

Dismneziya deb, xotira pasayishining qo'yidagi turlariga aytiladi—esda saqlash qobiliyatining pasayishi, qabul kilish va tadbiq etish qobiliyatining pasayishi. Xotiraning pasayishi ruxiy kasalliklarning ko'p turlarida kuzatiladi.

Xotira buzilishining erta qo'riqishi — bu tanlashreproduksiyasining pasayishidir, ya'ni xotiradagi malum bir vaqtda kerak bo'lgan ma'lumotni esga keltirishning qiyinlashuvidir. Bunda biror nom va atamalarning asl ma'nosini, ya'ni xotiradagi individual, differensial ma'lumotlarpi tadbiq. qilishnipeg qiyinlashuvi kuzatildi.

Amneziya—xotiraning yo'qolishi.

Retrograd amneziya deganda esini yo'qotish boshlanayotgan voqealarning esdan chiqishi tushuniladi.

Anterograd amneziya — bu bemoring xushsizlik holatidan keyingi yoki biror ruxiy buzilishlardan keyingi voqealarni eslay olmasligidir. Bunday eslay olmaslik retrograd amneziyadek soatlab davom etishi mumkin. Ba'zi hollarda bir necha kun va haftalarga cho'zilishi mumkin. Bu vaqt ichida bo'lgan voqealar bemor xotirasidan izsiz yo'qoladi.

Anterorstrograd amneziya- bu retrograd va antiretrograd amneziyalarning birgalikda kuzatilishidir. Bunda faqat xushsizlik xolati yoki kasallik boshlanayotgan paytdagi voqealargina emas, balki bu xolatdan keyingi voqealar xam xotirada qolmaydi. Fiksatsion amneziya— eslashqobiliyati (kechayotgan voqealar)ning buzilishidir. Kechayotgan voqealarni xotirada saqlay olmaslik Korsakov sindromining-asosiy belgisidir. Yuksalib (rivojlanib) boruvchi amneziya — bu ketma-ketlik qonuni asosida rivojlanib boruvchi xotira buzilishi. Bunda bemor birinchi navbatda yaqinorada bo'lgan voqealarni esdan chiqaradi. Keyinchalik asta-sekin o'tmishdagi voqealar xamesdan chiqadi. Erta o'zlashtiradigan xotira ma'lumotlarida xayotning erta davridagi voqealar ko'proq, saqlanadi. Xotira ma'lumotlarining yo'qolishi, teskari, ya'ni yangidan eskiga, yaqinda o'zlashtirilganida o'tmishda o'zlashtirilganiga, individual va tanlanganda umumiygayo'nalsanbo'ladi (Ribo qonuni). Yuksalib boruvchi amneziyada birinchinavbatda kam taassurotlangan, kam o'zlashtirilgan ma'lumotlar xotiradan uchadi. O'tmishda o'zlashtirilgan, mustaxkam tashkil qilingan, yaxshi o'zlashtirilgan ma'lumotlar ko'proq vaqt saqlanadi. Bolalikda, o'smirlik va yetuklik davrlarida o'zlashtirilgan xotira ma'lumotlari ko'p marta tadbiq, qilinadi va bular asosida keyingi qabul kilingan xotira ma'lumotlari mustaxkamlanadi. Bu esa oldin o'zlashtirilgan ma'lumotlarini mustaxkamlaydi. Ko'p tadbiq, qilingan ma'lumotlar muhim barqaror tabiatga ega bo'ladi. Paramneziya bu soxta xotira bo'lib, uninguch turi tafovut qilinadi:

1) konfabulyatsiya bu xotiraniig shunday buzilish shaklini, bunda xotiradagi axborotningunutilgan joyi uydirma va fantastik voqealar bilai to'ldiriladi;

2) psevdoreminissensiyalar bunda bemor xotiradagi axborotning unutilgan joyini oldin bo'lib o'tgan voqealar bilanto'ldiradi. Masalan, birnechakundan beri davolanayotgan bemor kecha Moskvaga borib keldim deb aytadi. Xaqiqatda esa u Moskvaga boshqa vaqt borib kelgan.

Kriptomneziya xotirada unutilgap xodisalar o'rnini bemorlar kinoda ko'rgan, kitobda o'qigan, birovdan eshittan, tushida ko'rgan voqealar bilan to'ldiradilar. Bunda xaqiqatda bo'lgan voqealar bilan tushida ko'rgan, kitobda o'qigan voqealar orasidagi farq, yo'qoladi va aralashib ketadi. Xotira buzilishi

bosh miya po'stlog'innng qo'zg'alish funksiyasining susayishi natijasida kelib chiqadi.

Lotincha so'z (intellectus) idrok qilish, tushunish fikrlash demakdir. Bu murakkab ruhiy faoliyat fikrlash, xotira, diqqat-e'tibor va boshqa ruhiy jixatlar bilan bevosita bog'langan bo'ladi. Tom ma'noda kishi ongida to'plangan bilim va tajribalarini amaliyotda hamda o'z bilimini boyitishda zarur omildir.

Aql murakkab ruhiy faoliyat bo'lgani uchun uni har xil kasallik natijasida kelib chiqadigan belgi va holatlari ham turlicha bo'ladi. Qabul qilingan an'analar bo'yicha bunda kuzatiladigan murakkab alomatlarining tushunilishi oson bo'lishi uchun dastlab ularni ikki katta guruhga bo'lingan: Birinchisi — oligofreniya — tug'ma aqliy norasolik (etishmovchilik), ikkinchisi esa — demensiya (slaboumie) orttirilgan aqliy zaiflikdir. Ikkala holat aqlning patologiyasi natijasida kelib chiqishiga qaramasdan ular bir-birlaridan ancha farqlanadi. Quyida bularning ichki turlari bilan tanishamiz:

Xotira patologiyasi 4 ta guruhga bulinadi:

1. Gipermneziya
2. Gipomneziya
3. Amneziya.
4. Paramneziya.

1. Gipermneziya- yuzaki assotsiatsiyalarga asoslangan reproduksiya oshi-shi xisobiga xotiraning kuchayishi yoki zurayishi. Aslida bu yerda eslab kolish kuchaymaydi, balki reproduksiya kuchayadi. Bu xolat shizofreniya, MDP bilan ogrigan bemorlarda, maniakal xolatlarda, isitmali deliyri-ning boshlangich boskichida kuzatiladi.
2. Gipomneziya-bu reproduksiya va eslab kolishning pasayishi xisobiga xotiraning kuchsizlanishi. Bemorlar yengil narsalarni kiyinchi-lik bilan eslab kolishadi. Bu xolat bosh miya kon-tomirlari aterosklero-zini boshlangich boskichida, gipertoniya kasalligida, karilik akliy zaif-likning boshlangich boskichida va epilepsiya kasalligada uchraydi.
3. Amneziya- ma'lum vaqt davrida xotiraning yukolib ketishi.

Amneziyalar 3 guruxga bulinadilar:

A) Vaqt bo'yicha

1. Retrogradli amneziya- kasallikdan ilgari bo'lgan voqealarga ma'lum vaqtga xotiraning yukolib ketishi. Bu xolat bosh miyaning shikastlanishidan keyin, uzini osganda reanimatsiya klinikasida kuzatila-di.
2. Anterogradli amneziya- kasallikdan keyin bo'lgan voqealarni ma'-lum vaqtga xotiraning yukolib ketishi. Bu xolat karaxtlik bilan kechgan kasalliklarda, MAS shikastlanishlarda, komada, soporda uchraydi.
3. Antiretrogradli amneziya- yukoridagi ikkala turdagi amneziyalarning birga kelishi.

B) Dinamika bo'yicha:

1. Regressiyali amneziya-bu shunday amneziya turiki, vaqt yoki davolash ta'sirida orkaga kaytishi kuzatiladi. Kuprok psixogeniyalarda, stressli vaziyatlarda kuzatiladi.
2. Statsionarli amneziya- dinamikada uzgarishlar kuzatilmaydilar, xam tuzalish kuzatilmaydi, xam yomonlashish kuzatilmaydi.
3. Progressivli amneziya- kasallik va vaqt kechishi bilan xotira-ning progrediyentli yomonlashuvi kuzatiladi. Bu xolat ma'lum konun koidalar buyicha rivojlanadi. Bu konunni Fransiya psixiatri Ribo 1881 yilda aniklagan.(Ribo konuni).

Qonun quyidagini bildiradi: progressivlovchi amneziyada xotira zapaslarini xarob bo'lishi alohida qonun-qoidalarga asoslangan, ya'ni qarilik voqealaridan yoshlik voqealarigacha, oddiydan murakkabgacha.

Bu buzilishlar qarilik aqli zaiflikda uchraydi.

4. Retardirlashgan amneziya (kechikuvchi). Bunda bemor boshida hamma narsani eslaydi, yarim soatdan yoki bir necha vaqtdan keyin hamma narsani xotiradan chiqaradi. Ko'proq sud-tibbiy ruxiy amaliyotida ongning namozshomsimon xiralashuvini o'tkazganda kuzatiladi.

V) Obyekt bo'yicha:

1. Affektogen amneziya- bu amneziyada bemorga nisbiy ta'sir qilgan voqea bemor xotirasidan siqib chiqariladi. Bular ruxhy shikastlanishlar, falokatlar sharoitida uchraydi.
2. Isterik amneziya- ko'proq isterik xarakteridagi yoki bichimlarga ega bo'lgan insonlarda uchraydi va quyidagicha ko'rinadi- bemorga yoqimsiz, foydasiz bo'lgan voqealar esdan chikariladi.
3. Skotomizatsiya ma'lum voqealarni esdan chiqarish. Ma'nosi buyicha isterik amneziyadan farki bulmaydi. Lekin isterik shaxslarda bu xolat isterik amneziya deb nomlanadi. Kolganlarda esa skotomizatsiya deb nomlanadi.
4. Katatimli amneziya-shaxsga yokimsiz bo'lgan voqealarni xotiradan chiqarish.
5. Anekforiya bu xotiraning kuyidagi buzilishi bulib, vokeani eslatgandagina esga keladi. Kuprok bu xolat talabalarda uchraydi.
6. Fiksatsion amneziya- bunda eslab kolish xususiyati yukolib, bulayotgan voqealarga xotiraning yukolib ketishi.
7. Palimpsest-inson voqealarning ayrim kismklarini eslolmaydi. Bu buzilish alkogolizmning boshlangich belgisi xisoblanadi.

Paramneziya –yolgon eslash.

Paramneziyaning bir necha turi farklanadi:

1. Psevdoeminissensiya- amneziya davrini bemor uz xayotida, lekin boshka davrida bo'lgan voqealar bilan tuldiradi.
2. Kofabulyatsiya-amneziya davrini bemor xayotida xech qachon bo'lmagan voqealar bilan tuldiradi.

3. Reduplitsirlashgan eslash yoki exomneziya. Bu buzilish amneziya bilan boglanmagan. Bunda inson xayotida bo'lgan voqealarning vaqt buyicha ilgari suradi, aslida bu voqealar boshka vaqtda kuzatilgan. Bu buzilishni derealizatsiyadan farklash kerak.
4. Kripnomneziya-xotiraning uzgarishi, buzilishi, ya'ni xakikatda bo'lgan vokea bilan tushidakurgan vokeani orasida farklashini susayishi yoki yukolib ketishi.

Nazorat savollari:

1. Retrograd va anterograd amneziyaning klinik farqlarini jadval shaklida taqqoslang.
2. Fiksatsion amneziya bilan progressiv amneziya o'rtasidagi asosiy farqlarni aniqlang.
3. Psixogen (dissotsiativ) amneziya bilan organik kelib chiqishga ega amneziyani qanday mezonlar asosida farqlash mumkin?
4. Xotira buzilishining qaysi turi ko'proq alkogolizm bilan bog'liq va uning patogenezini tushuntiring (masalan, Korsakov sindromi misolida).

Vaziyatli masalalar:

Bemor avtohalokatdan so'ng so'nggi 3 kun ichida bo'lgan voqealarni eslay olmayapti, ammo undan oldingi hayotiy voqealarni aniq bayon qiladi. Qanday turdagi amneziya haqida so'z ketmoqda?

-Hamshiralik tashxisi va parvarish rejasini tuzing.

70 yoshli bemorda xotira asta-sekin pasayib, yaqin voqealarni unutish kuchaymoqda, biroq bolalik davri xotiralari saqlangan. Qanday tashxis ehtimoli yuqori?

-Hamshiralik tashxisi va parvarish rejasini tuzing.

Kuchli ruhiy zarbadan keyin bemor ma'lum vaqt oralig'idagi voqealarni eslay olmayapti, nevrologik tekshiruvda organik shikastlanish aniqlanmadi. Qanday turdagi amneziya ehtimol qilinadi? Izoh bering.

-Hamshiralik tashxisi va parvarish rejasini tuzing.

Test savollari:

1. Xotiraning asosiy jarayonlari qaysilar?

- A) Idrok, tafakkur, nutq
- B) Kodlash, saqlash, qayta tiklash**
- C) Sezgi, xayol, diqqat
- D) Tahlil, sintez, umumlashtirish

2. Retrograd amneziyada bemor nimani unutadi?

- A) Yangi ma'lumotlarni eslab qololmaydi
- B) Faqat bolalik davrini eslay olmaydi
- C) Kasallik yoki jarohatdan oldingi voqealarni eslay olmaydi**
- D) Faqat ismlar va sanalarni unutadi

3. Anterograd amneziya uchun xos belgi:

- A) Eski xotiralar to'liq yo'qoladi
- B) Yangi ma'lumotlarni eslab qolish buziladi**
- C) Faqat hissiy xotira buziladi
- D) Qisqa muddatli xotira kuchayadi

4. Fiksatsion amneziyada:

- A) Eski voqealar ham, yangi voqealar ham unutiladi
- B) Yangi ma'lumotlar mustahkamlanmaydi**
- C) Faqat bolalik xotiralari yo'qoladi
- D) Vaqtinchalik hushdan ketish kuzatiladi

5. Xotiraning asta-sekin yomonlashib borishi qaysi turga xos?

- A) Retrograd amneziya
- B) Dissotsiativ amneziya
- C) Progressiv amneziya**
- D) Fiksatsion amneziya

6. Kuchli ruhiy zarbadan keyin vaqtinchalik xotira yo'qolishi qanday ataladi?

- A) Organik amneziya
- B) Dissotsiativ (psixogen) amneziya**
- C) Anterograd amneziya
- D) Fiziologik unutish

7. Surunkali alkogolizm natijasida rivojlanadigan og'ir xotira buzilishi:

- A) Alzheimer kasalligi
- B) Parkinson kasalligi
- C) Korsakov sindromi**
- D) Epilepsiya

8. Qisqa muddatli xotira asosan nimaga xizmat qiladi?

- A) Bolalik xotiralarini saqlashga
- B) Umrbod bilimlarni saqlashga
- C) Ma'lumotni qisqa vaqt davomida ushlab turishga**
- D) Irsiy belgilarni uzatishga

9. Quyidagilardan qaysi biri xotira buzilishining organik sababiga kiradi?

- A) Stress
- B) Ruhii travma
- C) Bosh miya jarohati**
- D) Kuchli hayajon

10. Qarilik davrida xotiraning asta-sekin susayishi ko'pincha qaysi kasallik bilan bog'liq?

- A) Alsgeymer kasalligi**
- B) Bronxit
- C) Gipertoniya
- D) Gastrit

Interaktiv usullar:

“**Kichik guruhlarda ishlash**” o'tilgan mavzu yuzasidan tinglovchilarni kichik guruhlariga bo'lamiz. Har bir guruhga alohida klinik vaziyat beriladi va tinglovchilar klinik vaziyatni tahlil qiladilar va o'z javoblarini aytadilar.

1-guruh:

Bemor bosh miya jarohatidan so'ng oxirgi 2 kun ichida bo'lgan voqealarni eslay olmayapti, lekin undan oldingi hayotiy voqealarni aniq aytib beradi.

👉 Savol: Qanday turdagi amneziya? Sababini tushuntiring.

2-guruh:

65 yoshli bemor yaqin voqealarni tez unutadi, lekin bolalik davri xotiralari saqlangan. Xotira asta-sekin yomonlashmoqda.

👉 Savol: Qaysi patologiya ehtimoli yuqori? (Masalan, Alzheimer kasalligi) Mexanizmini izohlang.

3-guruh:

Surunkali alkogol iste'mol qiluvchi bemor yangi ma'lumotlarni eslab qololmaydi, voqealarni to'ldirish uchun uydirma hikoyalar aytadi.

👉 Savol: Qanday sindrom kuzatilmoqda? (Masalan, Korsakov sindromi) Klinik belgilarini tushuntiring.

Surunkali alkogol iste'mol qiluvchi bemor yangi ma'lumotlarni eslab qololmaydi, voqealarni to'ldirish uchun uydirma hikoyalar aytadi.

👉 Savol: Qanday sindrom kuzatilmoqda? (Masalan, Korsakov sindromi) Klinik belgilarini tushuntiring.

2.3 modul	2.3.1 Asosiy psixopatologik sindromlar va ularni aniqlash.
O'quv moduliga ajratilgan jami: 2 kredit	

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruhiy kasalliklar haqida umumiy tushuncha 2. Psixopatologiyada simptom va sindrom tushunchasi 3. Sindromologik yondashuvning ahamiyati 4. Nozologik birlik tushunchasi
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

	Faoliyat mazmuni
--	-------------------------

Ish bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p align="center">1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Tafakkur va idrok buzilish holatlaridagi bemorlar va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish haqida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.</p>
<p align="center">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi. Uyga vazifa Asosiy psixopatologik sindromlar mavzusini 1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K,</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>Sharipova P.K “Psixiatriya” Toshkent-2018 (elektron darslik)</p> <p>2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma)</p> <p>3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma)</p> <p>4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil</p> <p>5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011</p> <p>6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma</p> <p>7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025</p>	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Ruhiy kasalliklar haqida umumiy tushuncha Psixopatologiyada simptom va sindrom tushunchasi Sindromologik yondashuvning ahamiyati Nozologik birlik tushunchasi haqida tinglovchilarga ma’lumotlarni berish</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tinglovchi bilishi kerak: – Ruhiiy kasalliklar haqida umumiy tushuncha – Psixopatologiyada simptom va sindrom tushunchasi – Sindromologik yondashuvning ahamiyati – Nozologik birlik tushunchasi
O’qitish metodlari	“Akademik debat”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruhlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.

Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash
-------------------------------------	--

Mavzu: Asosiy psixopatologik simptomlar.

Reja:

1. Ruhiiy kasalliklar haqida umumiy tushuncha
2. Psixopatologiyada simptom va sindrom tushunchasi
3. Sindromologik yondashuvning ahamiyati
4. Nozologik birlik tushunchasi

Ruhiiy kasalliklar ham organizmning boshqa xastalıkları kabi muayyan simptom (alomat)larga egadir. Xar qanday kasallik aniqlash belgisidan boshlanadi. Ammo faqat aniqlangan alomatlariga qarab kasallikni tashxis qilish mumkin emas. Aloxida alomat tashxis ahamiyatiga fakatgina boshqa belgilar bilan birgalikdagina (sindrom) ahamiyatga ega bo'ladi. Sindromlar uz xolicha ma'lum bir kasallik uchun maxsus bo'lmay, ko'pgina ruhiy kasalliklarda kuzatilishi mumkin. Shu bilan birga, belgi va sindromlar kasallikning klinik ko'rinishini vujudga keltiruvchi material hisoblanadi. Bemorlardagi maxsuslik sindromlarning o'zigina emas, balki ularning tavsifidir, ya'ni sindromlarning shakllanishi, murakkablashuvi— qaytishi, ularning almashinuvidir. Sindromlardan va ularning navbatlashib almashinuvidan kasallikning klinik ko'rinishi va taraqqiyoti shakllanadi. Xar qanday ruhiy kasallik uchun ma'lum bir sindromlar xosdir, ular har bir kasallik uchun ma'lum bir tartibda o'zgaradi va almashinadi. Bir sindromni boshqa bir sindromlar ustidan ustuvorligi, paydo bo'lish tartibi, xar bir ruhiy kasallik uchun odatda yetarlicha kat'iy sanaladi. Bu esa aloxida ruhiy kasalliklarni nozologik birlik sifatida aniklashga imkon beradi.

Simptom – bu ruhiy kasallikning alohida belgisi.

Sindrom – yagona rivojlanish mexanizmi, patogenez bilan birlashgan simptomokompleks

Sindromlar

- ✎ Ruhiiy faoliyatning turli og'irlikdagi buzilishlarini namoyon qiladi
- ✎ Kasallikning aloxida rivojlanish bosqichini xarakterlaydi
- ✎ O'z xarakteristikasiga ega
- ✎ sindromlar va ularning ketma-ket almashinuvidan kasallikning klinik manzarasi va uning rivojlanishi yuzaga keladi

- ✎ Bir gurux sindromlarning boshqalaridan ustunlik qilishi , ularning almashinuvidagi xarakterli xususiyat – stereotip- xar bir kasallik uchun xos bo'lgan rivojlanish mexanizmiga asoslangan patologik jarayon.
- ✎ Xar bir bemorga, shuningdek ruhiy bemorlarga ham, individual xususiyatlar va sindromlarning o'ziga xos klinik ko'rinishlari xarakterli.

SINDROMLAR

Oddiy – bu sindrom uchun xos bo'lgan simptomlar yigindisidan tashkil topadi

Murakkab – tipik simptomokompleksga boshqa registrlardan buzilishlarning qo'shilishi bilan farqlanadi

Maxsus – konkret kasallik uchun xos bo'lgan sindrom

Maxsus bo'lmagan - turli xil kasalliklarda uchraydi

Tipik – shu sindrom uchun xos bo'lgan standart simptomlardan klinik manzara farqlanmaydi

Atipik –klinik manzarada shu sindrom uchun xos bo'lmagan simptomlar uchraydi

Funksional – klinik buzilishlar o'tib ketuvchi, o'zgaruvchan xarakterga ega

Organik – simptomlar organik zaminga ega, qaytmas

Pozitiv – organizmning kasallik xolatida paydo bo'lgan patologik produktiv belgilar («plyus-sindromlar»),

Negativ – («minus-sindromlar») – kam qaytar, umuman nozologik maxsuslikga ega bo'lmagan vaqtinchalik buzilishlar yoki ruhiy faoliyatning turgun susayishi

Nevrotik –psixotik simptomatikaning yo'qligi bilan xarakterlanadi

Psixotik –tarkibida psixotik simptomlar uchraydi

Astenik (nevrastenik) sindrom

tajanglik va xolsizlik, yukori kuzgaluvchanlik va tolikuvchanlik xolati

Yopishqoq xolatlar sindromi

yopishqoq fikrlar, shubxalar, xavfsirashlar, qo'rquvlar, istaklar, xarakatlarning ruhiy faoliyat rigidligi, tafakkurning patologik batafsilligi, kayfiyat tushkunligi fonidagi majmuasi

Ipoxondrik yoki senesto-ipoxondrik sindrom

O'z salomatligiga nisbatan uta kimmat monosabatning kutilayetgan ogir kasallikdan yepishkok xavfsirashlar bilan birga kuzatilishi.

Isterik xolatlar

vaziyatga nisbatan emotsional javobning kuchli tashki demonstrativ namoyen bulishi (isterik tutkanok, psixomotor kuzgalish va boshk.); shu bilan birga turli funksional, vegetovaskulyar, xarakat-sensor buzilishlar bulishi mumkin: turli parezlar, falajliklar, astaziya-abaziya, blefarospazm, mutizm, duduklanish, xikichok, afoniya, kurlik, karlik, isterik “tomoqdagi tugun”, anoreksiya, meteorizm, vaginizm, impotensiya va boshk.

Psixopatsimon sindrom

ruhiy faoliyat, shaxs xulk-atvorining disgarmoniya sababli buzilishi, reaksiyalarning tashki ta'sir, kuzgatuvchi kuchiga mos bo'lmagan tarzdaligi, shaxsning jamiyatdagi dezadaptatsiyasini belgilaydi

NEVROTİK SINDROMLAR

- ① Funksional
- ① Kaytar
- ① Psixogen
- ① Nisbatan kam chuziluvchan

Uchrashi mumkin:

- ☹ Nevrozlarda
- ☹ Nevrozsimon shizofreniyada
- ☹ Travmatik serebrasteniya
- ☹ Serebral aterosklerozning nevrastenik boskichida

Shaxs uzgarishlari quyidagilar bilan

xarakterlanadi :

- ⇒ **Ruhiy faoliyatning tolikuvchanligi**
- ⇒ **Shaxs disgarmoniyasi**
- ⇒ **Ruhiy energetik potensialning susayishi**
- ⇒ **Shaxs darajasining shaxs regressigacha pasayishi**

Kizikishlarning torayishi va yukolishi, atrof-muxitga bo'lgantulik befarqlik:

Tez jaxl chikishi, affektiv labillik, adaptatsiyaning pasayishi, kverulyant xarakterlar

- ① begamlik bilan kechuvchi eyforiya, lokaydlik, tankidning yukolishi, mayllarni jilovlay olmaslik, oddiy xolatlarni tushunmaslik

SHAXS PARCHALANISHI (MARAZM)

Atrof-muxit bilan mulokotning yukolishi, kizikishlarning tulik sunishi, ovqatlanish va jinsiy instinktlar saklanishi, ogir jismoniy xolsizlik, teri koplamlaridagi trofik buzilishlar, ichki a'zolarning distrofiyasi, suyaklarning yukori sinuvchanligi bilan kechuvchi chukur akl zaiflik

RUHIY BUZILISHLARNING TASNIFI

Ruhiy kasalliklarning yagona, tan olingan tasnifi mavjud emas.

Butun dune soglikni saklash tashkiloti tomonidan ishlab chikilgan kasalliklarning xalkaro tasnifi (hozirgi vaktida 10-kayta kurilgan) milliy sistematikalarga xos xolda uzgartirib turiladiva moslashtiriladi

Ruhiyatning patologiyasining 3 asosiy turi:

- ① ruhiyatning endogen kasalliklar guruxi;
- ① ekzogen ruhiy kasalliklar guruxi;
- ① Rivojlaning patologiyasi bilan boglangan xolatlar.

NEVROTİK

SINDROMLAR

Nevrotik sindromlarga nevrastenik (astenik), isterik va absessiv (yopishkok-shilqim xolatlar) sindromlar taalluqlidir. Nevrastenik (astenik) sindromlar—o'ta charchash xolatidir, bunda bemorning tez jaxli chiqish va beqaror kayfiyat vegetativ alomatlar bilan qo'shiladi va uyqusi buziladi. O'ta charchash xolati asteniyada ish samoradorligining pasayishi bilan, ayniqsa amaliy mexnatning va eslash qobiliyatining pasayishi kuzatiladi, o'z-o'zini boshqarishi susayadi, ta'sirchan, sabrsiz: tutoquvchan bo'lib qoladi, kayfiyat ezilganlik xolatidan xavotir, yigisigigacha o'zgarib turadi. Uyqusi yuzaki, xavotirli tushlar kuradi, tez-tez uyg'onadi, kunduzi mudrab yuradi. Ko'pincha giperesteziya kuzatiladi yorug chiroqni, o'tkir xid, baland tovushlarni ko'tara olmaydi. Bemorlar bosh og'rig'idan, xayotiy jarayonlarda va amaliy mexnatda uning kuchayishidan shikoyat qiladilar. Nevrasteniyaga hamma vaqt vegetativ o'zgarishlar xamrox, biladi. Ko'pincha yurak-qon tomirlar tizimi tomonidan faoliyat o'zgarishlari (qon bosimining tebranishi, taxikardiya, pulsning o'ynovchanligi, yurak soxasida noxush sezgilar, tana me'yoriy xaroratda bo'lsa xam isib yoki sovib ketishi, kuchliter ajratishi va boshqalar) kuzatiladi. Dispepsiya xolatlari ham (ich surishi, qabziyat, yel xosil bo'lishining ko'payishi, ishtaxaning pasayishi, vaznini yukotishi, tushlari uzgarishi) kuzatiladi. Erkaklarda ko'pincha jinsiy mayl susayadi, ayollarda xayz buzilib, jinsiy sovuqlik paydo bo'ladi. Agar nevrasteniya ko'rinishida tutokib ketish, ta'sirchanlik, sabrsizlik, ichki kuchlanish, o'zini tutib turolmaslik golib kelsa, giperstepik nevrastenik deyiladi. Boshqa xolatda ko'p charchashlik, yaltoqlanish, ish qobiliyatining pasayishi, ish samaradorligining pasayishi kuzatilsa, gipostenik nevrasteniya deyiladi. Nevrastenik (astenik) sindromda ko'pincha ruxiyati o'zgaradi. Psixogen xosil bo'lgan nevrasteniyalarda zaxarlanishlardan, bosh miyaning organik kasalliklaridan tuzalayotganida uchraydi.

Nazorat savollari:

1. Simptom nima? Ruhiy kasalliklarda uning diagnostik ahamiyati nimada?
2. Sindrom nima? U simptomdan qanday farq qiladi?
3. Sindromologik yondashuvning mohiyati nimadan iborat?
4. Nozologik birlik tushunchasini izohlang.
5. Sindromlarning shakllanishi va almashinuvi klinik manzarani qanday belgilaydi?
6. Oddiy va murakkab sindromlar o'rtasidagi farq nimada?
7. Maxsus va maxsus bo'lmagan sindromlarga ta'rif bering.
8. Tipik va atipik sindromlarning klinik farqlari nimada?
9. Funksional va organik sindromlar qanday farqlanadi?
10. Pozitiv (plyus) va negativ (minus) sindromlar nima?

VAZIYATLI MASALALAR

25 yoshli bemor oxirgi 6 oy davomida tez charchash, ish qobiliyatining pasayishi, bosh og'rig'i, baland tovush va yorug'likka toqat qilmaslikdan shikoyat qiladi. Uyquasi yuzaki, tez uyg'onadi. Tez jahli chiqadi, ammo tez tinchiydi. Qon bosimi o'zgaruvchan.

Savollar:

1. Qaysi sindrom haqida o'ylash mumkin?
2. Bu sindrom qaysi turga kiradi?
3. Qanday shakli ehtimoliy?

30 yoshli bemor tez-tez qo'lini yuvadi. "Qo'lim iflos bo'lib qoldi, mikroblar bor" degan fikr xayolidan ketmaydi. Bu fikrlar asossiz ekanligini tushunadi, ammo ularni yenga olmaydi.

Savollar:

1. Qaysi sindrom?
2. Bu psixotikmi yoki nevrotikmi?
3. Pozitiv yoki negativ buzilishmi?

45 yoshli bemor doimo og'ir kasallikka chalinganini aytadi. Ko'plab tekshiruvlar normal chiqqaniga qaramay, u o'zida "yurak saratoni" borligini ta'kidlaydi. Doimiy xavotirda.

Savollar:

1. Qaysi sindrom?

2. U qaysi guruhga kiradi?
3. Klinik xususiyati nimada?

20 yoshli talaba imtihon paytida birdan yiqilib tushadi, qo'llari titraydi, lekin tilini tishlamaydi, hushini yo'qotmaydi. Ko'rikda nevrologik o'zgarish aniqlanmaydi.

Savollar:

1. Qaysi sindrom?
2. Funksionalmi yoki organik?
3. Psixotikmi?

70 yoshli bemor atrofdagilarga qiziqmay qo'ygan, suhbatga qo'shilmaydi. Ovqatlanish instinkti saqlangan. Og'ir aqliy pasayish kuzatiladi.

Savollar:

1. Qanday holat haqida o'ylash mumkin?
2. Bu pozitiv yoki negativ buzilishmi?

Test savollari:

1. Sindrom nima?

- A) Alohida simptom
- B) Simptomlar majmuasi**
- C) Kasallik sababi
- D) Davolash usuli

2. Pozitiv sindromlarga qaysi biri kiradi?

- A) Apatiya
- B) Emotsional sovuqlik
- C) Gallyutsinatsiya**
- D) Aqliy pasayish

3. Nevrotik sindromning asosiy belgisi:

- A) Gallyutsinatsiya
- B) Deluziya
- C) Psixotik simptom yo'qligi**
- D) Ong buzilishi

4. Astenik sindrom uchun xos belgi:

- A) Buyuklik g'oyasi
- B) Tez charchash**
- C) Gallyutsinatsiya
- D) Mutizm

5. Ipoxondrik sindromning asosiy xususiyati:

- A) Ta'qib g'oyasi
- B) O'z sog'lig'iga ortiqcha e'tibor**
- C) Nutq tezlashuvi
- D) Ong chalkashuvi

6. Funktsional sindrom:

- A) Organik shikastlanish bilan bog'liq
- B) Qaytmas
- C) O'tkinchi va qaytar**
- D) Faqat psixotik

7. Negativ sindromlarga kiradi:

- A) Deluziya
- B) Gallyutsinatsiya
- C) Apatiya**
- D) Psixomotor qo'zg'alish

8. Isterik sindrom xarakterlanadi:

- A) Aqliy zaiflik
- B) Demonstrativ reaksiyalar**
- C) Ong yo'qolishi
- D) Deluziya

9. Oddiy sindrom:

- A) Boshqa registr buzilishlari qo'shilgan
- B) Tipik simptomlardan iborat**
- C) Atipik kechadi
- D) Faqat organik

10. Sindromlarning almashinuvi nimani belgilaydi?

- A) Davolash usulini
- B) Klinik dinamikani**
- C) Yoshni
- D) Irsiyatni

Interaktiv metodlar:

(Akademik debat usuli)

Muammo (tezis):

“Psixiatriyada tashxis qo‘yishda sindromologik yondashuv yetarlimi?”

1-guruh pozitsiyasi:

“Sindromologik yondashuv yetarli”

Dalillar:

- Klinik manzara sindromlar orqali aniqlanadi
- Davolash ko‘pincha sindromga qaratiladi (masalan, depressiv yoki astenik sindrom)
- Ko‘plab tasnif tizimlarida simptom-kompleks asosiy mezon hisoblanadi
- Sindromlarning almashinuvi kasallik dinamikasini ko‘rsatadi

2-guruh pozitsiyasi:

“Nozologik tashxis asosiy”

Dalillar:

- Bir sindrom turli kasalliklarda uchraydi
- Prognoz kasallik shakliga bog‘liq
- Etiologiya va patogenez hisobga olinishi zarur
- Zamonaviy tasnif tizimlari kasallik birliklarini ajratadi (masalan, World Health Organization tomonidan ishlab chiqilgan ICD tizimi)

Munozara yakuni:

O‘qituvchi xulosa qiladi: sindromologik va nozologik yondashuv bir-birini to‘ldiradi.

2.4 modul O‘quv moduliga ajratilgan jami: 6 kredit	Tibbiyotda psixosomatika yo‘nalishi. Somatik kasalliklardagi ruhiy va xulq-atvor buzilishlari. 2.4.1 Stressga bog‘liq bo‘lgan psixosomatik kasalliklar (2 kredit)
---	--

Ma’ruza mashg‘ulotini O‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
-----------------------	------------------------------------

O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	8. Psixosomatika tushunchasi 9. Ruhiy va jismoniy salomatlik o'rtasidagi bog'liqlik 10.Zamonaviy tibbiyotda psixosomatik sindrom tushunchasi
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy qism</p> <p>1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini</p>	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.

	tushuntiradi.	
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baholar e'lon qilinadi .Uyga vazifa Stressga bog'liq bo'lgan psixosomatik kasalliklar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari' Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>kasalliklari propevtikasi” 2008-yil</p> <p>5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011</p> <p>6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma</p> <p>7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025</p>	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar. Psixosomatik kasalliklarda inson ruhiyatida yuzaga keladiga o’zgarishlar. Somatik kasalliklarning inson xulq atvori va faoliyatiga salbiy ta’sir ko’rsatishi. Somotoform buzilish holatlari. Og’riq sindromiga bog’liq bo’lgan ruhiy buzilishlar. Ruhiy buzilishlar odamning hulqiga ham ta’sir qiladi: Kasallikni inkor etish Bemor kasalligini tan olmaydi, davolanishni rad etadi. Kasallikni kuchaytirib ko’rsatish (karbolik hulq) Doimiy shikoyatlar, ortiqcha e’tibor kutish.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tinglovchi bilishi kerak: – Psixosomatika tushunchasi – Ruhiy va jismoniy salomatlik o’rtasidagi bog’liqlik – Zamonaviy tibbiyotda psixosomatik sindrom tushunchasi
O’qitish metodlari	“BBB” jadvali
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov, yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Stressga bog'liq bo'lgan psixosomatik kasalliklar.

Reja:

1. Psixosomatika tushunchasi
2. Ruhiy va jismoniy salomatlik o'rtasidagi bog'liqlik
3. Zamonaviy tibbiyotda psixosomatik sindrom tushunchasi

Psixosomatika — bu inson ruhiy holati va jismoniy salomatlik o'rtasidagi uzviy bog'liqlikni o'rganuvchi soha. Bugungi kundagi ilmiy tadqiqotlar ko'rsatadiki, ko'plab kasalliklar nafaqat tashqi omillar, balki ichki psixologik muammolar va stress sababli ham yuzaga kelishi mumkin. Shu sababli, stressdan kelib chiqadigan kasalliklar va ularning profilaktikasi haqida tushunchaga ega bo'lish muhimdir.

Hozirgi kunda psixosomatik kasallik haqida so'z ketganda, o'tkir yoki doimiy stress sababli rivojlangan organik kasalliklar tushuniladi. Bular xafaqon kasalligi, bronxial astma, yara kasalligi, qandli diabet va hokazo. Shuning uchun ham mutaxassislar «psixosomatik kasallik» atamasi o'rniga «psixosomatik sindrom» yoki «somatoform buzilishlar» atamasini qo'llashni tavsiya qilishadi. Bu atamalarning sinonimlari juda ko'p va xilma-xildir: «psixovegetativ sindrom», «somatogen depressiya», «niqoblangan depressiya», «vegetonevroz» va hokazo. Biroq, klinik amaliyotda «psixosomatik sindrom» yoki «somatoform buzilishlar» atamasi keng qo'llaniladi. Agar funksional buzilishlar somatik kasallik oqibatida rivojlansa, bunga somatopsixik sindrom deb ataladi. Lekin bu atama klinik tibbiyotda juda kam ishlatiladi.

Psixosomatik sindromlar

Psixosomatik sindromlarning tibbiy amaliyotda ko'p uchraydigan turlari bilan tanishib chiqamiz:

1. Psixogen kardialgiyalar.
2. Yurak ritmining psixogen buzilishlari.
3. Psevdoevmatizm.
4. Psixogen astma.
5. Oshqozon-ichak sistemasining buzilishlari.
6. Psevdourologik sindromlar.
7. Psixogen jinsiy buzilishlar.
8. Psevdo dermatologik sindromlar.

Stress qanday qilib kasalliklarga olib keladi?

Stress — bu organizmning tashqi yoki ichki omillarga bo'lgan fiziologik va psixologik reaksiyasidir. Qisqa muddatli stress ma'lum darajada foydali bo'lishi

mumkin, chunki u organizmning himoya mexanizmlarini faollashtiradi. Biroq uzoq muddatli va doimiy stress turli kasalliklarning kelib chiqishiga zamin yaratadi.

Asosiy sabablar:

- Haddan tashqari adrenal va kortizol gormonlarining ishlab chiqarilishi. Bu qon bosimining ko'tarilishiga, qon tomirlarining zaiflashishiga va yurak kasalliklariga olib kelishi mumkin.
- Imunitet tizimining susayishi. Stress immunitetga salbiy ta'sir ko'rsatadi, bu esa organizmni infeksiyalarga va xronik kasalliklarga moyil qiladi.
- Psixologik bosim muskullarning tez-tez zichlashishiga sabab bo'ladi, bu esa og'riqlarga va harakat tizimi muammolariga olib keladi.

Stress nima?

Stress - bu muayyan vaziyat yoki hodisaning bosimiga tananing reaksiyasi. Bu har qanday jismoniy, ruhiy yoki hissiy reaksiya bo'lishi mumkin. Ish, oilaviy kasallik yoki pul bilan bog'liq muammolar keng tarqalgan qo'zg'atuvchilardan biridir.

Inson stressni boshdan kechirganda, u jismoniy va ruhiy reaksiyani rivojlantiradi; Buning sababi, tananing uni boshdan kechirish va reaksiya qilish uchun yaratilganligi. Har qanday stress reaksiyalari tanaga yangi muhitda yordam beradi. Bu bizni hushyor, motivatsiya va xavfdan qochishga tayyor tutish orqali ijobiy bo'lishi mumkin. Ammo shuni bilish kerakki, stress omillari yengillik yoki dam olish davrlarisiz davom etsa, stress muammoga aylanadi.

Stressning qanday turlari mavjud?

Stressning bir necha turlari mavjud, jumladan:

- o'tkir stress
- epizodik o'tkir stress
- surunkali stress

O'tkir stress

Har bir inson o'tkir stressni boshdan kechirdi. Bu tananing yangi va qiyin vaziyatga tezkor reaksiyasi. Bu baxtsiz hodisadan qochib qutulish paytida boshdan kechirishi mumkin bo'lgan stress turi.

O'tkir stressning bunday hodisalari odatda hech qanday zarar keltirmaydi. Ular hatto ma'lum sharoitlarda inson uchun mos ekanligini isbotlashlari mumkin. Stressli vaziyatlar tanani va miyani kelajakdagi stressli stsenariylarga eng yaxshi javob berish amaliyoti bilan ta'minlaydi.

Og'ir o'tkir stress butunlay boshqacha ekanligini bilish muhimdir. Bu stress, hayot uchun xavfli vaziyat kabi, travmadan keyingi stress buzilishiga olib kelishi mumkin (PTSD) yoki boshqa ruhiy salomatlik muammolari.

Epizodik o'tkir stress

Epizodik o'tkir stress - bu o'tkir stress epizodlari tez-tez sodir bo'lganda. Agar odam tez-tez tashvishlansa va yaqinda sodir bo'lishi mumkin deb o'ylagan narsalar haqida

tashvishlansa, bu paydo bo'lishi mumkin. Kuchli o'tkir stressda bo'lgani kabi, epizodik o'tkir stress ham insonning jismoniy va ruhiy salomatligiga ta'sir qilishi mumkin.

Surunkali stress

Agar odam uzoq vaqt davomida yuqori darajadagi stressni boshdan kechirsa, ular surunkali stressga ega. Uzoq muddatli stress inson salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. U quyidagilarga hissa qo'shishi mumkin:

- bezovtalik
- Yurak-qon tomir kasalliklari
- depressiya
- yuqori qon bosimi
- immunitetning zaiflashishi

Surunkali stress, shuningdek, bosh og'rig'i, oshqozon buzilishi va uxlashda qiyinchiliklar kabi tez-tez uchraydigan kasalliklarga olib kelishi mumkin.

Stressning turli belgilari qanday?

depressiya

Stress muhim omil bo'lishidan tashqari, ba'zi potentsial hissa qo'shuvchilar depressiya o'z ichiga oladi:

- oila tarixi
- yosh
- atrof-muhit omillari
- hatto ba'zi dorilar va kasalliklar

Kamaytirilgan energiya va uyqu muammolari

Agar inson uzoq vaqt davomida stressni boshdan kechirsa, bu surunkali charchoqqa olib keladi va uyqu buzilishi. Shunday qilib, energiya darajasining pasayishiga olib keladi.

Jinsiy aloqani kamaytirish

Biror kishi, shuningdek, stressli davrda past jinsiy aloqani boshdan kechirishi mumkin. Biroq, jinsiy istakning pasayishiga boshqa sabablar ham bo'lishi mumkin, masalan:

- Gormonal o'zgarishlar
- Charchoq
- Psixologik muammolar

Stressning tanaga jismoniy ta'siri quyidagilardan iborat:

- **Akne** : Ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, yuqori stress darajasi ortish bilan bog'liq akne avj olish. Buning sabablaridan biri, ba'zi odamlar stressga duchor

bo'lganda, ular tez-tez yuzlariga tegishi mumkin. U bakteriyalarni yoyishi va akne portlashiga hissa qo'shishi mumkin.

- **Bosh og'rig'i** : Ko'pgina amaliy tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, stress bosh, yuz yoki bo'yin og'rig'i bilan tavsiflangan bosh og'rig'iga hissa qo'shishi mumkin. Boshqa umumiy bosh og'rig'i Triggerlar uyqusizlik, parhez, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va gormonal o'zgarishlar.
- **Surunkali og'riq** : Og'riq va og'riq tanadagi stress darajasining oshishi natijasida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan eng keng tarqalgan shikoyatlardan ikkitasidir.
- **Tez-tez kasallik** : Agar odam doimo burun burungi yoki boshqa kasalliklar bilan kurashayotgan bo'lsa, unda stress sabab bo'lishi mumkin. Stress tananing immunitet tizimiga ta'sir qilishi mumkin.
- **Ovqat muammolari** : Ba'zi holatlar stressning ovqat hazm qilish muammolari bilan bog'liq bo'lishi mumkinligini ko'rsatadi, masalan, ich qotishi, oshqozon ekish, diareya va boshqa ovqat hazm qilish kasalliklari.
- **Ishtahaning o'zgarishi va vazn ortishi** : Stressli paytlarda ishtahaning o'zgarishi tez-tez uchraydi.
- **Tez yurak urishi** : Yuqori stress darajalari yurak urishini tezlashtirishi va yurak tezligini oshirishi mumkin.
- **Haddan tashqari terlash** : Stress terlashning kuchayishiga olib kelishi mumkin.
-

Stressdan kelib chiqadigan asosiy kasalliklar

1. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari

Stress gipertoniya (yuqori qon bosimi), yurak ritmining buzilishi va hatto infarktga olib kelishi mumkin. Juda kuchli asabiylik va xavotir yurak mushagining tezda charchashiga sabab bo'ladi.

2. Gastroenterologik kasalliklar

Ovqat hazm qilish tizimi stressga juda sezgir. Misol uchun:

- Oshqozon yarasi va gastrit. Stress kislotalik darajasini oshiradi, bu oshqozon devorlariga zarar etkazadi.
- Ich ketishi yoki ich qotishi. Asabiy holat tovon ichaklari ishini buzadi.

3. Terining muammolari

Stress oqibatidagi gormonlar o'zgarishi akne, psoriaz va dermatit kabi kasalliklarni qo'zg'atishi mumkin.

4. Nevrologik kasalliklar

- Bosh og'riqlari. Uzoq muddatli stress migrenlar va bosh og'riqlari rivojlanishiga sabab bo'ladi.

- Uyqusizlik. Tinchlantiruvchi gormonlar ishlab chiqarilishining susayishi tufayli organizm normal uyquga moslasha olmayd

5. Respirator kasalliklar

Stress immun tizimini kuchsizlantirgani uchun odamning nafas yo'llari infeksiyalarga moyil bo'ladi. Bronxial astma ham stress bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

6. Muskul-skelet tizimi kasalliklari

Asabiy kuchlanish muskullar va bo'g'imlarda og'riqlarni yuzaga keltiradi. Uzoq muddatli stress artrit va osteoxondroz rivojlanishiga yordam beradi.

Stressning oldini olish bo'yicha tavsiyalar

1. Mashqlar va jismoniy faollik

Jismoniy mashqlar stress gormonlarini kamaytiradi va serotonin darajasini oshiradi, bu esa yaxshi kayfiyat va ruhiy barqarorlikni ta'minlaydi.

2. To'g'ri ovqatlanish

Vitaminlar va minerallarga boy diyeta immunitetni mustahkamlaydi va stressga qarshi kurashishda yordam beradi.

3. Uyqu rejimiga rioya qilish

Kam uxlash stressning yanada kuchayishiga olib keladi. Kundalik 7–8 soatlik uyqu ruhiy sog'lik uchun muhim.

4. Meditatsiya va nafas olish mashqlari

Bu usullar stressni engish va ichki osoyishtalikni tiklashda yordam beradi.

5. Muloqot va emotsional qo'llab-quvvatlash

Oila a'zolari yoki do'stlar bilan suhbat stress darajasini kamaytiradi.

Nazorat savollari

1. Psixosomatika nima?
2. Psixosomatik sindrom deganda nimani tushunasiz?
3. Stressning qanday turlari mavjud?
4. Surunkali stress organizmga qanday ta'sir qiladi?
5. Stressning neyroendokrin mexanizmini tushuntiring.
6. Psixogen kardialgiya nima?
7. Psixogen astma qanday rivojlanadi?
8. Stress immun tizimiga qanday ta'sir qiladi?
9. Somatoform buzilishlar nimadan iborat?

10. Psixosomatik kasalliklarning profilaktikasi qanday?

Vaziyatli masalalar

45 yoshli erkak kuchli ish stressidan so'ng qon bosimi 170/100 mm.sim.ust. ga ko'tarilgan. Organik sabab aniqlanmadi.

Savollar:

1. Qanday sindrom?
2. Qaysi tizim zararlangan?
3. Davolash yo'nalishi?

Talaba imtihon paytida nafas qisishi, ko'krak siqilishi sezadi. Tekshiruvda bronxial obstruksiya aniqlanmaydi.

Savollar:

1. Qanday holat?
2. Psixogenmi?
3. Qanday yordam ko'rsatiladi?

Ayol doimiy asabiylikdan so'ng oshqozon og'rig'i, ko'ngil aynishidan shikoyat qiladi. Endoskopiyada gastrit aniqlangan.

Savollar:

1. Qanday mexanizm orqali rivojlangan?
2. Qanday tur kasallik?

30 yoshli erkak uzoq muddatli stressdan keyin tez-tez shamollaydi.

Savollar:

1. Sabab nima?
2. Qaysi tizim zararlangan?

Test savollari:

1. Psixosomatik kasallik nima?

- A) Faqat irsiy kasallik
- B) Ruhiiy omillar bilan bog'liq somatik kasallik**
- C) Faqat infeksiyon kasallik
- D) Tug'ma patologiya

2. Stress paytida qaysi gormon ko'payadi?

- A) Insulin
- B) Melatonin
- C) Kortizol**
- D) Estrogen

3. Surunkali stress nimaga olib keladi?

- A) Immunitet kuchayishiga
- B) Immunitet pasayishiga**
- C) Harorat pasayishiga
- D) Energiya ortishiga

4. Stress bilan bog'liq yurak kasalligi:

- A) Bronxit
- B) Gipertoniya**
- C) Gastrit
- D) Dermatit

5. Psixogen astma qaysi tizimga tegishli?

- A) Endokrin
- B) Nafas**
- C) Ovqat hazm
- D) Asab

6. Somatoform buzilishlarda:

- A) Organik sabab topilmaydi**
- B) Doim o'sma mavjud
- C) Infeksiya aniqlanadi
- D) Qon ketish kuzatiladi

7. Surunkali stress belgisi:

- A) Tinchlik
- B) Energiya ortishi
- C) Uyqusizlik**
- D) Qisqa muddatli quvonch

8. Stress bosh og'rig'iga sabab bo'ladimi?

- A) Yo'q
- B) Faqat bolalarda
- C) Ha**
- D) Faqat qariyalarda

9. Stressning foydali tomoni:

- A) Doim zararli
- B) Qisqa muddatda moslashuvni kuchaytiradi**
- C) Immunitetni yo'q qiladi
- D) Yurakni to'xtatadi

10. Psixosomatik kasalliklarni davolashda:

- A) Faqat jarrohlik
- B) Faqat antibiotik
- C) Kompleks yondashuv**
- D) Davolash shart emas

Interaktiv usullar:

“**BBB jadvali**” tinglovchilar mavzu yuzasidan bilar edim, bilib oldim va bilishni xoxlayman nomli jadvalni to'ldirishlari so'raladi.

Bu tinglovchilarni individual fikrlash qobiliyatini yanada mustahkamlashga olib keladi.

2.5 modul O'quv moduliga ajratilgan jami: 12 kredit	Shizofreniya sabablari, klinik turlari, hamshiralik parvarishi. 2.5.1 Shizofreniya kasalligining kelib chiqish sabablari, kechishi, klinik turlarini aniqlash. (2 kredit)
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot

<p align="center">Ma'ruza mashg'uloting rejasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shizofreniya tushunchasi. 2. Shizofreniya kasalligining asosiy klinik belgilari. 3. Shizofreniya kasalligining klinik shakllari.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

<p align="center">Ish bosqichlari va vaqti</p>	<p align="center">Faoliyat mazmuni</p>	
	<p align="center">Ta'lim beruvchi</p>	<p align="center">Ta'lim oluvchi</p>
<p align="center">1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ruyxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib koidalari rioya qilishni tasdiklovchi tilxat oladi, yangiliklar yeshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni utkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib O'yin koidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni tO'lik bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish"usulida tushuntiriladi.Tinglovlovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi,reanimatsion bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'gri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar.Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yullab javob oladilar."Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa "Shizofreniya kasalligi xaqida tushuncha, kelib chiqish sabablari, kechishi, davolash va parvarish qilish xususiyatlari" O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abdullayeva V.K, Sharipova Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab kasalliklari propevtikasi" 2008-yil 	<p>Tinglaydilar,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011</p> <p>6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma</p> <p>7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Shizofreniya kasalligi xaqida tushuncha, kelib chiqish sabablari, kechishi, davolash va parvarish qilish xususiyatlari. Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarda shaxs buzilishlari. Shizofreniyaning rivojlanish bosqichlaridagi klinik turlari:oddiy, gebefrenik, katatonik shizofreniya. Shizofreniya kasalligi bilan og‘rigan bemorlardagi asosiy simptomlar va ularning ijtimoiy moslashuvida xamshira ko‘magi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi bilishi kerak:</p> <p>Shizofreniya kasalligini asosiy belgilari va kechishini, turlarini farklashni. Uzluksiz shizofreniya, paranoid, sust kechadigan shizofreniya hurujlarini kechishi, ularda hamshiralik parvarishini. Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarni muammolarini aniqlab, hamshira tashhisini qo‘yish, reja tuzish va uni amalga oshirishni. Bemorlar bilan shaxslararo muloqot ko‘nikmalarini qo‘llagan xolda muloqot qilishni. Shizofreniya kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni davolash usullari va hamshira parvarishini.</p>
O‘qitish metodlari	“Baxs-munozara”,”aqliy hujum”,”mozaika”, “charxpalak”, ”Issiq kartoshka” usuli “Kichik guruhlarda ishlash”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruhlarda ishlash,yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o’quv xona.

Qayta a'loqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash
--------------------------------------	--

Mavzu: Shizofreniya kasalligining kelib chiqish sabablari, kechishi, klinik turlarini aniqlash.

Reja:

1. Shizofreniya tushunchasi.
2. Shizofreniya kasalligining asosiy klinik belgilari.
3. Shizofreniya kasalligining klinik shakllari.

