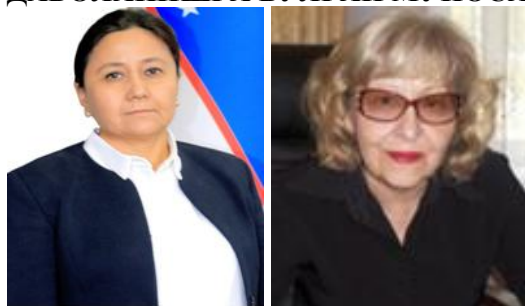


УДК: 616.89-008. 616-006. 616-43

НОГИРОНЛИККА ОЛИБ КЕЛУВЧИ БЎҒИМ ВА СИЛ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН ЎЗ ЖОНИГА ҚАСД ҚИЛУВЧИ БЕМОРЛАРНИНГ КАСАЛЛИГИГА ВА ДАВОЛАНИШГА БЎЛГАН МУНОСАБАТИ



Эргашева Юлдуз Йўлдошевна¹, Турсунходжаева Людмила Александровна²

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ СУИЦИДЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ

Эргашева Юлдуз Йўлдошевна¹, Турсунходжаева Людмила Александровна²

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республика Узбекистан, г. Ташкент ш.

THE ATTITUDE OF SUICIDAL PATIENTS SUFFERING FROM DISABLING SOMATIC DISEASES OF THE JOINTS AND TUBERCULOSIS TO THEIR ILLNESS AND TREATMENT

Ergasheva Yulduz Yuldoshevna¹, Tursunkhojaeva Lyudmila Alexandrovna²

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tipme.uz

Резюме. Ўз жонига қасд қилиши хулқ-атвори мураккаб ва шетерожен омилларнинг комбинацияси туфайли ўзини намоён қилади. Бундай омиллардан бири ўз жонига қасд қилиши ҳаракатининг патофизиологияси билан боғлиқ бўлган иммун тизимининг дисрегуляциясидир. Ушбу мақола ялғизлини контекстида ўз жонига қасд қилиши ҳатти-ҳаракатларининг этиологиясида ўз жонига қасд қилишнинг юқори ва кўйи оқими омилларини кўрсатади. Сил, аутоиммун касалликлар ва инфекциялар каби ялғизлини касалликларининг невропсихиатрик аломатлар ва ўз жонига қасд қилиши тенденцияларига қўшган ҳиссаси энди ўрганила бошланди. Ўз касалликларини идрок этиши хусусиятларини қиёсий ўрганиши 250 нафар ногирон (1-гурух 200 та) ва ногиронлиги бўлмаган (2-гурух 50 та) сил ва бўғим касалликлари билан оғриган беморлар ўртасида ўтказилди. Касалликка бўлган муносабат ва даволашига бўлган мотивация ўз жонига қасд қилиши ҳатти-ҳаракатларининг шаклланишига сезиларли таъсир кўрсатиши аниқланди. Ўз жонига қасд қилиши хавфи шифокорга бўлган ишончни, касаллик белгиларининг заифлашишига, беморларнинг ўзлари билан қандай курашишни ўрганишига уринишлари ва шахслараро ўзаро муносабатларни яхшилашга интилиши камаяди.

Калит сўзлар: ўз жонига қасд қилиши ҳатти-ҳаракатлари, сил, ревматизм, ревматоид артрит, ногиронлик, касаллик ва даволашига муносабат.

Abstract. Suicidal behavior is complex and manifests itself due to a confluence of heterogeneous factors. One such factor is dysregulation of the immune system associated with the pathophysiology of suicidal behavior. This article will present suicidal upstream and downstream factors in the etiology of suicidal behavior in the context of inflammation. The contribution of inflammatory conditions such as tuberculosis, autoimmune diseases, and infections to neuropsychiatric symptoms and suicidal tendencies is only beginning to be studied. A comparative study of the characteristics of the perception of their illness was carried out in 250 patients with disabilities (Group 1 - 200 patients) and those without disabilities (Group 2 - 50 patients) for tuberculosis and joint diseases. It has been established that attitudes towards the disease and motivation for treatment have a significant impact on the formation of suicidal behavior. The risk of suicidal acts is reduced if there is trust in doctors, faith in the reduction of symptoms of the disease, attempts by patients to learn to cope with them on their own, and the desire to improve interpersonal interactions.

