

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRLİYİ

XƏZƏR UNİVERSTETİ

HUMANİTAR VƏ SOSİAL ELMLƏR FAKÜLTƏSİ

İstiqamətin şifri və adı

060209-Psixologiya

İxtisaslaşmanın adı

Ümumi psixologiya

Psixologiya kafedrasının magistrantı

Məmmədova Günay Ələkbər qızının

Magistr dərəcəsi almaq üçün

**AĞIR PSİXİ POZUNTUSU OLAN XƏSTƏLƏRİN PSİXOSOSİAL
REABİLİTASIYASININ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

mövzusunda

DİSSERTASIYA İŞİ

Elmi rəhbər

Tibb elmlər doktoru Fuad İsmayilov

Bakı-2017

MÜNDƏRİCAT

Giriş	3
I Fəsil. Psixososial reabilitasiya haqqında ümumi məlumat	14
1.1. Psixososial reabilitasiyanın aktuallığı.....	14
1.2. Psixososial reabilitasiya üsulları və proqramları.. ..	15
1.3. Psixososial reabilitasiyaya multidisiplinar yanaşma	29
1.4. Azərbaycan Respublikasında psixososial reabilitasiyanın inkişafı.....	35
II Fəsil. Ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrin psixososial reabilitasiyasının qiymətləndirilməsi	40
2.1. Tədqiqatın strukturu.....	40
2.2. Tədqiqat iştirakçıları.....	41
2.3. Tədqiqatda istifadə olunan material və metodlar.....	42
2.4. Statistik təhlil.....	44
III Fəsil. Ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrin psixososial reabilitasiya xidmətlərinin ölçülməsi	45
3.1. Ağır psixi pozuntusu olan xəstələrin həyat bacarıqlarının profili şkalası (Life skills profile-LSP-16) və nəticələrin təhlili.....	45
3.2. Ağır psixi pozuntusu olan xəstələrin sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi şkalası (<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale- SOFAS</i>) və nəticələrin təhlili.....	47
3.3. Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası (Health of the Nation Outcome Scales- HoNOS) və nəticələrin təhlili.....	49

IV Fəsil. Psixososial reabilitasiya xidmətlərində Korrelyasiya və Regressiyanın təhlili məsələləri.....	52
4.1. Psixososial reabilitasiya xidmətlərində korrelyasiyanın tətbiqi, təhlili və bəzi nəticələri.....	52
4.2. Psixososial reabilitasiya xidmətlərində reqressiyanın tətbiqi, təhlili və mühüm nəticələri.....	53
Nəticə.....	54
İstifadə edilmiş ədəbiyyat.....	56
Əlavələr.....	60
İstifadə olunmuş qısaldılmış mürəkkəb sözlər və ya abbreveturalar.....	62

GİRİŞ

Mövzunun aktuallığı: Ağır və davamlı ruhi xəstəlikdən əziyyət çəkən bütün xəstələrin reabilitasiyaya ehtiyacı vardır. Psixososial reabilitasiyanın məqsədi, yaşamağı öyrətmək və professional dəstək göstərmək, emosional, sosial və intellektual bacarıqlarının inkişafında maneələr olan fərdlərə kömək etməkdir. Psixi pozuntular dünyanın istənilən ölkəsində, hər iki cinsin nümayəndələrində və hər bir yaşda, sosial və etnik qruplara mənsubiyyətdən asılı olmayaraq meydana çıxır, xəstələrin özünə və onların yaxınlarına çox böyük iztirablar gətirir. Eyni zamanda psixi pozuntular bütün cəmiyyətin üzərinə düşən ağır yüküdür və mütəxəssislərin proqnozlarına görə bu yük get-gedə artmaqdadır. Psixiatrik reabilitasiyanın məqsədi davamlı və ciddi ruhi xəstəliklə yaşamaq və işləmək üçün lazım olan emosional, sosial və intellektual bacarıqları ən az miqdarda professional dəstək ilə birlikdə inkişaf etdirməkdir. Psixiatrik reabilitasiya xəstəliyin mövcudluğunu və ya xəstəliyin təsirini inkar etmir, baxmayaraq ki, reabilitasiyadan sonra xəstəliyin qəbulu dəyişdi. Son 20 il ərzində psixoloji reabilitasiya sahəsində terapevtik və reabilitasiya üsulları diversifikasiya olunub. Bir neçə təkliflər irəli sürülüb ki, bu proqramların məzmunu ixtisaslaşdırılmış tibbi və tibb xidmətlərin müxtəlif formaları asılı olur. Lozannada Psixiatriya Universiteti reabilitasiya üçün vahid bio-psixoloji integrativ model və psixoloji fəaliyyət təhlili üçün Wood təcrübə səviyyəsi əsasında çoxistiqamətli qiymətləndirmə üsulu inkişaf etdirdi. Bu çoxistiqamətli hərtərəfli qiymətləndirmə strukturlaşdırılmış qiymətləndirmə proqramı ilə nəticələnməyə gətirib çıxarır.

Xroniki ruhi xəstələr tez-tez psixi səhiyyə işçiləri üçün bir sıra çətinliklər yaradır; odur ki, onların kompleks müalicəyə ehtiyacları vardır. Uzunmüddətli qayğı göstərən ictimai psixiatrik xəstəxanada xəstələrin müalicə ehtiyaclarını ödəmək üçün bir psixoloji reabilitasiya proqramının həyata keçirilməsini təsvir edən sənəd peşəkar kadrların bir əsas qrup yüksək interaktiv təhsil və bacarıq bina proqram qayğı himayə modelinə çevirmək üçün psixoloji reabilitasiya prinsipləri qəbul edib. Bu sənəddə maneələrin aradan qaldırılması və müalicə müddətində

həyatda üzləşdiyi problemləri təsvir edilir. O, xəstəxanada bərpanı və ümid stimullaşdırmağı, ictimai mühitdə özünü yenidən kəşf etməyin mümkün olduğunu göstərir.

Xəstələrə yalnız müalicə xidmətlərinin təqdim edilməsi və bunların da dərman müalicəsiylə məhdudlaşması yaxşılaşmanın əhəmiyyətli dərəcədə reallaşması üçün ümumiyyətlə kifayət deyil. Ruhi xəstəliklərin müalicəsində dərmanlarla birlikdə tətbiq olunacaq olan ruhivə ictimai cəhdlər tibbi müalicələrə əhəmiyyətli əlavələrdir. Ciddi ruhi xəstəliyi olan fərdlərin qarşılaşdıqları ehkamlar, fərdi və ictimaitələblərə kifayət qədər cavab verə bilməmələri onları daha da çətin vəziyyətlərə sala bilər. Ruhi problemi olan fərdlərin cəmiyyət içərisində və müstəqil olaraq ən azdəstəklə ictimai, peşə, təhsil və ailəvi rollarını davam etdirə bilmələri üçün lazımlı bacarıqlarla təchiz edilməsi və ictimai dəstəyin təmin edilməsi psixiatrik reabilitasiyanın təməl məqsədidir.

Son illərdə psixiatrik reabilitasiyanın adı daha çox çəkilməyə başlamış və geniş yayılmışdır. Əlilliyin qarşısının alınması və əlilliklə bağlı problemlərin həlli yollarının tapılması üçün 1958-ci ildə psixologiyanın reabilitasiya bölməsi təsis edildi. Şöbənin 22 üzvünə müxtəlif elmi-tədqiqat və xidmət maraqları olan, reabilitasiya müəssisələrində çalışan psixoloqlar, tibb mərkəzi, xəstəxanalar və klinikalar, kollec və universitetlər, xüsusi təcrübə, dövlət proqramları, sosial xidmət orqanları və məktəblər daxildir. Bu səpkidəki təlimlərin ən görkəmli müdafiəçisi 1970-ci ildən sistemli və strukturlaşdırılmış təlimlər tərtib etmiş Robert Liberman olmuşdur. Liberman və onun həmkarları müxtəlif mövzular ilə təlimlər tərtib etmiş, simptomların idarə edilməsi, dərmanların müntəzəm qəbulu, maddə asılığının idarəsi, ünsiyyət probleminin həlli, münasibətlər sferasının genişləndirilməsi və inkişafı, isitrahət və asudə vaxtın təşkili, ev tapşırıqları və s. sistemləşdirilmişdir.

Dünya statistikasına görə əgər 2000-ci ildə psixi pozuntular üçün qlobal xəstəliklər yükü göstəricisi 12,1%-ə bərabər idisə, 2020-ci ildə o, 15% təşkil

edəcəkdir . Psixi və davranış pozuntuları təkcə iqtisadi deyil, həm də çox böyük ictimai itkilərlə – intiharlar, zorakılıq, narkomaniya, yoxsulluq, evsizlik, stiqma (psixi xəstəliyin bir damğa kimi qəbul edilməsi), ayrı-seçkilik – bağlıdır(24,5).

Bölmənin liderləri 2010-cu ildə Reabilitasiya Fondu təsis etdilər.

Psixososial reabilitasiya aktual bir məsələdir. Psixi pozuntudan əziyyət çəkən insanların reabilitasiyası son zamanlarda daha çox diqqət çəkən məsələlərdən birinə çevrilib. Son dövrlərdə artan psixoloji problemlər psixoloji mərkəzlərin də açılmasına zəmin yaradır. Ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən insanların cəmiyyətə inteqrasiyası psixososial reabilitasiyanın keyfiyyətindən, yararlılıq dərəcəsindən asılıdır. Ölkəmizdə də mütəxəssislərimiz bunun üçün çalışır və ümid edirlər ki, psixi pozuntusu olan insanların reabilitasiyası zamanla daha effektiv üsullarla zənginləşəcək və daha çox müsbət nəticələrlə sonlanacaq.

Psixososial reabilitasiyanın ağır psixi pozuntusu olan şəxslərdə tətbiqinin neqativ simptomların aradan qaldırılmasında effektivliyinin yoxlanılması, reabilitasiyanın Azərbaycanda tətbiq səviyyəsinin öyrənilməsinə imkan verir.

Psixososial reabilitasiyanın əhəmiyyətini ölçmək üçün tədqiqatımızda Lsp-16, HoNoS və SOFAS-dan istifadə etdik. Tədqiqatın nəticələrinə görə psixososial reabilitasiya ənənəvi üsuldan daha effektiv üsuldur. Tədqiqat zamanı tək problem əməkdaşlıqda oldu, belə ki, xəstə yaxınları ənənəvi üsullara daha çox üstünlük verirlər. Ənənəvi üsullarla müalicə olunan xəstələrlə müqayisədə psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrdə sosial izolyasiya, antisosiallıq, sosial problemlər, davranış problemləri, simptomatika, özünəqulluq daha yaxşı vəziyyətə gəlmişdir, lakin əməkdaşlıqda irəliləyişlər qeyd olunmamışdır. Çünki psixososial reabilitasiyaya reabilitasiyanı könüllü şəkildə qəbul etmiş xəstələr cəlb olunmuşdu, ona görə də əməkdaşlıqda nəzərə çarpan dəyişikliklər qeydə alınmamışdır.

Psixi sağlamlıq önəmli olduğu qədər həm də vacib, diqqətə layiq bir məsələdir. Tədqiqat ağır psixi pozuntulardan- paranoid şizofreniya, bipolyar pozuntu, ağır depressiya, hebefrenik şizofreniya kimi xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələr üzərində aparılmışdır. Onlar haqqında səthi məlumat verək:

Şizofreniyanın yayılması sənayesi inkişaf etmiş ölkələrdə 0,4%- dən 1,4%-ə qədər dəyişir. ÜST-nın məlumatlarına görə şizofreniya ilə illik xəstələnmə hər 1000 əhaliyə 0,22%-ə bərabərdir. Şizofreniya 8 ilə xəstələnmə riski 1% qiymətləndirilir, kişilər və qadınlar üçün eynidir. 20-40% pasiyentlərdə ilk psixotik əlamətlər 20 yaşa qədər meydana çıxır. Bu zaman xəstələnmənin zirvəsi kişilərdə 15-25 yaşlara, qadınlarda isə 25-35 yaşlara təsadüf edir. Bundan başqa qadınlarda 40-45 yaşlarda, bilavasitə menopauzadan əvvəl xəstələnmənin ikinci zirvəsi qeyd olunur. Əlavə etmək lazımdır ki, kişilərdə çox vaxt neqativ əlamətlər, qadınlarda isə affektiv əlamətlər aşkar olunur. Məhsuldar əlamətlərin ifadə olunması isə hər iki cinsin nümayəndələrində eynidir. 80% şizofreniyalı xəstələrin valideynlərində xəstəliyin əlamətləri aşkar edilmir, valideynlərdən biri bu xəstəlikdən əziyyət çəkirsə uşaqlarda şizofreniyanın əmələgəlmə riski 10-13%, əgər hər iki valideyn xəstədirsə, 35-40% təşkil edir. Biri şizofreniyadan əziyyət çəkən monoziqot əkizlərdə risk 50%-80%, diziqotlar, həmçinin qardaş və bacılarda isə 10%-40%ə qədərdir.