Shizofreniya – bu surunkali o'sib boruvchi (progredientli) ruxiy kasallikdir. Bunda shaxsning kasallikka xos uzgarishlari va turli ruxiy buzilishlar paydo buladi. Shizofreniyada fikrlash va xissiyot faoliyati buziladi, akl zaiflik paydo buladi. Bu kasallikning kelib chiqishida asosiy urinni irsiy omillar egallaydi. Shizofreniya ko'proq yoshlarda uchraydi (20-25 yoshda). Shizofreniyani 3 ta asosiy belgisi bor: autizm, ruxiyatni ajralishi va xissiy tunglik.

Autizm — bu turli shakllarda namoyon buladigan real borlikdan ketish. Bemorlar atrof-dagilardan ajragandek, jim yuradilar, odamlar bilan mulokotga kam kirishadilar, rasmiy, sovuk muomalada buladilar. Ular bilan suxbat tor doirada chegaralangan bo'ladi. Ayrim xollarda bemorlar nikobda yuradilar: katta kora kuzoynak, keng shlyapa, uzun soch, soqol. Kasallikni ogir kechishida bemorlar sababsiz ukish va ishni tashlaydilar, uydan chikmay uyaladilar va kup vakti urinda o'tkazadilar. Ba'zi xollarda shaxardan chikib ketib, urmon, toglarda yashirinadilar. Bunday bemorlar uzlari bilan ovora bulib koladilar, uz xayollari bilan yashaydilar.

Ruxiyatning ajralishi – bu shunday xolat, kachon bemor bir vaqtda ikki dunyoda yashaydi: ichki, uzi uchun asosiy bulgan, va tashki real dunyoda. Ruxiyatning ajralishining bir necha turlari bor. Bularga sezgining ikkilanishi (ambivalentlik) va tavsifining ikkilanishi (ambitendentlik) kiradi. Bunday xollarda bemor bir vaktida bir kishiga yoki bitta kurinishga ikki karama-karshi xis-tuyguda buladi. Shu bilan birga bemor ikki xil bir-biriga karama-karshi fikr borligini sezadi. Ba'zan bemorlar miyasi ikkitaga bulinib, xar qaysi bulagida uzicha fikr borligini sezishi mumkin. Yoki bemor uzini ikkita shaxsga ajraganini xis kiladi. Xissiy tunglik kasallik boshlanishidan seziladi. Bemor xech narsa bilan qiziqmay qoladi, oila a'zolari, yakinlariga sovuq muomalada bo'la boshlaydi. Sungra bemor atrof-muxitga butunlay befark bo'lib qoladi. 3

Shizofreniya bilan kasallangan bemorlar xarakati, xolati, yurishi sun'iy, gayri-tabiiy bulib koladi va kekkayib, gerdayib yuradilar. Ularning nutkida makola, murakkablashgan va uta akliy suzlar va gaplar kupayib ketadi. Ular yangi suzlar tuzadilar (neologizmlar), nourin kulishadi. Bemorlarda gallyutsinatsiyalar va vasvasalar paydo buladi.

Shizofreniyaning quyidagi shakllari farklanadi. Oddiy shakli asosan usmirlik davrida vujudga keladi. Bunda bemorlarda yakkalanish, ota-onasiga sovuk yoki yomon muomala, atrofdagilarga rasmiy munosabat kuzatiladi. Ular uz tashki kurinishiga befarq bulib qoladilar, turli impulsiv xarakteratlar kilishlari mumkin. Shizofreniyaning oddiy turida vasvasa goyalari va gallyutsinatsiyalar bulmaydi. Kasallik boshlangach 3—5 yil utgach ogir ruxiy nukson rivojlanadi. Kasallik deyarli uzluksiz kechib, nisbatan qisqa vaqt ichida shizofrenik nuqsonga olib keladi, hech qanday tashqi sabablar bo‘lmasa-da, o‘spirin bola lanj, kamfaol bo‘lib boradi, o‘qishga, sevimli mashg‘ulotlariga bo‘lgan qiziqishi yo‘qolib boradi, o‘zi bilan o‘zi bo‘lib qoladi. Uning xulqatvonda g‘ayritabiiylik paydo bo‘lib, undapalapartishlik, yaqinlari va do‘stlari bilan munosabatlarida qo‘polliklar paydo bo‘ladi. Awallari ota-onasiga iliq munosabatda bo‘lgan bemor, endi to‘ng munosabatda, oilasi hayoti bilan qiziqmay qo‘yadi. Shu davming o‘zida daydilikka moyillik, asotsial xatti-harakatlar kuzatilishi mumkin. Bemorlarda ularga awallari xos bo‘lmagan qiziqishlar paydo bo‘lishi mumkin. Yetarli bilimlar va tayyorgarlikka ega bo‘lmagan holda, ular butun boshlari bilan turli murakkab muammolarni o‘rganishga kirishadilar («metafizik intoksikatsiya»), amalda esa bu, odatda, olamning kelib chiqishi, o‘ylab chiqarilgan falsafiy tuzilmalar va h.k. lar haqidagi rezoner fikr yuritishlar doirasidan tashqariga chiqmaydi. Ko‘pincha fikrlaming «qalqib chiqishlari» va «uzilib qolishlari», alohida gallyutsinatsiyalar, bir-biri bilan bog‘lanmagan ta‘qib, ta‘sir vasvasa g‘oyalari, ipoxondrikkechinmalar kuzatiladi. Asta-sekin yuqoridagi buzilishlar chuqurlashib boradi. Bemorlar butunlay hech nima bilan qiziqmay qo‘yadilar. Ular kunbo‘yi to‘shakda, boshlarini ko‘rpa bilan berkitib olib yotadilar, o‘z-o‘zlariga xizmat qilmay qo‘yadilar, yuvinmaydilar, gigiyenaga rioya qilmaydilar. Hissiyot-iroda nuqsoni, bemorning rasmiy qobiliyatlari nisbatan saqlangan bo‘lsa-da, borgan sari yaqqol namoyon bo‘lib boradi.

Gebefrenik shaklida birinchi urinda axmoklik va tajovuzkorlik turadi. Bemorlar uzini masxarabozga uxshab tutib, atrofdagilarga tegajonlik kilib, ularda mayda kungilsizliklar keltirib chikaradilar, keksalarni ustidan kuladilar. Bunday bemorlarkupincha bemexrlik namoyon kiladilar va jinnilik kilib, xingillab konli jinoyatlar sodir kilishlari mumkin. Shizofreniyaning bu shakli kam uchraydi, kupincha usmirlik davrida kuzatiladi. U xavfli kechadi va ruxiyatning ogir nuksoni rivojlanadi.

Katatonik shaklida ruxiyat buzilishi mushak tonusi uzgarishi bilan kechadi Bu shakli turli yoshda uchrashi mumkin. Bunda bemorlarda katatonik stupor yoki katatonik kuzgalish belgilari uchraydi. Xarakteratlarning kovushmaganligi yoki katatonik kelib chikishga ega bulgan impulsiv kuzgalishlar kuzatiladi.

Kasallik asta-sekin yoki o‘tkir boshlanishi mumkin, kechishi — ko‘pincha uzluksiz-progrediyentdir. Kasallik o‘tkir boshlanganda to‘liq salomatlik fonida, to‘satdan stuporoz belgilar yoki katatonik qo‘zg‘alish holati bilan manifestatsiya beradi. Bemor to‘shakda yotgan yoki o‘tirgan holatida, tana holatini o‘zgartirmasdan, to‘xtovsiz gapiradi. Unda so‘zlarning qaytarilishi, bog‘liqsiz nutq, neologizmlar bilan belgilanuvchi nutq stereotipiyalari kuzatiladi. Bir-biri bilan bog‘lanmagan vasvasa g‘oyalari, gallyutsinator buzilishlar, impulsiv harakatlar kasallik klinikasida o‘rin egallashi mumkin. Gallyutsinatsiyalar kuzatilganda bemor quloqlarini berkitadi,

ovqatni hidlaydilar, boshlarini ko'rpa bilan burkab oladilar. Boshqa holatlarda nutq qo'zg'alishsiz harakat bezovtaligi mutizm, stereotipiyalar, exopraksiyalar ustunlik qiladi. Stupor holatlar rivojlanganda bemorlar harakatsiz to'shakda yotadilar, ba'zida boshlarini yostiqdan ko'taradilar («havo yostig'i» simptomi) yoki eng g'ayritabiiy, noqulay pozalarda qotib qoladilar (katalepsiya simptomi). Stupor holati butunlay keskin tarzda katatonik qo'zg'alish holati bilan almashinishi yoki uning aksi bo'lishi mumkin, bu esa bunday bemorlarni nazorat qilishni tashkil etishda, albatta, e'tiborga olinishi kerak.

Katatonik sindrom oneyroid ong xiralashuvi fonida kechishi mumkin, bu esa kasallikning nisbatan yaxshi oqibatini belgilaydi. Aksincha, katatonik simptomatikaning paranoid kechinmalar bilan kechayotgan jarayonga qo'shilishi (ikkilamchi katatoniya), prognostik jihatdan yomon sifatli hisoblanadi. Katatonik shakli, odatda, apatik aqli zaiflik bilan tugaydi.

Paranoid shakli kupincha 20-25 yoshdan keyin rivojlanadi va vasvasa goyalari va gallyutsinatsiyalarni paydo bulishi bilan tavsiflanadi. Shu davrdan boshlab shaxs uzgarishi – uning odamoviligi paydo buladi. Turli 4 xil mazmunli tartibsiz vasvasa goyalari, eshitish illyuziyalari va soxta gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Odatda, kasallik ancha sistemalashgan paranooyal munosabat, rashk, ixtirochilik, ba'zida ipoxondrik vasvasalari bilan boshlanadi. Keyinchalik paranooyal sindrom o'zining butunligini yo'qotib, parchalanadi. Tafakkurning shakliy buzilishlari o'sib boradi. Bemorlarning fikrlarida tashqi mantiqiylik yo'qoladi, rezonerlik, tafakkur boiqlanganligi, simvolik shakllanganligi belgilari paydo bo'ladi. Sindrom affektiv buzilishlar, turli gallyutsinatsiyalar qo'shilishi hisobiga murakkablashadi. Eshituv gallyutsinatsiyalari paranoid shizofreniya uchun eng xususiyatli belgidir, am m o hidlov va ko'ruv gallyutsinatsiyalari ham uchrashi mumkin. Ular ruhiy avtomatizm belgilari, ta'qib va ta'sir vasvasalari bilan bir qatorda jarayon rivojlanishining bu bosqichi uchun ko'proq xos boigan Kandinskiy-Klerambo sindromi tarkibiga kiradilar. Kasallik uzoq davom etganda, vasvasa buzilishlari dinamikasi, odatda, tuturuqsiz buyuklik va ta'qib vasvasalari bilan kuzatiluvchi parafrenik sindrom shakllanishi bilan tugaydi. Shu bilan bir qatorda asta-sekin shizofrenik shaxs o'zgarishi, hissiyot-iroda nuqsoni, intellektual zaiflashuv belgilari o 'sib boradi. Kasallik, ayniqsa, o 'smirlik yoshida boshlanganda oqibati yomon tugaydi. Kasallikning yuqorida keltirilgan to'rtta shaklining ajratilishi ma'lum darajada shartlidir. Shizofreniyada, har qanday bir butun kasallikdagi kabi turli qo'shimcha simptomatikalar kombinatsiyasi kuzatilishi mumkin. Faqat asosiy buzilishlarga kasallikning barcha shakllarida o'zgarmasdan qoladi. Bu qonuniyat yuqorida keltirilgan kasallik kechishi variantlariga ham tegishlidir. Barcha holatlarda ham shizofreniya surunkali, progrediya kasallik bo'lsa-da, shizofrenik shaxs nuqsoni kasallik davomida tez yoki ancha sekinlik bilan rivojlanishi mumkin. Kasallikning asosiy kechish turlarini bilish har bir konkret holatda individual prognozni aniqlashga yordam beradi.

Sirkulyar shaklida maniakal va depressiv xolatlar ketma-ket kelishi yoki almashinishi kuzatiladi. Bunda vasvasa goyalari va gallyutsinatsiyalar paydo buladi va xar xurujdan so'ng ruxiyat nuqsoni chuqurlashadi. Shizofreniyaning bu shakli

nisbatan ijobiy kechadi va bemorlar bir necha yil davomida ish kobiliyatini saklab koladilar.

Shizofreniya kechishi buyicha uchta turga bulinadi:

1. Uzluksiz kuchayib boruvchi.

2. Davriy.

3. Uzilib-uzilib kuchayib boruvchi.

1. Ko‘p bemorlarda umumiy bushashish, es-xushning, mexnatga bulgan layokatining yukolishi, tashki vokealarga befarklik, sovukonlik uchraydi. Shizofreniyaning oddiy, gebefrenik va katatonik shakllari bunday kechadi. Shizofreniyaning uzluksiz kuchayib borishi bilan kechishi kupincha yomon natija bilan tugaydi.

2. Shizofreniya davriy kechishi doimo xam chukur uzgarishlarga olib bormaydi. Uzok vakt davom ettan remissiya (tuzalib turish) jarayonidan keyin bemor yengil ishlar bilan shugullanishi mumkin. Shizofreniyaning davriy kechishida katatonik, paranoid va sirkulyar shakllari yuzaga chikadi.

3. Uzilib-uzilib kuchayib boruvchi turida gebefrenikdan katatonik buzilishlar ustun buladi. Bu turida klinik kurinishlari ogirlashib boradi. Bu turda xam xisxayajonning yukolishi, mexnatga ishtiyokning pasayishi kuzatiladi.

Hozirgi vaqtda shizofreniyaning quyidagi shakllari ajratiadi:

1) uzluksiz kechuvchi yoki progrediyent turi, bunda kasallik spontan remissiyalarga moyil emas va to‘xtovsiz progressiyalanib, shaxs nuqsoni rivojlanishi bilan tugaydi;

2) xurujsimon (shubsimon), kasallikka remissiya oraliqlari kuzatilishi xos bo‘lib, ularda kasallik rivojlanishi tezligi ancha sekinlashadi, ammo har bir xuruj rivojlanishi bilan shaxs o‘zgarishi, shizofrenik nuqsonning yanada sezilarli o‘sib borishi kuzatiladi;

3) rekkurent (davriy) turi, ayniqsa, boshlanishida, kasallikdan to‘liq chiqish holatlari bilan almashinuvchi qisqa vaqtli psixotik xurujlar shaklida kechadi. Kasallik kechishining bu shaklida shaxs o‘zgarishining o‘sib borishi nisbatan sekin kechadi. Kasallik klinikasida esa u yaqqol affektiv buzilishlar (maniakal, depressiv sindrom, xavotir, qo‘rquv), ong buzilishlari (oneyroid sindrom), obrazli, fantastik vasvasa, katatonik buzilishlar xos.

Kasallik natijasi ko‘pchilik holatlarda awallari «shizofrenik aqli zaiflik» deb nomlanuvchi shizofrenik nuqsonning rivojlanishi bilan tugaydi. Ammo bu to‘g‘ri ma‘nodagi aqli zaiflik emas: shizofreniyada, odatda, xotira zarar ko‘rm aydi, bemorning so‘z boyligi kamaymaydi, kasbiy ko‘nikmalari yo‘qolmaydi. Kasallikning eng muhim xususiyati — bemor qiziqishlarining autistik yo‘nalishda qayta oriyentatsiyalanishi, real dunyodan uzoqlashuv, butunlay befarqlik va faoliyatsizlik, barcha atrof borliqqa nisbatan tashabbussizlik (apatiko-abulik sindrom) holatlaridir. Kasallik rivojlanishi bilan bu (asosiy) simptomatika yanada yaqqolroq namoyon bo‘lib boradi, qo‘shimcha simptomlar esa kamayib boradi, reduksiyalanib, yo‘qolib ketadi. Ammo hatto chuqur namoyon boigan shaxs nuqsoni ham, amalda qaytar hisoblanadi. Adabiyotlarda, shizofrenik jarayonning ko‘p yillik yomon sifatli kechishida bemorlarda shaxsning chuqur hissiyot-iroda o‘zgarishlari rivojlanganda ham psixozdan to‘liq chiqish holatlari kuzatilgan.

Vaziyatli masalalar

1. Bemor N 17 yosh. Maktabga bormay qo'ydi, faqat kuzguga qaraydi. Aytishicha burni juda xunuk, ota onasini plastik operatsiya qilib berishlarini talab qilmokda, bo'lmasa o'z joniga qasd qilishini aytdi.

.sindromal tashxis

.Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi .sizning to'liq taxminiy tashxisingiz .asosiy tekshirish usullari .bu sindromni simptomlarini sanab bering, sizning taktikasi va davolash

Javoblar

1. Shizofreniya, bosh miya organik kasalliklari, psixopatiya
2. Dismorfomaniya
3. Patopsixologik tekshiruv
4. Kurkuv, shilkim va uta kimmatli goyalar, tushkun kayfiyat, kosmetik operatsiya utkazishga majbur kilish
5. Narkologik kasalxonaga junatish

2 Bemor M 16 yosh. Oxirgi oylar davomida boshkarib bulmayapti, uydan chikib ketadi, uydagilarga nisbatan g'azabda, oldi-kochdi kiyinadi, sochini tagi bilan olib tashlab «zelenka»ga bo'yab olgan, kasal buvasini jig'iga tegadi, onasini uradi, «sirkdagi masxaraboz kabi » yuradi.

.sindromal tashxis

.Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi .sizning tulik taxminiy tashxisingiz .asosiy tekshirish usullari .bu sindromni simptomlarini sanab bering .sizning taktikasi va davolash

Javoblar

1. Shizofreniya, bipolyar buzilishlar, reaktiv psixoz
2. Gebefrenik sindrom
3. EEG, EXO-EG, kon va peshobning bioximik analizi, patopsixologik tekshiruvlar
4. Maksadsiz kuzgaluvchan buzilishlar, axmokona xarakatlar, negativizm. Atrofdagilarga va uziga nisbatan axamiyatsiz.
5. Ruxiy kasalliklar kasalxonasiga junatish.

3. 32 yoshli bemor K da katta dozalarda uzok vakt davomida neyroleptiklar kabul kilishi natijasida mushaklar regidligi, distoniya, akeniziya, taxikardiya, KB oshishi, gipesalivatsiya va gipertermiya rivojlandi.

.sindromal tashxis

.Bu sindrom qaysi kasallikda uchraydi .asosiy va qo'shimcha tekshirish usullari .bu sindromni simptomlarini sanab bering sizning taktikasi va davolash

Javoblar

1. Gebefrenik sindrom

2. Shizofreniya
3. Kliniko-katamnestic tekshiruv, EEG, RO-grafiya, EXO-EG, kon va siydik bioximik taxlili, patopsixologik tekshiruv.
4. qilmishlari ma'nosiz bulgan xarakat buzulishlari, telbanamo qo'zg'alish, soxta xursandchilik, negativizm. Yaqinlariga, o'zinig tashqi ko'rinishiga befarq, uyatsiz.
5. Psixiatrik kasalxonaga statsionar davolashga yuborish.

4. Bemor L.24 yoshda. 4 yildan beri psixik kasal, 2 marotaba psixiatrik kasalxonada davolangan, uyda davolashni davom ettirmaydi. Oxirgi bir necha kundan beri xarakatsiz, tushakda yotibdi, gapirmaydi, ovqat yemaydi. Mushaklar gipertonusi, ensa mushaklarining regidligi, axlat va peshob xidi kelmokda.

.sindromal tashxis

. Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi .asosiy va qo'shimcha tekshirish usullari .bu sindromni simptomlarini sanab bering sizning taktikasi.

Javoblar

1. Katotonik stupor
2. Shizofreniya, bipolyar buzilishlar, reaktiv psixoz
3. Kliniko-katamnestic tekshiruv. EEG, EXO-EG, kon va siydikni bioximik tekshiruv, patopsixologik tekshiruv.
4. Katalepsiya, «xavoli èstikcha» simptomi, «kapyushon» mutizm, primitiv reflekslar(so'rish) negativizm.
5. Ruxiy kasalliklar kasalxonasiga davolash uchun junatish

Nazorat uchun savollar

1. Shizofreniyaning kechuvi tipiga boglik xolda kasallik boshlanishining turlari
2. Lanj kechuvchi shizofreniya klinika va dinamikasining xususiyatlari
3. Psixotrop moddalar tasnifini bilish.
4. psixotrop moddalarni kullashga kursatma va karshi kursatmalar
5. Neyroleptiklar bilan davolashda asoratlar va nojuya ta'sirlar, ularni bartaraf etish usullari
6. Nojuya ta'sirlar yuzaga kelganda kullanuvchi «korrektorlar»ni bilish va tushunish.
7. Psixotrop moddalar kulanish mikdorlarini, ularni bir vaktida tayinlaganda mos kelishini bilish.

TEST SAVOLLARI:

1. Shizofreniya turlari:

- a. Korsakov
- b. Oddiy
- c. Gebefrenik
- d. Katatoni

e. Alsgeymer turi

2 Qaysi turdagi shizofreniya uchun remissiya ko‘prok xos:

- a. uzluksiz èmon sifatli
- b. uzluksiz o‘rta progredient
- c. uzluksiz kam progredient
- d. xurujsimon-progredient (shubsimon)
- e. davriy rekurrent

3 Shizofrenik jaraèn uchun qanday emotsional buzilishlar xos :

- a. ko‘ngilbo‘shlik
- b. ambivalentlik
- c. disforiya
- d. hissiy noadekvatlik
- e. hissiy noturgunlik

4 Gebefrenik qo‘zg‘alishda o‘z ichiga oladi:

- a. tuturuqsiz-masxaraboz xulq-atvor
- b. impulsivlik, harakatlar notabiiyligi
- c. nutq patologik batafsillik
- d. apatiya
- e. abuliya

5 Shizofrenik nuqson quyidagi simptomlar shaklida namoen bo‘ladi:

- a. apatiya
- b. emotsional zaiflashuv
- c. abuliya
- d. intellektning organik turdagi buzilishi
- e. autizm
- f. irodaning ortib ketishi

6 Shizofreniya turlarini tasniflashda quyidagi variantlar uchraydi:

- a. uzluksiz progredient
- b. kontinual
- c. kam progredient (sust kechuvchi)
- d. shubsimon
- e. rekkurent
- f. siklotimik

7 Shizofreniyaga xos:

- a. tulik nogironlik, adaptatsiyaning yukligi
- b. surunkali remissiyasiz kechishi
- c. polimorfizm
- d. psixik protseslarning butunligini buzilishi
- e. apatiko-abulik sindrom

f. xotira buzilishi bilan xarakterlanadi

8 Shizofreniya turlarini tasniflashda quyidagi variantlar uchraydi:

- a. uzluksiz progredient
- b. kontinual
- c. kam progredient (sust kechuvchi)
- d. shubsimon
- e. rekkurent
- f. bipolyar

9 Shizofreniyaning qaysi turiga intermissiya xarakterli:

- a. uzluksiz èmon sifatli
- b. periodik febril
- c. uzluksiz kam progredientli
- d. xurujsimon-progredientli (shuboobraznyy)
- e. periodik rekurrent
- f. uzluksiz urta progredientli

10 Qaysi shizofreniya shakli uchraydi?

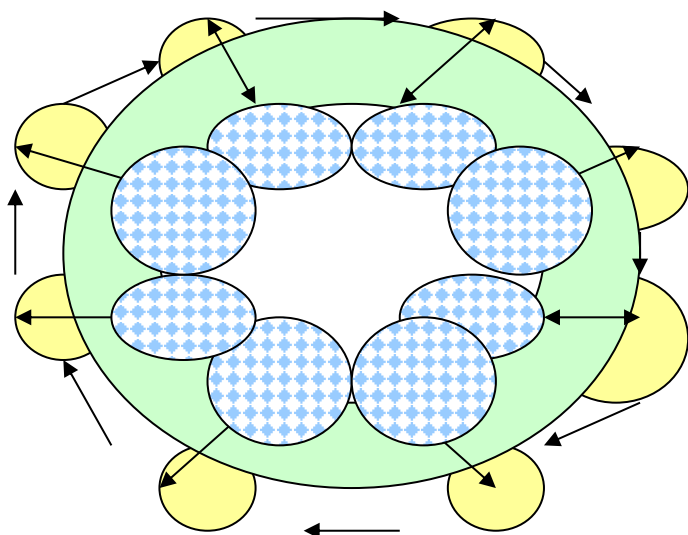
- a. gallyutsinator
- b. siklik
- c. affektiv
- d. paranoid
- e. gebefrenik
- f. amnestik

Interaktiv usullar:

“Aqliy hujum” usuli. Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bi ro‘quvchi o‘zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flepkartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu mavzuga oid o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

Charxpalak metodi-tinglovchilarga o‘tilgan mavzu bo‘yicha bilimlarini mustahkamlash yoki tekshirish, hamda bir-birini baholash imkoniyatini beruvchi metoddir.



“Chaxpalak” usulini o‘tkazish uchun-o‘quv xonasidagi stollar doira ko‘rinishida joylashtiriladi. Stollarning ichki va tashqi tomoniga bittadan stol joylashtiriladi.

Tinglovchilar ikki guruhga bo‘linib, “mehmon” va “mezbon” sifatida stolning ichki va tashqi tomoniga joylashadilar.

“Mehmon”lar stolning ichki tomoniga o‘tirib, savollarga javob beradilar. Ularga o‘quv qaydnomalari topshiriladi.

Ular o‘zlarining ism va shariflarini yozib, javob baholarini qo‘ydirib boradilar. Soat strekasi bo‘yicha siljiydilar. Xar bir mezbonning savoliga javob beradilar.

Javob baholari jamlanib, umumiy baho chiqariladi.

Keyin “mehmon” va “mezbon”lar almashinadilar.

O‘qituvchi “Charxpalak usulining to‘g‘ri olib borilishini nazorat qiladi, kamchiliklarni to‘ldirib boradi.

<p>2.5 modul O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 12.</p>	<p>Shizofreniya sabablari, klinik turlari, hamshiralik parvarishi.</p> <p>2.5.4 Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarni zamonaviy davolash usullari. (2 kredit)</p> <p>2.5.6 Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlar oila a‘zolari bilan suhbat o‘tkazish. (2 kredit)</p>
--	--

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

<p>Vaqt: 160 daqiqa</p>	<p>Tinglovchilar soni:15-20 ta</p>
--------------------------------	---

O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shizofreniya bilan og'riqan bemorlarni zamonaviy davolash usullari. 2. Shizofreniya bilan og'riqan bemorlar oila a'zolari bilan suhbat o'tkazish.
<p>O'quv mashg'uloti maksadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish boskichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 dakika	<p>Tashkiliy kism</p> <p>1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan</p>	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.

	usullarni aytib O'yin qoidalarini tushuntiradi.	
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 dakika</p> <p>1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish"usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimasion bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixalogik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xakida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy xujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yullab javob oladilar. "Balik skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich</p> <p>Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: "Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarda shaxs buzilishlari. Shizofreniyaning rivojlanish bosqichlaridagi klinik turlari: oddiy, gebefrenik, katatonik shizofreniya"</p> <p>1. Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik)</p> <p>2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma)</p> <p>3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma)</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil</p> <p>5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011</p> <p>6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma</p> <p>7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025</p>	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar: Shizofreniya kasalligi xaqida tushuncha, kelib chiqish sabablari, kechishi, davolash va parvarish qilish xususiyatlari. Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarda shaxs buzilishlari. Shizofreniyaning rivojlanish bosqichlaridagi klinik turlari:oddiy, gebefrenik, katatonik shizofreniya. Shizofreniya kasalligi bilan og‘rigan bemorlardagi asosiy simptomlar va ularning ijtimoiy moslashuvida xamshira ko‘magi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi: Shizofreniya kasalligini asosiy belgilari va kechishini, turlarini farklashni. Uzluksiz shizofreniya, paranoid, sust kechadigan shizofreniya hurujlarini kechishi, ularda hamshiralik parvarishini. Shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarni muammolarini aniqlab, hamshira tashhisini qo‘yish, reja tuzish va uni amalga oshirishni. Bemorlar bilan shaxslararo muloqot ko‘nikmalarini qo‘llagan xolda muloqot qilishni. Shizofreniya kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni davolash usullari va hamshira parvarishini.</p>
<p>O’qitish metodlari</p>	<p>“bilimlar daraxti”, ”aqliy xujum” Kichik guruhlarda ishlash”</p>
<p>O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	
<p>O’qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend, vidiofilmlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.</p>
<p>O’qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jihozlangan o’quv xona.</p>

Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov: tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash
-------------------------------------	--

Mavzu: Shizofreniya bilan og'riqan bemorlarni zamonaviy davolash usullari.

Reja:

1. Shizofreniya kasalligini kechishi
2. Kasallikni tekshirish usullari
3. Shizofreniya kasalligini davolash usullari

Shizofreniya — bu surunkali psixiatrik kasallik bo'lib, bemorning fikrlash, his-tuyg'ular va xulq-atvorida jiddiy buzilishlar bilan tavsiflanadi. Kasallik odatda o'smirlik yoki yosh kattalar davrida boshlanadi va turli darajada ijtimoiy va shaxsiy faoliyatga ta'sir qiladi. Shizofreniya dunyo bo'ylab keng tarqalgan bo'lib, inson salomatligi va ijtimoiy hayotga katta ta'sir ko'rsatadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, aholining taxminan 1% da shizofreniya uchraydi va bu raqam yildan-yilga o'zgarib turadi. Shizofreniyaning kelib chiqish sabablari murakkab va ko'p omilli bo'lib, genetika, neyrobiologik buzilishlar, atrof-muhit ta'siri va psixologik omillar birgalikda rol o'ynaydi. Kasallik patogenezi miya neyrotransmitterlari, jumladan dopamin va glutamat tizimidagi disbalans bilan bog'liq ekanligi ilmiy tadqiqotlar orqali isbotlangan. Shizofreniya klinik ko'rinishlari odatda pozitif va negativ simptomlar bilan ifodalanadi: halusinatsiyalar, delyutsiyalar, muloqot qobiliyatining pasayishi, hissiy faoliyatning buzilishi, ijtimoiy faoliyatdan chekinish kabi belgilar keng tarqalgan.

Tashxislash jarayoni klinik baholash, psixiatrik intervyu va psixodiagnostik testlar yordamida amalga oshiriladi. Zamonaviy davolash yondashuvlari farmakoterapiya, psixoterapiya va reabilitatsiyani o'z ichiga oladi. Antipsixotik preparatlar kasallikning pozitif simptomlarini kamaytirishda samarali bo'lsa, kognitiv va ijtimoiy funksiyalarni yaxshilash uchun psixososial yondashuvlar qo'llaniladi. Shizofreniya bilan bog'liq tadqiqotlar bemorlarning hayot sifatini oshirish, ijtimoiy integratsiyasini ta'minlash va kasallikni boshqarish strategiyalarini takomillashtirishga qaratilgan. Shu sababli ushbu maqolada shizofreniyaning etiologiyasi, klinik belgilar, tashxis va davolash usullari, shuningdek profilaktik choralar ilmiy asosda tahlil qilinadi. Tadqiqot natijalari psixiatrlar, psixologlar va sog'liqni saqlash tizimi mutaxassislari uchun amaliy ahamiyatga ega bo'lib, shizofreniya bilan kurashishda qo'llaniladigan bilimlarni chuqurlashtiradi.

Kasallikning kelib chiqish sabablari murakkab va ko'p omilli bo'lib, genetika, neyrobiologik buzilishlar, atrof-muhit ta'siri va psixologik omillar birgalikda rol o'ynaydi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, shizofreniya patogenezi dopamin va glutamat neyrotransmitterlarining disbalansi bilan chambarchas bog'liq. Ushbu

neyrobiologik mexanizm bemorning pozitif va negativ simptomlarining rivojlanishida asosiy rol o'ynaydi. Shizofreniyaning klinik ko'rinishlari xilma-xil bo'lib, halusinatsiyalar, delyutsiyalar, hissiy faoliyatning buzilishi, ijtimoiy faoliyatdan chekinish va kognitiv funksiyalarning pasayishi kabi belgilarni o'z ichiga oladi. Kasallikni erta aniqlash, tashxis qo'yish va davolash choralarini qo'llash bemorning hayot sifatini oshirish va asoratlar xavfini kamaytirishda muhimdir. Ushbu maqola shizofreniyaning etiologiyasi, klinik belgilar, tashxis va davolash yondashuvlarini ilmiy asosda tahlil qilish, shuningdek bemorlarning hayot sifatini oshirishga qaratilgan strategiyalarni yoritishni maqsad qilgan. Tadqiqot natijalari psixiatrlar, psixologlar va sog'liqni saqlash tizimi mutaxassisleri uchun amaliy ahamiyatga ega bo'lib, shizofreniya bilan bog'liq bilimlarni chuqurlashtirishga xizmat qiladi.

Shizofreniyaning kelib chiqish sabablari murakkab va ko'p omilli bo'lib, genetik, neyrobiologik va atrof-muhit faktorlarini o'z ichiga oladi. Genetik tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, agar oilada shizofreniya bilan kasallanganlar mavjud bo'lsa, keyingi avlodda kasallik rivojlanish ehtimoli sezilarli darajada oshadi. Shu bilan birga, miya rivojlanishidagi anomaliyalar, dopamin va glutamat neurotransmitterlaridagi disbalans, stress va psixosozial omillar ham patogenezda muhim rol o'ynaydi. Neyrobiologik jihatdan, shizofreniyada dopamin tizimi bilan bog'liq hiperaktivlik pozitif simptomlarni keltirib chiqaradi, masalan halusinatsiya va delyutsiyalar. Glutamat tizimidagi buzilish esa negativ simptomlar — hissiy passivlik, ijtimoiy faoliyatdan chekinish va kognitiv funksiyalar pasayishini sabab bo'ladi. Bundan tashqari, miyadagi struktural o'zgarishlar, jumladan prefrontal korteks va limbik tizimdagi disfunktsiyalar kasallikning klinik ko'rinishlarini mustahkamlaydi. Shizofreniyaning patogenezi va etiologiyasini tushunish zamonaviy davolash yondashuvlarini ishlab chiqishda muhim ahamiyatga ega. Genetik va neyrobiologik bilimlar farmakoterapiya va kognitiv rehabilitatsiya strategiyalarini individualizatsiya qilishga yordam beradi.

Shizofreniya davolashida farmakoterapiya asosiy o'rin tutadi. Antipsixotik preparatlar pozitive simptomlarni kamaytiradi, kognitiv va negativ simptomlarni yaxshilash esa qo'shimcha psixosozial yondashuvlarni talab qiladi. Yangi avlod antipsixotiklar kamroq yon ta'sir bilan samarali natija beradi. Psixosozial rehabilitatsiya esa bemorning ijtimoiy ko'nikmalarini rivojlantirish, ish va o'qish faoliyatiga qayta integratsiya qilish hamda oilaviy qo'llab-quvvatlashni o'z ichiga oladi. Kognitiv rehabilitatsiya, muloqot va muammolarni hal qilish ko'nikmalarini oshirish orqali bemorning hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilash mumkin. Profilaktik choralar shizofreniyaning surunkali rivojlanishini sekinlashtirishga yordam beradi. Yuqori xavf guruhidagi shaxslarni aniqlash, stressni kamaytirish, psixosozial qo'llabquvvatlash va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish kasallik rivojlanish ehtimolini kamaytiradi. Shu bilan birga, zamonaviy texnologiyalar —

raqamli monitoring va telepsixiatrik xizmatlar bemorlar bilan uzluksiz aloqa o'rnatish va kasallik nazoratini oshirish imkonini beradi.

Shu tarzda, shizofreniya bilan kurashish uchun kompleks yondashuv zarur: patogenezni tushunish, erta tashxislash, farmakoterapiya va psixosozial reabilitatsiya choralari birlashtirish.

Davolash choralari - kasallik turini xisobga olgan xolda- kompleks olib boriladi.

Xavfli shizofreniya davolash choralariga juda chidamli. Katotonik va katotonik-paronoid xolatlarida keng ta'sir spektriga, yuqori psixotrop faollikka ega bo'lgan dori-darmonlarni ishlatish zarur. Bular jumlasiga quyidagi neyroleptiklar kiradi: majeptil (kuniga 60-80 mg dan), leponeks (kuniga 200-400mg dan), ko'p miqdorda fenotiazin qatori preparatlari (aminazin), stelazin, galoperidol. Xavfli shizofreniyada neyroleptiklar ko'p miqdorda ishlatilganda o'ta og'ir psixopotologik buzilishlar (katotonik stupor, katotonik-gebefren qo'zg'alish kabi) rivojlanishning oldini olish mumkin. Yadro shizofreniyasiga xos bo'lgan davolash choralariga chidamlikni yengish maqsadida va dorivor moddalarning samaradorligini oshirish maqsadida vaqti-vaqti bilan keskin davolash jaroyonini to'xtatib qo'yish tafsiiya qilinadi. Bundan tashqari, shu maqsadda bemorlar gapirogen terapiyasi ETD (elektrotutkanok orqali davolash) xam o'tkaziladi.

Paronoid shizofreniyani davolash o'ta uzoq muddatni o'z ichiga oladigan jarayon xisoblanib, batamom uzluksiz davom etadi. Neyroleptiklarning ko'p miqdori ishlatilishini ko'zda tutadigan psixofarmokaterapiya choralarining asosini tashkil qiladi. Keyinchalik esa bemor uzoq vaqt qo'shimcha davo choralariga muxtoj bo'ladi.

Qo'rquv affekti psixomotor qo'zg'alish bilan boradigan o'tkir paronoid xolatlarida tomir ichiga (parenteral ravishda) galoperidolning stelazin, tizersin bilan birga ishlatilishi yuqori samara beradi. Odatda o'tkir xolat bir necha kun davomida bosiladi. Agar bemor axvoli o'zgarmasa, u xolda ETD ning bir necha seansini tavsiya qilish mumkin.

Kasallikning surunkali kechishida, ya'ni vasvasaviy talqin qilish kuchayib borayotgan taqdirda, kasallikning klinik ko'rinishi murakkablashib borayotgan xollarda stelazin (kuniga 40-80mg dan) galoperidol (20-40 mg), etaperalin (150-200mg) uzoq vaqt mobaynida qabul qilinadi. Leponeks, trisedilning ishlatilishi xam tavsiya qilinadi. Odatda 2-3 neyroliptikning birgalikda, qolaversa ularning parenteral (venaga quyish, mushakka kuyish kabi) qabul tavsiya qilinadi.

Paranoyyal shizofreniyani davolash. Tartiblashgan vasvasa g'oyalarning murakkablashuviga moyillik kasallik klinik ko'rinishi og'irlashuviga dalolat beradi va uning rivojlanayotganligining belgisi hisoblanadi. Bu xollarda paranoyyal shizofreniya davolash choralariga o'ta chidamlidir. Shuning uchun galoperidolning aminazin, stelazin (triftazin) kabi neyroleptiklar bilan birgalikda ko'p miqdorda parenteral qo'yilishi tavsiya qilinadi. Kasallik belgilari susaygandan so'ng dori miqdorini bemor ruhiy xolatining barqarorligi ta'minlaydigan darajada tartibli tushirish zarur. Gallyusinatsiya belgilarini o'zida mujassamlashtirgan, ruxiy

avtomatizmlar, affektiv buzilishlariga boy qisqa vaqt davom etuvchi davriy ravishda vujudga keladigan paranooyal shizofreniyasini davolash usullari yuqoridagidan farq qiladi. Bunday xurujlarni davolashda kamroq va oz miqdorda neyroleptiklar (stelazin kuniga 5-25 mg, dan, triflazin 5-20 mg, etaperazin 12-60 mg, trisedil 10 mg, galoperidol 3-10 mg) trankvilizatorlar, antidepressant bilan birgalikda foydalaniladi. Bundan tashqari, ushbu xollarda uzoq ta'siriga ega neyroleptiklardan 10-20 kun orasida foydalanish ham maqsadga muvofiq.

Xurujli rivojlanishdagi shizofreniyani va rekkurent shizofreniyani davolash tadbirlari. Kasallikning bu turlarini davolash usuli xuruj xilligi, xastalikning kechish xususiyatlariga, uning bosqichi va qachon boshlanganligiga bog'likdir. Shizofreniya kasalligini bu turlarini davolashda markaziy urinni avvalgi-dek psixotrop moddalar egallaydi. Ammo ba'zi xollarda davolashning shok deb ataluvchi usullarini (ETD, insulin shoki) qo'llash maqsadga muvofiqdir. Bu usullar avvalo og'ir va psixotrop preparatlarga chidamli xolatlarda bemorlarda psixomotor qo'zg'inish, xayajon o'z xayotiga suiqasd qilishlariga moyillik sezilganda ishlatiladi. ETD asosan uzoq davom etgan depressiv va depressiv-ipoxondrik xolatlarda samaralidir. Insulin komasi yordamida davolash kasallikning birinchi xurujlarida, katatonik-oneyroid va depressiv-paranoid xolatlarida ko'rsatilgan.

Xuruj depressiyadan iborat bo'lgan xollarda menipramin, amitriptilin, anapranil, ludomil, pirazidol kabi antidepressantlar ishlatiladi. Adinamik depressiyalarda jonlashtirish ta'siriga ega bo'lgan antidepressant - milipromin 200-300mg gacha, stelazin, sonapaks kabi neyroleptiklarning kichik miqdori bilan birgalikda ishlatish tavsiya kilinadi. Xayajonli depressiya xolati, ipoxondrik, somatiklashgan depressiyalarni davolash ancha qiyin bo'ladi. Bu xolda antidepressant va trankvilizatorlarni trankvilizatorlar (diazipin) va neyroleptiklarni kichik ulushlari bilan davolash samara beradi. Ayniqsa amitriptilin va eleniumning (sibazon) xamda etaperazinning aralashmasi ko'p ishlatiladi.

Depressiv-paranoid xurujlar antidepressant va neyroleptiklar (amitriptilin, frenolon, anafranil galoperidol bilan birgalikda, tizersin, triflazin, stelazin)ni birga ishlatib davolanadi. Antidepressant va neyroptikning turi va miqdori kasallikning klinik ko'rinishi, bemorning ruxiy xolatiga bog'liqdir. Xurujning so'nish (qaytish) bosqichida "yumshoq" neyroleptik xususiyatga ega dorilar (sonpaks, xlorprotiksen, eglonil, orap) ishlatish tavsiya qilinadi.

Maniakal xolatlarni tinchlantiruvchi neyroleptiklardan foydalanib (galoperidol, trisedil, aminazin) davolanadi. Maniya tarkibida psixopatsimon buzilishlar jinnisimonlikning o'rin olishi shu bilan bir katorada neyroleptikning ishlatilishini xam taqozo qiladi. Maniya xolatlarida litiy tuzlari ishlatilganda xam durust natijalarga erishiladi. Litiy tuzlari davomli timopatik remissiyalarda bulgan bemorlarga xam neyroleptiklar bilan birga beriladi.

Febril shizofreniya bilan og'rigan bemorlarni davolash tadbirlari. Og'ir somatik xolat davolash usullarini tubdan o'zgartirib yuboradi. Bu xolda xastalik belgilarini jadallik bilan davolash katta axamiyat kasb etadi. O'tkir xolat davrida kuniga 500 mg dan aminazinni parenteral yuborish zarur. Venaga tomchilatib kortikosteroidlarni, yurak tomir analeptiklarini yuborish maqsadga muvofiqdir.

Miya bo'rtishining oldini olish maqsadida degiratsion moddalar, siydik xaydash xususiyatiga ega bo'lgan moddalar yuboriladi.

Bemorga juda ko'p miqdorda suyuqlik ichirish, uning qanday ovqatlanayotganini kuzatib turish zarur. Bundan tashqari, bemorga tomchilatib 1,5-2 l miqdorda izotonik eritma yuborib turish xam o'rinlidir. Agar xastalikning birinchi kunlari bemorning somatik xolati aytarli darajada og'ir bo'lmasa, aminazin yetarlicha kor qilmasa, u xolda ETD 2-3 seansini (har kuni yoki kunora, bemor axvoliga karab), keyinchalik esa uzoq vaqt (2-4 oy aminazin va elenium, fenazepam kabi trankvilizatorlar tayinlash maqsadga muvofiqdir. Aminazin bilan davolashni erta yakunlash bemor ahvolining og'irlashuviga va tana haroratining oshib ketishiga olib keladi.

Kam rivojlanishdagi shizofreniyani davolash choralari. Bu xolda psixofarmakoterapiyani psixoterapiya bilan birga o'tkazish zarur. Obsessiv buzilishlarga elenium, seduksen kabi trankvilizatorlarni kabul qilish orqali davolash qilinadi. Kasallik belgilari barqaror bulganda trankvilizatorlarni neyroleptiklar bilan birga qo'llash zarur. Masalan, tartiblashgan yopishqoq, shilqim xayollarni samarali davolash uchun uzoq ta'sir qiluvchi neyroleptiklar (moditen-depo 50 mg gacha 1 marta 15-20 kunda, flyushpirilen 4-10 mg xaftada 1-2 marta) trankvilizator va amitriptilinni venaga tomchilab yuborish bilan birga olib borish kerak. Davolash uzoq (5-6 oy) davom etadi. Agar davolash choralari kor qilmasa, u xolda insulin shoki bilan divalashni psixofarmakoterapiya bilan birga o'tkazish zarur.

Shaxssizlanish kabi og'ir, bemorga azob beruvchi buzilishlarni davolashda kasallikning o'tkir davrini hisobga olib, antidepressantlarni neyroleptiklarning kichik va o'rta miqdorlarini triftazin, stelazin, sonapaks, eglonil kabilar bilan birga qo'llash kerak. Timoleptiklardan amitriptilin, ludiomil, anafranil, pirazidol kabi tinchlantiruvchi dori moddalaridan foydalaniladi. Vena orqali antidepressant va trankvilizatorlarni tomchilatib yuborish xam yukori samara beradi.

Senestopatik-ipoxondrik buzilishlar bilan kechadigan shizofreniyada seduksen, tazepam (kuniga 20-40 mg gacha), fenazepam (5-20 mg gacha) kabi trankvilizatorlarni kullash juda yaxshi natija beradi. Trankvilizatorlarning "yumshoq" ta'sirga ega neyroleptiklar (teralen 20-100 mg, xlorprotiksen 15-100 mg) bilan ishlatilishi undan ham samaralidir.

Isterik alomatlar bor shizofreniyani davolashda benzodiazepinlarni tomchilab yuborish xamda ularni neyroleptiklar (teralen, etaperazin, neuleptil, eglonil) bilan birga ishlatish senestopatiya, gallyusinatsiya, subkatonik buzilishlar, fikrlash buzilishini bartaraf etadi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Shizofreniya davolashida farmakoterapiyaning o'rni qanday?
2. Antipsixotik preparatlar qanday guruhlarga bo'linadi?
3. Tipik va atipik antipsixotiklarning farqi nimada?
4. Katatonik stuporda qaysi davolash usuli samarali?
5. Paranoid shizofreniyada o'tkir qo'zg'alish qanday davolanadi?
6. Antidepressantlar qaysi holatlarda qo'llaniladi?

7. Maniakal sindromda qaysi preparatlar tavsiya etiladi?
8. Elektro-tutqanoq terapiya (ETD) qaysi hollarda qo'llaniladi?
9. Insulin shok terapiyasining ko'rsatmalari qanday?
10. Uzoq ta'sir qiluvchi (depo) neyroleptiklarning afzalligi nimada?

TEST SAVOLLARI

1. Shizofreniya qanday kasallik hisoblanadi?

- A) O'tkir infeksion kasallik
- B) Surunkali psixiatrik kasallik**
- C) Nevrologik degenerativ kasallik
- D) Endokrin kasallik

2. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotiga ko'ra shizofreniya aholining taxminan necha foizida uchraydi?

- A) 0,1 %
- B) 5 %
- C) 1 %**
- D) 10 %

3. Shizofreniya patogenezida asosiy rol o'ynaydigan neurotransmitterlar qaysilar?

- A) Serotonin va asetilxolin
- B) Dopamin va glutamat**
- C) Adrenalin va noradrenalin
- D) GABA va serotonin

4. Quyidagilardan qaysi biri shizofreniyaning pozitiv simptomiga kiradi?

- A) Ijtimoiy chekinish
- B) Emotsional sovuqlik
- C) Gallyusinatsiya**
- D) Motivatsiya pasayishi

5. Negativ simptomlarga qaysi belgi xos?

- A) Delyutsiya
- B) Katatonik qo'zg'alish
- C) Hissiy passivlik**
- D) Paranoid vasvasa

6. Shizofreniya davolashida asosiy o'rinni qaysi usul egallaydi?

- A) Fizioterapiya
- B) Farmakoterapiya**
- C) Jarrohlik amaliyoti
- D) Fitoterapiya

7. Paranoid shizofreniyada o‘tkir qo‘zg‘alish holatida qaysi preparat tomir ichiga yuboriladi?

- A) Amitriptilin
- B) Galoperidol**
- C) Pirazidol
- D) Fenazepam

8. Katatonik stupor holatida samarali usullardan biri:

- A) Massaj
- B) Elektro-tutqanoq terapiya (ETD)**
- C) Vitamin terapiyasi
- D) Fitoterapiya

9. Maniakal holatlarni davolashda qaysi modda qo‘llaniladi?

- A) Litiy tuzlari**
- B) Insulin
- C) Kortikosteroid
- D) Seduksen

10. Shizofreniyada ijtimoiy rehabilitatsiya maqsadi:

- A) Faqat simptomlarni yo‘qotish
- B) Bemorni statsionarda ushlab turish
- C) Ijtimoiy ko‘nikmalarni tiklash va integratsiya**
- D) Jarrohlik muolajasi

VAZIYATLI MASALALAR

22 yoshli bemor so‘nggi 6 oy davomida ovozlar eshitayotganini aytadi. U o‘zini kuzatishayotganini ta’kidlaydi, ijtimoiy faoliyatdan chekingan.

Savollar:

1. Qaysi simptom turi ustun?
2. Taxminiy tashxis?
3. Qaysi dori guruhi tavsiya etiladi?

25 yoshli bemor harakatsiz, gapirmaydi, uzoq vaqt bir holatda turib qoladi.

Savollar:

1. Qaysi sindrom?
2. Qaysi davolash usuli samarali?

30 yoshli bemor kuchli depressiya, o'zini ayblash g'oyalari va eshituv gallyusinatsiyalaridan shikoyat qiladi.

Savollar:

1. Qanday xuruj turi?
2. Qanday kombinatsiyalangan davolash qo'llaniladi?

Bemor uzoq muddat davomida yopishqoq, tartiblashgan vasvasa g'oyalariga ega. Davolashga chidamli.

Savollar:

1. Qaysi turga xos?
2. Qanday davolash tavsiya etiladi?

Bemor maniakal qo'zg'alish, tajovuzkorlik va uyqusizlik bilan murojaat qildi.

Savollar:

1. Qaysi holat?
2. Qaysi dori samarali?

Interaktiv usul:

Metodning mohiyati

“Bilimlar daraxti” — bu grafik-organayzer usul bo'lib, unda:

- **Daraxt tanasi** — asosiy mavzu
- **Shoxlar** — mavzuning asosiy bo'limlari
- **Barglar yoki mevalar** — tushunchalar, faktlar, izohlar

Talabalar mavzu bo'yicha o'z bilimlarini “daraxt” ko'rinishida joylashtiradilar.

2.5 modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 12.	Shizofreniya sabablari, klinik turlari, hamshiralik parvarishi. 2.5.4 Shizofreniya bilan og'riqan bemorlarni zamonaviy davolash usullari. (2 kredit) 2.5.6 Shizofreniya bilan og'riqan bemorlar oila a'zolari bilan suhbat o'tkazish. (2 kredit)
--	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<p>3. Shizofreniya bilan og'riqan bemorlarni zamonaviy davolash usullari.</p> <p>4. Shizofreniya bilan og'riqan bemorlar oila a'zolari bilan suhbat o'tkazish.</p>
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda ehtiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi

<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib O'yin qoidalarini tushuntiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 dakika 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish"usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimasion bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixalogik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xakida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy xujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tarikasida yullab javob oladilar. "Balik skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: "Shizofreniya bilan og'riqan bemorlarda shaxs buzilishlari. Shizofreniyaning rivojlanish bosqichlaridagi klinik turlari:</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>oddiy, gebefrenik, katatonik shizofreniya”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abdullayeva V.K, Sharipova P.K “Psixiatriya” Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma) 3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025 	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar: Shizofreniya kasalligi xaqida tushuncha, kelib chiqish sabablari, kechishi, davolash va parvarish qilish xususiyatlari. Shizofreniya bilan og’rigan bemorlarda shaxs buzilishlari. Shizofreniyaning rivojlanish bosqichlaridagi klinik turlari:oddiy, gebefrenik, katatonik shizofreniya. Shizofreniya kasalligi bilan og’rigan bemorlardagi asosiy simptomlar va ularning ijtimoiy moslashuvida xamshira ko‘magi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi: Shizofreniya kasalligini asosiy belgilari va kechishini, turlarini farklashni. Uzluksiz shizofreniya, paranoid, sust kechadigan shizofreniya hurujlarini kechishi, ularda hamshiralik parvarishini. Shizofreniya bilan og’rigan bemorlarni muammolarini aniqlab, hamshira tashhisini qo‘yish, reja tuzish va uni amalga oshirishni.</p>
---	---

	Bemorlar bilan shaxslararo muloqot ko'nikmalarini qo'llagan xolda muloqot qilishni. Shizofreniya kasalligi bilan og'riqan bemorlarni davolash usullari va hamshira parvarishini.
O'qitish metodlari	“bilimlar daraxti”, “aqliy xujum” “Kichik guruhlarda ishlash”
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	
O'qitish vositalari	Doska-stend, vidiofilmlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o'quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov: tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Shizofreniya bilan og'riqan bemorlar oila a'zolari bilan suhbat o'tkazish.

Reja:

1. Shizofreniya kechishida bemorlarda kuzatiladiga psixologik o'zgarishlar
2. Shizofreniya da bemor oila a'zolari bilan suhbat asoslari

Shizofreniya bilan og'riqan bemorlarning oila a'zolari bilan suhbat (psixota'lim) davolashning ajralmas qismi bo'lib, kasallik haqida tushunchani oshirish, stigma bilan kurashish, dorilarni nazorat qilish va qaytalanishning oldini olishga qaratilgan. Oilaviy terapiya bemorning ruhiy holatini barqarorlashtirish va ijtimoiy moslashuvini yaxshilashda muhim rol o'ynaydi.

Apollo Hospitals

Suhbat va oilaviy yordamning asosiy maqsadlari:

- **Kasallik haqida ma'lumot berish:** Shizofreniya - bu gallyutsinatsiyalar, fikrlashning buzilishi va hissiy o'zgarishlar bilan tavsiflangan surunkali ruhiy kasallik ekanligini tushuntirish.
- **Dori nazorati:** Bemorlarning [galoperidol] yoki boshqa neyroleptiklarni tartibli qabul qilishini nazorat qilish, nojo'ya ta'sirlar (qabziyat, og'iz qurishi) haqida shifokorga xabar berish.
- **Emotsional yordam:** Oila a'zolariga ruhiy yuklama tushishini kamaytirish, bemorga nisbatan bag'rikenglik va qo'llab-quvvatlovchi muhit yaratish.

