ICHKI ISHLAR ORGANLARI XODIMLARIDA XIZMAT TURI VA STAJIGA BOG‘LIQ PSIXOLOGIK XAVFNI BAHOLASH PROTOKOLI

R.B.Polvanov[1], N.M.Muxamedaliyeva[2]

1. tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (PhD), O‘zbekiston Respublikasi Harbiy xavfsizlik va mudofaa universiteti Harbiy tibbiyot instituti mustaqil izlanuvchisi

2. tibbiyot fanlari doktori, O‘zbekiston Respublikasi Ichki ishlar vazirligi Tibbiyot boshqarmasi boshlig‘ining o‘rinbosari

Mas'ul muallif: Polvanov Rasulbek Baxtiyarovich, tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (PhD), O‘zbekiston Respublikasi Harbiy xavfsizlik va mudofaa universiteti Harbiy tibbiyot instituti mustaqil izlanuvchisi.

e-mail: profpolvanov@gmail.com

Received: 01 Noyabr 2026
Accepted: 06 Noyabr 2026
Published: 11 Noyabr 2026

Copyright: © 2026 by the author(s). Licensee Buxoro xalqaro universiteti ilmiy axborotnomasi.

Iqtibos uchun: Polvanov, R. B. ICHKI ISHLAR ORGANLARI XODIMLARIDA XIZMAT TURI VA STAJIGA BOG‘LIQ PSIXOLOGIK XAVFNI BAHOLASH PROTOKOLI / R. B. Polvanov, N. M. Muxamedaliyeva // Buxoro xalqaro universiteti ilmiy axborotnomasi. — 2026. — T. 11, № 1. — B. 292–298.

Annotatsiya. Ichki ishlar organlari (IIO) xodimlarining ruhiy salomatligi kasbiy ishonchlilik va jamoat xavfsizligining tibbiy-ijtimoiy sharti hisoblanadi, biroq milliy amaliyotda psixologik xavf xizmat turi va staj kesimida tizimli baholanmagan, harbiy-tibbiy komissiya (HTK) doirasidagi baholash esa bir martalik suhbat bilan cheklanadi. Maqsad - IIO xodimlarida xizmat turi va stajiga bog‘liq psixologik xavfni baholashning ilmiy asoslangan tadqiqot protokolini ishlab chiqish va metodologik jihatdan asoslash. **Metodlar.** Xalqaro dalillar bazasining tanqidiy tahlili asosida stratifikatsiyalangan kogort dizayni tuzildi: safdan tashqari xizmat (n=180), safdagi xizmat (n=120), IIV psixologlari referent guruhi (n=60) va 30 nafar mutaxassisdan iborat koordinatsiya jamoasi; staj bo‘yicha uchta kogorta; T0-T4 chorak-davriy o‘lchovlar. Statistik quvvat oldindan hisoblandi. **Natijalar.** Psixologik xavfning besh komponentli operatsional modeli, metodikalar majmuasi, beshta tekshiriladigan gipoteza, chalkashtiruvchi omillarni nazorat qilish sxemasi va differensial psixoprofilaktik marshrutlash matritsasi ishlab chiqildi. Dizayn guruhlararo o‘rtacha kichik farqlarni (Cohen h=0,33) aniqlash quvvatiga ega. **Xulosa.** Protokol IIO xodimlarida psixologik xavfni yagona ball emas, balki xizmat turi va stajga xos tuzilma sifatida baholash imkonini beradi.

Kalit so'zlar: ichki ishlar organlari, psixologik xavf, tadqiqot protokoli, harbiy-tibbiy komissiya, safdagi xizmat, kasbiy kuyish, xizmat staji, psixoprofilaktika, suitsidal xavf.

ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА И СТАЖА СЛУЖБЫ

Аннотация. Психическое здоровье сотрудников органов внутренних дел (ОВД) является медико-социальным условием профессиональной надёжности, однако в национальной практике психологический риск не оценивался системно с учётом вида и стажа службы, а оценка в рамках военно-врачебной комиссии (ВВК) ограничивается однократной беседой. Цель - разработать и методологически обосновать протокол исследования психологического риска у сотрудников ОВД с учётом вида и стажа службы. **Методы.** На основе критического анализа международной доказательной базы построен стратифицированный когортный дизайн: нестроевая служба (n=180), строевая служба (n=120), референтная группа психологов МВД (n=60) и координационная группа из 30 специалистов; три когорты по стажу; ежеквартальные измерения T0-T4. Статистическая мощность рассчитана заранее, гипотезы и план анализа зарегистрированы до получения данных. **Результаты.** Разработаны пятикомпонентная операциональная модель психологического риска, комплекс методик, пять проверяемых гипотез, схема контроля смешивающих факторов и матрица дифференцированной психопрофилактической маршрутизации. Дизайн обладает мощностью для выявления малых и средних межгрупповых различий (h Коэна=0,33). **Выводы.** Протокол позволяет оценивать психологический риск не как единый балл, а как структуру, специфичную для вида и стажа службы.

Ключевые слова: органы внутренних дел, психологический риск, протокол исследования, военно-врачебная комиссия, строевая служба, профессиональное выгорание, стаж службы, психопрофилактика, суицидальный риск.