Paranoid şizofreniya (F20.0) - şizofreniyanın daha tez-tez rast gəlinən formasıdır, bu zaman sayıqlama (təqib, əhəmiyyət və münasibət, təsir) və/və ya hallüsinasiya (hədələyici və ya imperativ xarakterli “səslər”, iybilmə və dadbilmə qavramasının təhrif olunması, qeyri-adi cinsi və ya cismani hisslər) ən çox ifadə olunan əlamətlərdir. Şizofreniyanın digər əlamətləri (emosional solğunluq və ya qeyri-adekvatlıq, katatonik əlamətlər 12 və ya rabitəsiz nitq) klinik mənzərədə üstünlük təşkil etməməlidirlər. Paranoid şizofreniya, cəmiyyətdə ən geniş yayılan şizofreniya növüdür. Bu xəstələrin tarazlıq vəziyyətində görünən şəxsiyyətlərinin altında yatan problemlərinin başa düşülməsi olduqca çətinidir. Ətrafa biruzə vermədən bütün problemlərini içlərində yaşayan bu xəstələri tədqiq etdikdə

paranoya sahibi, əksəriyyətlə hallusinasiya görən fərdlər olduqları müəyyən edilmişdir. Görülən hallusinasiya görüntülü və ya səsli ola bilər. Narahatlıq insanlarda uzun müddətli davam edə biləcəyi kimi, fasilələrlə də baş verə bilər.

Bipolyar affektiv pozuntu (BAP) – təkrari (heç olmazsa iki) affektiv epizodlarla xarakterizə edilən xəstəlikdir və həmin epizodlardan biri maniakal, hipomaniakal və ya qarışıq tipə aid olur. Təkcə təkrarlanan maniya epizodlarından əziyyət çəkən xəstələrə nisbətən az rast gəlinir. Onlar xəstəliyin əsas xüsusiyyətlərinə görə (ailə anamnezi, premorbid xüsusiyyətlər, xəstəliyin başlama vaxtı və proqnoz) nadir depressiya epizodlarının da müşahidə edildiyi xəstələri xatırladırlar. Ona görə də belə xəstələr bipolyar pozuntusu olan pasiyentlər kimi qiymətləndirilir. Bir dəfə baş vermiş maniakal epizod və siklotimiya bipolyar pozuntunun diaqnostik kateqoriyasına daxil deyil. Bipolyar pozuntu — emosiyaların iki əks qütblü dəyişiklikləri ilə səciyyələnən xəstəlikdir. Ümumiyyətlə, əhvali-ruhiyyənin dəyişməsi sağlam insan üçün də təbii hesab olunur. Bipolyar pozuntudan əziyyət çəkən insanlarda emosional dəyişikliklər özünü çox güclü şəkildə büruzə verir və maniakal, yaxud depressiv vəziyyətlərə çatır (əvvəllər bu xəstəliyi maniakal-depressiv pozuntu adlandırırdılar). Bir qayda olaraq, bipolyar pozuntu zamanı insan emosiyalarının "kənar qütblərində" uzun müddət (həftələrlə və ya aylarla) qalır. Statistik məlumatlara əsasən, bipolyar pozuntu ilə xəstələnmək riski 1-1,5% təşkil edir. Qadınlar və kişilər arasında xəstələnmə halları demək olar ki, eynidir. Bipolyar pozuntunun yayılma səviyyəsi əvvəllər hesab edildiyindən daha yüksəkdir və yaşlı əhali arasında həyat ərzində 1,6% təşkil edir. Bipolyar pozuntu ilə xəstələnmə səviyyəsi həm kişilər, həm də qadınlar üçün təqribən eynidir, lakin bipolyar pozuntunun bəzi alt tiplərinə (II tip bipolyar pozuntu) qadınlar arasında daha tez-tez təsadüf olunur. İlk epizod istənilən yaşda meydana çıxa bilər, ancaq 15 yaşa qədər bipolyar pozuntunun başlanğıc mərhələsini diqqət çatışmazlığı ilə müşayiət olunan hiperaktivliklə, 60 yaşdan yuxarı isə mərkəzi sinir sisteminin üzvi pozulmaları ilə

diferensiasiya etmək çətinlik törədir. Pasiyentlərin əksəriyyətində xəstəlik 15-24 yaş arasında başlayır.

Depressiya – həyəcan, yüksək halsızlıq, gərəksizlik hissi, intihara dair fikirlər, iştahanın azalması, yuxusuzluq, psixomotor tormozlanma və ya həyəcan, həmçinin müxtəlif somatik simptom və şikayətlərlə müşayiət olunan, əhval-ruhiyyənin enməsi ilə səciyyələnən psixi pozuntudur. Tibbi kontekstdə depressiya, bu terminin adi (bayağı) anlamından – ümitsizlik, əzginlik və kədər halından – fərqlənir və tibbi yardımın göstərilməsini tələb edir. Bir əlamət və ya sindrom kimi depressiya bir çox somatik və ya psixi xəstəliklərin əlaməti və ya nəticəsi kimi meydana gələ bilər. Belə hallarda heç də həmişə depressiyanın ümumi patogenetik mexanizmlərə malik olmasını, onun xəstəliyə ikinci psixoloji reaksiya olmasını (özünü göstərməsini) və ya onun digər xəstəlikdən asılı olmayaraq yaranmasını müəyyənləşdirmək mümkün olmur. Digər hallarda depressiya, müstəqil affektiv pozuntu (depressiv epizod, rekurrent depressiya, distimiya, depressiv reaksiya) və ya bipolyar affektiv pozuntunun tərkib hissəsi olur. Depressiya daha çox psixi pozuntunun bio-psixososial modelinə uyğun gəlir. Depressiya zamanı aşağıdakı bioloji faktorlar mühüm rol oynayır: irsi xarakter daşıyan depressiyaya meyllilik, bəzi somatik xəstəliklər (xüsusilə xroniki və residiv verən), alkoqolun və narkotik maddələrin qəbulu, bəzi dərman maddələri (hipotenziv maddələr, H₂ blokatorları, kortikosteroidlər, estrogenlər/progesteronlar, interferonlar, lipofil β blokatorlar). Psixoloji faktorlar arasında uşaqlıqda yaşanan psixotraumalara, ailə və şəxsiyyətlərarası problemlərə, həyatda baş verən mühüm dəyişikliklərə, yaxın adamın ölümü və ya ağır xəstəliyi ilə bağlı həyəcan hissinə və tənhalığa daha mühüm əhəmiyyət verilir. Depressiyanın inkişafına səbəb olan sosial faktorlara müharibə daxil olmaqla, arzuolunmaz sosial dəyişiklik, təbii fəlakət, qəza, yoxsulluq, işsizlik, cinayətkarlıq, sosial müdafiəsizlik aiddir. İndiki vaxtda hər keçən gün bir az daha sıx rast gəlməyə başladığımız bir narahatlıq olan Depressiya (ruhi çöküntü); ümumiyyətlə ətrafımızda meydana gələn hadisələrə bir reaksiya olaraq ortaya çıxar.

Bazarertəsi səhərləri yaşadığımız keçici çətinliklərdən, dərin romantik itkinlərin yaşandığı və psixiatr müdaxiləsi tələb edən ağır hadisələrə qədər bir çox narahatlıq depressiya olaraq adlandırılır. Depressiya diaqnozu XBT-10 (Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı - 10-cu buraxılış) diaqnostik kriterilərinə əsasən müəyyənləşdirilir. Depressiyanı təyin etmək üçün həmçinin özünüqiymətləndirmə depressiya testləri də istifadə edilir. İnsanlar zaman-zaman özlərini kədərli və bədbəxt hiss edirlər. İşindən ayrılmaq, sevdiyini itirmək və ya müvəffəqiyyətli ola bilməmək mənfi emosiyalara gətirib çıxaran həyat hadisələrindəndir. Qısaca mənfi emosiyalar normal həyatın bir parçasıdır. Ancaq bu neqativ emosiyaların uzanması və səbəbsiz ortaya çıxması ruh sağlamlığı problemidir və depressiya olaraq təyin olunur. Depressiya duyğu, düşüncə və davranışa təsir edir. Müalicə edilmədiyi təqdirdə aylar illər, bəzən də ömür boyu qala bilər. Depressiya hər yaşda hər fərddə görülə biləcək ruhi xəstəlikdir. Genetik və ya biokimyəvi səbəblər, ətraf şərtləri və psixososial çətinliklər, məcbur qalmalar depressiyanın başlamasında faktor ola bilər. Müalicə edilmədiyi vəziyyətdə fərdin həyatını ümitsiz, pessimist, böhran içində keçirməyə başlamasına səbəb yaradaraq, depressiv psixoz olaraq təyin olunan gerçəkləri görməyəcək qədər böhrana qədər çata bilər. Cəmiyyətin hər təbəqəsində görülə bilər. Psixiatrik xəstəliklər arasında ən sıx rast gəlinən bir mənzərədir. Həyat boyunca hər 100 kişidən 10-nun və hər 100 qadıncan 20-nin depressiya keçirdiyi araşdırmalarla müəyyən olunmuşdur. Depressiya ən geniş yayılmış psixi pozuntudur. Müxtəlif mənbələrə əsasən böyük yaş dövrünə aid olan əhalinin həyatı boyu depressiyaya “yoluxması”, kişilər arasında 2,5%-dən 10%-dək, qadınlar arasında isə 5%-dən 20%-dək dəyişir. Depressiya, bu pozuntudan əziyyət çəkən qohumları olan şəxslərdə 1.5-3 dəfə daha çox təsadüf olunur. Eyni zamanda bütün dünyada depressiyanın yayılma səviyyəsinin yüksəlməsi və bu məfhumun gəncləşməsi tendensiyası qeydə alınır. Depressiyanın yayılma səviyyəsi uşaqlar arasında 2%, yeniyetmələr arasında 4-8% təşkil edir. Azərbaycanda depressiv pozuntunun aşkarlanmasının kifayətsizliyi şəraitində ÜSTnin (2002) rəsmi statistikasına əsasən ölkəmizdə

depressiya, ürəkdamar xəstəliklərindən (13%) və aşağı tənəffüs yollarının infeksiyasından (11%) sonra əlilliyə görə təshih edilmiş ömür illəri (DALY) göstəricisi üzrə üçüncü yerdə durur. Depressiya DALY göstəricisi üzrə neyropsixiatrik hallar arasında birinci yeri tutur.

Hebefrenik şizofreniya (F20.1) - aydın və davamlı emosional solğunluq və ya qeyri-adekvatlıq, yöndəmsiz və ya mənasız (“səfeh”) davranış, rabitəsiz nitq şəklində təzahür edən təfəkkür pozuntuları daha çox ifadə olunmuşdur. Hebefrenik şizofreniya xəstələrinin zehni qarışıq və tutarsızdır, danışmaları qarma-qarışıqdır. Çöldən baxıldığında davranışları duyğusuz və ya səthi, ya da əlverişsiz, hətta axmaqca və uşaq kimi görülə bilər. Əksəriyyətlə duş almaq və ya yemək hazırlamaq kimi normal gündəlik işlərini etmə bacarıqlarını pozan nizamsız davranışları vardır.

Tədqiqat mövzusunun işlənilmə səviyyəsi: Psixososial reabilitasiya psixi sağlamlığın qorunması baxımından böyük maraq doğurmuşdur. Ağır psixi pozuntunun hər iki cinsdə qarşıya çıxardığı fəsadlar həm xəstənin özünün, həm də yaxınlarının əzab çəkməsinə gətirib çıxardır. Cəmiyyətin sosial adaptasiyası uzunmüddətli proses olduğundan ağır psixi pozuntularla mübarizə bir növ qəlizləşir, belə ki, xəstəliyi qəbul etmədən onu düzəltməyə çalışmaq uzunmüddətli prosesdir. Antony və Liberman psixososial reabilitasiyanın əhəmiyyətini vurğulayan və əsas psixososial reabilitasiya yanaşmalarını hazırlayan tədqiqatlar aparmışlar. Ağır psixi pozuntuları olan şizofreniyalı pasientlərin xidmətlərdən məmnunluğunu müəyyən etmək məqsədilə Avropanın şəhərlərində Ruggery, Lasalvia, Bisoffi, Thornicroft, Vazquez- Barquero, Becker, Knapp, Knudsen, Schene, Tansella kimi alimlər mühüm tədqiqatlar keçirmişlər (23,229-45).

Azərbaycanda keçirilən tədqiqatlar da psixososial reabilitasiya məsələlərinin aktuallığını artırır. Aygün Sultanovanın “Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan şizofreniya xəstələrində produktiv və neqativ simptomların dinamikası” və Aynur

Hacıyevanın “Azərbaycan Respublikasında əlillərə yardımın forma və xüsusiyyətləri” mövzularında apardıqları tədqiqatlarda ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələr üçün psixososial reabilitasiya xidmətlərinin əhəmiyyətini xüsusi vurğulayıblar.