Долзарблиги. Сурункали касалликлар дунёда ўлимнинг етакчи асосий сабабидир ва уларнинг сонининг ошиши, ногиронлик кўрсаткичларининг ошишига олиб келади. Мавжуд маълумотлар шуни кўрсатадики, сил, бўғим, жигар циррози, буйрак ёки юрак етишмовчилиги каби сурункали касалликларга чалинган одамларда ўз жонига қасд қилиш хавфи умумий аҳолига караганда анча юқори [1, 2, 3, 4]. Ревматизм, ревматоид артрит жиддий депрессия билан боғлиқ бўлган тизимли касаллик бўлиб, унинг тарқалиши ҳатто 40% га етади [5, 6]. Ревматизм, ревматоид артрит билан касалланганларнинг 11% ўз жонига қасд қилиш фикрини бошдан кечирганини кўрсатди. Ревматизм, ревматоид артрит, сил билан касалланган аёлларнинг 14 фоизи ўз жонига қасд қилиш фикрини билдирган, эркаклар эса 3 фоизга тенг. Ревматизм, ревматоид артрит билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфини ҳар томонлама аниқлаш [7] демографик, жисмоний ва психологик хусусиятлар бўйича кўшимча маълумотни талаб қилади. Бундан ташқари, ҳозирги кунга қадар ўз жонига қасд қилиш фикрига эга бўлган ёки илгари ўз жонига қасд қилишга уринган ревматизм, ревматоид артрит беморларининг қайси қисми ўз жонига қасд қилишда муваффақиятга эришганлигини кўрсатадиган тадқиқотлар йўқ. Даволаб бўлмайдиган деб таснифланган касалликнинг ташхисоти касалликни психоген-реактив характердаги руҳий касалликларни шакллантириши мумкин бўлган жиддий руҳий жароҳатга айлантиради [3, 6, 7]. Бошқа томондан, оғир соматик касаллик жисмоний астения билан бирга келади, бу ақлий фаолиятга сезиларли таъсир қилади ва соматоген руҳий касалликларни ҳосил қилади [3,5]. Шу билан бирга, психологик силжишларнинг намоён бўлиши ва руҳий касалликларнинг кучайиши соматик касалликнинг оғирлиги билан деярли боғлиқ эмас ва ҳатто ўз жонига қасд қилишга уринишлар ҳам вазиятнинг объектив оғирлигини акс эттира олмайди, чунки объектив ходиса ҳам, шахс ҳам ушбу воқеага бўлган муносабатининг ўзига хос хусусиятлари билан ақлий тажриба жараёнида иштирок этади [5, 8,9]. Сурункали касалликка қарши курашда иккита ҳатти-ҳаракатлар стратегияси мавжуд-фаол ва суст [6,7,8,9]. Бемор ҳаёт шароитидаги умумий ўзгаришларни тушуниши ва касалликка мослаштирилган янги турмуш тарзи ёрдамида тўсиқларни фаол равишда енгишга ҳаракат қилиши керак. "Касаллик билан бирга яшаш" талаби кўп одамлар ўз фаолиятидаги ўзгаришларга кўрқув, бефарқлик, депрессия каби психопатологик касалликлар билан жавоб беришига олиб келади. Суст ҳатти-ҳаракатлар ҳимоя механизмла-

рини ўз ичига олади: касаллигининг жиддийлигига эътиборсизлик, ўз-ўзини алдаш, рационализация ёки ҳаддан ташқари назорат ва касалликнинг оғирлигини инкор этиш реакцияларидир.

Сурункали касалликларда турмуш тарзини ўзгартирмаслик ва дори-дармонларни ўз вақтида тўғри қабул қилмаслик соғлиқ учун жиддий муаммо ҳисобланади [7]. Ушбу шартларга риоя қилиш, ўз навбатида, беморларнинг ўз касалликларига, даволанишга бўлган муносабатига ва тиббиёт мутахассисларига бўлган ишончига боғлиқ. Беморлар кўпинча дори-дармонларни қабул қилишни самарасиз деб ҳисоблашлари ёки нохуш ёмон таъсирга дуч келишлари сабабли тўхтатадилар[8, 9]. Таълим фаолияти ва хулқ-атвор техникаси беморнинг даволанишга мувофиқлигини яхшилаши мумкин, аммо энг самарали стратегиялардан бири бемор ва шифокор ўртасидаги алоқани яхшилашдир. Бироқ, "шифокор-бемор" тизимидаги муносабатларни ўрганишга ҳали ҳам кам эътибор қаратилмоқда.

