

**НИЗОМИЙ НОМИДАГИ ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ПЕДАГОГИКА  
УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.03/30.12.2021.P.26.02 РАҚАМЛИ  
БИР МАРОТАБАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ПЕДАГОГИКА УНИВЕРСИТЕТИ**

**ЖУМАНИЯЗОВА ИЛМИРА КАМИЛЖАНОВНА**

**ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТЛАРИНИНГ  
ПСИХОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

**19.00.04 – Тиббий ва махсус психология**

**ПСИХОЛОГИЯ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Тошкент - 2022**

**Психология фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси  
автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD) по  
психологическим наукам**

**Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD) on  
psychological sciences**

**Жуманиязова Илмира Камилжановна**

Инсулт ўтказган беморлар эмоционал ҳолатларнинг психологик  
хусусиятлари.....3

**Жуманиязова Илмира Камилжановна**

Психологические особенности эмоциональных состояний у больных с  
перенесших инсульт.....25

**Zhumaniyazova Imira Kamilzhanovna**

Psychological characteristics of emotional states in patients with  
stroke.....47

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works.....51

**НИЗОМИЙ НОМИДАГИ ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ПЕДАГОГИКА  
УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.03/30.12.2021.P.26.02 РАҚАМЛИ  
БИР МАРОТАБАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ПЕДАГОГИКА УНИВЕРСИТЕТИ**

**ЖУМАНИЯЗОВА ИЛМИРА КАМИЛЖАНОВНА**

**ИНСУЛЬТ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТЛАРИНИНГ  
ПСИХОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

**19.00.04 – Тиббий ва махсус психология**

**ПСИХОЛОГИЯ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**Тошкент - 2022**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.3.PhD/P187 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация номидаги Тошкент давлат педагогика университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (psi-ik@uz) ва «Ziyonet» Ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар:**

**Нишанова Замира Таскараевна**  
психология фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар:**

**Ҳайитов Ойбек Эшбоевич**  
психология фанлари доктори, профессор

**Ибодуллаев Зарифбой Раджабович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот:**

**Тошкент давлат шарқшунослик университети**

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат педагогика университети ҳузуридаги PhD.03/30.12.2021.P.26.02 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100185, Тошкент шаҳри, Чилонзор тумани, Бунёдкор кўчаси, 27. Тел.: (+99871) 276-82-32; факс: (+99871) 276-76-51; e-mail: [tdpu\\_kengash@edu.uz](mailto:tdpu_kengash@edu.uz)).

Диссертация билан Тошкент давлат педагогика университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин. ( \_\_\_\_\_ рақам билан рўйхатга олинган.) (Манзил: 100185, Тошкент шаҳри, Чилонзор тумани, Бунёдкор кўчаси, 27. Тел.: (+99871) 276-82-32).

Диссертация автореферати 2022 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ кuni тарқатилди.  
(2022 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ф.А.Акрамова**

Илмий даражалар берувчи  
Илмий кенгаш раиси,  
психол.ф.д., доцент

**Н.Б.Атабаева**

Илмий даражалар берувчи Илмий  
кенгаш котиби, психология фанлари  
бўйича фалсафа доктори (PhD), доцент

**Н.Ғ.Камилова**

Илмий даражалар берувчи  
Илмий кенгаш қошидаги Илмий семинар  
раиси, психол.ф.д., профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳонда инсулт касаллиги одамлар касаллиқни бошдан ўтказгандан сўнг ногирон бўлиб қолишининг асосий ва ўлимида иккинчи етакчи сабаб сифатида етакчилик қилмоқда. Ҳар тўртта инсоннинг бирида ҳаёти давомида инсулт хавфи мавжуд бўлса ҳам, «мазкур касаллик 70% иқтисодий жиҳатдан паст ва ўрта даромадли мамлакатларда учрайди, бу эса инсулт туфайли ўлимнинг 87% ини қамраб олади. Цереброваскуляр касалликлар орасида эса ишемик инсулт 75–90 % ни ташкил қилади»<sup>1</sup>. 2030 йилга бориб инсулт сабабли ўлим ҳолатларининг динамик ўсиши, Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра «инсултнинг олдини олиш ва даволаш аҳоли саломатлиги учун устувор вазифа» ҳисобланиб, у билан курашиш бўйича фаол глобал чоралар кўрилиши давр талаби бўлиб қолмоқда. Шунинг учун ҳам инсултни даволаш ва реабилитация тадбирларини эрта бошлаш, беморларнинг саломатлигини тиклаш бугунги кунда бутун жаҳон миқёсидаги долзарб муаммолардан бўлиб қолмоқда.

Жаҳондаги таълим ва илмий-тадқиқот муассасаларида инсулт ўтказган беморларга ўзига хос тиббий-психологик ёрдам кўрсатиш, уларни психологик тиклаш, касалликдан кейин юзага келадиган когнитив, эмоционал, хулқ-атвор бузилишлари намоён бўлишини илмий ўрганиш бўйича тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада инсулт касаллигининг ривожланишининг олдини олиш, инсулт профилактикасига жиддий аҳамият бериш, аҳоли саломатлигини асрашда психологик тарғибот-ташвиқот, тиббий, реабилитацион, ташкилий масалаларни жорий этиш зарурати юзага келмоқда.

Республикамизда сўнгги йилларда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий хизмат кўрсатишни янада юқори даражаларга олиб чиқиш, меҳнатга лаёқатли ва кекса ёшдаги кишиларда инсулт касаллигининг олдини олиш ва асоратларини даволаш борасида зарур ҳуқуқий-меъёрий асос яратилди. «...Мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самараси орқали соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва профилактика қилиш...»<sup>2</sup> вазифалари устувор этиб белгиланганлиги сабабли инсултни даволаш ва реабилитация тадбирларини эрта бошлаш, беморларнинг саломатлигини тиклаш, уларга психологик ёрдам кўрсатиш чораларини такомиллаштириш юзасидан илмий

<sup>1</sup> <https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day-2019>

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони <https://lex.uz/docs/4096197>

тадқиқотларни чуқурлаштиришга қаратилган янгича назарий ечимларни топиш имкониятлари яратилди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022–2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2017 йил 1 декабрдаги ПФ-5270-сон «Ногиронлиги бўлган шахсларни давлат томонидан қўллаб-қувватлаш тизимини тубдан такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2019 йил 3 февралдаги ПФ-4190 сон «Ўзбекистон Республикасида аҳоли руҳий саломатлигини сақлаш хизматини ривожлантириш бўйича 2019-2025 йилларга мўлжалланган концепцияси тўғрисида» Фармонлар, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2019 йил 7 июндаги 472-сон «Психология соҳасида кадрларни тайёрлаш тизимини янада такомиллаштириш ва жамиятда ҳуқуқбузарликларнинг олдини олиш чора-тадбирлари тўғрисида» Қарори ҳамда бошқа меъёрий ҳужжатлар доирасида белгиланган кенг кўламли стратегик чора-тадбирларни амалга оширишда мазкур диссертация иши муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологияларини ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот фан ва технологиялар ривожланишининг I. «Ахборотлашган жамият ва демократик давлатни ижтимоий, ҳуқуқий, иқтисодий, маданий, маънавий-маърифий ривожлантиришда инновацион ғоялар тизимини шакллантириш ва уларни амалга ошириш йўллари» устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ўзбекистонда инсулт касаллигини тиббий жиҳатдан ўзбек олимларидан З.Б.Ажиева, М.М.Асадуллаев, И.А.Киличев, Э.М.Мирджураев, Б.Г.Ғафуров ва бошқалар ўрганишган. Психолог олимлардан: Ш.Р.Баротов, В.М.Каримова, З.Т.Нишанова, Ғ.Б.Шоумаров, Б.Р.Қодиров, Э.Ғ.Ғозиев ва бошқалар ўз тадқиқотларида тиббиёт психология, психогигиена, психологик хизмат аҳамиятини илмий тадқиқ этишган бўлса, тиббий психология бўйича олимлардан З.Р.Ибодуллаев, Д.И.Илхамова, Ю.К.Нарметова, Н.Р.Салимова, Д.А.Уразбаева, С.А.Қарахоновалар томонидан касалликларнинг келиб чиқиши, ташхислаш, даволашда психологик хусусиятлар, беморларнинг руҳий ҳолати ва шахсий эмоционал ҳолатлари, касалликда психотерапиянинг қўлланиши масалалари илмий-амалий тадқиқ этилган.

Мустақил Давлатлар Ҳамдўстлиги мамлакатлари олимларидан: Т.Д.Демиденко, Н.Г.Ермакова, В.И.Козлов, А.А.Коралев, О.Э.Мальнева, И.С.Михнева, Э.А.Петрова, Ю.Г.Петрова, М.А.Савина, Н.В.Шаклунова, Н.В.Шахпарова, Е.И.Янковская ва бошқаларнинг илмий изланишларида инсулт касаллигидан кейинги когнитив, хавотирли-депрессив бузилишлар, реабилитацион тадбирлар аҳамияти ва оилавий психотерапевтик ёрдам кўрсатишнинг самарадорлиги масалалари илмий тадқиқ этилган.

Хориж олимларидан М.Астро'м, S.Аубек, Е.Clarke, Т.Cumming, М.Накетт, К.Неилман, М.Неррманн, М.Номмел, А.Леппеавуори, Р.Маскулпан,

C.Storey, C.Vickery, H.Wahl ва бошқалар касалликдан кейинги депрессия (рухий тушкунлик), хавотирлилик, инсультнинг бошланишида (пост-травматик стресс), ногиронлик (йиқилиб тушишдан кўрқиш), ўз-ўзига нисбатан муносабат каби масалаларини илмий тадқиқ этилган.

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилаётган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режаси билан боғлиқлиги.** Диссертацион тадқиқот Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети илмий тадқиқот ишлари режасига киритилган ПЗ-20170923121-рақамли «Шахс тарбиясида миллий хусусиятларни тадқиқ этишнинг методологик асосларини такомиллаштириш» мавзусидаги амалий лойиҳа доирасида бажарилган (2018 -2020 йй.).

**Тадқиқотнинг мақсади** инсульт ўтказган беморларнинг эмоционал ҳолатларини ўрганиш орқали уларнинг реабилитация жараёнига ёрдам берувчи тиббий-психологик хизмат сифатини оширишга қаратилган таклиф-тавсиялар ишлаб чиқишдан иборат.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

ўнг ва чап ярим шар инсулти ўтказган беморларда психик саломатлик ва эмоционал ҳолатлар билан шартланган ролли фаолиятнинг намоён бўлишидаги индивидуал-психологик хусусиятларни ўзаро алоқадорлигини илмий тадқиқ этиш;

ўнг ва чап ярим шар инсулти ўтказган беморларининг касалликка муносабатини диффуз ҳолда учрашига кўра психоэмоционал ҳолат таъсирида юзага келувчи шахс индивидуал фарқлар, алоқадорликларини илмий далиллаш;

даволанишнинг турли даврларида бўлган беморлардаги ҳаёт сифати кўрсаткичларини психик саломатликка таъсири натижасида эмоционал ҳолатлар дифференциациясини таҳлил қилиш;

ишемик инсульт ташхиси қўйилган беморлар психик саломатлигини барқарорлаштиришга қаратилган психокоррекцион дастурни ишлаб чиқиш ва тиббий-психологик хизмат сифатини оширишга қаратилган таклиф-тавсиялар ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида ишемик инсульт ўтказган беморлар эмоционал ҳолатлари танланган бўлиб, Тошкент Тиббиёт Академиясининг кўп тармоқли клиникаси, Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали клиникаси рўйхатида турган ва даволанаётган 33-78 ёшли 57 нафар эркак, 40 нафар аёл, жами 97 нафар бемор, ишемик инсульт касаллиги аниқланмаган 40 нафар соғлом шахслар, жами 137 нафар респондентлар тадқиқотга жалб этилган.

**Тадқиқотнинг предмети**ни инсульт ўтказган беморларнинг эмоционал ҳолатлари ва уларга психокоррекцион таъсир кўрсатиш жараёни ташкил этади.

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқотда кузатиш, суҳбат методлари, шунингдек, З.Р.Ибодуллаевнинг психологик статусни баҳолаш учун тиббий психологик анкетаси (патент № 001031), E.John, D.Cathy «SF-36 – Ҳаёт

сифатини баҳолаш» методикаси, Ч.Д.Спилбергер ва Ю.Л.Ханиннинг «Вазиятли ва шахсий хавотирланиш даражасини аниқлаш» методикаси, М.П.Мирошников, В.А.Доскин, Н.А.Лаврентева, В.Б.Шарайларнинг «ЎФК» (Ўз-ўзини ҳис қилиш, фаоллик, кайфият) сўровномаси, «БИШС» (Бехтерев институти шахс сўровномаси), А.Бекнинг «Депрессияни аниқлаш» тест-сўровномаси, олинган эмпирик натижаларнинг ишончлилик даражасини тасдиқлашда математик-статистика методларидан К.Пирсоннинг r-корреляция коэффиценти, Стъюдентнинг t - мезонидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

ҳаёт сифати кўрсаткичларининг инсулт касаллиги бош миянинг ўнг ва чап ярим шарларда ривожланиши, ривожланиши, кечиши ва даволанишга таъсири натижасида беморларнинг касалликка муносабатига вазиятли ва шахсий хавотирланишнинг интенсив сингиб бориши асосида депрессия даражасини ортиши туфайли, психик саломатлик ҳамда эмоционал ҳолатлар билан шартланган ролли фаолиятнинг намоён бўлишида индивидуал хусусиятларнинг устуворлиги далилланган;

бош миянинг ўнг ва чап ярим шарларда инсулт ўтказган беморларнинг касалликка муносабатининг диффуз ҳолда учрашига кўра, неврастения, хавотирланувчанлик, апатик, сензитив, эгоцентрик сифатларни беқарор психоэмоционал ҳолат таъсирида кучайиши туфайли шахс индивидуал типологик хусусиятларида дифференциал фарқлар кузатилиши асосланган;

даволанишнинг турли даврларида бўлган беморлардаги ҳаёт сифати кўрсаткичларини психик саломатликка таъсири натижасида шахснинг «ўз-ўзини ҳис қилиши», «фаоллик»ни реактив хавотирланиш призмасида идрок қилинишига асосланиб, эмоционал ҳолатлар дифференциацияси кузатилиши далилланган;

ишемик инсулт ташхиси қўйилган беморларнинг психик саломатлигини барқарорлаштиришда когнитив, ижодий, мотивацион-иродавий, ижтимоий соҳаларга аутоген таъсирни муҳимлигига кўра, эмоционал ҳолатларга экзистенциал-коррекцион ёндашувнинг зарурати асосланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

республика миқёсида, инсулт ўтказган беморларга психологик ёрдам кўрсатишда, уларнинг касалликдан кейинги эмоционал ҳолатларини ўрганишга доир методика ва сўровномалар қўлланилган;

инсулт ўтказган беморларда касалликнинг даврларига мос равишда ҳаёт сифати кўрсаткичлари, эмоционал ҳолатлари, касалликка муносабат типларини аниқлаш орқали уларнинг эмоционал ҳолатларидаги ўзгаришлар аниқланган;

инсулт ўтказган беморларга психологик хизмат кўрсатишга доир психокоррекцион дастур ишлаб чиқилган ва уларнинг эмоционал-ҳиссий соҳасига таъсир кўрсатиш модели амалиётга жорий этилган.