2011-ci ildə Azərbaycanda qəbul olunan Milli strategiya və Fəaliyyət planının tərkibində psixososial reabilitasiyaya xüsusi yer ayrılmışdır. Psixososial reabilitasiyaya dair tədqiqatlar keçirilməsi aktual mövzulardan birinə çevrilmişdir.

Tədqiqatın obyektı: Tədqiqatın ilkin mərhələsində 50 nəfər ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən psixososial reabilitasiya xidmətləri alan pasient iştirak etmişdir .

Tədqiqatın 2-ci mərhələsində həmin 50 nəfərin reabilitasiyadan sonrakı durumları ölçülmüşdür. Tədqiqata cəlb olunanlar 1 № li Psixiatrik xəstəxanada və Psixi Sağlamlıq Mərkəzində reabilitasiya xidmətləri alan xəstələr idi. Araşdırmaya 18-60 yaş arası pasientlər cəlb olunmuşdur.

Hər bir pasientə tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş və onların tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanının da olduğu izah edilmişdir. Beləliklə, tədqiqatda iştirak edənlər razılıq vermişdilər.

Tədqiqatın predmeti: Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrin reabilitasiya xidmətlərdən məmnunluğunun müəyyən edilməsi

Tədqiqatın fərziyyəsi: Psixososial reabilitasiya xidmətləri ağır psixi pozuntusu olan şəxslərdə xəstəliyin neqativ simptomlarının azalmasına kömək edir. Ağır psixi pozuntusu olan şəxslər cəmiyyətdən uzaqlaşır və ya uzaqlaşdırılır, psixososial reabilitasiya onların yenidən cəmiyyətə inteqrasiyasına,

adaptasiyasına yardım edir. Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan pasientlər multidisiplinar komanda ilə işləməkdən daha məmnundurlar.

Tədqiqatın məqsədi: Tədqiqat işinin başlıca məqsədi psixososial reabilitasiyanın ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən pasientlərdə neqativ simptomların aradan qaldırılmasında effektivliyinin araşdırılması və multidisiplinar komanda xidmətindən yararlanan pasientlərin xidmətlərdən məmnunluq dərəcəsinin müəyyən edilməsidir.

Tədqiqatın vəzifələri:

Aparılan tədqiqatda qarşıya qoyulmuş vəzifələr:

- Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan ağır psixi pozuntusu olan xəstələrdə neqativ simptomlarda effektivliyinin ölçülməsi
- Psixososial reabilitasiyanın ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən insanların həyat bacarıqlarının profilinə təsiri
- Psixososial reabilitasiyanın xidmətləri alan ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən insanların Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi

Tədqiqatın gedişində istifadə olunan metodikalar:

Tədqiqatın gedişində istifadə olunan metodikalar :

- Xüsusi hazırlanmış anket vasitəsilə sosio-demoqrafik və klinik göstəricilər qeydə alınmışdır;
- Sosial göstəriciləri öyrənmək məqsədilə Həyatı bacarıqlar profili (LSP-16) şkalasının 16-cı versiyasından istifadə olunmuşdur.
- Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası (HoNOS)
- Sosial və peşə fəaliyyətlərinin qiymətləndirilməsi şkalası (SOFAS)

Tədqiqatın elmi əhəmiyyəti: Apardığımız tədqiqat işinin elmi əhəmiyyəti olduqca böyükdür.

- Tədqiqat psixososial reabilitasiyanın əhəmiyyətini vurğulayır və gələcəkdə bu istiqamətdə aparılacaq tədqiqat işləri üçün zəmin rolunu oynayır.
- Tədqiqat nəticəsində psixososial reabilitasiya xidmətləri alan pasientlərin xidmətlərə münasibəti müəyyən edilmiş, praktik tövsiyələr verilmişdir.

Tədqiqatın elmi yeniliyi: Tədqiqatın elmi yeniliyi ondan ibarətdir ki, Azərbaycanda ilk dəfə psixososial reabilitasiya xidmətlərinin effektivliyi ölçülmüşdür.

Dissertasiya işinin quruluşu: Dissertasiya işi giriş, 4 fəsil, nəticə, ədəbiyyat siyahısı və əlavələrdən ibarətdir.

I Fəsil. Psixosialreabilitasiya haqqında ümumi məlumat

1. Psixososial reabilitasiyanın aktuallığı.

ÜST-ün təyininə görə reabilitasiya, imkanları məhdudlaşdırıcı (əlilləşdirici) vəziyyətlərin, şikəstliklərin və pozuntuların təsirini azaltmağa və fərdin cəmiyyətə optimal inteqrasiyasına istiqamətlənmiş tədbirlər məcmusudur. Bu tərifdə reabilitasiyanın iki əsas ideyası ifadə olunmuşdur. Birincisi reabilitasiya xəstəliyin təsirini yüngülləşdirən vərdişlər qazandıran aktiv prosesdir, ikincisi isə , reabilitasiya tək-cə fərdi yox, həm də onun ətrafına aid edilir və nəzərə alınır ki, sağlamlıq məhdudluğu olan insanların optimal inteqrasiyasına nail olmaq üçün sosial mühit də dəyişməlidir (WHO 1980; Craig 2006).

Psixi sağlamlıq sferasında reabilitasiyanın iki və daha çox tərfi mövcuddur. Bu təriflərdən birinə görə, mümkün qədər normal mühitdə optimal fəaliyyət sahəsinə nail olmaq üçün sağlamlıq məhdudluğu olan fərdin qalan potensialının tam reallaşdırılmasına yönəlmiş prosesdir. Antony və başqalarına (1990-cı il) görə psixiatrik reabilitasiyanın məqsədi ağır psixi pozuntusu olan insanların fəaliyyətini elə dəyişdirməkdir ki, onlar minimal professional müdaxilələrlə öz seçdikləri mühitdə məmnunluqla, uğurlu yaşaya, təhsil ala və işləyə bilsinlər (18,13).

Psixi sağlamlığın qorunması sistemində islahatlar üzrə işin əsas məqsədi, ağır və uzunmüddətli psixi pozuntusu olan fərdlərin müalicəsi və xidmət keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasıdır (Wasylenki və b., 2000). Əsas strategiyalardan biri- sistemin xəstəxanalarda göstərilən xidmətlərdən asılılığını azaltmaq üçün yerli səviyyədə xidmətlərin dəstəklənməsinə yönəlmiş resursların artırılmasıdır (Ontario Ministry of Health, 1999). İnkişaf etdirilən xidmətlər sırasına keys menecer, assertiv xəstəxanadan kənar müalicə, mənzillə təmin olunma dəstəyi, tibbi müalicəyə riayət edilməsi aiddir. Bütün bu yanaşmalar ümumilikdə ağır və uzunmüddətli psixi pozuntusu olan insanların tələblərini uğurla yerinə yetirməyə qadirdir (Chamberlain və Rapp, 1991; Holloway, 1991; McGrew, və Bond, 1995; Solomon, Draine və Delaney, 1995; Thompson, Griffity, və Leaf, 1990;

Thornicroft, 1991). Lakin bəzi pasientlər var ki, onların tələbatını birincili və ikincili yardım xidmətləri vasitəsilə tamamilə ödəmək olmur. Bu pasientlərə üçüncü səviyyəyə aid olan mürəkbə yanaşma və tədbirlərin koordinasiyasını tələb edən digər müalicə formaları lazımdır. (Bigelow və b., 1988; Trieman və Leff, 1996; Gudeman və Shore, 1984).

Psixi sağlamlığın qorunması sisteminin prinsip və strategiyaları xidmət səviyyəsinin birincili, ikincili və üçüncülü olaraq bölünməsinin vacibliyini nəzərdə tutur. Mərkəzə yaxınlığından asılı olmayaraq bütün rayonlardakı pasientlər üçün xidmət və resursların ədalətli bölgüsünü təmin etmək məqsədilə birinci səviyyəli rayon xidmətləri və ixtisaslaşdırılmış regional (mərkəzləşdirilmiş) xidmətlərin differensiasiyası da zəruri şərtlərdəndir. Psixi sağlamlıq sisteminin mürəkkəbliyinin artması ilə birlikdə düzgün qurulmuş əməkdaşlıq sistemilə ağır və uzunmüddətli psixi pozuntusu olan insanlara yaşayış yeri üzrə adekvat və kompleks xidmətin təminatının bütün səviyyələrinə inteqrasiyasına ehtiyac meydana çıxır (Oluboka və b., 2007).

ÜST-ün 2001-ci ildə çap olunmuş Hesabatında psixi pozuntusu olan insalara, həmçinin onların ailələrinə ümidverici psixi pozuntulara yeni yanaşma təklif olunmuşdur. Bu hesabatda ifadə edilmiş tövsiyələr bütün ölkə və cəmiyyət tiplərinə aiddir və istənilən ölkədə onun tələbləri və mövcud imkanlarına müvafiq asanlıqla uyğunlaşdırıla bilər.

2. Psixososial reabilitasiyaya aid olan proqramlar və üsullar.

Psixiatrik sistemin deinstitutionalizasiyası 1950-ci illərdə başlamışdır. Pasientləri psixiatrik müəssisələrdən buraxmağa başlayanda aydın oldu ki, cəmiyyətdə köhnə pasientlərin inteqrasiyası üçün vacib qayğı və dəstəyi həyata keçirəcək xidmətlər mövcud deyil. Mənzil, daimi gəlir, asan əlçatan səhiyyə və psixi sağlamlığın qorunması xidmətləri, cəmiyyət çərçivəsində yaşama vərdişləri, krizis zamanı dəstək, dostlar, zövq verici iş kimi tələbatlar – bütün bunlar psixi

pozuntulardan əziyyət çəkən insanlarla mövcud iş sistemində təmin edilə bilmir. Psixi sağlamlığın qorunması üzrə ambulator müəssisələr bu zəruri sahələrdə təsir göstərə bilmədi. Psixiatrik və psixososial reabilitasiya metodlarının işlənilib hazırlanması bu nəhəng problemlə başa çıxmaq zərurətindən yarandı (Hughes , Lehman, Arthur 1996).

1980-ci illərdə reabilitasiya müalicənin alternativ formaları, hər şeydən əvvəl həyat fəaliyyətinin məhdudlaşmasının qarşısının alınmasına yönəlmişdi. ABŞ-da reabilitasiya metodlarında əsas hərəkətverici qüvvə psixososial reabilitasiya mərkəzləri və yaşayış yeri üzrə dəstək sisteminin təsis olunması, Avropada isə pasientin ətrafı kontekstində işə istiqamətlənmiş sosial və icma psixiatriyası inkişaf edirdi (Bennett, 1978). Yaşayış yeri üzrə dəstək Sistemi Konsepsiyası (Community Support System, CSS) deinstitutionalizasiyanın gedişində psixiatrik stasionarlardan çıxarılmış və adi cəmiyyət çərçivəsində yaşayan ağır psixi pozuntusu olan insanların tələbatlarını təmin etmək məqsədilə hazırlanmışdır.

CSS təşkilatları deinstitutionalizasiyadan sonra yaranmış vakumu doldurdu. Bu “pasientlərə qayğı göstərmək və cavabdehlik daşımağ bacaran, əhalinin nisbətən zəif hissəsinə məcburi təcrid olunmadan və cəmiyyətin həyatından çıxarılmadan baza tələbatlarının ödənilməsi və öz potensiallarının inkişafına kömək edən insanlardan ibarət təşkilat ” idi (Anthony 1993).

1990-cı illərdə mütəxəssisləri klientlərin tələblərini sistemə əsasda və aydın qurulmuş məqsədlərlə təmin etmək üçün vəsaitlərlə təchiz etmək məqsədilə reabilitasiyada yeni yanaşmalar formalaşmağa başladı. Bu periodda iki tip metodologiya yarandı. Birinci tipə vəziyyət qiymətləndirilməsi, müəyyən məqsədlər və plan hazırlanması məqsədilə klientlə kontakt yaradılması və iş münasibətlərinin yaradılmasında istifadə olunan metodlar aiddir. Belə yanaşmaya nümunə Boston universitetində hazırlanmış praktika keçən mütəxəssislər üçün psixiatrik reabilitasiya və reabilitasiyada hərtərəfli (kompleks) yanaşma

metodikasıdır. Bu metodlar əsasən reabilitasiya prosesinin reabilitasiyanın baza prinsipləri əsasında qurulmasına istiqamətləndirilmişdir.