Мақсади: Хулқ-атворда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини кўрсатадиган сурункали соматик касалликларга чалинган беморларнинг ўз касалликлари ва даволанишга бўлган муносабатини ўрганиш

Материал ва методлар. Бухоро вилоят кўп тармоқли шифохонаси, вилоят ТМЭК негизида бўғим тизими касалликлари ва фтизиатрия, пулмонология марказида сил билан оғриган 250 нафар (140 нафар эркак ва 110 нафар аёл) бемор текширилди. Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари куйидагилардан иборат эди: 21 ёшдан ошган, тадқиқотчи билан мулоқот қилиш ва сўровномани тўлдириш қобилиятини таъминлайдиган қониқарли умумий ҳолатга эга, тест ўтказиш учун ихтиёрий равишда иштирок этиш учун розиликнинг мавжудлиги. Ҳар бир бемор учун демографик маълумотларни (ёши, жинси, маълумот даражаси, диний мансублиги) ва клиник маълумотларни (ташхис қўйилган пайтдан бошлаб ўтган вақт, ташхис тўғрисида хабардорлиги, касалликнинг босқичи, ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатларининг хусусиятлари, касалликка муносабат) акс эттирувчи харита тўлдирилди. Текширув вақтида беморларнинг ёши 21 ёшдан 68 ёшни ташкил этди. Текширилганларнинг аксарияти ўрта (44,0%) ёки ўрта махсус (43,1%) маълумотга эга эди. Олий маълумотли шахсларнинг улуши 12,9 фоизни ташкил етди. Барча беморлар мусулмон динининг тарафдорлари бўлиб, диний маросимлар ва урф-одатларга риоя қилишган. Текширилганларнинг 200 нафари (80%) соматик касаллик бўйича I,II,III гуруҳ ногиронлигига эга, 50 нафар (20%) беморда ногиронлик аниқланмаган. Текширув вақтида 42 на-

фар беморда (ногиронлиги бўлган шахслар сонининг 16,8 фоизи) ногиронлик гуруҳи биринчи марта олган, қолганларида бир неча йил давомида ногиронлик гуруҳи бўлиб, камида тўрт марта касалхонага ётқизилган ва кўп марта амбулатория шароитида даволанган. Даволашга бўлган муносабатнинг асосий вариантларини аниқлаш, шунингдек, беморларни тиббий ёрдамга мурожаат қилишга ундаган сабабларни аниқлаш учун "Касаллик ва даволанишга муносабат" сўровномаси қўлланилди. Сўровномада 22 та тасдиқловчи пункт мавжуд бўлиб, бемор унга қанчалик мос келишини аниқлаши керак. Ҳар бир пункт 5 та жавоб вариантыга мос келади: "мутлақо мос эмас", "мос эмас", "менимча мос эмас", "менимча мос келади", "мос келади", "тўлиқ мос", улар 1 дан 6 баллгача баҳоланади. Натижалар махсус калит ёрдамида баҳоланади. Баллар қуйидаги жадвал бўйича берилди: "мутлақо мос эмас" -1 балл, "мос эмас" -2, "менимча мос эмас" -3, "менимча мос келади" -4, "мос келади" -5, "тўлиқ мос" -6 балл. Беш турдаги мотивациянинг ҳар бирининг яқолиги даражасини баҳолаш унга киририлган жавоблар баллари йиғиндисидан тузилади. Ушбу услуб даволанишга бўлган муносабатнинг беш турини аниқлашга имкон беради: "инсайтга эришиш учун муносабат", "хулқ-атворни ўзгартиришга муносабат", "симптоматик яхшилашни эришиш муносабати", касалликдан "иккиламчи фойда" олишга муносабат (шу жумладан касалхонада қолиш)", "бошқа мотивация (шу жумладан суст позиция)", шунингдек, улар орасида доминант вариантни аниқлаш.

