

617-053  
X 180

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ



У.Х. Хайитов, Ю.М. Ахмедов, И.А. Ахмеджанов,  
Ф.Ш. Мавлянов, М.У. Бегнаева

## БОЛАЛАРДА УРОГЕНИТАЛ ПАТОЛОГИЯЛАРНИ ДАВОЛАШДАГИ РУҲИЙ-ИЖТИМОИЙ АСПЕКТЛАР

(Ўқув-услубий қўлланма)



Самарқанд 2020

Болаларда урогенитал патологияларни даволашдаги рухий-ижтимоий аспектлар.  
(Ўқув -услубий қўлланма). У.Х. Хайитов, Ю.М. Ахмедов, И.А. Ахмеджанов, Ф.Ш.  
Мавлянов, М.У. Бегнаева. 2020. 40- бет.

**Ю.М. Ахмедов** Самарқанд давлат тиббиёт институти 2-сон Болалар  
хирургияси кафедраси профессори, т.ф.д.

**И.А. Ахмеджанов** Самарқанд давлат тиббиёт институти 2-сон Болалар  
хирургияси кафедраси профессори, т.ф.д.

**Ф.Ш. Мавлянов** Самарқанд давлат тиббиёт институти 2-сон Болалар  
хирургияси кафедраси доценти, т.ф.д.

**У.Х. Хайитов** Самарқанд давлат тиббиёт институти 2-сон Болалар

тиббиёт институти Клиник фармакология

817-053 | 9325 бр  
X 180 | Хайитов У.  
Самаларда урогенитал  
патологияларни  
даволашда рухий-  
ижтимоий аспектлар

тиббиёт институти, Психиатрия, тиббий

д.н.

институти 2-сон Болалар

тиббиёт институти Илмий

иномаси билан тасдиқланган.

нов S.S.

Handwritten signature and stamp in blue ink.

617-033  
X

**МУНДАРИЖА**

Кириш .....4

Стационар шароитга ва операциядан олдинги даврга бола ва унинг оиласи мослашувида рухий ёрдам.....6

Репродуктив аъзолари патологияси бор болаларда ўзини жинсини танлаш, ўзини англаш гормонизациясида рухий ёрдам.....9

Даволаш фаолиятидаги субъектлари ўртасидаги коммуникация.....22

Хулоса.....30

Ўз ўзини синаш учун тестлар.....34

Адабиётлар.....37

**Sam DTI**  
axborot-resurs markazi  
9325 6p

## КИРИШ

Болалар тиббиёт муассасаси уроандрология булими пациентлари-биринчи навбатда, ўзларининг ёшга мос ва индивидуал хусусиятлари эга, бутун бир ижтимоий муносабат тизимида ва бирламчи ҳаёт тарзида тусатдан ўзгаришлар ҳолатида бўлган, касалликка ва даволаниш жараёнларига, шифокор тавсиялари ва даволаш муолажаларига маълум бир реакциясига эга бўлган - болалардир. Болаларни урогенитал патология билан даволаниш жараёнида шифокорнинг вазифаси боланинг имкон қадар максимал даражада соматик мувофақиятини таъминлашдан иборатдир. Тиббиёт психологини вазифаси ўзгача бўлиб, шахсий потенциални сақлаш учун олиб борилаётган даволаниш жараёнида, болада ва уни оиласида рухий қўлайликни оптимал даражасини таъминлашдан иборатдир. Бундан ташқари, бола руҳиятига касалликни патологик таъсирини олдини олиш, болани шифохонга ётқизиш ва оператив ёндошувга тайёрлаш ва уни ўтказишда жараёнларидаги эмоционал реакцияни юмшатиш ҳам кўзда тутилади.

Кейинги йилларда амалиёт шифокорлари кўпинча жинсни шаклланишини бузилиши ва гипоспадия билан болаларни даволашни ташкил этишда, унинг соғлигидаги нуқсонлар аниқлагандан вақтдан бошлаб, пациент ёши, терапия усуллари ва касаллик кечиши прогнози билан боғлигидан ташқари рухий -педагогик томондан қувватлашни жорий қилишни тавсия қиладилар.

Урогенитал патологияли болаларни даволашни ташкил қилишнинг рухий жиҳатлари (пациентларнинг рухий хусусиятлари, даволаш фаолияти субъектлари ўртасидаги коммуникация, даволаш жараёнида рухий - педагогиканинг ҳамроҳлиги), унинг турли хил шаклларида тиббий ёрдамни ташкил қилишни ўз ичига олиши лозим.

Уроандрология булимининг спецификаси шундан иборатки, биринчидан, оператив ёндошувлар амалиёти, иккинчидан, оператив ёндошув объекти бу- репродуктив тизимдир. Маълумки, консерватив ва оператив даволаш усулларида инсоннинг эмоционал реакцияси ҳар хил “кескинлик

градуси” га эга бўлади (Карвасарский Б.Д.,2002; Щелкова О.Ю. ва бошқ., 2004). Шифокор манипуляциялари соҳасига жинсий аъзоларни жалб қилиш-болани даволанишини узоқ муддатларда шахс асоратлари келиб чиқиши томонидан олинганда жуда нозик ва хафвсиз бўлмаган жихат бўлиб хисобланади. Бундан ташқари, пациентни бирон бир жинсга тегишли эканлиги аниқлаш-жиддий тиббий-руҳий муаммодир.

## **Стационар шаронтига ва операциядан олдинги даврга бола ва унинг оиласини мослашувда руҳий ёрдам.**

Бирламчи ҳаёт тарзини ўзгариши, атроф муҳитдаги ҳолат, фаолият давомидаги талабларни таъминлашни имкони бўлмаслиги, яқин кишиларининг йўқлиги, физик дискомфорт бўлиши (оғрик, нохуш сезгилари), нисбатан яқин келажакка ишончсизлик эмоционал нотурғунликни келтириб чиқаради, буни эса руҳий стресс сифатида қараш мумкин (Селье Г., Лазарус Р.). Руҳий стрессни хусусиятлари, Р.Лазарус (1970) фикрича, бу алоҳида индивидуал жавоб реакцияси бўлиб, бунда ҳар доим ҳам бирон ҳолатни олдиндан айтиб бўлмайди. Стрессни қабул қилинган булимларига мувофиқ - норматив (ёш ёки оиладаги динамика билан боғлиқ бўлган, табиий ўзгаришлар) ва экстремал (ҳаёт тарзи воқеаларига нисбатан тасодифан келиб чиқадиган) турлари фарқланади, касаллик ва стационарда даволанишни экстремал стрессор сифатида қараш мумкин. Стрессор қанчалик кучли ва узоқ давом этса, шундай инсон руҳияти учун оғир асоратларга олиб келади. Стрессорнинг таъсири организмда адаптацион имкониятларни зўриқшини келтириб чиқаради.

Руҳий адаптация ривожланишида учта босқичга эга (Селье Г., 1979). Биринчи босқичда ваҳима, саросима, қаттиқ ҳаёжон ёки тўлиқ фаолиятсизлик, психосоматик ўзгаришлар- иштаха йўқолиши ва бошқ. Бу босқич руҳий ҳимоя механизмлари ишга тушиши билан тугалланади, бунда руҳий дезадаптация келтириб чиқарувчи, руҳий омилларга нисбатан танланган барқарорлик билан таъминлади. Муаммоли ҳолатни ҳал қилишда руҳий бошқарув одатий оқимга тушади, шу билан бирга шахс бундай ҳолатларга нисбатан янги тажриба орттиради ва янада мослашувчан бўлади. Агарда руҳий мослашув ресурслари етишмовчилиги келиб чиқса, бунда учинчи босқичда руҳий адаптацияда узилиш рўй бериши мумкин.

Тадқиқотчилар адаптация шартларини ички ва ташқи гуруҳларга бўлишади. Биринчи гуруҳга инсоннинг шахсий хусусиятлари (темперамент,

характери, химоя-мослашув рекацияси шакли, ҳаёт тажрибаси ва бошқ.), иккинчи гуруҳга эса-атроф муҳим параметрлари (инсонни оиласи, дўстларининг қўллаб қувватлаши, кўрсатиладиган профессионал руҳий ёрдамнинг даражаси ва сифатига) киради. Муваффақиятли адаптациянинг муҳим жиҳатлари- фаолиятда аниқ мақсад ва мотивациянинг бўлишидир (Выготский Л.С., Рубинштейн С.Л., Мясищев В.Н., Абульханова-Славская К.А. ва бошқ.).

Шундай қилиб, стационар шароитда болада руҳий таҳлиллар ўтказилганда, бола ва уни атрофдагилари фойдаланадиган адаптив руҳий жараёнлар ва ноадаптив тактикаларга алоҳида аҳамият бериш лозим. Бунда шахс мослашувчанлигининг асосий характеристикаси позитив эмоционал фон, ёшга мос табиий (етакчи) ҳаракат қилиш, фаолият ривожланиши даражаси, ижтимоий муҳит билан интеграцияси (булимдаги бошқа болалар билан мулоқоти) ҳисобланади.

Кўпгина болаларда касалликка муносабат уни шифохонага ётқизилгандан сўнг бошланади. Пациентлар билан эркин суҳбат олиб борилганда, улар шифохонага келганда кўрқув босганлигини, хафалигини, айрим ҳолларда йиғлашни ҳоҳлаганлигини айтиб беришади. Мактабгача ёшдаги болалар шифохонага ётқизилишига нисбатан фарқлаш хусусиятига эга бўлмаса ҳам, улар жуда ҳам уйига кетишини ҳоҳлашини билдиришади. Шунини таъкидлаш лозимки, кичик болаларда (ўсмир ёшигача) ҳар бир навбатдаги шифохонага ётқизиш билан салбий эмоциялар кучайиб боради, психологик дискомфорт янада чуқур ва узок бўлади. Болаларнинг кўпчилиги даволаш мақсадини англай олишмайди, жисмоний жиҳатдан ўзларини яхши ҳис қилиши, уларни фикрича даволашни уйда ўтказиш мумкинлигини билдиришади. Мактабгача ва кичик мактаб ёшидаги болалар шифохонадаги муолажалар ва кўриклардан кўрқиши намоён қилишади. Болалардаги эмоционал ҳолат булимдаги ходимларга нисбатан ҳам акс этади. Шифокорлар олдидаги кўрқув, уларни тавсияларини бажарига ҳоҳишсизлик, норозилик

кайфияти, кўзгалон кўтариш боладаги ташқи ваҳиманинг бегилари бўлиб хисобланади.