A PROTOCOL FOR ASSESSING SERVICE-TYPE AND LENGTH-OF-SERVICE PSYCHOLOGICAL RISK IN INTERNAL AFFAIRS OFFICERS

Abstract. Mental health of internal affairs officers is a medical and social prerequisite of professional reliability, yet national practice lacks a systematic assessment of psychological risk by type and length of service, and evaluation within the military medical board (MMB) is limited to a single interview. Objective - to develop and methodologically justify a research protocol for assessing psychological risk in internal affairs officers by service type and length of service. **Methods.** Based on a critical review of

international evidence, a stratified cohort design was constructed: non-line service (n=180), line service (n=120), a reference group of ministry psychologists (n=60) and a 30-member coordination team; three length-of-service cohorts; quarterly measurements T0-T4. Statistical power was calculated in advance. **Results.** A five-component operational model of psychological risk, an instrument battery, five testable hypotheses, a confounder-control scheme and a differentiated psychoprophylactic routing matrix were developed. The design is powered to detect small-to-moderate between-group differences (Cohen's h=0.33). **Conclusions.** The protocol enables psychological risk to be assessed as a structure specific to service type and length of service rather than as a single score.

Keywords: internal affairs bodies, psychological risk, study protocol, military medical board, line duty, burnout, length of service, psychoprophylaxis, suicide risk.

Kirish. Huquqni muhofaza qilish organlari xodimlarining ruhiy salomatligi bugungi kunda nafaqat individual tibbiy muammo, balki davlat xizmatining barqarorligi va jamoat xavfsizligini ta'minlovchi tizimli omil sifatida qaralmoqda. Ichki ishlar organlari (IIO) xodimining kasbiy faoliyati potensial travmatik hodisalar, shaxsiy xavfsizlikka tahdid, kuch ishlatish zarurati, smenali va tungi ish rejimi, yuqori ma'muriy javobgarlik hamda doimiy ijtimoiy nazorat sharoitida kechadi. O'zbekiston Respublikasining «Ichki ishlar organlari to'g'risida»gi Qonuni xodimlarning huquqiy maqomi va xizmat sharoitlarini belgilar ekan, ularning salomatligini muhofaza qilishni idoraviy tibbiy ta'minotning ajralmas vazifasi sifatida ko'zda tutadi. Tibbiy ko'rik va harbiy-vrachlik ekspertizasining tartibi Vazirlar Mahkamasining 764-son qarori bilan tartibga solinadi [1]; aynan shu bosqich xodim bilan tizimli tibbiy-psixologik muloqotning eng erta va eng qamrovli nuqtasi hisoblanadi.

Muammoning ko'lamini xalqaro meta-tahlillar yaqqol ko'rsatadi. S. Syed va hammualliflari 24 mamlakatdagi 272 463 nafar politsiya xodimini qamragan 67 ta tadqiqotni birlashtirib, depressiya uchun 14,6%, travmadan keyingi stress buzilishi (TKSB) uchun 14,2%, generalizatsiyalashgan xavotir buzilishi uchun 9,6% va suitsidal fikrlar uchun 8,5% umumlashgan tarqalish ko'rsatkichini olgan [2]. Bu ko'rsatkichlar muayyan vaqt nuqtasidagi tarqalishni aks ettiradi va turli baholash vositalari qo'llangan tadqiqotlar natijasidir; ularni O'zbekiston IIO shaxsiy tarkibi uchun tayyor me'yor sifatida ko'chirish ham metodologik jihatdan noto'g'ri. Biroq ular yordamga bo'lgan ehtiyojning jiddiyligini va mahalliy epidemiologik ma'lumotlarning zarurligini tasdiqlaydi.

Kasbiy stressning tuzilmasi ham bir xil emas. A. Purba va E. Demou tizimli sharhida esa ruhiy noxushlik bilan eng barqaror assotsiatsiyalar operativ hodisalar uchun emas, balki qo'llab-quvvatlash tanqisligi, yuqori talablar, xizmat bosimi va uzoq ish vaqti kabi tashkiliy omillar uchun aniqlangan [3]. Shu bois operativ (travmatik) yuklamani tashkiliy (ma'muriy-byurokratik) yuklamadan farqlash zarur: birinchisi asosan safdagi xizmat xodimlariga, ikkinchisi esa safdan tashqari - kadrlar, shtab, tergov, kotibiyat va tahliliy-axborot bo'linmalari xodimlariga xos bo'lishi taxmin qilinadi. Ushbu sharhga kiritilgan tadqiqotlarning barchasi ko'ndalang kesimli bo'lgani esa sababiy xulosalarni cheklaydi va longitudinal dizaynlar zarurligini ko'rsatadi.

Uyqu buzilishlari alohida klinik yo'nalish sifatida ajralib turadi: S. Garbarino va hammualliflarining meta-tahlili politsiya xodimlarida uyqu sifati pastligining keng tarqalganini tasdiqlaydi [4]. Ijtimoiy komponent esa yordam so'rab xavfsiz murojaat qilish imkoniyatini ham o'z ichiga oladi: P. T. Haugen va hammualliflari meta-tahlilida birinchi javob beruvchi xizmatlar vakillarining uchdan bir qismi stigmani aks ettiruvchi fikrlarni qo'llab-quvvatlagan [5]; eng ko'p uchragan xavotirlar maxfiylikning buzilishi va xizmat martabasiga salbiy oqibatlar bilan bog'liq bo'lgan.