Ўз жонига қасд қилиш ҳаракати хавфи Бекнинг "Ўз жонига қасд қилиш фикри" шкаласи ёрдамида баҳоланди. Бек шкаласи ўз жонига қасд қилиш фикрларининг мавжудлиги, сони ва давомийлигини, шунингдек, ўз жонига қасд қилиш ниятларининг фаоллигини, уларни амалга оширишга тўсқинлик қилувчи омилларнинг мавжудлигини аниқлашга имкон беради. Бек шкаласи бўйича максимал балл -38, суҳбат давомида олинган умумий балл қанчалик юқори бўлса ўз жонига қасд қилиш хавфи ҳам шунча юқори бўлади. Сурункали соматик касалликлари бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатларининг

хусусиятларини бевосита кузатиш муддати 6 ойни ташкил етди. Синов икки гуруҳда ўтказилди: 1 гуруҳ ногиронлиги бўлган 200та бемор, 2 гуруҳсурункали соматик касаллик туфайли ногиронлиги бўлмаган 50та бемор. 1-гуруҳдаги беморларда ташхис қўйилган пайтдан бошлаб касалликнинг давомийлиги 1 йилдан 6 йилгача, 2-гуруҳдаги беморларда 1 йилдан 3 йилгача. Барча беморлар ўзларининг ташхисидан хабардор эдилар. Соматик касалликнинг ташхисига қараб текширилганларнинг тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган.

Жадвалдаги маълумотлар шуни кўрсатадики, танланган гуруҳлар сил касалликлар патологияси бўлган беморларнинг сони бўйича ҳам (1-гуруҳдаги беморларнинг 73,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 58,0%; $p > 0,05$) ва бўғим касалликларга чалинганлар сони бўйича (1-гуруҳда 27,0% ва 2-гуруҳда 42,0%; $p > 0,05$). Шу билан бирга, 1-гуруҳдаги беморларнинг соматик ҳолати меҳнат қобилиятининг пасайиши ёки йўқолиши билан оғирроқ эди, бу ногиронликнинг мавжудлиги ва касалликнинг охириги босқичи билан оғриган беморларнинг улушининг сезиларли даражада ошиши билан тасдиқланади. Шундай қилиб, 1-гуруҳда терминал босқичи 67 (56,3%), 2-гуруҳда бўғим касалликлари билан оғриган 12 (58,6%) беморларда кузатилган ($p < 0,045$).

Гуруҳлар ўртасидаги фарқларнинг аҳамиятини баҳолаш учун Стюдент критериеси (p) ишлатилган; фарқлар $p < 0,05$ да статистик жиҳатдан аҳамиятли деб ҳисобланади.

Тадқиқот натижалари. Биз тадқиқот давомида 1-гуруҳ ва 2-гуруҳлардаги беморлар ўзларининг касалликлари ва даволанишига бўлган муносабати билан фарқ қиладими, касаллик ўз жонига қасд қилиш хатти-ҳаракатларининг асосий сабабими ёки йўқми, ногиронлик ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг шаклланишида қандай рол ўйнашини аниқлашга ҳаракат қилдик. Сурункали соматик касалликлар билан оғриган беморларга психотерапевтик ёрдам кўрсатишнинг оптимал усуллари кейинчалик танлаш учун. "Касаллик ва даволанишга муносабат" шуни кўрсатдики, иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти ўз касалликларининг оғирлигини паст баҳолайдилар.

Жадвал 1. Касалликнинг ташхисига қараб беморларнинг тақсимланиши

Ташхис	Беморлар сони		Жами
	1 гуруҳ (n=200)	2-гуруҳ (n=50)	
Сил касалликлари:			
Ўпка сили	92 (46,0%)	17(34,0%)	109 (43,6%)
Суюқ сили	54 (27,0%)	12 (24,0%)	66 (26,4%)
Бўғим касалликлари:			
ревматизм	32 (16,0%)	12 (24,0%)	44 (17,6%)
ревматоид артрит	22 (11,0%)	9(18,0%)	31 (12,4%)
Жами:	200 (100,0%)	50 (100,0%)	250 (100,0%)