9-10 ёшли болалар стационарга келиш сабабларини етарлича аниқ фикрлайдилар, режалаштирилган операция ҳақида, организмдаги келиб чиқишини мумкин бўлган ўзгаришларни тушунишади. Ўсмирларни қайта стационарга ётқизилишида олдинги ётқизилишига нисбатан эмоционал зуриқиш пасайиши, тиббий персонал билан яқинлик, шифокорни унинг саломатлиги учун қайғуришини тушуниш ҳолатлари кузатилади. Негатив эмоционал реакция фақатгина тиббий муолажаларга нисбатан йўналтирилган бўлади. Бизнинг маълумотларнинг мавжуд адабиётлар маълумотлари билан тасдиқланганлиги шундан иборатки, шифохонада боладаги ваҳима, кўркув даражасига - унинг ёши, стационарга ётқизилиш сони, шунингдек муаммони ҳис қилиши, режалаштирилган муолажалар ҳақида маълумотга эга бўлиши таъсир кўрсатади (Николаева, 1976; Шац, 2010). Шак-шубҳасиз, ҳар бир болани госпитализацияга ва режалаштирилган операцияга тайёрлаш лозим.

Болани ва уни оиласини руҳий-педагогик ҳамроҳлик, бизнинг фикримизча қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- бола ва унинг оиласини стационар шароитига мослашуви буйича огоҳлантирувчи чоралар;
- руҳий ҳолатни мониторинг;
- касаллик ҳолатига, стационар тиббий атмосферага, саломатлик бузилиш ҳақида ахборотларга, бирламчи хаёт тарзини ўзгартириш лозимлигига нисбатан келиб чиқадиган боладаги негатив руҳий таъсирларни йўқотиш ёки пасайтириш қаратилган руҳий ёрдамни ўз вақтида кўрсатиш;
- ижтимоий ва руҳий-педагогик реабилитация.

Стационар шароитига мослашувдаги превентив чоралар, бола ва унинг оиласи руҳий ва соматик ҳолатига мос келадиган ситуацияни яратишга қаратилган бўлиши лозим.



**Стационар шароитига болаларни адаптацияси** – тиббий-рухий-педагогик вазифалар комплексидир. Адаптация масаласи айниқса стационарга биринчи марта ётқизилган ёки ўзга ижтимоий-маъданий шароитларига эга бўлган мамлакатнинг бошқа вилоятларидан келган бола учун ниҳоятда аҳамиятли ҳисобланади.

Адаптация мувофақияти куйидаги бир қанча омилларга боғлиқ:

- коммуникатив муомила амалиёти, тил билиши ва бошқа ҳоказо кўникмаларга эга бўлган, бола ва унинг вақилининг (онаси, буvisи, бошқа қариндошлари, васий ва бошқ.) долзарб ижтимоий малакаси;
- боланинг рухий детерминанти (индивидуал-шахсий хусусияти, эмоционал ва интеллектуал статуси);
- боланинг жисмоний ҳолати ва соматик саломатлиги;
- даволаш муассасида боланинг аввалги даволаниш вақтида ортирган тажрибаси;

Шифохонага ётқизилиш бола ва уни оиласи учун стрессоген воқеа бўлиб, эмоционал зуриқиш, ноадекват ҳулқ, соғлиги ёмонлашиш ва бошқа ҳолатлар билан кечиши мумкин.

Бир томондан, стресс пациентда у учун типик бўлган стереотип ҳулқ-атворни кўзгатади, бошқа томондан эса, пациент ижтимоий қондалар гирдобида қолади, бу қондаларга риоя қилишга ҳаракат қилади, бу эса қўшимча эмоционал зуриқишни келтириб чиқаради.

Бу мураккаб вазиятда болада рухий ва соматик ҳолатни оптимал мумкин бўлган даражада яхшилаш учун рухий адаптация дастури имкон беради, шунингдек махсус ишланмадан ижтимоий-рухий тренинг шаклида фойдаланиш мумкин.

Стационар шароитда рухий адаптацияга имкон берувчи ташкилий тадбирларга, булимдаги тиббий ходимлар билан танишиш, клиника ва булим структураси, диагностик лаборатор ва даволаш кабинетларини жойлашуви, буш вақтларни ўтказадиган хоналар, стационарда бўлиш тартиб қондалари

ва тиббий ходимлар билан мулоқот, руҳий консултация, шунингдек индивидуал руҳий ёрдам ҳақида ахборот беришни ўз ичига олади.

Руҳий ҳолатни мониторинг қилишдан мақсад, эмоционал ҳолат ёмонлашган ҳолларда ёки бошқа ҳар қандай шошилиш вазиятда, шу билан бирга оилани ёки даволовчи врачни бевосита сўрови билан ўз вақтида пациентга ва уни оиласига руҳий-педагогик ёрдам кўрсатиш ва уни назорат қилиш иборат. Мазкур турдаги ёрдамни амалга ошириш самарадорлиги бола шахсидаги хусусиятлар ва уни ривожланишидаги ижтимоий ҳолат ҳақида етарлича ахборотга эга бўлишга, яъни болани даволаш мақсадида шифохонага ётқизилган вақтда тиббий-руҳий-педагогик комплексни ўтказиш давомида олинган руҳий диагностика маълумотларига боғлиқ. Болаларда урогенитал патологияларда қўшимча равишда уларнинг психосексуал статуси ҳақида маълумотларга эга бўлиш лозим (Кононова, 2003). Пациент руҳий ҳолати ҳақида ахборотларни йиғишдан ташқари, руҳий ҳолатнинг скрининг-қузатуви, операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги даврдаги, даволаш жараёнидаги критик вазиятларда пациентни ўзини тутишини мониторинги тавсия этилади.

Шошилиш руҳий ёрдам болалар ва уларни оила аъзоларида руҳий ҳолатларида ноодатий ва турғун салбий ўзгаришлар келиб чиққанда кўрсатилади.

Шошилиш бўлмаган ҳолатларда режали ижтимоий ва руҳий –педагогик реабилитация/абилитация ўтказилади, унинг мақсадини руҳий-педгогик соҳа мутахассиси, болани текшириш, ривожланишдаги ижтимоий ҳолатни ўрганиш, она-онасини руҳий консултация қилиш натижалари асосида белгилайди. Руҳий реабилитация боладаги долзарб руҳий муаммоларни ҳал қилишга қаратилади.

Яқин кунларда режалаштирилган операция болада безовталиқ чақиради, бундай ҳолатдаги тажрибанинг йўқлиги, бўлиши мумкин бўлган оғрик, наркоздан чиқиш вақтида назорат йўқолишидан қўрқиш ваҳима даражани ошишига олиб келади. Операцияга тайёргарликни шакллантиришни руҳий

усуллар ёрдамида амалга ошириш мумкин, бунда операцияга тайёргарлик ва операция ўтказилиши асосий босқичларини кетма-кетликда акс эттириш, бола билан бу ҳақда суҳбат ўтказиш, бўлиши мумкин бўлган руҳий кийинчиликларни бартараф қилиш йўлларини белгилашни ўз ичига олади. Шундай йўл билан пациент тасаввурда яқин келажак манзараси аниқ тасвирланади, бу эса нафақат тасаввурга эга бўлиш, балки операцияга тайёргарлик ва операция ўтказиш босқичларида ўзини максимал назорат қилиши кўникмаларига эга бўлади.

Кичик ёшли пациентнинг эмоционал реакцияси, юқорида келтирилганидек, яқинидаги катталарнинг ўзини тутишига боғлиқ бўлади. Тадқиқот давомида бизлар томонимиздан бемор бола ва унинг ота-онасининг психоэмоционал ҳолати кўрсаткичлари таққосланди (Мазурова ва бошқ., 2010). Ота-оналардаги ваҳима билан болалар фрустрацияси ўртасида юқори корреляция қайд этилди ( $r=0,096$ ); ота-оналар фрустрацияси билан ўсмирлардаги агрессивлик ўртасида ( $r=0,768$ ), шунингдек ота-оналар ваҳимаси ва ўсмирлар ваҳимаси ўртасида боғлиқлик аниқланди ( $r=0,689$ ). Ота-оналар ваҳимаси билан болалар дезадаптацияси коэффиенти ўртасида ( $r=0,659$ ), ота-оналар ваҳимаси ва кичик мактаб ёшидаги болалар агрессивлиги ўртасида ( $r=0,820$ ) мусбат корреляция мавжуд. Бу натижалар шундан гувоҳлик берадики, ота-оналардаги юқори ваҳимасида кичик мактаб ёшидаги болаларда юқори агрессивлик, паст ваҳимада –атрофдагилар томонидан қўрқиш агрессияси бўлади. Ота-оналар ваҳимаси ва руҳий фаоллик коэффиенти ўртасида юқори мусбат корреляция ( $r=0,836$ ), шунингдек ота-оналар ваҳимаси ва боланинг тенгқурларига нисбатан баҳолаш ўртасида ўрта даражадаги боғланиш борлиги аниқланди ( $r=0,518$ ). Бу натижалар шундан гувоҳлик берадики, бемор болалар ота-оналардаги юқори ваҳимаси болаларга нисбатан конфликтили ёки эмоционал масофаланиш келиб чиқади. Бизнинг тадқиқотларимизда ота-оналар муносабати ва болалар ва ўсмирлар мослашув характеристикасида турли хил боғланишлар борлиги қайд этилди. Яққол мисол сифатида ота-оналар

симбиотик муносабатини келтириш мумкин: у ҳам оғир бемор болалардаги мослашув характеристикаси билан, ҳам соғломрок ўсмирлардаги дезадаптив хулқ коэффиценти билан мусбат коррелляцияланади. Соғлом бола ривожланишида нима салбий деб ҳисобланса, оғир беморлар учун унинг ижтимоий ривожланиш ҳолати компенсатор мослашув ролини ўйнаш мумкин. Авторитар-симбиотик ота-оналар муносабати, боланинг ҳамма руҳий ҳаётини назорат қилиб қолмасдан, унга нисбатан ижобий муносабат ва яқин шахслараро масофа мавжуд бўлади. Бола оиласи диққат марказида бўлади, ота-онаси унинг эҳтиёжларни максимал даражада қондиришга, қийинчиликлардан ҳимоя қилишга ҳаракат қилади. Афтидан, кўпгина оғир бемор болалардаги юқори даражадаги эмоционал комфорт шу билан боғлиқ бўлади.