Ushbu ma'lumotlarni integratsiya qilishning nazariy asosi biopsixosotsial model hisoblanadi. Model faqat operatsionalizatsiya qilinganda tekshiriladigan gipoteza beradi: biologik daraja - somatik, nevrologik holat va uyqu, psixologik daraja - simptomlar va yengish usullari, ijtimoiy daraja - oilaviy resurs, jamoa va tashkiliy iqlim ko'rsatkichlarida ifodalanishi kerak. Milliy adabiyotda IIO xodimlari salomatligini muhofaza qilish metodologiyasi va tibbiy-psixologik reabilitatsiyaning tashkiliy-metodik yondashuvlari asoslangan [6], biroq psixologik xavfning xizmat turi va staj kesimidagi differensial profilini baholash uchun standartlashtirilgan tadqiqot protokoli mavjud emas.

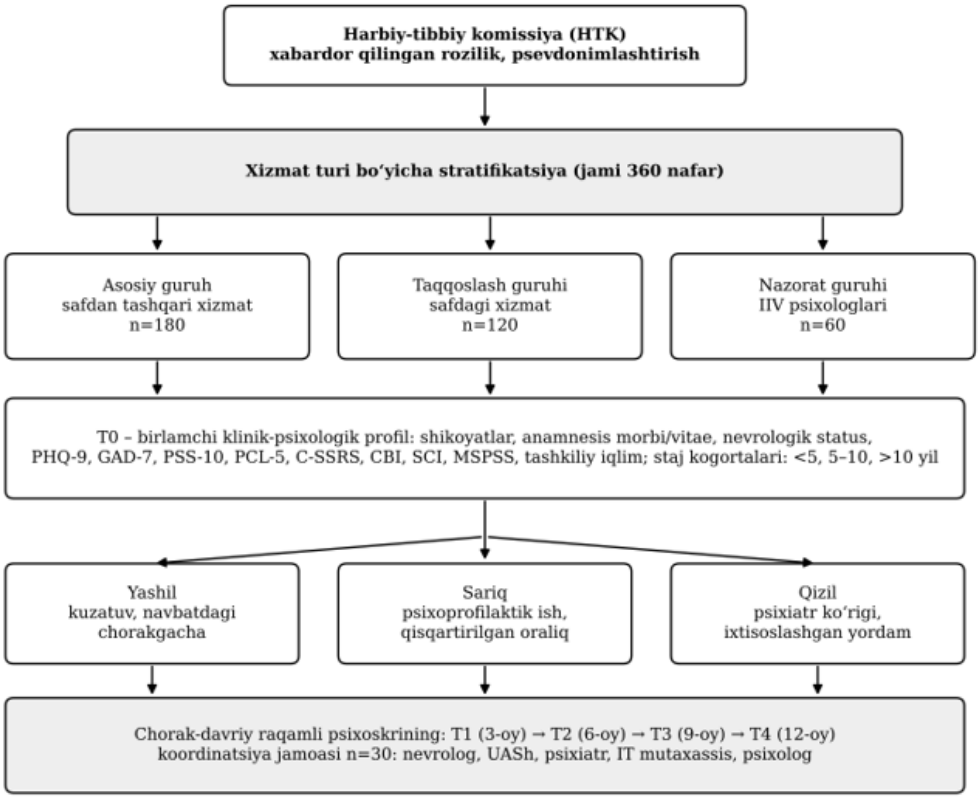
Amaldagi HTK amaliyotida psixologik baholash ko'pincha bir martalik, kuzatuvga asoslangan suhbat shaklida o'tkaziladi va uning natijasi asosan «yaroqli - yaroqsiz» ekspert qaroriga xizmat qiladi. Bunday yondashuvda ikki muhim vazifa - yordamga muhtoj xodimni erta aniqlash va kasbiy yaroqlilikni baholash - bir-biriga aralashib ketadi: xodim simptomlarini yashirishga moyil bo'ladi, mutaxassis esa past ballni «xavf yo'qligi» deb talqin qilish xavfiga duch keladi. Ushbu ziddiyatni bartaraf etish uchun birlamchi profil ekspert xulosasidan mustaqil, yordamga yo'naltirilgan klinik-psixologik tavsif sifatida tuzilishi, psixologik xavf esa yagona umumiy ball bilan emas, balki uning tarkibiy qismlari bo'yicha tavsiflanishi lozim. Bundan tashqari, ko'pchilik xalqaro tadqiqotlar patrul yoki operativ xodimlarga qaratilgan bo'lib, ma'muriy bo'linmalar xodimlarining ruhiy holati deyarli alohida o'rganilmagan. Tadqiqot protokolini natijalar olinishidan oldin e'lon qilish gipotezalar va tahlil rejasini oldindan qayd etib, natijalarga moslab o'zgartirish xavfini kamaytiradi va kelgusidagi natijalarning ishonchliligini oshiradi.

Tadqiqot maqsadi - IIO xodimlarida xizmat turi va stajiga bog'liq psixologik xavfni HTK sharoitida baholashning ilmiy asoslangan tadqiqot protokolini ishlab chiqish: xavfning operatsional modelini, kontingent tuzilmasini, metodikalar majmuasini, tekshiriladigan gipotezalarni, statistik tahlil rejasini va natijalarni psixoprofilaktik marshrutlashga o'tkazish tamoyillarini asoslash.