Улар ўзларининг аҳволини шунчалик оғир деб ҳисоблашганки, бунинг натижасида 1-гуруҳдаги беморларнинг атиги 37,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 46,0% ($p>0,05$) гўёки улар тез орада одатий ишлай олмайдилар. Қолганлари (1-гуруҳдаги беморларнинг 63,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 54,0%; $p>0,05$) ташхисини билиш ёки ишлай олмаслигига қарамай, унинг жиддийлигини рад этади. Характерли жиҳати шундаки, бундай беморларнинг улуши сил ёки бўғим патологиянинг намоён бўлиши оғирроқ бўлган 1-гуруҳда муҳимроқ эди. Уларнинг аҳволининг оғирлигини етарлича баҳоламаслик кўплаб беморларда уларнинг касалликларига аногностик реакция мавжудлигидан, психологик ҳимоя механизмларининг фаоллашуви таъсири остида аниқланган ташхиснинг тўғрилигига ишонмасликдан далолат беради.

Кўпгина беморлар (1-гуруҳдаги беморларнинг 55,7% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 54,0%; $p>0,05$) мутахассислардан ниҳоят уларнинг касалликларининг асл табиати ва сабабларини аниқлашларига умид қилишди. Ушбу беморларнинг аксарияти (1-гуруҳдаги беморларнинг 46,4% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 44,0%); $p>0,05$) ўзларининг касалликларининг асл моҳиятига ишончни қозониш истагини билдирдилар, чунки улар илгари турли хил ташхисларни қўйишган, улар кўпинча бир-бирига зид бўлган. Иккала гуруҳдаги беморларнинг кўпчилиги (1-гуруҳдаги беморларнинг 56,1% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 58,0%; $p>0,05$) тез-тез касалхона шароитида интенсивлиги пасайган касалликларининг ноаниқлиги туфайли ташвишланишни бошдан кечирганлар. Бу кўп жиҳатдан психологик ҳимоянинг компенсацион тизимини қуриш билан боғлиқ, масалан: "Улар мени касалхонада ўлишимга йўл қўймайдилар".

Бироқ, беморларнинг аксарияти (1-гуруҳдаги беморларнинг 55,6% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 56,0%); $p>0,05$) фақат қариндошларининг босими остида даволанишга рози бўлиб, даволаниш жараёнида улар ўзларининг касаллик аломатларини мустақил равишда енгишни ўрганишларига умид қилишган (1-гуруҳдаги беморларнинг 58,9% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 54,1%); $p>0,05$). Камроқ (1-гуруҳдаги беморларнинг 42,1% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 44,0%); $p>0,05$) шифокорлар тавсиясига кўра тиббий муассасадан ёрдам сўрашган. Баъзи беморлар (1-гуруҳдаги беморларнинг 47,9% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 46,0%); $p>0,05$) таниқли клиникаларда ўз касалликларини даволашнинг замонавий усуллари билан танишишни хоҳлайди, сезиларли терапевтик таъсир йўқлиги сабабли даволанишга ишонмайди. Аммо иккала гуруҳдаги беморларнинг сезиларли қисми (1-гуруҳдаги беморларнинг 58,0% ва 2-гуруҳдаги

беморларнинг 46,0%); $p>0,05$) даволанишга ишонмишда давом этишди, аввалги хошиш-истак пайдо бўлишига ва иш қобилиятининг тикланишига умид қилишди. Шу билан бирга, 1-гуруҳдаги беморларнинг 49,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 51,0% ($p>0,05$) шифокорларнинг ёрдамига, қолган 1-гуруҳдаги беморларнинг 48,1% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 49,0% ($p>0,05$) қандай даволаш усули уларга ёрдам бериши мумкинлиги ҳақида хабардорлигини эълон қилди ва ундан фойдаланишни талаб қилди.