Шундай қилиб, тадқиқот давомида олинган маълумотлар бемор болалар ва уларнинг ота-оналари ўртасидаги психоемоционал ҳолатларда кўпгина боғланишлар борлигини тасдиқлайди. Улар- битта оилавий тизимнинг ҳалқасидир, шунинг учун бирон бир ҳалқага изолирланган таъсир кўрсатиш мутлоқ самарасиз бўлади.

Ота-оналар самарали ёрдамини амалга ошириш учун, уларнинг руҳий ҳолати хусусиятларини тушуниш лозим.

Болада туғма ёки орттирилган патологияни бўлиши ҳолатида, қачонки оиланинг бир ёки бир неча марта госпитализация қилиниш, операциялар, узоқ муддат даволанишдаги ҳавотир бўлганда, бундай жараёнга адаптация саволи кўндаланг туради. Руҳий ҳолатни эмпирик тадқиқоти натижалари таҳлили ва ота-оналар адаптацияси механизмлари кўрсатдики, индивидуал шахсий хусусиятларнинг ташқи белгиларига боғлиқ ҳолда стресс кечинмаси турли хил бўлади: ташқи хотиржамлик ва ҳатто лоқайдликдан тортиб ёрқин аффектив чакнашгача. У ёки бошқаси- узоқ асабий-руҳий зўриқиш кучига ҳимоя реакциясининг таъсири оқибатида руй беради.

Бизлар томонимиздан шу ҳолат тасдиқланганки, бола ахволининг оғирлиги кўпроқ аҳамиятли, аммо унинг касаллиги ва даволаниш

жараёнларига ота-онанинг адаптациясида ягона омил бўлмайди. Бунда боланинг жисмоний ҳолати ёмонлашиши билан ота-онанинг адаптацияси кўрсатигичлари пасаяди, бола ҳолати яхшиланиши билан –ошади. Бирок бундай боғлиқлик фақатгина биринчи марта шифохонага ётқизиладиганда аҳамиятли бўлади. Қачонки боланинг аҳволи доимо ўзгариб турса, янгидан янги операциялар талаб қилинса, ота-онанинг бу ўзгаришларга нисбатан кизиқиши пасаяди.

Паст фаоллик, киришимлилик, атрофдагиларга ишониш, тиришқоқлик, жавобгарлик, кизиқувчанлик ва нафислик, бундан ташқари субъектив назоратнинг паст даражаси каби ота-оналардаги шахсий хусусиятлар – паст адаптацияни прогностик параметрларидир. Юқори адаптация имкон берувчи омилларга ҳамкорликка интилиш, ўзгаларга ҳурмат, тиришқоқлик, юқори фаоллик, нафислик, ривожланишга интилиш, кизиқувчанлик, юқори даражадаги субъектив назорат киради. Паст даражадаги адаптацияли ота-оналар қийин ҳаётий вазиятларга мослашиш стратегияси сифатида ундан қочишни, масофаланишни танлайди ва ижтимоий-руҳий ёрдамни зарурлигини ўткир ҳис қилишади.

Эмоцияларни ифода этишга таъқик, қариндошлари томонидан танқид, перфекционизм ва одамларга ишончсизлик каби макросоциал омиллар ота-оналар адаптациясини ёмонлаштиради. Болага шартсиз қабул қилишни ўрнатиш адаптацияни яхшилади. Жамиятда қўллаб қувватланадиган, эмоционал ҳулқнинг жинсий ролли стероидотиpleri хиссиётларни ошқор қилишга юқори даражали таъқик қуйишга олиб келади, бу эса уларни қайта ишлашни қийинлаштиради. Эркакларда қайғу ва кўрқув астеник эмоцияларни намойиш қилишга юқори даражадаги таъқик, эмоционал мадад ва ёрдам олишга мурожаатни қийинлаштиришга олиб келади, бу эса руҳий стрессни қайта ишлашни оғирлаштиради, адаптация жараёнини ёмонлаштиради. Нафратни билдиришга юқори даражали таъқик ҳам аёлларда ва ҳам эркакларда бундай эмоцияларни сиқиб чиқаришга ва яширин адоватни

Ўсишига олиб келиши мумкин, бу эса ота-оналар ижобий ижтимоий-руҳий адаптациясига кўмаклаша олмайди.

Болада режалаштирилган операция ва даволашга адаптация жараёнини кечишида аниқланган хусусиятларга боғлиқ ҳолда ота-оналар индивидуал консультация шаклида руҳий мадад, сенсорли хона имкониятларидан фойдаланган ҳолда релаксацион машғулотлар, бундан ташқари бола тарбиясига оид руҳий-педагогик таълим буйича гуруҳли маъруза машғулотларида иштирок этадилар. Ота-оналарига руҳий мададни амалга оширишда (ёки оширмасликда) боладаги эмоционал ҳолат ҳақида маълумотларни такқослаганда шуни эътироф этиш мумкинки, стационарда бемор бола ота-онасига махсус ёрдам фойдаси шак-шубҳасиздир. Болага тиббий-руҳий-педагогик комплексли ҳамроҳлик ва “ота-она-бола” диадасига психотерапевтик таъсир кўрсатиш умумий реабилитацияни негатив психоземotional таъсирларни инкор этиш билан мувоффақиятли ўтказиш имконини беради.

Репродуктив аъзоларда ўтказилиши мумкин бўлган оператив ёндошув далили қабул қилинганда болада руҳий ҳамроҳликнинг яна бир муҳим жиҳати-ўзининг танаси ҳақида тасавурларни коррекциялаш, “Мен” тимсоли келиб чиқиши дисгормонияси профилактикасидан иборат.

Охириги ўн йилликда жисмонийлик руҳияти интенсив ривожланмоқда, бунинг доирасида ўз танаси тасавуридаги ўзгаришлар янги талқинда таҳлил қилинади. Ташқи, ички ва жисмонийликни ички чегаралари феноменлари “Мен” тимсоли структурасида фаол кўриб чиқилмоқда (Николаева, 2004; Арина, 1991; Тхостов, 1994). Шуни таъкидлаш жоизки, боланинг ўзини танаси ҳақидаги тасавурлар уни ёшига, ривожланишдаги ижтимоий ҳолатга, эмоционал тажрибага, шунингдек тиббий муолажалар ўтказиш натижасида “шикастланган” субъектив хиссиётга боғлиқ (Николаева, 2004; Арина, 1991; Мотовилин, 2001).

Маълумки, соғлом боланинг ўз танаси ҳақидаги тасавурлари кам дифференцирланган характерга эга бўлади, уларда тана мужассамланмаган ва

“шаффоф” бўлади. Болаларда танадаги энгил соматик патология “шаффофсиз” мужассамланади, бу эса унга ўзининг танаси функцияларини аниқ тасаввур қилишга имкон беради. Болаларда танадаги оғир соматик патология диффуз характерга эга бўлиб, нореалистик кўринишда гавдаланади. Мазкур гуруҳдаги болаларда кичик мактабдан ёшидан тортиб ўсмир ёшигача тана параметрларини қайта баҳолаш даражаси ошиб боради (Комолов, 2012; Баженов, 2011).

Бизлар томонимиздан олиб борилган тақиқотларда ўсмирларда оператив ёндошувдан кейин ички ва ташқи жисмонийлик чегаралар характери ҳақида маълумотлар олинди (Мазурова ва бошқ., 2012). Ташқи жисмонийлик чегараси назорат етишмаслиги билан характерланди (ригидлик). Ички жисмонийлик чегараси болаларда етарлича шаклланмаган, энгил назоратланувчи, ўтказувчан ва юқори сезгирлик кўринишида гавдаланди. Ички чегара ташқи дунё субъектларини етарлича яққол ажаратмай, ташқи таъсирлар олдида очиклилик тасаввурини яратди.

Адаптацион бошқарув феномени, ёки жисмонийликни ички чегараларининг мослашувчанлигини фаоллашиши кўринишлари, ўсмирларда оператив ёндошувдан сўнг асосан “бўртирилган”, “стабилизация” лабил чегарасида амалга оширилди. Шу билан бирга “ёпилган” чегаралар феномени, жисмонийликни ички чегараларидаги юқори ўтказувчанликка боғланган ҳолда намоён бўлди. Умуман олганда тана ташқи чегараси юқори ўтказувчан, шикастланган кўринишда тасаввур ўйғотди. Ҳатто бир марталик инвазив таъсир жисмонийликни ташқи чегараси характеристикасида аниқ “муҳрланганлигини” кўрсатди. Ташқи чегара юқори ўтказувчанлиги ва паст сезгирлигини бирга келишини ташқи инвазия оқибати, ташқаридан келадиган, таъсуротга сезгирлик чегарасини адаптацион пасайишини чақирувчи сифатида қараш мумкин.

Тақиқотлар давомида аниқланган феноменлар, албатта, жисмонийлик даражасида амалга ошириладиган, ҳамма адаптацион-бошқарув механизмлар спекторини батамом тугатмайди. Аммо олинган натижалар мазкур гуруҳ

пациентлари билан олиб бориладиган реабилитация комплекси давомида рухий ишлар йўналишини ажратиб беради.