- **Erta belgilarni aniqlash:** Kasallik xuruj boshlanishidan oldingi belgilarni (uyqu buzilishi, yolg'izlanish) oilaga o'rgatish.

Suhbat davomida muhim tavsiyalar:

- Bemor bilan muloqotda tinch va tushunuvchi bo'lish, ularning gallyutsinatsiyalariga qo'shilmaslik, lekin ularni masxara qilmaslik.
- Bemorning ijtimoiy faoliyatini rag'batlantirish, ammo ularga ortiqcha yuklama bermaslik.
- Oilaviy terapiya orqali kelishmovchiliklarni kamaytirish va muammoli vaziyatlarni yechish usullarini o'rganish.

Oila a'zolari paranoid shizofreniya bilan og'rigan yaqinlariga qanday yordam berishlari mumkin?

Oila a'zolari paranoid shizofreniya bilan og'rigan yaqinlariga yordam berishlari mumkin:

- Ularni tinglash
- O'zlarini paranoid shizofreniya haqida o'rgatish
- Bemorning uchrashuvlarini kuzatib borish
- Tegishli qo'llab-quvvatlash guruhlarini qidirishda yordam berish
- Relaps belgilarini aniqlashni o'rganish va bu sodir bo'lganda nima qilish kerakligini tushunish

Shizofreniya bilan og'rigan bemorlar oilasi bilan suhbat o'tkazish

Suhbatning maqsadi

- Oila a'zolariga kasallik haqida to'g'ri ma'lumot berish
- Noto'g'ri tasavvurlarni bartaraf etish
- Bemorni qo'llab-quvvatlash mexanizmlarini tushuntirish
- Stress va konfliktlarni kamaytirish
- Davolash jarayoniga oilani jalb qilish

Suhbatga tayyorgarlik bosqichi

✓ Mutaxassis quyidagilarni hisobga olishi kerak:

- Bemorning klinik holati
- Oila a'zolarining ruhiy tayyorgarligi
- Oila ichidagi munosabatlar
- Madaniy va diniy omillar

✓ Muhit:

- Tinch va maxfiy xona
- Telefon va tashqi bezovtaliklardan holi sharoit
- Hurmat va empatiya muhitini yaratish

Suhbatning asosiy bosqichlari

1 Ishonchli aloqa o‘rnatish

- O‘zini tanishtirish
- Suhbat maqsadini tushuntirish
- Oila fikrini tinglash

Masalan:

"Sizni eng ko‘p nima tashvishga solmoqda?"

2 Kasallik haqida ma’lumot berish (psixoedukatsiya)

Muhim tushuntirishlar:

- Shizofreniya — surunkali, ammo nazorat qilinadigan kasallik
- Bu tarbiya yoki xarakter zaifligi emas
- Miya neurotransmitterlaridagi (dopamin, glutamat) disbalans bilan bog‘liq
- Davolash uzluksiz bo‘lishi zarur

3 Simptomlarni tushuntirish

Oila a‘zolariga quyidagilar izohlanadi:

Pozitiv simptomlar:

- Gallyusinatsiyalar
- Delyutsiyalar

Negativ simptomlar:

- Ijtimoiy chekinish
- Emotsional sovuqlik
- Motivatsiya yo‘qligi

Ta’kidlash kerak:

¶ Negativ simptomlar “dangasalikka” teng emas.

4 Davolash jarayoni haqida ma’lumot

- Antipsixotik dorilarni muntazam qabul qilish
- Nojo‘ya ta’sirlar haqida ogohlantirish
- Psixoterapiya va rehabilitatsiya zarurligi
- Dori to‘xtatilsa qaytalanish xavfi borligi

5 Oila rolini tushuntirish

Tavsiya etiladi:

- ✓ Tinch va qo‘llab-quvvatlovchi muhit
- ✓ Tanqidni kamaytirish
- ✓ Haddan tashqari nazorat qilmaslik
- ✓ Stressni kamaytirish

Tavsiya etilmaydi:

- ✗ Baqirish
- ✗ Ayblash
- ✗ “O‘zingni qo‘lga ol!” kabi bosim

3. Inqiroz holatida maslahat

Agar bemorda:

- O‘z joniga qasd fikrlari

- Tajovuzkorlik
 - O‘tkir gallyusinatsiyalar
- bo‘lsa, zudlik bilan psixiatrga murojaat qilish zarurligi tushuntiriladi.

4. Suhbat yakuni

- Oila savollariga javob berish
- Yozma tavsiyalar berish
- Keyingi uchrashuv sanasini belgilash
- Psixologik qo‘llab-quvvatlash xizmatlari haqida ma’lumot berish

Suhbatning asosiy tamoyillari

- Empatiya
- Maxfiylik
- Ayblamaslik
- Oddiy va tushunarli til
- Sabrlilik

Oila bilan suhbat uchun namunaviy savollar

1. Kasallik qachon boshlandi deb o‘ylaysiz?
2. Qaysi belgilar sizni ko‘proq xavotirga solmoqda?
3. Dorilarni qabul qilishda muammo bormi?
4. Uyda qanday muhit mavjud?
5. Stress omillari bormi?

Kutilayotgan natijalar:

- Oila bilim darajasi oshadi
- Konfliktlar kamayadi
- Davolashga rioya qilish yaxshilanadi
- Qaytalanish xavfi kamayadi

NAZORAT SAVOLLARI

1. Oila bilan suhbatning asosiy maqsad va vazifalari nimalardan iborat?
2. Psixoedukatsiyaning ahamiyati nimada?
3. Oila a‘zolariga pozitiv va negativ simptomlarni qanday tushuntirish kerak?
4. Oila muhitining bemor holatiga ta‘siri qanday?
5. Dorilarni muntazam qabul qilishning ahamiyati nimada?
6. O‘tkir psixotik holatda oila qanday harakat qilishi kerak?
7. Oila bilan ishlashda mutaxassis qanday etik tamoyillarga amal qilishi zarur?
8. Stress va qaytalanish o‘rtasidagi bog‘liqlikni tushuntiring.
9. Psixososial reabilitatsiyada oila roli qanday?
10. Telepsixiatriya va masofaviy monitoringning afzalliklari nimada?

TEST SAVOLLARI

1. Oila bilan suhbatning asosiy maqsadi:

- A) Bemorni tanqid qilish
- B) Kasallik haqida noto‘g‘ri fikrlarni mustahkamlash

- C) Psixoedukatsiya va qo'llab-quvvatlashni ta'minlash
- D) Faqat hujjat to'ldirish

2. Oila bilan suhbatda eng muhim tamoyil:

- A) Qattiq nazorat
- B) Empatiya va maxfiylik**
- C) Tanqid
- D) Jazolash

3. Shizofreniya negativ simptomlari oila tomonidan ko'pincha qanday noto'g'ri talqin qilinadi?

- A) Yuqumli kasallik
- B) Dangasalik**
- C) Intellekt yetishmovchiligi
- D) Ruhiy sog'lomlik

4. Psixoedukatsiya deganda nimani tushunamiz?

- A) Dori yozib berish
- B) Operatsiya qilish
- C) Oila a'zolarini kasallik haqida ma'lumot bilan ta'minlash**
- D) Bemorni izolyatsiya qilish

5. Dorini o'zboshimchalik bilan to'xtatish nimaga olib keladi?

- A) Tez sog'ayish
- B) Qaytalanish xavfining oshishi**
- C) Yon ta'sir kamayishi
- D) Kasallik yo'qolishi

6. Oila muhitida stressning oshishi nimaga sabab bo'lishi mumkin?

- A) Remissiya kuchayishiga
- B) Qaytalanish xavfiga**
- C) To'liq sog'ayishga
- D) Davolashni to'xtatishga

7. O'tkir psixotik holatda oila nima qilishi kerak?

- A) Bemorni yolg'iz qoldirish
- B) Dorini bekor qilish
- C) Zudlik bilan shifokorga murojaat qilish**
- D) Uy sharoitida davolash

8. Oila bilan suhbat qaysi sharoitda o‘tkazilishi kerak?

- A) Shovqinli joyda
- B) Ochiq maydonda
- C) Tinch va maxfiy muhitda**
- D) Telefon orqali shoshilinch

9. Oila a’zolarining haddan tashqari tanqidi nimani kuchaytiradi?

- A) Ijobiy simptomlarni
- B) Motivatsiyani
- C) Stress va simptomlarni**
- D) Ijtimoiy faollikni

10. Oila bilan muntazam suhbat natijasi:

- A) Davolashdan bosh tortish
- B) Qaytalanish xavfi kamayishi**
- C) Konflikt kuchayishi
- D) Bemor izolyatsiyasi

VAZIYATLI MASALALAR

Bemor dorilarni ichishni to‘xtatgan. Onasi “endi sog‘aydi” deb hisoblaydi. 2 haftadan so‘ng bemorda yana gallyusinatsiyalar paydo bo‘ldi.

Savollar:

1. Qanday xatoga yo‘l qo‘yilgan?
2. Oila bilan qanday tushuntirish ishlari olib boriladi?

Bemor uyda kam gapiradi, ko‘p yotadi. Ota-onasi uni “dangasa” deb ayblaydi.

Savollar:

1. Qaysi simptom kuzatilmoqda?
2. Oila bilan qanday suhbat o‘tkaziladi?

Bemor qo‘zg‘algan, ovozlar eshitayotganini aytadi va tajovuzkor harakat qilmoqda.

Savollar:

1. Oila qanday choralar ko‘rishi kerak?
2. Mutaxassis qanday tavsiya beradi?

Oila bemorni doimiy nazorat qiladi, mustaqil qaror qabul qilishiga ruxsat bermaydi.

Savollar:

1. Bu qanday psixologik muhit?
2. Qanday tavsiya beriladi?

Oila a’zolari kasallikni “uyat” deb hisoblab, bemorni yashirishga harakat qilmoqda.

Savollar:

1. Qanday muammo mavjud?
2. Qanday tushuntirish ishlari olib boriladi?

Interaktiv usul:

“Kichik guruhlarda ishlash” usulidan foydalangan holatda tinglovchilar 4-5 ta tarkibdan iborat 3 ta guruhga bo’linadi va har biriga mavzu beriladi. Mavzular asosida tinglovchilar birgalikda javob beradilar.

2.6 modul O‘quv moduliga ajratilgan jami: 12 kredit	Epilepsiya kasalligi, epileptiform sindromlar, kechishi va shoshilinch yordam. Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, turlari. (2 kredit)
--	---

Ma’ruza mashg’ulotini o’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, tarqalishi, zamonaviy tasnifi. 2. Epilepsiya kasalligining asosiy belgilari, hurujdan oldingi aura turlari, tutqanoq davrlari uning kechishi, epileptik status, katta va kichik talvasalar haqida ma’lumot.
<p>O‘quv mashg’uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta’limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko‘nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, turlari. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>

<p style="text-align: center;">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi .Uyga vazifa “Ruhiy sferalar va ulardagi buzilishlar. Xotira buzilishlari, xotira pasayishi, xotirani kuchayishida hamshiralik jarayoni va parvarishi”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K “Psixiatriya” Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o'quv qo'llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o'quv qo'llanma Andijon-2025 	<p style="text-align: center;">Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>
---	---	--

<p>Pedagogik vazifalar. Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, tarqalishi, zamonaviy tasnifini tahlil qilish.Epilepsiya kasalligining asosiy belgilari, hurujdan oldingi aura turlari, tutqanoq davrlari uning kechishi, epileptik status, katta va kichik talvasalarni</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari: Tinglovchi bilishi kerak: Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, tarqalishi, zamonaviy tasnifi.</p>
---	---

kechishi. Epilepsiya talvasalarni farqlashdagi zamonaviy tashxisot usullari.	Epilepsiya kasalligining asosiy belgilari, hurujdan oldingi aura turlari, tutqanoq davrlari uning kechishi, epileptik status, katta va kichik talvasalar haqida ma'lumot.
O'qitish metodlari	"Baxs-munozara", "aqliy hujum", "mozaika", "charxpalak", "Issiq kartoshka" usuli "Kichik guruhlarda ishlash"
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, videofil'mlar, chizma, nazorat varag'i, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o'quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, turlari.

Reja:

1. Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, tarqalishi, zamonaviy tasnifi.
2. Epilepsiya kasalligining asosiy belgilari, hurujdan oldingi aura turlari, tutqanoq davrlari uning kechishi, epileptik status, katta va kichik talvasalar haqida ma'lumot.

Epilepsiyaning tarkalishi xar bir ming axoliga 8-12 dan keladi. Kasallikni paydo bulish chukkisi 11-15 yoshga tugri keladi. Xotin va erkaklar bir xil kasallanadilar.

Epilepsiya – bu surunkali endogen-organik, kupincha bolalik yoki yoshlik paytida paydo bulgan, xar xil paroksizmal reaksiyalar bilan va shaxsning tipik, kupincha akl zaiflik darajasiga yetgan uzgarishlar bilan xarakterlanadigan kasallik. Uzoq boskichlarda utkir va surunkali psixozlar paydo bulishi mumkin.

Etiologiya va patogenez xakida zamonaviy tushunchasi :

Epilepsiya paydo bulishida kuyidagi faktorlar rol uynaydilar:

1. Irsiy faktor. Bu faktorni ta'sirchanligini monozigot egizaklarning baland konkordantligi kursatadi. Irsiyat yuli bilan kasallik uzi utmaydi, balkim talvasaga tayyorganligi utib ketadi.

2. Ortirilgan moyilligi - xomila va erta postnatal paytida bosh miyaning ekzogen

organik buzilishlar va perinatal bilan postnatal boskichlardagi bosh miyaning shikastlanishlar bilan boglangan buladi.

3. Tugruk paytidagi bosh miyaning shikastlanishlar.

Kasallik patogenezi ikkita mexanizm ajratiladi:

1. Kasallikni rivojlanish patogenezi;

2. Talvasani rivojlanish patogenezi

Kasallikni rivojlanish patogenezi xar xil bioximik buzilishlar rol uynaydi lar, bulardan katta rol uynovchi:

1. Oqsil-azotli almashuvining buzilishi. Bu natijada kondagi ammiak azoti kutariladi, mochevina azoti esa kamayadi;

2. Suv-tuzli almashuvining buzilishi. Albumin-globulinli nisbati va K-Na barovarligini buzilishlardan iborat.

3. Kislota-ishkor barovarligini buzilishlar. Tutqanoqdan oldin alkaloz kuzatiladi, tutkanokdan keyin esa – atsidoz.

4. Uglevodlar almashuvini buzilishlari.

5. Miya metabolizmni buzilishi

Biogen aminlar, noradrenalin mikdorlari kamayadi, serotonin, atsetilxolinning mikdorlari esa usib boradi.

Atsetilxolin asab impulslarni yunalishida yordam beradi – irradiatsiyani kuchaytiradi.

Shu natijada GAMK mikdorligini kupaytirish kerak, uning uchun bemorga Vit V6

bilan glyutaminli kislota berish kerak, chunki GAMK Vit V6 borligida glyutaminli kislota dan paydo buladi.

Talvasaning patogenezi

Patogenezi uchta moment rol uynaydi:

1. Talvasaga tayyorganligini usishi – bu bosh miya asab ujayralarning asab impulslarni akkumulyatsiya va irradiatsiya kuchaygan kobiliyatligi. Talvasaga tayyorganlik normal, pasaygan va kutarilgan bulishi mumkin.

Epilepsiya bilan xastalangan bemorlarda bu tayyorganlik kutarilgan buladi va shu belgi irsiyat yuli bilan utadi. 2. Epileptogen uchog – bu pustlok yoki pustlok ichidagi fokal epileptik turkumlarni tuzilishlarning kuzgatuv patologik uchog.

3. Epileptik kuzgatuvchi. 90% bemorlarda igvogarli kuzgatuvchi buladi. Bular stressli faktorlar, kuzdagi kuzgatuvchi, jismoniy tarangliklar bulishi mumkin.

Xozirgi paytda kasallik oldidan ikkita xolatni ajratadilar:

1. Epileptik reaksiyalar. Bir marotaba kuzatiladilar va uta kuchli igvogarlik ta'sirida;

2. Epileptik sindrom. Ekzogen faktor ta'sirida talvasani kayta paydo bulishi.

Bu xolatlar preventiv, ya'ni oqoxlantiruvchi davolashga muxtoj.

Xarorati kutarilgan natijasida paydo bulgan talvasalar fakat talvasaga tayyorgarlik bor bolalarda kuzatiladilar. Bu xolat norma deb xisoblanmaydi va bu bolalarga EEG kilinish kerak.

Agarda talvasalar kup kuzatilsa, bu bolalarda reflektorli epilepsiya kuzatiladi. Keyinchalik kuchli kuzgatuvchi bulmasada talvasalar paydo buladilar.

Epileptik tutqanoqlar. Epileptik tutqanoqlar eng yaqqol, ko'zga tashlanuvchi belgilar hisoblanadi, ammo ular kasallikning yagona belgilari emas. Epilepsiyada tutqanoqlar juda turli-tum an b o iib , bu epileptik o'choqning bosh miyadagi lokalizatsiyasi va unda patologik bioelektrik faollikning tarqalish masshtabi bilan bog'liq. Birinchidan, epilapsiya xurujlarini tutqanoqli va tutqanoqsiz xurujlarga ajratiladi. Ular tadqiqotlar natijasiga ko'ra deyarli bir xil miqdorda uchraydi. Bundan tashqari, tutqanoqli xurujlar ham, tutqanoqsizlari ham generalizatsiyalashgan va fokal (parsial) boiishi mumkin.

Generalizatsiyalashgan tutqanoqlar uchun ong yo'qolishi va tutqanoq xurujida tananing barcha qismlari qatnashuvi xos. Fokal epileptik tutqanoqlar vaqtida ong saqlanadi va tutqanoqda faqat tananing m aiium qismlari yoki alohida vegetativ va ruhiy funksiyalar qatnashadi. Generalizatsiyalashgan epileptik tutqanoqlar. U lam ing eng odatdagi shakliga tonik-klonik epileptik tutqanoq (awallari u katta tutqanoq deb nomlangan) kiradi. Tutqanoq boshlanishidan aw al «darakchilar» — turli ruhiy, ba'zida esa somatik xususiyatli buzilishlar kuzatilib, ular bem orda tutqanoqdan bir necha soat va hatto bir necha kun awal yuzaga kelishi mumkin. Tutqanoqning o'zi, odatda, auradan boshlanadi (“shamol esishi, purkash”). Aura - qisqa vaqtli holat boiib, sekundlab davom etadi va klinik belgilari juda xilma-xil boiadi.

Bemorda sensor aura turli patologik sezgilar (chum oli o 'n n alash i, jim irlash va h .k .), illuziya va gallutsinatsiyalar shaklida; ruhiy aura qo'rquv, xavotir yoki ekstaz shaklidagi kechinmalar; vegetativ — vazomotor, dispeptik va boshqa vegetativ buzilishlar bilan namoyon boiadi. keyingi vaqt ichida ong yo'qolishi yuz beradi va bemor yiqiladi. Yiqilish k o 'pincha qichqiriq, jiddiy jarohatlar olish, noxush hodisalar (yuqoridan, suvga, olovga yiqilish va h.k.) bilan yuz beradi. Avvaliga tonik tutqanoqlar boshlanib, 20-40 sekund davom etadi. Barcha mushaklar keskin qisqarish holatida boiadi. Nafas harakatlari to'xtab qoladi, asfiksiya rivojlanadi, bemoming yuzi ko'kimtir rangga kiradi. Keyinchaiik klonik tutqanoqlar boshlanib, oyoq-qo'l mushaklarining ritmik qisqarishlari bilan kechadi. Nafas harakatlari tiklanadi. Qorachiqlar kengayadi, pay reflekslari chaqirilmaydi. Ixtiyorsiz siydik va axlat ajralishi kuzatiladi. Klonik tutqanoqlar 1-2 minut davom etadi. Asta-sekin ular to'xtaydi va bemor chuqur uyquga ketadi. Bemor uyg'onganidan so'ng tutqanoqlar haqida xotiralar qolmaydi, ammo um um iy uringanlik hissiga ko'ra bemor o'zi bilan nima yuz berganligini bilib oladi. Epilepsiyada tutqanoqlar turli chastota bilan yuz berishi m um kin — yiliga 1-2 martadan kuniga bir necha martagacha. Agar ular ketm a-ket yuz berib, ular oralig'idagi bemorning xushi tiklanadigan tanaffuslar qisqa bo'lsa, bu holat tutqanoqlar seriyasi deb nomlanadi. Agar tutqanoqlar orasida bemor xushiga

kelmasa, bu holat epileptik status deb nomlanadi. Bu holat bosh miyaning rivojlanib boruvchi shishi bilan kechadi va zarur tadbirlar ko'rilmaganda o'lim bilan tugashi mumkinligi uchun ham xavflidir.

Generalizatsiyalashgan tutqanoq xurujlari faqat tonikyoki faqat klonik buzishi mumkin; bu tutqanoq shakllari bolalik yoshida uchraydi. Generalizatsiyalashgan tutqanoqsiz epileptik xurujlar absanslar (eski nomi — kichik tutqanoqlar) deb nomlanadi. Absanslar (fransuzchadan absence — ongning yo'qligi) oddiy va murakkab bo'lishi mumkin. Oddiy absans uchun qisqa vaqt — 2-15 sekund davom etish xos bo'lib — ong yo'qoladi, bemor bir nuqtaga tiqilgan holda qotib qolgandek ko'rinadi, tutqanoq to'xtagandan so'ng esa o'z ishini davom ettiraveradi. Murakkab absanslarda qisqa vaqtli ong yo'qolishiga qo'shimcha taizda umumiy tonusning yo'qolishi (atonik absans) — bunda bemor o'tirib qoladi yoki, asta-sekin yiqiladi, ba'zida esa tanasini orqaga tashlab, ko'zlarini yuqoriga qaratadi (gipertonik absans), yoki vegetativ buzilishlar (vegetativ absans) kiradi. Fokal epileptik tutqanoqlar.

Fokal epileptik tutqanoq xurujlari, shuningdek, Jekson tutqanoqlari deb nomlanib (uni yozib qoldiigan muallif nomi bilan), tananing biron sohasida yoki tananing yarmisida (qo'l, oyoq, chaynov, ko'z harakatlantiruvchi mushaklar va h.k.) tonik yoki klonik tutqanoqlar shaklida kechadi. Tutqanoqlar vaqtida ong saqlanadi. Fokal tutqanoqsiz epileptik xurujlarga sezgi buzilishli tutqanoqlar — tananing ma'lum qismida qisqa vaqtli sezgi buzilishlari; vegetativ — tananing turli sohalarida qisqa vaqtli ter ajralishining kuchayishi yoki qon tomir reaksiyalarining o'zgarishi; ruhiy — qisqa vaqtli paroksizmal gallutsinator, psixosensor buzilishlar kiradi.

Nazorat savollari

1. Epilepsiya nima va uning asosiy klinik belgisi nimadan iborat?
2. Epilepsiya tashxisini qo'yishda zamonaviy mezonlarni qaysi tashkilot ishlab chiqqan?
3. Epilepsiyaning asosiy etiologik guruhlarini sanab bering.
4. Genetik epilepsiyaning xususiyatlari nimada?
5. Struktur (organik) epilepsiya sabablari qaysilar?
6. Infeksion omillar epilepsiyaga qanday olib keladi?
7. Metabolik buzilishlar tutqanoqni qanday chaqiradi?
8. Immunologik epilepsiya misollarini keltiring.
9. Kriptojenik epilepsiya nima?

Vaziyatli masalalar

1. Bemor K., 28 yoshda, haydovchi. O'z kasalligi haqida quyidagilarni hikoya qiladi: «Bolalikda men qandaydir g'aroyib edim. Tengdoshlarim meni hurmat qilishmas, men ulardan qo'rqardim. Umuman, men hamma narsadan qo'rqar edim. Maktabning kichik sinflarida o'qiyotganligimda, doimo, mening onam o'lib qoladigandek tuyulardi. Agar men, onam piyolga choy quyib ulgurgunicha 10 gacha

sanab ulgursam, onam tirik qoladilar, agar ulgurmasam - o'ladilar. Maktabga borganda doim, menga begona bolalar hujum qilishidan qo'rqardim. Portfelimni halqasini ichkariga qaratib ushlardim – bu mening tinchlik maqsadida ketayotganligimni va mushtlashishni hojlamasligimni bildirar edi. Maktabda barcha bolalar o'tirib, o'qituvchini eshitishadi, men esa qandaydir betayin narsalar haqida o'ylayman. Masalan: agar eng yaxshi javob uchun 1 baxo qo'yishganda, eng yomon baxo esa 5 bo'lganida nima bo'lar edi. Bu fikrlarni haydayman, o'qituvchini eshita boshlayman, keyin o'zim bilmagan holda chalg'ib ketaman. Shu sababli o'qishim qiyin kechdi, ota-onamni maktabga chaqirishar, mening diqqatsizligim uchun tanbex berishar edi. Ammo, harqalay, maktabni bitirib, harbiy hizmatni o'tay boshladim. U yerda haydovchi mutaxassisligini oldim. Hammasi yaxshi ketayotgan edi, ammo oxirgi vaqtlarda qandaydir bema'ni fikrlar meni zabt eta boshladi: doimo mening buyumlarim simmetrik tarzda yotishini hojlashimni o'ylayman. Uyda xotinim buning uchun tanbex beradi. Ishda mashinani ta'mirlash kerak, men esa ish bilan band bo'lmasdan, gayka kalitlarini simmetrik joylashtira boshlayman.

Yaqinda shunday voqea yuz berdiki, hatto gapirishga uyalaman. Men maxalliy poezdda dalahovlimga ketayotgan edim. Yo'lda bekatda tushib, xojatxonga kirdim. Unitazda ikkita gugurt cho'pi yotardi. Xojatxonadan chiqdim, ammo to'satdan ortga qaytib, gugurt cho'plarini simmetrik joylashtirib chiqish fikri miyamga urib qoldi. Ortga qaytdim. Unitazga qo'l tiqish yoqimsiz ish edi, ammo men keta olmasdim. Hatto yuragim urib ketdi, va terga botib ketdim. Ammo o'zimni tuta olmadim, unitazga qo'limni tiqib gugurt cho'plarini to'g'rilab chiqdim. Poezdim esa bu vaqt ichida ketib koldi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

2. Bemor P., 32 yoshda, musika o'qituvchisi. Fe'l-atvori bo'yicha ta'sirchan, injiq. Atrofdagilar diqqat markazida bo'lishni yoqtiradi, do'stlar davrasida o'zini quvnok tutadi, uni «davrani qizituvchi» deb nomlaydilar, ammo oilasida tajang, uzoq birga bo'lolmaydi, rashkchi. Kasallik og'ir kechib, asoratlar bergan ikkinchi tug'ruqdan so'ng boshlandi. Bemor uchun bolani parvarish qilish qiyin bo'ldi. Erining qarindoshlari bilan janjaldan so'ng xafa bo'ldi, yig'ladi, yashashni hojlamasligini affektatsiya bilan uqtiradi. Shu bilan birga xayolida o'zining saraton bilan kasallanganligi haqida fikr paydo bo'ldi. O'z qorni ichida yaralar hosil qilib, tarqalayotgan o'smani yaqqol va obrazli tarzda tasavvur qildi. Uzi shu fikrlardan qo'rqib ketdi, ularni haydashga harakat qildi, ammo bu fikrlar bemorga yopishib olib, uni havotir va qo'rquvga solib, ta'qib qila boshladi. Avvaliga shifokor terapevtga murojat etishdi va u ichki a'zolarida hech qanday kasallikni topa olmadi. Bemor bir qancha vaqtga tinchlandi, ammo tez kunda og'ir qiynoqlar bilan o'lishi mumkinligi haqidagi fikrlar yana bezovta qila boshladi. Og'ir kasallik va o'lim haqidagi yopishqoq fikrlar bezovta qilishiga shikoyat qiladi. Shifokor-psixiatr qabulida hayajonlangan, yig'laydi, yordam so'raydi. O'z havotirlarining

asossizligini tushunadi, ammo ulardan qutula olmaydi. «Aqldan ozishdan», butun umrga psixiatriya kasalxonasida qolib ketishdan havotirlanadi.

1. Bemorning muammosini aniqlang.
2. Hamshira tashhisini kuying.
3. Hamshira parvarishi rejasini tuzing.

Test savollari:

- 1. Tutqanoq xurujlari bilan kechadigan kasallik nima deb ataladi?**
 - A. Epilepsiya *
 - A. Shizofreniya
 - C. Oligofreniya
 - D. Psixopatiya
- 2. “Aura” so’zi qanday ma’noni bildiradi?**
 - A. xuruj
 - B. qaltiroq
 - C. titrash
 - D. shamol *
- 3. Epilepsiya bilan og’rigan bemor EEGda qanday shakldagi to’lqinlar paydo bo’ladi?**
 - A. tig’ shakldagi *
 - B. yarim oysimon
 - C. ko’ndalang
 - D. zanjirsimon
- 4. Epilepsiyaning kelib chiqish sabablari?**
 - A. neyroinfeksiyalar va bosh miyaning turli xil yallig’lanishlari
 - B. bosh miya jarohatlari va bosh miya qon tomir kasalliklari
 - C. turli xil zaharlanishlar va alkogolizm
 - D. hamma javoblar to’g’ri*
- 5. Qaysi kasallikning klinik manzarasi 4 bosqichdan iborat: 1)aura; 2)tonik tortishish; 3)klonik tortishish; 4)uyqu holati?**
 - A. Shizofreniyaning
 - B. Epilepsiyaning*
 - C. Depressiyaning
 - D. Oligofreniyaning
- 6. Epileptik xurujning birinchi belgisi?**
 - A. Ptoz
 - B. Afaziya
 - C. Aura*
 - D. Nistagm
- 7. Tonik tirishish qancha vaqt davom etadi?**
 - A. 2 – 5 soniya
 - B. 30 – 60 soniya*
 - C. 1 – 5 min
 - D. 5 – 10 min
- 8. Katta tutqanoq xurujining qaysi bosqichida bemor baqiradi, nafas olishi to’xtaydi, yuzi oqaradi, keyin ko’karib ketadi?**
 - A. Aurada
 - B. Tonik tortishishda*
 - C. Klonik tortishishda
 - D. Uyqu holatida

9. Qisqa vaqt (2-5 soniya) hushdan ketish bilan kechgadigan kichik epileptik tutqanoq qanday ataladi?

- A. Absans *
- B. Asteniya
- C. Amentsiya
- D. Apatiya

10. Epilepsiyada qo'llanadigan dori vositalar:

- A. Fenobarbital
- B. Benzonal
- C. Finlepsin
- D. Hamma javoblar to'g'ri *

Klasterni tuzish qoidasi

1. Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G'oyalar sifatini muhokama qilmang, faqat ularni yozing.
2. Xatni to'xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e'tibor bermang.
3. Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to'xtatmang. Agarda aqlingizda g'oyalar kelishi birdan to'xtasa, u holda qachonki yangi g'oyalar kelmaguncha qog'ozga rasm chizib turing.

Atamalar:

Epilepsiya (Epilepsy)-Takrorlanuvchi, sababsiz tutqanoq xurujlari bilan kechuvchi surunkali nevrologik kasallik.

Tutqanoq (Seizure)-Bosh miya neyronlarining to'satdan, ortiqcha va sinxron elektr faolligi natijasida yuzaga keluvchi klinik holat.

Epileptogenez-Epilepsiya rivojlanish jarayoni va mexanizmi.

Epileptogen o'choq-Miyada patologik elektr impulslar boshlanadigan soha.

Fokal tutqanoq (Focal seizure)-Tutqanoq miyaning ma'lum bir qismidan boshlanadi.

Generalizatsiyalashgan tutqanoq (Generalized seizure)-Tutqanoq bosh miyaning ikkala yarim sharini qamrab oladi.

Tonik faza-Mushaklarning qattiq tortilishi bilan kechuvchi bosqich.

Klonik faza-Ritmik mushak tortilishlari bilan namoyon bo'ladigan bosqich.

Tonik-klonik tutqanoq-Hush yo'qolishi, tonik va klonik fazalar bilan kechuvchi klassik "katta xuruj".

Absans (Petit mal)-Qisqa muddatli hushning yo‘qolishi yoki “qotib qolish” epizodi.

2.6 modul O‘quv moduliga ajratilgan jami: 12 kredit	Epilepsiya kasalligi, epileptiform sindromlar, kechishi va shoshilinch yordam. Epileptik tutqanoq davrlari, klinik ko‘rinishlari (2 kredit)
--	--

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashg‘ulot
Ma’ruza mashg‘uloting rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, tarqalishi, zamonaviy tasnifi. 2. Epilepsiya kasalligining asosiy belgilari, hurujdan oldingi aura turlari, tutqanoq davrlari uning kechishi, epileptik status, katta va kichik talvasalar haqida ma’lumot.
<p>O‘quv mashg‘uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta’limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko‘nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshutiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, turlari. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>

mustaxkamlash		
<p style="text-align: center;">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi .Uyga vazifa "Ruhiy sferalar va ulardagi buzilishlar. Xotira buzilishlari, xotira pasayishi, xotirani kuchayishida hamshiralik jarayoni va parvarishi"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab kasalliklari propevtikasi" 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova "Psixiatriya" Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov "Asab va ruhiy kasalliklar" 2013-yil o'quv qo'llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova "Epilepsiya va shizofreniya kasalligida 	<p style="text-align: center;">Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon- 2025	
--	---	--

Pedagogik vazifalar. Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, tarqalishi, zamonaviy tasnifini tahlil qilish. Epilepsiya kasalligining asosiy belgilari, hurujdan oldingi aura turlari, tutqanoq davrlari uning kechishi, epileptik status, katta va kichik talvasalarni kechishi. Epilepsiya talvasalarni farqlashdagi zamonaviy tashxisot usullari.	O’quv faoliyatining natijalari: Tinglovchi bilishi kerak: Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, tarqalishi, zamonaviy tasnifi. Epilepsiya kasalligining asosiy belgilari, hurujdan oldingi aura turlari, tutqanoq davrlari uning kechishi, epileptik status, katta va kichik talvasalar haqida ma’lumot.
O’qitish metodlari	“Baxs-munozara”, ”aqliy hujum”, ”mozaika”, “charxpalak”, ”Issiq kartoshka” usuli “Kichik guruhlarda ishlash”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov, yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Epileptik tutqanoq davrlari, klinik ko‘rinishlari

Reja:

1. Epilepsiya talvasalarni farqlashdagi zamonaviy tashxisot usullari.
2. Epilepsiya kasalligidagi tutqanoqlarni farqlashda hamshira tashxisi.

Epilepsiyaning zamonaviy tasnifi :

1. Birlamchi epilepsiya (oldingi genuinli epilepsiya) ;

2. Fokal epilepsiya (oldingi simptomatik epilepsiya) ;
3. Reflektorli epilepsiya

Ikkala faktor barovar bulsa – reflektorli epilepsiya kuzatiladi.
Xamma turdagi epilepsiyalarda talvasaning rivojlanishi bir xil buladi.

Ruxiy buzilishlarning tasnifi :

1. Paroksizmal buzilishlar :
 - a) talvasali paroksizmlar
 - b) talvasasiz paroksizmlar

Talvasasiz paroksizmlar – bu talvasaning ruxiy ekvivalentidir.

1. Ongning aloxidalangan xolatlar :
 - a) ongning namozshomsimon xiralashuvi ;
 - b) translar ;
 - v) absanslar ;
2. Kayfiyatning aloxidalangan xolatlar – disforiyalar;
3. Patologik mayllar – dromomaniya, piromaniya, kleptomaniya.

Talvasaga tayyorgarlik epileptogen uchog Fokal epilepsiya Birlamchi epilepsiya Doimiy kuchayib boradigan buzilishlar:

1. Xarakterning uzgarishi;
2. Epileptik akl zaifligi;

Tutkanoklarning tasnifi (Saradjishvilli buyicha):

1. Generalizirlashgan tutkanoklar;
2. Fokal tutkanoklar ;
3. Gemikompulsiv tutkanoklar

Talvasalarning klinikasi:

1. Katta talvasa (grand mal)

40 % bemorlarda uchraydi. Bir necha fazalardan iborat buladi.

Tutkanokdan oldin 30 % bemorlarda prodromal davr kuzatiladi. Bemorlar bosh

ogrikka, susayishiga, achchiklanish, pasaygan kayfiyatga shikoyat kilishadi.

Tutkanok uzi aura bilan boshlanadi. Bu kiska muddatli, bir necha soniya mobaynidagi ongning xiralashuvi. Xamma kechinmalar bemorning xotirasida kolishadi, lekin atrof muxitdagi narsalar xotirada saklanib kolmaydilar, ya'ni bemor aurani eslaydi. Aurani axamiyati juda katta, chunki aura ogoxlantiradigan belgisi deb xisoblanadi va uchogni joylanishini bildiradi.

Auraning turlari:

Visserosensorli aura, kupincha kungli aynishidan iborat buladi.
Visseromotorliaura: kuzning korachoklarini kattalanishi va kiskarishi, takomirli aura – terining kizarishi yoki okarishi, oshkozon-ichakli aura, pilomotorli aura

(titirash), sensorli aura. Somatosensorli aura, kuz aurası – fotopsiyalar, eshituv aurası – akoazmlar, shovkinlar, ta'mi aurası, xidlash aurası – kupincha chirigan xidlarni paydo bulishi, impulsivli aura – impulsivli xarakatlar bilan kuzatiladigan aura. Eksgibitsionizm, kleptomaniya, piromaniyalar xam kuzatilishi mumkin. Ruxiy aura: gallyutsinatorli, psixosensorli (derealizatsiya, depersonalizatsiya, deja vu va jamais vu xolatlar).

Bemor aura paytida uzini tutkanokga tayyorlaydi. Kupincha bemorlar tutkanok

boshlaganda vafot bulishadi. Aura fakat 57% bemorlarda kuzatiladi. Aurani polimorfizmga karab darajasini bilish mumkin. Auradan keyin bemor birdan yikilib va ovoz chikargandek buladi (sababi – upka, diafragma, tovush paychalari kiskarish natijasida xavo uta kuch bilan chikariladi va shu natijada ovoz chikadi). Tonik faza boshlanadi. Tutkanok paytida bemorning boshi yonboshga yoki orkaga karatilgan buladi, oyok va kullari bukilgan, kuz korachoklari kattalashgan, yoruglikka reaksiyasi bulmaydi. Bemor nafas olmaydi. Bu fazang davomligi – 30-40 soniya. Keyin ikkinchi faza boshlanadi – klonik fazasi. Birinchi nafas olishdan boshlanadi, sianoz yukolib ketadi, mushaklar almashib kiskaradilar, bemor ogrikni sezmaydi. Buynidagi tomirlar shishib ketadilar. Bu fazani davomligi – 30-40 soniya. Shu bilan talvasa tugaydi. Tutkanokning butun davomligi – 1-2 dakikadan 3-4 dakikagacha. Keyin bemor koma xolatida buladi: kuz korachoklari kattalashgan, pay reflekslar chakirilmaydilar, patologik Babinskiy refleksi bulishi mumkin. Buynida, yuzida mayda kon kuyilishlari bulishi mumkin. Keyin bemor soporga tushadi, sopordan keyin karaxtlikga, karaxtlikdan keyin esa uyku kuzatiladi.

Kichik talvasalar (petit mal):

Kupincha absanslar uchraydilar – bu kiska muddatli ongning uchishi. Bir necha soniya davom etadi. Bemor kotib koladi, keyin esa faoliyatini davom ettiradi. Absanslar oddiy va murrakab bulishlari mumkin:

1. Oddiy absanslar fakat ong uchishi bilan kuzatiladilar;
2. Murrakab absanslar esa ba'zi bir mushaklarni titirashi bilan kuzatiladilar. Masalan kulning titirashi, kovokning titirashi va xokazo.

Epileptik status (status epilepticus) :

Kachonki talvasalar bir-biridan keyin kuzatilsa va bemor uziga kelmasa bu xolat epileptik status deb nomlanadi. Bu xolat xayot uchun juda xavfli xisoblanadi, chunki miyaning shishiga olib kelishi mumkin va shu natijadi ulimga.

Uchogli talvasalar :

1. Adverzivli tutkanok: bemor bir tomonga burilib yikilib tushadi. Avval kuzlari shu tomonga buriladilar, keyin esa boshi, yelkalari, tanasi va bemor yikilib tushadi vaklonik tutkanoklar kuzatiladilar. Uchogi peshona va tepa soxasida joylanadi. Bemor uchogning karama akrshi tomoniga tushib ketadi. Masalan, uchogi ong tepa soxasida joylashgan bulsa – bemor chap tomonga burilib yikilib tushadi.

2. Jekson tutkanoklar – talvasaga bir necha guruxdagi mushaklar tankid bulishadi. Ongi ravshan xam bulishi mumkin. Uchog oldingi markaziy izida

joylanadi. Masalan, chap kuldagi talvasalar, yuzining chap tomonidagi talvasalar yoki tananing bir tomonidagi talvasalar.

3. Tonik postural talvasalar – uta kuchli tonik faza bilan xarakterlanadi. Bemor opistotonusga tushadi. Uchog miyaning poya kismida joylanadi.

Epilepsiya bilan xastalangan bemorlarda shaxs va xarakterni uzgarishlari:

Bemorda tafakkuri yopishkok, be'mani, inertli buladi. Nutki monoton, tortishimli. Xotira pasayadi va spetsifik buziladi: bemor unga tegmaydigan narsalarni darrov esidan chikaradi, lekin unga tegishli narsani mayda batafsil narsalargacha eslaydi.

Xissiy sferada xam uzgarishlar xam ajoyib bulishadi: tuygularning polyarligi kuzatiladi – suzlari shirin va yokimli bulgani bilan bemorlar serjaxl va tajovuzkor bulishadi, ularni birorta-bir inson xafa kilsa kup esda tutishadi. Epilepsiya bilan ogrigan bemorlar uta puxta bulishadi: ishda, kiyimlarda, uyda. Ularda patologik mayilligi xam kuzatilishi mumkin: dromomaniya, kleptomaniya, dromomaniya.

Bemorlarga Chij simptomi xarakterli – kuzlarning sovuk, pulatli yaltirashi.

Akl zaiflik epilepsiyada konsentrik, yopishkok – apatikli buladi.

Epileptik psixozlar :

Psixozlar utkir va surunkali bulishi mumkin, xotiraning kupol uzgarishlar bilan.

Utkir psixozlar – ongning xiralashuvi bilan utishi mumkin, ya'ni ongnig namozshomsimon xiralashuvi, oneyroid, utkir paranoid. Surunkali psixozlar – paranoyyal, gallyutsinator-paranoidli, parafrenli, katatonik psixopatologik xolatlar.

Epilepsiyaning bolalik davrida utadigan xususiyatlari :

1. Mioklonik talvasalar (impulsivli). Ongning ravshan xolatida utishadi. Tananing ikkala tomonlarining chuchib ketishdan kurinadi. Ota-onasi kupincha bu xolatni kurishadi, lekin axamiyat berishmaydilar.

2. Propulsivli talvasalar. Kuyidagi turlarda utishi mumkin: bosh kimillashlar, chukimalar, salom talvasalar, shiddatli talvasalar (kiska muddatda butun tana buyicha talvasa kuzatiladi).

3. Astatik talvasalar. Ong uchirilib, mushaklarning tonusi yukoladi. Kupincha bu talvasa ochdan xushidan ketish deb xisoblanadi.

4. Adverzivli talvasalar

5. Ajralgan auralar (talvasa fakat aura bilan utadi): terining titirashlari, korin-ichidagi gurilashlar, kungli aynishlari, kaltirashlar. Bu xolatlar bir necha soniya kuzatiladilar.

6. Psixomotorli avtomatizmlar: kechkurundagi kurkishlar, uyku paytidagi yigla shlar va gapirishlar.

Epilepsiyaning davolashi :

Asoslari :

1. Kompleksli;
2. Katt'iy individual;
3. Uzoq davomli;

1. Davolashda birinchi bulib parhez tutish kerak: ovqatlari tuzsiz, suyuqliklar kamayadilar, usimliklardagi oksillarni kamaytirish kerak.

2. Patogenetik terapiya: glyutaminli kislota va Vit. V6.

3. Degidratatsion terapiya: diuretiklar,

4. Surilish terapiya: aloe, FiBS, biyoxinol, KI, NaI

5. Simptomatik terapiya: fenobarbital, difenin, geksamidin, benzonal, xlorakon.

6. Kichik talvasalarga esa : tegretol, finlepsin, piknolepsin

Epileptik statusni davolash :

1. Tozalovchi klizma;
2. 2. 6 % li xloralgidrat (15-20 ml) yoki 2% li barbital natriy (30 ml) bilan klizma.
3. 10% li geksenal 1ml vena ichiga ;
4. 25%li magneziya sulfati 10 ml vena ichiga ;
5. 0,5% seduksen 4 ml vena ichiga (12 ml gacha kuyilishi mumkin);
6. 10% li glyukonat kalsiy 10 ml vena ichiga
7. 5% li natriy amitali 10 ml ;
8. 5% li unitiol vena ichiga.

Agarda yukoridagi dorilar foyda berishmasa lyumbal punksiya va azot zakisi bilan raush narkoz kilinadi.

Tutanoq talvasasi.

Hamshiraga kechktirib bo'lmas yordamni ko'rsatishni boshlashga undaydigan quyidagi ma'lumot: ongni yo'qligi, og'izdan ko'pik kelsa, tonik va klonik tutilish.

1. Agar bemor yuziga qarab ye qilgan bo'lsa, asfiksiyani oldini olish maqsadida, uni ag'darish kerak.

2. Agar tutilish ovqatlanish vaqtida vujudga kelgan bo'lsa, asfiksiyani oldini olish uchun, og'zidan ovqat qoldiqlarini olib tashlash kerak.

3. Boshi shikastlanmasligi uchun, uni tagiga yastiq yoki yumshoq o'yinchoqlar qo'yish lozim.

4. Solagi erkin oqib tushishi uchun boshini biron bir tarafga buri shva shikastlardan saqlagan holda ushlab turish kerak.

5. Havodan erkin nafas olishi uchun ko'ylagining yoqasini yechish, kamarini bo'shatish lozim.

6. Bemor tilini tishlab olmasligi uchun, og'ziga jag' tishlari orasiga rezinali naycha yoki doka Bilan bir-necha qavat oralgan temirli shpatel qo'yish krak, agar bular bo'lmasa, unda bog'langan rumolni ishlatsa bo'lsa.

7. Shifokorni chaqirish kerak.

Epileptik status.

Xamshiraga epileptik statusni aniqlashda ko'maklashuvchi ma'lumot: ketma-ket kechuvchi tutqanoq talvasalari talvasalar orasida ongni tiniqlashishini yo'qligi.

1. Shifokorni chaqirish kerak.
2. Provesti meropriyatiya po standartu «Tutqanoq talvasasi» standarti bo'yicha yordam ko'rsatish lozim.
3. Talvasalar o'rtasidagi vaqt mobaynida, mexanik asfiksiyani oldini olish maqsadida tilini yutib yuborishini bartaraf etish yoki qayt qilish oqibatidan, so'lakdan tozalash kerak.
4. Shprints va ninalar tayyorlash.
5. Kerak bo'lsa, shifokor yo'q bo'lsa, 10 ml 40% glyukozada eritilgan 4ml – 0,5% sudksen eritmasini asta sekinlik bilan qon-tomirga yuborish kerak (talvasalar o'rtasida).
6. Tomir ichiga 10ml 25% magniy sulfatini yuborish.
7. Tomir ichiga litik aralashmani:
 - promedol 2%- 1 ml eritmasini,
 - analgin 25%- 2 ml eritmasini,
 - dimedrol 1%- 2 ml eritmasini,
 - novokain 0,5% - 2 ml eritmasini.

Ongning delirioz buzilishi

Deliriyni payqashga ko'maklashuvchi ma'lumot: qo'rquv, qo'rqqoqlikni paydo bo'lishi, gallyutsinatsiyalar ob'ektiv belgilari, atrifiga noto'g'ri orientir olish.

1. Bemorni kuzatish palatasiga o'tkazish.
2. Shifokorni chaqirish.
3. Lozim bo'lsa, shifokor bilan kelishilgan holda, qochishni, tajavuskorlikni, o'ziga shikast yetqizishni oldini olish maqsadida, maxanik siquvga olish (stesneniya) choralari qo'llash.
4. Shprints va ninalar tayyorlash.
5. Kerak bo'lsa, shifokor yo'q bo'lsa – tomir ichiga 2ml 2,5% tizersin - sutkaga 2 maxal.
6. Kordiamin 1,0 teri ostiga sutkaga 1 maxal.

Davolash. Epilepsiyani davolashning asosiy qoidalari bu qat'iy individualizatsiya, davomiylik, uzluksizlikdir. Eng samarali dori vositalari har bir alohida holatda individual tanlanishiga to'g'ri keladi, bu qoida dorining miqdorini tanlashga ham tegishli. Miqdorni oshirish yoki kamaytirish asta-sekin amalga oshirilishi zarur. Bu qoidaning buzilishi kasallikning o'tkirlashuviga, hatto epileptik status rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Asosan epileptik tutqanoqlarning har xil turlarini davolashda samarali boigan dori vositalari qo'laniladi (fenobarbital, difenin, benzonal, suksilep, fmlepsin va boshq.). Agar kasallik klinikasi polim orf boisa, epilepsiyaga qarshi dori vositalarining kombinatsiyasi q o ilan ilad i. Epilepsiyaga qarshi ta'sirli bir necha dori vositalari aralashmaiari ham tavsiya etilgan (Vorobev, Sereyskiy aralashmasi va boshqalar). Namozshomsimon

holatlarni bartaraf etishda aminazin tutqanoqqa qarshi vositalar bilan bir vaqtda qo'laniladi, affektiv buzilishlarda trankvilizatodar tavsiya etiladi. Epileptik statusni davolashda oxirgi vaqtlarda seduksen (vena ichiga) samarali qo'lanilmoqda. Epilepsiyaning fokal shakllarida oxirgi yillarda epilepsiyani davolashning jarrohlik usullari keng qo'lanilmoqda. Ba'zi hollarda ularyaxshi natijalar beradi.

O'rta tibbiy xodimning epilepsiyali bemorlarni parvarishlash va kuzatishni ta'minlashdagi o'rni katta. Tutqanoq xuruji vaqtida qo'shimcha jarohatlar, tilni tishlab olish, asfiksiyaning oldini olish chora-tadbirlarini ko'rish zarur. Ongning namozshomsimon buzilishlari bo'lgan bemorlar batafsil va qat'iy nazoratga muhtoj bo'ladilar. Shifokor bo'lmagan vaqtda tibbiy xodimlar tomonidan kuzatilgan tutqanoqlarni aniq yoritib berish, batafsil yozib olish va kuzatuv kundaligida bemorlarning xatti-harakatlarini bir boshdan ko'rsatib o'tish katta ahamiyatga ega. Epilepsiyali bemorlarni ovqatlantirishni tashkil etishda, suyuqlik va osh tuzi iste'mol qilishni chegaralashni esdan chiqarmaslik lozim. Alkogolli ichimliklarni iste'mol qilish qat'iy taqiqlanadi. Imkoniyatga qarab, bemorlarni mehnat faoliyatiga jalb etish, ammo bunda harakatlanuvchi mexanizmlar, yuqori haroratli moslamalar yaqinida, transportda va h.k. larda ishlashi taqiqlanishi zarur.

Vaziyatli masalalar

1-masala Bemor P., 37 yosh, elektrotexnik, kasallikkacha yaxshi xotiraga ega bo'lgan, yaxshi o'qigan. Yangi sharoitga tushganda, yaxshi ko'nikkan. Serharakat bo'lgan, jam o'at ishlarida faol qatnashgan, jam o'at tashkillashtirishni uddalagan. Armiya saflarida xizmat qilgan chog'ida, ikki marotaba kontuziyaga uchragan, har safar 2-3 oy davolangan va o'z majburiyatlarini bajarishga qaytgan. Lekin oxirgi kontuziyadan so'ng og'ir holat rivojlanib, bosh og'rigi, tez charchash bezovta qila boshlagan. Tez orada xizmat safidan chiqariladi, ishga joylashishga harakat qilgan, biroq bunga jizakiligi tufayli kelib chiqqan kelishmovchiliklar xalaqit bergan. Ish joyini tez-tez o'zgartirib turishga to'g'ri kelgan. Psixiatriya kasalxonasida tekshiruvdan o'tkazilgan. Oxirgi 5 yil davomida nogiron (2 gr.). Bosh og'rig'i, uyquning yomonlashuvi, urush sahnalaribo'lgan qo'rqinchli tushlarko'rishga, har qanday ishni bajarishga xalaqit beruvchi parishonxotirlikga, haddan tashqari ta'sirchanlikka — «dunyoga qaragim kelm aydi, hamma narsa asabiylashtiradi» — shikoyat qiladi. Bemorda har 3-4 oyda hushdan ketish talvasalari kuzatiladi. Nevrologik tekshiruvda quyidagilar aniqlandi: burunlab burmalarining asimmetriyasi, til tashqariga chiqarilganda chapga egiladi, pay refleklari yuqori, kengaygan zona bilan. Ruhiy holatida asosiy buzilish emotsional turg'unsizlik hisoblanadi: shovqin, baland ovozdagi suhbat vaqtida tez asabiylashadi, atrofdagilar bilan oson janjalga kirishadi, natijada bemorlar bilan bo'ladigan kelishmovchiliklardan qochadi. Maxsus tekshiruvlarda eslab qolish qobiliyatining pasayishi aniqlangan.

