UDK: 616.89-008.1-055.2

AQLIY RIVOJLANISHDA NUQSONI BO'LGAN FARZANDI BO'LGAN ONALARDA CHEGARAVIY RUHIY BUZILISHLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI

Mirzaliyeva Surmaniso Alisher qizi - *Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti tayanch doktaranti*
Xayredinova Inara Ilgizovna - *PhD, dotsent, Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti katta o'qituvchisi,*
Toshkent, O'zbekiston

Annotatsiya. Ushbu maqolada aqliy rivojlanishida nuqsoni bo'lgan farzandi bor onalarda chegaraviy ruhiy buzilishlarning klinik xususiyatlari o'rganilgan. Tadqiqotda 120 nafar ona ishtirok etib, ulardan 80 nafari asosiy, 40 nafari taqqoslash guruhini tashkil etdi. Tadqiqot davomida klinik-psixopatologik, klinik-anamnestik va psixodiagnostik usullar, jumladan, STAI, HADS, MADRS va SAN shkalalaridan foydalanildi. Natijalarga ko'ra, asosiy guruhdagi onalarda xavotir (88,8%), astenik belgilar va tez charchash (85,0%), diqqatni jamlashdagi qiyinchiliklar (72,5%) hamda uyqu buzilishlari (58,8%) ko'p uchradi. Shuningdek, oilaviy qo'llab-quvvatlashning cheklanganligi va farzand parvarishi bilan bog'liq yuqori psixoemotsional yuklama qayd etildi. Olingan natijalar mazkur toifadagi onalarning ruhiy holatini kompleks baholash va chegaraviy ruhiy buzilishlarni erta aniqlash muhimligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: aqliy rivojlanish nuqsoni, chegaraviy ruhiy buzilishlar, onalar ruhiy salomatligi, xavotir, depressiv simptomlar, astenik belgilar, psixoemotsional zo'riqish.

Аннотация. В статье изучены клинические особенности пограничных психических расстройств у матерей, воспитывающих детей с нарушениями интеллектуального развития. В исследовании приняли участие 120 матерей, из которых 80 составили основную группу, а 40 — группу сравнения. Применялись клинико-психопатологический, клинико-анамнестический и психодиагностический методы, включая шкалы STAI, HADS, MADRS и САН. У матерей основной группы наиболее часто выявлялись тревожные симптомы (88,8%), астенические проявления и повышенная утомляемость (85,0%), трудности концентрации внимания (72,5%) и нарушения сна (58,8%). Также отмечались недостаточная семейная поддержка и высокая психоэмоциональная нагрузка, связанная с уходом за ребёнком. Полученные результаты подчёркивают необходимость комплексной оценки психического состояния матерей данной категории и раннего выявления пограничных психических расстройств.

Ключевые слова: нарушения интеллектуального развития, пограничные психические расстройства, психическое здоровье матерей, тревожность, депрессивные симптомы, астенические проявления, психоэмоциональное напряжение.

Abstract. This article examines the clinical characteristics of borderline mental disorders in mothers raising children with intellectual disabilities. The study included 120 mothers, of whom 80 formed the main group and 40 the comparison group. Clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, and psychodiagnostic methods were used, including the STAI, HADS, MADRS, and SAN scales. The most common symptoms in the main group were anxiety (88.8%), asthenic symptoms and increased fatigue (85.0%), difficulties concentrating (72.5%), and sleep disturbances (58.8%). Limited family support and a high psychoemotional burden associated with childcare were also observed. The findings highlight the importance of comprehensive mental health assessment and early identification of borderline mental disorders among mothers of children with intellectual disabilities.

Keywords: intellectual disability, borderline mental disorders, maternal mental health, anxiety, depressive symptoms, asthenic symptoms, psychoemotional stress.

Dolzarbligi. YUNISEF hisobotiga ko‘ra, dunyoda nogironligi bo‘lgan bolalar soni qariyb 240 millionga yetgan [1].

Butun dunyoda aqliy zaiflikning tarqalishi taxminan 1–4 foizni tashkil etadi. O‘zbekistonda 2024-yil yakuniga ko‘ra 18 yoshgacha bo‘lgan nogiron bolalar soni 173,3 ming nafarni tashkil etgan. O‘zbekistonda 01.01.2025-yil holatiga ko‘ra aqliy rivojlanish nuqsoni tashxisi (F70–F79) bilan dispanser nazoratida turgan bemorlar soni 100 mingdan oshiqni tashkil qiladi [2].

Ko‘p hollarda aqliy rivojlanish nuqsoni bo‘lgan bolalarni tarbiyalayotgan onalar boshqa onalarga qaraganda ko‘proq stress va ruhiy salomatlik muammolarini boshdan kechiradilar [3].

Aqliy zaif bolalarning onalari otalarga nisbatan ko‘proq stressga duchor bo‘ladilar [4] va normal rivojlanayotgan bolalarning onalariga qaraganda jamiyatda kamroq faol, oiladagi mas’uliyati yuqori va hayotdan kamroq qoniqadilar [5].

Ota-onalar va jamiyatning aqliy zaiflikka nisbatan salbiy munosabati va stigmatizatsiyasini o‘zgartirish uchun psixologik qo‘llab-quvvatlash hamda jamoaga asoslangan yondashuvlarni keng tatbiq qilish lozim. Bu ruhiy kasalliklarning tarqalishini kamaytiradi va ota-onalarning ruhiy salomatligini yaxshilaydi [6].