### **Репродуктив аъзолари патологияси бор болаларда ўзини жинсини танлаш, ўзини англаш гормонизациясида рухий ёрдам**

Жинс категорияси-энг мураккаб культурологик, психологик, ижтимоий ва тиббий-биологик категориялардан биридир. Жинс муаммолари ижтимоий фанлар (фалсафа, социология, этнография, антропология, тарих, психология ва бошқ.) ривожланиш тарихининг ҳар хил босқичларида тадқиқ қилинган. XX аср бошларида жинс психологияси ривожланишда З. Фрейд қарашлари жиддий таъсир кўрсатди. Психоанализ асосчиси жинс дифференциациясида бош ролни биологик омилларга берди. З. Фрейд ғояларини унинг издошлари давом эттирди. К.Г. Юнг (1995) архетипик образ яратилиши негизда жинс принципини илгари сурди, яъни иккита қарама-қаршилик бирлигини-эркак ва аёл. XX аср 20-чи йилларида нашрдан чиққан О. Вейнинггернинг эркаклар психологик характеристикасига қарама-қарши қўйилган, аёллардаги ўзига хос психологик характеристикага бағишланган “Жинс ва характер” китоби ўткир дискуссияларга сабаб бўлди (Вейнинггер О., 1998).

Ўтган асрнинг 20-чи йилларида жинснинг психологик муаммолари рефлексология оқимида мунозара олиб борилди. Бу йўналиш вакиллари В.М. Бехтеров (1915) ва Н.М. Щелованов (1929) фикрича, жинсий ривожланиш ва жинсий жараёнларнинг объектив тахлили табиий-илмий нуқтаи назардан олиб бориши лозимлигини таъкидлашади. Жинс дифференциацияси муаммоларига биогенетик концепция вакиллари Е.А. Аркин (1927), П.П. Блонский (1935) ва бошқ. катта эътибор қаратишади. Улар таъкидлашича, сексуал ривожланиш инсон биологик инстинктлари, физиологияси ва ирсияти билан чамбарчас боғлиқ. Шу даврдаги фанда сезиларли ютуқларга эришган Л.С. Выготский томонидан ўтган асрнинг 20-йиллар охирида яратилган болалар психологик ривожланиш теорияси бўлди, бунда жинсий ривожланишга муҳим ўрин қаратилди. Л.С. Выготский боланинг жинсий



ривожланишида боланинг шахсий сексуал инстинкти ва катталарни унинг жинсий хулқига реакциясини, шунингдек катталарни унга юклайдиган норма ва мажбуриятларни ажратиб кўрсатади. Л.С. Выготский жинсий инстинкт фаолияти, унга ижтимоий мухитнинг таъсири билан боғлиқ бўлган жинсий хулқнинг мотивларини очишга ҳаракат қилган.

Америкалик тадқиқотчилар Е.Маккоби ва К.Джеклин (Maccoby,1974) нашрлари жинсий фарқни ўрганиш бўйича муҳим давр бўлиб ҳисобланди, улар жинсий хусусиятларни идрок қилиш бўйича бажарилган ишларни, таълим беришни, хотирани, интелектни, когнитив усулини, мотивцияни, ўзини идрок қилишни, эмоционалликни, киришимлиликни, шунингдек Дж. Манининг (Money,1988) айнан ўхшаш диагносларга, аммо турли хил тарифланган жинс ва ҳар хил ҳаёт тарзи ва тарбияси эга гермафродитлар бўйича кузатувларини танқид юзасидан таҳлил қилишади. Маълумот ўрнида, иккала жинсга хос анатомио-физиологик белгига эга бўлган болаларда, жинсий ривожланишда ўзини эркак ёки аёл жинсига ижтимоий-руҳий жиҳатдан мос кўриш ҳал қилувчи ролни ўйнайди.

XX аср ўрталарида психолог Б.Г. Ананьев педилогия ва болалар психологияси тажрибаларидан фойдаланган ҳолда рефлексолог ва биогенетиклар ишларини давом эттиради. У жинс таснифини одам бирламчи хусусияти сифатида ўрганиш лозимлигини асослаб берди.

И.С. Кон (1975) жинсий фарқ муаммоларини тарихий-маданий нуқтаи-назардан кўриб чиқади. У жинсий дифференциациясини ўрганишда инсон ривожланишдаги ижтимоий омилларни, маскулинлик (лат. masculinus эркак - жисмоний, руҳий ва хулқий комплекси) ва фемининлик (лат. femina-аёл, аёлларга хос бўлган руҳий-ижтимоий хусусиятлар комплекси) маданий стереотиплар ролини эътиборга олиш кераклигини исботлаб беради.

Д.Н.Исаев (1988) ва В.Е. Каган (1991) жинсий фарқ ва ролларини англаш динамикасини таҳлил қилиб, ўзларининг моделини таклиф этишди, бу моделни моҳияти, жинсий фарқни англаш учта босқич алмашинувидан иборатлигини таъкидлашад: бирламчи ухшашлик-рол-ухшашлик. Уларнинг

фикрича, болада унинг жинсий ролини англашени шаклланиши биринчи навбатда оилада келиб чиқади.

Жинс идентификациясига юзага келишига имкон берувчи асосий омилларга-боланинг жинсий мансублигига катталарнинг ижобий муносабати, уларнинг ўғил ва киз бола, эркак ва аёл хулқига нисбатан ориентацияси, боладаги жинс атрибутларини билиш, боладаги худди катталардек ва ўз жинсидаги тенгдошларидек бўлиш хохиши киради. Бу нуктаи-назар В.С. Мухинга (1998) тегишли. Унинг фикрича, боланинг ўзида қайси жинсга мансублиги туғрисидаги тасаввур шаклланишида асосий ролни катталар ўйнайди, қайсики болага унинг жинсий ролини умум қабул қилган стереотипларга мос равишда, ўғил ёки киз бола бўлиш қандайлигига йўналтирилган ҳолда ўргатишдан иборат.

Ҳозирги вақтда психологияда жинс муаммолари билан боғлиқ ҳолда уч йўналиш фаркланади:

- объектив мавжуд бўлган (генетик муқаррар бўлган) руҳият ва хулқнинг жинсий рол фарқларини ўрганиш (Репина, 1984; Eccles, 1984);
- у ёки бошқа маданият доирада фемининлик-маскулинлик стереотипларини ўрганиш (Агеев, 1987; Юферева, 1987);
- жинсий идентичликни шаклланиши (Захаров, 1982; Каган, 1991; Кон, 1990).

Шу билан бирга кўпгина олимлар эътироф қилишича, жинс идентичлиги инсоннинг таянч характеристикасига тегишли бўлиб, сезиларли даражада унинг ўзини англашени ифодалайди. Инсоннинг қайси бир жинсга мансублиги унинг шахс бўлиб шаклланишини, унинг қизиқишларини, маълум бир жинсга хос инсон сифатида ўзини ҳис этишини, эркак ва аёлларга хос бўлган махсус эҳтиёжларни, мотивларни, бу хулқий шакллар пайдо бўлишига мос бўлган қадриятларга йўналганлигини белгилайди. Руҳий саломатлик, оилавий хотиржамлик, инсоннинг атрофдагилар билан

муносабати сезиларли даражада унда шаклланган жинсий идентификациясига боғлиқдир.

Шундай қилиб, олимлар фикрича, жинсий идентификация юзага келиши ва ривожланишида учта даражадаги кўриниш мавжуд: биологик, рухий ва ижтимоий.

- Биологик даража-организм структураси ва функционал имкониятларига боғлиқ ҳолда. эркак ва аёл сифатида бўлиб фаолият кўрсатиш шарҳлари ва имкониятлари.
- Рухий даража- когнитив қобилият, мотивацион-ирода потенциал, ориентация устунлиги, кадриятлар ва бошқаларни ўз ичига олган рухий хусусиятлар комплекси.
- Ижтимоий даража- жамият ғояси устунлиги, яъни жамиятдаги муносабатларда эркак ва аёлнинг иштирокини ҳуқуқидаги хусусиятларнинг ифодаланиши.

Инсоннинг жинсий мансублиги- индивидуал ривожланиш жараёнида тўпланган мураккаб кўп савияли тизимдир. Бунда биологик жинс тарбия дастурини беради ва жинсий индентичлик шаклланиши асосида ётади. Жинс социализацияси учун ўғил ва киз бола (эркак ва аёл) ҳуқуқига нисбатан жамиятдаги маданий нормалар, жамият аъзоси сифатида эркак ва аёлнинг бажариши керак бўлган маскулинлик ва феминлик стереотиплари, ижтимоий рол салмоғи муҳим аҳамиятга эга.

Репродуктив соҳа патологияси бўлган болалар ва ўсмирлардаги рухий хусусиятларни тадқиқотида, хусусан уларнинг жинсий идентификацияси буйича куйидаги маълумотлар олинди (Тарусин, 2007). Кўпгина болаларда ўзининг генетик ва фенотипик жинси билан учун хос бўлган “Мен” идентификациясининг бузилиши, жинс аутоидентификацияси бузилиши, жинсий партнер танлашдаги табиий жинс детерминациясининг бузилиши аниқланди; ўзининг тенгқурларидан жисмоний негатив фарққа эга бўлган “жинсий ривожланишдан ортда қолиш” комплекси; узок муддатлар давомида

огрик ва касалликдан, ўзининг жисмоний камчиликларидан, ижтимоий депривациядан (лат. - йўқотиш, ажралиш маъносига эга бўлиб, асосий психофизиологик ва ижтимоий эҳтиёжларнинг қисқариши ёки бутунлай йўқолиши) қайгуга тушиши.

Шундай маълумотлар борки, репродуктив аъзоларида патологияси бўлган ўсмир-қизларда болаларга нисбатан девиант хулқ шаклланиши хавфи каттарок бўлади (Можайко, 2003). Репродуктив саломатлиги бузилган ўспирин-йигитларда паст даражали фаоллик, аутодеструктив реакциялар, паст демонстративлик, ваҳима ва зўриқишнинг юқори даражаси, гумонсирашлик, омадсизликдан қочиш учун мотивацияси устунлиги, ўз атрофидагилар хулқий нормасига ориентацияланиш, муҳит устидан шахслараро фаолликни устунлиги, аффилиация (илик, ишончли муносабатлар) эҳтиёжларидан қоникмаслик билан характерланади, улар муносабатлар инициацияси билан қийинчиликларга эга бўлади (Долгих В.В., 2010).