İkinci tipə reabilitasiyanın spesifik sahələrinə istiqamətlənmiş metodlar, məsələn, vərdişlərin inkişaf etdirilməsi, saxlanılan resursların daha tam istifadəsi və onların koordinasiyası aid olunur. Belə yanaşmaya nümunə olaraq Liberman və kolleqaları tərəfindən hazırlanmış vərdiş məşqlərinin modul sistemi, sosial əlaqələrin inkişaf strategiyası, ailə müdaxilələri, hadisənin müxtəlif aparılma modellərini göstərmək olar. Sağalmaya yönəlmiş hərtərəfli yanaşmada reabilitasiyanın bir hissəsi sübutlara əsaslanan psixoloji və psixososial müdaxilələrdir. Bura depressiya və psixozların koqnitiv davranış terapiyası, həmçinin dəstəkləyici psixoterapiya aiddir.

Yeni minillikdə psixososial reabilitasiya daha çox bərpa, reintegrasiya və vətəndaş konsepsiyaları ətrafında fokuslanır. Psixi pozuntusu olan və ya sağlamlıq məhdudluğu olan insan təkcə (və bir o qədər də) pasient və ya psixi sağlamlığın qorunması xidmətlərinin istifadəçisi yox, ilk növbədə vətəndaşdır. Cəmiyyətin həyatında iştirak cəmiyyətin bu iştiraka yol verdiyi halda mümkündür. Buna görə də psixi sağlamlığın qorunması sistemi üçün yaşayış yeri üzrə dəstək Sistemi çərçivəsində hazırlanmış xidmət modelləri əsas götürülür. Halbuki indiyə qədər səylər psixi sağlamlığın qorunması üzrə zəruri həcmdə professional yardımın yaradılmasına yönəldilir, daha az diqqət isə yerli cəmiyyətin təbii resurslarından istifadəyə ayrılırdı. Son illər psixososial reabilitasiyanın yeni məqsədi cəmiyyətin üzvlərini elə tip dəstəkləməkdir ki, onlar öz sağlamlıq imkanları məhdud olan həmvətənlərinə köməklik göstərə bilsinlər.

Droes və Van Weeghel (1994) müalicə üç yanaşma ayırd etmişlər: problemə istiqamətlənmiş, fərdə istiqamətlənmiş və mühitə istiqamətlənmiş yanaşma. Adından da göründüyü kimi, problemə istiqamətmiş yanaşma əsas diqqəti problem problem və ya simptomaya yönəldir. Müalicə və qayğı planı, həmçinin

müdaxilələr bu problemin həlli üçün hazırlanır. Tibbin bir çox sahəsi problemə istiqamətlənmiş yanaşmadan istifadə edir və əksər müalicə metodları da problemlərin həllinə yönəldilmişdir. Liberman və b. tərəfindən (1990) işlənib hazırlanmış psixi pozuntusu olan klientə preparatların təyin edilməsi , informasiya ilə təmin edilməsi (psixi maariflənmə) və vərdiş məşqləri reabilitasiya metodu mənaca problemə istiqamətlənmiş yanaşmalara aiddir.

Psixi pozuntuların reabilitasiyasında ənənəvi mühitə istiqamətlənmiş yanaşmanın əsasını terapevtik mühitin yaradılması yaxud xüsusi təchiz edilmiş mənzillə təmin edilmə təşkil edir. Mühitə istiqamətlənmiş yanaşmanın məqsədi – xoş, funksional həyat üçün mümkün olan ən yüksək səviyyədə normal mühit yaratmaqdır. Mühit dəstək vasitəsi olur, klient üçün imkanların məhdudlaşmasını azaldır, müafiə olunma və təhlükəsizlik hissi verir. Sonralar klientə tam təhlükəsiz olan mühitdən çıxmaq və yeni fəaliyyət növlərini sınaqdan keçirmək , üfuku genişləndirməyə təşviq etmək olar. Bu yanaşmada professional konsultasiya klient və bu uyğunlaşdırılmış mühitdə ətrafdakı insanlarla qarşılıqlı təsirə fokuslanır. Bu metod çərçivəsində çalışan mütəxəssislərin əsas tapşırığı mühitin fiziki xarakteristikalarının və onun daxili münasibətlərinin ətraflı təşkil edilməsidir.

Fərdə istiqamətlənmiş yanaşma klientin dəyişmə istəyi ilə işləyir. Bu yanaşmanın başlıca konsepsiyası şəxsi inkişaf və öyrənmədir. Klient özü müstəqil şəkildə öz qarşısına məqsədlər qoymalıdır, əgər məqsədlər yoxdursa, klientin inkişafı istiqaməti də yoxdur. Anthony və b.(1990) göstərir ki, sistem şəkilli dəstək nəticəsində bir çox klientlər fərdi inkişaf üçün məqsədlər formalaşdırı bilər. “ Boston modeli” və ya reabilitasiyada individual yanaşma adlandırılan bu metod çərçivəsində klientlər təhsil prosesinin iştirakçıları olurlar (Wilken və Hollander 2005)

Van Weeghel (1995) hər üç reabilitasion yanaşmada klientin funksiyasını cəmləşdirir: Liberman metodunda klientə assertiv rol verilir, Bennet və Şeperd

metodunda o xidmət iştirakçısı və istehlakçı olur, Anthony metodu isə klientdən özünü dərk edən şagird olmağı tələb edir (6, 14).

Əksər ağır psixi pozuntuları olan pasientlər geniş spektr emosional və texniki dəstək verə biləcək və pasientə müalicə planının idarə edilməsində kömək etmək üçün ideal uyğun gələn ailə üzvləri ilə daimi münasibətdədirlər. Təəssüf ki, pasientə əsas qayğı göstərən şəxslər, bir çox hallarda psixi pozuntular haqda zəruri informasiyaya malik olmurlar ki, bu da pasient tərəfindən hiss edilən stressi artırır və residivləri stimullaşdırır bilər. Bundan başqa, əksərən ailə üzvlərinin terapevtlik komanda ilə partnyorluq münasibətləri olmur və bu müalicə tövsiyyələrinə riayət edilməsinə nəzarət və dəstəyi çətinləşdirir. Psixi maarifləndirmə ailə üzvlərinə pasientin psixi pozuntusunun xarakteri və müalicə prinsipləri haqda düzgün informasiya təqdim edir və beləliklə, onları aktiv əməkdaşlığa cəlb edir (Lefley H.,2009). Ailə üzvlərini müalicə prosesində aktiv iştiraka cəlb etməyə və onlara ailə münasibətlərində stressin azaldılması strategiyalarını öyrətməyə imkan verən, pasient daxil olmaqla bir ailə ilə iş, eləcə də qrup şəklində psixi maarifləndirmə üçün nəzərdə tutulmuş bir çox proqramlar mövcuddur (Mueser və Gingerich, 2011).

Mari və Steinerin işlərində (1994) yanaşma fərqiindən asılı olmayaraq bütün psixi maarifləndirmə proqramlarında mövcud komponentlərin sırası göstərilir: şizofreniyalı pasientin qayğısına qalan ailə üzvləri ilə partnyorluq münasibətlərinin qurulması; ailə üzvlərinə problemləli situasiyaları üstələməyə öyrədilməsi; qəzəb və günah əlamətlərinin azaldılması; pasientin davranışına münasibətdə adekvat gözləntilər yetişdirmək; ailə üzvlərinin özlərinin firavan həyatının vacibliyinə diqqəti cəlb etmək; ailə üzvlərinin inam və davranışlarının dəyişdirilməsi (Mueser və Jeste, 2008).

Ailə müstəvisində uğurlu müdaxilələr böyük vaxt sərfi, vərdişlər və maraqlılıq tələb edir. Əksər pasientlərin residivin qarşısının alınması yox, müddətinin uzadılmasına meyilli olduqlarından, pasientlər və onların ailələri

uzunmüddətli, davamlı müdaxilələrə ehtiyac duyur. Yeni şizofreniya diaqnozu qoyulmuş pasientlərin qohumları ilə iş göstərir ki, ailəvi psixi maarifləndirməni ilk psixotik epizoddan etibarən başlamaq çox vacibdir. Bundan əlavə, şizofreniyalı pasientlərin ailə üzvlərinin rifahının dəstəklənməsinə yönəlmiş müdaxilələr üzrə çox tədqiqatlar aparılması böyük əhəmiyyət daşıyır. Eyni zamanda ailələrin psixi maarifləndirmə proqramlarına cəlb edilməsi metodlarının işlənilib hazırlanmasına böyük səylər qoymaq lazımdır. Bir çox pasient və onların ailə üzvlərinin belə proqramların faydası qeyd etmələrinə baxmayaraq, ailələrin böyük əksəriyyəti psixi maarifləndirmədə iştirak etməyə meyilli deyillər. Buna görə də belə proqramların tətbiqi psixi sağlamlığın qorunması xidmətləri üçün heç də asan başa gəlmir. Və nəhayət, xüsusi ağır hallarda, məsələn, şizofreniya ilə yanaşı psixoaktiv maddələrdən sui-istifadə qeyd edildikdə, ailədəki münasibətlərin dəyişdirilməsi üzrə optimal iş metodları hazırlamaq lazımdır (Mueser və Jeste, 2008) (7, 27). Ciddi psixi pozuntusu olan insanlar gündəlik həyatda çoxlu çətinliklər və maneələrlə üzləşirlər: şəxslərarası ünsiyyət çətinləşib (sosial replikaların düzgün interpretasiyası ilə bağlı problemlər, situasiyaya qeyri-adekvat reaksiya), stresslə başa çıxmaq çətindir (xırda tapşırıqlar da daxil olmaqla, məsələn, maqazində lazımlı əşyanı tapmaq), diqqəti toplamaq çətindir, enerji və təşəbbüskarlıq çatmır (Bond, 1995). Sosial vərdişlərin psixi pozuntu ilə əlaqədar itirilməsi yoxsa onları heç vaxt öyrədilməmiş olması vacib deyil, belə insanların əksəriyyətində sosial vərdişlər və şəxslərarası ünsiyyət vərdişlərində defisit qeyd edilir (Bond, 1995).

Dərmanlar, hospitalizasiya və dinamik psixoterapiya kimi ənənəvi yanaşmalar psixi pozuntusu olan insanların sosializasiyası və əmək vərdişlərinə öyrədilməsində məhdud effektivliyinə malikdirlər (Chan və b., 1998). Anthony, Cohen və Farkasa (1990) əsasən, klientin sosial kompetensiyasının artırılmasının ən çox üstünlük verilən metodu sosial vərdişlər treyninqidir. Bu yanaşmanın əsas vəzifəsi klientin gündəlik həyat, təhsil və ya işdə daha effektiv fəaliyyətinə mane olan spesifik vərdiş defisitini aşkarlamaqdır. Klientə sosial, şəxslərarası ünsiyyət,

yaşamaq uğrunda mübarizə, şəxsi gigiyena, özünəxidmət və simptomların idarə edilməsi vərdişlərinə öyrədilməsində yardım tələb oluna bilər (Corrigan, Rao və Lam, 1999) (McReynolds, 2002).

Sosial vərdişlər treyninqi fərddə çatışmayan vərdişlərin yaxud bunları kompensasiya edən vərdişlərin yetişdirilməsi üçün istifadə olunur. Təlimlərin əsasında sınılanmış və bütün öyrədilmə növləri, davranış terapiyası diapazonu effektiv hesab edilən sosial öyrənmə (Bandura, 1969) və operant şərtləndirmə (Lieberman, 1972) teoriyaları durur. Sosial vərdişlər treyninqi metodları xüsusilə ətraflı təlimatlarla dəqiq gözləntilərin dəqiq müəyyənləşdirilməsi, tez-tez işarələrlə kouçinq, modelləşdirmə və əvəzedici identifikasiya, rol oyunları və davranış məşqinə cəlb etməni daxil edir və müsbət əks əlaqə, sosial davranışda istənilən kiçik yaxşılaşmanın möhkəmləndirilməsini nəzərdə tutur (Lieberman və Martin, 2003).