Nogiron farzandi bor oila o‘ziga xos ijtimoiy maqomga ega bo‘lib, uning ichki muhitini shakllantiruvchi omillar turli jihatlar bilan belgilanadi. Bunday oilalarning muammolari nafaqat oila a’zolarining individual xususiyatlari va o‘zaro munosabatlariga, balki nogiron bolaning ehtiyojlarini qondirishga qaratilgan doimiy e’tibor, ijtimoiy muhitdan ma’lum darajada cheklanish, shuningdek moddiy va ijtimoiy qiyinchiliklar bilan ham bog‘liqdir. Ayniqsa, bunday oilalarda onaning roli yetakchi o‘rin tutadi, chunki u ko‘pincha asosiy parvarish va tarbiya mas’uliyatini o‘z zimmasiga oladi. Shu sababli oiladagi umumiy psixologik holat ko‘p jihatdan bolaning sog‘lig‘i bilan chambarchas bog‘liq bo‘ladi.

Rivojlanishida nuqsoni mavjud bolani inklyuziv ta’lim tizimiga jalb etgan ota-onalar turli xil hissiy holatlarni boshdan kechiradilar. Dastlab ular farzandining sog‘lom tengdoshlari bilan birgalikda ta’lim olishi munosabati bilan quvonch va qoniqish his qilishi mumkin. Biroq vaqt o‘tishi bilan, ayrim hollarda atrofdagilarning — xususan, boshqa ota-onalar, o‘qituvchilar yoki bolalarning salbiy munosabati tufayli bu ijobiy hissiyotlar tushkunlik, noaniqlik va ichki ziddiyatlar bilan almashinadi. Ba’zan bu holat ota-onalarda norozilik yoki tajovuzkor reaktsiyalar paydo bo‘lishiga ham olib kelishi mumkin.

Nogiron bolalarni tarbiyalayotgan ota-onalar ko‘pincha farzandining rivojlanishi va uni to‘g‘ri tarbiyalash masalalarida yetarli ma’lumotga ega emasliklarini his qiladilar. Shu boisdan “ota-onalar uchun maslahat markazlari” va “ishonch telefonlari” kabi xizmatlarni tashkil etish muhim ahamiyat kasb etadi. Bunday qo‘llab-quvvatlash tizimlari ota-onalarga o‘zlarini qiziqtirgan savollarga javob topish, oiladagi ijobiy psixologik muhitni shakllantirish hamda tarbiya jarayonini samarali tashkil etish bo‘yicha amaliy tavsiyalar olish imkonini beradi. Natijada ota-onalarning o‘ziga bo‘lgan ishonchi ortadi, ularning ijtimoiy faolligi kuchayadi va o‘zini boshqarish ko‘nikmalari rivojlanadi.

Amaliy tajriba shuni ko‘rsatadiki, rivojlanishida muammolari mavjud bolalar bilan ishlash jarayonida ota-onalar farzandining ijtimoiylashuvi, muloqot ko‘nikmalarini rivojlantirish va kelajakda mustaqil hayot kechirishiga yordam berishdan manfaatdor bo‘ladilar. Biroq psixologik qo‘llab-quvvatlashning yetishmasligi, moddiy va ma’naviy yordamning cheklanganligi, shuningdek zarur mutaxassislar bilan hamkorlikning sustligi ota-onalarda ishonchsizlik va tushkunlikni keltirib chiqaradi. Bu esa tarbiya jarayonining to‘g‘ri yo‘lga qo‘yilishiga to‘sqinlik qilishi mumkin.

Ushbu muammolarni bartaraf etish maqsadida quyidagi yo‘nalishlarda ish olib borish maqsadga muvofiq hisoblanadi:

- oila a’zolari bilan individual va umumiy suhbatlar tashkil etish;
- oilaviy psixoterapiya usullarini qo‘llash;
- ota-onalar va bolalar uchun o‘yin mashg‘ulotlarini o‘tkazish;
- guruhli trening va darslarni yo‘lga qo‘yish;
- o‘zaro qo‘llab-quvvatlashga asoslangan ota-onalar guruhlarini shakllantirish;
- ota-onalar va bolalarning birgalikdagi faoliyatlarini tashkil etish [7].

Nogironligi bo‘lgan bolaning ota-onasi bo‘lish ko‘pchilik uchun qiyin va stressli vaziyat bo‘lib, ota-onalarning ruhiy salomatligiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Adabiyotlarda nogironligi bo‘lgan bolaning ota-onasi bo‘lishning qiyinligi turlicha tushuntirilgan, bu masalaning qanday o‘rganilganligiga bog‘liq. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, bolaning nogironligi ota-onaning odatdagidan ko‘proq parvarish va e’tibor berishini talab qiladi [8]. Ota-onalar kutilgan yoki tasavvur qilingan sog‘lom farzand bilan bog‘liq tasavvurlaridan voz kechib, nogironligi bo‘lgan farzandni qabul qilish va yuzaga keladigan psixologik hamda ijtimoiy muammolarni yengish ko‘nikmalarini shakllantirishlari kerak [9]. Tadqiqotdan xulosa qilindiki, bolalarida aqliy zaiflik aniqlangan onalarning ruhiy holatida o‘zgarishlar va buzilishlarni erta aniqlash va ularni qo‘llab-quvvatlovchi dasturlar juda muhim ahamiyatga ega [10].

Material va metodlar. Tadqiqot 2026–2027-yillar davomida U.Q. Qurbonov nomidagi Respublika bolalar ruhiy-asab klinikasida davolanayotgan, aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlari mavjud onalarni kompleks tekshirish asosida olib borildi. Tadqiqotga jami 120 nafar ona jalb etildi.