Metodlar. Protokolni ishlab chiqish usuli. Protokol uch bosqichda ishlab chiqildi. Birinchi bosqichda 2011-2026 yillarda nashr etilgan, PubMed/MEDLINE, Europe PMC va Crossref bazalarida indekslangan manbalar bo'yicha maqsadli qidiruvga asoslangan tanqidiy bayoniy sharh o'tkazildi va mavjud tadqiqotlarning metodologik cheklovlari (ko'ndalang dizayn ustunligi, xizmat turini hisobga olmaslik, skrining va ekspertizaning aralashuvi) tizimlashtirildi. Ikkinchi bosqichda

patent-axborot qidiruvi (MKP A61B 5/16 bo‘yicha) o‘tkazilib, IIO xodimlarining moslashuv darajasi va psixik dezadaptatsiya xavfini aniqlashga oid mavjud texnik yechimlar tahlil qilindi. Uchinchi bosqichda koordinatsiya jamoasi (nevrolog, umumiy amaliyot shifokori, psixiatr, IT mutaxassis va psixolog - jami 30 nafar) ishtirokida protokol tarkibiy qismlari ekspert muhokamasidan o‘tkazildi.

Tadqiqot dizayni. Stratifikatsiyalangan prospektiv kogort tadqiqoti: HTK davomidagi birlamchi baholash (T0) va bo‘linmalardagi psixologik skrining punktlarida chorak-davriy takroriy o‘lchovlar - T1 (3-oy), T2 (6-oy), T3 (9-oy), T4 (12-oy). Ushbu maqolada asosan T0 bosqichi - birlamchi klinik-psixologik profil va xizmat turi hamda staj bo‘yicha taqqoslash protokoli bayon etiladi. Dizaynning umumiy sxemasi 1-rasmda keltirilgan.



1-rasm. Tadqiqot dizaynining umumiy sxemasi. Manba: muallif ishlanmasi.

Kontingent. Kontingent harbiy-tibbiy amaliyotda qabul qilingan «safdagi (operativ-jangovar) xizmat» va «safdan tashqari (ma’muriy-boshqaruv, nooperativ) xizmat» tasnifi asosida tabaqalashtiriladi (1-jadval).

1-jadval.

Tadqiqot kontingentining tuzilmasi va guruhlarga ajratish tamoyili

Guruh	Soni	Xizmat turi	Tarkibi va ilmiy vazifasi
Asosiy guruh	180	Safdan tashqari (ma’muriy-boshqaruv)	Kadrlar, shtab, tergov, kotibiyat, tahliliy-axborot bo‘linmalari xodimlari; ichki tashkiliy-byurokratik stress omillari ta’sirini o‘rganish
Taqqoslash guruhi	120	Safdagi (operativ-jangovar)	Profilaktika inspektorlari; aholi bilan bevosita, potensial konfliktli muloqot va psixotravmatik ta’sirni o‘rganish
Nazorat (referent) guruhi	60	Shartli sog‘lom kontingent	IIV tizimidagi psixologlar; natijalarni me’yorlashtirish uchun kasbiy jihatdan yaqin solishtirish nuqtasi
Koordinatsiya jamoasi	30	Ekspert-multidissiplinar guruh	Nevrolog, UASh, psixiatr, IT mutaxassis, psixolog; klinik-tashkiliy va raqamli-texnik koordinatsiya

Manba: dissertatsiya tadqiqoti rejasi.

Har bir guruh ichida xizmat staji bo‘yicha uchta kogorta ajratiladi: 5 yilgacha, 5-10 yil va 10 yildan ortiq. Kiritish mezonlari: amaldagi xodim maqomi, navbatdagi HTKdan o‘tish, yozma xabardor qilingan rozilik. Chiqarish mezonlari: o‘tkir somatik kasallik yoki dekompensatsiya, so‘rovnomani mustaqil to‘ldirishga to‘sqinlik qiluvchi holatlar, ishtirokdan

voz kechish. Ishtirokdan voz kechganlar soni va sabablari alohida qayd etiladi, chunki ular tanlanma reprezentativligini baholash uchun zarur.

Axloqiy va huquqiy asoslar. Tadqiqot «Psixiatriya yordami to‘g‘risida»gi Qonunda belgilangan vrachlik siri, ixtiyoriylik va xabardor qilingan rozilik tamoyillariga hamda «Shaxsga doir ma’lumotlar to‘g‘risida»gi Qonun talablariga muvofiq o‘tkaziladi. Majburiy tibbiy ko‘rik ma’lumotlari va ixtiyoriy tadqiqot muolajalari alohida rasmiylashtiriladi; tadqiqot natijalari ekspert qaroriga avtomatik ta’sir ko‘rsatmaydi. Ma’lumotlar psevdonimlashtirilgan shaklda saqlanadi, bo‘linma rahbariyati batafsil javoblarga kirish huquqiga ega emas.

Psixologik xavfning operatsional modeli va metodikalar majmuasi. Biopsixosotsial model asosida psixologik xavf beshta o‘lchanadigan komponentga ajratildi: affektiv (depressiya, xavotir, idrok etilgan stress), travmatik, somnologik, kasbiy kuyish va ijtimoiy resurs komponentlari; suitsidal fikr va xulq-atvor esa alohida, ustuvor klinik signal sifatida baholanadi (2-jadval).

2-jadval.

Psixologik xavf komponentlari va ularni o‘lchash metodikalari

Komponent	Metodika	Bandlar	Protokoldagi vazifasi
Affektiv - depressiya	PHQ-9	9	Depressiv simptomatika skriningi; ≥10 ball chegarasi diagnostik suhbat bilan solishtirilgan
Affektiv - xavotir	GAD-7	7	Xavotir skriningi; chegara tanlovi vazifa va populyatsiyaga bog‘liq
Affektiv - stress	PSS-10	10	So‘nggi oyda idrok etilgan stress darajasi
Travmatik	PCL-5	20	DSM-5 mezonlari bo‘yicha travmadan keyingi simptomlar
Suitsidal signal	C-SSRS	-	Fikr, niyat va xulq-atvorni tuzilmalashtirilgan aniqlashtirish
Kasbiy kuyish	CBI	19	Shaxsiy, ish bilan va mijoz bilan bog‘liq kuyish
Somnologik	SCI	8	Insomniya ehtimolini skrining qilish
Ijtimoiy resurs	MSPSS	12	Oila, do‘stlar va muhim shaxslar tomonidan qo‘llab-quvvatlash
Tashkiliy iqlim	Muallif so‘rovnomasi	-	Rahbariyat, ish yuklamasi adolati, jamoaviy qo‘llab-quvvatlash

Manba: muallif ishlanmasi.