Sindromni aniqlang

2- masala Bemor V., 48 yosh, texnik-o'rmonchi. Daraxt ustunlarini o'ichash bilan shug'ullanayotib, o'rmon chekkasiga yaqinlashgan sari ularning diametrini o'zgarishiga e'tibor berdi. V agar shu o'zgarishlarni ifodalovchi formula ishlab chiqilsa, yog'och hajmini o'ichashda bu formulani katta ahamiyatga ega bo'lishini o'yladi. U o'z kuzatuvlarini davom ettirdi va ma'lum bir vaqtdan so'ng, kerakli formulani ishlab chiqdi. V. o'z ishlari va maqolalarini turli ilmiy jurnallarga jo'nata boshladi, lekin ular tan olinmadi. Uning ishlariga yozilgan taqrizlarda, mavzuning dolzarbligi, ammo keltirilgan hisobotlar ishonchsiz, tekshiruvni talab qilishi ko'rsatiladi. Lekin V, qaysar va shu bilan birga, haddan tashqari o'zini sevuvchi inson bo'lgani sababli, taqrizlarda ko'rsatilgan tushuntirishlardan qoniqmad. Mutaxassislar bilan bo'lgan shaxsiy uchrashuvlar ham, uni oigan ma'lumotlari xatoligiga ishonmay olmadi. Bu xulosalarni noobyektiv deb hisoblab, ko'plab turli idoralarga «haqiqatni tiklash» talabi bilan murojaatqila boshladi. Xatyozi ishlar bilan kengshug'ullanib kiruvchi va chiquvchi hujjatlar uchun ikkita papka tutdi. U opponentlarga bo'lgan javoblarida, o'zining fikrlariga norozi bo'lgan olimlarning so'zlaridan kichik noaniqliklarni qidirib, ular orqali noobyektiv baholash, konservatizm, mas'uliyatdan qochish istagi dalillarini ko'rsatardi. Ishdan bo'sh vaqtining hammasini V. hujjatlar tuzishga, o'zining haqligini isbotlash uchun yangi dalillar izlashga bag'ishlay boshladi. Shu sababli, u o'zining majburiyatlariga yetarlicha e'tibor bermay qo'ydi, oila a'zolari, do'stlari bilan bo'lgan suhbatlarda doimo o'zining kashfiyoti masalasiga qaytardi, o'z noroziligini namoyish etardi, hayajonlanardi, har qanday e'tirozlardan xafa bo'lardi. Jizzaki bo'lib qoldi, yomon uxlay boshladi.

Sindromni aniqlang

Nazorat savollari:

1. Epileptik tutqanoqda hamshira yordami.
2. Bosh miya shikastlanishi bor bemorlar muammolarini aniqlash.
3. Bosh miya shikastlanishi bor bemorlar muammolarini bartaraf etish usullari.
4. Bemorning psixologik xolatini baxolash
5. Bemorning ruxiy o'zgarish xolatini baxolash.
6. Ruxiyati buzilgan bemor bilan verbal mulokot.
- 7.

Test savollari:

1. Talvasa xurujlari har 10-30 daqiqa davomida takrorlanib turishi bilan kechadigan holat nima deyiladi?

A. Obnubilyatsiya

- B. Epiliptik status *
- C. Sopor holati
- D. Katatonik holat

2. Epilepsiya tutqanog'i tutib turgan vaqtda qaysi dorilarni yuborish mumkin emas?

- A. Kardiomin, kamfora*
- B. Seduksen
- C. Geksenal
- D. Kaltsiy xlor

3. Epilepsiya kasalligi qaysi guruh kasaliklariga kiradi?

- A. Ruhiy *
- B. Yuqumli
- C. Irsiy-degenerativ
- D. Vegetativ asab tizimi

4. Epilepsiyada nima buyuriladi?

- A. Antibiotiklar
- B. Antikonvulsantlar*
- C. Antigistamin preparatlari
- D. Neyroleptiklar

5. Tutqanoqqa xos bo'lmagan belgilarni ayting.

- A. Qisqa vaqt hushdan ketish
- B. Og'izdan ko'pik kelish
- C. Ixtiyorsiz siyib yuborish, tilni tishlab olish
- D. Xuruj vaqtida ko'z qorachig'ining yorug'likka javobi to'liq saqlangan*

6. Epileptik xurujda qaysi muolaja mumkin emas?

- A. Siydik haydovchi dorilar
- B. Vitaminlar
- C. Elektr davo muolajalari*
- D. Qaltirashga qarshi dorilar

1. EEG da epilepsiyaga xos bo'lgan to'lqinni ko'rsating.

- A. Tetta to'lqin
- B. Delta to'lqin
- C. Tig' to'lqin*
- D. Betta to'lqin

2. Qarilik oldi psixozlariga kiruvchi kasalliklarni aniqlang:

- A. Gipertoniya
- B. Bronxial astma
- C. Altsgeymer, Pik kasalligi *
- D. Botkin kasalligi

3. Presenil psixoz uchun necha yosh xos?

- A. 60-80 yosh
- B. 45-60 yosh*
- C. 80-90 yosh
- D. 70-80 yosh

4. Nevrasteniya alomatida qanday belgilar kuzatiladi?

- A. Tajanglik, asabiylashish
- B. Tez charchab qolish, jismoniy toliqish
- C. Xotiraning susayishi, ruhiyatning tez-tez o'zgarib turishi

D. Hamma javoblar to'g'ri *

5. Epilepsiyaning zamonaviy tasnifiga qaysi turlar kiradi?

- A) Reaktiv, travmatik, infeksiyon
- B) Birlamchi, fokal, reflektorli*
- C) Simptomatik, toksik, psixogen
- D) O'tkir va surunkali

6. Katta talvasa (grand mal) tutqanoqning tonik fazasi qancha davom etadi?

- A) 5–10 soniya
- B) 10–15 soniya
- C) 30–40 soniya*
- D) 2–3 daqiqa

7. Absanslar qanday xarakterlanadi?

- A) Uzoq davom etuvchi koma bilan
- B) Qisqa muddatli ongning yo'qolishi bilan*
- C) Faqat mushaklarning tonik qisqarishi bilan
- D) Kuchli og'riq sezilishi bilan

8. Epileptik status deb qaysi holatga aytiladi?

- A) Bir martalik qisqa tutqanoq
- B) Aura bilan kechuvchi tutqanoq
- C) Ketma-ket tutqanoqlar ong tiklanmasdan davom etishi*
- D) Faqat kichik talvasalar kuzatilishi

9. Jekson tutqanoqlarida epileptogen o'choq qayerda joylashadi?

- A) Miya poyasida
- B) Tapa sohasida
- C) Oldingi markaziy izda*
- D) Chakka sohasida

10. Tutqanoq vaqtida hamshiraning birinchi harakati nima bo'lishi kerak?

- A) Bemorni o'tirg'izish
- B) Og'ziga suv quyish
- C) Shifokorni chaqirish va bemorni xavfsiz holatga keltirish*
- D) Bemorni mahkam bog'lab qo'yish

Interaktiv usullar:

“Aqliy hujum” usuli. Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bi ro‘quvchi o‘zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o‘rinli yoki noo‘rin bo‘lishi mumkin, ammo, o‘qituvchi ham qolgan o‘quvchilar ham javob bergan o‘quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O‘qituvchining yordamchisi doskaga yoki flepkartaga har bir o‘quvchining javobini yozib boradi. Har bir o‘quvchi uning berayotgan javobini tinglamoqlari lozim.
- Qanchalik ko‘p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo‘ladi.
- Bu usulda dars o‘tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu mavzuga oid o‘quvchilarning mulohazalarini to‘plash imkoniyatiga ega bo‘lamiz.
- Har qanday javoblar usul so‘ngida muhokama qilinadi.

Mozaika” – ish o‘yinini o‘tkazish usuli.

Bunda tinglovchilar guruhlariga bo‘linadilar. Mavzuga oid rasmlar konvertga joylashtiriladi. Har bir guruhdan tinglovchi konverttanlab, ichidagi rasmlarni ma’lum vaqt ichida to‘g‘ri joylashtirib berishlari shart.

So‘ngra o‘qituvchi to‘g‘ri javobni doskada ko‘rsatadi. Birinchi va to‘g‘ri javob bergan guruh baholandi.

2.7 modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 12.	Aqli zaiflik va xromomsom kasalliklarda hamshiralik parvarishi. 2.7.1 Oligofreniyaning sabablari, turlari, darajalari (2 kredit) 2.7.2 Oligofreniyaning klinik kechishi, zamonaviy tashhisot usullari (2kredit)
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi	1.Oligofreniya haqida tushuncha 2.Oligofreniyalarning tasnifi 3.Fenilketonuriya haqida tushuncha.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi

<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ruyxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib koidalari rioya qilishni tasdiklovchi tilxat oladi, yangiliklar yeshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv magulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni utkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib O'yin koidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimatsion bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish haqida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yullab javob oladilar. "Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . 1. O'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>P.K “Psixiatriya” Toshkent-2018 (elektron darslik)</p> <p>2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma)</p> <p>3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma)</p> <p>4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil</p> <p>5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011</p> <p>6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma</p> <p>7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025</p>	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Oligofreniya sabablari, turlari va tasnifi. Oligofreniyaning kelib chiqishida endogen va ekzogen faktorlar: embrio va fetopatiyalar, tug‘ruq shikastlari, MNS kasalliklarining roli xaqida tinglovchilarga bilim berish.</p> <p>Daun kasalligining sabablari, klinik manzarasi, bemorning tashqi ko‘rinishi, aql zaiflik darajalarini aniqlashga yordam berish.</p> <p>Fenilketonuriya, galaktozemiya, toksoplazmoz natijasida kelib chikkan oligofreniya, tug‘ma zaxmdagi oligofreniya, gidrotsefaliya, endemik kretinizmda bemorlarni kuzatish va parvarishlashning uziga xosligi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi bilishi kerak:</p> <p>Aqliy zaiflik darajalari: idiotiya, imbesillik va debillik darajasi farqlashni. Xromosom kasalliklar: Klaynfelter, Shereshevskiy—Terner sindromlari sabablari, kechishi, aniqlash usullarini, bemorlarni parvarish qilishni. Oligofreniya kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlarini. Oligofreniya kasalligi bor bemorlarning ijtimoiy moslashuvida hamshira ishtirokini.</p>
--	--

O'qitish metodlari	“Baxs-munozara”, “aqliy hujum”, “qopdagi mushuk”, “akvarium”, “Issiq kartoshka” usuli “Kichik guruxlarda ishlash”
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, videofilmlar, chizma, nazorat varag'i, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o'quv xona.
Qayta a'loqaning usul va vositalari.	O'g'zaki so'rov, tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Oligofreniyaning sabablari, turlari, darajalari. Oligofreniyaning klinik kechishi, zamonaviy tashhisot usullari

Reja:

1. Oligofreniya haqida tushuncha
2. Oligofreniyalarning tasnifi
3. Fenilketonuriya haqida tushuncha.

Oligofreniya – bu tug'ma yoki erta ortirilgan aqliy zaiflik bulib, intellekt to'liq bo'lmagan xolda ruxiyatni butunligini orqada qolishi yoki rivojlanmay qolishidan iborat. Oligofreniyalarga klinika bo'yicha bir turdagi, lekin etiologiya buyicha xar xil va ikkita majburiy belgilar bilan birlashgan kasalliklar kiradilar.

Belgillarga quyidagilar kirishadi:

1. Ruxiy rivojlanmasligi yoki ruxiy orkada kolishi;
2. Progredientlikni yoki kechish darajasini yukligi.

VOZ ekspertlarining kursatmalari buyicha oligofreniya butun yer shari xalk orasida 2,5-3,5%ni tashkil etadi. Shundan 5% eng ogir darajali – idiotiya tashkil etadi. Akl zaiflikni uchta darajasi ajratiladi, shu darajalar IQ (akliy zaiflik koeffitsient) buyicha xisoblanadi:

akliy yosh

$$IQ = \frac{\text{akliy yosh}}{\text{biologik yosh}} \cdot 100$$

biologik yosh

IQ 20dan oz bo'lsa idiotiyaga mos keladi

IQ 20 – 50 bo'lsa imbetsillikga mos keladi

IQ 50 – 70 bo'lsa debillikga mos keladi

IQ 70 – 90 bo'lsa chegaralangan akliy orkada kolishi deb xisoblanadi.

Etiologiya va patogenez xakida zamonaviy tushunchalari:

Oligofreniyalarni rivojlanishida ikkita faktor rol uynashadi:

1. Endogen faktorlar (irsiy); Bu faktorni asosiy rolni o'ynaganini monozigot egizaklarning konkordantligi ko'rsatadi.

36,1 % oligofreniyali bemorlarda ota-onasi ikkalasi yoki bittasi ogrigan buladi.

Ota-onasi ikkalasi akliy zaiflik bilan ogrisa bu insonlarda kasal bolani tugilishi 42,1% ni tashkil etadi.

Ota-onasidan bittasi ogrisa 19,9 % tashkil etadi.

Endogen faktorlar ikkita guruxga bulinadilar:

1. Xromosom abberatsiyalar. Bunga asoslashgan oligofreniyalar 20% tashkil etisha-

di. Bulardan 10-12% Daun kasallikka kiradi.

2. Dizmetabolik buzilishlar bilan chakirilgan ligofreniyalar (fenilketonuriya).

3. Poligen-determirlashgan buzilishlar. Bu yerda asosiy rolni tugma organ va sistemalarni defekti.

Ekzogen faktorlar:

1. Xomila rivojlanishida ta'sir kilgan faktorlar.

Ulargan kuyidagilar kirishadi: surunkli alkogolizm, ichki sekretiya bezlarining

dizfunksiyasi, yukumli, virusli kasalliklar (kizamik), gormonal buzilishlar, AVO va Rh faktor buyicha ona bilan bolani konini immunologik mos kelmasligi.

2. Perinatal faktorlar (tugruk paytidagi shikastlanish va asfiksiyalar).

3. postnatal faktorlar. Bulardan intrakranialli yukumliklar (meningitlar va ensefalitlar).

Oligofreniyalarning tasnifi:

I. Endogen tabiatli oligofreniyalar

1. Daun kasalligi va boshka xromosoma abberatsiyasiga boglik kasalliklar.

2. Chin mikrotsefaliya

3. Turli modda almashuvi buzilishi bilan kechuvchi enzimopatik shakldagi oligofreniyadar.

4. Teri va teri rivojlanish buzilishi natijasidagi oligofreniyani klinik shakl.

II. Embrio- va fetopatiyalar :

1. Onaning xomilador paytida utkan kizamikka asoslangan oligofreniya.

2. Virusli yukumliklarga (gripp, parotit, yukumli gepatit, sitomegaliya) asoslangan oligofreniya.

3. Listerioz va toksoplazmozga asoslangan oligofreniyalar.

4. Onada gormonal buzilish va toksik faktorlar faoliyatiga asoslangan oligofreniyaning klinik shakllari.

III. Tugruk paytida va ilk bolalik davrida turli zarar bilan boglangan oligofreniyalar:

1. Tugruk shikastlanishlar va asfiksiyalarga asoslangan oligofreniyalar.

2. Ilk davrida MAS shikastlanish natijasida kelib chikkan oligofreniyalar.

3. Ilk bolalik davridagi meningit va ensefalitlarning natijasida kelib chikkan oligofreniyalar.

IV. Atipik va asoratlangan oligofreniyaning shakllari:

Bu turdagi oligofreniyalar endokrin buzilishlarda, kraniostenoz, bosh miya rivojlanish defektlarda uchraydi.

Klinika :

Daun kasalligi: (ingliz vrachi Daun tomonidan 1864 yilda yozilgan). Daun kasallikda 21 xromosomada oshikcha xromosoma buladi, ya'ni trisomiya kuzatiladi. Xar 912 bolaga bitta kasal bola tugiladi. Bemorning tashki kurinishi: buyi past, tanaga nisbatan kuloyoklar kalta, barmoklar kalta, katta barmok past joylashgan, yuzi dumalok, kuzlari kiyshik, epikant (uchinchi kovok) bor, burni kalta, ezilgan, yalpok, notugri, kingir usgan tishlar, yukori jagi tulik rivojlanmagan, tili semiz, kalin kundalang kupol surgichli buladi, kuloklari kichkina, alta, deformatsiyalashgan, teri tulaydigan buladi, ikkala beti kizargan, jinsiy a'zolar yetarli rivojlanmagan, kaftida atipik burmalar, mushaklarning gipotonyasi kuzatiladi. Kuprok tugma yurak nuksonlari uchraydi. Akl zaiflikning darajalari:

70%da imbetsillik 25%da idiotiya 5%da debillik kuzatiladi.

Chin mikrotsefaliya (soni 1:250 minga) Tashki kurinishlari: kalla suyagi kichkina,

bosh miya kismi rivojlanmagan, peshona kichkina, kovok ustidagi burmalari uta rivojlangan, kichkina kalla suyagi bilan normal tana orasidagi disproporsiya kuzatiladi. Xissiy sferada chukur akliy rivojlanmasligiga karamay bunday bemorlarda yaxshi va yomon vokealarga adekvat ta'siri buladi. Mikrotsefaliyaning torpidli va eretik turlari ajratiladi.

Fenilketonuriya – bu MASning irsiy akliy zaiflik kasalligi bulib, xayotning boshlangich 2-3 yillarda progressiv kechadi. Ruxiy yetishmovchilik konda fenilalanin oshib ketishi yoki bosh miya oralik maxsulotlari ta'sirida rivojlanadilar. Shular bilan birga tirozin, melanin va katexolaminlarning sintezini tulik bulmasligi va triptofan sintezida buzilish ta'sirida albi nizm, xidli ter ajratish (sichkon xidiga uxshash), motorikani orkada kolishi, mushaklarning gipertonyasi, pay reflekslarning giperkinezi, kul barmoklarni kaltirashi, ataksiya kuzatiladi. 30% bemorlarda talvasali tutkanoklar kuzatiladi. Bu xolatda akliy zaiflik darajalari kuyidagicha uchrashadi:

68% idiotiya

31,8% imbetsillik

3,2% debillik

Galaktozemiya – uglevod almashuvi buzilishida kelib chikkan oligofreniya. Bunda

retsessiv turdagi kechuvchi fermentativ faoliyatni irsiy defekti kuzatiladi. Siydikda, likvorda, konda galaktoza tuplanadi.

Rubeolyar embriopatiya – xomiladorlikning turtinchi xaftadan boshlab to oxirgixaftasigacha kizamikning ta'sirida kelib chikkan oligofreniya. Kupincha bu

bolalarda katarakta, kardiomiopatiya, mikrotsefaliya psixomotor kuzgolish, mushaklarning gipotoniyasi, pay reflekslarning, yutish refleksi buzilishi kuzatiladi.

Toksoplazmoz natijasida kelib chikkan oligofreniya.

Ona erta toksoplazmoz bilan zararlansa bola nobud buladi, xomiladorlik oxirida ona zararlansa bolada oligofreniya kelib chikadi. Klinikasi turtida simptom va ruxiy defektlardan iborat buladi:

1. Kuzdagi buzilishlar: xorioretinit, katarakta, mikrooftalmiya;
2. Miya ichidagi oxaklanishi;
3. Gidrotsefaliya;
4. Talvasali tutkanoklar

Turli displaziyalar xarakterli: kalla suyagining deformatsiyasi, yuz skeletining

asimmetriyasi, tishlarni notugri tuzilishi. kupincha jigar, upka ozob chekadilar. Aql zaiflik natijasi imbetsillik va idiotiya darajasiga yetadilar.

Tugma zaxmdagi oligofreniya – bola transplatsentar yuli bilan zararlanadi. Kupincha epilepsimon, psixopatosimon va astenik buzilishlar, Orgayel-Robertson simptomi kuzatiladi: kuz korachoklarning yoruglikka reaksiyasini yukolib yetishi, akkomodatsiya va konvergensiya saklangan xolda, pay reflekslarni yukolib ketishi. Bulardan tashkari keratit, otit, jigar sirrozi, periostit va osteofitlar, displaziyalar, tishlarning deformatsiyalari (Getchington tishlar), tirnoklarning kiyshikligi, kilichsimon boldirlar. Vasserman va Lange kolloidli reaksiyalarini musbatligi.

Postnatal zararlanishlar bilan boglangan oligofreniyalar .

Sabablari: tugruk shikastlanishlar, bosh miya pustlogining zararlanishi, asfiksiya. Bunda bemorlarda MAS shikastlanish simptomlari bilan birga kupol darajada ichki a'zolarining buzilishi kuzatiladi. Bemorlar uta tez charchashadilar, doim kuchli darajadagi bosh ogriklar bezovta kiladi. Akliy zaiflik yengil darajadagi debillikdan to idiotik darajagacha yetadi. Mexanik xotirani pasayish natijasida bemorlar oddiy narsalarni xam tushinmaydilar, uta ozib ketishadi, MAS organik shikastlanish belgilari xam kuzatiladi.

Oligofreniyaning atipik shakllari

Gidrotsefaliya – sabablari turlicha bulib, akliy zaiflik yengil darajadagi debillikdan to didotikgacha buladi. Bu bolalarda xotira, sanash, ajratish, nutk tafakkurga nisbatan yaxshi rivojlanganlar. Mexanik xotirani yaxshi rivojlanganligi uchun suz zapaslari boy buladi.

Bemorning tashki kurinishlari: peshona kismi chikkan, kalla suyagi katta, likildoklar anchagacha bitmaydilar, shishib turadilar, terisi yupka, tomirlar kurinib turadi. Kup bolalarda parez, paralichlar, koordinatsiya buzilishlari, kuruv asabning atrofiyasi kuzatiladi.

Endemik kretinizm – tashki muxitda va suvda yod tankisligi natijasida kelib chikadi. Bemorning tashki kurinishi: ruxiy protsesslari orkada koladi, kayfiyatning uzgarishlari, tana tuzilish disproporsiyasi va past buyni, barmok va tovonlari keng bulishadi, lordoz kuzatiladi. Jinsiy rivojlanishi orkada koladi, ossifikatsiya protsesslari buziladi: suyaklarning usishi orkada kolishi, tor peshona, yalpok burun, tishlari sekin chikishadi, kulok kingir, soch, kiprik, koshlari siyrak bulishadi.

Miksedematoz simptomokompleks: teri shishgan, kattik, kuruk. Yuzida va buynida doimiy shish kuzatiladi.

Bolalardagi xilma-xil ruhiy-nevrologik o'zgarishlar ichida tug'ma aqli zaiflik oligofreniya (grekchadan—oligofrenus, aqli kamlik zaiflik: oligo — kam, frenus — aql). «Oligofreniya» atamasi birinchi marta nemis ruhshunosi Krepelin tomonidan 1915 yildataqlif etilgan. «Oligofreniya» (tug'ma aql zaifligi) tushunchasini «demensiya» (bosh miya jarohati, ensefalit, tutqanoq kabi kasalliklar tufayli orttirilgan aqli zaiflik) tushunchasi bilan aralashtirib yubormaslik zarur. Oligofreniyada zehning pastligi (ba'zi hollarda nafaqat ruhiy yetishmovchilik, balki umuman tana a'zolarining yaxshi rivojlanmaganligi) bolalikda qayd etiladi, demensiyada bemorlar oldin mavjud bo'lgan zehndan maxrum bo'ladilar.

Aqli zaiflik darajasi

Oligofreniyada 3 ta: idiotiya, imbetsillik va debillik darajasi farqlanadi. Idiotiya—eng chuqur aqli zaiflik darajasidir. Nutqning va fikrlashning butunlay rivojlanmasligi bilan tavsiflanadi. Bemorlar tushunarsiz tovushlar chiqaradilar, atrofdagilarga befarq bo'ladilar, odatda, ètganlarida ko'rpachaga siyib qo'yadilar va ichini tutolmaydilar. Qo'zg'olishlari juda oddiy shartsiz reflekslar doirasida bo'ladi. Bemorlar har zamonda betartib èki bir turda harakat qiladilar, ularda darg'azablik, bema'ni qiliqlar qilish, kulgiga moyillik kuzatiladi. Buiday bolalar asosan og'ir jismoniy yetishmovchilik bilan tug'iladi. Aqli zaiflik tufayli ular atrof-muhitda mo'ljal olmaydilar, o'z ota-onalarini tanimaidilar, ularga nisbatan hech qanday qiziqish namoèn qilmaydilar.

Idiotiyaning 2 ta turi farqlanadi: eretik va torpid. Oligofreniyaning eretik idiotiya turiga muhtalo bo'lganlar doim xayajonlangan, darg'azab, baqiroq bo'ladilar. Torpid turida ular, aksincha, tormozlangan bo'lib, deyarli doim uyquda bo'ladi. Tashqi ta'sirga lanj, sust javob beradilar. Bemorlarni birorta hunarga o'rgatish muvaffaqiyatsizlik bilan tugaydi. Imbetsillik—o'rtacha darajadagi aqli zaiflik hisoblanadi. Bu ko'rinishda nutq èmon rivojlangan bo'ladi: fikrlash juda siyrak bo'libo' so'z boyligi 20—30 tadan 200—300 ta gacha so'zni tashqil etadi. Bemorlarda fikrlash qobiliyati oddiy va aniqligi bilan ajralib turadi. Imbetsil bemorlar ko'pi bilan bir necha raqamlar atrofida hisob-kitob qilishni o'rganib olishlari mumkin. Ular ma'lum amaliy ko'nikmalarni egallashlari, idish-tovoq yuvish, xonani tozalash, kir yuvish, mustaqil ovqatlanishi, qiyinishlari mumkin, lekin bularning hammasini e'tiborsizlik bilan qilishadi, ularga bir necha bor eslatib turish kerak bo'ladi, gohida, masalan, chap va o'ng tomonlarini unutib qo'yadilar, tugmalarini noto'g'ri taqib qo'yadilar. Tashki vaziyatning va sharoitning o'zgarishi imbetsil bemorlarda sarosimalik va noilojlikni keltirib chiqaradi. Lekin ularning hissièti idiotiyaga nisbatan rivojlangan bo'ladi. Imbetsillar o'z karindoshlarini taniydilar, ularga mehribon bo'ladilar, qo'rquv nimaligini biladilar, ular asotsial harakatlarga moyil bo'lishlari, odamlarga, jismoniy zaif bolalarga, qarindoshlarga nisbatan tajovo'zkor bo'lishlari mumkin.

Debillik—oligofreniyaning yengil ko'rinishi. Debillar yetarlicha so'z boyligiga ega bo'ladilar, ular maxsus èrdamchi maktablarni èki boshlang'ich sinflarni tamomlashlari, o'qish, èzishni o'rganishlari mumkin. Lekin ularning fikrida aniqliq bir turlilik, kam unumlilik ustun bo'ladi: abstrakt fikrlash èmon rivojlangan

bo'ladi, bu esa maqollarning mazmunini tushuntirib beraётganlarida, tushunchalarni umumlashtirishda, bosh bo'laklarni ikqilamchi bo'laklardan ajratishda namoèn bo'ladi. Shunday bo'lsa ham debillarning nutqi imbetsillarning nutqiga nisbatan yuqori darajada rivojlangan bo'ladi. Ular mustaqil haёт kechirishlari, ma'lum bir kasbni egallashlari, oilali bo'lishlari mumkin. Ba'zi hollarda debillarda zexnning pastligi o'z-o'zidan eslab qolish va ko'r-ko'rona taqlid qilishga moyillik bilan qoplanadi. Ularda tanqidiy qobiliyatning pasayishi munosabati bilan mustahkam va bema'ni patologik ishonch, sudlashuvchilik kabi xususiyatlarga olib keluvchi dardchil qat'iylik kuzatilishi mumkin. Aqli zaiflik darajasiga qarab yaqqol rivojlangan, o'rta va yengil debillik farqlanadi. Oxirgisi me'èr zehn chegarasida aniqlanib, uni aniqlash vrachdan katta tajriba, yuqori malaka talab qiladi. Sog'lom aqli zaifligi deb nomlanadigan holatni aniqlash yana ham katta qiyinchilik tug'diradi. Bu zexni pastlikning yengil turidir. Bunda bir xillik, mulohazadagi yanglishish, atrofdagi voqealarni anglash qobiliyati bo'lmasligi, takabburlik, ezmalik, kam ma'lum bo'lgan mavzular haqida muloxaza yuritish, nutqida tushunarsiz iboralarni qo'llash kayd qilinadi.

Oligofreniya turlari

Tug'ma aqli zaiflik turlicha klinik alomatlar ko'rinishida namoèn bo'ladi va turli xil etologiya va patogenez bilan harakterlanadi. Shuning uchun oligofreniyaning turlari ko'pchilik belgilarga: klinik, ruhiy, morfologik, fiziologik va boshqa belgilarga asoslanadi. Bizning fikrimizcha, oligofreniyaning asosida uni keltirib chiqaruvchi sabablar ètgan turi eng ma'kuldir.

Oligofreniya kasalligi mustaqil nozologik birlik hisoblanadi. Unga irsiy tuzilishning o'zgarishi va asosan gen mo'tatsiyalari natijasida kelib chiqadigan o'zgarishlar sabab bo'ladi. Oligofreniyaning shunday turi borki, u irsiy omillar bilan bog'lik bo'lib, ular gen patologiyasidan yuzaga kelgani kabi, xromosomalar patologiyasi hamdir. Birinchisiga: mikrotsefaliya, fenilketonuriya, galaktoze mi ya va boshqalar misol bo'ladi. Mikrotsefaliya—bosh suyagi choklarining barvaqt bitishi tavsiflidir. Bosh suyagining kichik ulchamlari (kichkina bosh) rivojlanishining kechiqishi bilan bog'lanadi. Mikrotsefallarning peshona bo'lagi kam rivojlangan, katta yarim sharlar pustlogidagi egatchalar noaniq bo'ladi. Tashki ko'rinishidan shuni bilish mumkinki, bosh suyagining yuz qismi miya qismidan ustunrok bo'ladi. Mikrotsefallarning zshni past, aqli zaifligi idiotiya èki imbetsillik darajasida bo'ladi.

Fenilketoiuriyada oligofreniyaning enzimopatiya turlaridan biri yuzaga keladi. U fermentlar yetishmovchiligidan kelib chiqadigan modda almashinuviining irsiy o'zgarishlariga asoslanadi. Kasallik 3—8 oylikda sochning, ko'z donador pardasining rangsizlanishi (melanin yetishmovchiligidan bemorlarda soch va term rangsiz, ko'z ko'kimtir bo'ladi), siydik va teriga xos x.id, ekssudativ diatez bilan boshlanadi. Kasallik etiologiyasi jigarda hosil bo'luvchi oksidlovchi ferment—fenil nilalanigidroksilaza faolligining pasayishi tufayli fenilalaninning tirozinga aylapishining buzilishi bilan bog'lik. Shuning uchun bemorlarga xaётining 1-oyidan boshlab, 5—8 yil davomida fenilalanini bo'lmagan maxsus parhez buyuriladi. Bolaning ovqatidan go'sht, baliq, tuxum, non, pechene, qo'ziqorin, èng'oq pishloq umuman chiqarib tashlanadi. Parhezda uglevodlar, èg'lar bo'lishi va xilma-xil

meva-sabzavotlardan tashqil topishi kerak. Iloji boricha ona suti bilan boqishni davom ettirish kerak. Ko‘rsatilgan parhez bilan davolash zehn pasayishining oldini oladi. Davolanmagan hollarda aqli zaiflik juda chuqurlashib ketadi. Ushbu kasallik tashxisi bola haëtining 1-kunlarida konda fenilalaninning ko‘payib ketishi (1—2% o‘rniga 60% gacha ortishi) ga va fellii reaksiyasining musbatligi (siydik rangining bir necha tomchi temir xlorid kushilganda yashil rangga kirishi)ga asoslanadi. Tanada galaktozami parchalovchi ferment yetishmovchiligi tufayli galaktozemiya yuzaga keladi. Bunda aqli zaiflik chuqurlashgan bo‘ladi. Uning oldini olish uchun tarkibida galaktoza bo‘lmagan parhez tavsiya etiladi. Qalqonsimon bez faoliyatining yetishmovchiligi tufayli erta orttirilgan gormonal metabolizmning buzilishi natijasida kretinizm yuzaga keladi. Bemorlar asosan aqli past, badanlari yaxshi rivojlanmagan, past buyli bo‘ladilar, qo‘l-oëqlari kalta, terisi yupqa, quruq bo‘ladi. Ularda arterial gipotoniya, bradikardiya, ichak atoniyasi kuzatiladi. Kretinizm kqalqonsimon bez gormonlari bilan davolanadi. Xromosom kasalligiga xromosomalar soniniig o‘zgarishi sabab bo‘lib, ko‘pincha oligofreniya sindromlari bilan birga yuz beradi. Xromosomalar sonining o‘zgarishi autosomalarga ham (Daun kasalligi), jinsiy xromosomalar soniga ham (Klaynfelter, Shereshevskiy—Terner sindromlari) bog‘liq Daun kasalligi—21-juft autosomalarning trisomiya (ortiqcha xromosoma) oqibatida yuzaga keladi. Daun sindromining ko‘pincha 40 èshdan oshgan onadan tug‘ilgan bolalarda paydo bo‘lishi aniqlangan. «Pekin bunday bolalar èsh aëllardan ham tug‘ilishi mumkin.

Daun kasalligining klinik manzarasi o‘ziga xos tashqi ko‘rinishga ega bo‘ladi: ko‘zlarning epikantus bilan g‘ilay joylashuvi, til chuqur egatli va katta;tishlar siyraq mayda, burun kichkina, puchuq, yuqori lab kalin, yuz qizil, bosh ulchamlari kichraygan, ensa qismi silliklashgan, barmoklari kalta va yo‘g‘on bo‘ladi. Bemorlarda o‘rta darajada aqli zaiflik (imbetsilliq debillik) rivojlangan bo‘ladi. Davolash miya metabolizmini kuchaytiruvchi, umumiy kuchlantiruvchi moddalar bilan olib boriladi. Klaynfelter sindromi uchun X polisomiyasi ko‘rinishidagi jinsiy xromosomalarning o‘zgarishi xosdir. Bu kasallik faqat erkaklarda uchraydi. Bunda ularning xujayralarida odatdagi

Nazorat savollari:

1. Oligofreniya darajalarini aniqlash.
2. Aqli zaiflikni I darajasi.
3. Aqli zaiflikni II darajasi.
4. Aqli zaiflikni III darajasi.
5. Hamshiralik parvarishi.

Vaziyatli masalalar

Aqli zaiflik xolatlari(oligofreniya)

1. Bemor K 17 yosh ko‘p bolali oilada 5-chi farzand bulib tugilgan. Otasi spirtli ichimliklar iste‘mol kiladi. 2 yoshdan yurgan va 4 yoshdan gapirgan. Yozish

va gapirishni bilmaydi, konkret fikrlaydi, maqol va masallarni tushinmaydi, gaplari tushunarsiz. Uyda xech kandy ish bilan band emas, onasi erdamida kiyinadi.

1. Sindromal tashxis
2. Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi sizning tulik taxminiy tashxisingiz
3. Asosiy tekshirish usullari

2. Bemor S, 42 yosh. Uzoq vaqt mobaynida epileptik kasallik bilan kasal, 2-gurux nogironi, kushnisining tanbexidan sung jaxldor, g'azabli, sal narsaga jaxli chikadi, kushnisini urib , kulini sindirdi. Bu xolatini kushnisi xafa kilganligi uchun shunday kilganligini aytdi.

1. Sindromal tashxis
2. Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi
3. Sizning tulik taxminiy tashxisingiz
4. Asosiy tekshirish usullari
5. Bu sindromni simptomlarini sanab bering

Test savollari

1. Oligofreniya uchun xos sindrom

- 1.kursatilganlarning xammasi xos emas
- 2.vasvasa
- 3.gallyutsinator
- 4.disforik
- 5.eyforik

2. Oligofreniya darajalari

1. imbetsillik
2. shizofreniya
3. MDP
4. kritinizm
5. barchasi tugri

3. Idiotiya bu

1. chukur akli pastlik
2. urta darajadagi psixik rivojlanmaslik
3. yengil psixik rivojlanmaslik
4. barchasi tugri
5. barchasi notugri

4. Debillik bu

1. yengil psixik rivojlanmaslik
- 2.chukur akli pastlik
- 3.urta darajadagi psixik rivojlanmaslik
- 4.barchasi tugri

5. barchasi notugri

5. Oligofreniyaning xromosom kasalliklarda uchrashi

1. Daun, Shereshevskiy Turner
2. tugma sifilis
3. mikrotsefaliya
4. toksaplazmoz
5. gidrotsefaliya

6. Idiotiya formalari

1. eretik va torpid
2. utkir
3. ogir
4. yengil
5. barchasi notugri

7. Imbetsillikda suzlar tuplami

1. 200- 300 ta
2. 1000 ta
3. 100 ta
4. 20 ta
5. barchasi tugri

8. Daun kasalligining psixik kurinishi

1. imbetsillik, debillik
2. kuzlari kuk
3. o'ek kullari kalta
4. barchasi notugri
5. barchasi tugri

9. Pedofiliya bu:

1. O'z jinsdagi kishiga jinsiy mayl qoyish
2. G'o'daklarga jinsiy mayl qo'yish*
3. Jinsiy aloqa qiladigan kishisining tanasini og'ritib, jinsiy hissini qondirish
4. Hayvonlarga nisbatan jinsiy qiziquvchanlik

10. Zoogiliya-bu:

1. O'z jinsdagi kishiga jinsiy mayl qoyish
2. G'o'daklarga jinsiy mayl qo'yish
3. Jinsiy aloqa qiladigan kishisining tanasini og'ritib, jinsiy hissini qondirish
4. Hayvonlarga nisbatan jinsiy qiziquvchanlik*

Interaktiv usullar

«Qopdagi mushuk usuli»

O'qituvchi talabalar uchun mavzu buyicha savollar tayyorlaydi. Dars vaktida talaba ro'yxat buyicha kopdan savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka kilib tayyorlangan buladi.

Talabalar kartochkalarni tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach konsultantlar ballar mikdorini e'lon kiladi va eng zo'rlarining ballarini aytadi.

“Akvarium” usuli.

Akvariumga baliqchalar joylashtiriladi. O'tilgan mavzu bo'yicha savollar stikkerga yoziladi va ularga yopishtiriladi. Tinglovchilar bittadan baliqchani olishadi va unga yozilgan savolga javob berishadi.

2.7 modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 12.	Aqli zaiflik va xromosom kasalliklarda hamshiralik parvarishi. 2.7.4 Xromosom kasalliklar sabablari, turlari, linik ko'rinishi (2 kredit)
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi	1. Xromosom kasalliklar: Klaynfelter, Shereshevskiy— Terner sindromlari sabablari. 2. Klaynfelter, Shereshevskiy—Terner sindromlari kechishi, aniqlash usullari, bemorlarni parvarish qilish.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqqa	Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ruyxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi,ichki tartib koidalariga rioya kilishni tasdiklovchi tilxat oladi, yangiliklar yeshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv magulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni utkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun ko'llaniladigan usullarni aytib O'yin koidalirini tushintiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar.Yangi

<p>tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>O'qish"usulida tushuntiriladi.Tinglovlovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi,reanimatsion bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yullab javob oladilar."Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa O'qib kelish. Xromosom kasalliklar sabablari, turlari, klinik ko'rinishi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab kasalliklari propevtikasi" 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova "Psixiatriya" Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov "Asab va ruhiy kasalliklar" 2013-yil o'quv qo'llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova "Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik 	<p>Tinglaydilar,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Daun kasalligining sabablari, klinik manzarasi, bemorning tashqi ko‘rinishi, aql zaiflik darajalarini aniqlashga yordam berish.</p> <p>Fenilketonuriya, galaktozemiya, toksoplazmoz natijasida kelib chikkan oligofreniya, tug‘ma zaxmdagi oligofreniya, gidrotsefaliya, endemik kretinizmda bemorlarni kuzatish va parvarishlashning uziga xosligi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi bilishi kerak: Xromosom kasalliklar: Klaynfelter, Shereshevskiy—Turner sindromlari sabablari, kechishi, aniqlash usullarini, bemorlarni parvarish qilishni. Oligofreniya kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni parvarish qilish xususiyatlarini. Oligofreniya kasalligi bor bemorlarning ijtimoiy moslashuvida hamshira ishtirokini</p>
O’qitish metodlari	“Baxs-munozara”, ”aqliy hujum”, ”qopdagi mushuk”, ”akvarium”, ”Issiq kartoshka” usuli “Kichik guruxlarda ishlash”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofilmlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o’quv xona.
Qayta a’loqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov, yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Xromosom kasalliklar sabablari, turlari, klinik ko‘rinishi

Reja:

3. Xromosom kasalliklar: Klaynfelter, Shereshevskiy—Turner sindromlari sabablari.
4. Klaynfelter, Shereshevskiy—Turner sindromlari kechishi, aniqlash usullari, bemorlarni parvarish qilish.

XY xromosomalardan qari, ortiqcha X xromosoma paydo bo'ladi. Ular soni 1 ta, 2 ta va undan ko'p bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarda baland bo'y, o'zun qo'l-o'eqqlar, yevnuxoidizm, past zehn, odatda, bepustlik kuzatiladi. Lekin aqli zaiflik darajasi ortiqcha X xromosomalar soniga bog'lik emas. Avlodida 5 ta ortiqcha X xromosomasi bor kishilar hamda 1 ta ortiqcha X xromosomasi bo'lib, chuqur aqli zaif kishilar ham kuzatiladi.

Shereshevskiy—Terner sindromi X monosomiyasi oqibatida yuzaga keladi. Faqat aëllarda uchraydi. Bu sindromda bemorlar hujayrasida insonlarga xos 46 ta X xromosoma o'rniga 45 ta xromosoma bo'ladi. Bunday kasallik bilan og'rgan aëllarda jinsiy rivojlanish sekin boradi, ularga past buylik xosdir. Oligofreniyaning ko'rsatilgan turlari irsiy tabiatga ega. Bundan tashqari, ekzogen kelib chiqqan oligofreniyalar ham farqlanadi, ularning ichida embrional rivojlanish davrida tanaga ta'sir qiluvchi zararli omillar (ota-onada alkogolizm kasalligi, toksoplazmoz, onaning virusli kasalliklari, kizilcha, surunkali infeksiya va b.) natijasida yuzaga keladigan oligofreniyalar tez-tez uchraydi. Bunda aqli zaiflik darajasi turlicha: yengil debillikdan to idiotiyagacha bo'lishi mumkin. Rezusga moe kelmaslikda aqli zaiflik ona qoni antigeni bilan bolaning antigeni mos kelmasligi oqibatida yuzaga keladi. Bu holda bolalarda aqli zaiflikdan tashqari, po'stloq osti hosilasining shikastlanishi va karlik bilan birga ekstrapiramid o'zgarishlar ham yuz beradi. Terapevtik maqsadda bola tug'ilishi bilan konni almashtirish kerak.

Bola tug'ilishidagi jarohatlar èki ilk èshdagi boshdan kechirilgan kasalliklar natijasida yuzaga keladigan oligofreniyalar ham ekzogen xususiyatga ega. Ular tug'ilishi bilan èki xaëtining 1-oylarida seziladi. Bunday yuzaga kelgan oligofreniyalarga nevrologik belgilar: astenizatsiya, affektiv o'zgarishlar, kuchli qo'zg'aluvchanlik èki eyforiya bilan boradigan psixorganik sindromlar xosdir. Ko'pincha oligofreniyalarga gidrotsefaliya sabab bo'ladi. Ularning sababi bosh miyaning yallig'lanish kasalliklari hamda rezus-kelishmovchilik ham bo'lishi mumkin. Bu turida bolaning boshi kattalashgan, ba'zida suyak choklarining ajralishi, nevrologik belgilar bo'ladi. Ba'zi bemorlarda nutq yaxshi rivojlangan, mexanik va musiqiy xotira borligi kuzatiladi. Davolash uchun suvsizlantirish usuli qo'llaniladi. Bemorlarga amaliy, agar iloji bo'lsa, kasb ko'nikmalarini o'rgatish zarur.

Farqlash tashxisi. Telbalik darajasidagi aqli zaiflikni turli yo'qlar bilan kelib chiqqan zexni pastlik turlari bilan differensiallashga to'g'ri keladi. Zehn rivojlanishining sekinlashuvi pedagogik va ijtimoiy karovsizlik tufayli bo'lishi mumkin. Ammo bu holda bolalar ishda tashabbuskor va mustaqil bo'ladilar, ularda tushunchalarni anglash qobiliyati bo'ladi, har biri bilan alohida shug'ullanilsa, yangi ma'lumotlarni tez o'zlashtirib oladilar. To'g'ri usulda ish olib borilsa, bilimning zarur bosqichini tezda tiklab olish mumkin. Zehni pastlik somatik surunkali kasalliklar bilan og'rgan bemorlarda ham uchraydi. Bunday bolalar astenizatsiyalashgan, beparvo, tez charchaydigan, o'z tengdoshlaridan orqada qoladigan bo'ladilar. Lekin doimiy nazoratda maqollarning mazmunini, o'qigan hikoyani aytib bera oladilar, tushunchalarni umumlashtira oladilar. Somatik holatni yaxshilovchi maxsus terapevtik va sanitariya-gigienik choralar o'qish qobiliyatini tiklashi mumkin. Bundan tashqari, bolalarni sog'lomlashtirish oromgohlariga,

shahar tashqarisidagi o'rmon-maktablarga, sanatoriylarga yuborib, qo'shimcha qulay sharoitlar yaratish kerak.

Zehn rivojlanishining qisman orqada qolishi ba'zida nutk nuqsoni bor bolalarda ham kuzatiladi. Maxsus maktablarga borish dasturlarni yaxshi o'zlashtirishga erdam beradi. Nutqida nuqsoni bor bolalar odatda o'qish èki èzishda orqada qoladilar. Shu bilan birga ruhiy faoliyatning yaxshi rivojlanganligi oligofreniya yo'qligidan darak beradi.

Davolash. Oligofreniya mustahkam, kam o'zgaradigan ruhiy o'zgarishlar majmui bo'lgani uchun davolash choralari kompleks tibbiy va pedogogik ta'sirlardan iborat bo'lishi shart. Bemorlarga oddiy amaliy ko'nikmalar berish, o'z-o'ziga xizmat qilishni, agar imkoni bo'lsa, biror hunarni o'rgatish kerak. O'qish, èzish va mehnatga o'rgatish osonlashtirilgan dastur asosida maxsus usulda olib borilishi lozim. Dorilardan miya metabolizmini yaxshilovchi va nerv xujayralarining yetilishini tezlashtiruvchi nootrop moddalardan aminolon (gammalon), nootropil (pirotsetam), piriditol (ensefabol), pantogam kabi dorilarni qo'llash mumkin. Bo'larga qo'shimcha glyutamin kislota va V guruhiga kiruvchi vitaminlar tavsiya qilinadi. Bosh suyagi ichki bosimi oshganligini ko'rsatadigan belgilar kuzatilganda, suvsizlantirish davosi olib boriladi. Psixomotor qo'zg'alishlarda trankvilizatorlar (elenium, seduksen, meprobamat) va neyroleptik moddalar (aminazin, tizersin, neuleptil va b.) qo'llaniladi. Elektr uyqu tinchlantiruvchi ta'sir beradi. Kasallikning oldini olish uchun xalq orasida ruhiy kasalliklarning kelib chiqish sabablari, homiladorlik davridagi zararli omillar va boshqalar to'g'risida keng tushuntirish ishlari olib borish zarur. Tug'ish vaqtida asfiksiya va bosh miya jarohatlarining oldini olish, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash eng katta ahamiyatga ega.

Oligofreniyani umumiy davolash prinsiplari:

1. Vitaminoterapiya :vitamin V1,V6,glyutaminli kislota;
2. R- nurlari bilan oz mikdorda nurlash
3. Patogenetik terapiya :dietoterapiya, kompensirlovchi gormonal terapiya
4. Simptomatik terapiya bosh miya yukumlilklarda
5. Spetsifik terapiya (tugma zaxmda va toksoplazmozda)
6. Psixfarmakologik terapiya (neyroleptiklar, trankvilizatorlar)
7. Nootroplar :nootropil, ensefabol, aminalon. piratsetam.

Epileptik aqli zaiflik uchun shu xoski, yuqorida keltirilgan shaxs o'zgarishlari fonida tafakkurning o'ta batafsilligi o'sib boradi, ruhiy jarayonlarning kechish sur'ati keskin sekinlashadi. Xotira yomonlashadi, bemorlar yangi axborotlarni qiyinchilik bilan o'zlashtiradilar. So'z boyligi kamayadi, bemorning barcha qiziqishlari kasallikka qaratiladi. Bemorlar egotsentrik bo'lib boradilar. Odatda, bu o'zgarishlarning barchasiga tanqidiy munosabat yo'qoladi.

Ruhiy kasalliklar aynan ruhiy kasalliklarning o'zlari va patologik holatlaiga bo'linadi. Ruhii kasalliklarning kechishida, har qanday boshqa kasallikdagi kabi, bir necha davrlarni ajratish mumkin: boshlang'ich, yaqqol klinik belgilar davri va natija davri. Bulardan farq qilib, patologik holatlar — ruhiyatning kam tiklanuvchan nuqsonlari, o'ziga xos ruhiy majruhlik bo'lib, ular kompensatsiyalangan yoki

dekompensatsiyalangan bo'lishi mumkin, ammo ular bemoming butun hayoti davomida saqlanib qoladi. Patologik holatlaiga eng yorqin misol bo'lib, asosida bosh miyaning to'liq rivojlanmay qolganligi yotuvchi tug'ma aqliy qo'liqlik (oligofreniya) va fe'l-atvoming o'ziga xos anomalialarini tashkil qiluvchi psixopatiyalar guruhi hisoblanadi. Aynan ruhiy kasalliklarning kechishida quyidagi turlari ajratiladi:

— *progrediyent kechishi* - kasallikning bostirib keluvchi, progressive rivojlanib boruvchi kechishi bo'lib, klinikasi nisbatan sodda psixopatologik sindromlardan ancha murakkab bo'lgan buzilishlaiga transformatsiya bo'lishi kuzatiladi;

— *regrediyent kechishi* - kasallikning rivojlanishi hatto davolash tadbirlari ko'rilmaganda ham psixopatologik simptomatikaning asta-sekin kamayib borishi bilan kechadi. Bunday kechish turi masalan, bosh miya jarohatlaridagi ruhiy buzilishlar uchun hos;

— *uzluksiz kechishi* — kasallikning rivojlanishida, psixopatologik simptomatika namoyon bo'lishida o'z holicha (spontan) remissiyalar kuzatilmasligi xos (ammo davolash tadbirlari ta'sirida bunday tanaffislaiga erishish mumkin);

— *xurujsimon kechishi* — kasallikning rivojlanishida psixopatologik simptomatika redutsirlangan yoki butunlay yo'qolgan, nisbatan uzoq yoki qisqa davom etuvchi davrlar bo'lishi hos. Kasalliklarning xurujsimon kechishi turi, o'z navbatida, ikkita turga: uzilib turuvchi va fazali kechish turiga bo'linadi. *Uzilib turuvchi turi uchun*

— kasallikning ko'p marta takrorlanuvchi xurujlari (retsivlar) xos bo'lib, ular remissiyalar — asosiy psixopatologik simptomatika kamaygan, ammo ma'lum ruhiy nuqsonning mavjudligini bildiruvchi simptomlarning — ya'ni hissiyot-iroda yoki intellektual-mnestik nuqson saqlanib qolgan davrlar bilan almashinib turadi. Uzilib turuvchi kechish turi shizofreniyaning ba'zi shakllarida va bosh miya organik zararlanishi natijasidagi psixozlarda uchraydi. *Fazali (davriy) kechishi* uchun ko'p marotaba yuzaga keluvchi kasallik xurujlari (bu holatlarda xurujlarning fazalar deb nomlanadi) xos bo'lib, ular psixopatologik simptomlarning butunlay yo'qolishi davrlari bilan almashinadi. Bu davrlar yorug'lik oraliqlari deb nomlanadi. Bunday kechish turi maniakal-depressiv psixoz uchun hos. Ruhiy kasalliklarning oqibatlari. Har qanday boshqa kasalliklardagi kabi, ruhiy kasalliklarning oqibatlari ijobiy va salbiy bo'lishi mumkin. «Ruhiy kasalliklarda ijobiy natija bo'lmaydi» degan tushunchalar xatodir. Hatto psixiatriya kasalxonalarining tibbiy xodimlarida ham, ba'zida ruhiy kasalliklarning salbiy natijasi haqida odatdagi noto'g'ri tushunchalar mavjud. Buni shu bilan tushuntirish mumkinki, eng og'ir bemorlarda kasallik ko'pincha retsiv beradi. Ammo shuni hisobga olish zarurki, kasalxonalarda umumiy bemorlar miqdorining faqat ozgina — 12-15% qismi yotadi. Boshqa tomondan, bir marta kasallik o'tkazgan va sog'aygan bemorlar statsionarlarning tibbiy xodimlarining nazarlaridan chetda qolib ketadi, natijada ruhiy kasalliklar haqidagi tasavur doimiy bemorlarning ko'p martalik hospitalizatsiyasi asosida shakllanadi, bunday bemorlarning soni esa juda chegaralangan.

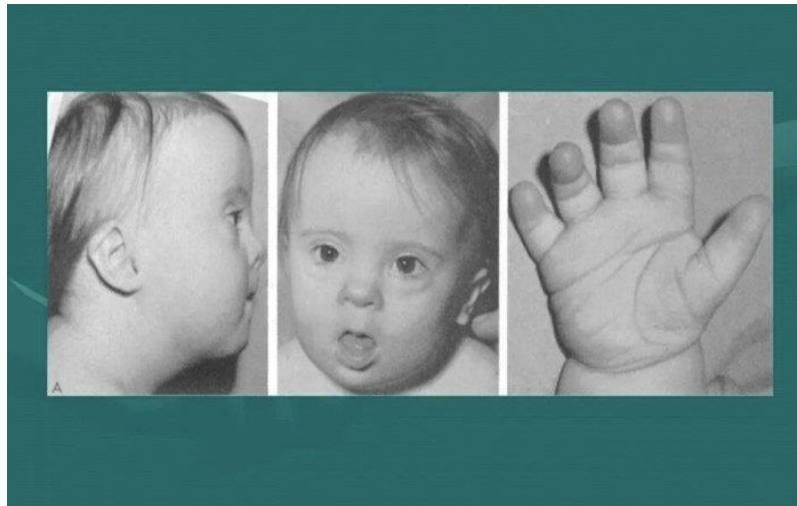
Kasallikning ijobiy oqibatlariga bemoming sog'ayishi kirib, bu holatda nafaqat psixopatologik simptomatikaning to'liq likvidatsiyasi, balki mehnat qobiliyatining tiklanishi va hayotga moslashuvini ham tushunish kerak. Ammo bu har doim ham

bemoming o'ziga bog'liq bo'lavermaydi: bemor yashayotgan mikrosotsial muhit, munosabatlardagi kelishmovchiliklar, sog'ayayotgan kishini kechirayotgan murakkab muammolarini hatto yaqin kishilari tomonidan ham to'liq tushunilmaslik, ba'zida turmush va mehnatdagi qiyinchiliklar — bularning barchasi bemor ruhiy salomatligining to'liq tiklanishi jarayonini sekinlashtiradi.

Psixiatriya kasalxonalarini va dispanser muassasalari tibbiy xodimlarining vazifalariga nafaqat bemordagi psixopatologik simptomatikani baidaraf etish, balki unga «hayotga qaytishda» yordam ko'rsatish ham kiradi, buning uchun esa ruhiy kasallik o'tkazgan bemoryashashi kerak boigan muhitga barcha amalga oshirish iloji bo'lgan ta'sirlarni o'tkazish zarur boiadi. Ruhiy kasalliklarning salbiy oqibatlariga quyidagilar kiradi: — *ruhiyat nuqsonining rivojlanishi*, bu bemoming ish qobiliyatini pasaytirishi, hatto ish qobiliyatidan mahrum qilishi mumkin va uning shaxsini jamiyatdagi to'liq qonli hayotga adaptatsiyasiga xalaqit beradigan darajada o'zgartirib yuboradi. Hissiyot-iroda nuqsonlari shizofreniyada; intellektual mnestik buzilishlar — bosh miya qon tomir kasalliklari, travmalari bilan bog'liq organik kasalliklari, og'ir yuqumli va intoksikatsion psixozlar, shuningdek, kechki yosh davrining aqli zaiflikka olib keluvchi kasalliklarida rivojlanishi mumkin.