Tadqiqot ishtirokchilarining umumiy va anamnestik xususiyatlarini aniqlash maqsadida maxsus ishlab chiqilgan savolnoma qo‘llanildi. Unda onalarning yoshi, oilaviy holati, ma’lumoti, mehnat faoliyati, farzandlar soni, aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandning oiladagi tug‘ilish tartibi, ushbu farzandning yoshi, tashxis qo‘yilgan vaqti hamda aqliy rivojlanish buzilishining darajasi kabi ma’lumotlar hisobga olindi. Shuningdek, onaning farzand parvarishida ishtiroki, oilaviy va ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash darajasi ham o‘rganildi.

Psixoijtimoiy omillarni baholashda onalarda ruhiy bezovtalikning ehtimoliy sabablarini, uning davomiyligi va kundalik hayotga ta’sirini, mutaxassisga murojaat qilish holatini, mavjud psixologik yordamni, dam olish imkoniyatlarini, ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash darajasini hamda ruhiy holatdagi dinamik o‘zgarishlarni aniqlashga qaratilgan savollar kiritildi. Biologik omillarni baholashda surunkali somatik kasalliklar, uyqu buzilishlari, gormonal o‘zgarishlar, tug‘ruqdan keyingi ruhiy o‘zgarishlar, charchoq va holsizlik, shuningdek oilaviy psixiatrik anamnez va avvalgi ruhiy buzilishlar mavjudligi o‘rganildi. Mazkur ma’lumotlar onalarning psixoemotsional holatiga ta’sir qilishi mumkin bo‘lgan klinik, psixoijtimoiy va biologik omillarni aniqlash hamda ularning chegaraviy ruhiy buzilishlar bilan bog‘liqligini baholash uchun olindi.

Tadqiqotda klinik-psixopatologik, klinik-anamnestik va eksperimental-psixologik usullardan foydalanildi. Psixoemotsional holatni baholashda standart psixodiagnostik metodikalardan foydalanildi. Xususan, **Spilberger–Xanin xavotirlanish shkalasi (STAI)** reaktiv va shaxsiy xavotir darajasini baholash maqsadida qo‘llanildi. **Xavotir va depressiyaning gospital shkalasi (HADS)** xavotir va depressiv simptomlarning ifodalanish darajasini aniqlash uchun ishlatildi. **Montgomeri–Asberg depressiyani baholash shkalasi (MADRS)** depressiv simptomlarning og‘irlik darajasini klinik jihatdan baholash maqsadida qo‘llanildi. **“O‘zini his qilish, faollik, kayfiyat” (SAN) so‘rovnomasi** bemorlarning umumiy psixoemotsional holatini, o‘zini subyektiv his qilishini, faollik va kayfiyat darajasini, shuningdek psixoemotsional yuklamaga reaksiyani baholash uchun qo‘llanildi. Mazkur metodika, shuningdek, psixofiziologik funksiyalarning individual xususiyatlari va biologik ritmlarini baholash imkonini berdi.

Ushbu psixodiagnostik vositalardan kompleks foydalanish onalarning psixoemotsional holatini turli yo‘nalishlarda standartlashtirilgan mezonlar asosida baholash, xavotir va depressiv simptomlarni aniqlash, ularning og‘irlik darajasini obyektivlashtirish hamda klinik-psixopatologik tekshiruv natijalarini qo‘shimcha psixodiagnostik ma’lumotlar bilan to‘ldirish imkonini berdi.

Tadqiqot ishtirokchilari klinik va psixodiagnostik tekshiruv natijalariga ko‘ra ikki guruhga ajratildi:

1-guruh — asosiy guruh: chegaraviy ruhiy buzilishlarning klinik va psixopatologik belgilari aniqlangan, aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlari mavjud **80 nafar ona (n=80)**.

2-guruh — nazorat guruhi: klinik tekshiruv va psixodiagnostik baholash natijalariga ko‘ra chegaraviy ruhiy buzilishlar aniqlanmagan, biroq aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlari mavjud **40 nafar ona (n=40)**.

Nazorat guruhidagi onalar shartli ravishda ruhiy jihatdan sog‘lom guruh sifatida baholandi. Bunda “ruhiy jihatdan sog‘lom” tushunchasi psixiatrik kasallik mavjud emasligini qat’iy tasdiqlash emas, balki tadqiqot vaqtida klinik tekshiruv va qo‘llanilgan psixodiagnostik metodikalar asosida chegaraviy ruhiy buzilishlar mezonlari aniqlanmaganligini anglatadi.

Guruhlarni shakllantirishda asosiy mezon onaning yoshi yoki farzandning oiladagi tug‘ilish tartibi emas, balki **chegaraviy ruhiy buzilishlarning mavjudligi yoki aniqlanmaganligi** hisoblanadi. Onaning yoshi, bolaning yoshi, tashxis qo‘yilganidan buyon o‘tgan vaqt, oilaviy va ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash darajasi, biologik omillar esa keyingi bosqichda asosiy va nazorat guruhlari o‘rtasidagi farqlarni aniqlash va chegaraviy ruhiy buzilishlarning ehtimoliy xavf omillarini baholash uchun tahlil qilindi.

Olingan ma’lumotlar statistik usullar yordamida qayta ishlandi. Guruhlar o‘rtasidagi klinik, psixodiagnostik, ijtimoiy-demografik va anamnestik ko‘rsatkichlar taqqoslandi, shuningdek o‘rganilgan omillar bilan psixoemotsional buzilishlar o‘rtasidagi o‘zaro bog‘liqliklar baholandi.