**Тадқиқот натижаларнинг ишончлиги** аввало тадқиқот объектларининг мақсадга мос танланганлиги, илмий текшириш ва

тренинглarda қатнашган респондентларнинг етарлича репрезентативлиги, танлаган методикаларнинг валидлиги ва ишончилиги, олинган эмпирик миқдорлар математик-статистиканинг ишончли усуллари ёрдамида қайта ишлангани билан белгиланади. Шунингдек, тадқиқот давомида шакллантирилган, таклиф ва тавсияларнинг бир вақтда турли йўналишларда амалиётга жорий этилгани, олинган натижаларнинг ваколатли муассасалар томонидан тасдиқлангани билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти инсулт ўтказган беморларнинг ҳаёт сифати, уларда касаллик кечиши, уни даволаш самарадорлиги эмоционал соҳа билан алоқадорлиги, беморларнинг касаллик даврлари хусусиятларига эътибор қаратган ҳолда касалликнинг ижтимоий аҳамиятини ва касалликка муносабат типларини аниқлаштириш, беморлар эмоционал соҳасига таъсир қилишнинг психологик модели мазмун моҳияти очиқ берилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти, қўлга киритилган натижалар олий таълим муассасарида «Тиббиёт психологияси», «Психодиагностика», «Умумий психология», «Психокоррекция», «Психологик хизмат», «Психогигиена», «Социал психологик тренинг» фанларининг ўқитилишини мазмунан бойитишга хизмат қилади. Тадқиқот доирасида ишлаб чиқилган психокоррекцион дастурдан тиббий психологлар ўз амалиётида фойдаланишлари, невролог шифокорлар беморларни даволашда, малакали тиббиёт ходимларини тайёрлаш ва уларнинг малакасини оширишда самарали фойдаланиши мумкинлиги билан белгиланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Ишемик инсулт ўтказган беморларнинг эмоционал ҳолатларининг психологик хусусиятлари бўйича олинган илмий тадқиқот натижалари асосида: ҳаёт сифати кўрсаткичларининг инсулт касаллиги бош миянинг ўнг ва чап ярим шарларда ривожланиши, кечиши ва даволанишга таъсири натижасида беморларнинг касалликка муносабатига вазиятли ва шахсий ҳавотирланишнинг интенсив сингиб бориши асосида депрессия даражасини ортиши туфайли, психик саломатлик ҳамда эмоционал ҳолатлар билан шартланган ролли фаолиятнинг намоён бўлишида индивидуал хусусиятларнинг устуворлиги далиллангани тўғрисида Тошкент давлат педагогика университети ҳузуридаги Психология ўқув-амалий марказининг 2022 йил 15 июндаги П-М-05-м сонли буйруғи билан «Психодиагностика» модулига киритилган (Тошкент давлат педагогика университети ҳузуридаги Психология ўқув-амалий Марказининг 2022 йил 15 июнь П-М-05-м-сон маълумотномаси). Мазкур таклифнинг жорий этилиши натижасида бўлажак амалиётчи психологларнинг инсулт касаллигини даволашга таъсир қилувчи, ҳаёт сифати кўрсаткичлари, эмоционал ҳолатлари, касалликка муносабат типлари борасида илмий-назарий тайёрлигини сифат жиҳатдан оширишга қаратилган услубий маълумотлар билан бойитишга эришилган;

бош миянинг ўнг ва чап ярим шарларда инсульт ўтказган беморларнинг касалликка муносабатининг диффуз ҳолда учрашига кўра, неврастения, хавотирланувчанлик, апатик, сензитив, эгоцентрик сифатларни беқарор психоэмоционал ҳолат таъсирида кучайиши туфайли шахс индивидуал типологик хусусиятларида дифференциал фарқлар кузатилиши асосланган илмий хулосалар Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 20 июндаги 8-7-7/726-сон маълумотномаси). Мазкур таклифнинг жорий этилиши натижасида беморларнинг хавотирланиш, касалликка муносабат, кайфият каби эмоционал соҳа бузилишлари, ўзгаришларни аниқлаш асосида даволашда дифференциал фарқларни эътиборга олиш имконини берган;

даволанишнинг турли даврларида бўлган беморлардаги ҳаёт сифати кўрсаткичларини психик саломатликка таъсири натижасида шахснинг «ўз-ўзини ҳис қилиши», «фаоллик»ни реактив хавотирланиш призмасида идрок қилинишига асосланиб, эмоционал ҳолатлар дифференциацияси кузатилиши далилланган илмий тавсиялар Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 20 июндаги 8-7-7/ 726-сон маълумотномаси). Мазкур таклифнинг жорий этилиши натижасида олинган психодиагностик таҳлиллар тиббий психология амалиётида беморларнинг нафақат касалликни ўзини, балки ҳар бир даврга мос эмоционал ҳолатлар дифференциацияси эътиборга олган ҳолатда бажарилиши асосида тиббий-психологик ёрдам самардорлигини кучайтириш имконини берган;

ишемик инсульт ташхиси қўйилган беморларнинг психик саломатлигини барқарорлаштиришда когнитив, ижодий, мотивацион-иродавий, ижтимоий соҳаларга аутоген таъсирни муҳимлигига кўра, эмоционал ҳолатларга экзистенциал-коррекцион ёндашувнинг зарурати асосланган ҳақида илмий хулосалар Тошкент давлат педагогика университети ҳузуридаги Психология ўқув-амалий марказининг 2022 йил 15 июндаги П-М-05-м сонли буйруғи билан «Психодиагностика» ва «Психогигиена» модулига киритилган (Тошкент давлат педагогика университети ҳузуридаги Психология ўқув-амалий Марказининг 2022 йил 15 июндаги П-М-05-м-сон маълумотномаси). Мазкур таклифнинг жорий этилиши натижасида инсульт ўтказган беморларнинг когнитив, ижодий, мотивацион-иродавий соҳаларига экзистенциал-коррекцион ёндашув асосида эмоциол ҳолатлари барқарорлашишига эришилган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Тадқиқот натижалари 2 та халқаро, 6 республика илмий-амалий анжуманида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Тадқиқот асосий натижалари бўйича 6 та илмий мақола, 3 таси Ўзбекистон Республикаси ОАК тавсия этган журналларда, шу жумладан, 2 таси хорижий журналларда, 1 таси импакт-факторга эга илмий нашрда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация иши кириш, уч боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ҳамда иловалардан иборат. Тадқиқот ишининг ҳажми 158 саҳифани ташкил этади.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, мавзу бўйича хорижий илмий тадқиқотлар шарҳи ҳамда муаммонинг ўрганилганлик даражаси баён этилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объекти ва предмети аниқланган, ишнинг фан ва технологиялар ривожланишининг муҳим йўналишларига мослиги изоҳланган ҳамда тадқиқотнинг илмий янгилиги, натижаларнинг амалиётда жорий этилиши, эълон қилинганлиги, ишнинг тузилиши борасидаги маълумотлар киритилган.

Диссертациянинг **«Инсулт ўтказган беморларнинг ҳиссий ҳолатлари психологик тадқиқот предмети сифатида»** деб номланган биринчи бобида психик фаолиятнинг яхлит ва тизимли амалга ошишидан келиб чиққан ҳолда олий функциялар локализациясига доир илмий қарашлардан эмоционал соҳага оид муаммоларни кенг таҳлил қилинган.

Замонавий нейропсихологиянинг назарий асосини Л.С.Выготский асарларида ишлаб чиқилган олий психик функцияларни тизимли динамик локализация назарияси ташкил этади. А.Р.Лурия ва Л.С.Выготский олий психик функцияларнинг (ОПФ) тизимли динамик локализацияси концепциясини ишлаб чиқдилар (таъриф бердилар), унга кўра инсоннинг ҳар қандай психик фаолияти биргаликда ишлайдиган мия аппаратларининг бутун мажмуаси томонидан таъминланадиган мураккаб функционал тизимдир. Ушбу функционал тизимлар онтогенезда шаклланади ва конкрет вазифага кўра динамик равишда қайта тузилиши мумкин.

Хусусан инсулт ва тиббий психология борасида мамлакатимизда тиббий жиҳатдан (М.М.Асадуллаев, И.А.Киличев, Э.М.Мирджураев, Б.Г.Ғафуров, З.Б.Ажиева) психологик хизматни ташкил қилиш (Ш.Р.Баротов, В.М.Каримова, З.Т.Нишанова, Ғ.Б.Шоумаров, Б.Р.Қодиров) касалликдан кейинги беморлар психологик ҳолатлари (З.Р.Ибодуллаев, Д.И.Илхамова, М.Х.Карамян, Ю.К.Нарметова, Э.Ғ.Ғозиев, Н.Р.Салимова, Д.А.Уразбаева, С.А.Қарахонова) тўғрисида илмий-тадқиқот ишлари олиб борилган.

Невролог ва клиник психолог З.Р.Ибодуллаев инсултнинг турли латерализацияси бўлган икки томонлама беморларда нутқ бузилиши ва опто-фазовий гнознинг шаклланиш сабаблари таҳлили асосида, эмоционал-шахсий соҳадаги бузилишларнинг чап ва ўнг ярим шарда нейропсихологик касалликлар билан ўзаро боғлиқлиги аниқлаган. Шунингдек, биринчилардан бўлиб амбидекстрларда мисолида инсулт кечиши ва ривожланишини кенг тадқиқ қилган.

Замонавий ёндашувларда инсулт ўтказган беморлардаги касалликнинг асоратлари сабаб юзага келувчи когнитив, эмоционал, хавотирли депрессив бузилишлар, ҳаёт сифатининг пасайиши, касалликни даволашда

реабилитация тадбирлари самарадорлиги бўйича турли минтақаларда илмий тадқиқотларда мамлакатимиз олимлардан С.С.Пўлатов, С.Р.Куранбаева И.К.Рустамова, Д.Т.Ходжиева хорижий изланувчилардан Т.А.Доброхотова, О.Э.Мальнева, Э.А.Петрова, Н.В.Шаклунова, О.Г.Коган, Т.Д.Демиденко, М.А.Савина, Ю.Г.Петрова, И.С.Михнева, А.А.Королев, Н.В.Шахпаронова, В.И.Козлов, Н.Г.Ермакова, Б.Д.Карвасарский, Е.Т.Соколова, Е.М.Янковская, Е.Н.Тимошенко, J.H.Sun, M.D.Patel, D.Maya, D.Achten, Astrom'a, ишлари таҳлили келтирилган. Шунингдек, инсульт ўтказган беморларда ҳиссий ҳолатларнинг намоён бўлиши бўйича хорижий олимлардан M.Hackett, M.Herrman, R.Robinson, T.Cumming, C.Vickery, P.Giakobbe, A.Carota, A.Lepreavuori, S.Aybek, L.Caeiro, R.Marin, H.Wahl илмий-амалий ишлари ҳам ўрганилган.

**«Инсультда эмоционал ҳолатларидаги ўзгаришларнинг мия функционал асимметрияси ва касаллик даврига кўра тафовутлари»** деб номланган диссертациянинг иккинчи бобида тиббий-психологик тадқиқотларнинг методологик асослари, инсульт ўтказган беморлар психодиагностикаси метод ва методикалар тавсифи, ҳаёт сифати, эмоционал ҳолатларнинг намоён бўлиши масалалари баён этилган.

Биз илмий тадқиқот ишимизда инсульт ўтказган беморларнинг эмоционал ҳолатларини эпирик ўрганиш асосида ЎЯШ, ЧЯШ бузилишлари ва касалликни ўтказиш даврларига қараб экспериментал маълумотлар олинди. Қуйидаги жадвалда ЎЯШ, ЧЯШ бузилишлар ва касаллик даврларига қараб респондентлар ҳақида умумий маълумот келтирилди.

#### 1-жадвал.

##### Эксперименталда қатнашган беморлар ҳақида умумий маълумот (n=97)

| №                  | Касаллик асоратлари       | Эрта тикланиш Даври (n=18) | Кеч тикланиш даври (n=27) | Инсульт қолдиқ асоратлари (n=52) | Жами (n=97) |
|--------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------|
| <b>Жинс</b>        | Эркак                     | 12                         | 18                        | 27                               | 57          |
|                    | Аёл                       | 6                          | 9                         | 25                               | 40          |
| <b>Локализация</b> | Унг ярим шар инсульта     | 6                          | 8                         | 26                               | 40          |
|                    | Чап ярим шар инсульта     | 9                          | 14                        | 25                               | 48          |
|                    | Вертебро-базилляр ҳавзаси | 3                          | 5                         | 1                                | 9           |

Инсульт ўтказган беморларнинг эмоционал соҳасини ташхис қилишда бевосита тиббий ходимларга ва бемор касаллик тарихига мурожаат қилинди. Касаллик тарихини ўрганишда беморлар дастлабки тиббий ва ижтимоий маълумотлар базаси яратилиб, улар касаллик даврларига қараб таснифланиб, жадвал шаклига олиб келинди (1-жадвалга қаранг). Ишемик инсульт ташхиси қўйилган беморлар билан ишлашда эҳтиёткорлик ва ўзига хос деонтологик қоидаларга риоя қилинган ҳолда тадқиқот ишида кузатиш, суҳбат методлари, шунингдек, психологик статусни баҳолаш учун тиббий психологик анкетадан (Ибодуллаев З.Р. бўйича патент № 001031) фойдаланилган.

Синалувчиларда ўтказилган тиббий психологик анкета асосида уларнинг касаллик сабабли ҳаёт тарзи, билиш жараёнлари, ҳулқ-атвори, эмоционал ҳолати ва психологик хусусиятлари, атрофдагиларга муносабати, меҳнат фаолияти, эҳтиёжларнинг қондирилиши, яшашга нисбатан муносабатлари хусусида маълумотлар олинган.

Тадқиқот усулларида қўлланилган методикалар эмпирик натижаларнинг ишончлилик даражасини тасдиқлашда математик-статистика методларидан К.Пирсоннинг  $r$ -корреляция коэффиценти фойдаланилган ҳолда бош миянинг ўнг ва чап ярим шарлар (ЎЯШ ва ЧЯШ) бузилишлари ва касаллик даврларига қараб таҳлил қилинган.

## 2-жадвал

### Ўнг мия ярим шарларида инсулт ўтказган беморлар психологик ва касалликка муносабат кўрсаткичларининг ўзаро алоқадорлик хусусиятлари (К.Пирсон чизикли корреляция коэффиценти бўйича) (n=40)

| №           | Кўрсаткичлар               | Хавотирли | Апатик | Неврастения | Обсессив-фобияли | Сензитив | Эгоцентрик | Эйфорик | Анозогнозик | Эргопатик | Паранойял |
|-------------|----------------------------|-----------|--------|-------------|------------------|----------|------------|---------|-------------|-----------|-----------|
|             |                            |           |        |             |                  |          |            |         |             |           |           |
| Ҳаёт сифати | Оғриқнинг интенсивлиги     | -0,33*    | -0,08  | -           | -0,02            | -        | -0,06      | -       | -           | -0,15     | -0,05     |
|             | Саломатлик умумий ҳолати   | 0,08      | -0,19  | -           | -                | -0,08    | -          | -0,08   | -0,07       | -0,21     | 0,05      |
|             | Ҳаётини фаоллик            | -0,06     | -      | -0,19       | -0,07            | -0,09    | -          | 0,13    | 0,04        | 0,03      | 0,08      |
|             | Ижтимоий ҳаракатчанлик     | -0,27     | -0,16  | -0,21       | 0,09             | -        | -          | -0,04   | -0,14       | -0,2      | -0,15     |
|             | Психологик саломатлик      | -0,25     | 0,02   | 0,006       | -0,21            | -0,11    | -          | 0,02    | -0,15       | -0,15     | -         |
| РХ, ШХ      | Реактив хавотир            | 0,15      | -      | 0,16        | 0,11             | -0,05    | 0,005      | 0,02    | 0,14        | 0,12      | 0,1       |
|             | Шахсий хавотир             | -0,01     | 0,0008 | 0,17        | 0,30*            | -0,07    | -0,19      | -       | -0,21       | 0,08      | 0,18      |
| ЎФК         | Кайфият                    | -         | -0,11  | -0,12       | -                | 0,04     | 0,12       | 0,24    | 0,45**      | -0,01     | 0,15      |
| Депрессия   | Когнитив-аффектив субшкала | -0,3      | 0,16   | -           | 0,1              | 0,12     | 0,23       | -0,09   | -0,13       | 0,25      | 0,26      |
|             | Соматизизация субшкаласи   | -0,03     | 0,21   | -0,08       | 0,16             | 0,23     | 0,21       | -0,17   | -0,02       | 0,30**    | 0,16      |

Изоҳ: \*\*\* $p \leq 0,01$ ; \*\* $p \leq 0,05$

Шахс сўровномасининг тадқиқотимизда қўлланилаган методикалар бўйича ўзаро алоқадорлик хусусиятлари текширилганда қуйидаги натижалар аниқланди (2-жадвалга қаранг). Оғриқ интенсивлиги, хавотирланувчанлик ва кайфият даражалари ўртасида салбий корреляцион алоқадорлик намоён бўлди ( $r=-0,33$   $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,32$ ;  $p\leq 0,05$ ). ЧЯШ беморларда касаллик асоратлари ортгани сайин хавотирланиш ортиб, ўз саломатлигини тиклашга бўлган ҳаракатлари кучайса, ЎЯШ инсульти таснифига кўра тескари ҳолат юзага келади, улар саломатлигига нисбатан бефарқ муносабатда бўладилар.

Шахс сўровномасининг апатия типи билан ҳаётининг фаоллик кўрсаткичи ва реактив хавотир даражалари ўртасида аҳамиятсиз алоқадорлик кузатилди ( $r=-0,37$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,44$ ;  $p\leq 0,05$ ), бу ҳолат ЎЯШ инсульти ўтказган беморлар учун табиий ҳолат сифатида қабул қилинади. Чунки бу турдаги беморларда бефарқлик ҳислари устунлик қилади. Ижтимоий ҳаракатчанлик кўрсаткичи, сензитив типи билан ( $r=-0,38$ ;  $p\leq 0,05$ ), эгоцентризм эса саломатликнинг умумий ҳолати ( $r=-0,32$ ;  $p\leq 0,05$ ), ҳаётининг фаоллик ( $r=-0,34$ ;  $p\leq 0,05$ ), ижтимоий ҳаракатчанлик ( $r=-0,31$ ;  $p\leq 0,05$ ), психологик саломатлик шкалалари ( $r=-0,43$ ;  $p\leq 0,05$ ) билан тескари алоқадорликни намоён қилди. Беморлардаги эмоцияларни назорат қилиш атрофдаги воқеа-ҳодисаларни ўз мажбуриятдан чиқариб, ўз яқинларини фақат айблаш, ўзига жалб қилиш ошиши, ўзи эмас бошқаларни айблашга ўтиб олиш, улардаги бошқа кўрсаткичлар пасайиб кетишига сабаб бўлган.

Оғриқнинг интенсивлиги билан эйфория, анозогнозия типлари билан тескари алоқадорликни ( $r=-0,43$ ;  $p\leq 0,01$   $r=-0,42$ ;  $p\leq 0,01$ ), обсессив – фобияли типи, шахсий хавотир ( $r=0,30$ ;  $p\leq 0,05$ ), анозогнозия типи кайфият даражаси билан, соматизизация субшкаласи эса эргопатик типи билан тўғри алоқадорликни кўрсатди ( $r=0,45$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $r=0,30$ ;  $p\leq 0,05$ ). ЎЯШ инсульти беморларида касаллик оғир даражада бўлсада уларда буни инкор қилиш ҳолатлари кучли бўлади, шунингдек кайфиятнинг юқорилигига ҳам мавжуд вазиятга ҳолисона баҳо бермаслиги натижасидир. Паранойя тури, умумий саломатлик ва неврастения типи когнитив-аффектив субшкаласи, эйфория турининг шахсий хавотир даражаси билан аҳамиятсиз боғлиқликни кўрсатди ( $r=-0,45$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,31$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,32$ ;  $p\leq 0,05$ ). Когнитив бузилишлари бўлган беморларда салбий ҳис-туйғулар, ўзгармаслик ҳисси ва терапевтик чораларни рад этиш кучаяди, бу эса психологик ҳолат ва асабий тарангликнинг пасайишига олиб келади. Ўнг ярим шарда бу ҳолат эйфория билан тавсифланади. Бу ҳолат кўпинча ЎЯШ инсульти беморларда кузатилади (2-жадвалга қаранг).

Хусусан, ушбу тадқиқот натижалари ЧЯШ бузилишлари инсульти беморларда қуйидаги натижани берди.