— *tez-tez kuzatiluvchi retsidivlar* ruhiy kasalliklarda ular ruhiy faoliyat nuqsoniga har doim ham bolavermasa-da, olib keladi, ammo tez-tez gospitalizatsiyalar zarurati tufayli bemor hayotga tuig'un moslasha olmaydi. Bunday kechish turi turli xil psixozlarda uchrashi mumkin; — *shaxsning patologik rivojlanishi (psixopatizatsiya)*, o'tkazilgan psixozdan keyin, shuningdek, bemoming jamiyatda moslashuviga xalaqit beradigan darajaga yetishi mumkin;

— *o'lim holati*, bu asosan yoidosh kasalliklar bilan bog'liq. Umuman, ruhiy kasalliklarda o'lim holati ko'p uchramaydi. U umumiy aholi orasidagi O'lim ko'rsatkichining 5-6% iga to'g'ri keladi. Tibbiyot fani va amaliyotining yutuqlari sababli, oxirgi o'nyillik davomida bu ko'rsatkich keskin pasaydi. Ammo ba'zi muammolar hali hal etilmagan va ko'pchilikni bezovtalantirmoqda. Bu — o'tkir alkogol psixozini — oq alahlashdagi yuqori ko'rsatkichli o'lim ko'rsatkichiga ham taalluqlidir. Yana bir muhim rauammo — o'z joniga qasd qilish holatlarining salmoqli miqdori ruhiy kasalliklar bilan bog'liq. Yirik ijtimoiy islohotlar va kasalxonadan tashqaridagi yordamning samarali tashkil etilishi sababli bu ko'rsatkich nisbatan pasaydi



Jinsiy xromosoma anomaliyalari inson organizmida somatik, endokrin va psixik rivojlanish buzilishlariga olib keladi. Eng ko‘p uchraydigan gonosomal sindromlar:

- **Klinefelter syndrome**
- **Turner syndrome** (Shereshevskiy–Terner sindromi)

Bu sindromlar tug‘ma bo‘lib, ko‘pincha balog‘at davrida yoki bepustlik tekshiruvda aniqlanadi.

Klaynfelter sindromi

1. Etiologiyasi va patogenezi

Klaynfelter sindromi erkaklarda qo‘shimcha X xromosoma mavjudligi bilan xarakterlanadi.

Genetik asos:

- Eng ko‘p karyotip: **47, XXY**
- Kamroq: mozaik shakl (46, XY / 47, XXY)
- Kamdan-kam: 48, XXXY

Sababi:

- Meyoz jarayonida nondisjunksiya (xromosomalar ajralmasligi)
- Ota yoki ona gametogenezida xato

Patogenezi:

- Moyaklarda fibroz va atrofik o‘zgarishlar
- Testosteron yetishmovchiligi
- Gonadotropinlar (FSH, LH) oshishi

2. Klinik kechishi

Bolalik davri:

- Nutq rivojlanishining kechikishi
- O‘qishda qiyinchilik
- Astenik tana tuzilishi

Balog‘at davri:

- Uzun bo‘y
- Yelka tor, son keng
- Ginekomastiya
- Moyaklar kichik
- Sochlanish kamaygan

Reproduktiv tizim:

- Spermatogenez buzilishi
- Bepushtlik

Psixik xususiyatlar:

- Intellekt yengil pasayishi
- Ijtimoiy moslashuv qiyinligi
- Emotsional labilli

3. Diagnostika algoritmi

1-bosqich: Klinik shubha

- Ginekomastiya
- Bepushtlik
- Hipogonadizm

2-bosqich: Laborator tekshiruv

- Testosteron ↓
- FSH, LH ↑

3-bosqich: Genetik tekshiruv

- Kariotiplash (XXY tasdiqlanadi)

Qo‘shimcha:

- Spermioqramma

- UTT (moyaklar hajmi)

4. Davolash

- Testosteron bilan gormon terapiyasi
- Psixologik reabilitatsiya
- Endokrinolog nazorati

5. Hamshiralik parvarishi

Maqsad:

- Gormonal davolashni nazorat qilish
- Psixologik qo‘llab-quvvatlash
- Ijtimoiy adaptatsiya

Algoritm:

1. Hayotiy ko‘rsatkichlarni baholash
2. Gormon terapiyasi jadvalini nazorat qilish
3. Nojo‘ya ta’sirlarni kuzatish
4. O‘z-o‘zini baholashni qo‘llab-quvvatlash
5. Reproktiv maslahat

ShERESHEVSKIY–TERNER SINDROMI

1. Etiologiyasi

Faqat qizlarda uchraydi.

Karyotip:

- 45, XO (eng ko‘p)
- Mozaik shakl (45, XO / 46, XX)

Sabab:

- X xromosoma yo‘qligi yoki struktur buzilishi

2. Patogenez

- Tuxumdonlar gipoplaziyasi
- Estrogen yetishmovchiligi
- Ikkinchi jinsiy belgilar rivojlanmasligi

3. Klinik belgilari

Somatik:

- Past bo‘y
- Bo‘yinda teri burmalari (pterigium colli)
- Ko‘krak qafasi keng
- Past joylashgan quloqlar

Reproduktiv:

- Amenoreya
- Bepushtlik
- Bachadon kichik

Ichki a‘zolar:

- Yurak nuqsonlari
- Buyrak anomaliyalari

Psixik xususiyat:

- Intellekt saqlangan
- Fazoviy tafakkur qiyinlashgan

4. Diagnostika algoritmi

- 1 Klinik belgilar asosida shubha
- 2 Gormonal tekshiruv (estrogen ↓, FSH ↑)
- 3 Kariotiplash (XO)
- 4 Yurak UTT
- 5 Buyrak tekshiruvi

5. Davolash

- O‘shish gormoni (bolalikda)
- Estrogen terapiyasi
- Kardiolog nazorati
- Reproduktiv maslahat

6. Hamshiralik parvarishi

Asosiy yo‘nalishlar:

- O‘shish monitoringi
- Gormon terapiyasini nazorat qilish
- Psixologik qo‘llab-quvvatlash
- Ota-onani o‘qitish

IV. DIFFERENSIAL TAHLIL

Belgilar Klaynfelter Shereshevskiy–Turner

Jins	Erkak	Ayol
Karyotip	47, XXY	45, XO
Bo‘y	Uzun	Past
Gormon	Testosteron ↓	Estrogen ↓
Fertillik	Bepusht	Bepusht

Nazarat savollar

1. Klinefelter syndrome ning genetik asosini tushuntiring. Qaysi karyotip eng ko‘p uchraydi?
2. Turner syndrome da X xromosomaning yo‘qligi qanday patofiziologik o‘zgarishlarga olib keladi?
3. Klaynfelter sindromida nega FSH va LH miqdori oshadi?
4. Turner sindromida past bo‘y rivojlanish mexanizmini izohlang.
5. Ikkala sindromda bepushtlikning asosiy sabablari nimadan iborat?
6. Mozaik shakllar qanday paydo bo‘ladi va klinik kechishiga qanday ta’sir qiladi?

Vaziyatli masalalar

Aqli zaiflik xolatlari(oligofreniya)

1. Bemor K 17 yosh kup bolali oilada 5-chi farzand bulib tugilgan. Otasi spirtli ichimliklar iste’mol kiladi. 2 yoshdan yurgan va 4 yoshdan gapirgan. Yozish va gapirishni bilmaydi, konkret fikrlaydi, makol va masallarni tushinmaydi, gaplari tushunarsiz. Uyda xech kandy ish bilan band emas, onasi erdamida kiyinadi.

1. Sindromal tashxis
2. Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi sizning tulik taxminiy tashxisingiz
3. asosiy tekshirish usullari

2. Bemor 31 yosh. Anamnezida 1 yilda 1 marotaba tutkanok tutib turadi. Vrachlarga murojaat kilmagan, davo olmagan. Ish vaktida kuchaga chikib ketdi. Bir necha soat mobaynida yuk bulib ketdi. Shaxarning u burchagida uzi yuk xolatda militsiya xodimlari tomonidan topib olingan. Bu yeoga kandy kelganligini, nima kilganligini aytib berolmaydi.

1. Sindromal tashxis
2. Bu sindrom qaysi 3 ta kasallikda uchraydi
3. Sizning tulik taxminiy tashxisingiz
4. Asosiy tekshirish usullari
5. Bu sindromni simptomlarini sanab bering

Test savollari

1. Oligofreniya uchun xos sindrom

- 1.kursatilganlarning xammasi xos emas
- 2.vasvasa
- 3.gallyutsinator
- 4.disforik
- 5.eyforik

2. Oligofreniya darajalari

1. imbetsillik
2. shizofreniya
3. MDP
4. kritinizm
5. barchasi tugri

3. Idiotiya bu

1. chukur akli pastlik
2. urta darajadagi psixik rivojlanmaslik
3. yengil psixik rivojlanmaslik
4. barchasi tugri
5. barchasi notugri

4. Debillik bu

1. yengil psixik rivojlanmaslik
- 2.chukur akli pastlik
- 3.urta darajadagi psixik rivojlanmaslik
- 4.barchasi tugri
- 5.barchasi notugri

5. Oligofreniyaning xromosom kasalliklarda uchrashi

1. Daun, Shereshevskiy Turner
2. tugma sifilis
3. mikrotsefaliya
4. toksaplazmoz
5. gidrotsefaliya

6. Idiotiya formalari

1. eretik va torpid
2. utkir
3. ogir
4. yengil
5. barchasi notugri

7. Imbetsillikda suzlar tuplami

1. 200- 300 ta
2. 1000 ta
3. 100 ta
4. 20 ta
5. barchasi tugri

8. Daun kasalligining psixik kurinishi

1. imbetsillik, debillik
2. kuzlari kuk
3. o'ek kullari kalta
4. barchasi notugri
5. barchasi tugri

9. Bemorlar o'z sog'lig'iga nisbatan ortiqcha qayg'uradilar va o'ylaydilar. Bu qanday alomatning belgilari?

1. Astenik
2. Obsessiv
3. Fobik
4. Ipoxondrik*

10. Bemorlar biror narsadan qo'rqib yashaydilar. Bu qanday alomatning belgilari?

1. Astenik
2. Obsessiv
3. Fobik*
4. Ipoxondrik

Interaktiv usullar

“Aqliy hujum” usuli. Bu usul orqali shaxsni erkin shakllantirish mumkin. Jarayonni boshlashdan avval gurux talabalariga savol beriladi va bir necha daqiqa ichida shu savolga oid, har bir o'quvchi o'zining fikrini bayon etishi kerak.

- Bu javob yoki fikr o'rinli yoki noo'rin bo'lishi mumkin, ammo, o'qituvchi ham qolgan o'quvchilar ham javob bergan o'quvchiga tanbeh bermaydilar.
- O'qituvchining yordamchisi doskaga yoki flepkartaga har bir o'quvchining javobini yozib boradi. Har bir o'quvchi uning berayotgan javobini tinglamog'lari lozim.
- Qanchalik ko'p fikr bildirilsa, natija shuncha yaxshi bo'ladi.
- Bu usulda dars o'tilganda qisqa vaqt ichida har xil variantdagi javoblar va shu mavzuga oid o'quvchilarning mulohazalarini to'plash imkoniyatiga ega bo'lamiz.
- Har qanday javoblar usul so'ngida muhokama qilinadi.

”Rolli o'yin namoyishi” usuli.

Tinglovchilarni ikkita kichik guruhga ajratiladi. Har bir kichik guruhga vazifa beriladi. Tayyorlanish uchun vaqt belgilanadi. Belgilangan vaqt tugagach, guruh ishtirokchilari berilgan vazifani namoyish qilib berishadi. Namoyish daguruhdagi tinglovchilarni xammasi ishtirok etishi maqsadga muvofiq.

2.8 modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 6.	Bosh miya qon-tomir kasalliklari va bosh miya shikastlanishida hamshiralik parvarishi. 2.8.1 Bosh miya shikastlarida ruhiy buzilishlar. (2 kredit) 2.8.2 O'tkir psixozlar, travmatik ensefalopatiyalarni aniqlash usullari. (2 kredit)
---	---

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotning rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Markaziy asab tizimi shikastlanishlarida shaxs buzilishi simptomlari. 2. Isteriya. es-hushning kirarli-chiqarli isterik xolati, falajlik, astaziya-abaziya, surdomutizm. 3. Psixopatiyalar va shaxsning patologik rivojlanishi
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik hissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushuntiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baholash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustahkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimasion bemorlarni parvarish kilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi 3. Har bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustahkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollarigi javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar. "Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi. Adabiyotlar: 1. Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik)</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. A.S. Velilyaeva “Psixiatriya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma) 3. A.S. Velilyaeva “Narkologiya asoslari” Samarqand-2021 (elektron o’quv qo’llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova “Asab kasalliklari propevtikasi” 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova “Psixiatriya” Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov “Asab va ruhiy kasalliklar” 2013-yil o’quv qo’llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025 	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Bosh miya organik o’zgarishlari sabablari, asosiy belgilari. Nevroz va psixonevroz haqida tushuncha. Nevrozlarni yuzaga kelish omillari. Psixoasteniya va nevrosteniya kasalliklarini klinik namoyon bo’lishi, davolash usullari. Patogenetik jihatdan asoslangan davolash muolajalari. Nevroz bilan og’rigan bemorlarni parvarishlashning o’ziga xos xususiyatlari. Insonlar orasida bosh miya va qon tomir kasalliklarni oldini olish, aholi orasida ushbu kasalliklar to’g’risida targ’ibot ishlarini olib borish, ruhiy, psixonevrologik kasalliklarni tarqalishini oldini olish. Markaziy asab tizimi shikastlari. Bosh miya jarohatlarida ruhiy o’zgarishlar. Ong buzilishi turlari va ularni farqlash. Bosh miya jarohatlarida hamshira parvarishi. Markaziy asab tizimi</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchi bilishi kerak: Bosh miyadagi organik o’zgarishlar sabablari, asosiy belgilarini; • nevroz va psixonevroz haqida tushuncha, nevrozlarni yuzaga kelish omillarini; • psixoasteniya va nevrosteniya kasalliklarini klinik namoyon bo’lishi, davolash usullarini; • nevroz bilan og’rigan bemorlarni parvarishlashning o’ziga xos xususiyatlarini; • aholi orasida bosh miya qon tomir kasalliklarni oldini olish bo’yicha targ’ibot ishlarini olib borishni, ruhiy, psixonevrologik kasalliklarni tarqalishini oldini olishni;
---	---

shikastlanishlarida shaxs buzilishi simptomlari. Isteriya, uning tarqalishi. Isterik pandemiyalar.	
O'qitish metodlari	“Stol o‘rtasidagi ruchka”, “Galereya bo‘yicha tur” Kichik guruxlarda ishlash”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruhlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofilmlar, chizma, nazorat varag‘i, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o‘quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og‘zaki so‘rov: tezkor so‘rov, yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o‘quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Bosh miya shikastlarida ruhiy buzilishlar.

Reja:

1. Markaziy asab tizimi shikastlanishlarida shaxs buzilishi simptomlari.
2. Isteriya. es-hushning kirarli-chiqarli isterik xolati, falajlik, astaziya-abaziya, surdomutizm.
3. Psixopatiyalar va shaxsning patologik rivojlanishi

Xamma bosh miya shikastlanishlar ikkita guruxga bulinadilar:

1. Ochiq
2. Yopiq

Hamma BMSH kechirgan bemorlardan 18-38% da ruxiy buzilishlar kuzatiladilar.

Bosh miya yopiq shikastlanishlarining rivojlanishi mexanizm buyicha uchta turga ajratiladi:

1. Miyaning chayqalishi (kommotsiya) – 56,6%
2. Miyaning urilishi (kontuziya) – 18%
3. Miyaning ezilishi (kompresiya) – 8%

Og‘irlik bo‘yicha shikastlanishlar ajratiladi :

1. Yengil darajali – onging bir necha soniyaga yukolishi bilan xarakterlanadi;

2.O'rta darajali – ongning yukolishi bir necha dakika buladi,kiska muddatli koma xam kuzatilishi mumkin.

3.Og'ir darajali – ong yukolishi bir necha soatdan bir necha kungacha kuzatilishi mumkin.

Etiologiya va patogenez:

Eng asosiy faktor bosh miyaning mexanik shikastlanishdir. Shikastlanish natijasida gliozli kistalar paydo buladilar va shu natijasida ruxiy buzilishlar rivojlanadilar.

Bosh miya shikastlanishlar doim miya moddasining tomirlarini kiskartirishiga olib keladilar, shu natijada miya gipoksiyasi kuzatiladi,ba'zi vaktlarda tomirlar butunlay bekilib koladilarva miyaning infarkti paydo buladi.

Boshkaruvchi mexanizmlardan biri miyaning shishishi xam. U bosh suyak ichidagi bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Bulardan tashkari miyaning suyukligiga kon tushishi mumkin gematoensefaliya kuzatiladi. Bu xam bosh suyak ichidagi bosimi kutarilishiga olib keladi. Miyaning moddasiga xam kon quyilib ketadi (mayda-mayda, katta, po'stlogli va po'stloq ostidagi) qon quyilishlar.

Shikastlanish kasallik rivojlanishida to'rtta bosqichni ajratadi:

1. Boshlang'ich bosqichi. Shikastlanishdan keyin darrov boshlanadi va bir necha daqiqa,soatdan boshlab bir necha kun davom etadi.

2. O'tkir bosqich. Boshlangich boskichdan keyin darrov boshlanib olti xaftagacha kuzatiladi.

3. Kechki bosqich (rekonvalessensiya davri). Davomligi bir oydan un ikki oygacha.

4.Uzoq bosqich. Shikastlanishdan keyin bir yil utganda boshlanadi va kup yillar mobaynida davom etadi.

Birinchi boskichda ko'pincha bir necha soatdan boshlab bir necha kungacha koma,bir necha soat mobaynida sopor, bir necha soniya va dakikagacha karaxtlik (ongning kambagallanishi, ruxiy faoliyat tonusini pasayishi).

Ko'pincha karaxtlik urniga somnolensiya xolati xam kuzatilishi mumkin.

Yuqoridagi xamma buzilishlar ong uchishi va amneziya (retro-, antero-yoki anteroretrogradli) bilan kuzatiladi.

Bulardan tashkari shikastlanish asteniyasi xam kuzatiladi. Bu xolat kuyidagilardan iborat: astenizatsmya, kuchkuvvat pasayishi, aspontantlik, kuzgaluvchanlik, uchogli nevrologik simptomatika (agnoziya, afaziya, aproksiya, parez, paralichlar) va doimiy vegetativ buzilishlardan. Xamma yukoridagi buzilishlar bir necha soatdan bir necha kungacha kuzatiladilar.

Ko'rinadigan yaxshilanish sharoitda ruxiy buzilishlar o'tkir rivojlanadilar.

Ko'pincha Shikastlanish ongning namozshomsimon xiralashuvi kuzatiladi. Bemor xamma turdagi orientirovkani yukotadi, psixomotorli kuzgolgan,

gallyutsinator-vasvasali simptomatika kuzatiladi. Bu xolatda bemorlar xukukni buzgan xarakatlarni kilishlari mumkin.

2. Ongning shikastlinish deliriozli xiralashuvi. Allopsixik orientirovka buziladi, obrazli, yorugli kurish kurkitadigan gallyutsinatsiyalar kuzatilishlari mumkin (uldirish va zurlik manzaralari). Davomligi 2-3 kundan 1-2 xaftagacha.

3. Shikastlanish oneyroid. Bu xolat xam utkir rivojlanadi. Xamma turdagi orientirovkalar buziladi, kurish soxta fantastik ma'nosidagi gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Asosan bu ta'rixdagi manzaralar, bu manzaralarda bemor ixtirochi buladi. Davomligi – 5-6 kun. Uchala psixoz butunlay soglomlashish bilan tugaydi yoki Korsakov psixoziga utib ketadilar. Ayrim paytlarda Korsakov psixozini utkir rivojlanadi.

4. Korsakov psixozini – bu eng davomli shikastlanish psixozini. Bunga xotiraning kuzilishlar (retro-, anterogradli, fiksatsion, progressivlovchi amneziyalar), paramneziyalar (konfabulyatsiya va psevdoreminissensiya) va bir talay polinevritlar xarakterlidir. Davomligi – 1,5 – 2 oy.

5. Affektiv psixozlar. O'tkir davrda psixopatsimon xulk atvor bilan gipomaniya yoki apatik subdepressiya rivojlanishi mumkin. Davomligi 1-2 xafta.

6. Vasvasali psixozlar xam o'tkir boshlanadilar. Psixomotor kuzgaluvchanlik va vasvasali buzilishlar paydo bulishadi. Asosan bu ta'rib kiladigan va munosabatdagi vasvasa. Davomligi bir necha kun.

7. Paroksizmal buzilishlar. Bular abortiv, parsial (ma'lum mikdorli) bilan xarakterlanadilar. Ba'zida Djekson tutkanokdey kurinishi mumkin, lekin kupincha paroksizmal psixosensorli buzilishlar (derealizatsiya va depersonalizatsiya) paydo bulishi mumkin.

8. Afatik buzilishlar – motorli va sensorli afaziya rivojlanadi.

Yukoridagi buzilishlar bilan utkir davr rivojlanadi.

3. Rekonvalessensiya boskichi

Davomligi bir yilgacha, klinikasi astenik simptomatika bilan xarakterlanadi. Axamiyatli farklovchi asos – astenik simptomatika muxitda kiska muddatli onging namozshomsimon xiralashuvi va uta kurinadigan amnestik buzilishlar paydo bulishadi.

Asteniya muxitda psioorganik sindrom rivojlanadi.

4. Uzak boskich shikastlanishdan keyin bir yil utkandan keyin rivojlanadi va bir necha yil davom etadi.

a) Shikastlanish asteniya (shikastlanish serebrosteniya)

Klinikasida kuzgatuvchanlik, uta ozish, giperesteziya – tashki kuzgatuvchilarga chidamasligi, asab sistemasini uta labilligi, a\b silkitligi, taxikardiya, bradikardiya, vazomotor reaksiyalar (terining rangini pasayishi), bosh ogriklari, boshning aylanishi, parishonlik, esdan chikarishlar, yukuning buzilishi.

b) Shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya.

Ucha variantda utadi:

1. Apatik bilan shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya.

Klinikada uta ozish bilan apatiya, xotiraning pasayishi kuzatiladi.

2. Psixopatizatsiya bilan shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya.

Klinikada uta kuzgaluvchanlik, xulk atvorning kupol formalari kuzatiladi. Kupincha alkogolizm bilan kuzatiladi.

3. Siklotimsimon reaksiyalar bilan shikastlanishdan keyingi ensefalopatiya. Bunda subaffektivli buzilishlar, subdepressiyalar yoki gipomaniyalar, psixopatsimon xulk atvori bilan kuzatiladi. Kupincha subdepressiyalar kuzatiladi.

v) Paroksizmal epileptik buzilishlar Shikastlanishdan bir necha yildan keyin rivojlanadi. Katta talvasalar, Jekson, kichkina talvasalar, aloxidalangan aura, absans, katalepsiya, mushak tonusi buzilishi bilan – mezoensefalli tutkanoklar yoki mushak tonusi buzilishsiz katalepsiya – diensefalli, disforiyalar.

g) Shikastlanish demensiya. Xotiraning kupol buzilishlar bilan, toy amneziyagacha, eyforiya, psevdoparalitiksimgptomatika, kizikishlarning pasayishi, uchogli simptomlar, kungilchanlik bilan xarakterlanadi.

d) Psixooorganik sindrom. Xulk atvorning formalari bilan ruxiy funsiyalarning pasayishi bilan xarakterlanadigan sindrom.

Shikastlanish kaallikning yoshdagi asoslari :

1. 3 yoshgacha bulgan BMSH. Klinikada uta charchashlik,xoldan toydirish,dikkatning buzilishi, nevrozsimon simptomatika kuzatiladi. 5-7yoshgacha butunlay kompensatsiya buladi.

2. 3 yoshdan keyin BMSH. Birinchi urniga vegetativ buzilishlar, titrash, tiklar,giperkinezlar, vestibulyar buzilishlar, uchogli va meningeal simptomlar chikadilar. Epileptik tutkanoklar eng kup uchraydigan buzilishlar, xulk atvori psixopatsimon buladi. Ayrim paytlarda bu natijasida oligofreniya diagnozi kuyiladi. Butunlay kompensatsiya bulmaydi – tarkokli nevrologik simptomatika koladi.

Davolash :

1. Degiratsion terapiya : 25% li magneziya eritmasi – 10 ml v\i yoki 50%li eritma klizma orkali junatiladi.

2. 10%li kalsiy xlor – 10 ml. 3. Laziks 1%li 2 ml gacha

4. Mochevina xar bir kiloga 1 g dan yoki mannitol 1,5g dan v\i tomchilab

5. 5% glyukoza eritmasi

6. Yurak glikozidlar

7. Neyroleptiklar

8. Trankvilizatorlar

9. Talvasaga karshi dorilar

10 .Rekonvalessent davrda: vitaminlar, nootropalar, serebrolizin.

Xotira buzilishlarda: fizostigmin, letsitin, kortikotropin, vazopressin.

Psixopatiya deganda inson fe'l atvorining shunday tug'ma va orttirilgan disgarmonik shakllanishi tushuniladiki, bu holat shaxsga uni o'rab to'rgan ijtimoiy muhitda yaxshi moslasha olishiga halal beradi. Bunday fe'l-atvor anomaliyasi, qat'iy aytganda, kasallik hisoblanmasada, bemorning o'ziga qiyinchilik tug'dirib, uning qarindoshlari va atrofdagilarga ko'plab muammolar keltirib chiqaradi. Psixopatiyalarning kelib chiqishi va rivojlanishida har doim ma'lum nasliy (tug'ma) belgilar va noqulay tashqi muhit sharoitlari, noto'g'ri tarbiya, atrofdagilarning nojuya o'rnak ko'rsatishlari katta o'rin tutadi. Ba'zi hollarda ko'proq tug'ma buzilishlar va konstitutsional moyilliklar yaqqolrok namoen bo'lsa, boshqa holatlarda – noqulay ijtimoiy muhit va hayot qiyinchiliklari yaqqolrok ko'zga tashlanadi.

Inson fe'l-atvorining psixopatik hususiyatlari odatda uning butun hayoti davomida saqlanib qoladi, bolalik davridan keksalikkacha davom etib, odatda keksalik davrida bu belgilar bir oz kamayadi. Psixopatik belgilarning yaqqollik darajasi turlicha bo'lib, yengil - me'erdagi fe'l-atvordan qiyin farqlanuvchi darajadan tortib, keskin namoyon bo'lgan – ularni ruhiy kasallik belgilaridan qiyoslab olishni qiyinlashtiradigan darajagacha yetadi. Shuni yodda tutish zarurki, psixopatiya turli patologik nevrotik va psixotik reaksiyalarning yuzaga kelishida qulay omil bo'lib xizmat qiladi. Shu bilan birga, psixopatik belgilarning o'zi ba'zida kamayib – kompensatsiya yuzaga kelishi, ya'ni inson hayotda qoniqarli darajada moslasha olishiga olib kelsa, boshqa hollarda bu belgilar o'tkirlashib – dekompensatsiya yuzaga keladi va bu holatda inson bemor deb hisoblanib, ambulatoriya va hatto statsionar sharoitida davolanish va dispanser nazoratida turishga muhtoj bo'ladi.

Hozirda psixopatiyalarning ko'pgina turli tasniflari tuzilgan. Psixopatiyalarda fe'l-atvorning u yoki bu belgilarini miqdor jihatdan o'tkirlashuvi va kuchayishi bilan bog'liq nizom bilan tushuntiruvchi psixiatrlar, psixopatiyalarni guruhlarga bo'lganda, ularni butunlay inson fe'l-atvorining tasnifiga yaqinlashtirib qo'yadilar. Ammo hozirgi vaqtda fe'l-atvorlarning ma'kul tasnifi tuzilmagan, chunki inson fe'l-atvorlarining cheksiz miqdordagi turlarini bir tartibga solish va ularni guruhlar va kichik guruhlarga bo'lib chiqish juda qiyin. Inson fe'l-atvorlarini va shaxs turlarini guruhlarga bo'lishga ba'zi bir zamonaviy intilishlar haqida yuqorida gapirib o'tdik. Shuni aytib o'tish lozimki, «me'eriye fe'l-atvor» tushunchasi – shartli tushunchadir. Xar qanday insonning shaxs va fe'l-atvori tizimida doimo ba'zi bir belgilar, ayniqsa aksentlashgan, boshqa belgilarga qaraganda keskinrok namoyon bo'lgan belgilar mavjud va ayniqsa psixopatiyalar yaqqol namoyon bo'lmagan va shaxs ijtimoiy muhitda oz bo'lsada, moslasha oladigan holatlarda, me'erdagi va patologik (psixopatik) hulq-atvor o'rtasida aniq chegara o'tkazish juda qiyin. Bunday nisbiy, yaqqol namoyon bo'lmagan psixopatiyalarda fe'l-atvorning asosiy salbiy belgilarini ko'rsatgan holda, quyidagicha: patologik yolg'onchilar, o'g'rilikka moyil kishilar (kleptomanlar), daydib yurishga moyil (dromomanlar), reformatorlikka,

shubhalanuvchanlikka moyil kishilar va boshqalarga ajratiladi. Psixopatiyalarning nisbatan og'ir shakllarini ko'rib chiqqan mualliflar, ularni psixozlarning yetarli namoyon bo'lmagan shakllari sifatida baholab, ularni psixozlarning klinik shakllariga mos tarzda guruhlariga bo'lishga harakat qilganlar (shizofreniya, siklofreniya, epilepsiya, isteriya, psixasteniyasi). Shu munosabat bilan psixopatiyalar quyidagi guruhlariga bo'lingan: 1) shizoid, 2) sikloid, 3) isterik va psixostenik.

Psixiatriya klinik amaliyotida, nisbatan yengilroq yoki og'irroq psixopat bemorlar bilan ishlaganda, ko'pincha aynan shu tasnifdan foydalaniladi. Shuni aytib utish lozimki, yaqqol ekzogen (tashqi sababli) tabiatli (infeksion, travmatik va x.z.) ruhiy faoliyat buzilishlari bo'lgan ko'pchilik bemorlarda ruhiy buzilishlar klinikasi kasallikning ma'lum davrida yoki uning butun davomiyligi mobaynida psixopatiyalarni eslatadi. Bu holatlarda shaxsning organik psixopatizatsiyasi yoki psixopatsimon sindrom haqida gap ketadi.

Markaziy asab tizimi shikastlanishlarida shaxs buzilishi simptomlari. Psixopatiyalarning alohida shakllarining qisqa tavsifini keltirib o'tamiz.

Shizoid psixopatlar uchun odamovilik, kam muloqotga kirishuv xos bo'lib, ular atrofdagilar bilan muloqot o'rnatishlari qiyin, ularda nozikko'ngillik, shu bilan birga atrofdagilarga sovuqqonlik, real borliqqa bo'lgan qiziqish past, ular ko'proq o'zlarining ichki dunyolari, xayolotlari va fikrlari bilan yashaydilar. Shuning uchun ularning hatti-harakatlari ko'pincha aniq yo'nalishga ega emas, hulq-atvorlari g'alati, g'aroyib bo'lib ko'rinadi. Shuni aytib o'tish zarurki, shizoid fe'l-atvorlarning ma'lum turlari mavjud bo'lib, ular orasida sovuqqon egoist-pedantlarni, badiiy faoliyatga beriluvchan xayolparast shaxslar, xayolparast-reformatorlar va x.z.larni ajratish mumkin. Shizoid doiradagi psixopatlarni birlashtiruvchi asosiy belgi – bu ularning disgarmonikligi, aqliy qobiliyat va hissiyot, iroda o'rtasidagi yetarli proporsiyaning yukligi, ya'ni shaxs bir butunligining buzilishi kuzatiladi.

Sikloid psixopatlar – bu buzilgan, muvozanatsiz hissiy hayotga ega bo'lgan kishilardir. Ularning ba'zi birlarida pasaygan (gipotim) kayfiyat foni ustun bo'lib, ular dunyoni qorong'ulik bosgan holda ko'radilar, o'zlarini omadsiz deb hisoblab, o'z kamliklarini oshirib ko'rsatadilar, butun hayotlari depressiya, qayg'u, pessimizm belgilari bilan o'tadi, ularni barcha qayg'uli va qorong'ulik bosgan muammolar diqqatlarini tortadi. Shu bilan birga ular ko'makdosh, boshqalar qayg'usini baham ko'ruvchi kishilar bo'lib, ma'lum darajada muloqotni sevadilar. Bunday fe'l atvordan asosan bemorning o'zi qiyinchilik ko'radi, depressiya nisbatan yaqqolroq namoyon bo'lganda esa, o'z joniga qasd qilish fikrlari paydo bo'lishi mumkin.

Boshqa kishilarda ko'tarinki (gipertim) kayfiyat foni ustunlik qilib, ular hayotni yorqin ranglarda ko'radilar, barcha narsaga tez qiziqib ketib, tezda ko'ngilari soviydi, faoliyatlarida sayozlikka yo'l qo'yadilar, doimiy, turg'un mehnatga qodir emaslar, hissiyotga beriluvchan va sergap bo'ladilar. Bu belgilar yaqqol namoyon bo'lmaganda, bunday shaxslar «yuzidan nur yogilib turuvchi» kishilar bo'lib, ko'pincha jamoada markaziy o'rinni egallaydi. Yuqoridagi fe'l-atvor belgilari nisbatan yaqqolroq namoyon bo'lganda esa, bunday kishilar qo'zg'aluvchan bo'lib qoladilar, hech qanday e'tirozlarni qabul qilmaydilar, o'z

qarindoshlari va yaqinlari bilan yashay olmaydilar, jamoat bilan kelisha olmaydilar. Bu gipoaniakal holat bilan yaqin bo‘lib hisoblanadi.

Uchinchi toifa kishilarda davriy (siklik) kayfiyatning o‘zgarishi gipotim holatdan gipertimgacha tebranishi bilan kechadi va bunday kayfiyat almashinuvlari ba’zi kishilarda qandaydir ichki, noaniq sabablarga ko‘ra yuz beradi – bu holatlarda siklotimiya haqida gap ketadi, boshqa kishilarda kayfiyat o‘zgarishlarida tashqi noqulay omillar sezilarli ahamiyat kasb etadi. Bu xollarda reaktiv labil sikloidlar haqida gap ketadi.

Siklotimik shaxslarning butun hayoti davomida bir pasaygan, bir ko‘tarinki kayfiyat holatlari navbat bilan almashinib o‘tadi va bu ularga hayot va mehnat faoliyatida turg‘un moslashuvlariga halaqit beradi.

Epileptoid psixopatlar – bu qo‘zg‘aluvchan, portlovchi, jahldor odamlar bo‘lib, ular odatda zulmkorlikka, qasoskorlikka moyil, o‘zlarining insonlar bilan munosabatlarida ular qo‘pol, ham turmushda, ham mehnatda fe‘l-atvorlari og‘ir kishilardir. Ularning fikr va hissiyotlari qovushqoq, irodalari esa faqat bir tomonlama yo‘nalgandir. Shu bilan birga epileptoid shaxslar tashqi tomondan juda to‘g‘risuz, hatto keragidan ortiq shirinsuhan bo‘lib, ular «oliy maqsadlar», oliy idealar, insoniyatga muxabbat haqida gapirishni yoktiradilar. Og‘ir epileptoid shaxslar ko‘pincha antisotsial harakatlar, og‘ir jinoyatlar qilishga moyil bo‘ladilar.

Isterik psixopatlar uchun atrofdagilarning diqqatini o‘ziga karatish, o‘zlarini namoyishga qo‘yish, atrofdagilarda taasurotlar qoldirishga intilish xosdir: ularda atrofdagilarga tanilish, ajralib turish ishtiyoqi kuchli bo‘ladi. Isterik shaxs hammadan ko‘proq o‘zini atrofdagilar zerikarli, hamma qatori deb bilishlaridan qo‘rqadi. Bu isterik psixopat shaxs fe‘l-atvorining asosiy belgilari uning butun harakatlarida shubhasiz o‘z aksini topadi. Bu shaxslarga notabiiylik, namoyishkorlik, riyokorlik, teatrallik xos. «Aslidagiga nisbatan kattarok» ko‘rinishga intilish ularda yolg‘onchilikka, uydirma va fantaziyalarga olib keladi va ular bunga atrofdagilarni ishontirishga harakat qiladilar, ba’zida esa ular bu uydirmalar va fantaziyalarga o‘zlari ham ishonib ketadilar va bu uydirmalarni ishonch bilan, tabiiydek qilib gapirib beradilar; bu holatlar «fantastik psevdologiyalar» deb nomlanadi. Isterik shaxslar, odatda o‘ta ishonuvchan va o‘zlarini ishontiruvchan bo‘ladilar. Ularga nisbatan osonlik bilan turli nosog‘lom holatlarga ishontirish mumkin, hatto ishontirish yo‘li bilan oyoq qo‘llarida falajliklar chaqirish mumkin, ular o‘zlari ham o‘zlariga turli odatdan tashqari holatlarni ishontirishlari, hatto «ishontirilgan xomiladorlik» holatini chaqirishlari mumkin. Nima bo‘lganda ham boshqalardan ajralib turishga bo‘lgan chanqoqlik ba’zida o‘zini ishontirish yo‘li bilan chaqirilgan nosog‘lom holatlarga olib kelishi mumkin (juda yuqori tana harorati, tuxtatib bo‘lmas qusish va x.z.). Atrofdagilarda taasurot qoldirishga, yetarli asos bo‘lmagan holda o‘z shaxsiga yuqori baxo berishga bo‘lgan intilish isterik shaxslarni oilada, mehnatda kelishmovchiliklariga olib keladi, shuning uchun ular bir muassasada kamdan-kam hollarda uzoq ishlaydilar, ish joylarini tez-tez almashtiradilar. Ular hayot qiyinchiliklarini yengib o‘tishda qiynaladilar va hatto ozgina mashaqqatlar ham ularda panik reaksiyalar chaqiradi – ular yig‘laydilar, baqiradilar, qo‘llarini sindiradilar va x.z. Bu reaksiya yaqqol namoyon bo‘lganda «isterik tutqanoq» deb nomlanadi.

Psixopatiyalarning *psixastenik* guruhiga juda qo‘rqqoq, uyatchan, hayajonlanuvchan, havotirlanuvchan va o‘ziga ishonchsiz, ta’sirlanuvchan va nozik, tez toliquvchan kishilar kiradi. Isterik shaxslardan farqli ularok, psixastenik shaxslar odatda, ta’sirchan, to‘g‘risuz va halol, boshqalarni hurmat qiluvchi, ammo o‘zlariga nisbatan talabchan kishilardir. Ular doim o‘zlarining qilmishlari va qarorlarining to‘g‘riliga, harakatlarining adolatliligiga shubhalar qilib, o‘zlarini qiynab yuradilar. O‘zlarini tanqid qilish, ayb kidirish ularning faoliyatlariga halaqit beradi. Ularni ko‘pincha vijdon azobi, qo‘rquvlar, havotirlar qiynaydi. Ba’zida bu havotirlar va qo‘rquvlar ko‘pincha o‘z tanalaridagi turli sezgilarga, o‘z organizmining me’erda ishlashiga qaratilgan bo‘ladi. Bunday psixopat shaxslar ipoxondriklar deb nomlanadi. Ba’zida bu shaxslarda oldingi o‘ringa holsizlik va toliquvchanlik chiqadi. Psixastenik psixopatiya fonida turli «yopishqoq holatlar» oson rivojlanadi: yopishqoq fikrlar, qo‘rquvlar (fobiyalar), harakatlar.

Psixopatiyalarga shuningdek, ko‘pchilik insonlarda uchrovchi jinsiy hayotdagi maylning aynishlari (perverziyalar) bilan kechuvchi buzilishlar ham kiradi. Perverzion psixopatiyalar guruhi tarkibi turlichadir. Ularning kelib chiqishida, boshqa psixopatiyalardagi kabi, tug‘ma omillar bilan bir qatorda, tashqi ta’sirlar ham katta ahamiyatga ega. Jinsiy mayl aynishining nisbatan ko‘p uchraydigan shakli – o‘z jinsi vakillariga bo‘lgan jinsiy mayl (gomoseksualizm)dir. U ko‘pincha erkaklarda uchraydi (besokolbozlik, pederastiya). Ba’zi pederast shaxslar o‘z anomalialarini sharmandali, hatto fojiali deb qabul qiladilar. Qat’iy gomoseksual shaxslar bilan bir qatorda biseksual shaxslar ham mavjud bo‘lib, ularda ham o‘z jinsi vakilari, ham qarama-qarshi jins vakillariga nisbatan jinsiy mayl rivojlangan. Gomoseksual psixopatlar orasida transversitlar ham uchrab, ularda qarama-qarshi jins vakillarining kiyimlarini kiyishga bo‘lgan extiros mavjud: erkaklar ayollar kiyimini kiysa, ayollar erkaklar kiyimini kiyishni ma’kul ko‘radi. Ba’zi psixopat shaxslarda xayvonlarga nisbatan jinsiy mayl hosil bo‘ladi (sodomiya). Qarama-qarshi jins vakillari oldida jinsiy a’zolarini yalang‘ochlashga bo‘lgan intilish eksgibitsionizm deb nomlanadi. Sadizm deganda jinsiy sherigiga og‘riq yetkazish, ko‘pincha jismoniy, kam hollarda ruhiy azob yetkazishga bo‘lgan patologik mayl tushuniladi. Buning teskarisi bo‘lib, jinsiy sherigi tomonidan og‘riq va xo‘rlashlarni his qilishga bo‘lgan intilish va mayl – mazoxizm deb nomlanadi. Jinsiy maylni extiros ob’ekti bilan bevosita yoki bilvosita bog‘liq bo‘lgan alohida buyumlar (kiyim, dastrumol va x.z.)ga ko‘chishi, fetishizm deb nomlanadi. Yosh bolalarga bo‘lgan patologik mayl, va uning bolalar tanasini jarohatlash bilan kechishi pedofiliya deb nomlanadi; qariyalarga nisbatan jinsiy mayl – gerontofiliya; murdalarga nisbatan jinsiy mayl kuzatilishi – nekrofiliya deb nomlanadi. Yuqorida keltirilgan jinsiy mayl buzilishlari bilan tanishib chiqish avvalo, sud psixiatrlari va yuristlar uchun muhim, ammo boshqa tibbiy xodimlar ham ular haqida tasavvurlarga ega bo‘lishlari zarur. Shuni aytib o‘tish kerakki, yuqoridagi psixopatiya shakllari kam holatlarda yakka holda, izolyatsiyalangan shaklda uchraydi. Ko‘pincha fe’l-atvorning murakkab tizimli aralash anomalialari uchraydi va bu holda qaysi shakldagi psixopatiya haqida gap ketayotganligini aniqlash qiyin kechadi.

Asosan ma’lum bir psixopatik shaxsga tegishli bo‘lgan psixopatik fe’l-atvor belgilarining namoyon bo‘lishi, ham ichki, ham tashqi ta’sirlar natijasida ba’zida bu

belgilar kamaysa, ba'zida o'tkirlashadi. Qator holatlarda uzoq davomli noqulay hayot sharoitlarida psixopatik fe'l-atvor belgilari bo'lgan shaxs o'zining noto'g'ri hissiyotlari, fikrlari, intilishlarini quvvatlash uchun ozuqa topgandek bo'ladi, ya'ni shaxsning patologik rivojlanishi yuzaga keladi. Bu holatlarda gap nafaqat fe'l-atvor anomaliyasi, balki ruhiy kasallik haqida ketadi, chunki o'z shaxsini yuqori baholashga moyilligi bo'lgan shaxslarda buyuklik vasvasasi, rashkchi shaxslarda rashk vasvasasi va h.z.lar rivojlanishi mumkin. Bunday shaxsning patologik rivojlanishlari o'ta noqulay hayot sharoitlarida faqat psixopat shaxslarda emas, balki o'tmishda bosh miya organik jarohati o'tkazgan shaxslarda ham rivojlanishi mumkin.

Shaxsning patologik rivojlanishida, ba'zi bemorlarda vasvasa butunlay bemorni yutib yuboradi va sistemalashadi: bemor o'zini ta'qib kilayotgan odamlarni va nima uchun ta'qib qilayotganliklarini «aniq biladi»; u «himoyalana» boshlaydi, turli yuqoridagi idoralarga shikoyat qiladi, aslida yo'q bo'lgan ta'qibchilarga nisbatan chora ko'rishlarini talab qiladi va h.z. Bemorni aqliy qobiliyati pasaygan bo'lsada, uni hech qanday yo'l bilan noto'g'ri fikridan qaytarib bo'lmaydi: vasvasa sistemasiga bog'liq bo'lmagan barcha muammolarda bemor ongining aniqligini saqlab qoladi, ma'lum darajada produktiv mehnat qilishi mumkin. Bunday bemorlar paranoiklar, kasallik esa paranoyya deb nomlanadi. Paranoiklar orasida nisbatan ko'p hollarda alohida turdagi bemorlar uchraydi va ular «yozuvchilar», kverulyantlar deb nomlanadi. Bu shaxslar ko'p yillar davomida yetarli asos bo'lmagan holda, o'zlarining fikricha buzilgan adolatni tiklash uchun chekinmasdan «kurashadilar». Ular turli idoralarga ko'plab shikoyatlar va arizalar yozadilar, ularning iltimoslariga ko'ra turli komissiyalar tuziladi, ammo ular hech qachon ko'rilgan chora-tadbirlardan ko'nikmaydilar va «kurash»ni davom ettiradilar. Ko'pincha «yozuvchilik» aslida bo'lmagan ixtirochilik munosabati bilan ham yuzaga keladi. Paranoyaning kechishi surunkalidir.

Nazorat savollar:

1. Ruxiyati buzilgan bemor bilan noverbal muloqot.
2. Organik ruxiy buzilishi bor bemorning kundalik xayotida yordam.
3. Organik ruxiy buzilishi bor bemorlarga konsultatsiyani tashkillashtirish.
4. Psixoterapevtik tadbirlarni o'tkazish.
5. Ruxiy bemorlarni kuzatish.

Vaziyatli masalalar

1. Bemor miyasi 3 oy muqaddam qattiq lat yegan. Kuchli bosh og'rig'i, tirishish xurujlari, xotira pasayishi, jizzakilik kuzatilmoqda. Lozim bo'lgan paraklinik tekshirish usullari. Bemorni qanday tekshirish kerak?

2. 75 gramm may ichgan bemor, birdaniga atrofdagilarni tanimay esirib qoldi. Hech qanday sababsiz hujum qildi. Anamnezida miyasi lat yeganligi malum bo'ldi. Sud psixiatrik ekspertiza komissiyaning xulosasini aniqlang?

Test savollari

1. Ahill refleksining yoyi qaerga tutashadi?

- 1.L5-S2 segmentlarida.
- 2.S3-S4 segmentlarida.
- 3.L2-L3 segmentlarida.
- 4.L3-L4 segmentlarida.

2. Bitseps refleksi hosil bo'lishida qaysi nerv qatnashadi?

- 1.Teri-muskul nervi.
- 2.Bilak nervi
- 3.Tirsak nervi
- 4.O'rta nervi

3. Bemor ko'chadagi odamlar vaqti-vaqti bilan qichiqday tuyulishini aytadi («karliklar kabi»). Ruhiy buzilish turini aniqlang?

1. Giperesteziya
2. Depersonalizatsiya
3. Psixosensor buzilishlar
4. Pareydoliyalar

4. Bemor terisida mayda hasharot va chuvalchanglar o'rmalayotganini sezadi, bu nima deyiladi?

1. Pareydoliyalar
2. Taktil gallyutsinatsiyalar
3. Verbal gallyutsinatsiyalar
4. Depersonalizatsiya

5. Bemor og'zida yo'q sochlarni sezmoqda. Og'zini tozalash natija bermayapti. Simptomni aniqlang?

1. Taktil gallyutsinatsiyalar
2. Senestopatiyalar
3. Psixosensor buzilishlar
4. Pareydoliyalar

6. Tritseps refleksi hosil bo'lishida qaysi nerv qatnashadi?

- 1.Teri-muskul nervi.
- 2.Bilak nervi.
- 3.Tirsak nervi.
- 4.O'rta nervi.

7. Astenik sindromning asosiy simptomlarini ko'rsating?

1.Darmonsizlik, ish qobiliyatining susayishi, xotira va diqqatning susayishi, emotsional turg'unsizlik.

2.Darmonsizlik bo'lsada ish qobiliyatining yuqori bo'lishi, uyqusizlik, giperkineziya, emotsional tumtoqlik.

3.O'ta kuzg'aluvchanlik, ta'sirchanlik, diqqatning yo'qolishi, emotsional tumtoqlik.

4.Darmonsizlik, fikrlashning buzilishi, negativizm, bosh og'riq.

8. Bemor 30 yeshda kul oeklarda kuchsizlik yurish kiyinlashishi va poldan turish kiyinlashishi boshlangan. Shunga uxshash otasining kasalligi aniklandi. Aniklandi: tetraparez proksimal kismalarda periferik xilda, "urdak yurish", "osinaya taliya", norvonga uxshab yurish qaysi kasallik?

1.Nevral amiotrofiyasi.

2.Spinal amiotrofiyasi

3.Miopatiya

4.Miotoniya

9.Jinsiy xromatinni qaysi usul bilan aniqlash mumkin?

1.Elektron-mikroskopik.

2.UZI

3.Dermatoglifik

4.Sitogenetik

10.Jinsiy xromatinni tekshirish materiali nima hisoblanadi?

1.Teri va shilliq parda.

2.Periferik qondagi leykotsitlar

3.Qon, siydik

4.Suyak ko'migi

Mavzu: O'tkir psixozlar, travmatik ensefalopatiyalarni aniqlash usullari.

Reja:

1. O'tkir psixozlar ta'rifi va etiologiyasi
2. O'tkir psixozlarning asosiy klinik turlari
3. Travmatik ensefalopatiya ta'rifi va bosh miya shikastlari bilan bog'liqligi
4. Travmatik ensefalopatiyaning klinik shakllari
5. O'tkir psixozlar, travmatik ensefalopatiyalarni davolash

O'tkir psixozlar psixiatriyada eng og'ir va murakkab ruhiy holatlardan biri bo'lib, ular qisqa vaqt ichida rivojlanadigan, bemorning voqelikni idrok etishi, tafakkuri, xulq-atvori va emotsional holatining keskin buzilishi bilan tavsiflanadi. Ushbu holatda bemor real voqelikni to'g'ri baholay olmaydi, o'z harakatlarini nazorat qilish qobiliyati pasayadi yoki butunlay yo'qoladi. O'tkir psixozlar ko'pincha shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan holat bo'lib, bemorning o'zi va atrofdagilar uchun xavf tug'dirishi mumkin. O'tkir psixozlarning asosiy belgilariga ongning buzilishi, gallyutsinatsiyalar, vasvasalar, dezorientatsiya, affektiv keskinlik, psixomotor qo'zg'alish yoki aksincha, tormozlanish kiradi. Ushbu holatlar ko'pincha to'satdan boshlanadi va avval sog'lom bo'lgan shaxslarda ham yuzaga kelishi mumkin. Shu sababli o'tkir psixozlar nafaqat psixiatriya, balki umumiy tibbiyot, travmatologiya, narkologiya va reanimatsiya amaliyotida ham muhim ahamiyatga ega. Etiologik jihatdan o'tkir psixozlar ko'p omilli kasalliklar hisoblanadi. Ularning kelib

chiqishida biologik, psixologik va ijtimoiy omillar o‘zaro murakkab tarzda ta’sir ko‘rsatadi. Eng avvalo, markaziy asab tizimida yuzaga keladigan organik o‘zgarishlar o‘tkir psixozlarning rivojlanishida muhim rol o‘ynaydi. Bosh miya shikastlari, miya qon aylanishining buzilishi, miya yallig‘lanish kasalliklari va neyroinfeksiyalar bunday holatlarning paydo bo‘lishiga zamin yaratadi. Shuningdek, intoksikatsiya omili o‘tkir psixozlar etiologiyasida alohida o‘rin tutadi. Spirtli ichimliklar, giyohvand moddalar, psixotrop dorilarni nazoratsiz qabul qilish, zaharli moddalar bilan zaharlanish natijasida o‘tkir psixotik holatlar rivojlanishi mumkin. Ayniqsa, alkogol va narkotik moddalarga qaram shaxslarda o‘tkir psixozlar ko‘proq uchraydi va og‘ir kechadi. Somatik kasalliklar ham o‘tkir psixozlarning sabablaridan biri hisoblanadi. Yuqori harorat bilan kechadigan infeksiyon kasalliklar, endokrin tizim buzilishlari, metabolik muvozanatsizlik, og‘ir jarrohlik amaliyotlaridan keyingi holatlar psixoz rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Bu holatlarda psixoz ikkilamchi bo‘lib, asosiy somatik kasallik fonida namoyon bo‘ladi. Psixogen omillar ham etiologiyada muhim ahamiyatga ega. Kuchli ruhiy zarba, o‘tkir stress, yaqin insonini yo‘qotish, ijtimoiy ziddiyatlar va favqulodda vaziyatlar ayrim shaxslarda o‘tkir psixoz rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkin. Bunday holatlarda psixoz ko‘pincha qisqa muddatli bo‘lsa-da, klinik jihatdan og‘ir kechadi.

O‘tkir psixozlar klinik jihatdan turli shakllarda namoyon bo‘lib, ularning har biri ruhiy faoliyatning buzilish darajasi, ong holati, emotsional fon va xulq-atvor o‘zgarishlari bilan farqlanadi. Klinik turlarni to‘g‘ri ajrata bilish tashxis qo‘yish, davolash taktikasini belgilash va asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi. O‘tkir psixozlarning asosiy klinik turlari sifatida deliriy, amentiv holat, o‘tkir gallyutsinator psixoz va o‘tkir paranoid psixozlar ajratiladi.