Natijalar. Tadqiqot davomida aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlarning onalarida chegaraviy ruhiy buzilishlarning klinik xususiyatlarini aniqlash maqsadida klinik-anamnestik, ijtimoiy-demografik va psixodiagnostik ko‘rsatkichlar kompleks ravishda tahlil qilindi. Tadqiqot natijalari asosiy va nazorat guruhlari o‘rtasida qiyosiy baholandi.

Tadqiqotda ishtirok etgan onalarning yoshi 20 yoshdan 50 yoshgacha bo‘lgan davrni o’z ichiga oladi. Yosh tarkibini tahlil qilishda ishtirokchilar guruhlariga ajratildi. (1-jadval)

Asosiy guruhda 20–40 yosh oralig‘idagi onalar salmog‘i yuqori bo‘lib, taqqoslash guruhida esa 40 yoshdan katta ayollar ulushi nisbatan ko‘proq kuzatildi. Yosh bo‘yicha bunday taqsimot chegaraviy ruhiy buzilishlarning klinik ko‘rinishlarini baholashda onaning yoshini mustaqil ijtimoiy-demografik ko‘rsatkich sifatida hisobga olish zarurligini ko‘rsatdi.

1-jadval. Tadqiqot ishtirokchilarining yosh bo‘yicha taqsimlanishi

Onalarning yoshi	Asosiy guruh, n=80	Taqqoslash guruhi, n=40
20–25 yosh	38 (47,5%)	2 (5,0%)
26–30 yosh	18 (22,5%)	4 (10,0%)
31–35 yosh	14 (17,5%)	4 (10,0%)
36–40 yosh	6 (7,5%)	5 (12,5%)
41–45 yosh	2 (2,5%)	19 (47,5%)
46–50 yosh	2 (2,5%)	6 (15,0%)
Jami	**80 (100%)**	**40 (100%)**

Asosiy va nazorat guruhlarida turmush qurgan onalar ustunlik qildi. Shu bilan birga, asosiy guruhda ajrashgan hamda turmush o‘rtog‘i bilan alohida yashaydigan onalar ham uchradi. Nazorat guruhida ham oilaviy holat bo‘yicha turmush qurgan onalar salmog‘i yuqori bo‘ldi.

Ta’lim darajasi bo‘yicha ikkala guruhda ham turli darajadagi ta’limga ega bo‘lgan ayollar uchradi. Mehnat faoliyatini baholashda asosiy guruhda farzandni parvarish qilish zarurati sababli ishlamaydigan onalar ulushi yuqori bo‘ldi. Ishlaydigan ayollar esa turli sohalarda mehnat faoliyatini olib bordilar. Nazorat guruhida mehnat faoliyatida ishtirok etuvchi ayollar nisbatan ko‘proq bo‘ldi.

Farzandlar sonini tahlil qilishda asosiy guruhda yolg‘iz farzandi aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan onalar, shuningdek, ikki va uch nafar farzandli ayollar ko‘proq uchradi. To‘rt va undan ortiq farzandli ayollarda kamroq uchradi. Nazorat guruhida esa asosan ikki va uch nafar farzandli ayollar tashkil etdi, ayrim hollarda to‘rt va undan ortiq farzandli onalar ham kuzatildi. (2-jadval)

2-jadval. Onalarning ijtimoiy-demografik va oilaviy xususiyatlari

Ko‘rsatkich	Asosiy guruh, n=80	Taqqoslash guruhi, n=40
Oilaviy holati		
Turmush qurgan	65 (81,3%)	31 (77,5%)
Ajrashgan	9 (11,3%)	2 (5,0%)
Turmush o‘rtog‘i bilan birga yashamaydi	6 (7,5%)	6 (15,0%)
Ta’lim darajasi		
Oliy ma’lumotli	25 (31,3%)	9 (22,5%)
O‘rta maxsus ma’lumotli	30 (37,5%)	26 (65,0%)
Umumiy o‘rta ma’lumotli	25 (31,3%)	5 (12,5%)
Mehnat faoliyati		
Ishlaydi	9 (11,3%)	22 (55,0%)
Ishlamaydi	62 (77,5%)	10 (25,0%)
Farzand parvarishi sababli ishlamaydi	9 (11,3%)	8 (20,0%)
Farzandlar soni		
1 nafar	40 (50,0%)	8 (20,0%)
2 nafar	28 (35,0%)	19 (47,5%)
3 nafar	9 (11,3%)	9 (22,5%)
4 va undan ortiq	3 (3,8%)	4 (10,0%)
Jami	**80 (100%)**	**40 (100%)**

Izoh: n — guruhdagi ishtirokchilar soni; % — guruh ichidagi ulush.

Bemor farzandlarning yoshini tahlil qilishda asosiy guruhda 3–7 yosh oralig‘idagi bolalar ulushi yuqoriroq bo‘ldi. Mazkur davrda bolaning rivojlanish xususiyatlari, kundalik faoliyatida mustaqillik darajasining cheklanganligi, doimiy nazorat va parvarishga ehtiyojning yuqoriligi onaning kundalik psixoemotsional yuklamasini oshiruvchi omillardan biri sifatida namoyon bo‘ldi. Nazorat guruhida esa 7 yoshdan katta bo‘lgan bolalar nisbatan ko‘proq uchradi.

Aqliy rivojlanish buzilishining og‘irlik darajasi bo‘yicha tahlilda asosiy guruhda yengil va o‘rta darajadagi buzilishlar ustunlik qildi. Og‘ir darajadagi holatlar nisbatan kam uchradi. Nazorat guruhida esa o‘rta darajadagi aqliy rivojlanish buzilishi ko‘proq qayd etilib, ayrim onalarning farzandlarida yengil darajadagi buzilishlar ham kuzatildi. Bolaning funksional imkoniyatlari va doimiy parvarishga bo‘lgan ehtiyoji onaning kundalik hayotidagi yuklama bilan birgalikda baholandi.