Инсултдан кейин ЧЯШ бузилишлари бўлган беморларда жисмоний ҳаракатчанлик, психологик саломатлик, соматизизация субшкаласи ўртасида апатия типи билан аҳамиятсиз ( $r=-0,32$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,34$ ,  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,32$ ;  $p\leq 0,05$ ), когнитив-аффектив субшкаласи билан аҳамиятли ( $r=0,29$ ;  $p\leq 0,05$ ) алоқадорликни кўрсатди. ЧЯШ инсульти бузилишлари мавжуд беморларда

ЎЯШ қараганда саломатликни тиклашга бўлган мотивлари кучлилиги сабабли уларда камдан кам ҳолларда апатик ҳолатлар кузатилади, яъни беморда кучли соматик бузилишлар қайд қилинганда. Жисмоний ҳаракатчанлик, умумий саломатлик кўрсаткичлари неврастения типи билан ( $r=0,36$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=0,39$ ;  $p\leq 0,01$ ), умумий саломатлик, психологик саломатлик эйфорик ( $r=0,35$ ;  $p\leq 0,05$ ) ўз-ўзини ҳис қилиш даражаси анозогностик типлари билан ўзара тўғри алоқадорликни намоён қилди ( $r=0,34$ ;  $p\leq 0,05$ ). Инсулт ўтказган беморларда саломатлигига боғлиқ оғриқлар, ногиронлик уларда ғазаб, асабийлик, шифокорлар билан боғлиқ муаммоларни келтириб чиқаради, шу билан бирга асли чап мия инсулти бузилишлари мавжуд беморларнинг қайта инсулт ўтказиши натижасида ўнг мия ярим шарларида бузилишлар юзага келиши натижасида анозогнозия, касаллик нисбатан эйфорик муносабат қайд қилиниши мумкин. Бу ҳолатларнинг барчаси беморнинг эмоционал ҳолатига жиддий таъсир кўрсатади (3-жадвалга қarang).

### 3-жадвал

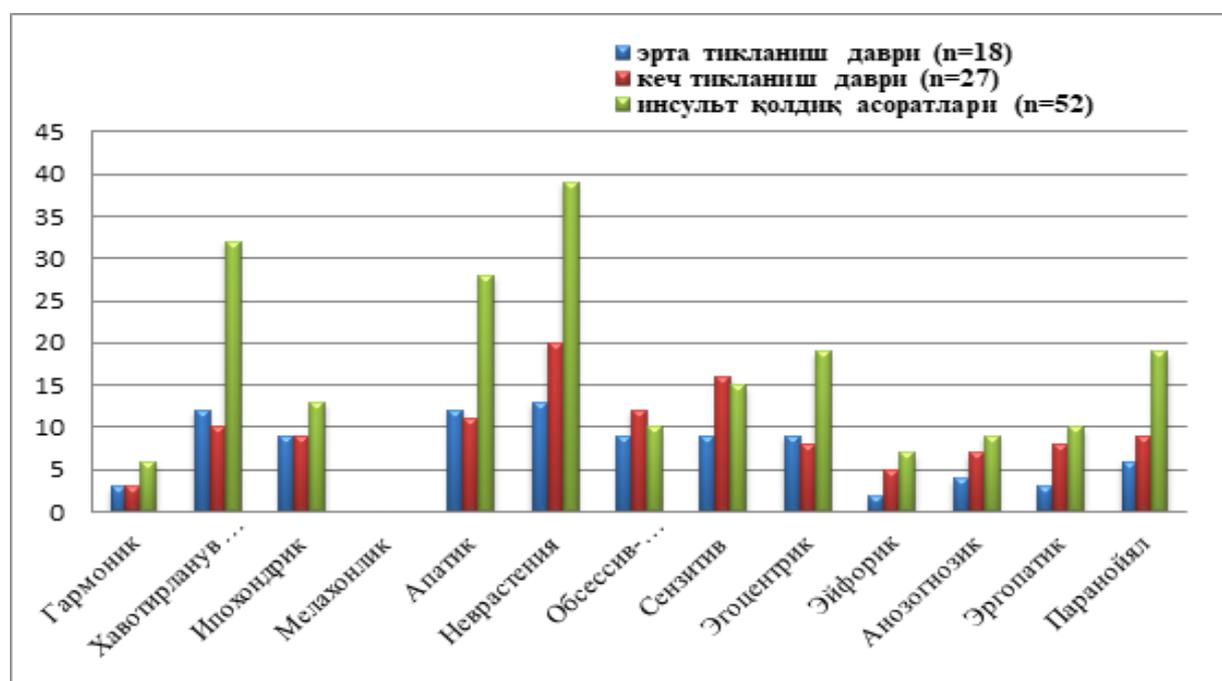
**Бош мия чап ярим шарларида инсулт ўтказган беморлар психологик ҳолатлари ва касалликка муносабати ўзаро алоқадорлиги хусусиятлар (К.Пирсон чизикли корреляция коэффиценти бўйича) (n=48)**

| №           | Кўрсаткичлар                | Гармоник      | Хавотирланувчан | Ипохондрик    | Апатия         | Неврастения   | Эгоцентрик     | Эйфорик       | Анозогностик  |
|-------------|-----------------------------|---------------|-----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| Ҳаёт сифати | Жисмоний ҳаракатчанлик      | 0,13          | 0,23            | -0,02         | <b>-0,32**</b> | 0,11          | 0,06           | -0,01         | 0,09          |
|             | Жисмоний роли ҳаракатчанлик | 0,15          | 0,18            | 0,09          | -0,02          | <b>0,36**</b> | 0,06           | 0,02          | 0,14          |
|             | Умумий саломатлик           | 0,01          | -0,06           | 0,13          | 0,17           | <b>0,39**</b> | 0,15           | -0,1          | -0,1          |
|             | Психологик саломатлик       | 0,17          | 0,26            | -0,17         | <b>-0,34**</b> | 0,24          | 0,14           | <b>0,35**</b> | 0,17          |
| РХ          | Ректив хавотир              | <b>0,29**</b> | -0,12           | -0,03         | 0,02           | 0,04          | 0,18           | -0,21         | -0,22         |
| ЎФК         | Ўз-ўзини ҳис қилиш          | -0,01         | <b>0,36**</b>   | <b>0,44**</b> | -0,05          | -0,18         | <b>-0,28**</b> | 0,12          | <b>0,34**</b> |
|             | Фаоллик                     | 0,05          | <b>0,30**</b>   | <b>0,30**</b> | -0,07          | -0,06         | -0,03          | -0,008        | 0,23          |
|             | Кайфият                     | 0,19          | -0,21           | -0,05         | 0,004          | -0,04         | -0,19          | 0,03          | 0,24          |
| «Дересея»   | Когнитив-аффектив субшкала  | 0,002         | -0,19           | 0,18          | <b>0,29**</b>  | -0,22         | 0,09           | -0,19         | <b>0,006</b>  |
|             | Соматизизация субшкаласи    | 0,13          | 0,23            | -0,02         | <b>-0,32**</b> | 0,11          | 0,06           | -0,01         | 0,09          |

Изоҳ: \*\*\*  $p\leq 0,01$ , \*\*  $p\leq 0,05$

Реактив хавотир билан гармония типи ( $r=-0,29$ ;  $p\leq 0,05$ ), ўз-ўзини ҳис қилиш, фаоллик даражалари хавотирланувчанлик, ипохондрия типлари ( $r=-0,36$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,44$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,30$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $r=-0,30$ ;  $p\leq 0,05$ ), шунингдек, ўз-ўзини ҳис қилиш кўрсаткичи эгоцентризм типлари ўртасида манфий алоқадорлик намоён бўлди ( $r=-0,28$ ;  $p\leq 0,05$ ). ЧЯШ бузилишлари мавжуд беморда шахсий хавотирларидан кўра вазиятли хавотирлари кучли бўлиши натижасида касалликни гармоник муносабатда таҳлил қилиш қийин кечади, бу эса ўз навбатида даволанишга, саломатлигига нисбатан шубҳаларини оширади. Улардаги хавотирланувчанлик, ипохондрия кучлилиги ўз-ўзини ҳис қилиш фаоллик даражасини пасайишига сабаб бўлади. Бемордаги доим хавотирнинг юқорилиги саломатликни тикланишига етарли эмас. Беморнинг кучли даража ўз менини исботлашга қаратилган ҳаракатлари ўз-ўзини ҳис қилишнинг ёмонлашувига олиб келади (3-жадвалга қаранг).

Инсулт ўтказган беморларнинг эмоционал ҳолатларини психодиагностика қилишда бир хил касалик ташхис қўйилган беморларнинг эмоционал ҳолатларида турли хил фарқни кузатдик. Бу эса беморнинг эмоционал ҳолати намоён бўлиши бевосита унинг касалликка муносабат типини боғлиқлигини билдиради. Касалликнинг турли даврларда касалликка муносабат беморларнинг эмоционал ҳолатидан келиб чиққан. Беморлардаги бу фарқлар касалликка муносабат типини ўрганишга қаратилган «Бехтерев институтининг шахс сўровномаси» аниқланди ва қуйидаги сўровнома натижалари диаграмма кўринишда келтирилди (1-расмга қаранг).



**1-расм. Беморларда шахс типларининг намоён бўлиши (n=97)**

Инсулт ўтказган беморларнинг касалликка муносабат типини аниқлаш жараёнида муносабат типларининг диффуз ҳолда учраши намоён бўлди. Мазкур типлар ичида энг кўп неврастения (72), хавотирланувчанлик (54), апатик (51), сензитив (40), эгоцентрик (36), обсессив-фобияли ва ипохондрия (31), паранойял (25), эргопатик (21), анозогнозик (20), эйфорик (14),

гармоник (12) кабилар юқори даражада ифодаланди. Бундан келиб чиқадики, ишемик инсулт ўтказган беморларда юқори даражада, неврастения ва хавотирланувчанлик, эгоцентризм, сензитивлик типлари аниқланди. Беморда асабийлашиш, оғриқлардан, ёқимсиз хиссиётлардан, даво чораларининг самарасизлигидан, касалликдан тузалишга сабрсизлик ҳолатлари кузатилди.

Шунингдек, тажриба-синов ишларимиз инсулт ўтказмаган соғлом инсонлар билан ҳам ўтказилди. Кузатиш методи ёрдамида уларда асосан, босиқлик, очиклик, ўз касбий фаолиятида илғорлик, ўз-ўзини баҳолашнинг юқорилиги, кайфиятларида кўтакиринлик, жисмоний ҳолатида фаоллик, эмоционал ҳолатида барқарорлик қайд қилинди.

Навбатдаги методикалар Ч.Д.Спилбергер ва Ю.Л.Ханиннинг «Вазиятли ва шахсий хавотирланиш» даражасини аниқлаш сўровномаси, В.А.Доскин, Н.А.Лаврентева, В.Б.Шарай, М.П.Мирошниковларнинг «ЎФК» сўровномаси, А.Бекнинг «Депрессияни аниқлаш» тест-сўровномаси соғлом инсонларда ўтказилди.

Айни вақтда инсулт касаллиги ташхиси қўйилмаган инсонларни кузатиш ва улар билан олиб борилган суҳбат жараёнида, уларда рухий беқарорлик, хавотирлик, ўз-ўзини ҳис қилиш, фаоллик, кайфиятларида муаммолар деярли йўқлиги, аффектив ва соматик депрессия ҳолатлари мавжуд эмаслиги аниқланди. Баъзи синалувчиларимиз кексалик даврини бошдан кечираётганлиги сабабли, уларда кузатилган эмоционал бузилишлар геронтопсихологик хусусиятлар сифатида қабул қилинди. Юқорида номлари келтирилган методикалар натижалари соғлом ва бемор, касаллик даврларига бўлиниб, улар ўртасидаги статистик фарқ Стьюдент мезони бўйича таҳлил қилинди.

#### 4-жадвал.

#### Соғлом ва бемор синалувчилар натижаларидаги статистик фарқ (n=40)

| №  | Кўрсаткичлар     |                    | M1(соғлом) | M2 (бемор) | t – статистик фарқ кўрсаткичи |
|----|------------------|--------------------|------------|------------|-------------------------------|
| 1. | Спилбергер-Ханин | Реактив хавотир    | 40,35      | 47,34      | -6,29***                      |
|    |                  | Шахсий хавотир     | 42,2       | 45,17      | -3,06***                      |
| 2. | ЎФК              | Ўз-ўзини ҳис қилиш | 4,18       | 3,20       | 7,03***                       |
|    |                  | Фаоллик            | 4,07       | 2,84       | 12,001***                     |
|    |                  | Кайфият            | 4,33       | 3,44       | 7,74***                       |
| 3. | А.Бек            | Когнитив-аффектив  | 9,87       | 16,10      | -10,48***                     |
|    |                  | Соматизация        | 11,9       | 12,38      | -0,74                         |

Изоҳ: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

Бунга кўра соғлом ва бемор синалувчилардаги реактив ва шахсий хавотирлари ўртасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқни намоён этди ( $t = -6,29$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $t = -3,06$ ,  $p \leq 0,01$ ). Соғлом ва бемор синалувчиларнинг жавоблари ўзаро қиёсланганда «ЎФК» (ўз-ўзини ҳис қилиш, фаоллик, кайфият) методикаси статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқни намоён қилди ( $t = 7,03$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $t = 12,001$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $t = 7,74$ ,  $p \leq 0,01$ ).

А.Бекнинг депрессияни аниқлаш сўровномаси когнитив-аффектив субшкаласи бўйича соғлом ва бемор синалувчилар натижаларида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ мавжудлиги аниқланди ( $t=-10,48$ ;  $p\leq 0,01$ ) ҳамда соматизация субшкаласи натижалари статистик жиҳатдан ўзаро алоқадор эмасликни намоён қилди (4-жадвалга қarang)

Соғлом инсонлар ҳаётий мураккаб вазиятларда хавотирлари, стрессни бошдан кечириш ва ўз-ўзини ҳис қилиш, кайфияти, тушкунлик, депрессия даражалари беморларга қараганда анча пастлигини кўрсатди. Яъни инсулт касаллиги тўсатдан содир бўлиши ҳаётий қийин вазиятлар ва улардан ечим топиб чиқиб кета олмасликка олиб келиб, беморни ўзгалар ёрдамига муҳтож қилиб қўяди. Натижада, беморларнинг эмоционал ҳолатларида бузилишлар юзага келади, ўз ижтимоий ролларини йўқотиш ҳам уларга катта таъсир кўрсатади.

SF-36 Ҳаёт сифатини баҳолаш сўровномаси турли даражадаги беморлар натижаларидаги статистик фарқ аниқланди.

**5-жадвал.**

**Ҳаёт сифати (SF-36) сўровномаси бўйича турли даврдаги беморлар натижаларидаги статистик фарқ (n=97)**

| №  | Кўрсаткичлар  | 1-2-даври беморлар хусусиятларидаги фарқ | 1-3-даври беморлар хусусиятларидаги фарқ | 2-3-даври беморлар хусусиятларидаги фарқ |
|----|---|--|--|--|
| 1. | Жисмоний ҳаракатчанлик                              | -1,69*                                   | -4,36***                                 | -2,15**                                  |
| 2. | Жисмоний ҳолат билан шартланган ролли ҳаракатчанлик | -0,94                                    | -2,64**                                  | -1,63                                    |
| 3. | Оғриқнинг интенсивлиги                              | -2,54**                                  | -7,46***                                 | -5,73***                                 |
| 4. | Саломатликнинг умумий ҳолати                        | -3,04***                                 | -3,56***                                 | -0,003                                   |
| 5. | Ҳаётий фаоллик                                      | -1,82*                                   | -0,9                                     | 1,20                                     |
| 6. | Ижтимоий ҳаракатчанлик                              | 0,5                                      | -3,17***                                 | -4,15***                                 |
| 7. | Эмоционал ҳолат билан шартланган ролли фаолият      | -0,65                                    | -2,58**                                  | -1,83*                                   |
| 8. | Психик саломатлик                                   | -1,57                                    | -4,82***                                 | -2,95***                                 |

Изоҳ: \*  $p\leq 0,10$ ; \*\*  $p\leq 0,05$ ; \*\*\*  $p\leq 0,01$ .

Синалувчиларда барча даврлар бўйича жисмоний ҳаракатчанлик хусусиятлари ўртасида аҳамиятли фарқ аниқланди ( $t=-1,69$ ;  $p\leq 0,10$ ;  $t=4,36$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $t=-2,15$ ;  $p\leq 0,05$ ). Жисмоний ҳолат билан шартланган ролли ҳаракатчанлик кўрсаткичи бўйича 1-3-давр беморлар хусусиятларига кўра

эса аҳамиятли фарқ мавжудлиги аниқланган ( $t=2,64$ ;  $p\leq 0,01$ ). Оғриқнинг интенсивлиги барча даврдаги ( $t=-2,54$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $t=-7,46$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $t=-5,73$ ;  $p=0,01$ ), умумий саломатлик 1-2, 1-3 даврдаги ( $t=-3,04$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $t=-3,56$ ;  $p\leq 0,01$ ), ҳаётий фаоллик 1- 2-даврлардаги ( $t=1,82$ ;  $p\leq 0,10$ ), ижтимоий ҳаракатчанлик, эмоционал ҳолат билан шартланган ролли фаолият, психологик саломатлик кўрсаткичлари 1-3, 2-3 даврлардаги ( $t=-3,17$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $t=-4,15$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $t=-2,58$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $t=-1,83$ ;  $p\leq 0,10$ ;  $t=-4,82$ ;  $p\leq 0,01$ ,  $t=2,95$ ;  $p\leq 0,01$ ) беморлар хусусиятлари ўртасида статистик тафовут мавжудлиги намоён бўлди (5-жадвалга қаранг).

«Реактив ва шахсий хавотирлик даражасини ўрганиш» сўровномасига кўра, реактив хавотирланиш 1-2-давр, 1-3-даврдаги беморлар хусусиятлари ўртасида фарқ статистик аҳамиятга эга ( $t=2,42$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $t=3,34$ ;  $p\leq 0,01$ ). Шахсий хавотир даражасига кўра эса аҳамиятга эга эмаслиги қайд қилинди (6-жадвалга қаранг).