Bir çox şizofreniyalı pasientdə sosial fəaliyyətin pozuntuları qeyri-adi şəxslərarası davranış, həmçinin sosial gərginliklə birlikdə stigmatizasiya təcrübəsi təcrid olunmaya, qeyri-kafi sosial dəstəyə, bu da öz növbəsində sosial vərdişlərin inkişafı və təkmilləşdirilməsi üçün imkanların məhdudlaşmasına gətirib çıxarır. Vərdiş defisiti şizofreniyalı pasientlərin sosial rolların icra edilməsi, həmçinin həyat keyfiyyətinin aşağı düşməsində problemlərin əhəmiyyətli hissəsinə səbəb olur. Sosial vərdişlər modeli şizofreniya zamanı sosial funksiya və disfunksiyanın anlaşılması və sosial vərdişlərə öyrədilmə idealarının inkişafını təmin edir. Bu modelə əsasən sosial kompetensiya 3 əsas vərdiş üzərində qurulur: 1) sosial persepsiya və ya qavrama vərdişi; 2) sosial koqnisiya (dərrakə), və ya tanıma vərdişi; 3) davranış reaksiyası və ya davranış vərdişi. Sosial persepsiya və ya qavrama vərdişi və sosial siqnalların anlaşılması emosional replikanı (sifət ifadəsi, intonasiyadakı nüanslar, jestlər və ünsiyyət partnyorunun dedikləri), həmçinin kontekstual informasiyanı düzgün hesablamaq qabiliyyəti tələb edir. Sosial koqnisiya (dərrakə) sosial stimulların effektiv analizi, hazırki hadisə və onun tarixinin (məsələn, partnyorun əvvəlki

qarşılaşmada nə etməsi və özünün oxşar sosial situasiyada keçirdiyi hisslər haqda informasiya) inteqrasiyası və effektiv cavabın planlaşdırılmasını daxil edir. Davranış reaksiyası adekvat verbal cavab vermək və uyğun situasiyalarda paralingvistik xarakteristikalardan istifadə etmək bacarığı, həmçinin adekvat qeyri-verbal davranış, yəni jestlər, pozalar və üz ifadələrindən istifadəni daxil edir.

Effektiv sosial davranış bu üç prosesin konkret sosial situasiyanın tələblərinə uyğun olan inteqrasiyasıdır. “Vərmişlər” sözünün istifadə edilməsi sosial kompetensiyanın intrapsixi proseslər yox, öyrənilmiş bacarıqlar toplusu üzərində qurulduğunu nəzərə çatdırmaq məqsədi daşıyır. Və əksinə qeyri-effektiv sosial davranış əksər hallarda sosial vərdiş defisitinin nəticəsidir. (Mueser və Jeste, 2008).

Sosial vərdişlər modelinə əsasən, funksional nəticələr sosial vərdişlərin artırılması və ya strukturlaşdırılmış davranış müdaxiləsi vasitəsilə (sosial vərdişlər treyninqi) və vərdiş defisitinin azaldılması yolu ilə yaxşılaşdırıla bilər. Beləliklə, sosial rol icrası və həyat keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasının şizofreniyanın müalicə və reabilitasiyasının əsas məqsədlərindən biri olmasını nəzərə alaraq, demək olar ki, sosial vərdişlər treyninqi şizofreniyalı xəstələrin terapiyasında vacib rol oynaya bilər (Mueser və Jeste, 2008).

Bütövlükdə sosial vərdişlər treyninqi didaktik instruksiyalar, vərdişlərin ayrı-ayrı addımlara bölünməsi, modelləşdirmə, davranış məşqləri (rol oyunları) və sosial möhkəmləndirmədən ibarət yaxşı strukturlaşdırılmış tədris prosedurasıdır. Sosial vərdişlər treyninqi adətən böyük qruplarla keçirilir. Tədris proqramının tərkibi ayrı-ayrı tematik tsikllərə bölünmüşdür, məsələn: işlə əlaqədar vərdişlər, müalicənin idarə edilməsi vərdişləri (tibb xidməti təminatçıları ilə necə ünsiyyət qurmaq), tanışlıq vərdişləri və təhlükəsiz seksual vərdişlər. Tədris müddəti sadə vərdişlərin öyrədilməsi üçün 4-8 sessiya arası, sosial vərdişlərin kompleks öyrədilmə proqramı üçün isə 6 ay 2 il arasında dəyişə bilər.

Tədrisin davam etmə müddətindən asılı olmayaraq treyninqlər adətən həftəfə 2-3 dəfə keçirilir. Treyninq elə qurulur ki, iştirakçıların neyrokoqnitiv imkanlarına olan tələb minimuma ensin (Mueser və Jeste, 2008).

Sosial vərdişlər treyninqi bir qayda olaraq ambulator şəraitdə aparılır, lakin eyni uğurla stasionarda da aparıla bilər. Təxirəsalınmaz hospitalizasiya adətən tədris üçün azad vaxt nəzərdə tutmur. Ümumiyyətlə in vivo yanaşma kimi, sosial vərdişlər treyninqi ilk növbədə klientə nə vaxtsa lazım ola biləcək vərdişlər yox, ona hal-hazırda artıq lazım olan vərdişləri öyrətməyə istiqamətlənməlidir.

Müsbət nəticələr əldə etmək üçün sosial vərdişlər treyninqinin tərkibinin pasientin bugünkü həyatında aktual və faydalı olması, həmçinin tədrisin treyninq iştirakçılarının koqnitiv və funksional pozuntuları səviyyəsinə uyğunlaşdırılması çox vacibdir.

Qiymətləndirmə (ing.assessment) psixiatrik reabilitasiya prosesinin birinci mərhələsidir. Psixi reabilitasiya prosesi ona daxil olan prosedura və tədbirlər, spesifikasiyalar və sənədləşmədən asılı olaraq əhəmiyyətli dərəcədə dəyişə bilər. Ümumi olaraq psixiatrik reabilitasiya pasientlərin nail olmaq istədikləri məqsədlərin müəyyənləşdirilməsi (professional, mənzil, təhsil və sosial sferada) və bu məqsədlərə çatmaq üçün gərəkli vərdiş və dəstəyin alınması üzərində qurulur. Bəzi psixiatrik reabilitasiya proqramlarında bu tapşırıqlar vasitəli olaraq, heç cür sənədləşdirilə bilməyən (məsələn, klub evlərdəki kimi) qeyri-formal şəkildə yerinə yetirilir. Digər proqramlarda proses praktiki mütəxəssis tərəfindən bilavasitə qurulur və sənədləşdirilir (məsələn, Boston universiteti metodu üzrə reabilitasiya). Lakin, hətta müxtəlif reabilitasiya proqramlarında istifadə olunan struktur və mühitin fərqliliyinə baxmayaraq, qiymətləndirmə prosesi ən azı pasientin məqsədləri haqda informasiya, həmçinin onlara nail olmaq üçün zəruri vərdişlər və dəstək növlərini daxil etməlidir (Macdonald-Wilson və b., 2001).

Reabilitasiya qiymətləndirməni ənənəvi klinik diaqnozla qarışdırmamaq lazımdır. Onların məqsədləri, metodları və alətləri müxtəlifdir. Lakin, hər ikisi vacib və faydalı informasiya təqdim edir, tətbiqində vərdişlər tələb edir və terapiya üçün böyük əhəmiyyət daşıyır.

Aparılan praktiki tədqiqatlar psixiatrik reabilitasiyada qiymətləndirməyə münasibətdə iki nəticə çıxarmağa imkan verir. Birincisi, hal-hazırda psixiatrik diaqnostika sistemi psixiatrik reabilitasiya üçün aktual olan təsvir, proqnozu təqdim etməyə diaqnostik informasiyanı toplayıb strukturlaşdırır. Nəticə etibarilə, reabilitasiya üçün ayrıca qiymətləndirmə prosedurası aparılmalıdır. İkincisi, psixiatrik reabilitasiya üçün qiymətləndirmə aparanda, klientin vərdişləri və mühit resurslarının təsvirinə diqqəti yekun məqsədlər kontekstində cəlb etmək lazımdır (MacDonald-Wilson və b., 2001).

Psixososial fəaliyyət anlayışını müxtəlif təriflərlə təyin etmək olar və o geniş spektr davranış aktlarını əhatə edir. Bir qayda olaraq, psixososial fəaliyyət adı altında müasir cəmiyyətdə uğurlu həyat üçün zəruri bacarıqlar toplusu başa düşülür, daha dəqiq olaraq: təməl müstəqil yaşamaq vərdişləri (yemək hazırlamaq, təmizlik, gigiyenaya riayət və.s); müsbət münasibətlərdə iştirak (sosial vərdişlər); təhsil və ya iş; öz fiziki və psixi sağlamlığının qeydinə qalmaq; cəmiyyətdə problemlə davranışdan uzaq durmaq (zorakılıq, narkomaniya və.s). Uşaqlı insanlar üçün yaxşı valideyn olmaq və uşaqların qayğısına qalmaq vacib sosial bacarıqlardandır. Psixososial fəaliyyətin qiymətləndirilməsində həmçinin sosial rol, sosial vərdişlər və sosial kompetensiya, ailədaxili münasibətlər, şəxsi və professional məqsədlər kimi digər bir-birinə yaxın anlayışlarda iştirak edə bilər. Tam mənada psixososial fəaliyyət üçün özünü qiymətləndirmə, sosial dəstək, gözləntilər və motivasiyanın vacib olmasına baxmayaraq, onlar fəaliyyətin ölçüləbilən parametrlərinə aid olunmur, belə ki, spesifik sosial davranış, münasibət, hisslər və qavrama ilə əlaqəli deyil (Mueser və Jeste, 2008).

Hazırkı dövrdə psixiatrik reabilitasiya klientin güclü tərəfləri öz müqəddəratını həll etmə, böyümək potensialı, şəxsi seçim etmək və həkimlərlə bərabərtərəfli partnyorluq ətrafında qurulan sağlamlıq konsepsiyası istiqamətində irəliləyir, buna görə də psixososial fəaliyyətin qiymətləndirilməsi mütəxəssislər tərəfindən kleintlərlə əməkdaşlıqla aparılır. Belə yanaşmada sosial fəaliyyətin qiymətləndirilməsi klientlər tərəfindən progressə müstəqil nəzarət, eləcə də psixi sağlamlıq sahəsindəki mütəxəssislər tərəfindən klientlərin müvafiq proqram və müdaxilələrə yönəldilməsi üçün istifadə olunur (Mueser və Jeste, 2008).

Psixososial fəaliyyəti qiymətləndirmək üçün müxtəlif metodlar mövcuddur. Mütəxəssisin kiminlə işləməsi (hospitalizasiya olunmuş pasient, ambulator müəssisə pasienti, birinci psixoz epizodu və b.), təyinat (strategiya hazırlanması üçün baza, müalicə nəticələrinin qiymətləndirilməsi, böyük seçim zamanı informasiya alınması, istifadəçilərə progressi müstəqil izləməkdə kömək etmək), qiymətləndirmə növü (strukturlaşdırılmış müsahibə, müstəqil qiymətləndirmə reyting-şkalası, kənar qiymətləndirmə reyting-şkalası, davranış tapşırıqları), psixometrik xüsusiyyətlər (etibarlılıq, validlik) və qiymətləndirmə üçün ayrılmış vaxtdan asılı olaraq müxtəlif instrumentlər və metodlar tətbiq edilir (Mueser və Jeste, 2008).

Psixososial fəaliyyətin qiymətləndirilməsi növlərini üç böyük kateqoriyada qruplaşdırmaq olar: 1) ümumi, 2) kompleks və 3) spesifik. Ümumi qiymətləndirmə sosial fəaliyyətin bir neçə aspektini ümumiləşdirilmiş şəkildə təqdim edə ümumi göstərici və ya ümumi şkalanı verir; kompleks qiymətləndirmə sosial fəaliyyətin müxtəlif spesifik aspektlərinin qiymətləndirilməsinin nəticəsini verir; spesifik qiymətləndirmə sosial fəaliyyətin bir və ya bir neçə seçilmiş aspektinin qiymətləndirilməsini göstərir.

Ümumi qiymətləndirmə çox vaxt bir dəyərdə fəaliyyətin göstəriciləri və simptomlarını birləşdirir və əsasən iri miqyaslı administrativ tədqiqatlarda tədqiq olunur, klinik praktikada nadir hallarda istifadə olunur.

Psixososial fəaliyyətin kompleks qiymətləndirilməsi sosial fəaliyyətin müxtəlif aspektləri daha detallı şəkildə ölçür və klinikada daha yaxşı tətbiq olunur.

Spesifik qiymətləndirmə sosial fəaliyyətin bir aspektini, məsələn, spesifik məqsədləri və ya bu sahədə tələbatları olan pasientlərə klinik tətbiq zamanı çox faydalı ola biləcək müstəqil yaşama vərdişi, sosial kompetensiya və ya əmək vərdişlərini dərinlən tədqiq edir.

Reabilitasiya qiymətləndirmə klinikin həyat, təhsil, sosializasiya və iş üçün seçdiyi mühit kontekstində onun vərdiş və dəstək səviyyəsini ölçür. Qiymətləndirməni üç komponenti var: reabilitasiyanın ümumi məqsədi, funksional qiymətləndirmə və resursların qiymətləndirilməsi. Reabilitasiyanın əsas məqsədini klientin növbəti 6-18 ay üçün həyat, təhsil, ünsiyyət və iş üçün bəirlədiyi konkret şərtlər müəyyən edir.