Farzandga kundalik parvarish ko‘rsatishda asosiy guruhda asosiy yuklama ko‘proq onaning o‘z zimmasida ekanligi aniqlandi. Onalar farzandning kundalik ehtiyojlarini qondirish, davolash va reabilitatsiya jarayonlarini nazorat qilish, tibbiy muassasalarga murojaat qilish hamda bolaning xulq-atvori va rivojlanishini doimiy kuzatib borishda asosiy mas’ul shaxs

sifatida ishtirok etdilar. Ayrim oilalarda boshqa qarindoshlarning yordami mavjud bo‘lsa-da, ushbu yordam muntazam xarakterga ega emasligi qayd etildi.

Nazorat guruhida esa farzand parvarishida onadan tashqari boshqa oila a’zolari va qarindoshlarning ishtiroki nisbatan ko‘proq bo‘ldi. Natijada kundalik parvarish yuklamasi faqat onaning zimmasida qolmasdan, oila a’zolari o‘rtasida taqsimlangan holatlar ko‘proq kuzatildi.

Oilaviy qo‘llab-quvvatlash darajasini baholashda asosiy guruh onalarida doimiy va yetarli yordamning cheklanganligi ko‘proq kuzatildi. Ayrim onalar farzand parvarishi bilan bog‘liq mas’uliyatni asosan mustaqil ravishda bajarishini, yaqin qarindoshlar tomonidan yordam esa vaqti-vaqti bilan ko‘rsatilishini ta’kidladilar. Ayrim holatlarda esa oilaviy muhitda onaga nisbatan tanqid, ayblash yoki farzandning holati bilan bog‘liq mas’uliyatni uning zimmasiga yuklash holatlari qayd etildi.

Nazorat guruhida oilaviy qo‘llab-quvvatlash nisbatan barqaror bo‘lib, onalarning katta qismi turmush o‘rtog‘i, ota-ona yoki boshqa yaqin qarindoshlari tomonidan amaliy va emotsional yordam olgan. Bunday qo‘llab-quvvatlashning mavjudligi farzand parvarishi bilan bog‘liq kundalik yuklamani taqsimlash imkonini bergan.

Oilaviy va psixoijtimoiy munosabatlar, jumladan, onaga nisbatan tanqid, ayblash, mas’uliyatni yuklash, amaliy va emotsional qo‘llab-quvvatlash darajasi klinik-anamnestik suhbat hamda anamnestik ma’lumotlarni tahlil qilish asosida baholandi.

3-jadval. Farzandlarning klinik-demografik xususiyatlari va ularni parvarish qilish bilan bog‘liq omillar

Ko‘rsatkich	Asosiy guruh, n=80	Taqqoslash guruhi, n=40
Farzandlarning yoshi		
3–7 yosh	62 (77,5%)	17 (42,5%)
7 yoshdan katta	18 (22,5%)	23 (57,5%)
Aqliy rivojlanish buzilishining og‘irlik darajasi		
Yengil daraja	45 (56,3%)	25 (62,5%)
O‘rta daraja	25 (31,3%)	10 (25,0%)
Og‘ir daraja	10 (12,5%)	5 (12,5%)
Farzandning kundalik parvarishida asosiy mas’ul shaxs		
Asosan ona	63 (78,8%)	8 (20,0%)
Ona va boshqa oila a’zolari birgalikda	15 (18,8%)	26 (65,0%)
Boshqa qarindoshlarning muntazam yordami	2 (2,5%)	6 (15,0%)
Oilaviy qo‘llab-quvvatlash		
Yetarli va doimiy	6 (7,5%)	28 (70,0%)
Qisman yoki vaqti-vaqti bilan	17 (21,3%)	5 (12,5%)
Cheklangan	57 (71,3%)	7 (17,5%)
Oilaviy munosabatlarning xususiyati		
Amaliy va emotsional yordam mavjud	5 (6,3%)	27 (67,5%)
Yordam vaqti-vaqti bilan ko‘rsatiladi	11 (13,8%)	6 (15,0%)
Tanqid, ayblash yoki mas’uliyatni onaga yuklash holatlari	64 (80,0%)	7 (17,5%)

Izoh: n — guruhdagi ishtirokchilar soni; % — guruh ichidagi ulush.

Klinik-anamnestik ma’lumotlarni tahlil qilishda asosiy guruh onalarida farzandni parvarish qilish bilan bog‘liq mas’uliyatning yuqoriligi, oilaviy va moddiy qiyinchiliklar hamda yetarli ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashning mavjud emasligi kabi holatlar qayd etildi. Mazkur

ma'lumotlar klinik-anamnestik tekshiruv doirasida qo'shimcha anamnestik ko'rsatkichlar sifatida baholandi.

Klinik-psixopatologik tekshiruv natijalarida asosiy guruh onalarida xavotir, depressiv kayfiyat, emotsional beqarorlik, ichki zo'riqish, jahldorlik va bezovtalik, astenik belgilar, tez charchash hamda uyqu buzilishlari turli darajada namoyon bo'ldi. Ushbu simptomlarning birgalikda uchrashi psixoemotsional zo'riqishning murakkab klinik tuzilishini ko'rsatdi.