Deliriy o‘tkir psixozlarning eng ko‘p uchraydigan klinik shakllaridan biri bo‘lib, u ongning buzilishi, dezorientatsiya va boy, jonli gallyutsinatsiyalar bilan xarakterlanadi. Bunda bemor vaqt, makon va atrofdagilarni noto‘g‘ri idrok etadi, real va tasavvuriy voqealarni farqlay olmaydi. Deliriy ko‘pincha kechasi kuchayadi, psixomotor qo‘zg‘alish, qo‘rquv, bezovtalik va affektiv beqarorlik bilan kechadi. Ushbu holat ko‘proq intoksikatsiya, infeksiyon kasalliklar, og‘ir somatik holatlar va bosh miya shikastlaridan keyin rivojlanadi. Deliriy vaqtinchalik bo‘lsa-da, hayot uchun xavfli bo‘lishi mumkin.

Amentiv psixoz ongning chuqur va tartibsiz buzilishi bilan kechadigan o‘tkir psixotik holat hisoblanadi. Bu holatda bemorning tafakkuri parchalanadi, nutqi mantiqsiz va uzluksiz bo‘lmagan bo‘ladi, atrof-muhitni idrok etish keskin buziladi. Bemor savollarga aniq javob bera olmaydi, harakatlari maqsadsiz va tartibsiz bo‘ladi. Amentiv holat ko‘pincha og‘ir infeksiyalar, sepsis, travmatik holatlar va uzoq davom etgan intoksikatsiyalar fonida yuzaga keladi. Klinik jihatdan bu psixoz eng og‘ir shakllardan biri bo‘lib, uzoq davom etishi va chuqur astenik holat bilan yakunlanishi mumkin.

O'tkir gallyutsinator psixoz asosan gallyutsinatsiyalarning ustunligi bilan tavsiflanadi. Bunda ong nisbatan saqlangan bo'lishi mumkin, biroq bemor mavjud bo'lmagan tovushlar, ovozlar yoki tasvirlarni real deb qabul qiladi. Eng ko'p uchraydigan shakli eshituv gallyutsinatsiyalari bo'lib, ular buyruq beruvchi yoki tahdidli xarakterga ega bo'lishi mumkin. Ushbu psixozda bemorning xulq-atvori gallyutsinatsiyalar mazmuniga bog'liq holda xavfli tus olishi ehtimoli yuqori. O'tkir gallyutsinator psixozlar ko'pincha alkogol va giyohvand moddalar bilan bog'liq holatlarda, shuningdek, organik miya shikastlarida kuzatiladi.

O'tkir paranoid psixoz vasvasaviy fikrlarning tez va keskin rivojlanishi bilan ifodalanadi. Bunda bemorda ta'qib qilinayotganlik, zarar yetkazilayotganlik yoki fitna uyushtirilayotganligi haqidagi noto'g'ri, asossiz ishonchlar paydo bo'ladi. Ong ko'pincha saqlangan bo'lsa-da, tafakkur mazmuni buzilgan bo'ladi. Bemor shubhali, ishonchsiz va tajovuzkor bo'lib qolishi mumkin. O'tkir paranoid psixozlar psixogen omillar, kuchli stress holatlari, shuningdek, miya organik kasalliklari bilan bog'liq ravishda yuzaga keladi.

Travmatik ensefalopatiya klinik jihatdan bir nechta shakllarda namoyon bo'lib, ularning og'irlik darajasi va simptomlari bosh miya shikastining xarakteri hamda davomiyligiga bog'liq bo'ladi. O'tkir shakl odatda jarohatdan keyingi dastlabki davrda rivojlanib, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, hushning qisqa muddatli buzilishi va vegetativ belgilar bilan kechadi. Bu davrda psixomotor qo'zg'alish yoki tormozlanish, emotsional beqarorlik kuzatilishi mumkin.

Subakut shakl jarohatdan keyin bir necha hafta yoki oylar o'tib rivojlanadi. Ushbu bosqichda bemorlarda xotira va diqqatning pasayishi, tez charchash, uyqu buzilishlari, iritabellik va depressiv holatlar ustunlik qiladi. Nevrologik belgilar nisbatan kamroq ifodalangan bo'lsa-da, psixik buzilishlar ancha barqaror tus oladi.

Surunkali travmatik ensefalopatiya esa uzoq muddat davom etuvchi va progressiv xarakterga ega bo'ladi. Bunda kognitiv funksiyalar keskin pasayadi, shaxs o'zgarishlari, demensiya elementlari, epileptik tutqanoqlar va og'ir psixik buzilishlar rivojlanadi. Bemorning mehnat qobiliyati va ijtimoiy moslashuvi sezilarli darajada cheklanadi. Ushbu shakl ko'pincha takroriy bosh miya shikastlari yoki yetarli davolanmagan o'tkir holatlar natijasida yuzaga keladi

O'tkir psixozlar va travmatik ensefalopatiyalarni davolash

O'tkir psixozlar va travmatik ensefalopatiyalarni davolash kompleks, bosqichma-bosqich va individual yondashuvni talab qiladi. Davolash jarayonida asosiy maqsad bemorning hayotiy xavfsizligini ta'minlash, psixik va nevrologik simptomlarni kamaytirish hamda asoratlarning oldini olishdan iboratdir. O'tkir psixozlarda birinchi navbatda bemorning qo'zg'alishini bartaraf etish, ong holatini barqarorlashtirish va xavfli xatti-harakatlarning oldini olish muhim hisoblanadi.

Farmakoterapiya davolashning asosiy tarkibiy qismi bo'lib, antipsixotik, sedativ, trankvilizator va simptomatik dori vositalarini qo'llashni o'z ichiga oladi. Travmatik ensefalopatiyada esa miya qon aylanishini yaxshilovchi, neyroprotektiv, metabolik va vitamin preparatlar keng qo'llaniladi. Davolash jarayonida bemorning somatik holatini ham nazorat qilish zarur, chunki qo'shimcha kasalliklar psixik holatni og'irlashtirishi mumkin.

Reabilitatsiya bosqichi davolashning ajralmas qismi hisoblanadi. Psixologik qo'llab-quvvatlash, kognitiv mashg'ulotlar, fizioterapiya va ijtimoiy moslashuv choralari qo'llash bemorning hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi. Hamshiralik ishi bu jarayonda muhim o'rin tutib, bemorni kuzatish, parvarish qilish, dori vositalarini o'z vaqtida berish va shifokor ko'rsatmalarini bajarishni ta'minlaydi.

Nazorat savollari

1. O'tkir psixozlar tushunchasiga ta'rif bering.
2. O'tkir psixozlarning kelib chiqishida qanday etiologik omillar ishtirok etadi?
3. Deliriy psixozining asosiy klinik belgilari nimalardan iborat?
4. Amentiv psixozning deliriydan farqli jihatlarini tushuntiring.
5. O'tkir gallyutsinator psixozga xos xususiyatlarni bayon qiling.
6. O'tkir paranoid psixoz qanday belgilar bilan namoyon bo'ladi?
7. Travmatik ensefalopatiya nima va u qanday rivojlanadi?
8. Travmatik ensefalopatiya va bosh miya shikastlari o'rtasidagi bog'liqlikni tushuntiring.
9. Travmatik ensefalopatiyaning klinik shakllarini sanab bering.
10. O'tkir psixozlar va travmatik ensefalopatiyalarni davolashning umumiy tamoyillari qanday?

Vaziyatli masalalar

1. 40 yoshli bemor infeksiyon kasallikdan keyin kechasi bezovta, qo'rquvda, mavjud bo'lmagan narsalarni ko'rayotganini aytmoqda. Ushbu holatni baholang.
2. Bemor bosh miya chayqalishidan keyin tez charchash, bosh og'rig'i va uyqusizlikdan shikoyat qilmoqda. Qanday holat haqida o'ylash mumkin?
3. Spirtli ichimlikni suiiste'mol qiluvchi bemorda buyruq beruvchi ovozlari eshitila boshlagan. Ushbu holat qanday psixozga xos?
4. Bemor o'zini ta'qib qilinayotganiga qat'iy ishonadi, atrofdagilarga ishonchsizlik bilan qaraydi. Klinik holatni aniqlang.
5. Og'ir travmadan keyin bemor savollarga mantiqsiz javob bermoqda, nutqi parcha-parcha. Qaysi psixoz haqida so'z yuritish mumkin?
6. Bosh miya lat yeyishidan keyin bir necha oy o'tib bemorda xotira pasayishi va shaxs o'zgarishi paydo bo'lgan. Bu qaysi bosqichga xos?

7. Bemor o'tkir psixoz holatida tajovuzkor. Hamshira qanday xavfsizlik choralari ko'rishi kerak?
8. Travmatik ensefalopatiyada kognitiv buzilishlar qanday namoyon bo'ladi?
9. O'tkir psixoz bilan travmatik ensefalopatiyani differensial tashxislashda nimaga e'tibor beriladi?
10. Reabilitatsiya davrida hamshiralik parvarishining ahamiyatini baholang.

Test savollari

1. O'tkir psixozlar uchun eng xarakterli belgi qaysi?
A) Somatik og'riqlar
B) Ong va idrokning buzilishi
C) Ishtahaning oshishi
D) Tana vaznining kamayishi
To'g'ri javob: B
2. Deliriyda qaysi belgi ustunlik qiladi?
A) Ong saqlanishi
B) Jonli gallyutsinatsiyalar va dezorientatsiya
C) Faqat depressiya
D) Xotiraning to'liq saqlanishi
To'g'ri javob: B
3. Amentiv psixozning asosiy belgisi:
A) Tartibli fikrlash
B) Ongning parchalanishi
C) Faqat vasvasa
D) Faqat qo'rquv
To'g'ri javob: B
4. O'tkir paranoid psixozda ko'proq kuzatiladi:
A) Apatiya
B) Vasvasaviy fikrlar
C) Ong yo'qolishi
D) Koma
To'g'ri javob: B
5. Travmatik ensefalopatiya nimaning oqibatida rivojlanadi?
A) Endokrin kasalliklar
B) Bosh miya shikastlari
C) Allergiya
D) Ovqatlanish buzilishi
To'g'ri javob: B
6. Travmatik ensefalopatiyaning surunkali shakliga xos belgi:
A) Qisqa muddatli bosh aylanishi
B) Kognitiv pasayish
C) Isitma

D) O'tkir og'riq

To'g'ri javob: B

7. O'tkir gallyutsinator psixozda yetakchi simptom:

A) Harakat buzilishi

B) Gallyutsinatsiyalar

C) Nutq yo'qolishi

D) Koma

To'g'ri javob: B

8. Travmatik ensefalopatiyada davolashning asosiy maqsadi:

A) Faqat og'riqni kamaytirish

B) Miya funksiyalarini tiklash va asoratlarni oldini olish

C) Faqat uyquni normallashtirish

D) Faqat psixoterapiya

To'g'ri javob: B

9. O'tkir psixozda birinchi navbatdagi chora:

A) Bemorni yolg'iz qoldirish

B) Xavfsizlikni ta'minlash

C) Reabilitatsiya

D) Fizioterapiya

To'g'ri javob: B

10. Hamshiraning o'tkir psixozdagi asosiy vazifasi:

A) Faqat hujjat to'ldirish

B) Kuzatuv va xavfsizlikni ta'minlash

C) Faqat dori buyurish

D) Faqat suhbat

To'g'ri javob: B

Klasterni tuzish qoidasi

Aqlingizga nima kelsa, barchasini yozing. G'oyalar sifatini muhokama qilmang, faqat ularni yozing.

Xatni to'xtatadigan imlo xatolariga va boshqa omillarga e'tibor bermang.

Ajratilgan vaqt tugaguncha yozishni to'xtatmang. Agarda aqlingizda g'oyalar kelishi birdan to'xtasa, u holda qachonki yangi g'oyalar kelmaguncha qog'ozga rasm chizib turing.

2.9 modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 12.	Narkologiyaning ijtimoiy yo'nalishlari 2.9.1 Giyohvandlik va toksikomaniyaning turlari, linik ko'rinishi. (2 kredit)
--	---

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni: 15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va	Nazariy mashg'ulot

turi	
Ma'ruza mashg'ulotning rejasi.	1. Giyoxvandlik va uning turlari 2. Toksikomaniyani klinik ko'rinishi va hamshiralik parvarishi
O'quv mashg'uloti maqsadi: 1. Ta'limiy: <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2. Tarbiyaviy maqsadi: <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik hissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.

<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baholash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustahkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimasion bemorlarni parvarish kilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p> <p>3. Har bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustahkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollarigi javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar. "Baliq skeleti" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi. Uyga vazifa Giyohvandlik va toksikomaniyaning turlari, klinik ko'rinishi.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab kasalliklari propevtikasi" 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova "Psixiatriya" Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov "Asab va ruhiy kasalliklar" 2013-yil o'quv qo'llanma 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova “Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi” o’quv qo’llanma Andijon-2025	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar. Giyohvandlik haqida tushuncha. Narkomaniya, toksikomaniya, barbituromaniyalar, efiromaniyalar haqida ma’lumot. Trankvilizatorlar bilan zaharlanish. Giyohvandlik turlari. Geroin, opiy (afyun)li narkomaniyalar (morfinizm, kodeinizm).Geroin giyoxvandligidagi abstinensiya belgilari. Geroin giyohvandlikni davolashni zamonaviy uslublari. Qon va siydikda giyohvand moddalarini aniqlashda zamonaviy usullar. Giyohvandlikda shaxs buzilishlarining ko’rinishlari. Geroinni ortiqcha dozada qabul qilishidan rivojlangan koma holatida birinchi yordam. Nashavandlik. Kokainizm. Amfetamin (fenamin) birikmalariga o’rganib qolishlik. Giyohvandlik (narkomaniya) bilan kasallangan bemorlarda hamshiralik jarayoni va parvarishi. Giyoxvandlikka uchragan bemorlarni reabilitatsiyasi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giyohvandlik, narkomaniya, toksikomaniya, barbituromaniyalar, efiromaniyalar haqida ma’lumotlarni; • giyohvandlik turlarini; • geroin, opiy (afyun)li narkomaniyalar (morfinizm, kodeinizm) haqida ma’lumotlarni; • geroin giyoxvandligidagi abstinensiya belgilarini; • geroin giyohvandlikni davolashni zamonaviy uslublarini; • qon va siydikda giyohvand moddalarini aniqlashda zamonaviy usullarni; • giyohvandlikda shaxs buzilishlarining ko’rinishlarini; • geroinni ortiqcha dozada qabul qilishidan rivojlangan koma holatini; •
O’qitish metodlari	“Stol o’rtasidagi ruchka”, ”Galereya bo’yicha tur” Kichik guruxlarda ishlash”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruhlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, vidiofilmlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.

O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o'quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov: tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Giyohvandlik va toksikomaniyaning turlari, klinik ko'rinishi.

Rejasi:

2. Giyoxvandlik va uning turlari

2. Toksikomaniyani klinik ko'rinishi va hamshiralik parvarishi

Giyohvandlik — bu narkotik moddaga o'rganib, unga yengib bo'lmaz darajada qaram bo'lib qolish holatidir. Narkotik moddani uzoq vaqt iste'mol qilish natijasida odam asta-sekin unga moslashib boradi. Ba'zan somatik kasalliklarda og'riqni qoldirish maqsadida narkotik preparatlardan foydalanish ham giyohvandlikka olib keladi. Masalan, promedol va barbituratlarni uzoq muddat qabul qilish natijasida ham qaramlik rivojlanishi mumkin. Narkomaniyaga chalingan bemorlar preparatni vaqtincha to'xtatganda abstinensiya belgilari paydo bo'ladi. Bular kayfiyatning yomonlashuvi, tajanglik, lanjlik, bosh aylanishi, yurak urishining tezlashuvi, ich ketishi, uyqusizlik, vahima kabi holatlardir. Ushbu davrda bemor narkotikni qo'lga kiritish uchun har qanday, hatto jinoiy harakatlardan ham qaytmaydi. Bunday bemorlar odatda holsiz bo'ladi, ishtahasi yo'qoladi, terisi quruq va shilviragan bo'ladi, qo'l barmoqlarida titroq (tremor) kuzatiladi. Ruhiy holati beqaror bo'lib, aqliy mehnat qobiliyati va xotirasi pasayadi.

Jahonda ishlab chiqarilayotgan va iste'mol qilinayotgan narkotik moddalarning salmoqli qismi Markaziy Osiyoda tayyorlanayotgani yoki ushbu hudud orqali tashib o'tilayotgani sir emas. Narkobiznesning tranzit yo'nalishlari ayrim mintaqalarda jamlanganiyoq bu dahshatli hodisaga barham berishda jahon hamjamiyati o'z imkoniyatlarini birlashtirib ishga solishi uchun yetarli asos bo'la oladi. Shu munosabat bilan O'zbekiston barcha manfaatdor mamlakatlar va tashkilotlar bilan hamkorlik qilishga tayyor ekanini ta'kidlagan.

Giyohvandlikka qarshi kurash bugungi kunda eng dolzarb muammolardan biriga aylangan. BMT ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda hozirda 8 million kishi heroin, 191,2 million kishi esa turli xil giyohvand moddalarni iste'mol qiladi. Natijada 200 millionga yaqin odam zaharlangan. Ayniqsa, rivojlangan davlatlarda giyohvandlik vositalari bilan bog'liq jinoyatlar soni tobora ortib bormoqda.

Giyohvand moddalarni ishlab chiqarish, ularning savdosi va iste'moli keng tus olayotgani sababli bu ijtimoiy illatga qarshi kurashni yanada kuchaytirish talab etiladi. Ushbu jinoiy biznes katta daromad keltirishi bois, uning ishtirokchilarini

xalqaro huquq me'yorlari va milliy qonunchilik asosida tartibga solish oson kechmaydi.

Shuni alohida ta'kidlash joizki, mamlakatimizda giyohvand moddalarni ishlab chiqarish, sotish va ular bilan bog'liq jinoyatlarga qarshi kurashish yuzasidan birinchilardan bo'lib milliy qonunchilik majmui ishlab chiqilgan. Narkomaniyani keltirib chiqaradigan moddalarga biologik muhtojlik mavjudligi to'liq isbotlanmagan bo'lsa-da, bu kasallikning rivojlanishida ijtimoiy omillar (noto'g'ri tarbiya, atrof-muhit ta'siri, oiladagi salbiy kelishmovchiliklar), shaxsning konstitutsional xususiyatlari, psixologik holatlar (qiziqish, tajribaga intilish, kayfsafoga berilish, muammolardan qochish), shuningdek, ayrim somatik kasalliklar muhim rol o'ynaydi.

Narkotik moddalarni asta-sekin qabul qilish natijasida inson organizmida chuqur o'zgarishlar yuz beradi. Giyohvand modda qabul qilgan bemorda ushbu moddalarga nisbatan ruhiy va jismoniy qaramlik shakllanadi.

Giyohvand moddalarni iste'mol qilganda bemor atrofdagilar bilan muloqotni yo'qotadi. Borliq rang-barang tusga kiradi, tovushlar aks-sado beradi, oddiy ko'lmak suv ham ko'ziga dengizdek ko'rinadi. Bu holat gallyutsinatsiya deb ataladi. Gallyutsinatsiya asta-sekin yo'qolib, uning o'rnini qo'rquv, ta'qib etuvchi vasvasa egallaydi va kayfiyat keskin yomonlashadi. Ko'pincha giyohvandlar ana shunday holatda og'ir jinoyatlar sodir etadi yoki o'z joniga qasd qilishgacha boradi.

Xumor tutgan paytda bemorda ichish, chekish yoki ukol qilishga kuchli ehtiyoj paydo bo'ladi. Agar giyohvand modda topa olmasa, kayfiyati buziladi, tanasida titroq, yurak urishining tezlashuvi, og'iz qurishi, tutqanoq kuzatilishi mumkin. Bu holat tibbiyotda abstinensiya (xumor holati) deb ataladi. O'z vaqtida tez tibbiy yordam ko'rsatilmasa, bemor hayotdan ko'z yumishi mumkin.

Kasallik qanchalik og'ir bo'lmasin, bemor vaqtida shifokorga murojaat qilsa, uni davolash imkoniyati mavjud. Shu sababli o'z sog'lig'i, oilasi va jamiyatdagi o'rnini yo'qotishni istamagan har bir inson giyohvandlikni davolovchi tibbiyot muassasalariga murojaat qilishi lozim. Giyohvand moddalarni qabul qilish ichki organlarda chuqur organik o'zgarishlarga olib kelib, surunkali kasalliklarni yuzaga chiqaradi. Inyeksiya yo'li bilan narkotik qabul qiluvchilar orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) virusini yuqtirishi mumkin. Giyohvandlarni davolash murakkab jarayon bo'lib, shu sababli kasallikning oldini olish asosiy vazifa hisoblanadi. Bugungi kunda giyohvandlik vositalari va psixotrop moddalarni iste'mol qilishga jalb etish bilan bog'liq jinoyatlarga ko'proq voyaga yetmaganlar jalb qilinmoqda. Natijada yoshlar orasida kuchli ta'sir etuvchi va zaharli moddalarni tayyorlash, sotish, shuningdek talonchilik, o'g'rilik, nomusga tegish kabi jinoyatlar ko'paymoqda.

Giyoxvandlik

Giyoxvandlik biror bir narkotik moddaga o‘rganib, yengib bo‘lmas darajada xirs qo‘yishdan iboratdir. Narkotikni uzoq vaqt iste‘mol qilib yurgandan keyin odam unga asta sekin o‘rganib qoladi. Odamning bunga shu tariqa o‘rganib qolishiga somatik kasallik munosabati bilan og‘riqni qoldiradigan modda o‘rnida narkotik preparatlarni ishlatish sabab bo‘ladi. Promedol va barbituratlar uzoq ishlatilganda odam bularga xam o‘rganib qoladi. Narkomaniyaga giriftor odamlar preparat qabulini vaqtincha to‘xtatib qo‘yganda abstinensiya degan nom bilan yuritiladigan bir qancha og‘ir xis tuyg‘ular paydo bo‘ladi: kayf ruxiyat yomonlashib, odamning tajang bo‘lib ketishi, lanj tortishi, bosh aylanishi, yuragi o‘ynashi, ich ketishi, yaxshi uxlay olmasligi, vaxima bosishi shular jumlasidandir. Abstinensiya davrida bemorlar narkotikni qo‘lga kiritish uchun xar qanday usul amallardan, ba‘zan jinoiy ishlardan xam qaytmaydi. Giyoxvandlikka giriftor bemorlar odatda xoldan toygan bo‘ladi. Ishtaxasi yo‘qoladi. Badan terisi quruq shilviragan bo‘ladi, yuragi o‘ynab turadi, uyqusi buziladi, qo‘l barmoqlari titraydi (tremor). Bemorlar yolg‘onchi, Dam kulib dam yig‘laydigan bo‘lib qoladi, aqliy ish qobiliyati va xotirasi pasayib ketadi.

Davosi. Davo uzoq va sabr bilan davom ettirilishi lozim. Bu kasallikka qarshi kurashda uni oldini olish asosiy o‘rinda turadi. Davoning dastlabki kunlarida ba‘zan bemorlarga kamayib boradigan miqdorlarda narkotik in‘eksiya kilib boriladi. Abstinensiya xodisalarini bartaraf etish uchun uyqu bilan davolash usulidan foydalaniladi. Kichik va o‘rta dozalarda insulin berib, glyukoza yuborib turish yaxshi natija beradi. Aminazin bilan davolashda so‘ngi vaqtlarda yaxshi natija olinmoqda.

Toksikomaniyalarning xamma tur xillaridan tamakini iste‘mol qilish eng ko‘p rasm bo‘lgan. JSSTning ma‘lumotlariga qaraganda chekish ko‘pgina mamlakatlardagi yosh qizlar bilan ayollar orasida tez rasm bo‘lib bormoqda, bu axolining yangi nasliga yomon ta‘sir ko‘rsatadi. Tamaki chekilganda organizmga o‘tadigan asosiy zaxar nikotindir. Nikotin avvalo nerv sistemasiga ta‘sir kiladi. Umrida biror marta xam chekmagan odamni nikotinning bir necha santigramm miqdoridan o‘lib qolishi isbotlangan. JSSTning ma‘lumotlariga qaraganda chekish rasm bo‘lgan mamlakatlarda rakdan o‘lish xollari ko‘payib bormoqda. Chekish yurak-qon tomir kasalliklariga, nafas olish organlari xronik kasalliklariga, me‘da va o‘n ikki barmoq kasalliklariga olib keladi.

Ayol kishining xomilador vaqtida chekishi qornidagi xomilaning rivojlanib borishiga zararli ta‘sir ko‘rsatadi. Tamaki tutuni sog‘lom organizmga xam xaloqatli ta‘sir kursatadi.

Giyoxvandlik va toksikomaniya. Giyoxvandlik va toksikomaniya ruxiy faold moddani, shu jumladan narkotik moddalarni suiste‘mol kilish natijasida yuzaga keladigan surunkali zaxarlanishdir. Narkotik eyforiyaning klinik kurinishi yukori kayfiyat, kup kulish, telbalik, dikkat chalgishi, fikrlash kobiliyatining tezlashuvi, xarakat tezlashuvi, jizzakilik, tajovuzkorlik kuzatiladi.

Giyoxvandlikning yuzaga kelishida 3ta bosqich farqlanadi:

1. Boshlangich bosqich– adaptatsiya bosqichi – tana reaktivligining uzgarishi va ruxiy karamlikning yuzaga kelishi.
2. Surunkali bosqich– jismoniy karamlikning yuzaga kelishi tugallanishi.

3. Oxirgi bosqichda tananing barcha a'zolari kuchsizlanadi, tolerantlik, va refktivlik pasayadi, uzoq davom etadigan ogir abstinensiya kuzatiladi.

Toksikomaniyaning klinik ko'rinishi:

Toksikomaniya – narkotik modalar ruyxatiga kirmaydigan dorilar iste'mol kioish natijasida kelib chiqadigan zaxarlanishdir. O'tkir zaxarlanishda 4 ta bosqich farqlanadi:

1. Eyforiya
2. Ongning o'zgarishi.
3. Gallyutsinatsiya.
4. Xolatdan chikish boskichlari.

Eyforiya bosqichi 30 – 40 daqiqa davom etadi, lanjlik, tormozlanish, vaqt va atrof – muxitni anglashni buzilishi kuzatiladi. ba'zan gallyutsinatsiya, asosan ko'rish gallyutsinatsiyasi yuz beradi. Davolashda uchta bosqich olib boriladi. Abstent sindromini yo'qotish va tana a'zolarini normallashtirishni yo'lga qo'yish. Bunda xolinolitik, kurarsimon moddalar ishlatiladi. Narkotik sarxushlikning klinik ko'rinishi yuqori kayfiyati (ba'zida beg'amlik, xayolparastlik), ko'p kulish, telbalik, diqqat chalg'ishi, fikrlash qobiliyatining tezlashuvi, xarakatning tezlashuvi yoki unga qarama – qarshi lanjlik, xarakat muvofiqligining buzilishi, qadam tashlashning uzgaruvchanligi bilan namoyon buladi. Ba'zida badjaxillik, jizzakilik, tajovuzkorlik kuzatiladi. Teri qoplaminig qizarishi yoki rangparligi, kuzning xiralashuvi va ularning kengayishi kuzatilishi mumkin. Giyoxvandlik va toksikomaniya xos tana reaktivligining uzgarishidan yuzaga keladigan, dorivor va boshqa moddalarga bo'lgan ruxiy va jismoniy karamlik, tolerantlikning o'zgarishi umumiy alomatlar asosida yotadi. Ruxiy qaramlik – narkotik ta'sir yoki ruxiy kelishmovchilik xolatini yukotish maksadida moddalarni iste'mol qilishga intilishning rivojlanish tezligiga ko'p omillar sabab buladi. Bu omillarning asosiysi moddalarning narkogenlik xossasi xisoblanadi. Eng kuchli narkotik xususiyatga – kakoin, undan kamroq – nasha va MNS ishini kuchaytiruvchi moddalar ega bo'ladi. Jismoniy qaramlik – jismoniy va ruxiy uzgarishlar ko'rinishida yuzaga keladigan narkotik moddalarni surunkali iste'mol qilish natijasidagi dardchil xolatdir. Bu xolat moddalarni iste'mol kilmagandan yoki ularni antagonistlarni iste'mol kilishdan yuzaga keladi. Bu xolat narkotik moddalaning navbatdagi mikdorini berish bilan bartaraf etiladi.

Tolerantlikning uzgarishi – oldingi psixofarmokologik ta'sirini yuzaga keltirish uchun narkotik moddalarni yanada ko'proq miqdorda talab qilinishi natijasida narkotik moddalarga ko'nikishdir.

Giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish mastlik yoki gallyutsinatsiyalarni keltirib chiqaradigan, baxtiyorlik hissini uyg'otadigan yoki qo'zg'atadigan giyohvand moddalarni iste'mol qilishni anglatadi. Suiiste'mol qilish, ushbu moddalarni sog'liq va ijtimoiy xulq-atvor uchun yomon bo'lmagan usulda ishlatishni anglatadi.

Bog'lanish

Biz ba'zi moddalarga jismoniy qaram bo'lib qolamiz. Ular organizmga xabarchi moddalarni kiritadilar va to'g'ridan-to'g'ri biokimyoviy metabolizmga aralashadilar. Agar sizni to'xtatsak, bu jiddiy jismoniy oqibatlarga olib keladi, hech bo'lmaganda tanadagi kimyoviy muvozanat tiklanmaguncha.

Opiat, nikotin va alkogol bunday jismoniy qaramlikka olib keladi. Nasha yoki kokain kabi boshqa moddalar jismoniy, ammo psixologik qaramlikka olib kelmaydi. Agar jabrlanganlarga dori etishmasa, uni olish istagi g'oyat kuchli bo'ladi.

Giyohvandlik ruhiy kasalliklar bilan bog'liq va ko'pincha psixologik muammolar birinchi bor bo'lganmi yoki yo'qmi aniq emas, ya'ni ta'sirlangan odamlar birinchi navbatda qaram bo'lib qolishgan. Xususan, giyohvandlikka psixologik qaramlik beqaror belgilar uchun katta muammodir.

Opiat

Afyun, morfin va heroin - bu afyun haşhaşından olingan dorilar. O'simlik (*Papaver somniferum*) dastlab Osiyodan, xususan Afg'oniston, Pokiston, Eronning shimoli-sharqiy va qo'shni davlatlardan keladi. Ammo u Markaziy va Janubiy Amerikada ham etishtiriladi.

Urug'lardan ko'knori yog'ini siqib chiqarish mumkin, sut opiy xom ashyosi uchun asosdir. Deyarli pishgan kapsulalar pichoq bilan tirlangan. Sut chiqadi, quriydi va qirilib ketishi mumkin. Ushbu xom afyun ming yillar davomida og'riq qoldiruvchi va og'riqsizlantiruvchi vosita sifatida ishlatilgan. Uning tarkibida 20 dan ortiq alkaloid mavjud bo'lib, ularning eng asosiysi morfindir - uzoq vaqt davomida Evropadagi eng muhim giyohvand moddalar.

Shumer va Misrdagi birinchi tsivilizatsiya afyun ko'knorini dorivor o'simlik sifatida ishlatgan va uning mahsuloti - afyun Xitoyda ayniqsa muhim bo'lgan. U erda afyun chekish madaniyati ilk zamonaviy davrda rivojlangan. Ushbu afyun Britaniyaning East Indian kompaniyasini boy qildi; Hindistondan Xitoyga minglab tonna eksport qildi.

Afyun chekish Xitoyda katta ijtimoiy oqibatlarga olib keldi va Xitoy hukumati importga qarshi choralar ko'rди: 1839 yilda Kanton kantonida ular britaniyaliklar noqonuniy olib kirgan 1000 tonna afyunni yo'q qilishdi. Shu sababli Angliya hukumati afyun urushini olib bordi (1839-1842). Endi inglizlar g'alaba qozondi va Xitoyni nafaqat afyunni, balki britaniyaliklar tomonidan sotiladigan boshqa tovarlarni ham qabul qilishga majbur qildi.

Morfin

Germaniyalik farmatsevt Fridrix Vilgelm Serturner 1806 yilda afyindan morfin (morfin) ni ajratib olgan; Morfeyga yunoncha uyqu xudosi nomi berildi - u modda qo'zg'atadigan giyohvand moddalarni iste'mol qilish haqida gapirdi. U 1828 yildan beri zavodda ishlab chiqarilgan va 1853 yildan boshlab qon oqimiga kiritilgan.

Keyingi uch yil ichida u Qrim urushida, jumladan 1861-65 yillardagi Amerika fuqarolik urushida va 1870/71 yillarda Germaniya va Frantsiya o'rtasidagi urushda yaralangan nemis askarlarining og'riqlarini engillashtirish uchun keng ishlatilgan. Natijada minglab askarlar morfinga odatlanib qolishgan. Ushbu jismoniy giyohvandlikka maxsus nom berildi: morfinizm.

Geroïn

Oxir-oqibat, morfinga qaram bo'lgan askarlar, bu afyun yuqori darajada jismoniy giyohvandlikka olib kelganligini ko'rsatdi. Biroq, og'riq qoldiruvchi va tinchlantiruvchi vosita sifatida uning ta'siri shubhasiz edi va shifokorlar bu ijobiy xususiyatlarga ega bo'lgan, ammo ularni qaram qilib qo'ymaydigan almashtirishni qidirib topishdi.

Tarixning istehzosi: C.R.A. Rayt diatsetilmorfinni 1874 yilda sintez qildi. 1898 yilda Bayer ushbu morfin lotinini geroïn nomi bilan sotdi. Ko'p o'tmay, geroïn morfindan ham tezroq qo'shadi. Barcha giyohvand moddalar orasida, ehtimol meta-amfetaminlar (met) va yorilishlardan tashqari, giyohvand moddalarga tez qo'shadigan dori. Shu sababli Bayer 1931 yilda geroïn ishlab chiqarishni to'xtatdi.

"Giyohvandlar malikasi"

Boshqa opioidlardan farqli o'laroq, geroïn endi tibbiyotda qo'llanilmaydi. Biroq, noqonuniy dori sifatida, bu milliard dollarlik biznesdir. Giyohvand moddalarni iste'mol qiluvchilar geroïnni "giyohvandlar malikasi" deb atashadi. In'ektsiya eyforik balandlikka olib keladi, buni ko'zlari ochilgan odamlar tushida boshdan kechirishadi. Bu ta'sir afyunga o'xshamaydi, lekin geroïn tezroq va qizg'in ishlaydi.

Ammo morfin darajasi pasayganda, eyforiya depressiyaga aylanadi, tegishli odam juda g'azablanadi va yangi zarbani talab qiladi. Psixologik giyohvandlik bir nechta in'ektsiyalardan keyin boshlanadi, keyin jismoniy qo'shadi. Geroïn messenjerga miyadagi baxtni his qilishni faollashtiradigan moddalarni joylashtiradi. Agar giyohvandlar moddani olishdan to'xtasalar, tanada dastlab bu o'tkazgichlar bo'lmaydi. Bu jismoniy oqibatlariga olib keladi: Teri qichiydi, ular qusishi kerak, o'z hayotlari uchun qo'rqadigan kobuslarga ega, konvulsiyalarda qusadi va ter chiqadi. Ushbu holat bir necha hafta davom etadi.

Giyohvandning tanasi geroïnga o'rganib qolganidan so'ng, eyforik effekti yuzaga kelmaydi, aniqrog'i, ta'sirlangan odam bu ta'sirga erishish uchun ko'proq miqdordagi

mablag'ni olishga majbur bo'ladi va in'ektsiyadan in'ektsiyaga qadar bo'lgan masofa qisqaradi.

Giyohvandlik xavfi mavjudligi sababli, opiylarga deyarli barcha mamlakatlarda tibbiy maqsadlarda 1925 yildan beri ruxsat berilgan va faqat qat'iy sharoitlarda. Bir tomondan, afyun Afg'onistonda yoki Eronda ming yillar davomida madaniy boylik bo'lib kelgan, ikkinchi tomondan, dunyo miqyosida afyunning 92 foizi ishlab chiqariladigan Afg'onistonda, minglab fermerlar uni ko'knori etishtirish uchun himoya qilishni va'da qilgan giyohvand podshohlar uchun etishtirishadi.

Kokain

Kokain - dastlab Janubiy Amerikadan kelgan koka tupining barglaridan kimyoviy ravishda ishlab chiqarilgan kristalli kukun. Erythroxyllum coca va Erythroxyllum novogranatense turlarining koka barglari ming yillar davomida Andland mamlakatlarining tub aholisi uchun muhim og'riq qoldiruvchi vosita bo'lib kelgan.

Koka tupi

Ular barglarni kundalik hayotda, barcha turdagi og'riqli kasalliklarda bo'lgani kabi, ogohlantiruvchi ta'sirida ham foydalanadilar. Koza barglaridan tayyorlangan zarflar shamollash, shamollash, mushaklarning qattiqlashishi va kuyish, oyoqlarning shishishi va charchoqning oldini oladi.

Mahalliy shifokorlar oshqozon-ichak shikoyatlari uchun qaynatilgan koka barglarini yuvadilar va bosh og'rig'i uchun koka barglarini chaynadilar. Kolik va gastrit mahalliy aholini kokadan olingan ichimliklar bilan davolashadi. Ikki turdagi koka tuplari And tibbiyotida eng muhim o'simliklar qatoriga kiradi.

Ispaniya istilochilari hind qullaridan yaxshiroq foydalanish uchun o'simliklarning xususiyatlaridan foydalandilar: koka bilan ular kamroq ovqatlanishlari kerak va ko'proq ishlashlari mumkin edi.

Alkaloid

Koka barglari Evropaga 18-asrda kelgan va farmatsevt Albert Niamann 1860 yilda alkaloid kokainni ajratib olgan. 1862 yilda Darmshtadtdagi Merck kompaniyasi uni fabrikada ishlab chiqargan. Kokain ko'z jarrohligi paytida lokal behushlik uchun ishlatilgan va Sigmund Freund uni depressiyani davolash vositasi sifatida maqtagan; u buni muntazam ravishda olib bordi va ehtimol psixologik jihatdan bog'liq edi.

Koks

1886 yilda farmatsevt Jon Styit Pemberton charchoq va bosh og'rig'idan xalos bo'lish uchun kola va koka bargini davolash vositasini ixtiro qildi. Ushbu ichimlik 1892

yildan beri Coca-Cola deb nomlangan. Psixologik qaramlik xavfi Coca-Cola kompaniyasining 1903 yilda kokainni kofein bilan almashtirishiga olib keldi.

Bugungi kunda Lotin Amerikasidagi bir nechta mamlakat koka mahsulotlarini qonuniylashtirishni talab qilmoqda. Ekvador “Coca si, Cocain no” aktsiyasining kashshofi. Koka shampunlari, koka choylari, hindiston yong'og'i shirinliklari, koka tabletkalari, koka cookie-fayllari va boshqalar mavjud. Alohida ajratilgan kokaindan farqli o'laroq, ushbu mahsulotlarga qaramlik xavfi kam.

Kokain qanday ishlaydi?

Kokain eyforiya, cheklanmagan va foydalanuvchilar o'zlarini hayratda qoldiradigan manik kabi his qiladilar: ular hamma narsani qila olishlariga, ajoyib g'oyalarni ishlab chiqishlariga, o'zlarining shubhalari yo'qolishiga va haddan tashqari kattalikdagi egoni yaratishga ishonadilar. Agar intoksikatsiya pasayib ketsa, unda depressiv davr keladi. Shuning uchun kokain shoshqaloqligini bipolyar bemorlarning klinik ko'rinishi bilan taqqoslash mumkin.

Ekstremal eyforiya va "qora tuynuk" o'rtasidagi o'zgarish psixologik qaramlikning yuqori xavfiga olib keladi, chunki ta'sirlanganlar pastlardan qo'rqishadi va preparat bilan yuqori darajaga etishadilar. Kokain, shuningdek, "anti-ijtimoiy dori" hisoblanadi.

Kimki "koksda" bo'lsa, u nafaqat dunyoning hukmdori kabi o'zini his qiladi, balki ko'pincha boshqalarni ham deval qiladi; u yo'q narsaga pul tashlaydi, u takabbur va vijdotsiz ko'rinadi. Koks (manikerlar singari) giyohvand moddalarni iste'mol qilganda, ularning xatti-harakatlari orqali yaqin ijtimoiy munosabatlarni doimiy ravishda yo'q qiladi.

Kokain neyrotransmitterlarning dopamin, norepinefrin va serotoninini chiqarilishini rag'batlantiradi, bu qon bosimi, puls va nafas olish tezligini oshiradi. Tana yuqori o'qish qobiliyatining signalini oladi va to'liq tezlikd Koks odatda kukunni tor chiziqlar bilan siqib chiqaradi, ular burunga singib ketadi. Shu bilan birga, koksni suv va pishirish kukuni bilan ham qaynatish mumkin, keyin aralashmani kuyish va nafas olish yoki tutun chiqarish mumkin. Keyin biz yoriq yoki freebase haqida gapiramiz.

Nazorat savollari

1. **Giyohvandlik** tushunchasiga ta'rif bering va uning asosiy belgilari nimalardan iborat?
2. **Toksikomaniya** nima va u giyohvandlikdan qaysi jihatlari bilan farq qiladi?
3. Giyohvandlikning rivojlanishida qaysi **ijtimoiy, psixologik va biologik omillar** muhim hisoblanadi?
4. Giyohvandlikning **bosqichlarini** sanab bering va har bir bosqichga qisqacha tavsif bering.

5. **Ruhiy qaramlik** va **jismoniy qaramlik** o'rtasidagi farqlarni tushuntiring.
6. **Abstinensiya (xumor) sindromi** nima va uning asosiy klinik belgilarini sanab bering.
7. Narkotik mastlik (intoksikatsiya) holatining **klinik ko'rinishlari** qanday namoyon bo'ladi?
8. Toksikomaniyada uchraydigan **o'tkir zaharlanish bosqichlarini** izohlang.
9. Giyohvandlik va toksikomaniyada **gallyutsinatsiyalar** qanday paydo bo'ladi va ularning xavfi nimada?
10. Giyohvandlik va toksikomaniyaning **ijtimoiy va tibbiy oqibatlarini** nimalardan iborat?

Vaziyatli masalalar

1-vaziyatli masala

25 yoshli erkak tez yordam bo'limiga olib kelindi. Bemor juda quvnoq, ko'p gapiradi, kuladi, o'zini juda kuchli va aqlli deb hisoblaydi. Yurak urishi tezlashgan, qon bosimi yuqori, ko'z qorachig'i kengaygan. Bir necha soatdan keyin bemorda tushkunlik, xavotir va kuchli holsizlik paydo bo'ldi.

Savol:

- Qaysi giyohvand modda iste'mol qilingan bo'lishi mumkin?
- Qaysi klinik bosqich kuzatilmoqda?

2-vaziyatli masala

40 yoshli erkak 12 yildan beri giyohvand moddani in'eksiya yo'li bilan qabul qilib keladi. So'nggi vaqtda dorini topa olmaganida qattiq og'riqlar, terlash, titroq, ich ketishi, uyqusizlik va kuchli bezovtalik paydo bo'lmoqda. Teri rangpar, tomir izlari ko'rinadi.

Savol:

- Bu holat qanday ataladi?
- Qaysi turdagi giyohvandlikka xos?

3-vaziyatli masala

18 yoshli yigit do'stlari bilan yopiq xonada noma'lum hidli moddani hidlab o'tirgan. 30–40 daqiqadan so'ng u lanj bo'lib qolgan, nutqi sekinlashgan, ko'z oldida rangli shakllar paydo bo'lganini aytgan. Keyin uyquga ketgan.

Savol:

- Qanday kasallik haqida gap ketmoqda?
- Qaysi bosqich kuzatilmoqda?

4-vaziyatli masala

32 yoshli ayol tez yordamga olib kelindi. Bemor atrofdagilarga tajovuzkor, uni kimdir quvib kelayotganini aytadi, ovozlar eshitayotganini bildiradi. Yuragi tez uradi, qon bosimi yuqori. Oldindan bir necha kundan beri uxlamagan.

Savol:

- Qaysi giyohvand modda gumon qilinadi?

- Klinik sindromni aniqlang.

5-vaziyatli masala

15 yoshli o‘smir ota-onasi tomonidan shifokorga olib kelindi. Bola oxirgi oylar davomida darsga qiziqmay qolgan, ko‘p uxlaydi, ishtahasi yo‘q, xotirasi susaygan. Uyidan benzinga o‘xshash hid kelishi aniqlangan.

Savol:

- Qanday tashxis qo‘yish mumkin?
- Bu holat qaysi kasallik guruhiga kiradi?

6-vaziyatli masala

28 yoshli erkak narkologiya bo‘limida davolanmoqda. Avvallari kam miqdordagi narkotik modda unga kuchli ta‘sir ko‘rsatgan, hozir esa shu ta‘sirni olish uchun dozani bir necha barobar oshirishga majbur.

Savol:

- Ushbu holat qanday ataladi?
- Qaysi jarayon buzilgan?

7-vaziyatli masala

45 yoshli bemor giyohvand moddani uzoq muddat qabul qilgan. Hozirda ozib ketgan, terisi quruq, ichki a‘zolarida surunkali kasalliklar aniqlangan, aqliy faoliyati sustlashgan.

Savol:

- Giyohvandlikning qaysi bosqichi?
- Bu bosqichning asosiy belgilarini sanab bering.

8-vaziyatli masala

20 yoshli talaba “kayf ko‘tarish” maqsadida tabletkalarni nazoratsiz qabul qilgan. Bir necha kundan so‘ng uyqusizlik, bezovtalik, qo‘rquv va gallyutsinatsiyalar paydo bo‘lgan.

Savol:

- Qaysi turdagi qaramlik rivojlangan?
- Bu holat toksikomaniyaga kiradimi?

9-vaziyatli masala

35 yoshli erkak narkotik modda ta‘siri ostida o‘g‘rilik sodir etgan. So‘roq paytida u o‘z harakatlarini eslay olmasligini aytmoqda. Oldin ham shu holat bir necha marta kuzatilgan.

Savol:

- Giyohvandlikning qaysi klinik belgisi ustun?
- Nima sababdan jinoyat xavfi oshadi?

10-vaziyatli masala

22 yoshli yigit davolanishni to'xtatganidan 2 kun o'tib qattiq titroq, yurak urishining kuchayishi, vahima, mushak og'riqlari va uyqusizlikdan shikoyat qilmoqda.

Savol:

- Ushbu holatning nomi nima?
- Zudlik bilan qanday yordam ko'rsatish kerak?

Test savollari

1. Giyohvandlik nima?

- A) Har qanday dori vositasini iste'mol qilish
- B) Narkotik moddaga yengib bo'lmay xirs qo'yish**
- C) Yuqumli kasallik turi
- D) Faqat ruhiy buzilish

2. Toksikomaniya qanday moddalarga bog'liq?

- A) Faqat narkotik moddalarga
- B) Psixotrop va narkotik bo'lmagan moddalarga**
- C) Antibiotiklarga
- D) Vitaminlarga

3. Giyohvandlikning birinchi bosqichi qanday ataladi?

- A) Oxirgi bosqich
- B) Surunkali bosqich
- C) Adaptatsiya (boshlang'ich) bosqichi**
- D) Intoksikatsiya bosqichi

4. Abstinensiya (xumor) sindromi qachon yuzaga keladi?

- A) Modda birinchi marta qabul qilinganda
- B) Modda doimiy qabul qilinganda
- C) Modda qabul qilish to'xtatilganda**
- D) Uyqu vaqtida

5. Ruhiy qaramlik nimani anglatadi?

- A) Faqat jismoniy og'riq
- B) Moddasiz yashay olmaslikka kuchli intilish**
- C) Yuqori tana harorati
- D) Yurak yetishmovchiligi

6. Gallyutsinatsiya deganda nimani tushunasiz?

- A) Real bo'lmagan narsalarni ko'rish yoki eshitish**
- B) Xotiraning pasayishi
- C) Uyqusizlik
- D) Jismoniy og'riq

7. Giyohvandlikning surunkali bosqichiga xos belgi qaysi?

- A) Bir martalik iste'mol
- B) Jismoniy qaramlikning shakllanishi**
- C) To'liq sog'ayish
- D) Qisqa muddatli eyforiya

8. Toksikomaniyada o'tkir zaharlanishning birinchi bosqichi qaysi?

- A) Gallyutsinatsiya
- B) Ongning o'zgarishi
- C) Eyforiya**
- D) Xolatdan chiqish

9. Tolerantlik nima?

- A) Moddaga sezuvchanlikning oshishi
- B) Oldingi ta'sir uchun dozani kamaytirish
- C) Ta'sir olish uchun dozani oshirish zarurati**
- D) Davolanish natijasi

10. Giyohvandlik va toksikomaniyaning eng xavfli oqibati qaysi?

- A) Ishtahaning oshishi
- B) Ijtimoiy moslashuvning yaxshilanishi
- C) **Ruhiy buzilishlar va jinoyatchilikning kuchayishi**
- D) Jismoniy chiniqish

Interaktiv usul

“Stol o‘rtasidagi ruchka” — bu **barcha talabalarni teng darajada fikrlashga va javob berishga majbur qiluvchi interaktiv usul** bo‘lib, **passiv talabalarni faollashtirish, bilimlarni mustahkamlash va og‘zaki nutqni rivojlantirishga** xizmat qiladi.

O‘tkazish tartibi

1-bosqich. Tayyorlov

- Auditoriya 4–6 kishilik kichik guruhlariga bo‘linadi
- Har bir guruh stol atrofida joylashadi
- Stol o‘rtasiga **bitta ruchka** qo‘yiladi

2-bosqich. Savol berish

O‘qituvchi mavzu bo‘yicha **bitta muhim savol yoki topshiriq** beradi.

Masalan:

“Giyohvandlik va toksikomaniyaning asosiy klinik belgilarini sanab bering.”

3-bosqich. Fikr bildirish qoidasi

- Faqat **ruchkani qo‘liga olgan talaba** gapirishi mumkin
- Talaba fikr bildirgach, ruchkani stol o‘rtasiga qaytaradi
- Keyingi talaba ruchkani olib, **yangi fikr** aytishi shart
- Oldingi fikrni takrorlashga ruxsat berilmaydi

4-bosqich. Mavzu bilan ishlash (namuna)

Talabalar navbat bilan quyidagi kabi javoblar berishi mumkin:

- Ruhiy qaramlik belgilari
- Jismoniy qaramlik alomatlar
- Abstinensiya sindromi
- Gallyutsinatsiyalar
- Tolerantlik oshishi

- Ijtimoiy xulq buzilishi

5-bosqich. Cheklov va tartib

- Har bir talaba **faqat 1 marta** soʻzga chiqadi
- Gapirish vaqti: **20–30 soniya**
- Ruchkani uzoq ushlab turish mumkin emas

6-bosqich. Yakunlash

- Oʻqituvchi barcha bildirilgan fikrlarni umumlashtiradi
- Notoʻgʻri yoki noaniq fikrlar tuzatiladi
- Eng muhim klinik belgilar ajratib koʻrsatiladi

2.9 modul Oʻquv moduliga ajratilgan kredit jami 12.	Narkologiyaning ijtimoiy yoʻnalishlari 2.9.4 Giyohvandlik va toksikomaniyani davolashning zamonaviy usullari. (2 kredit)
--	---

Maʼruza mashgʻulotini Oʻqitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
Oʻquv mashgʻulotining shakli va turi	Nazariy mashgʻulot
Maʼruza mashgʻulotning rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detoksikatsiya usullari, farmakoterapiya, psixoterapevtik usullar. 2. Giyohvandlik va toksikomaniya holatlarida Reabilitatsiya va ijtimoiy moslashuv asoslari 3. Giyohvandlik va toksikomaniyaning oldini olish (profilaktika)
Oʻquv mashgʻuloti maqsadi: 1.Taʼlimiy: <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy koʻnikmalarni egallash • Egallangan bilim va koʻnikmalarni amaliyotda qoʻllash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 	

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e‘tiborlilik hissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta‘lim beruvchi	Ta‘lim oluvchi
1 bosqich O‘quv mashg‘ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 O‘qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O‘quv bo‘limi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O‘tgan mavzu bo‘yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baholash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to‘liq bayon etish 30-40. 3.O‘qitishning noan‘anaviy usullarini	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan “Ma‘ruza o‘qish” usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimasion bemorlarni parvarish kilishni va ularga psixologik yordamni to‘g‘ri va samarali olib borish xaqida ma‘lumot beradi 3. Har bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustahkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollarigi javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar. ”Baliq skeleti” sxemasi

<p>qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustahkamlash</p>		<p>tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi. Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elekton o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab kasalliklari propevtikasi" 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova "Psixiatriya" Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov "Asab va ruhiy kasalliklar" 2013-yil o'quv qo'llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova "Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi" o'quv qo'llanma Andijon-2025 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

<p>Pedagogik vazifalar. Giyohvandlik haqida tushuncha. Narkomaniya, toksikomaniya, barbituromaniyalar, efiromaniyalar haqida ma'lumot. Trankvilizatorlar bilan zaharlanish. Giyohvandlik turlari. Geroin, opiy (afyun)li narkomaniyalar (morfinizm,</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giyohvandlik, narkomaniya, toksikomaniya, barbituromaniyalar, efiromaniyalar haqida ma'lumotlarni; • giyohvandlik turlarini;
--	---

<p>kodeinizm).Geroin giyoxvandligidagi abstinensiya belgilari. Geroin giyohvandlikni davolashni zamonaviy uslublari. Qon va siydikda giyohvand moddalarini aniqlashda zamonaviy usullar. Giyohvandlikda shaxs buzilishlarining ko‘rinishlari. Geroinni ortiqcha dozada qabul qilishidan rivojlangan koma holatida birinchi yordam. Nashavandlik. Kokainizm. Amfetamin (fenamin) birikmalariga o‘rganib qolishlik. Giyohvandlik (narkomaniya) bilan kasallangan bemorlarda hamshiralik jarayoni va parvarishi. Giyoxvandlikka uchragan bemorlarni reabilitatsiyasi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • geroin, opiy (afyun)li narkomaniyalar (morfinizm, kodeinizm) haqida ma’lumotlarni; • geroin giyoxvandligidagi abstinensiya belgilarini; • geroin giyohvandlikni davolashni zamonaviy uslublarini; • qon va siydikda giyohvand moddalarini aniqlashda zamonaviy usullarni; • giyohvandlikda shaxs buzilishlarining ko‘rinishlarini; • geroinni ortiqcha dozada qabul qilishidan rivojlangan koma holatini;
<p>O‘qitish metodlari</p>	<p>“Stol o‘rtasidagi ruchka”,”Galereya bo‘yicha tur” Kichik guruhlarda ishlash”</p>
<p>O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	<p>Jamoaviy,guruhlarda ishlash,yakka tartibli</p>
<p>O‘qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend, vidiofilmlar, chizma, nazorat varag‘i, matnlar.</p>
<p>O‘qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jihozlangan o‘quv xona.</p>
<p>Qayta aloqaning usul va vositalari.</p>	<p>Og‘zaki so‘rov: tezkor so‘rov, yozma so‘rov, test,misol va mashqlar bajarilgan o‘quv topshiriqlarini baxolash</p>

Mavzu: Giyohvandlik va toksikomaniyani davolashning zamonaviy usullari.