Məqsədlərin reallaşdırılacağı mühit seçildikdən sonra seçilmiş mühitdə və mühitlərdə uğur və təmin olunmanı maksimallaşdırmaq üçün klientə hansı vərdiş və dəstəyin təkmilləşdiriləcəyini başa düşməyə kömək etmək üçün müsahibəyə tamamlayıcı qismində qiymətləndirmə instrumentləri tətbiq oluna bilər

Reabilitasiya qiymətləndirmə adətən klientlə müsahibələr seriyası ilə başlayır. Müsahibə keçirməyin iki vacib şərti var. Birincisi, praktiki mütəxəssis klientin müsahibədə iştirakını maksimallaşdırmağa cəhd göstərir. İkincisi, müsahibənin gedişində toplanan informasiya klient tərəfindən qiymətləndirmə nəticələrinin anlaşılmasına yol açacaq şəkildə yazılır (MacDonald-Wilson və b., 2001).

Müsahibin şəxslərarası ünsiyyət vərdişləri həlledici məna kəsb edir, qiymətləndirmənin gedişində aktiv partnyorluq münasibətlərinin inkişafı bundan asılıdır (Danley, MacDonald-Wilson, və Hutchinson, 1998; Mosher və Burti, 1992). Əgər klientlər müsahibədə müstəqil iştirak etmərlərsə, mütəxəssis öz

professional vərdiş və biliklərinin cəlb edilməsi vasitəsilə kontakt yaradılmasının üzərində işləməlidir (MacDonald-Wilson və b., 2001) (8, 29, 35-36).

Psixososial reabilitasiya psixoloji və sosial reabilitasiya olmaqla 2 yerə bölünür. Psixoloji reabilitasiya zamanı aşağıdakı müdaxilələrdən istifadə olunur:

Koqnitiv davranış terapiyası (CBT) insanın düşüncəsinin davranışı və emosiyaları ilə qarşılıqlı əlaqədə olmasına əsaslanan terapiyadır. Ağır psixi pozuntusu olan şəxslərdə pozitiv simptomatikanı, əsasən hallüsinasiyaları azaltmaq məqsədilə ənənəvi terapiya ilə birgə tətbiq edilə bilər. Bu terapiya ağır psixi pozuntusu və davamlı pozitiv simptomatikası olan şəxslərdə dayanıqlı simptomatika ilə mübarizə aparmaq üçün uzun müddətli spesifik psixoloji müdaxilələr tipli yardımı təklif edilir. Bu zaman bu şəxslərdə təkrarlanan depressiv pozuntunun qarşısını almaq üçün məqsədlər birləşdirilir. Müdaxilənin əsas məqsədi sosial funksiyasını yüksəltməkdir. Bu zaman sosial vərdişləri inkişaf etdirən treninqlərin keçirilməsi arzu olunandır. KDT ilə şizofreniyalı pasientlərin psixoloji problemlərinin həll edilməsi sahəsində çatışmayan dəlil yoxdur. Bu metodikanın effektivliyi tədqiqatlar nəticəsində sübut olunmuşdur. Jones sübut etmişdir ki, KDT şizofreniyalı xəstələrin müalicəsində, düşüncə davranış və emosiyaların idarə edilməsində effektivdir (4,8-14).

Koqnitiv reabilitasiya koqnitiv funksiyaların zədələnməsindən və zəifləməsindən əziyyət çəkən şizofreniyalı xəstələr ilə həmin funksiyaların yaxşılaşdırılması məqsədilə aparılır (22, 11-8).

Belə pasientlərlə koqnitiv reabilitasiya proqramı daha geniş psixososial tədbirlərdən istifadə etmək imkanı yaradır. Koqnitiv reabilitasiya müdaxilələrinin ağır psixi xəstələrlə iş zamanı seçilməsi və əsas müalicə ilə birgə aparılması məqsədə uyğundur. Bu sahədə aparılan tədqiqatlar göstərir ki, koqnitiv

reabilitasiya psixososial funksiyaları yüksəldir (16, 2-19). Sərbəst tapşırıq həllini inkişaf etdirir (12).

Ailə terapiyası ağır psixi pozuntular zamanı əsas müalicə üsulunun tam bir hissəsi kimi təklif edilir. Bu zaman ailə müdaxilələri vahid ailə formatında olmalı, uzun müddət davam etməli 6 ay ilə 10 ay arası olmalıdır. Ağır psixi pozuntusu olan və affektiv psixotik vəziyyəti olmayan xəstələrə psixososial müdaxilələr içərisində ailə müdaxiləsi psixomaarifəndirici komponent, koping və sosial vərdiş treninqləri texnikaları kompleks şəkildə standart müalicə proqramı ilə birlikdə verilir. Ağır psixi pozuntusu olan şəxslərin ailə üzvləri və qəyyumlarına isə dostcasına emosional mühitdə müzakirələr aparma, koping strategiyalara yiyələnmə, və informasiya alma üçün qrup psixomaarifləndirici proqram kimi təklif olunur (13). Ağır psixi pozuntusu olan pasientlərlə aparılan tədqiqatlar göstərir ki, ailə müdaxilələri xəstəliyin təkrarlanmalarının qarşısını alır (17,172-9). Ailə müdaxiləsi alan pasientlər daha yaxşı həyat keyfiyyətlərinə yiyələnilər (21, 11-8).

İnformasiyanın keyfiyyəti ailə və ya ağır psixi pozuntusu olan şəxslərlə yaşayan insanlara, o cümlədən pasientin özünə diaqnostika, müalicə, dəstəyin verilməsi haqqında və idarə etmə strategiyaları ilə məlumatlanmanın təmin edilməsi ilə ölçülür. Bu da psixomaarifləndirici müdaxilələrin keyfiyyətini ortaya qoyur. Psixomaarifləndirici proqram ağır psixi pozuntusu olan şəxslərə, xüsusilə şizofreniya xəstələrinə ailə üzvlərini birləşdirmək üçün təklif edilir. Xəstələr ilə məqsədi spesifik psixoloji texnikaları birləşdirmək, xəstəliyin periodlarını stabil keçirmək üçün psixofarmokoloji müalicəyə əlavə olaraq qrup psixomaarifləndirici proqramı tətbiq olunur. Əlavə individuallaşdırılmış müalicə proqramının tərkib hissəsi olan psixomaarifləndirici proqram minimum 9 ay davam edir və hər pasient üçün yenilənmiş sessiyalara ehtiyac duyur. Aparılan tədqiqatlar sübut edir ki, psixomaarifləndirmə xəstəlik haqqında informasiyanı artırır (15, 32-43). Eyni zamanda ailə və şizofreniyalı pasientlərlə aparılan

psixomaarifləndirmə remissiyanın uzanmasına xəstəliyin təkrarlanma sayının azalmasına səbəb olur (2,854-61).

Ağır psixi pozuntular zamanı istifadə edilən terapiyalardan biri interpersonal terapiyanın (İPT) adaptasiya edilmiş forması olan İnterpersonal və sosial ritm psixoterapiyasıdır (İSRT) . Bu terapiyanın məqsədi normal sosial rutinin, şəxsiyyətlərarası münasibətlərin, əhval pozuntularının qarşısının alınmasına yönəlidir. Frank və digərləri bu terapiyanın ağır psixi pozuntular xüsusilə bipolyar affektiv pozuntu zamanı effektivliyini sübut etmişdir. İnterpersonal və sosial ritm bipolyar pozuntu zamanı əhval dəyişməsinə qarşı sayıqlıq göstərməyə yardımçı olur (17, 172-9).

Ağır psixi pozuntusu olan şəxslərdə xəstəliyin təkrarlanmalarının qarşısını almaq niyyəti ilə İSRT müalicəyə daxil edilir (13,1331-1342).

Digər psixoterapiyalar: Drama terapiya və digər psixoterapiyaların effektivliyini sübut edən tədqiqatlar və sübutlar yoxdur.

3. Psixososial reabilitasiyada multidisiplinar yanaşma və psixoloqun rolu.

Multidisiplinar iş müxtəlif mütəxəssislər tərəfindən (psixiatr, psixoloq, tibb bacısı, sosial işçi) həyata keçirilir. Bu sahə geniş xidmət təqdim edir: tibbi, psixoloji, sosial. Belə yardım maddi cəhətdən həm daha münasib , həm də daha effektivdir. Ağır psixi pozuntusu olan şəxslərə, xüsusi ilə şizofreniyadan əziyyət çəkənlərə istiqamətlənmişdir(3, 691-729).

Multidisiplinar iş komanda tərəfindən həyata keçirilir. Multidisiplinar komanda müstəqil şəkildə ayrı-ayrı ixtisas profillərinə sahib olan mütəxəssislərin professional keyfiyyətlərə inam əsasında disiplinər sahədə daxili qarşılıqlı əlaqələrə əsaslanan birlikdir (2,854-61) (Bax: Cədvəl 1)

Komandanın ayrı- ayrı üzvlərinə mütəxəssis kimi verilən tələblər, gözləmələr (adapted from Liberman et al. 2001)

Ailə ilə iş	2	3	4	1	0	0	1	1	3	0	0
Pasientin psixoloji maarifləndirilməsi	3	4	1	3	1	0	2	2	1	0	0
Vərdiş treningləri	1	4	1	1	2	0	2	1	0	2	3
Koqnitiv-bihevioral terapiya	2	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Xüsusi iş yeri	0	4	2	0	2	1	1	1	0	4	4
Assertiv icma müalicəsi	2	1	3	2	2	0	4	4	1	1	1
Komanda rəhbəri	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Proqram inkişaf etdirici	2	2	2	1	1	0	0	0	0	1	0
Bacarıq, qabiliyyətlər	1	2	2	2	1	0	2	4	4	0	0

Cədvəl 1. Multidisiplinar komanda və fəaliyyət istiqamətləri

İxtisas sahələri	Psixiatr	Psixoloq	Sosial işçi	Tibb bacısı	Əmək terapevti	Reabilitasiya terapevti	Keys menecer	İstifadəçilər komandası	Ailə vəkili	Məşğulluq mütəxəssisi	İş təlimatçısı
Diaqnostika	4	3	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Psixopotologiya monitoringi	4	3	1	3	1	1	2	1	0	2	2
Krizis müdaxilə	4	4	2	4	0	0	4	2	1	2	0
Məşğulluq terapiyası	2	2	2	2	1	1	4	4	2	4	4
Motivasiya edici görüşlər	1	3	2	0	2	1	1	3	0	4	2
Funksional qiymətləndirmə	1	4	2	0	4	2	1	1	0	3	2
Psixofarmakologiya	4	2	0	2	0	0	1	2	1	2	1

4= ən yüksək iştirak

3=yüksək iştirak

2=orta iştirak

1 = aşağı iştirak

Göründüyü kimi klinik psixoloq multidisiplinar komandada əhəmiyyətli mövqeyə malikdir. Psixi problemlərin və ya pozuntuların aşkarlanması, qarşısının alınması və onlardan azad olunması, həmçinin, fərdi rifahının yaxşılaşdırılması və şəxsi inkişaf üçün psixoloji metodları tətbiq edən psixi sağlamlıq üzrə mütəxəssis klinik psixoloqdur. Klinik psixoloqun vəzifəsi çoxşaxəli və hərtərəflidir, belə ki, o, normanı bilməli patologiyayı müəyyənləşdirməli, ona uyğun problemin həllini tapmalı, müxtəlif üsulları tətbiq etməli, nəticələri nəzərdən keçirməli, pasientlərin fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərini müəyyənləşdirməlidir. Bunun üçün də bir çox üsul, terapiya, proqramlar bilməlidir.

İctimai öyrənmə qanunlarından və davranış texnikalarından istifadə edərək xəstələrin özünə baxım, şəxsiyyətlərarası əlaqələr və ictimai həyat

sahələrində öz ehtiyaclarını qarşılayacaq bacarıqlara sahib olmalarını təmin etmək üçün inkişaf etdirilmiş psixiatrik reabilitasiya proqramları mövcuddur. İstifadə edilən öyrənmə üsulları bunlardır: Məlumatlandırma, rol oynama, modelləşdirmə (təqlid), davranış tapşırıqları etmə (rol oynama), müsbət və düzəldici geri bildiriş (Gücləndirmə), problem həll etmə işləri, dəstəkləmə (Coaching, prompting), təkrar etmə (Overlearning), özünü istiqamətləndirmə (self-instruction), ümumiləşdirmə (ev tapşırıqları), özünü

izləmə qiymətləndirmə və mükafat iqtisadiyyatı (token economy). Bacarıq təhsili işlərixəstələrlə və ideal olaraq əhəmiyyətli ailə üzvlərini daxil edən fərdi və qrup müalicələri şəklində tətbiq olunur. Ümumiyyətlə 5-10 xəstədən ibarət qruplar halında bir təlimatçı terapevt və köməkçisinin icra etdiyi 45-90 dəqiqəlik iclaslar halında həftədə 1-5 dəfə tətbiq oluna bilər. Təhsil hər nə qədər proqramlaşdırılmış

olsa da əsl olan xəstənin hədəf davranışa çatmasını təmin etmək olduğu üçün sıxlıq və dərəcəsi fərdi xüsusiyyətlərə görə nizamlanır. Əhəmiyyətli olan xəstələrin inkişaf etdirmək üzrə çalışacaqları bacarıqların öz xüsusiyyətlərində hansı hədəflərini reallaşdırmağa kömək edəcəyini başa düşmələridir.