Nazorat guruhida yuqoridagi psixoemotsional belgilar ayrim hollarda uchragan bo'lsa-da, ularning ifodalanganligi va birgalikda namoyon bo'lishi asosiy guruhga nisbatan kamroq kuzatildi. (4-jadval)

4-jadval. Asosiy va taqqoslash guruhlarida klinik-psixopatologik simptomlarning uchrash xususiyatlari

Klinik-psixopatologik simptomlar	**Asosiy guruh, n=80**	**Taqqoslash guruhi, n=40**
Xavotir holatlari	71 (88,8%)	8 (20,0%)
Depressiv kayfiyat	32 (40,0%)	5 (12,5%)
Emotsional beqarorlik	18 (22,5%)	1 (2,5%)
Ichki zo'riqish va bezovtalik	6 (7,5%)	9 (22,5%)
Jahldorlik va ta'sirchanlik	7 (8,8%)	11 (27,5%)
Astenik belgilar va tez charchash	68 (85,0%)	4 (10,0%)
Uyqu buzilishlari	47 (58,8%)	1 (2,5%)
Diqqatni jamlashda qiyinchilik	58 (72,5%)	15 (37,5%)

Klinik-psixopatologik ma'lumotlar keyinchalik STAI, HADS, MADRS va SAN kabi standartlashtirilgan psixodiagnostik usullar yordamida olingan natijalar(5-jadval) bilan qiyosiy baholandi.

5-jadval. Asosiy va taqqoslash guruhlaridagi onalarning psixoemotsional holatini psixodiagnostik baholash natijalari

Psixodiagnostik ko'rsatkich	**Asosiy guruh, n=80**	**Taqqoslash guruhi, n=40**	
STAI — reaktiv xavotir	46,3 ± 2,1	32,5 ± 1,8	**p**
STAI — shaxsiy xavotir	48,7 ± 2,4	34,2 ± 2,0	<0,05
HADS — xavotir	11,2 ± 1,3	6,1 ± 0,9	<0,05
HADS — depressiya	9,8 ± 1,1	5,4 ± 0,8	<0,05
MADRS — depressiv simptomlar	12,6 ± 1,4	6,8 ± 0,9	<0,05
SAN — subyektiv holat	38,5 ± 2,0	51,7 ± 1,8	**<0,05***

Izoh: n — guruhdagi ishtirokchilar soni; % — guruh ichidagi ulush.

Muhokama. Tadqiqot natijalari aqliy rivojlanishida nuqsoni bo'lgan farzandlari mavjud onalarda chegaraviy ruhiy buzilishlar turli psixoemotsional va astenik belgilar majmuasi bilan namoyon bo'lishini ko'rsatdi. Asosiy guruhda xavotir, astenik belgilar va tez charchash, diqqatni jamlashdagi qiyinchiliklar, uyqu buzilishlari hamda depressiv kayfiyat kabi simptomlarning yuqori darajada uchrashi psixoemotsional zo'riqishning bir nechta klinik komponentlari birgalikda namoyon bo'lishini ko'rsatadi. Mazkur kuzatuvlar intellektual rivojlanishida nuqsoni

bo‘lgan farzandlarni parvarish qiluvchi ota-onalarning ruhiy salomatligi bilan bog‘liq muammolar boshqa tadqiqotlarda ham qayd etilganligi bilan mos keladi [3, 4, 5].

Ayniqsa, tadqiqotimizda xavotir simptomlarining ustunligi e’tiborga loyiqdir. Asosiy guruh onalarining katta qismida xavotir belgilari aniqlangan bo‘lib, bu holat doimiy parvarish mas’uliyati, bolaning rivojlanishi bilan bog‘liq noaniqliklar va kundalik hayotdagi psixoemotsional yuklama bilan birga kuzatilishi mumkin. Adabiyotlarda ham intellektual rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlarning onalarida ruhiy salomatlik ko‘rsatkichlari yomonlashishi, jumladan, xavotir va depressiv simptomlarning ko‘proq uchrashi qayd etilgan [3, 5, 8, 9].

Bizning tadqiqotimizda astenik belgilar va tez charchashning yuqori chastotada aniqlanishi ham muhim klinik xususiyatlardan biri bo‘ldi. Uzoq davom etuvchi parvarish ehtiyoji, kundalik vazifalarning ko‘pligi va onaning asosiy parvarish qiluvchi sifatida ishtirok etishi psixoemotsional yuklamaning ortishi bilan birga kechishi mumkin. Biroq mazkur tadqiqot dizayni sababli ushbu omillarni chegaraviy ruhiy buzilishlarning bevosita sababi sifatida talqin qilish mumkin emas. Ularni klinik holatni shakllantiruvchi yoki unga hamroh bo‘luvchi omillar sifatida ehtiyotkorlik bilan baholash maqsadga muvofiqdir [6, 8, 9].

Klinik-anamnestik ma’lumotlar tahlili ham asosiy guruh onalarida parvarish yuklamasining yuqoriroq ekanligini ko‘rsatdi. Asosiy guruhda farzandni parvarish qilish mas’uliyatining asosan onaning zimmasida bo‘lishi, oilaviy qo‘llab-quvvatlashning cheklanganligi hamda oilaviy munosabatlarda onaga nisbatan tanqid, ayblash yoki mas’uliyatni ko‘proq yuklash holatlarining uchrashi qayd etildi. Mazkur ko‘rsatkichlar alohida psixosotsial tadqiqot natijalari sifatida emas, balki klinik-anamnestik tekshiruv davomida olingan qo‘shimcha ma’lumotlar sifatida baholandi.