Эндокрин ва репродуктив тизимида патологияси бор ўспирин-йигитларни тадқиқ қилиш, уларда руҳий ҳолатни эмоционал стрессни ифодаланган ҳолат сифатида характерлашга имконини беради. Улар кўрқув ва агрессивликни юқори даражаси, демонстративликни ифодалаш билан намён бўлади, аммо бу кўрсаткичлар назорат гуруҳидаги ўсмирларга караганда сезиларли даражада юқорилиги қайд этилган. Бундан ташқари шахслараро фаолликдан муҳит фаоллиги устун туриши кузатилган, бу эса стрессга адаптацияланиш структурасидаги руҳий химояланиш усулларининг шаклланиши кечикканлигидан дарак беради (Загорский Е.Ю., 2011).

Репродуктив тизимида бузилишлар бўлган ўсмирлар руҳий характеристикасида ўсмир демонстративлик ва агрессивлигини баҳолашда, уларнинг шахслараро ва муҳит фаоллигига нисбатан тафовут борлиги: В.В. Долгих ўзининг тадқиқотларида шахслараро фаолликни паст даражасини ва тўхтаб қолишини тасдиқлайди. Бу вақтда Е.Ю. Загорский – демонстративлик, агрессивликни юқори даражани ва муҳит фаоллигини ошишини кўрсатади.

АҚШ да 80-йиллар ўрталарида репродуктив соҳа муаммолари бўлган ёшларда нотурғун гендер идентичлиги тадқиқ қилинганда, аниқ мақсадли психотерапиясиз никоҳ-оила муносабатларида кийинчиликларга дуч келишган ва ўзларининг никоҳидан қониқиш олишмаган. Уларнинг ҳулюк кенг тарқалган маскулинлик стереотипларига бўйсинмаган, бу эса яқин ижтимоий ҳалқада тушунмовчиликларни келтириб чиқарган. Ярим йил давомида гендерлик ролини руҳий коррекцияси эр-хотин муносабатларини уйғунлашувига имкон берган (Degiovanni, 1984).

Бу маълумотларни P.L.Martin (2002) ўзининг тадқиқотларида нотурғун гендер идентификацияси мавжуд пациентларда депрессия келиб чиқиш хавфи ҳақидаги маълумотлар билан янада тўлдиради. Муаллиф фикрича, ўзида аниқ бир гендерлик образи тасаввури бўлмаган пациентлар, аниқ жинсий идентификацияси мавжуд бўлган одамларга қараганда 3 баробар депрессия симптомларни ҳис қилишини тасдиқлайди.

D.Tobin (2007) тадқиқотларида, жамиятда кенг тарқалган гендерлик стереотипларига эга бўлган болалар, ўзларни янада уйғун ҳис қилиш имкониятига эга бўлганлиги кўрсатиб ўтилади. Гендерли идентификацияси биологик жинс билан мос келган болалар янада юқори ўзига ўзи баҳо бериши, тенгқурлари коллективида юқори даражада қабул қилиниш билан ажралиб турган.

Турли хил соматик касалликлар, шу жумладан сийдик-таносил тизимида муаммолари бўлган ўсмирларда гендерлик идентификацияси шаклланишига бағишлаган тадқиқотлар натижалари катта кизиқиш ўйғотди (Stevens, 2009). Саломатлиги имкониятлари чекланган болаларда гендерлик идентификацияси соғлом болалар параметрлари билан солиштирилганда бир канча тафовут борлиги аниқланган.

Шундай қилиб, уrogenитал патологияси бор бўлган болалар ва ўсмирларда руҳий хусусиятлари муаммосига бағишланган МДХ ва ҳорнж адабиётлари таҳлили, шунингдек ўзимизни кузатиш ва эмпирик тадқиқотлар натижалари асосида қуйидаги хулосалар олинди. Стационарға

госпитализация қилинган ва операцияга тайёрлаш давомидаги болалар ва уларнинг ота-оналаридаги юқори эмоционал зўриқиш, репродуктив аъзолардаги патология билан болаларда руҳий хусусиятларни акс этиши, оператив ёндошувга мураккаб шахсий реакцияси ва “Мен” дисгармоник образ шаклланишидаги хавф пациентларга руҳий-педагогик ёрдам кўрсатиш лозимлигини, шунингдек бу ёрдамнинг асосий йўналишини белгилаб берди.

### **Даволаш фаолиятидаги субъектлари ўртасидаги коммуникация**

Тиббиёт мутахассислари вакиллари (врачлар ўртасида, нотиббий профилдаги мутахассислар, ҳамширалар) ўртасидаги, бундан ташқари тиббиёт ходимлари ва пациентлар ўртасидаги шахслараро муносабат сифатидан булимдаги руҳий климат боғлиқ бўлади, бунда пациентларга руҳий комфорт таъминлаш, яъни уларнинг эҳтиромни, қабул қилиниши ва хавфсизлигини асосий эҳтиёжларини идеал даражада қондириш лозим. Булимдаги илик руҳий климат пациентларни стационар шароитларига яхши адаптацияланишига имкон беради, манипуляция ва муолажалар олдидаги кўрқув интенсивлигини пасайтиради, пациент ва врач ўртасидаги алоқа ўрнатишни тезлаштиради, пациент ва унинг оиласидаги эмоционал ҳолатни турғунлаштиради.

Врач ва пациент ўртасидаги субъект-субъект муносабатларини ўрнатиш алоҳида диққатни талаб этади. Субъект-объект муносабатларида пациент врачни ўзининг касалликлари (“диабетик”, “астматик”, “ревматик”, “гипоспад” ва ҳ.к.) призмаси орқали идрок этади, бу эса пациентни шахсияти иккинчи ўринга ўтишига олиб келади. Бошқача қилиб айтганда, унинг ҳаётий мақсади, даволаниш мотивлари, хиссиёти, эмоционал реакцияси ва бошқалари инкор этилади. Пациент эмас, балки унинг касаллиги даво субъектига айланади, инсон эса бу жараёнда ўзини даволаниши ва унинг натижаларига нисбатан бепарво бўлган шахс сифатида қаралади. Гуманистик нуқтаи-назардан субъект-субъект муносабатларни ўрнатишда қуйидагилар тавсия этилади:

- врач пациент касаллиги ва унинг шахсига тенг қимматли муносабатда бўлиш, касалликни даволашга эмас, балки бемор ҳаёт сифатини оширишга ориентацияланиши;
- пациент (уни оиласи) ва врач ўртасида шериклик муносабатлари ўрнатилиши;
- пациент билан унинг даволаниш натижаларига жавобгарликни тақсимланиши;

Бизнинг нуқтаи-назаримизча, врач ва пациент ўртасидаги муносабатлар қуйидаги стратегия асосида қурилиши лозим:

- Позитив шахслараро алоқа ўрнатиш;
- Тиббий муолажалар ва манипуляцияларнинг мақсади ва кетма-кетлиги тўғрисида пациент тўлиқ ахборот ва тасаввур ҳуқуқига эга бўлиши;
- Даволаш жараёни муҳокамаси доирасида диалогик муносабат ҳолати ва ахборот етарлича ҳажмда бўлиши;
- Даволаш давомидаги позитив (эмоционал) мувоффақиятларни мустаҳкамлаш;
- Врач (тиббиёт ходимлари) томонидан даволашнинг ҳамма босқичларида пациентни эмоционал қувватлаш.

*Алоқа ўрнатиш* - врач ва пациент ўртасида муносабатларни ўрнатишдаги энг муҳим босқич. Алоқа сифати кўп ҳолларда даволаш мувоффақиятини белгилайди. Шахслараро алоқни ўрнатишдаги фаол позиция врачга тегишли бўлади. Врач ва пациент ўртасидаги алоқани ва ишончли муносабатларини ўрнатиш муолажаларининг муддатни олдиндан белгилаш мумкин эмас, бу эса врач коммуникатив компонентлигини ва пациент коммуникатив қобилятини белгилайди. Алоқани ўрнатишда жараённи тезлатмаслик, чидамлиликни, эмпатияни (ўзгалар эмоциясини ўзига олиш) намоён этиш, пациент шахсида позитив тасаввурни сақлаб қолиш муҳим аҳамиятга эга.

*Пациентга унинг касаллиги ва кўзда тутилган даволаш муолажалари ҳақида ахборот бериш*- саломатликни тиклаш, текширишлар муддати, оғрикли тиббий муолажаларга рухий тайёргарликнинг муҳим босқичидир. Болани текшириш ва даволашга боғлиқ равишда, кўзда тутилган чоратadbирлар мақсади ва кетма-кетлигини тушунтириш, унда ўзини яқин келажагини англаш ва у билан содир бўладиган ҳолатларни назорат қилиш имконини беради. Бу эса маълум ҳолатлар олдида болада кўркиш интенсивлигини пасайтиради, унинг ўзига бўлган ишончини оширади, соғайиши учун зарур бўлган чораларни ўтказилишини енгиллаштиради. Агарда текшириш ва манипуляциялар режасида ўзгаришлар пайдо бўлса, албатта қўшимача ажратиб бола билан суҳбат ўтказиш ва унга бу ўзгаришлар сабаби ва мақсадини тушунтириб бериш лозим.

*Пациент ва уни оила аъзолари билан ўтказилган диалогик мулоқот-партнерлик субъект-субъект муносабатларини қўришга имкон беради*, бунда эрта ва мактабгача ёшда бўлган пациентлар ҳақида ҳам суз боради. Диалог муаммоларни муҳокама қилиш, мулоқатда партнер фикри ва истакларини ҳурмат қилиш, муқобил таклифлар, аниқ келишувларни кўзда туттади. Диалогик муносабатларни ҳар доим ҳам амалга оширишни имкони бўлмайди (ёки қисман амалга ошириш мумкин), масалан, боланинг интеллектуал ривожланиш даражаси етишмаслигида, пациентда маълум бир шахсий диспозиция ва характер акцентуацияси (характердаги хусусиятларни хаддан зиёд ошириш) бўлган ҳолатларда. Ҳар қандай ҳолатда, диалог пациентнинг хабардорлик даражасини оширади, ўтказилаётган тadbирларда ўзини онгли иштироки, даволаш жараёнларида уни эмоционал ҳаракатини таъминлайди, конструктив мулоқатини ўйғотади.