Klinik baholash shikoyatlar (astenik, affektiv, xavotirli, somatovegetativ, kognitiv, uyqu bilan bog‘liq), kasallik anamnezi (anamnesis morbi: simptomlarning boshlanishi, davomiyligi, travmatik hodisalar bilan aloqasi, avvalgi davolanish, psixoaktiv moddalar iste’moli), hayot anamnezi (anamnesis vitae: o‘tkazilgan kasalliklar va bosh miya jarohatlari, oilaviy holat, muhim yo‘qotishlar, kasbiy yo‘l), nevrologik status va HTK ma’lumotlarini standartlashtirilgan karta bo‘yicha qayd etishni o‘z ichiga oladi. Ruhiy status muloqotga kirishish, orientatsiya, nutq, tafakkur, kayfiyat, idrok va o‘z holatiga tanqidiy munosabat bo‘yicha tavsiflanadi. Barcha metodikalarning o‘zbek tilidagi versiyalari to‘g‘ridan-to‘g‘ri va teskari tarjima, ekspert kelishuvi va kognitiv intervyu bosqichlaridan o‘tkaziladi; ichki muvofiqlik (Cronbach α), omil tuzilmasi (tasdiqlovchi omil tahlili) va til guruhlari o‘rtasidagi o‘lchov invariantligi baholanadi. Suitsidal fikrlar haqidagi savolga ijobiy javob olingan har bir holatda shu kunning o‘zida klinik aniqlashtiruvchi suhbat o‘tkaziladi.

Ma’lumotlarni yig‘ish va boshqarish. Birlamchi klinik karta va so‘rovnomalar HTK hamda bo‘linmalardagi IIV ichki tarmog‘iga ulangan psixologik skrining punktlarida elektron shaklda to‘ldiriladi. Har bir ishtirokchiga psevdonim-kod beriladi; identifikatsiyalovchi ma’lumotlar tadqiqot bazasidan alohida, cheklangan kirish huquqi bilan saqlanadi. E-MED idoraviy elektron tibbiy tizimidan faqat tadqiqot uchun zarur minimal klinik kontekst - surunkali kasalliklar, vaqtinchalik mehnatga layoqatsizlik holatlari va avvalgi konsultatsiyalar - olinadi. Ma’lumotlarning to‘liqligi har bir o‘lchov nuqtasida avtomatik nazorat qilinadi: majburiy maydonlar, mantiqiy ziddiyatlar va to‘ldirish vaqti qayd etiladi. Yetishmayotgan ma’lumotlar ulushi 5% dan oshgan o‘zgaruvchilar uchun ko‘p karrali imputatsiya qo‘llaniladi va natijalar to‘liq holatlar tahlili bilan solishtiriladi. Algoritm va so‘rovnoma versiyalari, o‘lchov sanasi va mutaxassis harakatlari hujjatlashtiriladi, bu esa natijalarning qayta takrorlanuvchanligini ta’minlaydi.

Statistik tahlil rejasi va tanlanma quvvati. Miqdoriy ko‘rsatkichlar taqsimotga qarab M±SD yoki Me [Q1; Q3], sifat ko‘rsatkichlari n (%) shaklida beriladi. Uch guruh ANOVA yoki Kruskal-Wallis testlari (Bonferroni tuzatmasi bilan), sifat belgilari χ^2 yoki Fisher aniq testi bilan taqqoslanadi; ta’sir kattaligi Cohen d, η^2 yoki Cramér V bilan ifodalanadi. Staj kogortalari bo‘yicha tendensiya Jonckheere-Terpstra testi bilan, takroriy o‘lchovlar chiziqli aralash modellar bilan tahlil qilinadi. Tanlanma quvvati oldindan hisoblandi (α=0,05, ikki tomonlama; quvvat 0,80): asosiy (n=180) va taqqoslash (n=120) guruhlari o‘rtasida aniqlanadigan minimal standartlashgan farq Cohen h (yoki d)=0,33 ga teng; bu, masalan, integral xavf ulushining 15% dan 28,5% gacha farqiga mos keladi. Uch guruhli taqqoslashda (jami n=360) aniqlanadigan minimal ta’sir Cohen f=0,16, asosiy va referent (n=60) guruhlar o‘rtasida esa d=0,42 ni tashkil etadi. Ko‘p omilli logistik regressiyada har bir prediktorga kamida 10 ta hodisa talabi saqlanadi.

Natijalar va muhokama. Ushbu bo‘limda protokolni ishlab chiqish natijalari - tekshiriladigan gipotezalar, chalkashtiruvchi omillarni nazorat qilish sxemasi va natijalarni amaliyotga o‘tkazish matritsasi bayon etiladi.

Tekshiriladigan gipotezalar. Adabiyotlar tahlili asosida oldindan qayd etilgan beshta gipoteza va ularni tekshirish usullari 3-jadvalda keltirilgan.

3-jadval.