#### 6-жадвал.

#### Реактив ва шахсий хавотирлик даражасини ўрганиш сўровномаси бўйича турли даврдаги беморлар натижаларидаги статистик фарқ ( $n=97$ )

| №  | Кўрсаткичлар    | 1- 2-даврдаги беморлар хусусиятларидаги фарқ | 1- 3-даврдаги беморлар хусусиятларидаги фарқ | 2- 3-даврдаги беморлар хусусиятларидаги фарқ |
|----|-----------------|--|--|--|
| 1. | Реактив хавотир | 2,42**                                       | 3,34***                                      | 0,86   |
| 2. | Шахсий хавотир  | -0,38  | 0,09   | 0,57   |

Изоҳ: \*  $p\leq 0,10$ ; \*\*  $p\leq 0,05$ ; \*\*\*  $p\leq 0,01$ .

ЎФК натижаларига кўра, ўз-ўзини ҳис қилиш шкаласи барча даврларда ( $t=-2,60$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $t=-6,14$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $t=-2,38$   $p\leq 0,01$ ), фаоллик шкаласи кўра 1- 3- давр, 2- 3-даврларда ( $t=-2,46$ ;  $p\leq 0,05$ ;  $t=-2,27$ ;  $p\leq 0,05$ ), кайфият шкаласи бўйича 1- 3-даврлардаги ( $t=2,27$ ;  $p\leq 0,05$ ) беморлар хусусиятларида фарқ статистик аҳамиятга эгаллиги аниқланди (7-жадвалга қаранг).

#### 7-жадвал.

#### ЎФК сўровномаси бўйича турли даражадаги беморлар натижаларидаги статистик фарқлар қуйидаги жадвалда акс этган

| №  | Кўрсаткичлар       | 1- 2-давридаги беморлар хусусиятларидаги фарқ | 1- 3-давридаги беморлар хусусиятларидаги фарқ | 2- 3-давридаги беморлар хусусиятларидаги фарқ |
|----|--------------------|---|---|---|
| 1. | Ўз-ўзини ҳис қилиш | -2,60**                                       | -6,14***                                      | -2,83***                                      |
| 2. | Фаоллик            | -0,92   | -2,46**                                       | -2,27**                                       |
| 3. | Кайфият            | -1,13   | -2,27**                                       | -1,44   |

Изоҳ: \*  $p\leq 0,10$ ; \*\*  $p\leq 0,05$ ; \*\*\*  $p\leq 0,01$ .

Диссертациянинг учинчи боби «Инсулт ўтказган беморлар эмоционал соҳасига психологик таъсир кўрсатиш имкониятлари» деб

номланиб, унда экспериментал гуруҳдаги беморлар эмоционал соҳасининг хусусиятлари, инсульт ўтказган беморлар билан психокоррекция иш олиб боришнинг дастурий асослари, беморларга психокоррекция ёрдам бериш самарадорлиги амалий ишлар ёрдамида аниқланди. Дастурнинг назарий асосини замонавий психология йўналишларидан психоанализ, гештальт терапия, гуманистик психология, когнитив терапияси, рационал-эмотив терапия, нейролингвистик дастурлаш (НЛД), арт-терапия, музика терапия, библиотерапия, кум терапияси каби ёндашувлар ва аутоген, релаксация машғулотлари беморларнинг эмоционал ҳолатларнинг психологик хусусиятларига эмоционал-ҳиссий соҳасига психокоррекция таъсир кўрсатиш модели хизмат қилади.

Тадқиқотда биз томонидан тузилган инсульт ўтказилган беморларнинг эмоционал ҳолатларини барқарорлаштиришга қаратилган махсус мажуд психокоррекция дастур машғулотлар жамламасидан фойдаланиб тузилган «Янги ҳаёт сари...» номли коррекция дастурдан фойдаланилди. Мазкур дастур 8 сессиядан иборат бўлиб, дастурда кўзда тутилган мақсад айнан беморларнинг эмоционал соҳасига психологик таъсир кўрсатиш эканлигини ҳисобга олган ҳолда, машғулотлар давомида синалувчиларнинг ҳаёт сифатини, хусусан ролли эмоционал фаолияти, психологик саломатлик, ўз-ўзини ҳис қилиш, кайфият кўтариш, депрессия даражасини пасайтириш, эмоцияларни назорат қилиш асосида касалликка муносабатларини ўзгартириш, қабул қилишга қаратилган (2-расмга қаранг).



**2-расм. Эмоционал-ҳиссий соҳага психокоррекция таъсир кўрсатиш модели**

Машғулот якунида экспериментал гуруҳда назорат тажрибалари E.John, D.Cathy SF-36 «Ҳаёт сифатини баҳолаш» методикаси, Ч.Д.Спилбергер ва Ю.Л.Ханиннинг «Вазиятли ва шахсий хавотирланиш даражасини аниқлаш методикаси, В.А.Доскин, Н.А.Лаврентева, В.Б.Шарай, М.П.Мирошниковларнинг «ЎФК» (Ўз-ўзини ҳис қилиш, фаоллик, кайфият), БИШХ («Бехтерев институти шахс сўровномаси»), А.Бекнинг «Депрессияни аниқлаш» тест-сўровномалари қайта ўтказилди ва қайд қилинди.

Бу эса коррекция дастурнинг самарадорлик даражасини, яъни инсульт ўтказган беморларнинг ҳиссий-эмоционал соҳасига психокоррекция таъсир кўрсатиш моделини ишончлилик кўрсаткичини аниқлаштириш имконини берди.

Коррекциядан машғулотлардан инсулт ўтказган беморларни ЎЯШ ва ЧЯШ бузилишларига кўра ўртасидаги статистик фарқ Стьюдент мезони бўйича таҳлил қилинди.

Коррекциядан кейин ўнг ва чап мия ярим шарлари зарарланган беморлар натижалари ўртасидаги статистик фарқларга кўра реактив хавотир ўртасида фарқлар мавжуд ( $t=2,25$ ;  $p\leq 0,05$ ), шунингдек синалувчиларнинг ўз-ўзини ҳис қилиш даражалари бўйича ҳам тафовут аниқланди ( $t=1,81$ ;  $p\leq 0,10$ ) (8-жадвалга қаранг). Асосан ўнг ярим шарлар беморларидан кўра, чап ярим беморларда вазиятга нисбатан хавотир кучли, улар инсулт касаллигини билган кундан бошлаб ўзларининг ҳолатларидан жуда катта таъсирланадилар.

**8-жадвал.**

**Коррекциядан кейин ўнг ва чап мия ярим шарлари зарарланган беморлар натижалари ўртасидаги статистик фарқ (n=22)**

| №  | Кўрсаткичлар                 | Кўрсаткичлар       | M <sub>1</sub> (ўнг) | M <sub>2</sub> (чап) | t – статистик фарқ кўрсаткичи |
|----|------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|
| 1. | Спилбергер-Ханин Сўровномаси | Реактив хавотир    | 43,72                | 40,4                 | 2,25**                        |
|    |                              | Шахсий хавотир     | 41,18                | 40,1                 | 0,89                          |
| 2. | ҲФК                          | Ўз-ўзини ҳис қилиш | 4,41                 | 4,01                 | 1,81*                         |
|    |                              | Фаолият            | 3,2                  | 3,09                 | 0,44                          |
|    |                              | Кайфият            | 4,41                 | 4,53                 | -0,59                         |

Изоҳ: \*  $p\leq 0,10$ ; \*\*  $p\leq 0,05$ ; \*\*\*  $p\leq 0,01$ .

ЎЯШ ва ЧЯШ инсулти ўтказган беморларни солиштирилганда, уларда эмоционал ҳолатларининг психологик хусусиятлари бўйича ўз-ўзини ҳис қилиш даражасидаги фарқлар кузатилди.

Синалувчиларда ҳаёт сифати кўрсаткичларининг экспериментдан сўнг ошиши бу ижобий натижалардан бири ҳисобланади. Эрта тикланиш даврида (1-давр) аниқловчи ва назорат тажрибада психологик саломатлик ( $t=-4$ ;  $p\leq 0,05$ ), кеч тикланиш давридаги (2-давр) жисмоний ҳаракатчанлик ( $t=-2,28$ ;  $p\leq 0,05$ ), жисмоний ҳолат билан шартланган ролли ҳаракатчанлик ( $t=-2,39$ ;  $p\leq 0,05$ ), ижтимоий ҳаракатчанлик ( $t=-2,47$ ;  $p\leq 0,05$ ), эмоционал ҳолат билан шартланган ролли фаолият ( $t=-2,88$ ;  $p\leq 0,05$ ), психик саломатлик кўрсаткичларидаги ( $t=-3,30$ ;  $p\leq 0,01$ ), инсулт қолдиқ асоратлари даврида (3давр) сўровноманинг аниқловчи ва назорат тажрибаси жисмоний ҳаракатчанлик ( $t=-3,19$ ;  $p\leq 0,01$ ), жисмоний ҳолат билан шартланган ролли ҳаракатчанлик ( $t=-2,09$ ;  $p\leq 0,10$ ), саломатликнинг умумий ҳолати ( $t=-1,9$ ;  $p\leq 0,10$ ), ҳаётий фаоллик ( $t=-2,6$ ;  $p\leq 0,05$ ), ижтимоий ҳаракатчанлик ( $t=-2,97$ ;  $p\leq 0,05$ ), эмоционал ҳолат билан шартланган ролли фаолият ( $t=-3,54$ ;  $p\leq 0,01$ ), психик саломатлик кўрсаткичларидаги ( $t=-3,31$ ;  $p\leq 0,01$ ) беморлар хусусиятларида ўртасидаги статистик тафовут аниқланди (9-жадвалга қаранг).

## 9-жадвал.

**SF-36 Ҳаёт сифатини баҳолаш сўровномаси бўйича аниқловчи ва назорат тажрибаси натижалари ўртасидаги статистик тафовут (Стъудентнинг t-мезони бўйича) (n=28)**

| №  | Кўрсаткич   | M <sub>1</sub> (коррек. олдин) |        |        | M <sub>2</sub> (коррек. кейин) |        |        | t – статистик фарк |        |        |
|----|---|--------------------------------|--------|--------|--------------------------------|--------|--------|--------------------|--------|--------|
|    |   | 1-давр                         | 2-давр | 3-давр | 1-давр                         | 2-давр | 3-давр | 1-давр             | 2-давр | 3-давр |
| 1. | Жисмоний ҳаракатчанлик                              | 33                             | 38,1   | 40,4   | 34                             | 41,3   | 49,5   | -1                 | 2,28*  | 3,19** |
| 2. | Жисмоний ҳолат билан шартланган ролли ҳаракатчанлик | 35                             | 40,9   | 39,5   | 36                             | 42,7   | 46,6   | -1                 | 2,39*  | 2,09*  |
| 3. | Оғрикнинг интенсивлиги                              | 26,4                           | 39     | 50,8   | 28                             | 41,8   | 52,    | -1                 | -1,5   | 1,48   |
| 4. | Саломатликнинг умумий ҳолати                        | 34                             | 47,7   | 50,5   | 35                             | 50,9   | 53     | -1                 | -1,16  | 1,91*  |
| 5. | Ҳаётини фаоллик                                     | 32                             | 43,1   | 43,3   | 36                             | 45,4   | 46,6   | 1,37               | -1,24  | 2,6**  |
| 6. | Ижтимоий ҳаракатчанлик                              | 37,5                           | 39,7   | 55     | 40,5                           | 52,2   | 64,5   | -1                 | 2,47*  | 2,97** |
| 7. | Эмоционал ҳолат билан шартланган ролли фаолият      | 46,6                           | 39,2   | 41,6   | 53,2                           | 54,4   | 63,8   | -1                 | 2,88*  | 3,54** |
| 8. | Психик саломатлик                                   | 36,8                           | 42,2   | 50     | 52,8                           | 54,4   | 58,1   | -4**               | 3,30*  | 3,31** |

Изоҳ: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

Эксперимент гуруҳида касалликни турли даврларидаги беморлар қатнашган, шунинг ҳам уларнинг жисмоний ва психологик ҳолатлари ҳам ўзига хос индивидуал кўринишга эга. Чунки бу даврда беморларда касаллик асоратлари жисмоний ҳолатига жиддий таъсир кўрсатиб, деярли кўпчилик беморларда ўнг ва чап томонли фалажлик, ногиронлик ҳолатлари мавжуд бўлади. Аммо коррекцион дастур самарадорлиги кеч тикланиш ва инсулт қолдиқ асоратлари даврларда аниқланди. Бундан кўриниб турибдики, коррекцион дастур ўз самарасини берган.

Синалувчиларда хавотирланиш кўрсаткичининг экспериментдан сўнг пасайиши бу ижобий натижалардан бири ҳисобланади. Натижаларга кўра, эрта тикланиш давридаги беморлар хусусиятларида реактив ва шахсий хавотирланишнинг M<sub>1</sub> ва M<sub>2</sub> кўрсаткичлари ўртасида статистик тафовутни кўрсатди ( $t=3,62$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $t=2,99$ ;  $p \leq 0,01$ ). Кеч тикланиш давридаги беморлар хусусиятларида реактив хавотирланишнинг M<sub>1</sub> ва M<sub>2</sub> кўрсаткичлари ўртасида ( $t=7,11$ ;  $p \leq 0,01$ ), инсулт қолдиқ асоратлари давридаги беморлар хусусиятларида реактив ва шахсий хавотирланишнинг M<sub>1</sub> ва M<sub>2</sub> кўрсаткичлари ўртасида статистик тафовутни кўрсатди ( $t=3,98$ ;  $p \leq 0,01$ ;

$t=2,67$ ;  $p \leq 0,10$ ) статистик аҳамиятли фарқ мавжудлиги аниқланди. Бунга кўра вазиятли хавотирлик ва шахсий хавотирлик кўрсаткичларида ижобий томонга силжиш, яъни хавотирлилик камайиши намоён бўлди (10-жадвалга қаранг).

#### 10-жадвал.

**Вазиятли ва шахсий хавотирланиш даражасини аниқлаш бўйича аниқловчи ва назорат тажрибаси натижалари ўртасидаги статистик тафовут (Стьюдентнинг t- мезони бўйича) (n=28)**

| №                                    | Кўрсаткичлар    | Натижалар                           | Эрта тикланиш даври | Кеч тикланиш даври | Инсулт қолдиқ асоратлари |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------------|
| 1.                                   | Реактив хавотир | M <sub>1</sub> (коррекциядан олдин) | 49,6                | 48,90              | 48,42                    |
|                                      |                 | M <sub>2</sub> (коррекциядан кейин) | 42,4                | 43,09              | 41,83                    |
| <b>t – статистик фарқ кўрсаткичи</b> |                 |                                     | <b>3,62***</b>      | <b>7,11***</b>     | <b>3,98***</b>           |
| 2.                                   | Шахсий хавотир  | M <sub>1</sub> (коррекциядан олдин) | 43,8                | 43,63              | 44,33                    |
|                                      |                 | M <sub>2</sub> (коррекциядан кейин) | 40,6                | 41,45              | 39,83                    |
| <b>t – статистик фарқ кўрсаткичи</b> |                 |                                     | <b>2,99**</b>       | <b>1,52</b>        | <b>2,67*</b>             |

Изоҳ: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

Юқоридагилардан келиб чиқиб, ўтказилган эмпирик тадқиқотда турли психокоррекция машғулоти жамламасидан фойдаланиб тузилган ва ўтказилган «Янги ҳаёт сари...» психокоррекция дастурининг лозим даражада самарадорлигини тасдиқлаш имконини берди.

Демак, олиб борилган эмпирик тадқиқотга кўра, ишемик инсулт ўтказган беморларнинг ҳиссий-эмоционал соҳасига таъсир кўрсатиш модели асосида тузилган дастур тузилиши мақсадга мувофиқлиги аниқланди, шунга кўра биз томонимиздан ишлаб чиқилган инсулт ўтказган беморларнинг эмоционал соҳасига таъсир кўрсатиш дастурининг самарадорлиги исботланди ва мазкур дастурни амалиётга татбиқ қилиш мақсадга мувофиқ.

## ХУЛОСА

«Инсулт ўтказган беморлар эмоционал ҳолатларининг психологик хусусиятлари» мавзуси бўйича тадқиқот иши юзасидан қуйидаги умумий хулосалар чиқарилди:

1. Бош мия ярим шарлари функционал асимметрияси ҳақида фанда тўпланган маълумотлар инсулт сабабли рўй берадиган психик бузулишлар таҳлили, жумладан, эмоционал нуқсонлар табиатини тушунишда муҳим методологик асос бўлиб, ушбу касалликка чалинган беморлар эмоционал соҳасидаги бузулишлар реабилитациясида бу соҳадаги асимметрияга хос қонуниятларни ҳисобга олувчи клиник ёндашувлар натижадорлигини тахмин қилиш учун етарли асослар мавжуд.

2. Инсулт ўтказган беморлар касалликка муносабатининг диффуз ҳолда учраши невралгия, хавотир, апатия, сензитивлик, эгоцентризм

сифатлари беқарор психоэмоционал ҳолат таъсирида кучайишидан шахс индивидуал типологик хусусиятларида дифференциал фарқлар қайд этилади.

3. Даволанишнинг турли даврларида бўлган беморлардаги ҳаёт сифати кўрсаткичларини психик саломатликка таъсири натижасида шахснинг «ўз-ўзини ҳис қилиши», «фаоллик»ни реактив хавотирланиш призмасида идрок қилинишига асосланиб, эмоционал ҳолатлар дифференциацияси кузатилди. Беморларда касаллик даврларига қараб кайфият ўзгариб бориши ва саломатликнинг тикланишига таъсир қилиши исботланди.

4. Касаллик сабабли юзага келган салбий эмоционал ўзгаришларни бартараф қилишда эмоционал-ҳиссий соҳага таъсир кўрсатишнинг психокоррекцион модели жорий этилди.

5. Статистик усулдаги тадқиқот натижалари шу нарсани кўрсатдики, ишлатилган ташхис методикалари орасида мантиқий бирлик, мазмуний уйғунлик мавжуд.