Oilaviy va ijtimoiy qo‘llab-quvvatlashning yetarli emasligi ota-onalarning psixologik moslashuviga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkinligi avvalgi tadqiqotlarda ham ta’kidlangan. Xususan, intellektual rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan bolalar ota-onalarining psixologik moslashuvida parenting stress va coping strategiyalarining ahamiyati qayd etilgan [8, 9]. Shu sababli onaning ruhiy holatini baholashda faqat individual simptomlarni emas, balki uning oiladagi parvarish yuklamasi va mavjud qo‘llab-quvvatlash imkoniyatlarini ham hisobga olish muhimdir [6, 8].

Tadqiqotimizda bolalarning yosh tarkibi bo‘yicha ham guruhlar o‘rtasida farqlar kuzatildi. Asosiy guruhda 3–7 yoshdagi bolalar ulushi yuqoriroq bo‘lgan bo‘lsa, taqqoslash guruhida 7 yoshdan katta bolalar salmog‘i yuqoriroq bo‘ldi. Bu holat parvarish ehtiyojlari bolaning rivojlanish bosqichiga qarab o‘zgarishi mumkinligini ko‘rsatishi mumkin. Shu bilan birga, ushbu tadqiqotda bolalar yoshi chegaraviy ruhiy buzilishlarning mustaqil sababi sifatida baholanmaganligi sababli, mazkur farqni sababiy bog‘liqlik sifatida talqin qilish to‘g‘ri emas.

Psixodiagnostik tekshiruv natijalari klinik-psixopatologik kuzatuvlarni qo‘llab-quvvatladi. Asosiy guruhda reaktiv va shaxsiy xavotir ko‘rsatkichlari, HADS bo‘yicha xavotir va depressiya ko‘rsatkichlari hamda MADRS bo‘yicha depressiv simptomlar og‘irligi taqqoslash guruhiga nisbatan yuqoriroq bo‘ldi. Bu natijalar klinik tekshiruvda aniqlangan xavotir va depressiv simptomlarning psixometrik baholash natijalari bilan mos kelishini ko‘rsatadi.

STAI natijalarida reaktiv xavotirning yuqoriligi onalarning ayni tekshiruv davridagi emotsional zo‘riqishini, shaxsiy xavotirning yuqoriroq ko‘rsatkichlari esa xavotirga moyillikning nisbatan barqaror xususiyatlarini aks ettirishi mumkin. Bunday ko‘rsatkichlarning birgalikda namoyon bo‘lishi onalarning psixoemotsional holatini faqat vaziyatga bog‘liq kechinmalar bilan cheklab bo‘lmasligini ko‘rsatadi. Shu bilan birga, STAI natijalari mustaqil ravishda psixiatrik tashxis mezoni sifatida talqin qilinmasligi kerak; ular klinik-psixopatologik tekshiruv ma’lumotlarini to‘ldiruvchi psixodiagnostik ko‘rsatkichlar sifatida qaraladi.

HADS bo‘yicha xavotir va depressiya ko‘rsatkichlarining, shuningdek MADRS bo‘yicha depressiv simptomlar og‘irligining asosiy guruhda yuqoriligi onalarda xavotir-depressiv spektrdagi simptomlarning klinik jihatdan muhim o‘rin tutishini ko‘rsatadi. Ilgari o‘tkazilgan tadqiqotlarda ham intellektual rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlarning onalarida ruhiy buzilishlar va emotsional muammolar xavfi yuqoriroq ekanligi ko‘rsatilgan [3, 5, 10]. Fairthorne va hammualliflarining populyatsion kohort tadqiqotida esa ilgari psixiatrik anamnezi bo‘lmagan onalarda ham intellektual rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzand tug‘ilgandan keyingi davrda psixiatrik buzilishlarning uchrash darajasi yuqoriroq bo‘lishi qayd etilgan [10].

SAN so‘rovnomasi bo‘yicha olingan natijalar ham guruhlar o‘rtasida psixoemotsional holat farqini ko‘rsatdi. Biroq SAN ko‘rsatkichlarini talqin qilishda metodikaning ballarni hisoblash va interpretatsiya qilish qoidalariga qat’iy rioya qilish lozim. Shu sababli ushbu natijalarni mustaqil diagnostik mezon sifatida emas, balki klinik va boshqa psixodiagnostik ko‘rsatkichlarni to‘ldiruvchi ma’lumot sifatida baholash maqsadga muvofiq.

Umuman olganda, klinik-psixopatologik va psixodiagnostik tekshiruv natijalarining bir yo‘nalishda namoyon bo‘lishi chegaraviy ruhiy buzilishlarning klinik tuzilishida xavotir, depressiv, astenik va emotsional komponentlarning o‘zaro uyg‘unlashuvi mavjudligini ko‘rsatadi. Bunda alohida bir simptom yoki bitta psixodiagnostik shkala asosida xulosa chiqarishdan ko‘ra, klinik tekshiruv, anamnestik ma’lumotlar va standartlashtirilgan psixodiagnostik usullar natijalarini kompleks baholash ilmiy jihatdan asosliroqdir [3, 6, 8, 9].

Tadqiqot natijalarining amaliy ahamiyati shundaki, aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlarni parvarish qilayotgan onalarni kuzatishda faqat bolaning klinik holatini emas, balki onaning psixoemotsional holatini ham hisobga olish zarur. Ayniqsa, yuqori parvarish yuklamasi, oilaviy qo‘llab-quvvatlashning cheklanganligi va xavotir-depressiv simptomlarning birgalikda namoyon bo‘lishi chuqurroq klinik-psixopatologik baholash zarurligini ko‘rsatishi mumkin [6, 8, 10].