Tadqiqotning oldindan qayd etilgan gipotezalari va ularni tekshirish usullari

Gipoteza	Mazmuni	Asosiy ko‘rsatkich	Statistik usul
H1	Integral psixologik xavf ulushi safdagi va safdan tashqari xizmat o‘rtasida keskin farq qilmaydi, biroq xavf tuzilmasi farqlanadi	Komponentlar profili	χ^2, klaster tahlili, Cramér V
H2	Safdagi xizmatda travmatik va somnologik komponentlar ustun	PCL-5, SCI	Mann-Uitni, ta’sir kattaligi
H3	Safdan tashqari xizmatda kasbiy kuyish va idrok etilgan stress ustun	CBI, PSS-10	Mann-Uitni, ta’sir kattaligi
H4	Staj bilan xavf o‘rtasidagi bog‘liqlik komponentga xos va yosh hamda lavozim hisobga olinganda ham saqlanadi	Staj kogortalari	Jonckheere-Terpstra, tuzatilgan logistik regressiya
H5	Uyqu sifati va ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash xavfning mustaqil modifikatsiyalanuvchi omillari	SCI, MSPSS	Ko‘p omilli logistik regressiya, mediatsion tahlil

Manba: muallif ishlanmasi.

H2 va H3 gipotezalarining asosi xalqaro ma’lumotlardir. Tashkiliy stressorlarning ruhiy noxushlik bilan barqaror bog‘liqligi [3] ma’muriy kontingentda kasbiy kuyish komponentining ustunligini, travmatik ta’sirning operativ xizmatdagi intensivligi va uyqu buzilishlarining politsiya xodimlarida keng tarqalganligi [4] esa safdagi xizmatda travmatik-somnologik profilni taxmin qilishga asos beradi. L. E. Ugwu va E. S. Idemudia meta-tahlili politsiya xodimlarida kasbiy kuyish va TKSB o‘rtasidagi mustahkam bog‘liqlikni ko‘rsatgan [7], P. Koutsimani va hammualliflari esa kuyishning depressiya va xavotir bilan qisman kesishuvini tasdiqlagan [8]. Shuning uchun komponentlar alohida o‘lchanadi va ularning o‘zaro korrelyatsiyasi tahlil modelida hisobga olinadi. Shu bois xizmat turi tahlilga mustaqil o‘zgaruvchi sifatida kiritiladi.

H5 gipotezasining asosi uyquning ruhiy salomatlikdagi markaziy o‘rni haqidagi dalillardir: W. R. Pigeon va hammualliflari uyqu buzilishining suitsidal fikr va xulq-atvor bilan bog‘liqligini meta-tahlil darajasida tasdiqlagan [9]; bu esa uyquni psixoprofilaktikaning mustaqil, modifikatsiyalanuvchi nishoni sifatida ko‘rib chiqishga asos beradi. Ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash esa travmatik ta’sirdan keyingi depressiv simptomlarga nisbatan himoya omili sifatida ko‘rib chiqiladi.

Chalkashtiruvchi omillarni nazorat qilish. Staj bilan psixologik xavf o‘rtasidagi bog‘liqlikni talqin qilishda to‘rtta raqobatlashuvchi izoh oldindan belgilandi: travmatik hodisalarning kumulyativ to‘planishi, yosh ta’siri, lavozim o‘zgarishi va «sog‘lom xodim effekti», ya’ni eng zaif xodimlarning xizmatdan erta ketishi. Sababiy sxemaga muvofiq yosh, lavozim va oilaviy holat chalkashtiruvchi omil sifatida asosiy modelga kiritiladi; uyqu va kasbiy kuyish esa vositachi o‘zgaruvchi bo‘lgani uchun asosiy modelga mexanik kiritilmay, alohida mediatsion tahlilda baholanadi. Agar «sog‘lom xodim effekti» mavjud bo‘lsa, ko‘ndalang kesimda katta stajli kogortadagi xavf haqiqiy ko‘rsatkichdan past baholanadi; shu sababli staj bo‘yicha dinamikaning yakuniy talqini T0-T4 longitudinal ma’lumotlariga tayanadi.

Suitsidal signal bilan ishlash qoidalari. C-SSRS bo‘yicha ijobiy javoblar kam sonli bo‘lishi kutiladi, shuning uchun ular guruhlararo statistik taqqoslash ob’ekti emas, balki har bir holatda individual klinik formulyatsiya talab qiladigan signal sifatida ko‘rib chiqiladi. Suitsidal fikrning paydo bo‘lishi va harakatga o‘tish turli prediktorlarga ega jarayonlar bo‘lgani uchun klinik formulyatsiyada yakuniy xavf toifasi o‘rniga dolzarb holat, uning o‘zgarishi, mavjud resurslar va yomonlashuv holatlari qayd etiladi. J. C. Franklin va hammualliflari ko‘rsatganidek, an’anaviy xavf omillarining individual prognostik qobiliyati zaif [10]; shu sababli protokolda olinadigan imkoniyatlar nisbati individual prognoz emas, balki guruh darajasidagi assotsiatsiya sifatida talqin qilinadi.

Differensial psixoprofilaktik marshrutlash matritsasi. Protokolning amaliy natijasi - baholash natijalarini aniq yordam yo‘nalishiga o‘tkazish matritsasi (4-jadval). Matritsa individual dasturlar bilan bir qatorda tashkiliy aralashuvlarni ham asosiy yo‘nalish sifatida belgilaydi va bu tamoyilni IIO xizmat turlariga moslashtiradi.