6. Инсулт ўтказган беморлар эмоционал соҳасига таъсир кўрсатиш модели асосида тузилган психокоррекцион дастурдан сўнг ташхис методикалар қайта ўтказилиши асосида ишончилиги юқори даражадаги натижалар олинди.

Тадқиқотимиз тажрибаларига суянган ҳолда инсулт касаллигида салбий эмоцияларнинг профилактикаси ва реабилитацияси сифатида қуйидаги тавсияларни ҳавола қилишимиз мумкин:

1. Ҳар қандай ҳолатда руҳий мувозанатлилиқ, ҳиссий барқарорликни сақлай билиш, касаллик асорталарини депрессияга тушмасдан қабул қилиш ва мутахассислар билан биргалиқда ечимларини излаш тавсия қилинади.

2. Беморларда доимо ижобий кайфиятни ярта олиш кўникмасини шакллантириш, касалликни қабул қилиш ва қарши курашиш малакасини ривожлантириш; касалликка хос когнитив билимларни эгалаш ва улардан тўғри фойдаланиш, салбий эмоцияларга берилмасдан атрофдагиларнинг ёрдамидан фойдаланиш ва ижтимоий муҳитга қайта мослашишга ҳаракат қилиш, соғлом турмуш тарзига амал қилиш ва реабилитация тадбирларида фаол иштирок қилиш тавсия қилинади.

3. Инсулт касалликларининг турлари кўп бўлиб, бизнинг тадқиқотимизда фақат ишемик инсулт ўтказган беморлар қамраб олинди. Инсулт ўтказган беморларнинг оила аъзолари билан ишлаш, уларни даволовчи тиббиёт ходимлари психологияси ва ижтимоий психологик хусусиятлари, когнитив соҳа масалалари тадқиқотда ечилмай қолган муаммолар юзасидан илмий изланишлар олиб бориш касалликдан қайта тикланиш самарадорлигини оширади.

4. Даволаниш даврида инсулт ўтказган беморларга турли шаклдаги психологик хизматни ташкил қилиш ва психокоррекцион ишларни эрта бошлаш улардаги психоэмоционал бузилишларни камайтириш ва беморларнинг ҳаёт сифатини оширишга имкон бериши мумкин.

Мазкур йўналишдаги тадқиқотларни бош мия функционал асимметриясининг турли аъзолар фаолиятида намоён бўлиши кесимида, қолаверса, беморларнинг ижтимоий-психологик муносабатлари тизими нуқтаи назаридан, олий инсоний ҳиссиётлар даражасида ўрганилишини истикболли, деб баҳолаймиз.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ PhD.03/30.12.2021.P.26.02 ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

---

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**ЖУМАНИЯЗОВА ИЛМИРА КАМИЛЖАНОВНА**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ  
СОСТОЯНИЙ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ**

**19.00.04 – Медицинская и специальная психология**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ  
(PhD) ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ НАУКАМ**

**Ташкент – 2022**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована за номером В2021.3.PhD/P187 в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан.**

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном педагогическом университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекском, русском, английском (резюме)) размещён на веб-странице Научного совета (psi-ik@.uz) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).

**Научный руководитель:**

**Нишанова Замира Таскараевна**  
доктор психологических наук, профессор

**Официальные оппоненты:**

**Хайитов Ойбек Эшбоевич**  
доктор психологических наук, профессор

**Ибодуллаев Зарифбой Раджабович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:**

**Ташкентский государственный  
институт востоковедения**

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года в \_\_\_\_\_ часов на заседании Научного совета PhD.03/30.12.2021.P.26.02 при Ташкентском государственном педагогическом университете имени Низами (Адрес: 100185, город Тошкент, Чиланзарский район, улица Бунёдкор, 27. Тел.: (+99871) 276-82-32; факс: (+99871) 276-76-51; e-mail: [tdpu\\_kengash@edu.uz](mailto:tdpu_kengash@edu.uz)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного педагогического университета имени Низами (зарегистрирована за №\_\_\_\_). (Адрес: Адрес: 100185, город Тошкент, Чиланзарский район, улица Бунёдкор, 27. Тел.: (+99871) 276-82-32;

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года

(Протокол реестра №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 года).

**Ф.А.Акрамова**  
Председатель Научного совета  
по присуждению ученых  
степеней, д.психол.н., доцент

**Н.Б.Атабаева**  
Секретарь Научного совета по  
присуждению ученых степеней,  
доктор философии (PhD) по  
психологическим наукам, доцент

**Н.Г.Камилова**  
Председатель научного семинара при  
Ученом совете по присуждению  
научных степеней, д.психол.н., профессор.

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В мире инсульт является основной причиной инвалидности людей после перенесенного заболевания и второй по значению причины смерти. Каждый четвертый человек подвергается риску инсульта в течение своей жизни. Согласно информационным данным, «это заболевание на 70% чаще встречается в стране с низким и средним уровнем дохода, что составляет 87% смерти от инсульта. Среди цереброваскулярных заболеваний ишемический инсульт составляет 75–90%»<sup>3</sup>. Предполагаемый к 2030 г. по данным Всемирной организации здравоохранения, динамический рост смертности от инсульта выдвигает в качестве приоритетной задачу для здоровья общества профилактику и лечение инсульта. Принятие активных глобальных мер по борьбе с этим заболеванием стало необходимым требованием нашего времени. Именно поэтому раннее начало лечения инсульта и реабилитационных мероприятий, восстановление здоровья пациентов сегодня остаются актуальной проблемой глобального масштаба.

В мире образовательные и научно-исследовательские учреждения проводят исследования по оказанию специфической медико-психологической помощи пациентам, перенесшим инсульт, их психологическому оздоровлению, научному изучению проявлений когнитивных, эмоциональных, поведенческих нарушений, возникающих после перенесенного заболевания. В этой связи актуальным остается вопрос профилактики развития инсульта, придания серьезного значения профилактике инсульта, внедрения психологической пропаганды, медицинских, реабилитационных, организационных вопросов в сохранении здоровья населения.

В нашей республике в последние годы создана необходимая нормативно-правовая база для развития медицины, оказания медицинских услуг продвижения ее на высокий уровень, профилактики инсульта и лечения его осложнений у лиц трудоспособного и пожилого возраста. В связи с этим определены такие основополагающие задачи, как «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи, оказываемой населению в нашей стране, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, поддержка и профилактика здорового образа жизни за счет эффективности патронажной службы и диспансеризации...»<sup>4</sup>. Созданы возможности для поиска новых теоретических решений, направленных на углубление научных исследований по раннему началу лечения инсульта и реабилитационных мероприятий, восстановлению здоровья пациентов, совершенствованию мер по оказанию им психологической помощи.

Настоящее диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, определенных в Указах Президента Республики

---

<sup>3</sup> <https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day-2019>.

<sup>4</sup> Указ Президента Республики Узбекистан УП-5590 от 7 декабря 2018 г. «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Узбекистан, УП-5270 от 1 декабря 2017 г. «О мерах по кардинальному совершенствованию системы государственной поддержки лиц с инвалидностью», УП-60 от 28 января 2022 г. «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы», Постановлении Президента Республики Узбекистан ПП-4190 от 3 февраля 2019 г. «Об утверждении концепции развития службы охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан на 2019–2025 годы», Постановлении Кабинета Министров Республики Узбекистан №472 от 7 июня 2019 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы подготовки кадров в области психологии и профилактики правонарушений в обществе», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий в Республике Узбекистан I. «Пути формирования и реализации системы инновационных идей в социальном, правовом, экономическом, культурном, духовно-просветительском развитии информационного общества и демократического государства».

**Степень изученности проблемы.** Ученые нашей республики З.Б.Ажиева, М.М.Асадуллаев, И.А.Киличев, Э.М.Мирджураев, Б.Г.Гафуров и др. проводили научно-практические исследования по проблеме инсульт с медицинской точки зрения. Психологи-ученые Ш.Р.Баротов, В.М.Каримова, З.Т.Нишанова, Г.Б.Шоумаров, Б.Р.Кодиров, Э.Г.Гозиев и др. в своих научных работах рассматривали важность медицинской психологии, психогигиены, психологической службы. З.Р.Ибодуллаев, Д.И.Илхамова, М.Х.Карамян, Ю.К.Нарметова, Н.Р.Салимова, Д.А.Уразбаева, С.А.Карахонова осуществляли научно-прикладные исследования по вопросам происхождения заболевания, психологических особенностей в диагностике, лечении, психического состояния и личных эмоциональных состояний пациентов, применения психотерапии при заболевании.

Ученые Содружества Независимых Государств Т.Д.Демиденко, Н.Г.Ермакова, В.И.Козлов, А.А.Коралев, О.Э.Мальнева, И.С.Михнева, Э.А.Петрова, Ю.Г.Петрова, М.А.Савина, Н.В.Шаклунова, Н.В.Шахпарова, Е.И.Янковская в своих научных исследованиях изучали такие проблемы, как когнитивные, тревожно-депрессивные расстройства после инсульта, важность реабилитационных мероприятий, а также эффективность и организационные процессы оказания семейной психотерапевтической помощи.

В исследованиях зарубежных ученых M. Astrom, S.Aybek, E.Clarke, T.Cumming, M. Hackett, K. Heilman, M.Herrmann, M. Hommel, A.Leppeavuori, P.Masskulpan, C.Storey, C.Vickery, H.Wahl и др. содержится анализ таких вопросов как посттравматическая депрессия (психическая депрессия), тревожность, начало инсульта (посттравматический стресс), инвалидность (страх падения) и отношение к самому себе.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательской работы высшего образовательного учреждения, где**

**выполнена диссертация.** Диссертация выполнена в соответствии с планом научных исследований Ташкентского государственного педагогического университета в рамках практического проекта № ПЗ-20170923121 на тему «Совершенствование методологических основ исследования национальных особенностей воспитания личности» (2018–2020 гг.).

**Целью исследования** является разработка рекомендаций по повышению качества медико-психологических услуг, которые помогают пациентам в улучшении процесса реабилитации путем изучения эмоционального состояния здоровья пациентов, перенесших инсульт.

**Задачи исследования:**

осуществить научное исследование взаимосвязи индивидуально-психологических особенностей в проявлении ролевой активности, обусловленной психическим здоровьем и эмоциональными состояниями у пациентов, перенесших правополушарный и левополушарный инсульт;

научно доказать взаимосвязь индивидуальных особенностей личности, возникающую под влиянием психоэмоционального состояния у больных с диффузной формой отношения к болезни, перенесших правополушарный и левополушарный инсульт;

проанализировать дифференциацию эмоциональных состояний в результате влияния на психическое здоровье показателей качества жизни пациентов в разные периоды лечения;

разработать психокоррекционную программу, направленную на стабилизацию психического здоровья пациентов с диагнозом «ишемический инсульт», а также предложения и рекомендации по повышению качества медицинских и психологических услуг.

**Объектом исследования** являются эмоциональные состояния больных, перенесших ишемический инсульт, 57 мужчин, 40 женщин в возрасте 33–78 лет, которые состояли на учете и лечились в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии, многопрофильного медицинского центра Хорезмской области и клинике Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии. Всего в исследовании приняли участие 137 респондентов из них 97 больных и 40 здоровых лиц, у которых не диагностирован ишемический инсульт.

**Предметом исследования** является процесс психокоррекционного воздействия на эмоциональные состояния больных, перенесших инсульт.

**Методы исследования.** В исследовании использованы методы наблюдения, беседы, а также медико-психологическая анкета для оценки психологического статуса по З.Р. Ибодуллаеву (патент № 001031), методика «SF-36 оценки качества жизни» E. John, D. Cathy, «Методика оценки уровня ситуационной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, Опросник «САН» (Самочувствие, активность, настроение) В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьевой, В.Б. Шарая, М.П. Мирошникова, опросник «ЛЮБИ» (Личностный опросник Бехтеревского института), тест-опросник «Шкала депрессии» А. Бека, а также математико-статистические методы обработки

данных: факторный анализ, t-критерий Стьюдента и коэффициенты  $r$ -корреляции Пирсона.

**Научная новизна исследования** состоит в следующем:

доказан приоритет индивидуальных особенностей в проявлении ролевой активности, обусловленный психическим здоровьем и эмоциональными состояниями, за счет повышенного уровня депрессии на основе интенсивного проникновения ситуативной и личностной тревожности в реакцию больного на болезнь в результате влияния показателей качества жизни на развитие, течение и лечение инсульта в правом и левом полушариях головного мозга;

обосновано проявление дифференциальных различий индивидуально-типологических особенностей личности за счет нарастания неврастения, тревожности, апатичных, эйфорических, сенситивных, эгоцентрических качеств под влиянием нестабильных психоэмоциональных состояний, согласно диффузному отношению к заболеванию пациентов, перенесших инсульт правого и левого полушарий головного мозга;

установлена дифференциация психических состояний, основанная на восприятии «самочувствия», «активности» личности через призму реактивной тревожности в результате влияния показателей качества жизни на психическое здоровье пациентов, находящихся в разные периоды лечения;

аргументирована необходимость экзистенциально-коррекционного подхода к эмоциональным ситуациям в соответствии с важностью аутогенного воздействия на когнитивную, творческую, мотивационно-волевую, социальную сферы в стабилизации психического здоровья больных с диагнозом ишемический инсульт.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

использованы в масштабах республики методики и опросники по оказанию психологической помощи больным, перенесшим инсульт, изучению их постболезненного эмоционального состояния;

определены изменения эмоциональных состояний больных, перенесших инсульт, посредством диагностирования показателей качества жизни, эмоциональных состояний и типов реакции на заболевание в соответствии с периодами болезни;

разработана психокоррекционная программа оказания психологической помощи больным, перенесшим инсульт, и реализована модель воздействия на их эмоционально-чувственную сферу.

**Достоверность результатов исследования** определяется надлежащим выбором объектов исследования, достаточной репрезентативностью респондентов, принимавших участие в научных экспериментах и тренингах, обоснованностью и надежностью выбранных методов, обработкой данных, воспроизводимой путем точных математико-статистических методов t-критериев, а также объясняется тем, что предложения и рекомендации, сформулированные в ходе исследования, были применены на практике одновременно в разных направлениях и подтверждением полученных результатов уполномоченными организациями.

### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что раскрываются сущность психологических моделей воздействия на эмоциональную сферу больных, качество жизни пациентов, перенесших инсульт, течение заболевания у них, взаимосвязь эффективности его лечения с эмоциональной сферой, уточнением социальной значимости заболевания и типов отношения к заболеванию с акцентом на особенности периодов болезни больных.

Практическая значимость полученных результатов состоит в том, что они способствуют содержательному обогащению преподавания таких дисциплин, как «Медицинская психология», «Психодиагностика», «Общая психология», «Психокоррекция», «Психологическая служба», «Психогигиена», «Социально-психологический тренинг» в высших образовательных учреждениях. Разработанное в рамках исследования психокоррекционное программное обеспечение может быть эффективно использовано медицинскими психологами в их практике, врачами-неврологами при лечении пациентов, подготовке квалифицированных медицинских работников и повышении их квалификации.

**Внедрение результатов исследования.** На основании полученных результатов научного исследования психологических особенностей эмоционального состояния больных, перенесших ишемический инсульт:

данные о доказанном приоритете индивидуальных особенностей в проявлении ролевой активности, обусловленной психическим здоровьем и эмоциональными состояниями, за счет повышенного уровня депрессии на основе интенсивного проникновения ситуативной и личностной тревожности в реакцию больного на болезнь в результате влияния показателей качества жизни на развитие, течение и лечение инсульта в правом и левом полушариях головного мозга, включены в модуль «Психодиагностика» на основании Приказа № П-М-05-м Учебно-практического центра психологии при Ташкентском государственном педагогическом университете от 15 июня 2022 г. (Справка № П-М-05-м Учебно-практического центра психологии при Ташкентском государственном педагогическом университете от 15 июня 2022 г.). В результате внедрения полученных данных достигнуто значительное обогащение методической информацией в процессе научно-теоретической подготовки будущих практикующих психологов по оказанию психологической помощи больным с инсультом, направленной на качественное повышение показателей качества жизни, эмоциональных состояний, типов отношения к заболеванию;

научные выводы, основанные на проявлении дифференциальных различий индивидуально-типологических особенностей личности за счет нарастания неврастения, тревожности, апатичных, эйфорических, сенситивных, эгоцентрических качеств под влиянием нестабильных психоэмоциональных состояний, согласно диффузному отношению к заболеванию пациентов, перенесших инсульт правого и левого полушарий головного мозга, внедрены в

систему Минздрава (Справка №8-7-7/726 Министерства здравоохранения от 20 июня 2022 г.). Внедрение полученных данных позволило учесть дифференциальные различия в лечении пациентов на основе выявления нарушений, изменений в эмоциональной сфере, таких как тревожность, отношение к болезни и настроение;

научные рекомендации, доказанные относительно дифференциации психических состояний, основанной на восприятии «самочувствия», «активности» личности через призму реактивной тревожности в результате влияния показателей качества жизни на психическое здоровье пациентов, находящихся в разных периодах лечения, были внедрены в систему Министерства здравоохранения РУз (Справка №8-7-7/726 Министерства здравоохранения от 20 июня 2022 г.). Психодиагностический анализ на основе внедрения данного предложения позволил повысить эффективность медико-психологической помощи в практике медицинской психологии на основе учета пациентами не только самого заболевания, но и дифференциации состояний, соответствующих каждому периоду;

научные выводы о необходимости экзистенциально-коррекционного подхода к эмоциональным ситуациям в соответствии с важностью аутогенного воздействия на когнитивную, творческую, мотивационно-волевую, социальную сферы в стабилизации психического здоровья больных с диагнозом «ишемический инсульт» включены в модуль «Психогигиена» на основании Приказа № П-М-05-м Учебно-практического центра психологии при Ташкентском государственном педагогическом университете от 15 июня 2022 г. (Справка № П-М-05-м Учебно-практического центра психологии при Ташкентском государственном педагогическом университете от 15 июня 2022 г.). В результате увеличены возможности стабилизации эмоционального состояния пациентов, перенесших инсульт, на основе экзистенциально-коррекционного подхода к когнитивной, творческой, мотивационно-волевой сферам.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования обсуждались на 2 международных и 6 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** По основным результатам исследования опубликовано всего 6 научных статей, в том числе 3 статьи в научных изданиях, из них 1 статья – в импакт-факторном научном издании и 2 статьи – в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации доктора философии (PhD).