Xəstələrin öyrəndikləri bacarıqların sınaq və yaşıyaraq işə yaradığını görmələrinin proqrama davam etmələrində əsaslı motiv təmin edəcək. Yalnızam, heç yoldaşım yoxdur, kimsə məni axtarmır, evlənmə bilmədim, işim yoxdur deyən bir xəstənin bunları təmin etməsini asanlaşdıracaq təməl bacarıqların əskikliyinə fərqi nə vardırılması əhəmiyyətli bir başlanğıc mərhələsidir.

İctimai bacarıq təhsilində xəstələrin funksional olmayan kompleks ictimai

davranışları kiçik elementlərə bölünərək hər bir davranış vahidi rol oynama, video nümunələri və geri bildiriş işləriylə düzəldilir, müsbət və yeniləri mükafatlandırılır, daha sonra da ümumiləşdirilərək xəstənin funksional olan kompleks davranışları reallaşdırma təmin edilir. Məsələn, uyğun göz kontaktı qurmaq, danışmağı başlatma, sual soruşma, danışmağı davam etdirmə, səs tonunu nizamlama, şəxsiyyətlər arasındakı məsafəni nizamlama, enerjili görünmə, uyğun əl-qol hərəkətləri etmə, mimikaları nizamlama kimi kiçik davranış

işləri xəstələrin ünsiyyət bacarıqlarının inkişaf etdirilməsində çox əhəmiyyətli pillələridir.

Daha kompleks davranışları problemsiz tətbiq edə bilmək üçün sadə davranış

qəliblərinin bol təkrarlarla avtomatikleşdirilməsi təmin edilməlidir. Təkrarlar və ev tapşırıqları ilə möhkəmləndirmələr edilir. Xəstələrə yalnız müalicə mühitlərində deyil gerçək həyat mühitlərində də izlənilərək və birlikdə olunub dəstəklənərək davranışlarının təşkil edilməsində kömək olunmalıdır. Xəstələrin

öyrəndikləri bacarıqları evlərində yada digər xarici mühitlərdə tətbiqlərində qeydlər və kartlar kimi bəzi konkret xatırlatmalar istifadə edilə bilər.

Koqnitiv qüsurlar davam ağır psixi pozuntusu olan xəstələrin reabilitasiya xidmətlərindən faydalanmalarında əhəmiyyətli bir maneədir.

Daimi koqnitiv məşqlərlə yaddaş, diqqət, planlaşdırma və konseptual, ya da bu sahələrdəki qüsurların kompensasiyasını istiqamətli taktikalarla inkişaf etdirilir. Xəstələrin ictimai qavrayış problemlərini həll etməyə istiqamətli təlimlər keçirilir. Digər insanların romantik ifadələrini tanıması, öz duyğularını tənzimləmə və uyğun reaksiyaları inkişaf etdirmə, problem həll etmə bacarıqlarının inkişaf etdirilməsində əhəmiyyətli bir bilişsel reabilitasiya işidir. Bir çox müalicə mühitində istifadə bu işdə rəqəm problem həll etmə üsulu istifadə edilir:

- 1) problemi təsvir etmək (anlamaq) ;
- 2) bütün ola biləcək həll variantlarını sıralamaq;
- 3) variantların üstünlükləri və mənfi cəhətlərini baxımından qiymətləndirmək;
- 4) ən uyğun həll variantını seçmək;
- 5) həll tətbiq etmək üçün kifayət qədər resursları araşdırmaq;
- 6) seçilən həll yolunu sınaq üçün plan qurmaq və bunu həyata keçirmək;
- 7) nəticələri qiymətləndirmək.

Problemi anlamaq, dayanıb düşünmək, problemlər qarşısında təsirli həll yolları tapmaq, problemlərdən çıxış yolunu tapmaq təhsillə əldə edilə bilən nəticələndir.

Xəstələrə yalnız müalicə xidmətlərinin təqdim edilməsi və bunların da dərman müalicəsi ilə məhdudlaşması yaxşılaşmanın əhəmiyyətli dərəcədə reallaşması üçün ümumiyyətlə kifayət deyil. Ruhi xəstəliklərin müalicəsində dərmanlarla

birlikdə tətbiq olunacaq olan ruhivə ictimai cəhdlər tibbi müalicələrə əhəmiyyətli əlavələrdir. Ciddi ruhi xəstəliyi olan fərdlərin qarşılaşdıqları damğalanmalar, fərdi və ictimaitələblərə kifayət qədər cavab verə bilməmələri onları daha da çətin vəziyyətlərə sala bilər. Ruhi problemi olan fərdlərin cəmiyyət içərisində və müstəqil olaraq ən azdəstəklə ictimai, peşə, təhsil və ailəvi rollarını davam etdirə bilmələri üçün lazımlı bacarıqlarla təchiz edilməsi və ictimai dəstəyin təmin edilməsi psixiatrik reabilitasiyanın təməl məqsədidir. Son illərdə psixiatrik reabilitasiyanın adı daha çox çəkilməyə başlamış və geniş yayılmışdır. Psixologiyanın reabilitasiya bölməsi 1958-ci ildə əlilliyin qarşısının alınması və əlilliklə bağlı problemlərin həlli yollarının tapılması üçün təsis edildi. Şöbənin 22 üzvünə müxtəlif elmi-tədqiqat və xidmət maraqları olan, reabilitasiya müəssisələrində çalışan psixoloqlar, tibb mərkəzi, xəstəxanalar və klinikalar, kollec və universitetlər, xüsusi təcrübə, dövlət proqramları, sosial xidmət orqanları və məktəblər daxildir. Bu səpkidəki təlimlərin ən görkəmli müdafiəçisi 1970-ci ildən sistemli və strukturlaşdırılmış təlimlər tərtib etmiş Robert Liberman olmuşdur. Liberman və onun həmkarları müxtəlif mövzular ilə modulları şəklində təlimlər tərtib etmiş, simptomların idarə edilməsi, dərmanın müntəzəm qəbulu, maddə asılığının idarəsi, ünsiyyət probleminin həlli, münasibətlər sferasının genişləndirilməsi və inkişafı, isitrahət və asudə vaxtın təşkili, ev tapşırıqları və s. sistemləşdirilmişdir.

Belə ki, dünya statistikasına görə əgər 2000-ci ildə psixi pozuntular üçün qlobal xəstəliklər yükü göstəricisi 12,1%-ə bərabər idisə, 2020-ci ildə o, 15% təşkil edəcəkdir. Psixi və davranış pozuntuları təkcə iqtisadi deyil, həm də çox böyük ictimai itkilərlə – intiharlar, zorakılıq, narkomaniya, yoxsulluq, evsizlik, stiqma (psixi xəstəliyin bir damğa kimi qəbul edilməsi), ayrı-seçkilik – bağlıdır(24,5).

Psixiatrik reabilitasiya əməkdaşlıq tələb edən, uzun davamlı məşğuliyyətdən bezməyəcək, humanist duyğuları ön planda olan, istəkli, bacarıqlı, səbirli və qrup işinə uyğun bir komanda ilə aparıla biləcək bir işdir. Yaxşı təşkil edilmiş bir reabilitasiya ilə psixi pozuntusu olan şəxslər 'xəstə' olma rolundan çıxıb 'fərd'

olma rolunəkeçəcək və məsuliyyət altına girəcəklər. Fərd, ailə və ətrafi müalicəyə sahib çıxaraq yaxşılaşmanın digər ölçülərində rol almış olacaqlar. Davamlı ruhi xəstəliyi gizlədilər və cəmiyyətdən uzaqlaşdırılan fərd ön plana çıxacaq və cəmiyyət içərisində yeni rolunu alacaq.

4. Azərbaycan Respublikasında psixososial reabilitasiyanın inkişafı.

Azərbaycanda psixososial reabilitasiya yeni məfhum olsa da sürətlə yayılmağa başlamış və effektivliyini hiss edən xəstə yaxınları psixososial reabilitasiyaya daha çox etibar etməyə başlamışdır. Psixososial reabilitasiya ənənəvi üsula nisbətə xəstəliyə daha yaxşı təsir göstərir. İstər xəstəliyin simptomatikasında, istərsə də davranış problemlərində ,sağlamlığın pisləşməsinin qarşısının alınmasında psixososial reabilitasiya özünəməxsusluğunu vurğulayır. Apardığımız tədqiqat bunun ən bariz nümunələrindəndir.

Ağır bir ruhi xəstəlik yaşayan bu fərdlərin xəstəliklərinin, özlərinin, ətraflarının, ya da başlıca olaraq olduqları vəziyyəti anlamalarını təmin etmək əsas məqsədlərdəndir. Beləliklə, ilkin olaraq xəstə olan bu fərdlərin öz xəstəliklərinin müalicəsində məsuliyyət almalarını təmin etmək lazımdır. Bunu təmin etmək üçün vaxt lazım gəlir. Ailə və ətrafdan kömək alınmalıdır. Xəstələrin yaşadıkları problemlərin qaynağında xəstəliyin keçməyən əlamətlərinin əhəmiyyətli rol oynadığını anlamaları lazımdır. Reabilitasiya qrupunun vəzifəsi əsla bu məsuliyyətləri xəstə adına yerinə yetirmək deyil. Lazım olduğunda ancaq lazımlı dozada edilən yardımlar hədəfə çatmağı asanlaşdırır. Onların həyatlarını asanlaşdırmaq üçün edilən yardımlar minimum müalicə qədərində olmalıdır. Xəstələr asılı həyatdan xilas olmaları və gedərək daha çox müstəqil yaşaya bilmələri üçün istiqamətləndirilməlidir.

Reabilitasiyası son məqsədi hədəf əlamətlər üzərinə ediləcək cəhdləri ən məhsuldarhalda reallaşdıraraq fərdin öz başına sağlam yaşaya bilməsini və cəmiyyətəyənindən inteqrasiya olunmasını təmin etməkdir. Adamın cəmiyyət içərisində və müstəqil olaraq yaşayış bacarıqlarına sahib olması üçün ruhi və ictimai bütün cəhdlərəməlidir. Xəstə hər hansı bir zamanda reabilitasiyanın gerisində qala bilər, reabilitasiya onu təkrar alıbmümkün olan ən az dəstəklə asılı həyat yaşamaqdan çəkəndir. Fərdin xəstəliyə qarşı olan həssaslığını azaltmaq və stresslər qarşısındakı dayanıqlılığını artırmaq üçün psixiatrik reabilitasiya işləri üç oxlu yanaşmadan istifadə edir:

1) Xəstəyə çətinlik törətməyəcək, gündəlik

həyatına təsir etməyəcək şəkildə uyğun farmakoloji müalicənin seçimi və davam etdirilməsi.

2) Xəstənin fərdi və ictimai həyatını asanlaşdıracaq, maneələri dəf edə biləcək şəkildə bacarıqlarla təmin edilməsi.

3) İctimai dəstəklərin xəstənin sağlam həyatını davam etdirməsini asanlaşdıracaqşəkildə təşkil edilməsi.

Buradan müalicə qrupu ilə reabilitasiya qrupunun ictimai dəstək vahidləriylə əməkdaşlıqıçərisində işinin əhəmiyyəti aydın olmaqdadır. Yaxşı bir müalicə zəmininə oturmayan ruhivə ictimai cəhdlərin boşa gedən səylər olma riski vardır. Xəstəliyin əhvalatının, mərhələlərinin və fərdin mövcud aksesuarlarının psixiatrik reabilitasiya qrupu tərəfindənyaxşı bilinməsi hər hansı bir zamanda xəstə üçün ən uyğun olan cəhdlərin edilməsini təmin edəcək. Ailəni daxil etməyən psixiatrik reabilitasiya cəhdi düşünülə bilməz. Fərdə və ailəyə tətbiq olunacaq olan müxtəlif ruhi təhsil və psixoterapiya növləri də reabilitasiya işlərinin içərisində yer alır. Psixiatrik reabilitasiyanın əhatəliliyi və davamlılığı onun əhəmiyyətini və dəyərini artırır.