4-jadval.

Xizmat turi va xavf komponentiga ko‘ra differensial psixoprofilaktik marshrutlash matritsasi

Yetakchi xavf komponenti	Safdagi (operativ) xizmat	Safdan tashqari (ma’muriy) xizmat	Mas’ul mutaxassis
Travmatik stress (PCL-5)	Hodisadan keyingi 72 soat ichida tuzilmalashtirilgan suhbat, 1 oydan so‘ng qayta baholash	Klinik ko‘rsatma bo‘yicha individual baholash	Psixolog, zarur bo‘lsa psixiatr
Uyqu buzilishi (SCI)	Smena rejimini optimallashtirish, uyqu gigiyenasi, insomniyaga	Ish vaqti me’yorini nazorat qilish, uyqu gigiyenasi	Psixolog, UASh, nevrolog

Yetakchi xavf komponenti	Safdagi (operativ) xizmat	Safdan tashqari (ma'muriy) xizmat	Mas'ul mutaxassis
	yo'naltirilgan qisqa KXT		
Kasbiy kuyish (CBI)	Jamoaviy qo'llab-quvvatlash, rotatsiya	Ish yuklamasini qayta taqsimlash, tashkiliy iqlimni yaxshilash, rahbarlar treningi	Psixolog, bo'linma rahbari
Affektiv simptomlar (PHQ-9, GAD-7)	Klinik suhbat, psixoterapevtik yordam marshruti	Klinik suhbat, psixoterapevtik yordam marshruti	Psixolog, psixiatr
Suitsidal fikr (C-SSRS)	Shu kunning o'zida psixiatr ko'rigi, xavfsizlik rejasi, faol keyingi kontakt	Shu kunning o'zida psixiatr ko'rigi, xavfsizlik rejasi, faol keyingi kontakt	Psixiatr
Past ijtimoiy resurs (MSPSS)	Hamkasblar ko'magi, oilaviy maslahat	Hamkasblar ko'magi, oilaviy maslahat	Psixolog

Manba: muallif ishlanmasi.

Matritsaning asosiy tamoyili shundaki, marshrut xodimga berilgan umumiy «xavf toifasi» bilan emas, balki aniqlangan yetakchi komponent va klinik formulyatsiya bilan belgilanadi. Suitsidal fikr bilan bog'liq har qanday ijobiy signal xizmat turidan qat'i nazar bir xil, kechiktirib bo'lmaydigan klinik yo'nalishni ishga tushiradi; qolgan komponentlar bo'yicha esa xizmat turining o'ziga xosligi hisobga olinadi. Bunday yondashuv cheklangan mutaxassis resurslarini eng yuqori ehtiyoj bo'lgan joyga yo'naltirish va ortiqcha yo'llanmalar sonini kamaytirish imkonini beradi.

Protokolni IIV amaliyotiga joriy etish shartlari. Protokolning amaliy samarasi uning idoraviy tibbiy ta'minot tizimiga qanday kiritilishiga bog'liq. Birinchidan, birlamchi profil HTK jarayonining majburiy qismi sifatida emas, balki ekspert qaroridan ajratilgan, yordamga yo'naltirilgan muolaja sifatida rasmiylashtirilishi kerak; aks holda xodimlarning ochiq javob berishga tayyorligi pasayadi. Ikkinchidan, bo'linmalardagi psixologik skrining punktlari IIV ichki tarmog'iga ulangan bo'lishi va natijalar E-MED tizimidagi xodimning tibbiy-psixologik kartasida qayd etilishi lozim, bu esa chorak-davriy kuzatuvning uzluksizligini ta'minlaydi. Uchinchidan, har bir signal darajasi uchun mas'ul mutaxassis va javob muddati oldindan belgilanishi, IIV psixologlari esa suitsidal fikrlarni tuzilmalashtirilgan aniqlashtirish va xavfsizlik rejasini tuzish bo'yicha maxsus tayyorgarlikdan o'tishi zarur. To'rtinchidan, bo'linma rahbarlari faqat tashkiliy choralar uchun zarur umumlashtirilgan ma'lumotlarni oladi, individual klinik ma'lumotlar esa vrachlik siri sifatida himoya qilinadi.

Ma'lumotlar sifatini ta'minlash. HTK sharoitida o'z-o'zini baholash ijtimoiy maqbullik va kasbiy oqibatlardan xavotir tufayli simptomlarni kamaytirib ko'rsatishi mumkin. P. T. Haugen va hammualliflari qayd etgan maxfiylik va martabaga oid xavotirlar [5] hisobga olinib, protokolda quyidagi choralar nazarda tutildi: tadqiqot va ekspertiza ma'lumotlarini ajratish, so'rovnomani ekspert komissiyasi ishtirokisiz to'ldirish, javob berishdan bosh tortish va bir xil javoblar to'planishini sifat indikatori sifatida qayd etish. Raqamli shakl o'z-o'zidan stigmani bartaraf etmaydi; ma'lumotlar sifati ishonch, davolanish imkoniyati va axborot bilan ishlash qoidalarining shaffofligi bilan ham belgilanadi.