*Бола мувоффақиятларида врач қўмаги* даволаш жараёнларига маъсулиятли ёндошуви ва тикланиш муолажалари ўтказилиши тартиби ва схемасини ўзлаштиришини шаклланишида муҳим ўрин туттади. Стационар тартиб қоидаларига амал қилиш, пациентнинг врач тавсияларига риоя қилишда позитив ёрдам, бола қабул қилган бошқа позитив фаолликлар талаб



қилинадиган ҳулк шакллари ва уни бажарилишини мустаҳкамлашга ёрдам беради. Одатда боладаги номаъқул ҳулкка жавобан катталар томонидан эмоционал жавоб (эмоционал реакцияси сифатини муҳокама қилмасдан) берилади, маъқул ҳулкка нисбатан катталар нуктаи назаридан “Ўз ўзидан маълум” жавоб олади, шунинг учун ҳам у ҳар қандай эмоционал реакциядан маҳрум. Бу ҳолатларда эмоционал кўмакнинг руҳий қонуниятлари бола ҳулқида негатив шакллари мустаҳкамлайди. Шу боисдан керакли йўналишдаги боладаги ҳар қандай фаоллик врач ва ҳамшира томонидан позитив эмоционал реакция билан баҳоланиши керак. Деструктив оқимдаги фаоллик, бола ва уни атрофидагилари фаолияти учун хавфсизлиги орқали қайта йўналтирилиши ва амалга оширилиши мумкин, акс ҳолда охирида бола жазоланиши мумкин. Врaчни бола билан конструктив мулоқати фонидa ҳулқдаги кичик бузилишлар врач томонидан онгли равишда инкор қилиниш мумкин, бунда врач пациент ҳулқидаги ижобий шаклларига ва уни позитив мустаҳкамланишига ўрғу бериши лозим.

*Даволовчи врач ва булимдаги тиббий ходимлар томонидан эмоционал ёрдам* - бу ташқи, бола шахсиятидаги ижтимоий ресур бўлиб, ундаги кўпгина руҳий жараёнларни, ирода бошқаруви, даволаниш ва соғайиш мотивацияси, эмоционал ҳолатининг турғунлиги, ўзини англашдаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ифода этади. Эмоционал ёрдам врачнинг бола “тақдирига” нисбатан эмоционал ғамхурлиги орқали амалга оширилади, унинг руҳий ва соматик ҳолатига, унинг шахсияти ва ҳулқидаги хусусиятлари ва бошқаларни ҳисобга олган ҳолда эмоционал жавоб бериш лозим.

Пациентлар реабилитациясида уларни саноген ҳулққа ўргатиш алоҳида ролни ўйнайди. Охириги вақтларда пациентда у ёки бу нозология буйича касаллиги бўлса ҳам соғлом турмуш тарзи ҳақида гапириш қабул қилинган. Шу билан бирга уни касалигини мувоффақиятли даволашни таъминлашга қаратилган саноцентриқ йўналиши мажмуи аниқланади. Бундай ҳаракатлар мажмуи *саноген ҳулқни* белгилайди, бу эса пациентни ҳаёт сифати ва ижтимоий алоқаларини яхшиланишига олиб боради (Спивак, 2011).

Пациентларни саноген ҳулққа ўргатишда руҳий-педагогик концепцияси (4.1-расм) куйидагиларни тавсия қилади (Спивак, 2007):

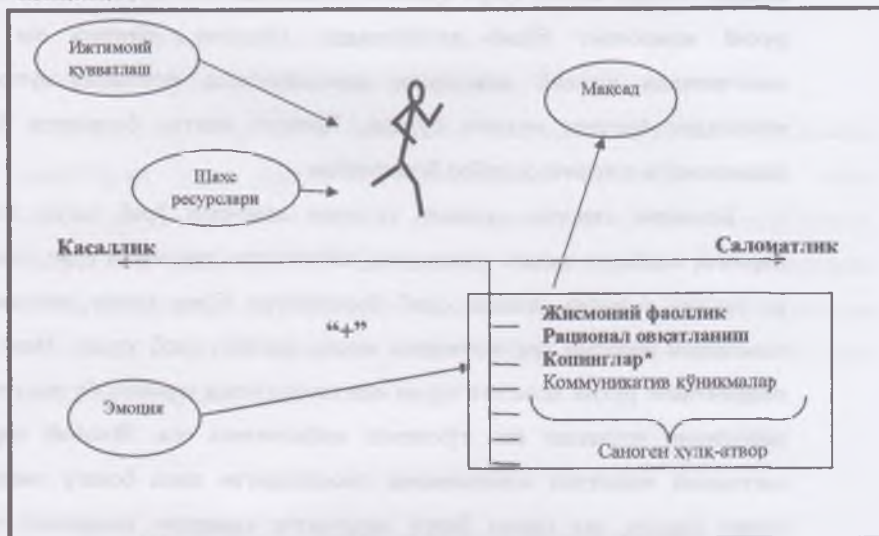
- пациентнинг тавсия қилинган ҳулққа риоя қилиш бўйича бўлиши мумкин бўлган вариантлар танлови;
- тавсия қилинган ҳулққа нисбатан пациентнинг позитив эмоционал муносабати;
- пациентнинг ўз шахсий ресурсларига таяниши (мақсаднинг мавжудлиги, ирода бошқаруви, ўз тартиб-интизоми ва бошқ.);
- пациент оиласи, таълим олаётган гуруҳдошлари, педагог ва бошқ. томонидан ижтимоий ёрдам.

Пациентда танловнинг мавжудлиги уни даволаниши ва соғайишида маъсулият ҳис қилишни делегирлаш (маъсулият ва вазифаларни бошқа шахсга берилиши) учун муҳимдир. Катта ўсмир бундай маъсулиятни ўзига қабул қилиш мумкин. Кичик ўсмир ва кичик ёшдаги мактаб ўқувчилари врач тавсия қилган вариантларга риоя қилиш муҳим ва бу вариантлар ўртасидан бирини танлаш, зеро бу врач ва бола ота-онаси вазифаларини қийинлаштираса ҳам, танловдаги руҳий мақсад мазмуни сақланиб қолади ва одатда тавсия қилинганларни бажаришдан бош тортишни ҳолатларини камайтиради.

Пациентнинг тавсия этилган ҳулққа нисбатан позитив эмоционал муносабатда бўлишининг зарурлиги қабул қилинган муҳим саноген фаолият ва уни бажарилиши билан боғлиқдир. Олимлар томонидан исботланганки, инсон томонидан ижтимоий жараёнларни идрок этишнинг руҳий қонуниятлари, бундан ташқари мавжуд бўлган объектив реалликда уни ҳулқни белгиловчи усуллар ва механизмлари мавжуд. Шунингдек, бошқа одамлар ёки воқеалар билан боғлиқ бўлган ва чақирилган салбий эмоциялар, одамларда бу воқеа ёки ситуациялар, субъектлардан қочини стратегиясини танлашини белгилаб беради; ижобий эмоциялар эса уларни қабул қилишга олиб келади. Шундай қилиб, пациентни даволаниш жараёнидага ижобий

эмоциялар, рухий комфорт ҳолатида бўлиши, булимдаги тиббиёт ходимлари ва тиббий ёрдам коммуникацияси сифатидан қониқиш ҳосил қилиш, умуман олганда ижобий идрок этилган врач образи ва даволаш муолажалари шунга олиб келадики, бунда бемор тиббиёт муассаси мутахассисларидан айтилган ахборотларга қулоқ солади, уларга ишонади, уларнинг тавсияларига риоя қилади.

4.1-расм. Пациентларни саноген ҳулққа ўргатишда рухий-педагогик концепция



\*Копинглар-стрессни бартараф қилиш учун инсон фаолияти

Пациентнинг врачга (булим, клиника) нисбатан узок муддатли эмоционал муносабатлар истикболи уни бутун бир тиббиётга нисбатан эмоционал муносабатларига кучади, пациентнинг ижобий эмоциялари бошидан кечишида ишончи ва позитиб тассуротлар эҳтимоли ошади.

Пациент тушунчалари, ўз касалигини даволаниш жараёнида ўзини қандай тутиши ва у томонидан қабул қилинган врач тавсиялари, ҳар доим ҳам ундаги шахсий ресурсларнинг (фаоллиги, бошқарув иродаси, саноген

рухий ҳолати ва бошқ.) йўқлиги ёки етишмаслиги натижасида бу тавсияларни бажарилишини кафолатламайди.

Пациентнинг даволаниши ва соғайишида шахсий фикрини идрок этиши ва эгаллашига муҳим аҳамият қаратиш лозим. Унинг соғайишдан мақсади хусусан даволаниш ва соғайишнинг ўзи билан боғлиқ бўлмаслиги мумкин. Унинг мақсади бошқа у учун муҳим бўлган фаолият тури (ўйин, спорт, ижод ва бошқ.) билан боғлиқ бўлиши мумкин, бундай ҳолларда шахсий саломатлиги уни мувофақиятларга эришида қўшима ресурс бўлиб хизмат қилади. Шундай қилиб, тўғри йўналган мақсад даволаниш фаолиятида муҳим рухий компонент бўлиб ҳисобланади. Пациент, айниқса ёш бола, даволанишда шахсий мақсадини шаклланишида психолог-мутахассис томонидан ёрдамга муҳтож бўлади. Ҳозирги вақтда болаларда бундай даволанишга етарлича эътибор берилмайди.

Боланинг саноген ҳулқини кузатиш давомида ўраб олган жамият, биринчи навбатда оиласи томонидан, кейинчалик даволовчи врач, психолог ва таълим гуруҳли шаклда олиб борилаётган бўлса унинг тенгдошлари томонидан мададни ҳис қилиниши муҳим аҳамият касб этади. Аммо, оила пациентнинг рухий ҳолатига турли хил таъсир этиш мумкин, бу эса соғайиш жараёнини тезлатиш ёки тўхтатиш қобилиятига эга. Ижобий вариант-ижтимоий жиҳатдан хотиржамлик таъминланган оила болага эмоционал ёрдам беради, шу билан бирга терапевтик самарани оширишга таъсир кўрсатади. Амалиётида эса кўпинча салбий вариант амалга оширилади. Тўхтатувчи омили ота-оналарда бола касаллигини етарлича ёки ортиқча баҳолаш олиб келади. Биринчи ҳолатда ота-оналар бола соғлиғидаги муаммоларга етарлича диққат қаратишмайди, ёхуд уни даволанишига расман муносабатда бўлишади; иккинчи ҳолатда – бола соғлиғига диққат қаратган ҳолда, ортиқча ғамхўрлик қилишади. Ота-оналар ўзини боласини соғайишига онгсиз равишда қарши таъсир кўрсатади. Психологик консультация ва психотерапия амалиётида шундай ҳолатлар маълумки, боланинг касаллиги-ота-онасининг бирга бўлиши ва оилани сақланиб қолиши мажбурловчи

ягона важ бўлиб ҳисобланади, ёки бола соғлиғидаги салбий ҳолат ота-оналардан бирининг, кўпинча онанинг (онгсиз равишда) мақсади бирламчи турмуш тарзини шериги ва қариндошлари олдида оқлашга хизмат қилади.