Reja:

1. Detoksikatsiya usullari, farmakoterapiya, psixoterapevtik usullar.
2. Giyohvandlik va toksikomaniya holatlarida Reabilitatsiya va ijtimoiy moslashuv asoslari
3. Giyohvandlik va toksikomaniyaning oldini olish (profilaktika)

TOKSIKOMANIYA KASALLIGINING KECHISH DAVRLARI.

Toksikomaniya kasalligi ham giyohvandlikka o‘xshab 3 davrda kechadi

1. Kimyoviy modda ta'siriga odam organizmi reaktivligining oshishi;
2. Kimyoviy moddaga nisbatan odamda ruhiy qaramlik yoki mu'telikning vujudga kelishi.
3. Kimyoviy moddaga nisbatan odamda ruhiy qaramlik (mutelik) bilan birgalikda jismoniy mutelikning vujudga kelishi.

Birinchi davr – odam organizmining kimyoviy modda ta'siriga reaktivligining oshishi ya'ni moslashishi bilan xarakterlanadi. Toksikomaniya kasalligining boshida odam kimyoviy modda qabul qilgan paytida kayfiyatning oshishiga mahliyo bo'lib, yaxshi dam olgandek, hordiq chiqargandek bo'ladi. Shuning uchun kundan-kunga toksikoman odamning kimyoviy moddaga nisbatan moslashuvi oshib boradi. U har kuni belgilangan vaqtda mazkur moddani qabul qilishga intiladi.

Ikkinchi davr – kimyoviy moddaga nisbatan bemorda ruhiy mu'telikning vujudga kelishi bilan xarakterlanadi. Toksikomaniya kasalligiga duchor bo'lgan odam kimyoviy moddani qabul qilgan paytda uning kayfiyati vaqtincha (1-2 soatga) yaxshilanadi. Kimyoviy moddani qabul qilish muddati belgilangan vaqtiga nisbatan kechiksa bemorning kayfiyati yomonlashadi, dunyo uning ko'ziga torayib ko'rinadi, jahli chiqadi, atrofdagi odamlarga qo'pol muomala qiladi, janjallashadi. Kimyoviy moddani qabul qilishi bilanoq bemorning kayfiyati yaxshilanadi. U kimyoviy moddani o'z vaqtida qabul qilish uchun barcha imkoniyatlarini safarbar qiladi. Uning xotirasi, fikrlash qobiliyati pasayadi, aqliy mehnatga yaroqsiz bo'lib qoladi. U hech napsaga qiziqmaydi, hayoli kimyoviy moddani topish va qabul qilish bilan band bo'ladi. Lekin kasallikning ikkinchi davrida zarur chora-tadbirlar qo'llansa bemor tuzalishi va ish qobiliyati tiklanishi mumkin.

Uchinchi davr – kimyoviy moddaga nisbatan bemorda nafaqat ruhiy, balki, jismoniy mu'telikning ham vujudga kelishi bilan xarakterlanadi. Bu davoda toksikomaniya ruhiyatining buzilishi cho'qqisiga chiqadi. Shuning bilan birgalikda uning hayotiy muhim bo'lgan yurak, o'pka, jigar, buyrak kabi a'zolarining zaharlanishi tufayli, ularning funksiyasi buziladi. Natijada bemor ozroq harakat qilsa, jismoniy ish bajarsa nafasi qisadi, yuragi o'ynaydi, jigar sohasida (o'ng qovurg'a ostida) og'riq paydo bo'ladi. U ham aqliy, ham jismoniy ish qobiliyatini butunlay yuqotadi. Natijada nogironga aylanadi. Kimyoviy modda qabul qilmasa tura olmaydi. Bu moddani qabul qilgan sari tanasining zaharlanishi chuqurlashaveradi. Uchinchi davrda bemorni davolash qiyin, u to'liq tuzalmaydi, oqibatda hayotdan ko'z yumadi.

TOKSIKOMAN BEMORDA ABSTINENSIYA HOLATI.

Turli xil kimyoviy moddalarni qabul qilish natijasida toksikomaniya kasalligiga duchor bo'lgan bemor o'zi o'rganib qolgan kimyoviy moddani qabul qilishni to'xtatib qo'ysa, birinchi kunning oxiriga borib unda abstinensiya holati yuzaga keladi. Bu holat bemor hayoti uchun xavf tug'diradi. Bemorning jag', qo'l-oyoq muskullari tirishadi, lablari ko'karadi. Abstinensiyaning 3-4 kunlari bemorning ahvoli juda og'irlashadi. U tanasining hamma joyidagi kuchli og'riqqa chiday olmay baqiradi, yig'laydi, kimyoviy modda berishni surab yalinadi, janjal qiladi, ko'chaga chiqib qochishga harakat qiladi, bemorni sinchkovlik bilan tekshirganimizda uning barmoqlari, tili, boshi qaltiraganini aniqlash mumkin.

Agar bemor yuqoridagi noxush belgilarga bardosh bersa ya'ni kimyoviy moddani qabul qilmasa abstinensiya holatining belgilari 8-10 kundan keyin kamayadi va bemor o'zini yaxshi his qila boshlaydi, ya'ni u sog'ayadi.

TOKSIKOMANIYANING OQIBATI.

Kimyoviy moddalarni qabul qilish tufayli yuzaga kelgan toksikomaniya kasalligi yillar o'tishi bilan chuqurlasha boradi. Kimyoviy moddaning uzoq muddatli ta'siri natijasida bemor organizmi zaharlanadi. Eng avvalo bosh miya asab hujayralari, so'ngra yurak muskuli, o'pka, jigar, buyrak to'qimalari zaharlanadi.

Odam organizmining surunkali zaharlanishi oqibatida avvalo bemorning ruhiyati buziladi. U aqliy mehnat qilishni, fikrlash qobiliyatini yo'qotadi. Bemor o'zining ota-onasi, oilasi, aka-ukalari, bolalariga befarq, mehr-oqibatsiz bo'lib qoladi. O'qishga, ishga qiziqmaydi, doim qovog'i uyulgan, xafa, [kayfiyati buzilgan](#), atrofdag'ildan o'zini chetga oladi. Boshqalar bilan muomala qila olmaydi, tez urushib qoladi.

Bemor ruhiyatining buzilishi bilan birgalikda asta-sekin unda jismoniy xastalanish belgilari ham ortib boradi. Kamqonlik tufayli terisi oqimtir-sarg'ish rangda bo'ladi, ko'zining oq pardasi sarg'ayadi, yuzida tirishishlar paydo bo'lib, bemor yoshiga nisbatan vaqtdan ilgari qariydi. Uning tirnoqlari va sochi rangsizlanib, sinuvchan bo'lib qoladi. Bemor ozroq harakat qilsa, yuragi o'ynaydi, nafasi qisadi, jig'ar sohasida og'riq paydo bo'ladi.

Shunday qilib, toksikomaniya kasalligiga duchor bo'lgan odam organizmi kimyoviy modda ta'sirida surunkali zaharlanishi tufayli ruhiy va jismoniy jihatdan nogironga aylanadi.

TOKSIKOMANNI DAVOLASH.

Toksikomanni, ya'ni toksikomaniya kasalligiga duchor bo'lgan odamni davolash 3 davrda olib boriladi.

Davolashning birinchi davrida qabul qiladigan kimyoviy moddani berish to'xtatiladi: Kimyoviy moddani qabul qilish to'xtashi bilanoq, o'sha kunning oxiri va ertasi kuni bemorda yuzaga keladigan abstinensiya holatini sekinlashtirish va bemorning ahvolini yaxshilash uchun reopoliglyukin, gemodez kabi dorilar bemorning vena tomiriga tomchi usulida yuboriladi. Shuningdek, bemor ruhiyatni tinchlantiruvchi, yurak qon-tomir faoliyatini yaxshilovchi dorilar qo'llanadi. Birinchi davrda, abstinentsiya holatidagi bemorning ruhiyati o'ta buzilgach, u qo'zg'algan bo'ladi. Kimyoviy moddaning xumori tutadi. U atrobdag'ildan kimyoviy modda berishni so'raydi, yalinadi, baqiradi, yig'laydi, ko'chaga chiqib, kimyoviy modda topishga va uni qabul qilishga harakat qiladi. Shuning uchun bemorni doimiy ravishda nazorat qilish kerak. Bemorning bardoshi va davolash tadbirlari natijasida 8-10 kundan keyin abstinensiya holatining belgilari kamayib, ahvoli yaxshilanadi.

Davolashning ikkinchi davri abstinentsiya holatining belgilari yo'qolgandan so'ng boshlanadi. Bunda bemorning ruhiyatini tinchlantiruvchi, miya faoliyatini yaxshilovchi dorilar qo'llanadi. Kimyoviy modda qabul qilish zararli, sog'liqqa, hayotga zararli ekanligi, qabul qilishni boshqa taqrorlamaslik haqida bemorga tushuntiriladi.

Davolashning uchinchi davrida bemorni ijtimoiy muhofaza qilishga e'tibor qaratiladi. Uning ovqatlanishi, yashash sharoiti yaxshilanishi kerak. U doim nazorat ostida bo'lishi, ya'ni ilgari birgalikda kimyoviy modda qabul qiluvchi sheriklari bilan uchrashmasligi kerak.

TOKSIKOMANIYANING OLDINI OLISH.

1. Toksikomaniya kasalligiga asosan o'smir yoshidagi bolalar ko'proq beriladi. Shuning uchun kundalik tarbiyaviy ishlar jarayonida o'smirlarga toksikomaniya kasalligi, uni yuzaga keltiruvchi sabablar haqida tushuncha berish zarur. Bu ish o'ta-ona va o'qituvchilar tomonidan bajarilishi lozim.

2. Bolalar va o'smirlarga toksikomaniya kasalligini yuzaga keltiruvchi kimyoviy moddalar (benzin, kerosin, solyarka) kiyim va matolarning dog'larini ketkizadigan kimyoviy aralashmalar, bo'yoqlar, laklar, alif, «moment» kleyi, efir, uxlatuvchi, tinchlantiruvchi, qo'zg'atuvchi dorilar (lyuminal, veronal, amitalnatriy, kofein va boshqalar)ga o'zini [yaqin tutmaslikni](#), qo'llash zarur bo'lganda ulardan uzoq muddat qayta-qayta fondalanmaslik haqida tushuntirish kerak.

3. Bolalar va o'smirlarning kimyoviy moddaga o'rganib qolishiga tajribali toksikomanlar sababchi bo'ladi. Ular o'zlari qo'llaydigan kimyoviy moddani hidlaganda yoki iste'mol qilganida kayfiyatining yaxshi bo'lishi haqida maqtanib gapiradilar va bu moddani qabul qilishni tavsiya etadilar, o'zlari qo'llaydigan kimyoviy moddadan bepul muruvvat qiladilar. Mazkur moddani 3-4 marta hidlagan yoki iste'mol qilgan o'smir uning ta'siriga o'rganib qoladi. Shuning uchun bolalar va o'smirlarga kimyoviy moddalarni hidlaydigan, iste'mol qiladigan odamlarga yaqinlashmaslik, ularning maslahatiga e'tibor bermaslik haqida tushuntirish lozim.

Giyohvandlik va toksikomaniya kasalliklarini davolashda detoksikasiya bosqichi asosiy va ajralmas tibbiy muolaja hisoblanadi. Detoksikasiya — bu organizmdan narkotik, psixoaktiv yoki toksik moddalar hamda ularning metabolitlarini chiqarib tashlashga qaratilgan kompleks tibbiy choralar majmuidir. Ushbu bosqich bemorning hayotiy funksiyalarini barqarorlashtirish, abstinent sindromni yengillashtirish va keyingi davolash bosqichlari uchun zamin yaratish maqsadida amalga oshiriladi. Zamonaviy narkologiyada detoksikasiya usullari farmakologik, apparat va tashkiliy yondashuvlar asosida takomillashib bormoqda. Dori vositalari yordamida organizmni tozalash

Farmakologik detoksikasiya giyohvandlik va toksikomaniyani davolashning eng keng qo'llaniladigan usullaridan biridir. Ushbu usul organizmda to'plangan toksik moddalarni neytrallashtirish, chiqarish hamda giyohvand moddalarga bog'liq bo'lgan fiziologik buzilishlarni korreksiya qilishga qaratilgan.

Birinchi navbatda, **infuzion terapiya** muhim ahamiyat kasb etadi. Tomir ichiga fiziologik eritmalar, glyukoza, elektrolitlar va plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar yuborilishi orqali suv-tuz muvozanati tiklanadi, metabolik atsidoz kamaytiriladi va buyraklar orqali toksinlarning chiqarilishi tezlashtiriladi. Bu jarayon organizmning detoksikatsion salohiyatini oshiradi.

Ikkinchi yo'nalish — **simptomatik farmakoterapiya** bo'lib, abstinent sindrom belgilarini yengillashtirishga xizmat qiladi. Bunda og'riq qoldiruvchi, tinchlantiruvchi, vegetativ asab tizimini barqarorlashtiruvchi hamda uyquni

normallashtiruvchi dori vositalari qo'llaniladi. Ayniqsa, psixoemotsional zo'riqish, xavotir va qo'zg'aluvchanlikni kamaytirish detoksikasiya samaradorligini oshiradi.

Uchinchi muhim komponent — **antidot va maxsus preparatlardan** foydalanishdir. Ayrim psixoaktiv moddalar uchun ularning ta'sirini bloklovchi yoki raqobatli antagonistik mexanizmga ega bo'lgan dori vositalari mavjud. Bu moddalar toksik ta'sirni kamaytirib, hayot uchun xavfli holatlarning oldini oladi.

Shuningdek, **gepatoprotektorlar, vitaminlar va antioksidantlar** qo'llanilishi jigar faoliyatini qo'llab-quvvatlash, immun tizimini mustahkamlash hamda hujayra darajasidagi shikastlanishlarni kamaytirishga yordam beradi. Shu tariqa farmakologik detoksikasiya nafaqat toksinlarni chiqarish, balki organizmning umumiy funksional holatini tiklashga xizmat qiladi.

Statsionar detoksikasiya

Statsionar detoksikasiya og'ir darajadagi giyohvandlik, uzoq muddatli toksikomaniya yoki hayot uchun xavfli abstinent holatlar mavjud bo'lgan bemorlarda qo'llaniladi. Ushbu shakl tibbiy muassasada, doimiy shifokor nazorati ostida amalga oshiriladi.

Statsionar sharoitda detoksikasiyaning afzalligi shundaki, bemorning yurak-qon tomir tizimi, nafas olish, markaziy asab tizimi va metabolik ko'rsatkichlari uzluksiz monitoring qilinadi. Zarurat tug'ilganda, reanimatsion yordam ko'rsatish imkoniyati mavjud bo'ladi. Bu ayniqsa og'ir intoksikasiya, deliriy, tutqanoq holatlari yoki ko'p moddali qaramlikda muhim ahamiyat kasb etadi. Bundan tashqari, statsionar detoksikasiya davomida bemor tashqi muhitdan izolyatsiya qilinadi, bu esa giyohvand moddalarga qayta murojaat qilish xavfini kamaytiradi. Davolash jarayoniga psixiatr, narkolog, terapevt va psixologlarning kompleks yondashuvi ta'minlanadi. Shu sababli statsionar detoksikasiya davolashning eng xavfsiz va samarali shakli sifatida baholanadi

Giyohvandlik va toksikomaniyani davolashda farmakoterapiya yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Farmakoterapiya — bu psixoaktiv moddalarga qaramlik natijasida yuzaga keladigan neyrobiologik, psixopatologik va somatik buzilishlarni dori vositalari yordamida korreksiya qilishga qaratilgan davolash usulidir. Zamonaviy narkologiyada farmakoterapiya faqat abstinent sindromni bartaraf etish bilangina cheklanmay, balki relapslarning oldini olish, psixik barqarorlikni tiklash hamda bemorning ijtimoiy moslashuvini ta'minlashga xizmat qiladi.

O'rnini bosuvchi terapiya

O'rnini bosuvchi terapiya giyohvandlikni davolashning ilmiy asoslangan va klinik amaliyotda keng qo'llaniladigan yo'nalishlaridan biridir. Ushbu terapiya usuli organizmda kuchli fiziologik qaramlikni yuzaga keltirgan narkotik moddaning o'rnini farmakologik jihatdan nazorat qilinadigan, kamroq toksik va barqaror ta'sirga ega preparat bilan bosishga asoslanadi.

O'rnini bosuvchi terapiyaning asosiy maqsadi keskin abstinent sindromni kamaytirish, narkotik moddani nazoratsiz qabul qilishni to'xtatish va bemorning hayot sifatini yaxshilashdan iborat. Bu usul, ayniqsa, uzoq muddatli va og'ir

darajadagi qaramlikda samarali hisoblanadi. Terapiya jarayonida preparatning dozasi individual tarzda tanlanadi va bosqichma-bosqich kamaytirib boriladi.

Mazkur yondashuvning muhim afzalligi shundaki, u bemorning jinoiy xatti-harakatlarga moyilligini kamaytiradi, infeksiyon kasalliklar tarqalishining oldini oladi hamda ijtimoiy moslashuv jarayonini yengillashtiradi. Shu bilan birga, o'rnini bosuvchi terapiya qat'iy tibbiy nazorat ostida olib borilishi zarur, chunki noto'g'ri qo'llanilganda ikkilamchi farmakologik qaramlik rivojlanish xavfi mavjud.

Psixotrop dori vositalari

Psixotrop dori vositalari giyohvandlik va toksikomaniyada uchraydigan psixik buzilishlarni davolashda muhim o'rin tutadi. Psixoaktiv moddalarga qaramlik ko'pincha depressiya, xavotirli buzilishlar, affektiv beqarorlik, uyqu buzilishlari va psixotik holatlar bilan kechadi. Shu sababli farmakoterapiyada psixotrop preparatlarni qo'llash zarurati yuzaga keladi.

Antidepressantlar emotsional fonni barqarorlashtirish, anhedoniya va depressiv simptomlarni kamaytirishga xizmat qiladi. Anksiolitik vositalar esa xavotir, ichki taranglik va vegetativ buzilishlarni yengillashtiradi. Ayrim hollarda antipsixotik preparatlar qo'zg'aluvchanlik, gallyutsinatsiyalar va deliryum holatlarini nazorat qilish uchun qo'llaniladi.

Psixotrop farmakoterapiya qat'iy individual yondashuvni talab qiladi. Preparat tanlashda bemorning klinik holati, qaramlik turi, davomiyligi hamda somatik holati inobatga olinadi. Psixotrop dori vositalari odatda psixoterapiya bilan uyg'unlikda qo'llanilganda yuqori samaradorlikka erishiladi.

Yordamchi dori vositalari

Yordamchi farmakologik vositalar farmakoterapiyaning muhim tarkibiy qismi bo'lib, ular organizmning umumiy funksional holatini yaxshilashga qaratilgan. Giyohvandlik va toksikomaniya jarayonida markaziy asab tizimi, jigar, yurak-qon tomir tizimi hamda metabolik jarayonlar jiddiy zararlanadi.

Shu munosabat bilan vitaminlar, mikroelementlar, antioksidantlar va metabolik preparatlar qo'llaniladi. Ular nerv hujayralarining regeneratsiyasini qo'llab-quvvatlaydi, immunitetni mustahkamlaydi va umumiy holsizlikni kamaytiradi. Gepatoprotektorlar jigar faoliyatini tiklashda muhim ahamiyat kasb etadi, chunki ko'plab psixoaktiv moddalar gepatotoksik ta'sirga ega.

Yordamchi terapiya farmakologik davolashning samaradorligini oshirib, bemorning reabilitatsiya bosqichiga tayyorlanishini ta'minlaydi. Ushbu vositalar uzoq muddatli davolash jarayonida organizmning adaptatsion imkoniyatlarini kuchaytiradi.

Amaliyotda eng ko'p qo'llaniladigan preparatlardan biri **metadon gidroxlorid** bo'lib, u uzoq ta'sirli opioid agonist sifatida abstinentsindrom belgilarini kamaytiradi va narkotik moddaga bo'lgan patologik intilishni susaytiradi. Metadon qat'iy dozalanadi va faqat tibbiy muassasa sharoitida qo'llaniladi.

Yana bir muhim preparat — **buprenorfin** bo'lib, u qisman opioid agonist sifatida xavfsizlik profili nisbatan yuqori hisoblanadi. Buprenorfin ko'pincha **nalokson** bilan kombinatsiyada (masalan, sublingval shakllarda) qo'llanilib, preparatning noto'g'ri ishlatilishining oldini oladi.

Relaps profilaktikasida opioid antagonistlari muhim o‘rin tutadi. **Naltrekson** preparati opioid retseptorlarini bloklab, narkotik modda qabul qilinganda eforiya rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaydi. Ushbu dori bemorda yetarli motivatsiya shakllanganidan keyin qo‘llaniladi va uzoq muddatli nazoratni talab qiladi.

Psixotrop dori vositalari

Psixotrop farmakoterapiya giyohvandlik bilan bog‘liq psixik buzilishlarni korreksiya qilishda markaziy ahamiyatga ega. Qaramlik holatlari ko‘pincha depressiv, xavotirli va psixotik simptomatika bilan kechadi.

Depressiv buzilishlarda selektiv serotonin qayta qabul qilinish ingibitorlari (SSRI) keng qo‘llaniladi. Jumladan, **sertralin**, **fluoksetin**, **paroksetin** va **essitalopram** preparatlari emotsional fonni barqarorlashtirish va relaps xavfini kamaytirishda samarali hisoblanadi. Og‘ir depressiv holatlarda **venlafaksin** yoki **duloksetin** kabi SNRI guruhidagi preparatlar tavsiya etiladi.

Xavotir va vegetativ simptomlarni kamaytirish uchun qisqa muddatli davolashda **diazepam**, **lorazepam** yoki **alprazolam** kabi benzodiazepinlar qo‘llaniladi. Biroq ularning qaramlik chaqirish xavfi mavjudligi sababli, faqat cheklangan muddat va qat‘iy nazorat ostida buyuriladi.

Psixotik holatlar, deliryum va affektiv beqarorlikda **haloperidol**, **risperidon**, **olanzapin** kabi antipsixotik preparatlar qo‘llaniladi. Ushbu dorilar markaziy asab tizimidagi qo‘zg‘aluvchanlikni pasaytirib, bemorning xulq-atvorini barqarorlashtiradi.

Uyqu buzilishlarida **zolpidem**, **melatonin** yoki past dozadagi **trazodon** preparatlari qo‘llanilishi mumkin.

Yordamchi dori vositalari

Yordamchi farmakoterapiya organizmning zararlangan funksiyalarini tiklash va umumiy davolash samaradorligini oshirishga qaratilgan. Giyohvandlikda jigar zararlanishi keng tarqalganligi sababli **essensial fosfolipidlar**, **ademetionin**, **ursodezoksixolat kislota** kabi gepatoprotektorlar buyuriladi.

Markaziy asab tizimini qo‘llab-quvvatlash uchun **B guruhi vitaminlari (B1, B6, B12)**, **nikotinamid**, **askorbin kislota** va **magniy preparatlari** qo‘llaniladi. Metabolik jarayonlarni yaxshilash maqsadida **piratsetam**, **mexidol**, **sitikolin** kabi neyrometabolik vositalar ishlatiladi.

Antioksidant terapiya sifatida **tioktik kislota**, **E vitamini** va **glutation** preparatlari hujayra darajasidagi oksidativ stressni kamaytirishga xizmat qiladi.

Nazorat savollari:

1. Farmakoterapiyaning giyohvandlik va toksikomaniani davolashdagi asosiy maqsadlari nimalardan iborat?
2. O‘rnini bosuvchi terapiyaning patogenetik asosini tushuntiring.
3. Metadon va buprenorfinning farmakologik farqlari nimada?
4. Naltreksonning ta’sir mexanizmi va qo‘llanish shartlarini izohlang.
5. Psikotrop dori vositalari qaysi klinik holatlarda buyuriladi?
6. Benzodiazepinlarning giyohvandlik davosidagi o‘rni va xavflari qanday?

7. Antidepressantlarning relaps profilaktikasidagi ahamiyati nimada?
8. Antipsixotik preparatlar qaysi asoratlarda qo'llaniladi?
9. Yordamchi farmakoterapiyaning vazifalari nimalardan iborat?
10. Farmakoterapiya nima sababdan psixoterapiya bilan birgalikda olib borilishi zarur?

Test savollari :

1. O'rnini bosuvchi terapiyada eng ko'p qo'llaniladigan uzoq ta'sirli opioid agonist qaysi?

- A) Morfin
- B) Metadon
- C) Tramadol
- D) Kodein

Javob: B

2. Buprenorfin qanday farmakologik xususiyatga ega?

- A) To'liq agonist
- B) Antagonist
- C) Qisman agonist
- D) Sedativ

Javob: C

3. Opioid retseptorlarini bloklovchi preparatni aniqlang:

- A) Diazepam
- B) Metadon
- C) Naltrekson
- D) Haloperidol

Javob: C

4. SSRI guruhiga mansub antidepressant qaysi?

- A) Amitriptilin
- B) Sertralin
- C) Haloperidol
- D) Diazepam

Javob: B

5. Benzodiazepinlarni qo'llashda asosiy xavf nimadan iborat?

- A) Gepatotoksiklik
- B) Nefrotoksiklik
- C) Ikkilamchi qaramlik
- D) Allergiya

Javob: C

6. Deliryum va psixotik holatlarda qaysi dori buyuriladi?

- A) Fluoksetin
- B) Naltrekson
- C) Haloperidol
- D) Piratsetam

Javob: C

7. Jigar faoliyatini tiklashda qaysi preparatlar qo'llaniladi?

- A) Antipsixotiklar
- B) Gepatoprotektorlar
- C) Benzodiazepinlar
- D) Antidepressantlar

Javob: B

8. Qaysi preparat uyqu buzilishlarida qo'llaniladi?

- A) Zolpidem
- B) Metadon
- C) Naltrekson
- D) Nalokson

Javob: A

9. Vitamin B1, B6, B12 ning asosiy vazifasi nima?

- A) Eforiya chaqirish
- B) Jigarni bloklash
- C) Nerv tizimini qo'llab-quvvatlash
- D) Opioid retseptorlarni bloklash

Javob: C

10. Farmakoterapiyaning eng to'g'ri qo'llanish tamoyili qaysi?

- A) Faqat dori bilan davolash
- B) Qisqa muddatli davolash
- C) Kompleks va individual yondashuv
- D) O'z-o'zini davolash

Javob: C

Vaziyatli masalalar

1-masala

28 yoshli bemorda uzoq muddatli opioid qaramlik va og'ir abstinent sindrom kuzatilmoqda.

Savol: Qaysi terapiya tanlanadi?

Javob: Metadon yoki buprenorfin asosidagi o'rnini bosuvchi terapiya.

2-masala

Bemor detoksikatsiyadan soʻng motivatsiyalangan, relapsdan qoʻrqmoqda.

Savol: Qaysi dori buyuriladi?

Javob: Naltrekson.

3-masala

Giyohvandlik fonida chuqur depressiya rivojlangan.

Savol: Qaysi dori guruhi zarur?

Javob: Antidepressantlar (SSRI yoki SNRI).

4-masala

Abstinent holatda kuchli xavotir va titroq mavjud.

Savol: Qaysi dori qisqa muddatga buyuriladi?

Javob: Benzodiazepinlar (masalan, diazepam).

5-masala

Bemor gallyutsinatsiya va psixomotor qoʻzgʻaluvchanlikda.

Savol: Qaysi preparat tanlanadi?

Javob: Antipsixotiklar (haloperidol yoki risperidon).

6-masala

Uzoq muddatli toksikomaniyada jigar fermentlari oshgan.

Savol: Qaysi dori guruhi qoʻshiladi?

Javob: Gepatoprotektorlar.

7-masala

Bemor uyqusizlikdan shikoyat qiladi.

Savol: Qaysi preparat mos?

Javob: Zolpidem yoki melatonin.

8-masala

Giyohvandlik fonida umumiy holsizlik va nevrologik belgilar mavjud.

Savol: Qaysi yordamchi dori buyuriladi?

Javob: B guruhi vitaminlari va neyrometabolik vositalar.

9-masala

Bemor benzodiazepinlarni uzoq vaqt talab qilmoqda.

Savol: Shifokor qanday choralar koʻradi?

Javob: Dozani bosqichma-bosqich kamaytiradi va bekor qiladi.

10-masala

Farmakoterapiya samarasiz boʻlib qolmoqda.

Savol: Qaysi yondashuv qoʻshilishi zarur?

Javob: Psixoterapiya va ijtimoiy rehabilitatsiya.

Interaktiv usul:

“Kichik guruhlarda ishlash” usulidan foydalangan holda tinglovchilarni oʻtilgan mavzu yuzasidan bilimlarini baholab olish mumkin. Buning uchun tinglovchilar 3 ta yoki 4 ta guruhlarga boʻlinadilar va har bir guruhga bittadan alohida mavzu

beriladi va ularga 10 daqiqa vaqt beriladi shu mavzuga tayyorlanib mavzuni guruh a'zolari to'liq yoritib berishlari zarur.

Guruhlar uchun mavzular:

- Shizofreniya kasalligining kelib chiqish sabablari, kechishi, klinik turlarini aniqlash.
- Epilepsiya kasalligining kelib chiqish sabablari, turlari.
- Oligofreniyaning sabablari, turlari, darajalari
- Bosh miya qon-tomir kasalliklari va bosh miya shikastlarida hamshiralik parvarishi.

2.10 modul O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 8.	Alkogolizm, asoratlari, hamshiralik parvarishi. Alkogolizmning klinik kechishi va darajalari, davolash usullari. (2 kredit) Alkogolli shaxs degidratatsiya belgilari. (2 kredit)
--	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotning rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alkogolizm. 2. O'tkir va surunkali alkogolizm. 3. Eyforiya, alkogolli deliriy (oq alahlash), alkogol psixozlari, surunkali alkogol gallyusinatsiyasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Alkogolning antidiuretik gormon sekretsiasiga ta'siri 2. Degidratatsiyaning og'irlik darajalari
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissinini shakllantirish 	

- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e‘tiborlilik hissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta‘lim beruvchi	Ta‘lim oluvchi
<p>1 bosqich O‘quv mashg‘ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O‘qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O‘quv bo‘limi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin qoidalarini tushuntiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O‘tgan mavzu bo‘yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baholash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to‘liq bayon etish 30-40. 3.O‘qitishning noan‘anaviy usullarini</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida savol-javob qilinadi. 2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan “Ma‘ruza o‘qish” usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, reanimasion bemorlarni parvarish kilishni va ularga psixologik yordamni to‘g‘ri va samarali olib borish xaqida ma‘lumot beradi 3. Har bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustahkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollarigi javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar. ”Baliq skeleti” sxemasi</p>

qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustahkamlash		tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.
<p style="text-align: center;">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baholar e'lon qilinadi. Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik) 2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elektron o'quv qo'llanma) 3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elektron o'quv qo'llanma) 4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab kasalliklari propevtikasi" 2008-yil 5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova "Psixiatriya" Toshkent-2011 6. X.Q. Shodmonov "Asab va ruhiy kasalliklar" 2013-yil o'quv qo'llanma 7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova "Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi" o'quv qo'llanma Andijon-2025 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

<p>Pedagogik vazifalar. Alkogolizm. O'tkir va surunkali alkogolizm haqida ma'lumot. O'tkir alkogolli intoksikatsiya, alkogolizmning klinik darajalari. Yengil, o'rtacha, og'ir darajalarini bemor qonidagi alkogol foizlariga qarab baho berish. Eyforiya,</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o'tkir va surunkali alkogolizm haqida ma'lumotlarni; • o'tkir alkogolli intoksikatsiya belgilarini; • alkogolizmning klinik darajalari: yengil, o'rtacha, og'ir darajalarida
---	--

alkogolli deliriy (oq alahlash), alkogol psixozlari, surunkali alkogol gallyusinatsiyasi, alkogol paranoidlarini aniqlash, bemorlarga yordam ko'rsatish. Alkogol psixozining asosiy shakllari, ularning ahvolini kuzatuv kundaligida qayd qilib borish. Alkogoldan o'tkir zaharlanganda yordam ko'rsatish. Og'ir alkogol mastlikda birinchi yordam ko'rsatish.	<p>bemor qonidagi alkogol foizlariga qarab baho berishni;</p> <ul style="list-style-type: none"> • eyforiya, alkogolli deliriy (oq alahlash), alkogol psixozlari, surunkali alkogol gallyusinatsiyasi, alkogol paranoidlarini aniqlashni; • alkogol psixozining asosiy shakllarini; • bemorlarning ahvolini kuzatuv kundaligida qayd qilib borishni; • alkogoldan o'tkir zaharlanganda yordam ko'rsatishni; • tibbiy xushyorlashtirish usullarini; • alkogol abstinent xolatini tashxislashni;
O'qitish metodlari	“Stol o'rtasidagi ruchka”, “Galereya bo'yicha tur” Kichik guruxlarda ishlash”
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, vidiofilmlar, chizma, nazorat varag'i, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o'quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov: tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Alkogolizmning klinik kechishi va darajalari, davolash usullari.

Reja:

4. Alkogolizm.
5. O'tkir va surunkali alkogolizm.
6. Eyforiya, alkogolli deliriy (oq alahlash), alkogol psixozlari, surunkali alkogol gallyusinatsiyasi

Alkogolizm

O'tkir alkogolli intoksikatsiyada etil spirtini ta'siri ostida eyforiya xolati chakirilishi (psixotrop ta'siri) xisoblanadi. Klinik kurinishida quyidagi darajalarga bo'linadi:

Yengil formada qonda alkogol 0,5-1,5 %

o'rtacha formada 1,5-2,5 %

Og'ir formada 2,5-3 %

Yengil formada qonda

Agar konda alkogol 5 % dan oshsa o'lim xolati yuzaga kelishi mumkin.

Yengil darajali mastlikda:

Alkogolli ichimlik ichgandan bir necha dakikadan so'ng yoqimli issiqlik tanada, mushaklarni bo'shashishi, komfort xolati, kayfiyatni kutarilishi, o'ziga ishonuvchanlik, yolg'on optimizm, maktanchoklik yuzaga keladi. Odam bu xolatda xursand, aktiv ashula aytish, raks tushish, kup gapirish, bir temadan ikkinchi temaga tez utib ketishi mumkin. Lekir fikr yuritishi konkret bulmaydi, uziga va airofidagilarga kritika susayadi.

Mastlikni o'rta darajasi:

Bunda eyforiya, xarakat aktivlashadi, bir xil xollarda kayfiyat pasayadi. Bemor gaplari bir xil ma'noda, stereotiplik va artikulyatsiyasi buziladi. Xarakat koordinatsiyasi buziladi. Impulsiv xolat yuzaga kelishi mumkin. Ularda alkogollik polimsestlar; lostnutli xotira, perfaratsion amneziya yuzaga kelishi mumkin. Og'ir xolatlarda karaxtlik xolatiga tushgan. Xarakatlar xech koordinatsiyalanmagan gaplari ma'nosiz, uzuq – yuluq buladi. Ba'zi xollarda eliptiformli preparatni ixtiyorsiz defekatsiya yoki siydik ajralishi kuzatiladi va to'liq amneziya xolati yuzaga keladi. Bosh miya jaroxati olgan kishilarda yoki psixik kasalligi bor odamlarda mastlikni anginik fomalari buladi.

Depressiv forma – bunda kishi eyforiya xolati o'rniga depressiya xolatigi tushadi. Galyutsinatsiyali formasida – kishi kuruv galyutsinatsilari buladi. Tovushlar yoki suzlar kishini yomonlovchi bulishi mumkin.

Estetik formasida – kishi eyforiya xolati sekir – asta so'nadi. Xarakatlari stereotiplik va avtomatlashgan buladi. Atrofdagilarga agressiv xolatda buladi. Butunlay amneziya buladi, shu xolatda es – xushi kirarli – chikarli bulib koladi va uyku bilan tugaydi.

Patologik mastlik – mastlik atipik turi bo'lib xisoblanadi. Bu xolatda juda oz mikdorda (50 –100 g) alkogol iste'mol kilganda psixik uzgarishlar yuzaga keladi. Patologik mastlik somatik kasallar o'tkazgan yoki infeksiyon, bosh miya jaroxatlari olgan kishilarda va psixik kasalliklarda kuzatiladi. Patologik mastlikni ikki varianti bor:

1. Epileptiform ikki variant. O'tkir es xushi kirdi chiqdi xolatida buziladi psixomotor qo'zg'alish bilan. Bunda qo'rqish xolati, jaxldorlik xolatlari bo'ladi.

2. Paranoidli variant. Bunda utkir galyutsinatsiyalar paydo bo'ladi va vasvasa buladi. Latologik mastlik bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etadi va tulik amneziya bilan kechadi.

Utkir alkogolli intoksikatsiyani yo'qotish uchun xushyorxonaga tushishdan oldin yoki shu joyda bemorni kayd kilish refleksini chaqirtiriladi, suv ichib qayta qayt qiladi. Qusuq moddasida alkogol xidi qolmaguncha, sung bemorga iliq suv 5 –10 tomchili nashatir spirti bilan yoki kaliy permanganat, sodali suv, asal bilan iliq sut beriladi.

Xushyorxonada bemorni o'ziga keltirish uchun atropin (0,50- 1 ml 0,1 % eritma). Metronidazol (1,5 – 2 g yoki undan ko'p). Metronidazol qayt qilishni kuchaytiradi va alkogolni nafratni qo'zg'atadi.

Quyidagi aralashma xam foyda beradi:

Fenomin – 0,01 g, korozol – 0,2 g (yoki 1- 2 ml 10 % teri orasiga)

Nikotin kislota – 0,1 gr.

Mushak orasiga vitamin V6 (piridoksin) 500 mg (10 ml 5%) yuboriladi. Vena ichiga glyukoza, vitamin V1, S va insulin oz miqdorda. Bundan tashkari fiziologik eritma kup miqdorda kamfora, kofein, kordiamin, adrenalin, lobelin, sititon in'eksiyada tavsiya etiladi. Mastlikni atipik formalarida yuqoridagi muolajalaridan tashqari quyidagilar qilinadi:

Seduksen (2 – 4 ml 0,5 %)

Goloperidol (1 – 2 ml 0,5 %)

Aminozin (2 – 3 ml 2,5 %)

SURUNKALI ALKOGOLIZM

Intoksikatsion psixozlar. Zaxarlanish psixozlari xar – xil zaxarli moddalardan utkir va surunkali zaxarlanish natijasida kelib chiqadi. Bunday zaxarli moddalar juda xam ko'p, bunda ularning ko'pligi organizmda kichik dozada yoki bir marta yuborilganda xech kandy zaraz yetkazilmaydi, biroq katta dozada yoki uzok vakt davomida qo'llanilgan og'ir oqibatlariga olib borishi mumkin. Zaxarlanish psixozlari shuningdek, kasbga xos tetraetil – ko'rg'oshin, antifriz, simob, margimush, fosfoorganik birikmalar zaxarlanish okibatida kelib chiqish mumkin.

Davolash tufayli paydo bo'ladigan zaxarlanish psixozlari, akrixin, barbituratlar va ba'zi psixomimetik vositalardan kelib chiqishi mumkin.

Zaxarlanish psixozlariga quyidagi kasalliklarni kiritish mumkin:

1. Surunkali alkogolizm.
2. Alkogol psixozlari
 - A. Oq alaxlash – alkogol deleriyasi
 - B. O'tkir alkogol gollyutsinatsiyasi.
 - C. Surunkali alkogol gollyutsinatsiyasi.
 - D. Alkogol paranoi.
 - E. Korsakov psixozlari.
 - F. Geyl – Vernike ensefalopatiyasi
3. Narkomaniyalar.
4. Toksikomaniyalar

Alkogolizm - spirtli ichimliklarni kup iste'mor qilish xamda buning okibatida shachsning yurish – turish, mexnat faoliyati turmushi buzilishiga olib keladigan sabalar bo'ladi. Alkogolizm rivojlanishida va kechish davrida 2 bosqichga bo'lib o'rganiladi.

1. Boshlang'ich bosqich.
2. Narkomanik bosqich.
3. So'nggi yoki ensefalopatik bosqich.

Birinchi bosqichini asosiy omilini tolerantlikni, asta – sekin chidamliligi oshib borishi xisoblanadi. Alkogolizm uzoq vakt davomida tez – tez ichikish odamda zaxarlanish belgilarisiz alkogolning kattagina dozalarini ichish qobiliyati paydo qiladi. Maishiy alkogoldan zaxarlanishga xos bo'lgan ximoya kuchi refleksning yo'qolish alkogolizmning birinchi boskichi boshlangandan dalolat beradi. Spirtli ichimlik avvalgi chiganada bemorga keraklicha mastlik xolatini eyforiyani bermaydi, shuning uchun bemor ko'proq alkogol iste'mol qilishga xarakat qiladi. Ichkilikdozlikning ertasiga bemor mast xoldagi xarakatlarning ba'zi kismlarini eslay olmaydilar, ya'ni perforatsiya

amneziya belgilari yoki alkohol polimiseستي deyiladigan alomat paydo bo‘ladi. Birinchi bosqich bir yildan bir necha yillargacha cho‘zilishi mumkin.

Ikkinchi bosqich – bu alkohol toksikomaniya alomatlarining to‘liq rivojlanish alomatidir. Bunda 50% bemorlarda 26 – 36 yoshlar orasida rivojlanadi. Alkohol abstinent sindromi bo‘ladi. Birinchi bosqich alomatlari ko‘payishi mumkin. Birinchi bosqichdan ikkinchisiga utish asta – sekin bo‘ladi. Psixologik yengib bulmaydigan istak bilan bir qatorda alkoholga jismoniy guju kuyiladi. Bemorda abstinent sindromi quyidagi alomatlari buladi: umumiy tremor, til, kovoklarning titirashi, bexollik, terlash, ko‘ngil aynash, ich qotish, ishtaxa yo‘qligi, bosh og‘rig‘i, gipnogagik gollyutsinatsiyalar, vaximali tushlar ko‘rish, uyqusizlik kuzatiladi.

Psixosensor buzilishlar– chuqurlikka tushganday bo‘lish ba‘zi patologik reflekslar og‘ir xolatlar gollyutsinozlar va tutqanoqlar kuzatilishi mumkin. Xarakterida maqtanchoklik, o‘rinsiz, qo‘pol xazil qilish kuzatiladi. Intelket pasayishi, bu bexayolik, beandishalik, o‘rinsiz qiliqlar qilish yuzaga chikadi.

Uchinchi bosqichi – toksikotsefalopatiya bilan bog‘liq yangi alomatlarining xosil bulishi ro‘y beradi. Bu bosqichda alkoholga bo‘lgan tolerantlikning pasayishidir. Alkoholga toqat qilaolmaslik ayniqsa uzluksiz ichish jarayonida yaqqol bilinadi. Uzluksiz ichish kundan kunga oshadi, 5 – 7kun bemor deyarli butunlay spirli ichimliklarning ichmay quyadi, shu bilan birga ichishni to‘xtatadi. Uzluksiz ichishni oxirgi kunlarida bemor fakat abstinent sindromini yengillashtirishni kuzda tutadi, lekin intorerantlik sabali, o‘zini og‘ir narkotik mastlikkacha olib boradi. Davriy yoki uzluksiz ichish bemor jismoniy axvolni og‘irlashishini, yurak urishining susayishi dispeptik buzilishlar bilan tugaydi. Shaxs darajasining susfyishi yana xam kuyi darajalarga, xatto organik esi pastlikkacha yetadi. Somatik buzilishlar juda xam turli – tuman bo‘lib, surunkali gastritlar, me‘da yarasi kasalliklari nafas yo‘llari pankreatitlar va boshqalar uchraydi.

Alkohol polinefriti. Sabablari. Alkohol polinefriti ichkilikka ruju qo‘yish organizmning mudom zaxarlanib borishi surunkali intaksikatsiya tufayli rivojlanadi. Polinefritning rivojlanishida vitamin V1 almashuvining buzulishi xam katta axamiyatga ega.

Belgilari. Alkohol polinefriti asta – sekin rivojlanib boradi. Bemor qul va oyoqlarning distal bo‘limlarida yoqimsiz sezgi xosil bo‘lishi bilan birga boldir muskullarida og‘riq paydo bo‘ladi. Bu og‘riqlar nerv ustunlari bosib ko‘rilganda zo‘rayib ketadi. Qo‘l va oyoq quvvatsizlanib ularning distal bo‘limlaridagi sezish foaliyati esa qulqop yoki paypoq kiyiladigan soxalarda buzuladi. Bosh miya nervlarida ko‘z – ko‘zni xarakatlantiruvchi nervlar juda kam xollarda esa sayyor va diafragiya nervlarini xam yallig‘lanishi qamrab olishi mumkin. Xammasi bo‘lib kasallik bir necha oydan bir necha yilgacha davom etadi. Agar bemor alkohol ichishni to‘xtatsa butunlay tuzalib ketishi mumkin.

Davolash. Alkohol polinefriti bilan og‘rigan bemorni xam shifoxona sharoitida davolash lozim. Bemor uchun nixoyatda tinch sharoit yaratib berish kerak. Organizm zaxarli moddalardan tozalash (dezintaksikatsiyalash) vositalaridan tashqari sensibilizatsiyani kamaytiruvchi subrastin tavyagil, dimidrol, diazamin kabi dorilar buyuriladi. V gurux vitaminlari vitamin S strixnin tavsiya qilinadi. Kasallikning tuzatish davri fizioterapiya usullaridan foydalaniladi.

Diabet polinefriti. Sabablari. Polinefritning bu turi qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda uchraydi. Polinefrit qand kasalligi boshlanganda so‘ng bir necha yil o‘tgach yuzaga chiqishi mumkin. Kasallik rivojlanganda moddalar almashinuvining buzulishi tufayli. Ko‘pincha vegetativ inervatsiyaning buzulishi tufayli bemor terisining ayrim soxalari qora rangga kirib shu yerlarda chidab bo‘lmaydigan og‘riq paydo bo‘ladi. Juda ko‘p xollarda shu soxalar qattiq qichishadi.

Davolash. Polinefritning bu turida diabetni davolash bilan birga organizmning umumiy quvvatini oshiradigan dorilar buyuriladi.

1. Retseptiv nutqni tekshirish. Bemorni oddiy so‘zlarni qanday tushunishi tekshiriladi. Bir qancha buyumlar ichidan aytilgan narsani topib berishi kerak. Maqollarni tushunishi, ma‘lum ma‘noga ega bo‘lgan munosabatlarni anglashi tekshiriladi.

2. Ekspressiv nutqni tekshirish. Agar bemor o‘zi ravon gapira olmasa, unga biror murakkab jumlaning qaytarish buyuriladi.

3. Yozma nutqni tekshirish. Bemordan biror narsani yozib berishni so‘raladi.

4. O‘qish qobiliyatini tekshirish. So‘zlarni ovoz chiqarib o‘qish aytiladi.

5. Apraksiyani tekshirish. Bemorni kundalik turmushda bajaradigan ishlari tekshiriladi.

Mavzu: Alkogolli shaxs degidratatsiya belgilari.

Reja:

3. Alkogolning antidiuretik gormon sekretsiyasiga ta‘siri

4. Degidratatsiyaning og‘irlik darajalari

Alkogolning antidiuretik gormon sekretsiyasiga ta‘siri

Alkogolning degidratatsiya chaqiruvchi eng muhim patogenetik mexanizmlaridan biri antidiuretik gormon (ADG, vazopressin) sekretsiyasini bostirishidir. Normal sharoitda ADG gipotalamo-gipofizar tizim orqali suv almashinuvini boshqarib, buyraklarning yig‘uvchi naychalarida suvning qayta so‘rilishini ta‘minlaydi.

Alkogol markaziy asab tizimiga depressant ta‘sir ko‘rsatib, gipotalamusdagi osmoreseptorlar faolligini pasaytiradi. Natijada ADG sekretsiyasi susayadi va buyraklarda suvning qayta so‘rilishi kamayadi. Ushbu holat poliuriya rivojlanishiga olib kelib, organizmdan katta miqdorda suyuqlik chiqarilishiga sabab bo‘ladi.

Klinik jihatdan bu holat alkogol qabulidan keyin tez-tez va ko‘p miqdorda siydik ajralishi bilan namoyon bo‘ladi. Alkogol qabul qilish davom etar ekan, ADG sekretsiyasining uzoq muddatli susayishi suyuqlik tanqisligini chuqurlashtiradi va degidratatsiyaning og‘ir shakllariga olib keladi.

Buyraklarda suv va elektrolitlar qayta so‘rilishining buzilishi

Alkogolning buyraklarga to‘g‘ridan-to‘g‘ri toksik ta‘siri suv-elektrolit almashinuvi buzilishida muhim rol o‘ynaydi. Alkogol va uning metabolitlari buyrak kanalchalarida ion transport mexanizmlarini izdan chiqaradi. Natijada natriy, kaliy va xlor ionlarining qayta so‘rilishi kamayadi.

Elektrolitlarning siydik orqali ko'p miqdorda yo'qotilishi suvning ham passiv ravishda organizmdan chiqib ketishiga olib keladi. Shu bilan birga, buyrak perfuziyasining pasayishi glomerulyar filtratsiya tezligini o'zgartirib, o'tkir buyrak funksional buzilishlari xavfini oshiradi.

Alkogolli shaxslarda bu jarayonlar ko'pincha giponatriemiya yoki aksincha, nisbiy gipernatriemiya bilan kechadi. Bu esa hujayra ichki va hujayra tashqi suyuqliklar o'rtasidagi osmotik muvozanatning buzilishiga olib keladi.

Me'da-ichak tizimi orqali suyuqlik yo'qotilishi

Alkogolning me'da-ichak tizimiga irritativ va yallig'lantiruvchi ta'siri dehidratatsiya patogenezida alohida o'rin tutadi. Alkogol me'da shilliq qavatini zararlab, gastrit va gastroduodenit rivojlanishiga olib keladi. Bu holat ko'ngil aynishi va qusish bilan kechib, suyuqlik yo'qotilishini kuchaytiradi.

Bundan tashqari, alkogol ichak peristaltikasini buzib, diareya chaqirishi mumkin. Diareya orqali nafaqat suv, balki natriy, kaliy va bikarbonatlar ham yo'qotiladi. Natijada suyuqlik tanqisligi metabolik buzilishlar bilan murakkablashadi.

Uzoq davom etuvchi ichish fonida ovqatlanishning yetarli bo'lmasligi va suyuqlik qabulining kamayishi me'da-ichak orqali yo'qotilgan suyuqlikning o'rni qoplash imkoniyatini cheklaydi.

Metabolik o'zgarishlar va suv-elektrolit disbalansi

Alkogolizmida metabolik jarayonlarning izdan chiqishi dehidratatsiya patogenezini yanada chuqurlashtiradi. Alkogol metabolizmi natijasida organizmda metabolik asidoz rivojlanadi, bu esa hujayra ichidagi suvning hujayra tashqarisiga siljishiga olib keladi.

Gipoglikemiya, laktat to'planishi va oksidlanish-qaytarilish jarayonlarining buzilishi energiya yetishmovchiligini yuzaga keltiradi. Elektrolit disbalansi, xususan kaliyning kamayishi mushak zaifligi, yurak ritmi buzilishlari va neyromuskulyar qo'zg'aluvchanlikning o'zgarishiga sabab bo'ladi.

Shu tarzda, metabolik o'zgarishlar suv-elektrolit muvozanatining global buzilishiga olib kelib, dehidratatsiyani nafaqat miqdoriy, balki sifat jihatdan ham og'irlashtiradi.

Izotonik dehidratatsiya

Izotonik dehidratatsiya organizmdan suv va elektrolitlar, asosan natriy ionlari, bir xil nisbatda yo'qotilishi bilan tavsiflanadi. Bu holatda qon plazmasining osmotik bosimi nisbatan saqlanib qoladi, ammo aylanib yuruvchi qon hajmi kamayadi.

Izotonik dehidratatsiya ko'pincha qusish, diareya, qon yo'qotish, shuningdek o'tkir intoksikatsiya holatlarida uchraydi. Patogenezida asosiy rol ni hujayra tashqi suyuqlik hajmining kamayishi o'ynaydi. Natijada arterial bosim pasayadi, taxikardiya rivojlanadi va periferik qon aylanishi buziladi.

Klinik jihatdan izotonik dehidratatsiya chanqoqlik, terining turgori pasayishi, oliguriya va umumiy holsizlik bilan namoyon bo'ladi. Bu turdagi dehidratatsiya reanimatsion amaliyotda eng ko'p uchraydigan shakllardan biridir.

Gipotonik dehidratatsiya

Gipotonik dehidratatsiya natriy va boshqa elektrolitlarning suvga nisbatan ko'proq yo'qotilishi bilan tavsiflanadi. Natijada qon plazmasining osmotik bosimi pasayadi va suv hujayra tashqarisidan hujayra ichiga o'tadi.

Ushbu holat ko'pincha uzoq davom etuvchi qusish, diareya, diuretiklarni nazoratsiz qabul qilish yoki faqat suv bilan kompensatsiya qilish fonida rivojlanadi.

Giponatriemiya hujayralar, ayniqsa miya hujayralarining shishishiga olib keladi.

Klinik belgilariga bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, ongning chalkashishi, mushak zaifligi va og'ir holatlarda tutqanoq kiradi. Gipotonik dehidratatsiya nevrologik asoratlar xavfi yuqori bo'lgan eng xavfli turlardan biridir.

Gipertonik dehidratatsiya

Gipertonik dehidratatsiya suvning elektrolitlarga nisbatan ko'proq yo'qotilishi bilan kechadi. Bu holatda qon plazmasining osmotik bosimi oshadi va suv hujayra ichidan hujayra tashqarisiga chiqadi.

Gipertonik dehidratatsiya ko'pincha yetarli suyuqlik qabul qilinmasligi, kuchli terlash, isitma, poliuriya va alkogol ta'sirida rivojlanadi. Natijada hujayra ichki suvsizlanish yuzaga keladi.

Klinik jihatdan kuchli chanqoqlik, teri va shilliq qavatlarining keskin quruqligi, asabiylik, psixomotor qo'zg'alish va og'ir holatlarda ong buzilishi kuzatiladi. Ushbu turdagi dehidratatsiya keksalarda va alkogolli shaxslarda tez-tez uchraydi.

II. Dehidratatsiyaning og'irlik darajalari

Yengil darajali dehidratatsiya

Yengil dehidratatsiya tana vaznining taxminan 3–5 foizini tashkil etuvchi suyuqlik yo'qotilishi bilan tavsiflanadi. Bu bosqichda klinik belgilar kam ifodalangan bo'lib, chanqoqlik, og'iz qurishi va yengil holsizlik bilan namoyon bo'ladi.