Ilmiy yangilik va protokol cheklovlari. Protokolda ilk bor O'zbekiston IIO xodimlarida psixologik xavfni safdagi va safdan tashqari xizmat kesimida, IIV psixologlaridan iborat referent guruh bilan solishtirgan holda, yagona standartlashtirilgan klinik-psixometrik majmua asosida baholash dizayni asoslandi. Psixologik xavf yagona integral ball emas, balki ko'p o'lchovli tuzilma sifatida operatsionalizatsiya qilindi, staj bilan bog'liqlikni talqin qilish qoidalari esa natijalar olinishidan oldin belgilandi. Protokol cheklovlari: tanlanma ehtimoliy emas, balki HTK oqimi bo'yicha shakllantiriladi; referent guruh mutlaq «sog'lom me'yor» emas, balki kasbiy jihatdan yaqin solishtirish nuqtasi hisoblanadi; suitsidal xulq-atvor prediktorlarini ishonchli modellashtirish uchun kuzatuv hajmi yetarli bo'lmasligi mumkin. Bundan tashqari, o'z-o'zini baholashga asoslangan shkalalar klinik tashxis o'rnini bosmaydi: ijobiy skrining natijasi har doim mutaxassisning klinik suhbati bilan tasdiqlanadi, salbiy natija esa inqiroz yo'qligini kafolatlamaydi. Shu sababli protokolda skrining, klinik diagnostika va kasbiy ekspertiza vazifalari aniq ajratilgan bo'lib, ularning har biri o'z mas'ul ijrochisi va huquqiy asosiga ega.

Kutilayotgan natijalar va ularning amaliy ahamiyati. Protokolni amalga oshirish natijasida, birinchidan, O'zbekiston IIO xodimlarida psixologik xavf komponentlarining xizmat turi va staj bo'yicha tarqalishi haqida ilk mahalliy ma'lumotlar olinadi; ikkinchidan, qo'llanilgan metodikalarning o'zbek tilidagi versiyalari IIO tanlanmasida psixometrik jihatdan tekshiriladi; uchinchidan, T0 bosqichi keyingi chorak-davriy monitoring uchun bazaviy nuqtani tashkil etadi va reabilitatsiya choralari samaradorligini xodimning o'z boshlang'ich darajasiga nisbatan baholash imkonini beradi. Amaliy jihatdan natijalar HTK doirasida birlamchi psixologik skrining tartibini, xizmat turiga mos psixoprofilaktik dasturlarni va IIV psixologik xizmati resurslarini taqsimlash mezonlarini takomillashtirish uchun asos bo'ladi.

Xulosa. 1. HTK sharoitida shikoyatlar, anamnez (morbi, vitae), nevrologik status va standartlashtirilgan shkalalarni birlashtirgan birlamchi klinik-psixologik profil protokoli IIO xodimlarida psixologik xavfni bir martalik intervyuga nisbatan to'liqroq tavsiflash imkonini beradi.

Psixologik xavf biopsixosotsial model asosida beshta o'lchanadigan komponentga (affektiv, travmatik, somnologik, kasbiy kuyish, ijtimoiy resurs) va alohida suitsidal signalga operatsionalizatsiya qilindi.

Stratifikatsiyalangan dizayn (180, 120 va 60 nafar, jami 360 nafar; koordinatsiya jamoasi 30 nafar) guruhlararo kichik-o'rtacha farqlarni (Cohen h=0,33; f=0,16) 80% quvvat bilan aniqlash imkonini beradi.

Beshta gipoteza, chalkashtiruvchi omillarni nazorat qilish sxemasi va suitsidal signal bilan ishlash qoidalari natijalar olinishidan oldin qayd etildi, bu esa kelgusidagi natijalarning ishonchliligini ta'minlaydi.

Xizmat turi va xavf komponentiga asoslangan differensial marshrutlash matritsasi IIO tizimida yagona «stressga chidamlilik» dasturi o‘rniga manzilli psixoprofilaktikani tashkil etish uchun tavsiya etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

[1] O‘zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi. (2017). Ichki ishlar organlarida tibbiy ko‘rikdan o‘tkazishni tashkil etish va harbiy-vrachlik ekspertizasini o‘tkazish tartibi to‘g‘risidagi nizomni tasdiqlash haqida: 2017-yil 26-sentabrdagi 764-son qaror. URL: https://lex.uz/docs/3360805

[2] Syed, S., Ashwick, R., Schlosser, M., et al. (2020). Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: a systematic review and meta-analysis. Occupational and Environmental Medicine, 77(11), 737-747. https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106498

[3] Purba, A., & Demou, E. (2019). The relationship between organisational stressors and mental wellbeing within police officers: a systematic review. BMC Public Health, 19(1), 1286. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7609-0

[4] Garbarino, S., Guglielmi, O., Puntoni, M., et al. (2019). Sleep quality among police officers: Implications and insights from a systematic review and meta-analysis of the literature. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(5), 885. https://doi.org/10.3390/ijerph16050885

[5] Haugen, P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E., et al. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research, 94, 218-229. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001

[6] Muxamedalieva, N. M. (2020). Metodologiya oxrani zdorovya sotrudnikov organov vnutrennix del [Методология охраны здоровья сотрудников органов внутренних дел]. Vestnik Tashkentskoy meditsinskoy akademii, (5), 205-206.

[7] Ugwu, L. E., & Idemudia, E. S. (2025). Burnout and post-traumatic stress disorders in police officers: Systematic review and meta-analysis. Journal of Police and Criminal Psychology, 40(3), 645-658. https://doi.org/10.1007/s11896-024-09713-7

[8] Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 10, 284. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284

[9] Pigeon, W. R., Pinquart, M., & Conner, K. (2012). Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. The Journal of Clinical Psychiatry, 73(9), e1160-e1167. https://doi.org/10.4088/JCP.11r07586

[10] Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin, 143(2), 187-232. https://doi.org/10.1037/bul0000084