Tadqiqotning ayrim cheklovlarini ham qayd etish lozim. Birinchidan, tadqiqot kesimiy xarakterga ega bo‘lganligi sababli aniqlangan omillar bilan chegaraviy ruhiy buzilishlar o‘rtasidagi sabab-oqibat munosabatlarini to‘liq belgilash imkonini bermaydi. Ikkinchidan, asosiy va taqqoslash guruhlarida onalar yoshining taqsimlanishi hamda farzandlar yosh tarkibida farqlar mavjud bo‘ldi. Uchinchidan, oilaviy qo‘llab-quvvatlash, tanqid va mas’uliyatni yuklash kabi ko‘rsatkichlar maxsus validatsiyalangan psixosotsial shkala yordamida emas, balki klinik-anamnestik suhbat va anamnestik ma’lumotlar asosida baholandi. Shu sababli ushbu ko‘rsatkichlarni talqin qilishda ehtiyotkorlik talab etiladi.

Shunday qilib, tadqiqot natijalari aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandlari mavjud onalarda chegaraviy ruhiy buzilishlar klinik jihatdan, avvalo, xavotir, astenik belgilar, tez charchash, diqqatni jamlashdagi qiyinchiliklar, uyqu buzilishlari, depressiv kayfiyat va emotsional beqarorlik kabi simptomlarning turli kombinatsiyasi bilan namoyon bo‘lishini ko‘rsatdi. Klinik-psixopatologik, klinik-anamnestik va psixodiagnostik ma’lumotlarning o‘zaro to‘ldirishi onalarning psixoemotsional holatini yanada to‘liqroq baholash imkonini beradi. Olingan natijalar ushbu guruhdagi onalarni klinik kuzatishda ularning individual psixologik holati bilan bir qatorda parvarish yuklamasi va oilaviy qo‘llab-quvvatlash xususiyatlarini ham hisobga olish zarurligini ko‘rsatadi.

Xulosa.

1. Aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandi mavjud onalarda chegaraviy ruhiy buzilishlar klinik jihatdan xavotir, astenik belgilar va tez charchash, diqqatni jamlashdagi qiyinchiliklar, uyqu buzilishlari, depressiv kayfiyat hamda emotsional beqarorlikning turli kombinatsiyasi bilan namoyon bo‘lishi aniqlandi.
2. Asosiy guruhda xavotir (88,8%), astenik belgilar va tez charchash (85,0%), diqqatni jamlashdagi qiyinchiliklar (72,5%) hamda uyqu buzilishlari (58,8%) eng ko‘p uchragan klinik

simptomlar bo‘ldi. Bu holat chegaraviy ruhiy buzilishlarning klinik tuzilishida xavotir va astenik simptomlar yetakchi o‘rin tutishini ko‘rsatdi.

3. Klinik-anamnestik tekshiruvda asosiy guruh onalarida farzandni parvarish qilish mas’uliyatining asosan ona zimmasida jamlanganligi, oilaviy qo‘llab-quvvatlashning cheklanganligi hamda onaga nisbatan tanqid, ayblash va mas’uliyatni yuklash holatlarining ko‘proq uchrashi qayd etildi. Mazkur omillar onalarning psixoemotsional holatini klinik baholashda hisobga olinishi lozim bo‘lgan anamnestik xususiyatlar sifatida belgilandi.
4. Psixodiagnostik baholash natijalarida asosiy guruh onalarida reaktiv va shaxsiy xavotir, HADS bo‘yicha xavotir va depressiya hamda MADRS bo‘yicha depressiv simptomlar ko‘rsatkichlari taqqoslash guruhiga nisbatan yuqoriroq bo‘ldi. HADS va MADRS ko‘rsatkichlari bo‘yicha guruhlar o‘rtasidagi farqlar statistik jihatdan ishonchli bo‘ldi ($p<0,05$), bu klinik-psixopatologik tekshiruvda aniqlangan psixoemotsional simptomlarning psixodiagnostik ko‘rsatkichlar bilan hamohangligini ko‘rsatdi.
5. Olingan natijalar aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan farzandi bo’lgan onalarda chegaraviy ruhiy buzilishlarni baholashda klinik-psixopatologik, klinik-anamnestik va standartlashtirilgan psixodiagnostik usullarni kompleks qo‘llash maqsadga muvofiqligini ko‘rsatdi. Mazkur yondashuv onalardagi xavotir, depressiv va astenik simptomlarni o‘z vaqtida aniqlash hamda keyingi klinik baholash uchun xavf guruhlarini belgilashga xizmat qilishi mumkin.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. UNICEF. *Children with disabilities: global statistics*. 2021. Available from: UNICEF
2. O‘zbekiston Respublikasi Milliy statistika qo‘mitasi. *Aholi statistikasi*. 2025.
3. Totsika V, et al. *Mental health of parents of children with intellectual disability*. 2011.
4. Sajjad S. *Psychological impact on parents of children with disabilities*. 2010.
5. Manor-Binyamini I. *Mothers of children with developmental disabilities: stress and coping*. 2011.
6. Nandkisor KT. *Caregiver burden in parents of children with intellectual disabilities*. 2018.
7. Yusupov FI. Imkoniyati cheklangan bolalarni inklyuziv ta’limga kiritish uchun ota-onalarni tayyorlash yo‘llari. *International Conference on Global Studies*. 2025;1(1):71–75.
8. Carona C, Crespo C, Canavarro MC. Psychological adjustment of parents of children with intellectual disabilities: The role of parenting stress and coping. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013;57(5):491–502. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01583.x
9. Krstic M, Mihic M, Oros M. Coping strategies and psychological adaptation in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26(4):1020–1032. doi:10.1007/s10826-016-0612-5
10. Fairthorne J, Jacoby P, Bourke J, de Klerk N, Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;61:223–230. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.11.011