Gemodinamik ko'rsatkichlar odatda saqlanib qoladi, laborator o'zgarishlar minimal bo'ladi. Ushbu bosqichda o'z vaqtida korreksiya qilinganida to'liq tiklanish mumkin.

O'rta darajali dehidratatsiya

O'rta darajali dehidratatsiya tana vaznining 6–9 foizigacha bo'lgan suyuqlik yo'qotilishi bilan kechadi. Klinika yaqqolroq bo'lib, teri turgori pasayadi, oliguriya, taxikardiya va arterial bosimning pasayishi kuzatiladi.

Nevrologik belgilar sifatida bosh aylanishi, loqaydlik va diqqat pasayishi paydo bo'lishi mumkin. Laborator tekshiruvlarda gemokonsentratsiya va elektrolit disbalansi aniqlanadi.

Og'ir darajali dehidratatsiya

Og'ir dehidratatsiya tana vaznining 10 foizdan ortiq suyuqlik yo'qotilishi bilan tavsiflanadi va hayot uchun xavfli holat hisoblanadi. Gemodinamik kollaps, shok belgilari, anuriya va ongning buzilishi kuzatiladi.

Elektrolit disbalansi chuqurlashib, yurak ritmi buzilishlari, tutqanoq va poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Ushbu holat zudlik bilan reanimatsion yordamni talab qiladi

Chanqoqlik hissining kuchayishi

Chanqoqlik degidratatsiyaning eng erta va fiziologik jihatdan muhim belgilaridan biridir. U gipotalamusdagi osmoretseptorlar va volumoretseptorlarning qo'zg'alishi natijasida yuzaga keladi. Qon plazmasining osmotik bosimi oshishi yoki aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi chanqoqlik markazini faollashtiradi.

Klinik jihatdan chanqoqlik dastlab sub'ektiv noqulaylik sifatida namoyon bo'lib, degidratatsiya chuqurlashgan sari chidab bo'lmas ehtiyoj darajasiga yetadi. Biroq ayrim holatlarda, xususan keksalarda, ong buzilishlari yoki alkogol intoksikatsiyasi fonida chanqoqlik hissi yetarli darajada namoyon bo'lmasligi mumkin, bu esa degidratatsiyaning yashirin kechishiga olib keladi.

Og'iz bo'shlig'i va shilliq qavatlarning quruqligi

Degidratatsiyada so'lak bezlari faoliyati susayadi va sekretsia kamayadi. Natijada og'iz bo'shlig'i, til va lablar quruq, yopishqoq holatga keladi. Til yuzasida qalin, ba'zan yoriqlangan qoplama paydo bo'ladi.

Shilliq qavatlarning quruqligi nafaqat klinik belgi, balki infeksiyon asoratlar rivojlanishi uchun qulay sharoit yaratadi. Og'iz bo'shlig'ida mikrotravmalar, yutishda qiyinchilik va nutqning buzilishi kuzatilishi mumkin. Ushbu belgi ko'pincha suyuqlik tanqisligining o'rta va og'ir darajalarida yaqqol namoyon bo'ladi.

Terining turgori va elastikligining pasayishi

Terining turgori degidratatsiyaning muhim obyektiv ko'rsatkichlaridan biri hisoblanadi. Suyuqlik tanqisligi fonida teri osti to'qimalarida suv miqdori kamayadi, natijada teri elastikligi pasayadi.

Klinik tekshiruvda terini chimchilab ko'rilganda uning sekin tekislanishi degidratatsiyadan dalolat beradi. Bu belgi ayniqsa bolalarda va qariyalarda aniq namoyon bo'ladi. Og'ir degidratatsiyada teri quruq, sovuq va oqarib ketgan bo'lib, periferik qon aylanishi buzilishlari bilan birga kechadi.

Siydik ajralishining kamayishi

Oliguriya degidratatsiyaning muhim klinik belgilaridan biri bo'lib, organizmning kompensator mexanizmlarini aks ettiradi. Suyuqlik tanqisligi sharoitida buyraklar suvni tejashga intilib, siydik ajralishini kamaytiradi.

Siydik miqdorining kamayishi bilan birga uning konsentratsiyasi oshadi, rangi to'q sariq yoki jigarrang tusga kiradi. Og'ir degidratatsiyada anuriya rivojlanishi mumkin, bu esa o'tkir buyrak yetishmovchiligi xavfini keskin oshiradi.

V. Yurak-qon tomir tizimi tomonidan namoyon bo'ladigan belgilar

Taxikardiya

Degidratatsiya natijasida aylanib yuruvchi qon hajmi kamayadi. Bunga javoban yurak chiqishini saqlab qolish maqsadida kompensator taxikardiya rivojlanadi. Yurak urish tezligining oshishi degidratatsiyaning og'irligini baholashda muhim ko'rsatkich hisoblanadi.

Arterial gipotenziya

Suyuqlik yo‘qotilishi chuqurlashgan sari arterial bosim pasayadi. Gipotenziya ko‘pincha kechki belgilar qatoriga kirib, gemodinamik barqarorlikning buzilganidan dalolat beradi. Og‘ir holatlarda gipovolemik shok rivojlanishi mumkin.

Ortostatik kollaps

Ortostatik kollaps degidratatsiyaga xos belgilaridan biri bo‘lib, bemorning yotgan holatdan turgan holatga o‘tishida bosh aylanishi, ko‘z oldining qorong‘ilashishi va hushdan ketish bilan namoyon bo‘ladi. Bu holat tomir tonusining pasayishi va qon hajmining yetishmovchiligi bilan bog‘liq.

Periferik qon aylanishi buzilishi

Degidratatsiyada periferik tomirlar spazmi rivojlanib, teri sovuq, oqarib ketgan bo‘ladi. Kapillyar qon aylanishi sustlashadi, bu esa to‘qimalarda gipoksiya va metabolik buzilishlarni kuchaytiradi.

VI. Markaziy asab tizimi va psixik belgilar

Bosh aylanishi va umumiy holsizlik

Degidratatsiya miya perfuziyasining pasayishiga olib kelib, bosh aylanishi, loqaydlik va umumiy holsizlik bilan namoyon bo‘ladi. Bu belgilar jismoniy faollik vaqtida yanada kuchayadi.

Ongning chalkashishi va dezorientatsiya

Suyuqlik va elektrolit disbalansi miya hujayralari faoliyatini izdan chiqaradi. Natijada ongning chalkashishi, vaqt va makonda dezorientatsiya paydo bo‘ladi. Ushbu holat ayniqsa keksalarda va alkogolga qaram shaxslarda tez-tez uchraydi.

Psixomotor qo‘zg‘alish yoki somnolensiya

Degidratatsiya fonida markaziy asab tizimi faoliyati turlicha reaksiyalar bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Ayrim bemorlarda bezovtalik, asabiylik va psixomotor qo‘zg‘alish kuzatilsa, boshqalarda uyquchanlik va sustlik ustunlik qiladi.

Tutqanoq va deliriy rivojlanish xavfi

Og‘ir degidratatsiyada elektrolit disbalansi (ayniqsa natriy va kaliy o‘zgarishlari) tutqanoq va deliriy rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Bu holatlar hayot uchun xavfli bo‘lib, zudlik bilan intensiv tibbiy yordam ko‘rsatishni talab qiladi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Alkogolizmning klinik kechishida patologik mayl qanday shakllanadi?
2. Alkogolizmning I, II va III darajalari o‘rtasidagi asosiy klinik farqlar nimalardan iborat?
3. Tolerantlik tushunchasi va uning alkogolizm bosqichlarida o‘zgarishini tushuntiring.
4. Abstinensiya sindromining asosiy klinik belgilari qaysilar?
5. Alkogolizm da psixik va somatik asoratlar qanday mexanizmlar orqali rivojlanadi?

6. Alkogolizmni davolashda detoksikatsiya terapiyasining maqsadi nimadan iborat?
7. Alkogolga maylni kamaytiruvchi farmakologik vositalarning ta'sir mexanizmini tushuntiring.
8. Psixoterapiyaning alkogolizmni davolashdagi o'rni va ahamiyati nimada?
9. Alkogolli shaxslarda degidratatsiya qanday patogenetik mexanizmlar orqali rivojlanadi?
10. Og'ir degidratatsiyaning hayot uchun xavfli asoratlarini sanab bering.

VAZIYATLI MASALALAR

1-masala

45 yoshli erkak bemor 10 yildan beri alkogol iste'mol qiladi. So'nggi 2 yilda ichish ustidan nazorat yo'qolgan, ichishni to'xtatganda qo'l qaltirashi, terlash va bezovtalik paydo bo'ladi.

Savol: Alkogolizmning qaysi darajasi va qanday sindrom kuzatilmoqda?

2-masala

52 yoshli bemorda uzoq muddatli zapoydan so'ng arterial bosim 90/60 mm sim.ust., puls 110/min, og'iz shilliq qavati quruq.

Savol: Qaysi patologik holat ustun va uning sababi nimada?

3-masala

38 yoshli erkak ichkilikni tashlaganidan 12 soat o'tgach, qo'zg'aluvchanlik, uyqusizlik va taxikardiya paydo bo'lgan.

Savol: Bu holat qanday klinik sindromga xos?

4-masala

60 yoshli alkogolga qaram bemorda siydik ajralishi keskin kamaygan, teri turgori pasaygan.

Savol: Qaysi darajadagi degidratatsiya ehtimoliy?

5-masala

Bemor ichishdan so'ng tez-tez qusish va ich ketishdan shikoyat qiladi.

Savol: Degidratatsiyaning qaysi patogenetik mexanizmi ustun?

6-masala

Alkogolizmning III bosqichidagi bemorda shaxs degradatsiyasi va xotira buzilishi aniqlangan.

Savol: Ushbu holatning patogenetik asosini tushuntiring.

7-masala

Zapoydan keyin bemorda bosh aylanishi va hushdan ketish holati kuzatilgan.

Savol: Qaysi gemodinamik buzilish ehtimoliy?

8-masala

Alkogolizmni davolash jarayonida relapsning oldini olish maqsad qilingan.

Savol: Qaysi davolash bosqichi asosiy ahamiyatga ega?

9-masala

Bemor suv ichishga qiziqmaydi, chanqoqlik hissi susaygan.

Savol: Qaysi xavf omili dehidratatsiyani chuqurlashtiradi?

10-masala

Og‘ir dehidratatsiya fonida bemorda tutqanoq rivojlangan.

Savol: Qaysi metabolik buzilish bunga sabab bo‘lishi mumkin?

TEST SAVOLLARI

1. Alkogolizmning II bosqichiga xos belgi qaysi?
A) Tolerantlikning pasayishi
B) Psixik qaramlik yo‘qligi
C) Abstinensiya sindromining paydo bo‘lishi
D) Ichishga epizodik qiziqish
2. Alkogolga patologik mayl asosan qaysi tizim bilan bog‘liq?
A) Endokrin tizim
B) Mezolimbik dopamin tizimi
C) Nafas tizimi
D) Immun tizimi
3. Dehidratatsiyaning eng erta klinik belgisi:
A) Anuriya
B) Chanqoqlik hissi
C) Arterial gipotenziya
D) Tutqanoq
4. Alkogol antidiuretik gormon sekretsiyasiga qanday ta‘sir qiladi?
A) Kuchaytiradi
B) Susaytiradi
C) O‘zgartirmaydi
D) Barqarorlashtiradi

5. Og‘ir degidratatsiyada qaysi holat eng xavfli?
A) Terining quruqligi
B) Chanqoqlik
C) Gipovolemik shok
D) Ishtahaning yo‘qolishi
6. Alkogolizmning III bosqichiga xos belgi:
A) Tolerantlikning oshishi
B) Nazoratning saqlanishi
C) Shaxs degradatsiyasi
D) Qisqa muddatli ichish
7. Ortostatik kollaps nimaning natijasida yuzaga keladi?
A) Giperglikemiya
B) Qon hajmining kamayishi
C) Giperkalsemiya
D) Gipertermiyaning oshishi
8. Alkogolizmni davolashda detoksikatsiya terapiyasining asosiy maqsadi:
A) Psixoterapiya o‘tkazish
B) Toksinlarni chiqarish va suv-tuz muvozanatini tiklash
C) Ichishga ruxsat berish
D) Immunitetni pasaytirish
9. Degidratatsiyada siydik qanday o‘zgaradi?
A) Ko‘payadi va rangsiz
B) O‘zgarmaydi
C) Kamayadi va konsentrlashadi
D) Oqartiriladi
10. Alkogolli shaxslarda deliriy rivojlanish xavfi nimaga bog‘liq?
A) Vitaminlar ortiqchiligi
B) Yuqori arterial bosim
C) Og‘ir degidratatsiya va elektrolit disbalansi
D) Semizlik

Interaktiv usul:

“Stol o‘rtasidagi ruchka” — bu **barcha talabalarni teng darajada fikrlashga va javob berishga majbur qiluvchi interaktiv usul** bo‘lib, **passiv talabalarni faollashtirish, bilimlarni mustahkamlash va og‘zaki nutqni rivojlantirishga** xizmat qiladi.

O'tkazish tartibi

1-bosqich. Tayyorlov

- Auditoriya 4–6 kishilik kichik guruhlariga bo'linadi
- Har bir guruh stol atrofida joylashadi
- Stol o'rtasiga **bitta ruchka** qo'yiladi

2-bosqich. Savol berish

O'qituvchi mavzu bo'yicha **bitta muhim savol yoki topshiriq** beradi.

Masalan:

“Giyohvandlik va toksikomaniyaning asosiy klinik belgilarini sanab bering.”

3-bosqich. Fikr bildirish qoidasi

- Faqat **ruchkani qo'lga olgan talaba** gapirishi mumkin
- Talaba fikr bildirgach, ruchkani stol o'rtasiga qaytaradi
- Keyingi talaba ruchkani olib, **yangi fikr** aytishi shart
- Oldingi fikrni takrorlashga ruxsat berilmaydi

4-bosqich. Mavzu bilan ishlash (namuna)

Talabalar navbat bilan quyidagi kabi javoblar berishi mumkin:

- Ruhiy qaramlik belgilari
- Jismoniy qaramlik alomatlar
- Abstinensiya sindromi
- Gallyutsinatsiyalar
- Tolerantlik oshishi
- Ijtimoiy xulq buzilishi

5-bosqich. Cheklov va tartib

- Har bir talaba **faqat 1 marta** so'zga chiqadi
- Gapirish vaqti: **20–30 soniya**
- Ruchkani uzoq ushlab turish mumkin emas

6-bosqich. Yakunlash

- O'qituvchi barcha bildirilgan fikrlarni umumlashtiradi
- Noto'g'ri yoki noaniq fikrlar tuzatiladi
- Eng muhim klinik belgilar ajratib ko'rsatiladi

2.11.O'quv moduliga ajratilgan soat 2	Favqulotda xolatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish
--	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli

Vaqt 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:10-15ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotining rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favqulotda vaziyat tushunchasi. 2. Terminal holatlar 3. Qon ketish va qon to'xtatish usullari.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy : Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash Deontologik tarbiyaning shakllanishi Amaliyotda axloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash</p> <p>2.Tarbiyaviy maqsadi Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish Insonparvarlik va rahmdillilik hissini shakllantirish O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish</p>	
<p style="text-align: center;">Pedagogik vazifalar</p> <p>Mazkur modul Favqulodda vaziyatlar haqida asosiy tushuncha. Favqulodda vaziyatlar, ularning sabablari, turlari.Tibbiy saralash va triaj asoslari.Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish bosqichlari va qoidalari. Ommaviy talofatlar holatida evakuatsiya va birinchi yordam ko'rsatish tamoyillari. Qon ketishni to'xtatish usullari.Yengil va og'ir kuyishlarda tibbiy yordam ko'rsatish. Elektr jarohatlari, ochiq va yopiq jarohatlar, sinishlar,uzoq muddat ezilishda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. ko'nikmalarini shakllantiriladi.</p>	<p>O'quv faoliyatini natijalari: Natijada Hushdan ketish, kollaps, shok, koma haqida umumiy ma'lumot. Hushdan ketish, kollaps holatlarida bemorga yordam ko'rsatish.Shok holatlarida yordam ko'rsatish algoritmi (gipovolemik, anafilaktik, travmatik). Komatoz holatda bemorni baholash va dastlabki yordam ko'rsatish. Terminal holat bosqichlari. Klinik va biologik o'lim belgilari. CPR – yurak-o'pka reanimatsiyasining nazariy asoslari. Kattalar va bolalarda yurak massaji va sun'iy nafas berishni o'tkazish algoritmiqobiliyatiga ega bo'ladi.</p>
O'qitish metodlari	“Baxs munozara” “Aqliy hujum “ usullari bilan ishlash

O'quv faoliyatini tashkil etish	Jamoaviy va guruxlarda ishlash ,yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska ,videofilmlar, chizma,nazorat varoqlari,matnlar
Qayta aloqaning usul va vazifalari	Og'zaki so'rov, tezkor so'rovyozma so'rov test, misol,va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mashg'ulot uchun talab etiladigan vaqti 80 minut

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1-bosqich o'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p align="center">Tashkiliy qism</p> <p>1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi yangiliklar eshitaladi va aytiladi.</p> <p>2.O'quv mashg'ulotining mavzusi, maksadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi</p> <p>3.Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.</p>	Javob beradilar, tinglaydilar,yozib oladilar
<p>2-boskich. Amaliy qism 65 daqiqa</p> <p>1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning noan'anaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Tinglovchilarga "tezkor savol-javob" tarzida mavzu mustahkamlanadi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollarigi javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."Baliq skeleti " sxemasi bo'yicha</p>

		tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa Favqulotda xolatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.Birinchi shoshilinch tibbiy yordam bo'yicha qo'llanma." 2010 yil. 2.D. M. Sabirov, A. Z. Gazizov "Birinchi tibbiy yordam" 2017 yil.	Tinglaydilar, uyga vazifani belgilab oladilar

Mavzu:Favqulotda xolatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish

Dars rejasi:

1. Favqulotda vaziyat tushunchasi.
2. Terminal holatlar
3. Qon ketish va qon to'xtatish usullari.

Favqulotda vaziyat tushunchasi-Favqulotda vaziyat sharoit buzish va kishilar sog'lig'iga yoki atrof muhitga sezilarli moddiy yo'qotishlar , ijtimoiy tuzilmalarni barbod bo'lishiga yoki kishilar qurbon bo'lishiga olib kelgan yoki olib keladigan ofatlar yoki boshqa ofatlar , falokatlar natijasida yuzaga kelgan ma'lum hududdagi vaziyat.

Favqulotda vaziyat yuzaga kelgandagi havf.

1. Kishi hayotiga tahdid soluvchi havf.
2. Kishi sog'lig'iga tahdid soluvchi havf.
3. Hayot faoliyati sharoiti buzilishi.
4. Sezilarli moddiy yo'qotishlar.
5. Atrof tabiiy muhitga yetkazilgan zarar.

Favqulotda vaziyatlarni yuzaga kelish sabablari.

Favqulotda vaziyatlarni yuzaga kelish sabablari turlicha, ammo ularni quyidagi uchta guruhga bo'lish mumkin:

- Tabiat yaratgan sabablar.
- Ijtimoiy mazmundagi sabablar.
- Tabiat va kishi xatosi bilan birgalikda yaratilgan sabablar.

Favqulotda vaziyatlar tasnifi.

Favqulotda vaziyatlarni asosan 2 turga bo'lib tasniflasa bo'ladi(chizmaga qarang). Tabiiy ko'rinishdagi FV va texnogen xususiyatga ega bo'lgan FV. Tabiiy ko'rinishdagi FV tayfun, uragan, suv toshqini, qurg'oqchilik,

ko'chki, zilzila, sunami, vulqonlarning otilib chiqishi, epidemik kasalliklar va boshqalarni kamrab oladi. O'zbekistonda ko'chki, suv toshqini va epidemik kasalliklar uchrab turadi.

Tabiiy:

-Gidrometeorologik(tayfunlar,uraganlar,suv

-Qurg'oqchilik, kuchki

-Geologik (zilzilalar, sunami, vulqonlar va b. lar).

-Biologik(epidemiya(hayvonlar, o'simliklar orqali),

-Toksik moddalar bilan zaxarlanish, ovqatdan ommaviy zaxarlanish va boshqalar

Texnogen:

Texnika bilan bog'liq (transport avariylari, zavodlarda avariylar, yong'in va portlash xavfi bor obyektlarda sodir bo'lishi mumkin avariylar, radioaktiv avariylar va x.k.lar)

-Majmualiy ofatlar(terrorizm, irqiy majoralar, xarbiy harakatlar, ichki mojaralar, urush)

Shoshilinch yordam ko'rsatish va oila a'zolariga maslahatlar berish.

Terminal holatlar

Terminal holat deganda – organizmning o'lim bosqichlari tushuniladi Bu-a'zo va sistemalar mutanosib funksiyasi buzilishi natijasida gomeostazning o'zgarishi va buzilishidan kelib chiqadi.

Terminal holatga:

a) preagoniya

b) agoniya

v) klinik o'lim

Preagoniya – Ichki a'zolarga kislorod yetishmovchiligi natijasida kelib chiqadi. Bu xolat 5-10 sekunddan 3-4 minutgacha davom etadi.

Belgilari:

Asta sekin hushdan ketish. Nafas olishni o'zgarishi (avvaliga tez-tez, keyin yuzaki, keyin kam nafas olish). Qon aylanishini o'zgarishi (AQB past, puls tez-tez, keyin pasayadi). Teri qoplamalarini o'zgarishi (ko'karish, oqarish, nuqtalarni xosil bo'lishi)

Agoniya –organizmning so'ngi kompensator reaksiyasini ishga tushishi.

Belgilari: boshlanishida bemor AQB normallashadi, yurak urishi ko'payadi, nafas olish yaxshilanadi, xatto bemor bir necha soniyaga xushiga kelishi mumkin. Bemorni axvoli yaxshilanayotgandek tuyuladi va birdaniga AQB tushib ketadi, ipsimon puls, nafas olishini o'zgarishi, xushdan ketish kabi belgilar kuzatiladi. Bemorda og'riqni sezish, va boshqa bir qator reflekslar yo'qoladi. Agonal xolat bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etishi mumkin va klinik o'lim bilan tugaydi.

Klinik o'lim- qon aylanish va nafas olish funksiyasi umuman to'xtagan, lekin, miyadagi asosiy hujayralar hali tirik bo'lib, bu holat 5-6 minut davom etishi mumkin.Klinik o'lim holatida - ko'z qorachig'i kengaygan, ularning yorug'likka reaksiyasi yo'q, teri qoplamalari rangi o'zgargan, tonik (sudorogi) harakatlar kuzatiladiKeyin orqaga qaytmas holat - biologik o'lim sodir bo'ladi.

Yurak urushi va nafas olish to'xtagandajonlantirish choralari.

Yurak O'pka Reanimatsiyasi.

Baxtsiz xodisalar tufayli bemor xushini yo'qotganda, unda nafas va yurak ritmining to'xtab qolishi kuzatiladi. Shunday xollarda nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash va qon aylanishini yaxshilash, o'pkaga sun'iy nafas berish, yurakni bilvosita massaj qilishga qaratilgan tadbirlar kompleksiga "Yurak o'pka reanimatsiyasi" deyiladi. Asosiy tadbirlarni "AVS" ketma-ketligida bajarish mumkin.

A-nafas yo'llarini utkazuvchanligi

V-nafas berish

S-sirkulyatsiyani yaxshilash

Birinchi navbatda yordam ko'rsatuvchi o'z xavfsizligini ta'minlashi kerak. Shundan so'ng bemorning xayot ko'rsatkichlari, ya'ni es-xushi, ko'z qorachiqclarini yorug'likka reaksiyasi, reflekslari, nafas olishi xamda yurak urishini tekshirib ko'riladi. Bemorni qattiq yuzaga yotqizib, siqib turgan kiyimlari bo'shatiladi. Shundan so'ng 1 chi bosqichda kirishiladi;

A- nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini ta'minlash.

Buning uchun avvalambor bemorning bo'yin umurtkasi tekshirib olinadi. Shundan so'ng bemorni boshini orqaga engashtirib chalqancha yotqiziladi, pastki tishlar yuqoridagi tishlardan bir oz chiqib turadigan qilib pastki jag' oldinga suriladi. Shundan so'ng og'iz bo'shlig'i tekshirib ko'riladi. (shilimshiqlar, ovqat luqmalari, protezlardan tozalanadi). Og'izga salfetka qo'yiladi. Bu ishlarni tez, shikast yetkazmay, extiyotlik bilan bajarish lozim. Nafas yo'llari ochilganligiga ishonch xosil qilingach 2 bosqichga o'tiladi:

V- og'izdan og'izga yoki og'izdan burunga sun'iy nafas berish.

Sun'iy nafas berishni yurakni bilvosita massaj qilish bilan birga bajariladi.

S-gon aylanishini ta'minlash - I-yordam beruvchi bemorni burnini chap kuli bilan berkitib chuqur nafas oladi va bemorni og'ziga sun'iy nafas beradi. II-yordam beruvchi esa, qo'l kaftlarini ustma ust qilib, bemor xanjarsimon o'simtasidan 2 barmoq yuqoriga qo'yadi. Tirsaklarini bukmasdan butun tana vaznini og'irligi bilan yurakni massaj qiladi. Bunda yurak to'sh bilan umurtqa pog'onasi o'rtasida siqila boshlaydi va qon yurakdan xaydaladi.

BELGILARI	kattalar	1-8yoshgacha	1yoshgacha	Yangi tug'ilgan chaqaloklar
Ko'krak qafasini bosish soni	1min 100martadan kam bo'lmasligi kerak			
1min.nafas olish tezligi	Xar 6-8 sekund1nafas (1min. 8-10 nafas)			30 nafas
Bosish chukurligi	5 smdan kam emas	5smgacha	4smdan kam emas	1,5-2,0sm.

Yurak vaqtida xolati	massaji qo'lar	Xanjarsimon o'simtadan 2ki barmoq yuqoriga kaftni kaft ustiga kapalak simon qo'yiladi	Xanjarsimon o'simtadan 2ki barmoq yuqoriga 1-qo'ning kafti qo'yiladi	So'rg'ichlar orasiga 2ta barmok qo'yiladi
Sun'iy nafas va yurak massajining nisbati		30:2 (1yoki 2 kishi)	30:2(1yoki 2 kishi) 15:2(2 kishi)	3:1 15:2

Behushlikda birinchi yordam berish

Behushlik (obmorok) - bosh miyaning daf'atan kamqon bo'lib qolishi, bunda odam qisqa vaqt o'zini bilmay qoladi. Obmorok - o'tkir qon tomirlar yetishmovchiligiga aytiladi.

№	Muolaja bajarish algoritmi	Muolajani asoslab berish
1	Bemorni tekis joyga oyoqlarini ko'tarib yotkiziladi.	Miyaga qon okib kelishi uchun.
2	Siqib turgan kiyimlar bo'shatiladi.	O'pkada havo aylanishini yaxshilash uchun
3	Toza havo bilan ta'minlash	Miyada gipoksiyani oldini olish uchun.
4	Bemor yuziga va tanasiga sovuq suv sepiladi, piyoz va novshadil spirti hidlatiladi. Bemorni quloq suprasini massaj qilish kerak. Oyog'iga grekla qo'yiladi. Shirin choy ichiriladi.	Bu bilan nafas olish va yurak qon tomir markazi kuzg'atiladi. Periferiyadagi qon aylanishini yaxshilaydi
5	Kordiamin - 25%-1,0-2,0 ml t/o, Kofein 10%-1,0 ml t/o	Markaziy asab tizimini ko'zg'atish xususiyatga ega.

Kollapsda birinchi yordam

Kollaps-arterial bosimning keskin pasayib ketishi va periferiyada qon aylanishining dag'al suratda izdan chiqishi bilan xarakterlanadigan o'tkir qon tomirlar yetishmovchiligidir.

№	Muolaja bajarish algoritmi	Muolajani asoslab berish
1	Bemorni tekis va qattik joyga boshini osiltirib yotqiziladi	Miyaga qon oqib kelib – gipoksiyani oldini olish uchun
2	Siqib turgan kiyimlar bo'shatiladi.	Nafas olishni yengillashtirish uchun
3	Toza havo bilan ta'minlash	Gipoksiyani oldini olish uchun

4	Tomirni toraytiruvchi dori vositalari yuboriladi Mezaton 0.1% - 0,1 ml yoshiga nisbatan teri ostiga yoki Noradrenalin 0.1% teri ostiga, 0,1 ml yoshiga nisbatan yoki Adrenalin 0.1% - 0,1 ml yoshiga nisbatan teri ostiga	Qon tomirini toraytirib, qon bosimini ko'taradi.
5	Vena ichiga qon o'rnini bosuvchi vositalar quyish – qon bosimini nazorati ostida	Qon tomirlarini qonga to'ldiradi va qon bosimini oshiradi

Shok- ingliz tilidan tarjima qilinganda “turtki” (tolchok) manosini bildiradi. Shok turlari: travmatik, kardiogen, infeksiyon-septik, anafilaktik, gipovolemik, neyrogen va psixik.

Sabablari:	Belgilari:
<ul style="list-style-type: none"> - Ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotish (qon ketishi, diareya, qayt qilish, kuyishlar) - Elaktrotravma - Kuchli og'riq - Allergik reaksiyalar, - Infeksiya - Issiqlik yoki sovuq ta'siri - Intoksikatsiyalar - kuchli ruxiy stresslarda 	<ul style="list-style-type: none"> - Besaramjonlik, xavotir, rangpar, sovuq, nam teri, kuchli chanqash, ko'ngil aynashi, qayt qilish, kuchsiz, tez-tez tomir urishi, AQB pastga tushishi, yuzaki tezlashgan nafas, bosh aylanishi, asta sekin xushni yo'qotish.

Shokda birinchi yordam berish (keltirib chikaruvchi sababga ko'ra)

Shok hayot uchun o'ta xavfli holat bo'lib shok sababchisi turlicha bo'lishi mumkin.

№	Muolaja bajarish algoritmi	Muolajani asoalab berish
1	Bemorni boshi pastroq qilib yotqiziladi.	-gipoksiyani olidini olish uchun.
2	Shokni keltirib chiqqan sababini aniqlash.	-to'g'ri yordam berish uchun.
3	Bemorni isitish kerak.	- periferiyadagi qon aylanishini yaxshilash uchun.
4	Tinchlik va toza havo bilan ta'minlash.	-bemorni ahvolini yaxshilash uchun.
5	Agar bemor yuta olsa, oz-ozdan suyuqliklar berish kerak.	-suvsizlanishni oldini olish uchun.
6	Og'riqni qoldirish uchun quyidagi dori vositalarini yuborish mumkin: analgin 50%-0,1 ml yoshiga nisbatan, m o;	

	<ul style="list-style-type: none"> •yoki promedol 2%-1,0-2,0 ml, m o; •yoki morfin 1%-0,5-1,0 ml t o; 	-og'riqni kamaytirish uchun.
7	Bemorga qilingan muoalajalar yordam bermasa, tez yordamga murojat qiling.	-malakali tibbiy yordam ko'rsatish uchun.

Elektrdan shikastlanganda birinchi yordam

Zudlik bilan elektr toki ta'sirini to'xtatish lozim. Shikastlangan kishi, ko'pincha, usti ochiq simni ushlab olib, muskullari qisqarganidan uni qo'yib yubora olmaydi. Shuning uchun tezda elektr tokini o'chirish yoki uning iloji bo'lmaganda shikastlangan kishini toq o'tmaydigan narsalar yordamida tortib olish lozim bo'ladi. Bunda elektr tokini o'tkazmaydigan rezina qo'lqop, kalish yoki etik, jundan tayyorlangan ko'rpalar ipak gazlamalar, quruq yog'ochdan foydalanish zarur. Nafas olish yoki yurak urishi to'xtasa, sun'iy nafas oldirish va yurakni massaj qilish kerak bo'ladi.

Suvga cho'kkanda birinchi yordam

Cho'kayotgan kishini qutqarib olishda juda ehtiyot bo'lish zarur. Uning orqasidan suzib borish kerak. Sochidan yoki qo'ltig'idan ushlab uning yuzini yuqoriga qaratib, tortib ketishiga yo'l qo'ymay qirg'oq tomonga suzish kerak.

Birinchi yordamni u suvdan chiqarilgandan boshlash kerak. Qutqarilgan kishining tizzasini bukib, u qorni bilan yotqiziladi, bunda uning boshi ko'krak qafasidan pastda bo'lishi kerak (quyida keltirilgan rasmga qarang). So'ngra ko'krak qafasini bosadigan qattiq harakatlar bilan traxeya va bronxlardagi suvni chiqarishga harakat qilinadi. Havo o'tadigan yo'llardan suv chiqarilgandan so'ng, shikastlangan kishini tekis joyga yotqizib, nafas olish to'xtab qolgan taqdirda ma'lum usullardan biri (og'izdan-og'izga yoki burundan – burunga) bilan daqiqaga 16-18 martadan sun'iy nafas oldirishga kirishiladi. Yurak faoliyati to'xtaganda massaj qilish zarur.

Sovuq urishi

Sovuq urishi - tanaga past harorat ta'sir etganda kelib chiqadi.

Bunda bemor a'zolarini noqulay sharoitlarda ho'l, tor poyabzal kiyish, holdan toyish, 40°Sda hatto, bundan yuqori haroratda ham sovuq urishi mumkin. Ko'pincha, qo'l va oyoqlarning barmoqlari, quloq va burun uchini sovuq uradi.

Sovuq urishning 4 ta darajasi bo'ladi.

Birinchi yordam ko'rsatishda bemor issiq xonaga yotqiziladi. Unga issiq choy, yurak faoliyatini yaxshilovchi va og'riq qoldiruvchi dorilar beriladi. Bemorni vannaga tushirib suv harorati 18-20°S dan asta-sekin 37°S gacha ko'tariladi. Vannada qon ta'minoti, sezuvchanlik tiklangunga qadar ehtiyotlik bilan massaj qilish lozim. Oyoq yoki qo'l terisi spirt bilan artiladi va unga qalin doka bog'lab qo'yiladi.

Mahalliy va umumiy davolash ishlari olib boriladi.

Koma

Koma - behushlik holati bo'lib, markaziy nerv sistemasining endogen, ekzogen patologik ta'sirotalar natijasida bosh miya reflektor faoliyatining tormozlanishidir.

Komaning turlari ko'p:

1. Uremik koma. Buyraklar ish faoliyati buzilishi natijasida qonda mochevina va kreatinin miqdorining oshib ketishi natijasida bo'ladi.

2. Diabetik koma. Oshqozon osti bezi faoliyati buzilganda qondagi qand miqdori oshib ketishi - giperglikemik, kamayib ketsa - gipoglikemik koma deb aytiladi.
3. Travmatik, termik, anafilaktik, epileptik komalar ham bo'ladi.

Kuyish

KUYISH bu - yuqori temperatura, kimyoviy moddalar, nurlanish yoki elektr toki ta'sirida to'qimalarning jarohatlanishi. Shuning uchun kuyish tasnifida 4ta etiologik faktor e'tiborga olinadi.

Teri kuyishi kuyishning 90-95% tashkil qiladi. Kuyish ta'sirida organizimda yuzaga keladigan patologik holatga – kuyish natijasidagi kasallikka « kuyish kasalligi» deyiladi.

Buning 4ta bosqichi bor:

1. kuyish natijasidagi shok.
2. kuyish natijasidagi o'tkir toksemiya.
3. o'tkir septikotoksemiya
4. rekonvalissensiya.

Kuyish natijasida kasallikning og'irlik darajasi-kuygan maydonning kengligi va chuqurligi bilan belgilanadi.

Kuyishning 4 darajasi bor(epidermis-o'suvchi qavat, derma- chuqur qavat). 1, 2 va 3A darajada kuyish yuzaki deyiladi, chunki terining epidermis qavatigina zararlanadi. 3B va 4 daraja kuyish chuqur kuyish deyiladi, bunda terining epidermis va derma qavatlari ham kuyadi va teri o'zi o'smaydi, shu yer biriktiruvchi to'qima bilan qoplanib chandiqlik hosil bo'ladi.

1 darajali kuyishda - giperimiya, shish, achishish bo'ladi.

2 darajali kuyishda - unchalik tarang bo'lmagan pufakchalar hosil bo'lib, uning atrofi giperimiyalangan bo'ladi.

3A darajali kuyishda- katta, suyuqligi ko'p yoki jelesimon, pufakchalar bo'lib, yorilsa tagi pushti rangli bo'ladi.

3B darajali kuyishda - gemorragik suyuqlik bilan to'lgan, yorilganda to'q kulrang iz qoldiruvchi pufakchalar hosil bo'ladi. (qon tomirlar trombozi, to'qima oqsillari koagulyatsiyasi hisobiga).

4 daraja kuyishda - kuygan yer jigarrang yoki qora, kartonga o'xshab qolgan.

Kuygan yer kengligini kaft bilan o'lchash mumkin, kuygan soha 1 ta bemor kaftiga teng bo'lsa, 1% ga to'g'ri keladi.

Uollsning 9 lik qoidasi:

1. Bosh-bo'yin - 9%
2. Xar bir qo'l - 9% +9%=18%
3. Tananig old qismi –18%
4. Tananing orqa qismi - 18%
5. Xar bir oyoq –18% + 18% =36%

6. Tashqi jinsiy a'zolar-1%

Umumiy maydon == 100 %

Tez tibbiy yordam ko'rsatish

1. Kimyoviy kuyish bo'lsa 10-15 min oqib turgan suvda yuvish kerak.
2. Quruq steril salftka bilan yopiladi, steril salftka bo'lmasa toza mato yopiladi, gospitalizatsiya qilinadi.

3. Og'riq qoldirish uchun –promedol, amnopen, morfin, analgin m/o yuboriladi.
4. Desensibilizatsiyalovchi antigistamin preparatlar-dimedrol, suprastin, v/m agar stasionarga yotqizishgacha 1 soatdan ortiq vaqt ketsa, plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar beriladi 800-1200ml
5. Shokka qarshi choralardan biri issiq choy yoki kofe, ishqoriy mineral suv.
6. Ichida elektrolitlari bo'lmagan suyuqlikni 0,5 l dan ortiq bermaslik kerak, chunki – suvli intoksiksiyaga sabab bo'ladi.

Kuygan kishiga birinchi yordam ketma-ketligi kuyish sodir bo'lgan yerda amalga oshiriladi:

ta'sir etayotgan issiqlikni to'xtatish

kuygan yerni sovutish

og'riq qoldirish.

kuygan soxa ustini steril mato bilan bekitish.

zudlik bilan kasalxonaga yetkazish

TRANSPORTIROVKADAN oldin – og'riq qoldirish (neyroleptik), antigistamin preparatlar.

Transportirovkada – ingalyatsion anesteziya, plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar, ishqoriy suyuqliklar berish.

Maxalliy davolash, shokning oldi olingandan keyin qilinadi. Birlamchi xirurgik tozalash – obrabotka spirt bilan yoki 0,25 % ammiak eritmasi bilan artiladi.

Kuygan soxa 2 usulda davolanadi:

- ochiq usul – maxsus karkas, unga lampochkalar o'rnatilgan bo'ladi.

- yopiq usul – bog'lamlar qo'yish bilan, bunda 5-10% sintomitsin emulsiyasi, 0.5% furatsilin mazi, 10% anestizin mazi birlamchi obrabotkadan keyin 6-8 sutkaga bog'lab qo'yiladi, agar kuygan joy yiringlagan bo'lsa:

Agar yiringli yallig'lanish bo'lsa 0,02% furatsilin eritmasi, 0,5% kumush nitrat.

3B darajadagi kuyish bo'lsa, qonservativ davolash bog'lashlar bilan o'tadi. Chuqur kuyishlarda operatsiya bilan davolanadi.

1. nekrotomiya

2. nekroektomiya

3. teri plastikasi.

QON KETISH

Qon qayerdan ketishiga qarab: arteriya, vena, kapillyar va parenximatoz organlarga ajratiladi.

Birlamchi – (jarohatdan keyin qon ketishi) va ikkilamchi – (qon ketish to'xtagandan keyinroq – operatsiya va boshqa hollarda) qon ketishlari hamda tashqariga (qon tomirlardan tashqariga ketishi) va ichkariga (qorin bushlig'iga, plevra bo'shlig'iga, oshqozon, ichaklarga...) qon ketishlar bo'ladi.

Qon ketishni to'xtatish

Qon ketishni to'xtatish:

Vaqtincha.

Uzil – kesil bo'lishi mumkin.

Qon ketishni vaqtinchalik to'xtatish

Bir qancha usullari mavjud:

1. Bosib turuvchi bog‘lam. Bu usul vena va kichikroq arteriyalardan qon oqishida uni vaqtincha to‘xtatish uchun qo‘llaniladi. Bunda steril doka bir necha qavat qilib qonayotgan sohaga qo‘yiladi va ustidan yana steril doka bilan mahkam o‘raladi.
2. Oyoq-qo‘lni bo‘g‘imidan bukish. Taqim, chov, son, yelka arteriyasi, chov bo‘g‘imidagi son arteriyalari jarohatlanganda yuz beradigan qon oqishini, ba‘zan oyoq-qo‘lni maksimal bukish yoki bog‘lab tortib qo‘yish yo‘li bilan to‘xtatish mumkin.
3. Jarohatda tomirni bosib turish. Qo‘lga steril qo‘lqop kiyiladi va spirt, yod bilan artiladi. Ko‘rsatkich barmoq jarohatga kiritilib, sizib chiqayotgan qon tomiri bosilib, to‘xtatiladi.
4. Jarohatni zich tamponlash. Buning uchun tampon olinib, jarohatga birin-ketin va zich qilib biriktirish orqali qon to‘xtatiladi. Odatda, bu usul burundan qon ketganda qo‘llaniladi.
5. Qonab turgan tomirga qisqich qo‘yish. Oyoq-qo‘l, chanoq, qorin bo‘shlig‘ida chuqur joylashgan tomirlardan oqayotgan qon qisqich qo‘yib to‘xtatiladi.
6. Tomir bo‘ylab bosib turish. Bu usulda ayrim yirik arteriyalardan oqayotgan qonni to‘xtatishga tomirga yaqin joylashgan nuqtalar orqali suyaklarga bosish yo‘li bilan erishiladi.
7. Jgut bog‘lash. Bu ayniqsa, arterial qon ketishni to‘xtatishda asosiy usul hisoblanadi. Arterial qon ketishida jgut jarohatga nisbatan markaziy tomonga qo‘yiladi. Jgut bog‘lashdan oldin terini qisib qo‘ymaslik uchun oyoq yoki qo‘lga sochiq, bint o‘raladi. Jgut cho‘zilib, oyoq yoki qo‘l atrofida aylantiriladi. Jgut o‘ramlarining kesishmay, balki yonma-yon joylashishiga e‘tibor berish zarur. Jgut uchlari mahkamlanadi va uning o‘ramlaridan birining tagiga yozilgan qog‘oz qistirib qo‘yiladi. Jgut 2 soatdan ortiq qo‘yilmasligi kerak, aks holda anaerob infeksiyalar rivojlanishiga va to‘qimalar o‘lishiga sabab bo‘lishi mumkin. Arteriyaga qo‘yilgan jgut to‘g‘ri bog‘langanda oyoq yoki qo‘lning undan chetroqdagi qismi oqaradi, jgutdan pastda puls yo‘qoladi, qon oqishi to‘xtaydi.

Qon ketishini uzil-kesil to‘xtatish

Mexanik, fizik, kimyoviy va biologik usullari mavjud.

Bunda tomirlar ushlab olinib, yoki tikiladi. O‘sha joyga muzli xaltacha qo‘yiladi, bu usul asosan, kapillyarlardan qon ketganda qo‘llaniladi.

Elektrokoagulyatsiya – elektrokoagulyator yordamida qon ketib turgan mayda tomirlar koagulyatsiya qilinadi. Ayrim vaqtlarda issiq fiziologik eritmadan ham foydalaniladi.

Tomirlarni toraytiruvchi, qon ivish tizimiga ta‘sir qiluvchi vositalar beriladi. Gemostatik vositalarni mahalliy va umumiy qo‘llash mumkin. Qon, uning elementlari, plazma quyish ham yaxshi natija beradi.

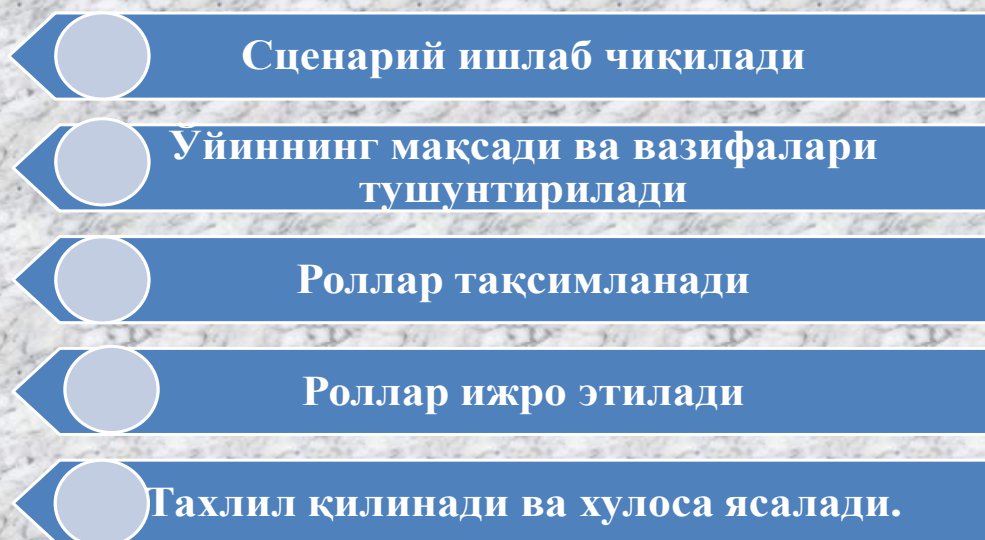
O‘tgan kun mavzusini qaytarish uchun savollar.

1. Yurak qon-tomir kasalliklarining xavfli omillarini baholash kartasiga kiritilgan yuqumsiz kasalliklarning xavfli omillarini aytib bering?
2. Yurak qon-tomir kasalliklarining xavfli omillarini stratifikatsiyasida (guruhlariga bo‘lish) e‘tiborga olinadigan mezonlarni sanab bering?
3. Ayollar uchun bel aylanasing(BA) qaysi ko‘rsatkichi yuqumsiz kasalliklarning xavfli omili bo‘la oladi?

4. Erkaklar uchun bel aylanasining qaysi ko'rsatkichi yuqumsiz kasalliklarning xavfli omili bo'la oladi?
5. Yurak qon-tomir kasalliklarining xavfli omillari nimani anglatadi?
6. Qaysi turdagi patsiyentlarni olib borish uchun ushbu klinik protokollardan foydalanish kerak?
7. AG ning darajalarini sanab bering?
8. MI qanday kasallik?
9. Stenokardiyaning klinik belgilarini aytib bering!
10. MI da xurujida hamshiralik parvarishi ketma ketligini sanab bering
11. Yurak qon tomir kasalliklarida qanday tekshiruvlar qo'llaniladi
12. AG ning asosiy klinik belgilarini aytib bering.
13. Yurak qon tomir kasalliklarida qanday maslahatlar beriladi?



«Ролли ўйин» методининг тузилмаси



TIBBIY ATAMALAR

- 1.Reanimatsiya-jonlantirish.
- 2Nekroektomiya
- 3.Elektrokoagulyatsiya.
- 4 Uremik koma

TEST SAVOLLARI

1. Nafas va yurak to‘xtagandan so‘ng necha daqiqagacha tiriltirish mumkin?

- A) * 5-6 daqiqagacha
- B) 10-20 daqiqagacha
- V) 8-9 daqiqagacha
- D) 30-40 daqiqagacha
- E) 60 daqiqagacha

2. O‘pka-yurak reanimatsiyasi 1 kishi bulganda kanday nisbatda o‘tkaziladi?

- A) 31:4
- B) 30:2
- V) 16:2
- D) * 2:30
- E) 22:2

3. Nafas to‘xtaganda sun’iy nafas berishda necha marta 1 daqiqada nafas beriladi?

- A) * 16-20 marta
- B) 10-12 marta
- V) 40-50 marta
- D) 20-30 marta

E) 5-6 marta

4. Yurak to'xtaganda yopiq uqalashda 1 minutda yurak necha marta uqalanadi?

- A) 20-30 marta
- B) 60 marta
- V) 76 marta
- D) *80-90 marta

5. Koma xolati deb nimaga aytiladi?

- A) Og'ir xolat bo'lib, bemorning es-xushi yo'q, reflekslar bo'lmaydi
- B) Bemorning xushi joyida, lekin tormozlangan bo'ladi
- V) Bemor xushi kirdi-chiqdi bo'ladi
- D) Bemorning xushi joyida, lekin yurak faolyati buzilgan
- E) Bemorning xushi joyida bo'lib, nafas faolyati buzilgan bo'ladi

6. Gipoglikemik komada reanimatsiya tadbirlari.

- A) Insulin 20 TB yuborish
- B) Insulin 40 TB Yuborish
- V) * Glyukoza 40%-40,0 venaga yuborish
- D) Laziks 4,0 muskul orasiga
- E) Poliglyukin tomchilab venaga quyish

7. Giperglekemik- diabet komasida qon taxlilida nima aniqlanadi?

- A) Leykotsitoz
- B) Neytrofilyoz
- V) Y-xujayralar
- D) Keton tanachalari
- E)* Qand miqdorining oshib ketishi

8. Qanday shok bo'lmaydi?

- A) Kuyish shoki
- B) Travmatik shok
- V) Postgemorragik shok
- D)*Giperglikemik shok
- E) Elektroshok

9. Gipertermiya xolati nima?

- A)*Tana xaroratining keskin ko'tarilishi
- B) Tana xaroratining 10 ga ko'tarilishi
- V) Tana xaroratining tushib ketishi
- D) Tana xaroratining normal xolatdaligi
- E) Tana xaroratining 350 ga tushib ketishi

10. "Cho'kishda " birinchi reanimatsiya tadbirlari qanday tartibda bo'ladi?

- A)*Bemorni tezda yotqizib sun'iy nafas va yurak uqalash o'tkaziladi
- B) Bemorning nafas yo'llaridan suv tushirilib, so'ngra reanimatsiya tadbirlari qilinadi
- V) Bemorning tili tortilib, so'ngra reanimatsiya tadbirlari o'tkaziladi.
- D) Bemorni yuqori nafas yo'lidan suv tushirilib, so'ngra sun'iy nafas beriladi

E) Yuragi defibrilyatsiya qilinadi

Vaziyatli masalalar

Masala: №1

Bemor 48 yosh ogir xolatda tushdi, shikoyatlari bugilishga, xavo yetishmovchilikka. Bemorda bezovtalik, gapirishga va nafas olishga kiyinlashishiga. Obyektiv: teri koplamlari okish rangda, terlagan. Perkusiyada upka ustida kuchaygan nafas fonida gijillovchi va xushtaksimon xirillashlar eshtiladi. Nafas aktida yordamchi mushaklar ishtirok etmokda. Yurak tonlari bugiklashgan AKB-150/90 m.s.u.

Rs-110 min. ritmik. Taranglashgan. EKG-da sinusli ritm, taxikardiya.

SAVOL:

- 1) sizning taxminiy tashxisingiz?
- 2) tekshirish usullari?
- 3) Algoritm xarakatlari?

Masala: №2

Bemor 27 yosh shikoyatlari xolsizlik tinch xolatda nafas kisishiga, Balgamli yutal, tana xaroratini 38°s gacha oshishiga. Anamnezidan 3 kundan beri kasal, Kasallikni sovuk kotish bilan boglaydi.

teri rangpar, lablari kirgogida gerpetik toshmalar, NOS-36 min.

Obyektiv: ung kukrak kafasi nafas aktida orkada koladi.

Ung upka pastki bulagi perkusiyada bugiklashgan. Auskultatsiyada ung pastki bulaklarda susaygan, nam xirillashlar. AKB-140/90 msu, Rs-112 min.

EKG - metabolik o'zgarishlar.

SAVOL:

- 1) sizning taxminiy tashxisingiz?
- 2) tekshirish usullari?
- 3) Algoritm xarakatlari?

Masala №3

Bemor osilgandan 15 minut utgach reanimatsiyaga olib kelindi. Obyektiv: koma, nafas olishi kamaygan (1012), stridoroz nafas, bradipnoe, arterial gipertenziya.

SAVOL:

1. Taxminiy diagnozingiz.

2. Asosiy tekshirish usullari.
3. Xarakatlar algoritmi.

Masala №4

Bemor 48 yosh. Shikoyatlari chankash, ogzi kurishi, kungil aynishi, ishtaxa yukligi, umumiy bexollikka. 20 yil davomida kandli diabetom I tipii bilan ogrigan.

Obyektiv: terisi kuruk, turgori pasaygan. Nafas soni 24 marta min., AB 110/60 mm sim ust., puls 110 marta min. Analizlarida: glikemiya 22,0 mmol/l, siydikda keton tanachalari +, K⁺2,8 mmol/l, Na⁺118 mmol/l.

SAVOL:

1. Taxminiy diagnozingiz.
2. Gomeostaz buzilish turini kursating.

3. Xarakterlar algoritmi.

Nazorat savollar:

1. Yurak o'pka reanimatsiyasi nima degani?
2. Yurak o'pka reanimatsiyasi kandy xolatlarda bajariladi?
3. Yurak o'pka reanimatsiyasini bajarishdan oldin bemorlarda kandy kursatkichlarni aniklab olish zarur?
4. Yurak o'pka reanimatsiyasini bajarish ketma-ketligini bilasizmi?

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Abdullayeva V.K, Sharipova P.K "Psixiatriya" Toshkent-2018 (elektron darslik)
2. A.S. Velilyaeva "Psixiatriya asoslari" Samarqand-2021 (elektron o'quv qo'llanma)
3. A.S. Velilyaeva "Narkologiya asoslari" Samarqand-2021 (elektron o'quv qo'llanma)
4. M.M.Asadullayev S.N.Aslanova "Asab kasalliklari propevtikasi" 2008-yil
5. N.I. Xodjayeva, A.Y. Shoyusupova "Psixiatriya" Toshkent-2011
6. X.Q. Shodmonov "Asab va ruhiy kasalliklar" 2013-yil o'quv qo'llanma
7. M.B. Asqarova, M.S.Dusmatova "Epilepsiya va shizofreniya kasalligida hamshiralik parvarishi" o'quv qo'llanma Andijon-2025

4.3.4. Elektron ta'lim resurslari.

www.edu.uz

www.minzdrav.uz

<http://www.medpoisk.ru/>

<http://www.rusmedserv.com/>

www.medi.ru

www.medlinks.ru

www.medscape.com

www.medland.ru

www.med-lib.ru

www.ksmed.ru/pat/gynecology

www.medsan.ru