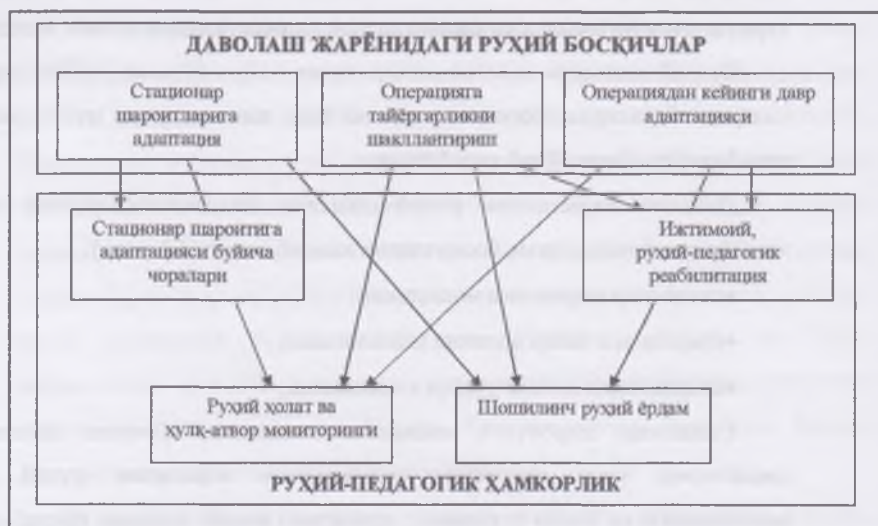
Бундай ҳолларда саноген маҳоратнинг пайдо бўлиши тиббий нуқтаи-назардан болаларда урогенитал патологияни даволаш учун муҳим долзарб вазифалардан бири бўлиб ҳисобланади.

Даволаш жараёнининг руҳий-педагогик ҳамроҳлиги, шундай қилиб, ҳамма асосий психологик босқичларни қамраб олади (4.2-расм):

- стационар шароитига мослашиш;
- операцияга тайёргарликни шаклланиши;
- операциядан кейинги даврга мослашиш;

Стационар шароитига мослашиш эмоционал зўриқиш даражасини пасайтириш учун қаратилган профилактик чораларни, руҳий ҳолат мониторинги ва ўзини тутишини, шошилиш руҳий ёрдамни қамраб олади. Операцияга тайёргарликни шаклланиши босқичларида ва операциядан кейинги даврга мослашувида руҳий ҳолат ва ҳулқини мониторинги, мунтазам ижтимоий ва руҳий-педагогик реабилитация, зарур бўлганда -шошилиш руҳий ёрдам муҳим аҳамият касб этади.

4.2-расм. Даволаш жараёнидаги руҳий босқичлари билан руҳий-педагогик ҳамроҳлик чоралари буйича боғлиқлиги.



## ХУЛОСА

Урогенитал патология билан болаларда даволашни ташкил қилишда куйидагиларга аҳамият қаратиш мақсадга мувофиқ бўлади: пациент рухий тавсифи, ёши, характернинг индивидуал рухий хусусиятлари, ҳаётий мотивлар ва муҳим ориентирлар, бола ривожланишидаги ижтимоий ҳолат хусусиятлари, бола-ота-она муносабатлари характери. Пациент билан мулоқот давомида ва унга саломатлиги ҳолати ҳақидаги клиник ахборотларини билдиришда, коммуникациянинг инсонпарварлик ва умумбашарий принципларига амал қилиш муҳим аҳамият касб этади.

Саломатлик бузилиши этиологияси (репродуктив соҳа), оғирлик даражаси (репродуктив имкониятларнинг чекланиши), тиббий ёрдам шакли (консерватив ва хирургик даволаш) ва касаллик кечиши прогнози болалар руҳияти шаклланиши жараёнига, хусусан эмоционал муҳит, ижтимоий компонентлик, ўзини англаш ва ўзининг жинсий идентификациясида ўзига хос хусусият билан таъсир қилади.

Репродуктив функциянинг тикланиши боладаги урогенитал патология аниқланган ёш, ўзгаришларнинг келиб чиқиш сабаблари ва даражаси, даволашни бошланган вақти ва самараси билан бевосита боғлиқ бўлади. Касаллик характери ва уни кечиши болаларда ўз ҳақида ва ўз танаси ҳақидаги тасаввурларни шаклланишига тўғридан тўғри таъсир кўрсатади. Болалар репродуктив саломатлигидаги функционал чекланишларда, физиологик жараёнлар ва ўз организми фаолиятини реал ва асосланган зарурият билан назорат қилиши лозим. Мавжуд бўлган касаллик ва репродуктив функциянинг бузилиши боланинг ўз ночорлиги буйича рухий зўриқишларга олиб келади, бундан ташқари ўзига ўзи баҳо беришини сусайтириб, ўз идентификациясини нотўғри талқин қилади. Репродуктив саломатликдаги сезиларли чекланишлар ўз ўзини англаш шаклланиши хусусиятларига таъсир кўрсатади, жинсий идентификация ҳақидаги тасаввурларда эса нореал манзарани касб этади.

Болаларда касалликни тасаввур қилишдаги рухий хусусиятлари врачни пациент билан мулоқоти стратегиясида қуйидаги аникликларни ҳисобга олиш лозим:

- шахслараро мулоқотни ўрнатиш;
- тиббий муолажалар, манипуляциялар мақсади ва кетма кетлигини тушунтириш ва ахборотлаш;
- диалогик мулоқот давомида берилаётган информацияларнинг бола тасаввурини учун тўлиқ ҳажмида ва тушунарли бўлиши;
- даволаниш давомида болани камраб олган мувофақиятларни позитив эмоциялар билан мустаҳкамлаш;
- врач (тиббий ходимлар) томонидан рухий мадад бериш.

Пациентларни саноген ҳулққа ўргатишдаги рухий-педагогик концепцияси қуйидагиларни тавсия қилинади:

- пациентга даволаниш лозимлигига, тиббий топширик ва тавсияларга риоя қилишга, уларни ижобий натижаларини қабул қилиниши ва идрок этишига ёрдам бериш;
- даволаниш жараёнларига нисбатан пациентнинг позитив эмоционал муносабати;
- пациентнинг ўз шахсияти ва турмушнинг ижтимоий шароитларига рухий ресурсларини идрок этишига ёрдам бериш;
- пациент оиласи, таълим олаётган гуруҳдошлари, педагог ва бошқ. томонидан ижтимоий ёрдам.

Пациентнинг клиникадан ташқарида жинс шаклланиши бузилиши билан кечадиган ижтимоий - рухий ҳолат, уларга психосексуал адаптациянинг заруриятини тасдиқлайди. Унга эрта ёшда (6 ойдан 2 ёшгача) жинсий пастпортни танлаш, интерсексуал ҳолат даврида бўлишини қисқартириш, жинсий ва шахсий тарбияда илмий асосланган ва шахсий-ориентирланган тизим, шунингдек шахсий мотивацияси шаклланиши ва боланинг ўз саломатлиги ва ҳаёти тарзига масъулияти кирати.



Боланинг ижтимоий ҳаёт тарзини ўзгариши, узоқ вақт давомида тиббий стационар шароитларида бўлиши лозимлиги, янги ижтимоий ҳолатга адаптация жараёнларини оптимизация қилиш мақсадида ва касалликни ва даволаниш жараёнларига боғлиқ бўлган, болада негатив ассоциация шаклланишини олдини олишда, бундан ташқари унинг ёшига мос равишда мураккаб ва болани қўрқитадиган тиббий ахбортларни келтиришда, катталарда боланинг мазкур касаллигига нисбатан қўрқувни ифодаланишида рухий ёрдамни кўрсатишилишининг зарурлиги мақсадга мувофиқдир.

Бола ва уни оиласини рухий ҳамкорлик қилиш ўз ичига қуйидагиларни олади: пациент ва уни яқинларини стационар шароитларига адаптацияси учун профилактик чоралар, даволанишнинг ҳамма босқичларида ҳулқ ва рухий ҳолатни мониторинг қилиш, боланинг рухий ҳолатининг ноодатий турғун ўзгаришларига ўз вақида (шошилиш) рухий ёрдам кўрсатиш, ижтимоий ва рухий-педагогик реабилитация/абилитация.

Болаларни даволанишини ташкил қилишнинг рухий аспектилари кўп қиррали, алоҳида нозология доирасидан кенг ва монографиянинг мазкур қисми материаллари билан яқунланмайди.

*Хотима якунида Республикамизда уроандроология соҳасида фаолият олиб бораётган мутахассисларга халқимиз репродуктив саломатлигини сақлаш каби муҳим стратегик аҳамиятга эга ишларида мувоффақият тилаймиз.*

*Муаллифлар.*



## Ўз ўзини синаш учун тестлар

**1. Стационар шароитда рухий адаптацияга имкон берувчи ташкилий тадбирларга қуйидагилардан қайси бири киради?**

- а) булимдаги тиббий ходимлар билан танишиш
- б) клиника ва булим структураси
- в) стационарда бўлиш тартиб қоидалари ва тиббий ходимлар билан мулоқот
- г) рухий консультация, шунингдек индивидуал рухий ёрдам ҳақида ахборот бериш
- д) юкоридагиларни ҳаммаси киради.