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложения. Объем диссертации составляет 158 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обосновываются актуальность и востребованность темы диссертации, определяются цели и задачи, методы, объекты и предметы

исследования, анализируется уровень изученности проблемы по теме диссертации. Указывается соответствие работы приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, раскрываются научная новизна исследования и его научная и практическая значимость, обосновываются достоверность результатов исследования и их внедрение в практику, приводятся сведения по опубликованным работам и информация о структуре исследования.

В первой главе диссертации под названием **«Эмоциональные состояния больных, перенесших инсульт, как предмет психологического исследования»** подробно анализируются проблемы эмоциональной сферы с точки зрения научных взглядов на локализацию высших функций, основанных на целостном и систематическом осуществлении психической деятельности.

Теоретической основой современной нейропсихологии является теория систематической динамической локализации высших психических функций, разработанная Л. С. Выготским. Взгляды Л.С.Выготского были продолжены А.Р.Лурией и его учениками. Согласно этой теории, каждая психическая функция обеспечивается работой всего мозга, но разные структуры мозга способствуют ее реализации по-разному. Эта концепция организации психических функций мозга разработана на основе различных когнитивных процессов и нарушений произвольных двигательных функций (А.Р.Лурия и др.).

Выполнены научно-исследовательские работы, в нашей стране по проблемам инсульта и медицинской психологии (М.М.Асадуллаев, И.А.Киличев, Э.М.Мирджураев, Б.Г.Гафуров, З.Б.Ажиева), организации медико-психологической службы (Ш.Р.Баротов, В.М.Каримова, З.Т.Нишанова, Г.Б.Шоумаров, Б.Р.Кодиров), психологического состояния больных после болезни (З.Р.Ибодуллаев, Д.И.Илхамова, М.Х.Карамян, Ю.К.Нарметова, Э.Г.Гозиев, Н.Р.Салимова, Д.А.Уразбаева, С.А.Карахонова).

Невролог и клинический психолог З.Р.Ибодуллаев, основываясь на анализе причин нарушений речи и формирования оптико-пространственного гнозиса у двусторонних пациентов с различной латерализацией инсульта, определил взаимосвязь нарушений в эмоционально-личностной сфере с нейропсихологическими заболеваниями в левом и правом полушариях. Он также был одним из первых, кто провел обширное исследование течения и развития инсульта на примере амбидекстров.

В современных подходах когнитивные, эмоциональные, тревожно-депрессивные расстройства обусловленные осложнениями заболевания у больных с инсультом, снижением качества жизни по эффективности реабилитационных мероприятий при лечении заболевания, проанализированы отечественными учеными, С.С.Пулатовым, С.Р.Куранбаевой И.К.Рустамовой, Д.Т.Ходжиевой, а также такими зарубежными исследователями, как Т.А.Доброхотова, О.Э.Мальнева, Э.А.Петрова, Н.В.Шаклунова, О.Г.Коган, Т.Д.Демиденко, М.А.Савина, Ю.Г.Петрова, И.С.Михнева, А.А.Королев, Н.В.Шахпаронова, В.И.Козлов, Ю.В.Коцюбинская, Н.Г.Ермакова, Б.Д.Карвасарский, Е.Т.Соколова, Е.М.Янковская, Е.Н.Тимошенко, J.H.Sun, M.D.Patel, D.Maya, D.Achten, Astrom'a. Наряду с этим были изучены научно-практические работы зарубежных ученых M.Hackett, M.Herrman, R.Robinson, T.Cumming, C.Vickery, P.Giakobbe, A.Carota, A.Leppeavuori, S.Aybek, L.Caeiro,

R.Marin, H.Wahl по проявлению эмоциональных состояний у пациентов, перенесших инсульт.

Во второй главе диссертации, озаглавленной «**Различия функциональной асимметрии головного мозга и периода болезни изменения эмоциональных состояний при инсульте**», изложены методологические основы медико-психологических исследований, характеристика методов и методик психодиагностики, качества жизни больных, перенесших ишемический инсульт, вопросы проявления эмоциональных состояний.

В научно-исследовательской работе, основанной на эмпирическом исследовании эмоциональных состояний пациентов, перенесших инсульт, были получены экспериментальные данные в зависимости от расстройств правого полушария (ПП) и левого полушария (ЛП) и периодов перенесения болезни. В табл.1 ниже приведен обзор респондентов, основанный на ПП, ЛП расстройствах и периодах болезни.

**Таблица 1**

**Общая информация о пациентах, участвовавших в эксперименте (n=97)**

| №           | Осложнения заболевания       | Ранний период восстановления (n=18) | Поздний период восстановления (n=27) | Остаток осложнения после инсульта (n=52) | Всего =97 |
|-------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------|
| Пол         | Мужчина                      | 12                                  | 18                                   | 27                                       | 57        |
|             | Женщина                      | 6                                   | 9                                    | 25                                       | 40        |
| Локализация | Инсульт правого полушария    | 6                                   | 8                                    | 26                                       | 40        |
|             | Инсульт левого полушария     | 9                                   | 14                                   | 25                                       | 48        |
|             | Вертебро-базиллярный Бассейн | 3                                   | 5                                    | 1  | 9         |

При диагностике эмоциональной сферы пациентов, перенесших инсульт, консультировались с непосредственным медицинским персоналом и историей болезни пациента. При изучении истории болезни была создана предварительная медико-социальная база данных пациентов, которая классифицирована по периодам заболевания и приведена к форме таблицы (см. табл. 1). При работе с пациентами с диагнозом «ишемический инсульт», соблюдая осторожность и конкретные деонтологические правила, в исследовательской работе диссертант использовал медико-психологический опросник для оценки методов наблюдения, беседы, а также психологического статуса (по З.Р. Ибодуллаеву, патент № 001031).

На основании медико-психологического анкетирования испытуемых получена информация о когнитивных процессах, поведении, эмоциональном состоянии и психологических характеристиках, отношении к окружающим, трудовой активности, удовлетворении потребностей, отношении к жизни и образу жизни.

Методы, использованные в исследовании, проанализированы в зависимости от нарушений правого и левого полушарий головного мозга и периодов заболевания с использованием r-коэффициента корреляции

К.Пирсона из математико-статистических методов для подтверждения достоверности эмпирических результатов (табл. 2).

**Таблица 2**

**Особенности взаимодействия показателей психологических характеристик у пациентов, перенесших инсульт в правом полушарии головного мозга (по коэффициенту линейной корреляции К. Пирсона) (n=40)**

| №               | Показатели                      | Тревожный         | Апатичность       | Неврастения       | Обсессивно фобия  | Сензитивный       | Эгоцентричный     | Эйфоричный        | Анозогнозичный    | Эргопатичный | Паранойяльный     |
|-----------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|-------------------|
| Качества жизни  | Интенсивность боли              | -<br><b>0,33*</b> | -0,08             | -<br>0,20<br>4    | -0,02             | -<br><b>0,34*</b> | -0,06             | -<br><b>0,43*</b> | -<br><b>0,42*</b> | -0,15        | -0,05             |
|                 | Общее состояние здоровья        | 0,08              | -0,19             | -<br>0,07<br>1    | -<br>0,00<br>1    | -0,08             | -<br><b>0,32*</b> | -0,08             | -0,07             | -0,21        | 0,05              |
|                 | Жизнедеятельность               | -0,06             | -<br><b>0,37*</b> | -0,19             | -0,07             | -0,09             | -<br><b>0,34*</b> | 0,13              | 0,04              | 0,03         | 0,08              |
|                 | Социальная мобильность          | -0,27             | -0,16             | -0,21             | 0,09              | -<br><b>0,38*</b> | -<br><b>0,31*</b> | -0,04             | -0,14             | -0,2         | -0,15             |
|                 | Психологическое здоровье        | -0,25             | 0,02              | 0,00<br>6         | -0,21             | -0,11             | -<br><b>0,43*</b> | 0,02              | -0,15             | -0,15        | -<br><b>0,45*</b> |
| Р/Т,<br>Л/Т     | Реактивная тревога              | 0,15              | -<br><b>0,44*</b> | 0,16              | 0,11              | -0,05             | 0,00<br>5         | 0,02              | 0,14              | 0,12         | 0,1               |
|                 | Личная тревога                  | -0,01             | 0,00<br>008       | 0,17              | <b>0,30*</b>      | -0,07             | -0,19             | -<br><b>0,32*</b> | -0,21             | 0,08         | 0,18              |
| САН             | Настроение                      | -<br><b>0,32*</b> | -0,11             | -0,12             | -<br><b>0,33*</b> | 0,04              | 0,12              | 0,24              | <b>0,45*</b>      | -0,01        | 0,15              |
| Шкала депрессия | Когнитивно-аффективная субшкала | -0,3              | 0,16              | -<br><b>0,31*</b> | 0,1               | 0,12              | 0,23              | -0,09             | -0,13             | 0,25         | 0,26              |
|                 | Соматизация субшкала            | -0,03             | 0,21              | -0,08             | 0,16              | 0,23              | 0,21              | -0,17             | -0,02             | <b>0,30*</b> | 0,16              |

Прим: \*\* $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

После проверки характеристик взаимодействий личностного опросника в соответствии с методологией, использованной в исследовании, были получены результаты, приведенные в табл. 2. Отрицательная корреляция выявлена между интенсивностью, тревожностью и уровнем настроения ( $r=-0,33$ ,  $p \leq 0,05$ ;  $r=-0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ). Когда тревога возникает по мере увеличения осложнений заболевания у пациентов с ЛП и возрастают их усилия по восстановлению собственного здоровья, возникает противоположная ситуация, согласно классификации инсульта ПП, у них выявлено безразличное отношение к своему.

Недостоверная корреляция наблюдается между опросником типа апатии и показателями жизнедеятельности и уровня реактивной тревожности ( $r=-0,37$ ;

$p \leq 0,05$ ;  $r = -0,44$ ;  $p \leq 0,05$ ). Состояние воспринимается как естественное для пациентов, перенесших ПП инсульт, так как у этого типа пациентов преобладает чувство апатии. Индекс социальной мобильности с сенситивным типом ( $r = -0,38$ ;  $p \leq 0,05$ ) и эгоцентризма с общим самочувствием ( $r = -0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ), жизненной активностью ( $r = -0,34$ ;  $p \leq 0,05$ ), социальной мобильностью ( $r = -0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ) показали обратную связь со шкалой психологического здоровья ( $r = -0,43$ ;  $p \leq 0,05$ ). Контроль эмоций у пациентов исключал окружающие события из их обязанностей и приводил к тому, что, при обвинении только своих близких, усиливалось влечение переключать обвинение на других, а не себя, что приводило к снижению показателей других характеристик.

Определены обратная связь с интенсивностью, эйфорический тип анозогнозии ( $r = -0,43$ ;  $p \leq 0,01$ ,  $r = -0,42$ ;  $p \leq 0,01$ ), обсессивно-фобический тип и уровень настроения ( $r = 0,30$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,33$ ;  $p \leq 0,05$ ). Выявлено, что тип анозогнозии положительно коррелировал с уровнем настроения, а субшкальная соматизация положительно коррелировала с эргопатическим типом ( $r = 0,45$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $r = 0,30$ ;  $p \leq 0,05$ ). Даже при тяжелом течении заболевания у больных с инсультом ПП сильно выражено состояние отторжения, а приподнятое состояние также является следствием необъективной оценки текущей ситуации. Связь типа паранойи, психологическое здоровье и типа неврастения с когнитивно-аффективной субшкалой, типа эйфории с уровнем личностной тревожности незначительна ( $r = -0,45$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,32$ ;  $r \leq 0,05$ ). У больных когнитивных расстройств усиливаются негативные эмоции, чувство инвариантности, отказ от лечебных мероприятий, что приводит к снижению психологического состояния и нервного напряжения. Для правого полушария также характерна эйфорическая тревожность. Это состояние чаще всего наблюдается у пациентов с инсультом ПП (см. табл. 2).

В частности, получены следующие результаты исследования больных, перенесших инсульт с нарушениями ЛП.

Достоверной связи между физической подвижностью, психологическим здоровьем, субшкалой соматизации и типом апатии у больных с ЛП после инсульта не выявлено ( $r = -0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,34$ ,  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ). Отмечена значительная корреляция с когнитивно-аффективной субшкалой ( $r = 0,29$ ;  $p \leq 0,05$ ). В связи с тем, что у больных с ЛП инсультными нарушениями мотивация к восстановлению здоровья сильнее, чем у больных с ПП, у них редко наблюдаются апатические состояния при наличии у них выраженных соматических нарушений. Физическая подвижность, общие показатели здоровья по типу неврастения ( $r = 0,36$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = 0,39$ ;  $p \leq 0,01$ ), эйфория психологического здоровья ( $r = 0,35$ ;  $p \leq 0,05$ ) свидетельствовали о положительной корреляции между самооценкой и анозогнозными типами ( $r = 0,34$ ;  $p \leq 0,05$ ). У больных, перенесших инсульт, боль, связанная со здоровьем, инвалидность вызывает гнев, нервозность, проблемы с врачами. У больных с левополушарными инсультными нарушениями могут наблюдаться анозогнозия, эйфорическое отношение к болезни из-за возникновения нарушений в правом

полушарии головного мозга в результате повторного инсульта. Все эти ситуации оказывают большое влияние на эмоциональное состояние больного. (табл. 3).

Таблица 3

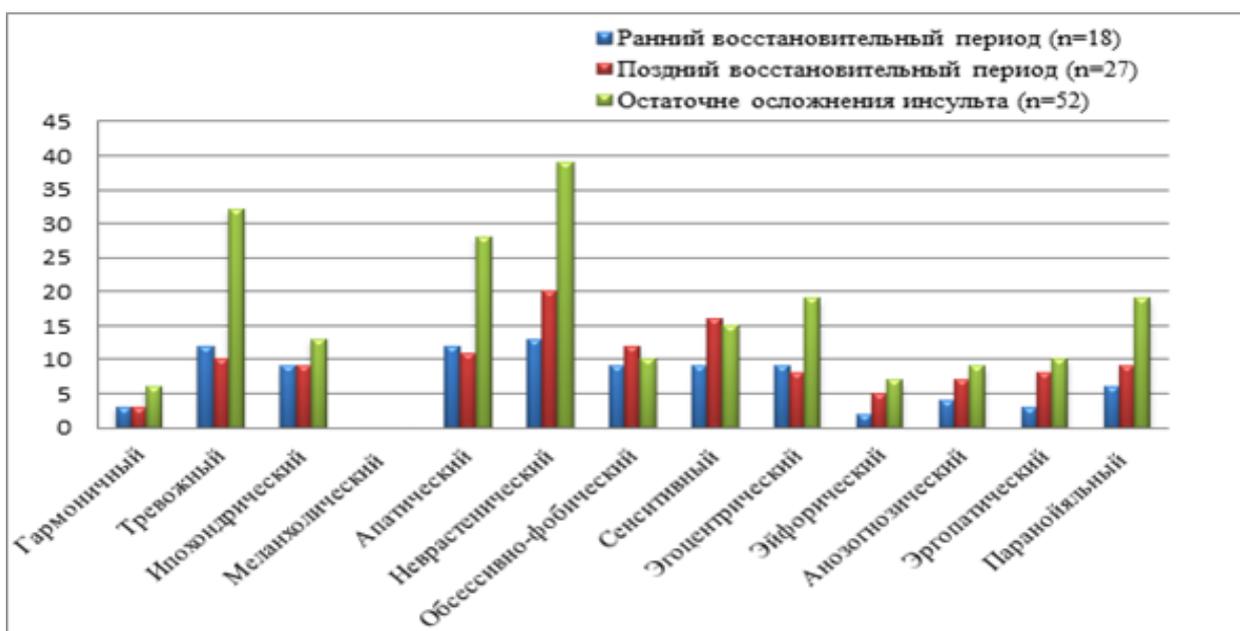
**Психологическое состояние больных, перенесших инсульт левого полушария головного мозга, и их отношение к заболеванию (по коэффициенту линейной корреляции К. Пирсона), (n=48)**

| №                     | Показатели                      | Гармония      | Тревожный     | Ипохондрия     | Апатия        | Неврастения   | Эгоцентризм   | Эйфория      | Анозогнозия  |
|-----------------------|---------------------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| Качества жизни        | Физическая активность           | 0,13          | 0,23          | -0,02          | <b>-0,32*</b> | 0,11          | 0,06          | -0,01        | 0,09         |
|                       | Физическая ролевая активность   | 0,15          | 0,18          | 0,09           | -0,02         | <b>0,36*</b>  | 0,06          | 0,02         | 0,14         |
|                       | Общее состояние здоровья        | 0,01          | -0,06         | 0,13           | 0,17          | <b>0,39**</b> | 0,15          | -0,1         | -0,1         |
|                       | Психологическое здоровье        | 0,17          | 0,26          | -0,17          | <b>-0,34*</b> | 0,24          | 0,14          | <b>0,35*</b> | 0,17         |
| РТ                    | Реактивная тревога              | <b>-0,29*</b> | -0,12         | -0,03          | 0,02          | 0,04          | 0,18          | -0,21        | -0,22        |
| САН                   | Самоощущение                    | -0,01         | <b>-0,36*</b> | <b>-0,44**</b> | -0,05         | -0,18         | <b>-0,28*</b> | 0,12         | <b>0,34*</b> |
|                       | Активность                      | 0,05          | <b>-0,30*</b> | <b>-0,30*</b>  | -0,07         | -0,06         | -0,03         | -0,008       | 0,23         |
|                       | Настроение                      | 0,19          | -0,21         | -0,05          | 0,004         | -0,04         | -0,19         | 0,03         | 0,24         |
| Определение депрессии | Когнитивно-аффективная субшкала | 0,002         | -0,19         | 0,18           | <b>0,29*</b>  | -0,22         | 0,09          | -0,19        | -0,006       |
|                       | Субшкала соматизации            | 0,13          | 0,23          | -0,02          | <b>-0,32*</b> | 0,11          | 0,06          | -0,01        | 0,09         |

Прим: \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ .

Отмечены тип гармонии с реактивной тревожностью ( $r = -0,29$ ;  $p \leq 0,05$ ), самоощущение, уровень активности, тревожность, типы ипохондрии ( $r = -0,36$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,44$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,30$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,30$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также отрицательная корреляция между типами эгоцентризма ( $r = -0,28$ ;  $p \leq 0,05$ ). В результате того, что ситуативные опасения преобладают над личными у больного с ЛП расстройствами, сложно анализировать болезнь в гармоничной взаимосвязи. В свою очередь, это усиливает сомнения в лечении и здоровье. Тревога, сила ипохондрии у них вызывает снижение уровня активности самоощущения. Попытки пациента доказать высокую степень «Я» приводят к ухудшению самочувствия (см. табл. 3).

При психодиагностике эмоциональных состояний пациентов, перенесших инсульт, наблюдаются различные показатели разницы в эмоциональных состояниях пациентов, у которых было диагностировано одно и то же заболевание. Это означает, что проявление эмоционального состояния пациента напрямую зависит от типа его отношения к заболеванию. Отношение к заболеванию в разные периоды времени объяснялось эмоциональным состоянием пациентов. Эти различия у пациентов были определены с помощью «личностного опросника Института Бехтерева», направленного на изучение типа реакции на заболевание, а результаты следующего опроса были представлены в виде диаграммы (рис. 1).



**Рис. 1. Проявление типов личности у больных (n=97)**

В процессе определения типа отношений пациентов, перенесших инсульт, проявилось диффузное возникновение типов отношений. Среди этих типов наиболее выраженными были неврастения (72), тревожные расстройства (54), апатические (51), сенситивные (40), эгоцентрические (36), обсессивно-фобические и ипохондрические (31), параноидальные (25), эргопатические (21), анозогнозические (20), эйфорические (14), гармонический (12). Из этого следует, что у пациентов, перенесших ишемический инсульт, были выявлены типы высоких уровней, неврастения и тревожные расстройства, эгоцентризм, сензитивность. У пациентов были случаи раздражительности, боли, неприятных ощущений, неэффективности лечебных мероприятий, нетерпения оправиться от болезни.

Экспериментальная работа также проводилась со здоровыми людьми, у которых не было инсульта. С помощью метода наблюдения у них, в основном, фиксировалась терпеливость, открытость, прогресс в профессиональной деятельности, высокая самооценка, приподнятое настроение, активность в физическом состоянии, устойчивость в эмоциональном состоянии.

Следующие методики – опросник для определения уровня «ситуативно-личностной тревожности» Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина, опросник «САН» «Определение депрессии» В.А.Доскина, Н.А.Лаврентьева, В.Б.Шарая, М.П.Мирошникова, А.Бека, а также тест-опросник у здоровых людей.

В то же время в процессе наблюдения и опроса лиц, у которых не диагностирован инсульт, было установлено, что у них практически отсутствуют проблемы с психической неустойчивостью, тревожностью, самооценкой, активностью, настроением, аффективной и соматической депрессией. Поскольку некоторые из наших испытуемых находились в преклонном возрасте, наблюдаемые у них эмоциональные расстройства считались геронтопсихологическими признаками. Получены результаты исследования по указанным выше методам, здоровых лиц и и больных в периоды их заболевания. По критерию Стьюдента проанализирована статистическая разница между ними.

**Таблица 4**

**Статистическая разница в результатах испытуемых здоровых лиц и больных (n=40)**

| Показатели              |                        | M <sub>1</sub> (здор) | M <sub>2</sub> (больн) | t – показатель статистической разницы |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Спилбергер-Ханин</b> | Реактивная тревожность | 40,35                 | 47,34                  | -6,29***                              |
|                         | Личностная тревожность | 42,2                  | 45,17                  | -3,06***                              |
| <b>САН</b>              | Самочувствие           | 4,18                  | 3,20                   | 7,03***                               |
|                         | Активность             | 4,07                  | 2,84                   | 12,001***                             |
|                         | Настроение             | 4,33                  | 3,44                   | 7,74***                               |
| <b>А.Бек</b>            | Когнитивно-аффективный | 9,87                  | 16,10                  | -10,48***                             |
|                         | Соматизация            | 11,9                  | 12,38                  | -0,74                                 |

Прим: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$

Соответственно имелась статистически значимая разница между реактивной и личностной тревожностью у здоровых лиц и больных ( $t=-6,29$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $t=-3,06$ ,  $p \leq 0,01$ ). При сравнении ответов здоровых лиц и больных испытуемых методика «САН» (самосознание, активность, настроение) показала статистически значимую разницу ( $t=7,03$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $t= 12,001$ ,  $p \leq 0,01$ ;  $t=7,74$ ,  $p \leq 0,01$ ). Выявлено статистически значимое различие результатов здоровых лиц и больных по когнитивно-аффективной субшкале опросника депрессии А.Бека ( $t=-10,48$ ;  $p \leq 0,01$ ), а по результатам субшкалы соматизации статистическая корреляция не имела места (см. Табл. 4).

У здоровых лиц выявлены достоверно более низкие уровни тревожности, стресса и самооценки, настроения и депрессии в трудных жизненных ситуациях, чем у больных пациентов. Таким образом, внезапное возникновение инсульта приводит к трудным жизненным ситуациям и невозможности найти выход из них, превращая больного в беспомощного, нуждающегося в помощи

окружающих. В результате у больных происходят нарушения в эмоциональном состоянии, а утрата социальной роли оказывает на них большое негативное воздействие.

Статистическая разница была обнаружена в результатах опроса пациентов на разных уровнях опросника оценки качества жизни SF-36 (табл. 5).

**Таблица 5**

**Статистическая разница в результатах опроса пациентов с разным уровнем качества жизни (SF-36) n=28**

| №  | Показатели   | разница между характеристиками больных 1-2-го периода | разница между характеристиками 1-3-го периода | разница между характеристиками 2-3-го периода |
|----|--|---|---|---|
| 1. | Физическое функционирование                                      | -1,69*  | -4,36***                                      | -2,15**                                       |
| 2. | Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием    | -0,94   | -2,64**                                       | -1,63   |
| 3. | Интенсивность боли   | -2,54**   | -7,46***                                      | -5,73***                                      |
| 4. | Общее состояние здоровья   | -3,04***  | -3,56***                                      | -0,003  |
| 5. | Жизненная активность   | -1,82*  | -0,9  | 1,20  |
| 6. | Социальное функционирование                                      | 0,5   | -3,17***                                      | -4,15***                                      |
| 7. | Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием | -0,65   | -2,58**                                       | -1,83*  |
| 8. | Психическое здоровье   | -1,57   | -4,82***                                      | -2,95***                                      |

Прим: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

Выявлена значительная разница между характеристиками двигательной активности у испытуемых во все периоды ( $t=-1,69$ ;  $p \leq 0,10$ ;  $t=4,36$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $t=-2,15$ ;  $p \leq 0,05$ ). Установлено, что имеется достоверная разница по характеристике больных 1–3-го периодов по показателю ролевой подвижности, обусловленной физическим состоянием ( $t=2,64$ ;  $p \leq 0,01$ ). Интенсивность боли во все периоды ( $t=-2,54$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $t=-7,46$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $t=-5,73$ ;  $r=0,01$ ), общее самочувствие в периоды 1–2, в 1–3-й периоды ( $t=-3,04$ ). ;  $p \leq 0,01$ ;  $t=-3,56$ ;  $p \leq 0,01$ ), жизнедеятельность в периоды 1-2 ( $t=1,82$ ;  $p \leq 0,10$ ), социальная мобильность, ролевая активность, обусловленная эмоциональным состоянием, показатели психологического здоровья в периоды 1–3, 2–3 ( $t=-3,17$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $t=-4,15$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $t=-2,58$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $t=-$

1,83;  $p \leq 0,10$ ;  $t = -4,82$ ;  $p \leq 0,01$ ,  $t = 2,95$ ;  $p \leq 0,01$ ) свидетельствуют о статистической разнице между характеристиками пациентов (см. табл. 5).

По данным опросника «Изучение уровня реактивной и личностной тревожности» разница между характеристиками больных реактивной тревожностью в периоды 1–2 и 1–3 статистически значимая ( $t = 2,42$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $t = 3,34$ ;  $p \leq 0,01$ ). По уровню личностной тревожности отмечено, что она незначительна (табл. 6).

**Таблица 6**

**Статистическая разница результатов пациентов разных периодов по данным опросника изучения уровня реактивной и личностной тревожности (n=97)**

| № | Кўрсаткичлар           | разница между характеристиками больных 1-2-го периода | разница между характеристиками 1-3-го периода | разница между характеристиками 2-3-го периода |
|---|------------------------|---|---|---|
| 1 | Реактивная тревожность | 2,42**  | 3,34***                                       | 0,86  |
| 2 | Личностная тревожность | -0,38   | 0,09  | 0,57  |

Прим: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$

По результатам «САН» шкала самооценки во все периоды ( $t = -2,60$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $t = -6,14$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $t = -2,38$   $p \leq 0,01$ ), по шкале активности 1–3-го периодов, 2–3-го периодов ( $t = -2,46$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $t = -2,27$ ;  $p \leq 0,05$ ), по шкале настроения 1–3-го периодов ( $t = 2,27$ ;  $p \leq 0,05$ ) статистически значима разница в характеристиках пациентов (табл. 7).

**Таблица 7**

**Статистические различия в результатах пациентов разных уровней, согласно опросу «САН» (n=97)**

| № | Кўрсаткичлар | разница между характеристикам и больных 1-2-го периода | разница между характеристикам и 1-3-го периода | разница между характеристиками 2-3-го периода |
|---|--------------|--|--|---|
| 1 | Самочувствие | -2,60**  | -6,14***                                       | -2,83***                                      |
| 2 | Активность   | -0,92  | -2,46**  | -2,27**                                       |
| 3 | Настроение   | -1,13  | -2,27**  | -1,44   |

Прим: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .

В третьей главе диссертации под названием «Возможности психологического воздействия на эмоциональную сферу пациентов, перенесших инсульт», рассматриваются особенности эмоциональной сферы пациентов экспериментальной группы, программные основы проведения психокоррекционной работы с пациентами, перенесшими инсульт, эффективность оказания психокоррекционной помощи пациентам, что определяется в практическом плане. Теоретическая основа программы включает в себя такие подходы, как психоанализ, гештальт-терапия,

гуманистическая психология, когнитивная терапия, рационально-эмоциональная терапия, нейролингвистическое программирование (НЛД), арт-терапия, музыкотерапия, библиотерапия, песочная терапия из направлений современной психологии, а аутогенные, релаксационные сеансы служат моделью психокоррекционного влияния на психологические особенности эмоциональных состояний и на эмоционально-чувственную сферу пациентов.

В исследовании была использована коррекционная программа под названием «Янги ҳаёт сари...» (« На встречу новой жизни...»), составленная диссертантом с использованием набора сеансов из специальной психокоррекционной программы, направленной на стабилизацию эмоционального состояния пациентов с инсультом. Данная программа состоит из 8 сессий, направленных на изменение отношения к болезни, её восприятия с учетом того, что целью, предусмотренной в программе, является именно психологическое воздействие на эмоциональную сферу пациентов. Ее применение во время занятий предусматривает направленность на изменение качества жизни испытуемых, в частности ролевой эмоциональной активности, психологического здоровья, самооценки самочувствия, перепадов настроения, снижения уровня депрессии, контроля эмоций (рис. 2).



**Рис. 2. Модель психокоррекционного воздействия на эмоционально-чувственную сферу**

В конце занятия в экспериментальной группе повторно проводились контрольные эксперименты с использованием методики «Оценка качества жизни» E.John, D.Cathy SF-36, «Методики определения степени ситуационной и личностной тревожности» Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина, «САН» (самочувствие, активность, настроение) В.А.Доскина, Н.А.Лаврентьевой, В.Б.Шаря, М.П.Мирошникова, ЛОБИ (Личностный Опросник Бехтеревского института), тестовых опросов А.Бека «Выявление депрессии». Это позволило уточнить степень эффективности коррекционной программы, т.е. показатель надежности модели психокоррекционного воздействия на чувственно-эмоциональную сферу пациентов, перенесших инсульт.

Статистическая разница между пациентами, перенесшими инсульт, в

результате коррекционной тренировки по расстройствам ПП и ЛП, была проанализирована в соответствии с критерием Стьюдента.

Выявлены различия между реактивной тревожностью по статистическим различиям между результатами пациентов с пораженными правым и левым полушариями головного мозга после коррекции ( $t=2,25$ ;  $p\leq 0,05$ ), а также расхождение в уровнях самооощущения испытуемых ( $t=1,81$ ;  $p\leq 0,10$ ) (табл. 8). В отличие от пациентов с пораженным преимущественно правым полушарием головного мозга пациенты с пораженным левым полушарием мозга испытывают сильную тревогу по поводу ситуации, на них очень сильно влияет их состояние с того дня, как они узнают, что у них инсульт.

**Таблица 8**

**Статистическая разница между результатами пациентов с повреждением правого и левого полушарий головного мозга после коррекции (n=22)**

| № | Методика                         | Показатели         | M <sub>1</sub> (правое) | M <sub>2</sub> (левое) | t – показатель статистической разницы |
|---|----------------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| 1 | Опросник Спилбергера, Ю.Л.Ханина | Реактивная тревога | 43,72                   | 40,4                   | 2,25**                                |
|   |                                  | Личностная тревога | 41,18                   | 40,1                   | 0,89                                  |
| 2 | САН                              | Самочувствие       | 4,41                    | 4,01                   | 1,81*                                 |
|   |                                  | Активность         | 3,2                     | 3,09                   | 0,44                                  |
|   |                                  | Настроение         | 4,41                    | 4,53                   | -0,59                                 |

Прим: \* –  $p\leq 0,10$ ; \*\* –  $p\leq 0,05$ .

При сравнении пациентов, перенесших инсульт ПП и ЛП, наблюдались различия на уровне самооощущения по психологическим характеристикам их эмоционального состояния.

Одним из таких положительных результатов является повышение показателей качества жизни испытуемых после эксперимента. То есть в опроснике был дифференцирован критерий неизбежности показателя психологического здоровья в период (период 1) раннего выздоровления ( $t=4,01$ ;  $p\leq 0,05$ ), а наличие статистически значимой разницы по другим показателям не выявлено.

Выявлена статистическая разница между характеристиками больных в позднем периоде выздоровления (период 2) и в контрольном эксперименте: физическая активность ( $t=-2,28$ ;  $p\leq 0,05$ ), ролевая активность, обусловленная физическим состоянием ( $t=-2,39$ ;  $p\leq 0,05$ ), социальная активность ( $t=-2,47$ ;  $p\leq 0,05$ ), ролевая деятельность, обусловленная эмоциональным состоянием ( $t=-2,88$ ;  $p\leq 0,05$ ), в показателях психического здоровья ( $t=-3,30$ ;  $p\leq 0,01$ ), физическая активность и контрольный эксперимент анкеты в период (3 период) остаточных осложнений инсульта ( $t=-3,19$ ;  $p\leq 0,01$ ), ролевая активность, обусловленная физическим состоянием ( $t=-2,09$ ;  $p\leq 0,10$ ), общее состояние здоровья ( $t=-1,9$ ;  $p\leq 0,10$ ), жизненная активность ( $t=-2,6$ ;  $p\leq 0,05$ ), социальная активность ( $t=-2,97$   $p\leq 0,05$ ), ролевая деятельность, обусловленная

эмоциональным состоянием ( $t=-3,54$ ;  $p\leq 0,01$ ), показатели психического здоровья ( $t=-3,31$ ;  $p\leq 0,01$ ). (см. таблицу 9).

Таблица 9

**Статистическая разница между результатами определяющего и контрольного эксперимента по опроснику оценки качества жизни SF-36 (по t-критерию Стьюдента) (n=28)**

| №  | Показатель   | M <sub>1</sub> (до.коррек) |          |          | M <sub>2</sub> (послекоррек.) |          |          | t – статист. разница |          |          |
|----|--|----------------------------|----------|----------|-------------------------------|----------|----------|----------------------|----------|----------|
|    |  | 1-период                   | 2-период | 3-период | 1-период                      | 2-период | 3-период | 1-период             | 2-период | 3-период |
| 1. | Физическое функционирование                                      | 33                         | 38,1     | 40,4     | 34                            | 41,3     | 49,5     | -1                   | -2,28*   | -3,19**  |
| 2. | Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием    | 35                         | 40,9     | 39,5     | 36                            | 42,7     | 46,6     | -1                   | -2,39*   | -2,09*   |
| 3. | Интенсивность боли   | 26,4                       | 39       | 50,8     | 28                            | 41,8     | 52,      | -1                   | -1,5     | -1,48    |
| 4. | Общее состояние здоровья   | 34                         | 47,7     | 50,5     | 35                            | 50,9     | 53       | -1                   | -1,16    | -1,91*   |
| 5. | Жизненная активность   | 32                         | 43,1     | 43,3     | 36                            | 45,4     | 46,6     | -1,37                | -1,24    | -2,6**   |
| 6. | Социальное функционирование                                      | 37,5                       | 39,7     | 55       | 40,5                          | 52,2     | 64,5     | -1                   | -2,47*   | -2,97**  |
| 7. | Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием | 46,6                       | 39,2     | 41,6     | 53,2                          | 54,4     | 63,8     | -1                   | -2,88*   | -3,54**  |
| 8. | Психическое здоровье   | 36,8                       | 42,2     | 50       | 52,8                          | 54,4     | 58,1     | -4**                 | 3,30**   | -3,31**  |

Прим: \*  $p\leq 0,10$ ; \*\*  $p\leq 0,05$ ; \*\*\*  $p\leq 0,01$ .