"Касаллик ва даволанишга муносабат" сўровномасидан фойдаланиш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, баъзи беморларда атрофдагилар билан алоқа қилиш қийинлиги намоён бўлган, ўзини алоҳидалаш истаги кучайган (1-гуруҳдаги беморларнинг 54,4 фоизи ва 53,0 фоизи 2-гуруҳдаги беморлар; $p>0,05$) ва қониқиш хиссини келтириб чиқармаган. Баъзи беморлар қайғу ва ташвишлардан хавфсиз жойда яшириши кераклигини таъкидладилар (1-гуруҳдаги беморларнинг 39,0% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 36,0%); $p>0,05$), шунингдек, келажакни пессимистик баҳолаш билан тақдирнинг адоласизлигидан норозилик хисси (1-гуруҳдаги беморларнинг 42,6% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 44,0%); $p>0,05$). Бундан ташқари, нафақат ташқи, балки ички дунёга бўлган муносабатнинг ўзгариши, баъзи беморларда хавфли касаллик билан шахснинг фаол кураши мавжудлигини баҳолаш мумкин эди. Шундай қилиб, 1-гуруҳдаги беморларнинг 58,4% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 54,0% ($p>0,05$) ўз муаммоларини бартараф этишнинг шартини чуқур билиш, ўз муносабати ва бошқа одамларга бўлган муносабатини билиш ва таҳлил қилишди (1-гуруҳдаги беморларнинг 46,6% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 40,0%); $p>0,05$), шунингдек, ҳаётнинг бошқа жиҳатлари (1-гуруҳдаги беморларнинг 46,7% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 54,0%); $p>0,05$). Баъзи ҳолларда беморлар касалликнинг вазияти уларни "ҳақиқий ҳаётдан" чиқариб юборишини таъкидладилар (1-гуруҳдаги беморларнинг 42,0 фоизи ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 37,0 фоизи); $p>0,05$) ва касалхонада қолиш ва мутахассислардан профессионал ёрдам олиш натижасида атроф-муҳитга муносабатини ўзгартиришга умид қилган (1-гуруҳдаги беморларнинг 38,4% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 39,0%); $p>0,05$). Шундай қилиб, бир хил касалликлар учун ногиронлиги бўлмаган беморлар гуруҳига нисбатан белгиланган ногиронлик ва оғирроқ соматик ҳолати бўлган беморлар гуруҳида касаллик ва даволанишга бўлган муносабатни таҳлил қилиш статистик жиҳатдан муҳим гуруҳлараро фарқларни аниқламади. Иккала гуруҳдаги беморларнинг аксарияти аниқланган ташхиснинг тўғрилигига шубҳа билдиришда давом этдилар, ўз касалликларининг даволаб

бўлмаслигига ишонмадилар, шифокорларнинг касбий маҳоратига ва терапиянинг етарлигига шубҳа қилишди. Сухбатда улар фармацевтика компанияларидан мукофот олмаган ва нуфузли клиникаларда ишлайдиган илмий даражали ёки олий тиббий тоифали шифокорларга кўпроқ ишониларини таъкидладилар.

Даволаш мотивациясини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, кўпчилик беморларда пассив ҳолат доминант эди (1-гуруҳдаги беморларнинг 69,5% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 46,0%; $p < 0,003$), бу статистик жиҳатдан 1-гуруҳдаги беморларда тез-тез учради ва унинг аҳолининг оғирлигини етарлича баҳоламаслик, шифокорларга ёки уларнинг ташхисига ишончсизлик, ногиронлик гуруҳини қайта кўриқдан ўтказиш ёки қариндошларнинг қатъий талабларига мувофиқ касалхонага ётқизишнинг мажбурий характери билан тавсифланади. Молиявий муаммолар туфайли давлат тиббиёт муассасаларида бепул лаборатория ва инструментал текширувлар ўтказиш ва даволаниш имконияти айрим беморларни жалб қилди.

1-гуруҳдаги беморларда иккинчи энг кенг тарқалган (18,6%) мотивация касалликдан (шу жумладан касалхонада қолишдан) "иккинчи даражали даромад" олиш истаги, шу жумладан яқинларининг муносабатини ўзгартириш, эътиборни жалб қилиш, ўз-ўзига ва ҳаётнинг ноҳушлик ва ташвишларидан халос бўлиш истаги эди. Бундай беморлар ўзларининг аҳолининг оғирлигини ва муносабатни бўрттиришга мойиллигини кўрсатдилар. 2-гуруҳдаги беморларда даволаниш учун бундай мотивация камроқ тарқалган (12,0%; $p > 0,05$), аммо гуруҳлараро фарқлар статистик аҳамиятга эга эмас эди. 1-гуруҳдаги беморларнинг атиги 9,2 фоизда симптоматик яхшиланишга эришиш мотивацияси устунлик қилди, 2-гуруҳдаги беморларда статистик аҳамиятга эга (32,0%; $p < 0,001$). Бундай беморлар азоб-уқубатларга сабаб бўлган касаллик аломатларини йўқ қилишда шифокорларнинг ёрдамига умид қилишди, улар билан мустақил равишда қандай курашишни ўрганишга ҳаракат қилишди.