**2. Жинс категориясига тўлиқ таъриф беринг?**

- а) мураккаб культурологик, психологик, ижтимоий ва тиббий-биологик категория
- б) психологик, ижтимоий ва иқтисодий категория
- в) биологик, психологик, рухий категория
- г) культурологик, психологик, ижтимоий ва индивидуал категория
- д) индивидуал, биологик, иқтисодий ва маънавий категория

**3. Жинснинг рухий характеристикага бағишланган "Жинс ва характер" китобининг муаллифи ким?**

- а) К. Юинг
- б) З. Фрейд
- в) О. Вейнинггер
- г) Л.Мартин
- д) Ж.Ламарк

**4. Жинсий идентификация юзага келиши ва ривожланишида муҳим рол ўйнайдиган омилларни кўрсатинг?**

- а) биологик, рухий, ижтимоий
- б) индивидуаллик, рухий, иқтисодий
- в) рухий, иқтисодий, биологик
- г) ижтимоий, иқтисодий, рухий
- д) ҳамма жавоблар тўғри

**5. Даволаш жараёнининг рухий-педагогик ҳамроҳлик ва асосий психологик босқичларни қамраб олган жавобни кўрсатинг?**

- а) стационар шароитига мослашиш;
- б) операцияга тайёргарликни шаклланиши;
- в) операциядан кейинги даврга мослашиш;
- г) ҳамма жавоб тўғри

**6. Пациентларни саноген ҳулққа ўргатишда рухий-педагогик концепцияларни кўрсатинг?**

а) пациентнинг тавсия қилинган ҳулққа риоя қилиш буйича бўлиши мумкин бўлган вариантлар танлови

б) тавсия қилинган ҳулққа нисбатан пациентнинг позитив эмоционал муносабати

в) пациентнинг ўз шахсий ресурсларига таяниши (мақсаднинг мавжудлиги, ирода бошқаруви, ўз тартиб-интизоми

г) пациент оиласи, таълим олаётган гуруҳдошлари, педагог ва бошқалар томонидан ижтимоий ёрдам

д) ҳамма жавоб тўғри

**7. Ҳозирги вақтда психологияда жинс муаммолари билан боғлиқ ҳолда уч йўналишга зид бўлган йўналишни кўрсатинг?**

а) объектив мавжуд бўлган руҳият ва ҳулқнинг жинсий рол фарқларини ўрганиш

б) у ёки бошқа маданият доирада фемининлик-маскулинлик стереотипларини ўрганиш

в) жинсий идентичликни шаклланиши

г) ижтимоий ва рухий йўналишни ўрганиш

**8. Стационарда адаптация мувофақияти қуйидаги омиллардан қайсисига боғлиқ:**

а) коммуникатив муомила амалиёти, тил билиши ва бошқа ҳоказо кўникмаларга эга бўлган, бола ва унинг вакилининг долзарб ижтимоий малакасига

- б) боланинг рухий детерминантига (индивидуал шахсий хусусияти, эмоционал ва интеллектуал статуси)
- в) боланинг жисмоний ҳолати ва соматик саломатлигига
- г) даволаш муассасида боланинг аввалги даволаниш вақтида орттирган тажрибасига
- д) юкоридагиларнинг ҳаммасига боғлиқ

**9. XX аср бошларида жинс психологияси ривожланишда катта ҳисса қўшган олим?**

- а) К. Юинг
- б) З. Фрейд
- в) О. Вейнинггер
- г) Л.Мартин
- д) Ж.Ламарк

**10. Болани ва уни оиласини стационарда мослашувида рухий педагогик ҳамроҳлик қуйидагиларни қайсини ўз ичига олади?**

- а) бола ва унинг оиласини стационар шароитига мослашуви буйича огоҳлантирувчи чоралар
- б) бола рухий ҳолатни мониторинг
- в) касаллик ҳолатига, стационар тиббий атмосферага, саломатлик бузилиш ҳақида ахборотларга нисбатан келиб чиқадиган боладаги негатив рухий таъсирларни йўқотиш
- г) ижтимоий ва рухий педагогик реабилитация
- д) ҳамма жавоб тўғри

## АДАБИЁТЛАР

1. Агеев В. С. Психологические и социальные функции полоролевых стереотипов. *Вопр. психол.* 1987; 2: 152-158.
2. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. *СПб.: Питер.* 2001. 282 с.
3. Арина Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры. Телесность человека: междисциплинарные исследования. *М.: МИА.* 1991. 34 с.
4. Аркин Е. А. Личность и среда в современной биологии. *М.-Л.: Госиздат.* 1927. 29 с.
5. Баженов А. В., Комолов Д. А. Сравнительный анализ представлений о собственном теле у детей и подростков. Вестник РГМУ. Специальный выпуск. *М.: ГОУВПО РГМУ Росздрава.* 2011; 1.
6. Блонский П. П. Очерки детской сексуальности. *М.-Л.: Центр, институт охраны здоровья детей и подростков.* 1935. 125 с.
7. Вейнингер О. Пол и характер. *Ростов-на-Дону: Феникс.* 1998. 608 с.
8. Выготский Л. С. Детская психология. Собрание сочинений в 6 т. *М.: Педагогика.* 1984; 4: 432.
9. Долгих В. В., Савчук О. В., Загарских Е. Ю. Психологические особенности подростков с нарушениями репродуктивного здоровья. Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. *СПб.: Издательство Н-Л.* 2010; 8 (1): 43-44.
10. Загарских Е. Ю. Медико-социальные аспекты формирования нарушений репродуктивного потенциала у мальчиков подросткового возраста, проживающих в промышленных центрах. *Междун. эндокринолог. ж.* 2011; 1 (33). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/15792> (дата последнего обращения: 24.01.2013).
11. Захаров А. И. Психологические особенности восприятия детьми роли родителей. *Вопр. психол.* 1982; 1: 57-68.

12. Исаев Д. Н. Половое воспитание детей: медико-психологические аспекты. Л.: Медицина. 1988. 160 с.
13. Каган В. Е. Половая идентичность и развитие личности. *Обзор психиатр. и мед. психол. им. Бехтерева*. 1991; 4: 25-33.
14. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб.: Питер. 2002. 960 с.
15. Комолов Д. А. Представления о собственном теле у детей младшего школьного возраста. *Вестн. РГМУ. Специальный выпуск*. 2012; 1: 96-97.
16. Кон И. С. Половые различия и дифференциация социальных ролей. Соотношение биологического и социального в человеке. М. 1975. С. 763-776.
17. Кононова Я. В. Медико-социальная и психосексуальная адаптация больных ложным мужским гермафродитизмом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Рос. мед. акад. последиплом. образования МЗ РФ. 2003.
18. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс. Л.: Медицина. 1970.
19. Мазурова Н. В., Буслаева А. С. Об особенностях психоэмоционального состояния родителей больного ребенка. Материалы Международной научно-практической конференции по клинической психологии детства «Рождение и жизнь». 15-16 октября 2010 г. СПб. 2010. С. 48-52.
20. Мазурова Н.В., Травина М.Л. Особенности восприятия образа тела у девушек с патологией молочных желез. *Вопр. диагн. в педиатр.* 2012; 4 (4): 49-52.
21. Можейко Л.Ф. Клинико-психологические особенности личности девочек-подростков в период становления репродуктивной функции. *Мед. панорама*. 2003; 9.
22. Мотовилин О. Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната. Автореф. дис. .... канд. психол. наук. М. 2001.
23. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. М.: Академия. 1998. 456 с.
24. Николаева В. В., Арина Г. А. Психология телесности: методологические принципы и этапы клинико-психологического анализа. М. 2004. С. 117-128.

25. Репина Т. А. Особенности общения мальчиков и девочек в детском саду. *Вопр. психол.* 1984; 4: 62-69.
26. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: *Прогресс*. 1979.
27. Спивак И. М. Профилактическая роль терапевтического обучения пациентов. Материалы IV Всероссийского съезда РПО. 18-21 сентября 2007 г. М.-Ростов-на-Дону: *Кредо*. 2007. С. 186-187.
28. Спивак И. М. Саногенное поведение взрослых: структура, принципы и модели обучения. М.: *LAPLAMBERTAcademicPublishing*. 2011.
29. Стандарт медицинской помощи больным с гипоспадией членомошоночной. URL: <http://www.ros-med.info>: Медицинская информационно-справочная сеть, [www.ros-med.info/standart-protocol/info.php?id=457&action=standart](http://www.ros-med.info/standart-protocol/info.php?id=457&action=standart) (дата последнего обращения: 19.01.2013).
30. Тарусин Д. И. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков. *Практика педиатра*. Май, 2007. URL: <http://medi.ru/Doc/j01070535.htm> (дата последнего обращения: 26.01.2013).
31. Тхостов А.Ш. Топология субъекта. *Вестн. МГУ, серия 14, психология*. 1994;2:3-13; 3: 3-12.
32. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности. М. 1997. 477 с.
33. Щелкова О.Ю., Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение. М.: *Академия*. 2004. 624 с.
34. Щелованов Н. М. История, задачи и методы работы клиники педологии и невропатологии младенчества и отдела государственной рефлексологии Института по изучению мозга. Вопросы генетической рефлексологии и педологии младенчества. М.-Л. 1929. С. 5-15.
35. Юнг К. Психологические типы. М.: *Прогресс-Универс*. 1995. 715 с.
36. Юферева Т. И. Формирование психологического пола. Формирование личности в переходный период: от подросткового к юношескому возрасту. М. 1987. С. 130-146.
37. С.П. Яцык, и соавт. Болезни органов репродуктивной сферы у мальчиков и юношей. М 2013. С.74-97.

38. Degiovanni J.Ch. Parental identity and gender identity in health and disease. *Temple University*. 1984.
39. Eccles J. S. Sex differences in mathematics participation. Women in science: advances in motivation and achievement. *Greenwich*. 1984; 2: 93-137.
40. Maccoby E. E. Psychology of Sex differences. Eds. E. E. Maccoby, C.N. Jaclin. *Standford*. 1974. 634 p.
41. Martin PL. Gender identity and risk for depression. *University of Miami*. 2002.
42. Money J. Handbook of sexology. *Amsterdam: Elsevier*. 1988; 6: 571.
43. Stevens F. Construction of an authentic gender identity. *Tennessee State University*. 2009.
44. Tobin D. D. Gender stereotypes and gender identity as interacting influences on children's self-concepts. *Florida Atlantic University*. 2007.