В экспериментальной группе участвовали пациенты с разными периодами заболевания, что позволяет представить четкую картину их физического и психологического состояния. Дело в том, что именно в каждый конкретный в этот период на физическом состоянии пациентов отражаются осложнения заболевания, и почти у большинства пациентов наблюдаются состояния правостороннего и левостороннего паралича, инвалидности. Однако эффективность коррекционной программы определялась в периоды позднего выздоровления и остаточных осложнений инсульта. Как видно из анализа, реализация коррекционной программы позволяет добиваться существенных результатов. Снижение уровня тревожности у испытуемых после эксперимента является одним из таких положительных результатов.

Согласно полученным данным, у пациентов в раннем восстановительном периоде наблюдалось статистическое расхождение между показателями  $M_1$  и  $M_2$  реактивной и личностной тревожности ( $t=3,62$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $t=2,99$ ;  $p \leq 0,01$ ). В характеристиках пациентов в позднем восстановительном периоде наблюдалось статистическое расхождение между показателями реактивной тревожности  $M_1$  и  $M_2$  ( $t=7,11$ ;  $p \leq 0,01$ ), в характеристиках пациентов в период остаточных осложнений инсульта реактивной и личностной тревожности  $M_1$  и  $M_2$  ( $t=3,98$ ;  $p \leq 0,01$ ;  $t=2,67$ ;  $p \leq 0,01$ ). В соответствии с этим показатели ситуационной тревожности и личностной тревожности показали сдвиг в положительную сторону, т.е. снижение тревожности (табл. 10).

**Таблица 10**

**Статистическое расхождение между результатами определяющего и контрольного экспериментов по выявлению степени ситуационной и личностной тревожности (по  $t$  - критерию Стьюдента), ( $n=28$ )**

| №   | Показатели             | Результаты              | Период раннего выздоровления | Период позднего восстановления | Остаточные осложнения инсульта |
|---|------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1.  | Реактивная тревожность | $M_1$ (до коррекции)    | 49,6                         | 48,90                          | 48,42                          |
|   |                        | $M_2$ (после коррекции) | 42,4                         | 43,09                          | 41,83                          |
| <b><math>t</math> – показатель статистической разницы</b> |                        |                         | <b>3,62***</b>               | <b>7,11***</b>                 | <b>3,98***</b>                 |
| 2.  | Личностная тревожность | $M_1$ (до коррекции)    | 43,8                         | 43,63                          | 44,33                          |
|   |                        | $M_2$ (после коррекции) | 40,6                         | 41,45                          | 39,83                          |
| <b><math>t</math> – показатель статистической разницы</b> |                        |                         | <b>2,99**</b>                | <b>1,52</b>                    | <b>2,67*</b>                   |

**Приме.: \*  $p \leq 0,10$ ; \*\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*\*  $p \leq 0,01$ .**

Исходя из вышеуказанного, проведенное эмпирическое исследование с использованием подборки различных психокоррекционных сеансов программы позволило подтвердить эффективность психокоррекционной программы «Навстречу новой жизни...» на должном уровне.

Таким образом, по результатам проведенного эмпирического исследования предопределена целесообразность структуры программы, основанной на модели воздействия на эмоционально-эмоциональную сферу пациентов с ишемическим инсультом. Согласно модели доказана эффективность разработанной диссертантом программы воздействия на эмоциональную сферу пациентов с инсультом, и целесообразность ее внедрения в практику.

## **ВЫВОДЫ**

По результатам исследовательской работы на тему «Психологические особенности эмоциональных состояний пациентов, перенесших инсульт» были сделаны следующие общие выводы:

1. Накопленная в науке информация о функциональной асимметрии полушарий головного мозга является важной методологической основой при анализе психических расстройств, возникающих вследствие инсульта, при понимании природы эмоциональных дефектов, в то время как при

реабилитации нарушений в эмоциональной сфере пациентов с этим заболеванием имеются достаточные основания для прогнозирования результативности клинических подходов, учитывающих законы асимметрии в данной области.

2. Вследствие избирательного отношения к болезни пациентов, перенесших инсульт правого и левого полушарий головного мозга, отмечаются дифференциальные различия в индивидуально-типологических характеристиках личности в связи с усилением ее реакции на заболевание под влиянием неврастения, тревоги, апатии, циничности, эгоцентрических качеств нестабильного психоэмоционального состояния.

3. Основываясь на восприятии индивидом «самоощущения», «активности» через призму реактивной тревожности в результате влияния показателей качества жизни на психическое здоровье у пациентов в разные периоды лечения, наблюдалась дифференциация эмоциональных состояний, а также доказано, что у пациентов, в зависимости от периодов заболевания отмечается изменения в настроении, что влияло и на восстановление их здоровья.

4. При устранении негативных эмоциональных изменений, вызванных болезнью, внедрена психокоррекционная модель воздействия на эмоционально-чувственную сферу пациента.

5. В результате исследования установлено, что среди использованных методов диагностики статистическим способом доказано существование логического единства, гармонии в содержании.

6. Использование психокоррекционной программы, разработанной диссертантом на основе модели влияния на эмоциональную сферу пациентов, перенесших инсульт, позволило получить высокие результаты на уровне достоверности на базе повторного проведения диагностических методик.

Опираясь на опыт данного исследования, диссертант предлагает следующие рекомендации в качестве профилактики и реабилитации негативных эмоций при инсульте:

1. Рекомендовать в любом состоянии уметь сохранять эмоциональную стабильность, душевное равновесие; принимать осложнения болезни, не впадая в депрессию, и искать решения вместе с профессионалами.

2. Формировать способность постоянно создавать позитивное настроение у пациентов; развивать навык принимать болезнь и бороться с ней; приобретать и правильно использовать когнитивные знания, относящиеся к болезни; принимать помощь окружающих, не поддаваясь негативным эмоциям и пытаясь повторно адаптироваться к социальной среде; вести здоровый образ жизни и активно участвовать в реабилитационных мероприятиях.

3. Работа с членами семей пациентов, перенесших инсульт (в нашем диссертационном исследовании охвачены пациенты только с ишемическим инсультом) научное изучение психологии и социально-психологических особенностей лечащих их медицинских работников, проблем когнитивной сферы повышают эффективность процесса выздоровления.

4. Организация психологической службы в различных формах и раннее начало психокоррекционной работы с пациентами, перенесшими инсульт, в период лечения могут способствовать спаду психоэмоциональных расстройств у них и повышению качества жизни пациентов.

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARDING SCIENTIFIC DEGREES  
PHD.03/30.12.2021.P.26.02 AT TASHKENT STATE PEDAGOGICAL  
UNIVERSITY NAMED AFTER NIZAMI**

---

**TASHKENT STATE PEDAGOGICAL UNIVERSITY**

**JUMANIYAZOVA ILMIRA KAMILJANOVNA**

**PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EMOTIONAL STATES OF  
STROKE PATIENTS**

**19.00.04 – Medical and special psychology  
(psychological sciences)**

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF THE DOCTOR OF  
PHILOSOPHY (PHD) IN PSYCHOLOGICAL SCIENCES**

**Tashkent - 2022**

**The theme of the dissertation for a Doctor of philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under No. B2021.3.PhD/P187.**

The dissertation has been accomplished at Tashkent State Pedagogical University

The dissertation abstract in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been placed on the website of the Scientific Council (psi-ik@.uz) and «Ziyonet» Information-educational portal ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Scientific supervisor:** **Nishanova Zamira Taskaraevna**  
doctor of psychological sciences, professor

**Official opponents:** **Hayitov Oybek Eshboevich**  
doctor of psychological sciences, professor

**Ibodullayev Zarifboy Radjabovich**  
doctor of medical sciences, professor

**Leading organization:** **Tashkent state institute of oriental studies**

The dissertation defense will take place on « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022\_\_ at \_\_\_\_\_ at the meeting of the Scientific Council awarding Scientific degrees PhD.03/30.12.2021.P.26.02 at Tashkent State Pedagogical University. (Address: 100185, Tashkent, Chilonzor district, Bunyodkor street, 27. Phone.: (+99871) 276-82-32; fax: (+99871) 276-76-51; e-mail: [tdpu\\_kengash@edu.uz](mailto:tdpu_kengash@edu.uz)).

The dissertation is available at the Information-resource centre of Tashkent State Pedagogical University (registration No. \_\_\_\_\_). (Address: 100185, Tashkent, Chilonzor district, Bunyodkor street, 27. Phone.: (+99871) 276-82-32).

Dissertation abstract is distributed on « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022\_\_.  
(Mailing protocol-register No. \_\_\_\_\_ of « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022\_\_.)

**F.A. Akramova**  
Chairperson of the Scientific Council  
awarding scientific degrees,  
Doctor of science in psychology, docent

**N.B. Atabayeva**  
Scientific Secretary of the Scientific  
Council awarding scientific degrees,  
Doctor of philosophy in psychological  
sciences (PhD), docent

**N.G. Kamilova**  
Chairperson of the Scientific Seminar  
under Scientific Council  
awarding scientific degrees,  
Doctor of science in psychology, prof.

## INTRODUCTION (Annotation to PhD thesis)

**Research objective** is to develop recommendations aimed at improving the quality of medical and psychological services that support the rehabilitation process by studying the emotional states of stroke patients.

**Research subject** the emotional states of patients who had an ischemic stroke were chosen. A total of 97 patients who were registered and treated at the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy, the multidisciplinary medical center of the Khorezm region, and the clinic of the Urganch branch of the Tashkent Medical Academy, 40 healthy individuals who were not diagnosed with ischemic stroke, a total of 137 respondents were involved in the study.

### **Scientific novelty of the research is as follows:**

It has been proved the priority of individual characteristics in the manifestation of role activity, due to mental health and emotional states, due to an increased level of depression based on the intensive penetration of situational and personal anxiety into the patient's response to the disease as a result of the influence of quality of life indicators on the development, course and treatment of stroke in the right and left hemispheres of the brain;

it has been substantiated the manifestation of differential differences in the individual-typological characteristics of the personality due to the increase in neurasthenia, anxiety, apathetic, euphoric, sensitive, egocentric qualities under the influence of unstable psycho-emotional states, according to the diffuse attitude towards the disease of patients who have had a stroke of the right and left hemispheres of the brain;

established differentiation of mental states based on the perception of "well-being", "activity" of the individual through the prism of reactive anxiety as a result of the influence of quality of life indicators on the mental health of patients in different periods of treatment;

it has been argued the necessity of an existential-corrective approach to emotional situations in accordance with the importance of autogenic influence on the cognitive, creative, motivational-volitional, social spheres in stabilizing the mental health of patients diagnosed with ischemic stroke.

**Implementation of the research results.** Based on the results of a scientific study on the psychological characteristics of the emotional states of patients who have had an ischemic stroke:

data on the proven priority of individual characteristics in the manifestation of role activity due to mental health and emotional states due to an increased level of depression based on the intensive penetration of situational and personal anxiety into the patient's response to the disease as a result of the influence of quality of life indicators on the development, course and treatment of stroke in right and left hemispheres of the brain, included in the module "Psychodiagnostics" by the order of the Educational and Practical Center of Psychology at the Tashkent State Pedagogical University dated June 15, 2022 No. P-M-05-m (the reference numbered P-M-05-m of the Educational-practical Center of Psychology at Tashkent State Pedagogical University dated June 15, 2022). As a result of the implementation of the data

obtained, a significant enrichment of methodological information was achieved in the process of scientific and theoretical training of future practicing psychologists in providing psychological assistance to patients with stroke, aimed at a qualitative increase in the quality of life, emotional states, types of attitude to the disease;

scientific conclusions based on the manifestation of differential differences in individual typological personality traits due to the increase of neurasthenia, anxiety, apathetic, euphoric, sensitive, egocentric qualities under the influence of unstable psycho-emotional states, according to the diffuse attitude towards the disease of patients who have had a stroke of the right and left hemispheres of the brain, introduced into the system of the Ministry of Health (Ministry of Health of June 20, 2022 reference number 8-7-7/726). Implementation of the obtained data made it possible to take into account differential differences in the treatment of patients based on the identification of disorders, changes in the emotional sphere, such as anxiety, attitude towards the disease and mood;

scientific recommendations, proven regarding the differentiation of mental states, based on the perception of "well-being", "activity" of the individual through the prism of reactive anxiety as a result of the impact of quality of life indicators on the mental health of patients in different periods of treatment, were introduced into the system of the Ministry of Health (2022 of the Ministry of Health reference number 8-7-7/ 726 dated June 20). Psychodiagnostic analysis based on the implementation of this proposal made it possible to increase the effectiveness of medical and psychological assistance in the practice of medical psychology on the basis of taking into account by patients not only the disease itself, but also the differentiation of conditions corresponding to each period;

scientific conclusions about the need for an existential-correctional approach to emotional situations in accordance with the importance of autogenic influence on the cognitive, creative, motivational-volitional, social spheres in stabilizing the mental health of patients diagnosed with ischemic stroke are included in the module "Psychological hygiene" by order No. M-05-m (reference No. P-M-05-m of the Educational and Practical Center of Psychology at Tashkent State Pedagogical University of June 15, 2022). As a result, the possibilities of stabilizing the emotional state of stroke patients are increased on the basis of an existential-correctional approach to the cognitive, creative, motivational-volitional spheres.

**The outline of the thesis.** The dissertation consists of an introduction, three chapters, a conclusion, a list of used literature and appendices. The volume of the research work is 158 pag

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**1 бўлим (1 часть; 1 part)**

1. Жуманиязова И.К. Инсулт касалигига чалинган беморларга психологик ёрдам беришда арт-терапия усули // Психология. – Бухоро, 2019. – №4 – Б. 220-225. (19.00.00.№5).

2. Жуманиязова И.К. Инсултга чалинган беморларга психологик ёрдам кўрсатишнинг усуллари // Бердақ номидаги Қорақалпоқ давлат университетининг ахборотномаси. – Нукус, 2019. – №3 (44) – Б. 50-53. (19.00.00. № 9).

3. Жуманиязова И.К. Инсулт ўтказган беморларнинг касаллик муносабат типларининг психодиагностик натижалар таҳлили // ЎЗМУ хабарлари. –Тошкент, 2022. – № 1/5/1. – Б. 79-83. (19.00.00. №10).

4. Жуманиязова И.К. Арт-терапия в лечении постинсультной депрессии у пациентов // Вестник интегративной психологии. Ярославль, 2019. – № 19 – С. 146-150. (19.00.00. №2).

5. Жуманиязова И.К. Арт-терапия воздействию на эмоциональную сферу пациентов, перенесших инсульт // Вестник интегративной психологии. Ярославль, 2020. – № 21 – С. 126-129. (19.00.00. №2).

6. Жуманиязова И.К. Ёшларни сурункали касалликлардан химоя қилишда психологик ёрдамнинг арт-терапия усуллари // Фуқаролик жамиятини ривожлантириш жараёнида ёшлар ижтимоий фаоллигини ошириш омиллари Республика илмий-амалий анжумани материаллари.– Самарқанд: Сам.ДЧТИ: 2018. – Б. 97-100.

7. Жуманиязова И.К. Инсултга чалинган беморларга психологик ёрдам беришда арт-терапия усуллари // Заонавий психология фанинг амалий имкониятлари мавзусида хорижлик мутахассислар иштирокидаги илмий-амалий конференция материаллари. – Тошкент: ТДПУ, 2018. – Б. 228-231.

8. Жуманиязова И. К. Инсулт ўтказган беморларга психологик ёрдам кўрсатиш аҳамияти ва усуллари // Science, Research, development #32 Z 40 Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej Naukowo- Praktycznej (online) (30.08.2020) – Warszawa, 2020. ISBN: 978-83-66401-65-5 – Б. 71-75. [http://конференция.com.ua/files/104\\_06\\_ix\\_2020.pdf](http://конференция.com.ua/files/104_06_ix_2020.pdf)

9. Жуманиязова И.К. Инсулт касаллигининг тиббий психологик томонларини ўрганишда шарқ қомусий олими Абу Али Ибн Синонинг илмий изланишлари // Актуальные вызовы современной науки LVI Международная научная конференция. Сб. научных трудов – Переяслав, 2021. – Вып. 2(56) – С.51-53.

**II бўлим (II часть; II part)**

10. Жуманиязова И.К. Инсултга чалинган беморларни эмоционал ҳолатини тиклашда арт-терапиянинг аҳамияти ва ўрни // Конституция Республики Узбекистан: наука, образование и воспитание молодёжи

Материалы молодёжного научно-практического семинара. Ташкент, 2018.- С.87-90.

11. Жуманиязова И.К. Инсульт касаллиги ривожланиши тарихида Шарқ ва Ғарб олимларининг ўзига хос қарашлари // Academic Research in Educational sciences volume |ISSUE 2| 2021, – P. 756-761. [https://doi.org/ 10.24411/2181-1385-2021-00266](https://doi.org/10.24411/2181-1385-2021-00266).

12. Жуманиязова И.К. Инсультга чалинган беморларнинг ички психологик тасвири // Шахсда илмий дунёқараш ривожланишининг психологик имкониятлари ва тарбиявий жиҳатлари мавзусида илмий-амалий конференция материаллари. – Тошкент: ТДПУ, 2019. – Б. 240-243.

13. Жуманиязова И.К. Инсульт касаллигида инсон психологиясининг аҳамияти // Ўзбекистонда психология фанларининг истиқболи – Тошкент: УрДУ, 2020. – Б. 201-204.

14. Жуманиязова И.К. Масофавий таълимда инсон эмоционал ҳолатлар психологияси // Масофавий таълимни ташкил этишининг педагогик-психологик жиҳатлари мавзусида республика илмий-амалий конференция материаллари тўплами. – Тошкент: ТДШУ, 2021. – Б.271-276.

Автореферат ТДПУ “Илмий ахборотлари” журнали таҳририяти  
томонидан 2022 йил 16 декабрда таҳрирдан ўтказилди.

Босишга рухсат этилди: 19.11.2022 йил  
Бичими 60x84 1/16, “Times New Roman”  
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Нашриёт босма табағи 3.0. Адади: 100. Буюртма: № 65  
Баҳоси келишув асосида

Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика  
университети босмахонасида chop этилди.  
Манзил: Тошкент шаҳар, Чилонзор тумани,  
Бунёдкор кўчаси, 27-уй.