Ва ниҳоят, энг кам учрайдиган доминант мотивация ўзини чуқурроқ билиш, атрофдагиларга муносабатини аниқлаштириш истаги билан "инсайт" (1-гуруҳдаги беморларнинг 4,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 8,0%; $p > 0,05$) га эришиш, воқелик ва шахслараро алоқаларни ва яқинлар билан ўзаро муносабатларни яхшилаш учун ҳаракат эди. Қизиғи шундаки, ҳар иккала гуруҳда ҳам ҳаётдаги қийинчиликларни мустақил равишда енгиб ўтиш, бошқалар билан алоқаларни яхшилаш, даволаш ва йўқолган куч ва иш фаолиятини тиклашга ишониш истаги билан ажралиб турадиган ҳатти-ҳаракатни ўзгартириш учун устун туртки бўлган беморлар йўқ эди. Бундай мо-

тивация шахснинг касаллик билан фаол курашини кўрсатиши ва терапевтик тадбирларни ўтказиш, "шифокор-бемор" тизимида адекват муносабатларни сақлаш ва беморнинг даволаниш режимига риоя қилиш учун энг қулай бўлиши мумкин.

Бек шкаласи бўйича сил касалликлар ва бўғим касалликларидан азиат чекадиган беморларда ўз жонига қасд қилиш тенденцияларини ўрганиш шуни кўрсатдики, сушт ўз жонига қасд қилиш фикрлари, яъни ўз ўлими ҳақидаги ғоялар ва хаёллар (лекин ўз жонига қасд қилиш ҳақида эмас) статистик жиҳатдан сезиларли даражада тез-тез ногирон бўлмаган беморларда ҳам кузатилди (1-гуруҳдаги беморларнинг 33,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 61,0%; $p < 0,001$). Шунингдек 2-гуруҳдаги беморларнинг 30,0%; $p > 0,05$), ўз жонига қасд қилиш ниятлари частотаси (1-гуруҳдаги беморларнинг 14,2% ва 2-гуруҳдаги беморларнинг 6,0%; $p > 0,05$). Бироқ, бевосита кузатиш даврида 1-гуруҳдаги 24,2% бемор ўз жонига қасд қилиш ҳаракат қилишди, аммо шу вақтда 2-гуруҳдаги беморлар ўз жонига қасд қилиш ҳаракат қилишмади ($p < 0,001$).

Ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг касаллик ва даволаниш учун доминант мотивация ўртасидаги боғлиқликни таҳлил қилиш ўртача кучлилик (коэффициент) мавжудлигини аниқлади (Пирсон коэффициенти $C = 0,48$; $p < 0,001$). "Инсайт" ёки симптоматик яхшиланишга эришиш учун мотивация устунлиги билан, ўз жонига қасд қилиш тенденциялари, қоида тариқасида, сушт ўз жонига қасд қилиш фикрлари ёки уларни амалга оширишнинг фаол истагисиз ўз жонига қасд қилиш режалари билан чекланган. Ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг энг юқори хавфи даволаниш учун бошқа мотивация ҳукмрон бўлган, шу жумладан сушт позицияга эга бўлган, тиббиёт имкониятларига ишончини йўқотган, шифокорларга ишончсизлик кўрсатган, қўйилган ташхисга, шахслараро муносабатларнинг бузилишидан азият чеккан беморларда кузатилган.

Олдинги ижтимоий алоқаларни йўқотиш ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг касалликга ва доминант ўртасидаги боғлиқлик даволаш учун мотивация соматик ҳолатнинг оғирлиги ва ногиронликнинг мавжудлиги ёки йўқлигига қараганда яқинроқ бўлиб чиқди ($C = 0,26$; $p < 0,001$).

Олинган натижалар шуни кўрсатади ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатлари, шу жумладан такрорий ўз жонига қасд қилишга уринишлари бўлган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳаракатларининг олдини олиш учун сил касалликлар ва бўғим касалликлари билан оғриган беморларда касалликка муносабатни ва даволаниш мотивациясини ўзгартириш зарур. Бундай ўзгаришларнинг имконияти мотивацион технологиялар ва когнитив-хулқ-атвор психотерапиясидан фойдаланишни келтириб чиқаради.

Хулоса. Касалликка муносабат ва давола-ниш учун мотивация сил касалликлар ва бўғим касалликларидан азият чекадиган беморларда ўз жонига қасд қилиш ҳатти-ҳаракатларининг шакл-ланишига сезиларли таъсир кўрсатади. Агар ши-фокорларга ишонч, касаллик белгиларининг за-ифлашишига ишониш, беморларнинг ўз-ўзидан улар билан курашишни ўрганишга уринишлари, ўзини чуқурроқ билишга интилса, ўз жонига қасд қилиш хавфи камаяди ва шахслараро муносабат-лар яхшиланади. Хулқ-атворнинг пассив страте-гияси ўз жонига қасд қилиш тенденцияларининг жиддийлиги билан боғлиқ. Шу билан бирга, сома-тик касаллик туфайли ногиронликнинг мавжудли-ги ёки йўқлиги иккинчи даражали рол ўйнайди.

Адабиётлар:

1. Gyurkhan N., Beshar N.G., Polat Yu., Koch M. Suicide risk and depression in people with chronic diseases. CommunityMentHealth J. 2019 2. Zaorsky N.G., Zhang Yu., Tuankin L., Blutmann S.M., Park H.S., Chinchilli V.M. Suicide among cancer patients. National Communes. 2019
3. Tursunkhojaeva L.A., ErgashevaYu.Y. Suicidal behavior in liver cirrhosis patients Art of MedicineVolume-2 International Medical Scientific Journal 302-308, 2022
4. ErgashevaYu.Y. Suicidal thoughts and attempts among patients with chronic somatic diseases with disabilities Journal of Pharmaceutical Negative Results | Volume 13 | Special Issue 8 | 2022
5. Mendelevich V.D. Clinical medical psychology. Moscow, MEDpress-inform, 2008, 178-180.
6. Karvasarsky B.D. Clinical psychology. Peter, 2006, pp. 501-502.
7. Bale V.F., Lenzi R., Parker P.A. and others. On- cologists' attitude to bad news and the practice of providing it: a preliminary study. J. Klin Oncol 20:: 2189 , 2002 -2196

8. Thomenson B., Essau K., Jacobi F. et al.; Sum- mary assessment of somatic symptoms as a predictor of health status in somatic disorders. Br J. Psychiatry. 2013; 203 (5): 373–380.

9. TomensonB., McBethJ., Chew-GrahamCA., etal. Somatization and health anxiety as predictors of seek- ing medical help. Psychosis Med. 2012; 74 (6): 656- 664.

ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ СУИЦИДЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ

Эргашева Ю.Й., Турсунходжаева Л.А.

Резюме. Суицидальное поведение является сложным и проявляется из-за стечения разнородных факторов. Одним из таких факторов является нару- шение регуляции иммунной системы, связанное с па- тофизиологией суицидального поведения. В этой ста- тье представлены суицидальные наклонности выше- стоящих и нижестоящих факторов в этиологию суи- цидального поведения в контексте воспаления. Вклад воспалительных состояний, таких как туберкулёз, аутоиммунные заболевания и инфекции, в психоневро- логические симптомы и суицидальные наклонности только начинает изучаться. Сравнительное изучение особенностей восприятия своей болезни проведено у 250 пациентов, имеющих инвалидность (1 группа – 200 пациентов) и не имеющих инвалидности (2 группа – 50 пациентов) по туберкулёзным заболеваниям и заболе- ваниям суставов. Установлено, что отношение к болез- ни и мотивация к лечению оказывают значимое влия- ние на формирование суицидального поведения. Риск суицидальных действий снижается при наличии дове- рия к врачам, веры в ослабление симптомов болезни, попытках пациентов научиться самостоятельно справляться с ними, стремлении улучшить межлично- стные взаимодействия.

Ключевые слова: Конец формы суицид, тубер- кулёз, ревматизм, ревматоидный артрит, инвалид- ность, отношение к болезни и лечению.