Psixi pozuntular böyük xəstəlik yükü yaradırlar, lakin onların müalicəsində ehtiyac olan və alınan müalicə arasında, xüsusilə də aşağı və orta gəlir səviyyəsi olan ölkələrdə nəzərə çarpan fərq mövcuddur. Biz ümid edirik ki, Azərbaycan təcrübəsi digər uğurlu təcrübə nümunələri ilə bir sırada dayana biləcək və psixi sağlamlıq sahəsində beynəlxalq bilik bazasını genişləndirəcək. Psixi sağlamlıq üzrə milli strategiya hazırlanma və təsdiqlənmədə iştirak edən tərəflərin 5 illik əməyinin nəticəsi olaraq 2011-ci ildə təsdiq olunub. 2005-ci ildə Helsinkidə Avropa nazirlər Konfransında Azərbaycan ÜST-nin avropa regionunun 52 üzv-ölkəsi ilə birlikdə, psixi pozuntuların Avropada mənfi təsirlərinin azaldılmasına yönəlmiş psixi sağlamlıq üzrə Avropa bəyannaməsini və Avropada psixi sağlamlıq üzrə fəaliyyət planını imzalamışdır. Bu sənədlərə əsasən, “yaxın 5-10 il ərzində psixi sağlamlığın qorunması sahəsində tədbirlər keçirməyə imkan verən, bütün əhalinin rifah səviyyəsini artırma, psixi sağlamlıq problemlərinin qarşısının alınması və profilaktikası təmin edən, həmçinin psixi pozuntusu olan insanların sosial inteqrasiyası və fəaliyyətini genişləndirən bilən strategiya və qanunverici aktları hazırlamaq, reallaşdırmaq və effektivliyini qiymətləndirmək vacibdir” (WHOc, 2005).

Azərbaycanda ilk dəfə olaraq 2012-ci ilin aprel ayından fəaliyyətə başlayan Səhiyyə Nazirliyinin Psixi Sağlamlıq Mərkəzində xəstələr üçün yeni xidmət sahələr yaradılıb ki, burada psixososial reabilitasiya xidmətlərinə böyük üstünlük verilir. Bundan əlavə Azərbaycan Respublikasında ən böyük psixiatrik xəstəxana hesab edilən 1 № li xəstəxanada 2000 nəfərlik xəstə üçün psixososial reabilitasiya proqramına start verilib. Azərbaycan Psixiatriya tarixində yenidən başlamış reabilitasiya işləri qısa bir zamanda Türkiyə Cümhuriyyəti Bolu İzzet Baysal adına Ruhi Əsəb Xəstəlikləri xəstəxanası, Litvanın Vilyūssəhərinin “Vasaras” xəstəxanasının nəzdində fəaliyyət göstərən Psixososial Reabilitasiya mərkəzi ilə yaxından əməkdaşlığa başlayıb. 2012-ci ilin yayında Vasaras xəstəxanasının əməkdaşları Azərbaycana reabilitasiya proqramını inkişaf etdirmək üçün ilkin səfərlərini təşkil

ediblər.2012-ci ilin sentyabr ayında isə SN1 sayılı RX, Psixi Sağlamlıq Mərkəzi (PSM) reabilitasiya sahəsində çalışan bir qrup əməkdaşı Litvaya reabilitasiya proqramına öyrənmək məqsədilə səfər ediblər. 2013- cü ilin mart ayındaSN1 sayılı RX-da Türkiyə Cümhuriyyəti Bolu İzzet Baysal adına Ruhi Əsəb Xəstəlikləri xəstəxanası Azərbaycanda “Elmi-praktiki” konfransı keçirdi. Bundan sonra 2013-cü ilin iyun ayında Bakıda "İçəri Şəhərdə" "Avropa şəhərçiyi günləri" münasibəti ilə təşkil olunmuş sərgidə xəstələrin iştirakı ilə onların əl işlərini, rəsmləri, gil və taxtadan hazırlanmış suvenirləri və digər əşyaların ilk dəfə cəmiyyətdə təqdimatı keçirildi. Məhz həmin sərgidən sonra Almaniya Federativ Respublikasının ölkəmizdəki səfirliyi psixososial reabilitasiya proqramına dəstək oldu.Bu layihənin nəticəsi isə 22.08.2013-cü ildə Bakıda məşhur alman yazıçıları Qrim qardaşlarının uşaq və ailə nağıllarının nəşrinin 200 illik yubileyinə həsr olunmuş mədəniyyət gecəsində "Qırmızı papağın nağılı" tamaşasını pasientlərin ifasında səhnələşdirildi. Bundan başqa həmin gecədə pasientlərin digər əl işləri, rəsmlər, musiqi ifaları təqdim olundu. Mart ayında isə Alman səfirliyinin dəstəyi ilə Üzeyir Hacıbəyovun məşhur operettası “Məşədi İbad” dan bir hissə səhnələşdirildi.

SN1 sayılı RX-da psixososial reabilitasiya proqramı çərçivəsində rəsm və musiqi dərnəyi, incəsənətin digər növləri heykəltaraşlıq, rəqs, toxuculuq, tikiş, mütaliə, bədii qiraət və eyni zamanda idmanın uşu növü fəaliyyət göstərir.Onu da qeyd etmək lazımdır ki, 2012-ci ilin sentyabr ayından xəstələrin reabilitasiya işlərinin daha da səmərəli aparılması üçün xəstələrin valideynlərini də bu işdə yaxından iştirak etməsini nəzərə alaraqSN1 sayılı RX-da "Pasientlər Şurası" yaratdı. Həmin şuranın təxminən 20-yə yaxın pasient və valideyndən ibarət üzvü var."Pasientlər Şurası" xəstəxanada müalicədə olan xəstələrin onların sosial problemlərinin həllində yaxından iştirak edir, reabilitasiya işləri ilə maraqlanır, onların təklif və şikayətlərini dinləyərək gündəlik müzakirə edir, gələcəkdə evə yazılacaq xəstələrin cəmiyyətə inteqrasiya etməsində öz köməkliklərini göstərirlər. Bununla da Reabilitasiya Mərkəzi psixi pozuntudan

əziyyət çəkən şəxslərə qarşı cəmiyyətdə "Stiqma" məsələsinin həllində yaxından iştirak edir.

Hal-hazırda Psixi Sağlamlıq Mərkəzində reabilitasiya proqramı psixiatr konsultasiyası, psixomaarifləndirmə, sosial işçi konsultasiyası koqnitiv remediya terapiyası, əmək terapiyası, idman terapiyası (yoqa,gimnastika),psixoterapiya: individual psixoterapiya, qrup terapiya, art terapiya, dram terapiya, "sand" terapiya (qum terapiyası) əhatə edir. Eyni zamanda Psixi Sağlamlıq Mərkəzində pasientlərin fiziki aktivliyini təmin etmək üçün müxtəlif alətlərlə təchiz olunmuş idman zalı, individual yaşanı təmin etmə bacarığının inkişaf etdirmək üçün kulinariya və özünə qulluq proqramları təşkil olunmuşdur. PSM-də pasientlərin sosial adaptasiya imkanlarını genişləndirmək məqsədilə şəhərə müxtəlif gəzintilər, novruz bayramı münasibətilə əl işləri sərgisi təşkil olunmuşdur. 29.02. 2014-cü ildə PSM- in reabilitasiya şöbəsinin ağır psixi pozuntulardan əziyyət çəkən pasientlərinin “dünya mənim gözümlə” adlı fotosərgisi təşkil olunmuş və keçirilmişdir.Azərbaycanda keçirilən tədqiqatlar psixososial reabilitasiya məsələlərinin aktuallığını artırır. Aygün Sultanova “Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan şizofreniya xəstələrində produktiv və neqativ simptomların dinamikası” və Aynur Hacıyeva “Azərbaycan Respublikasında əlillərə yardımın forma və xüsusiyyətləri” mövzusunda apardıqları tədqiqatlarda ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələr üçün psixososial reabilitasiyanın əhəmiyyətini xüsusi vurğulayıblar.

II Fəsil. Ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrin psixososialreabilitasiyasının qiymətləndirilməsi

2.1. Tədqiqatın strukturu

Tədqiqat 4 mərhələdən ibarətdir: Birinci mərhələdə əvvəlcə tədqiqatın dizaynını qurduq və korellasion eksperimental tədqiqat apardıq. Daha sonra tədqiqatın metodlarını müəyyənləşdirdik. Pasientləri qeyd etmək və tədqiq etmək üçün xüsusi formalardan istifadə edilmiş və onların seçilməsinə başlanılmışdır. Yarana biləcək problemləri müəyyən etmək və sual doğura biləcək məsələləri aydınlaşdırmaq məqsədilə pilot tədqiqat keçirilmişdir. İkinci mərhələ tədqiqatın ilkin mərhələsi həyata keçirilmişdir. Məlumatlar toplanmış, kompyuterə salınmışdır. Tədqiqatın bütün etik qaydaları Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası tərəfindən təsdiq olunmuşdur. Hər bir pasientə tədqiqatın məqsədi haqqında informasiya verilmiş və onların tədqiqatın istənilən mərhələsində iştirak etməkdən imtina etmək imkanının da olduğu izah edilmişdir. Nəticədə, bütün tədqiqatda iştirak edənlər məlumatlı razılıq vermişdilər. Pasientlərin seçilməsində bəzi meyarlar nəzərə alınmaqla tədqiqatda iştirak edənlərin anketdə qeyd edilən demografik və klinik göstəriciləri qeyd edilmiş, daha sonra tədqiqat aşağıdakı metodikaların ardıcılığı ilə aparılmışdır: Həyati bacarıqlar profili (LSP-16), Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası(HoNOS), Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi (SOFAS). İkinci mərhələ 6 aydan sonranəticələrini müqayisə etmək məqsədilə həyata keçirilmiş yenidən məlumatlar pasientlərdən götürülmüş, kompyuterə salınmışdır. Üçüncü mərhələdə əldə edilmiş məlumatlar ilə sistemləşdirmə, analiz və statistik işlənmə aparılmışdır. Dördüncü mərhələdə əldə edilmiş bu işləmələr dissertasiya formasına salınmışdır.

2.2. Tədqiqat iştirakçıları

Tədqiqatın ilkin mərhələsində 50 nəfər ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən psixososial reabilitasiya xidmətləri alan pasient iştirak etmişdir .

Tədqiqatın 2-ci mərhələsində həmin 50 nəfərin reabilitasiyadan sonrakı durumları ölçülmüşdür. Tədqiqata cəlb olunanlar 1 № li Psixiatrik xəstəxanaya müraciət edən və PSM-də reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrdən ibarətdir. Araşdırmaya cəlb olunanlar 18-60 yaş arası insanlar təşkil edir.

Cədvəl 2. Tədqiqatda tədqiq olunmuş pasientlərdə sosial demoqrafik göstəricilər:

Göstəricilər	Tədqiq olunmuş pasientlərin sayı Mütləq(%)
Cins:	
Kişi:	30(60%)
Qadın:	20(40%)
Orta yaş həddi:	33.06(11.08)
Məşğulluq:	
İşləyir:	10(20%)
İşləmir:	40(80%)
Ailə vəziyyəti:	
Subay:	39(78%)
Evli:	3(6%)
Boşanmış:	5(10%)
Dul:	3(6%)
Təhsil:	
İbtidai:	27(54%)
Orta:	10(20%)
Peşə ixtisas:	8(16%)

Ali (bakalavr):	5(10%)
Diaqnoz:	
Paranoid şizofreniya:	27(54%)
Bipolyar pozuntu:	10(20%)
Ağır depressiya:	8(16%)
Hebefren şizofreniya:	5(10%)
Xəstəliyin başlanma yaşı:	22,5(6,4)
Xəstəliyin davamlılığı:	166,3(180,3)
Epizodların sayı:	12,2(8,8)
Hospitalaşdırma sayı:	12,2(8,8)
Hospitalaşdırma müddəti:	158,3(173,6)
Suisidal cəhd:	
Mövcuddur:	46(92%)
Mövcud deyil:	4(8%)

2.3. Tədqiqatda istifadə olunan material və metodlar

Həyati bacarıqlar profili (Life skills profile – LSP-16).LSP xəstəxana şəraitində və ya cəmiyyətdə şizofreniyalı şəxslərin necə müvəffəqiyyətlə yaşaya biləcəklərini öyrənmək, fəaliyyətin aspektlərini(“həyatbacarıqları”) ölçmək üçün inkişaf etdirilib(Rosen, et al , 1989). Bir çox bacarıqlar kimi digər böyük psixiatrik xəstəliklərə uyğun olaraq LSP bəzi təbii şəraitlərdə böyük diaqnozlarda istifadə olunur.

LSP-nin bir çox versiyaları çap olunub və müxtəlif üsullarla yayılıb. Psixometrik analitik Traurer bəzi kiçik ölçülərin etikətlənməsi və mövzuların ayıraraq yığılmasını məsləhət gördü.LSP- 39 bəzi insanların ehtiyacları üçün çox uzun gəldi və iki qısa versiyası tərtib olundu : LSP-20 və LSP-16.

LSP-20 – Bu versiya 20 mövzu daxildir. Bu Trauer tərəfindən təklif olunub və Rosen tərəfindən izah olunub.

LSP-16 – 16 mövzudan ibarət olan versiya əsas müəllif tərəfindən Avstraliya axtarış proyektı “Psixi sağlamlıq klassifikasiyası və xidmətlərin dəyəri” layihəsi üçün tərtib olunub. Bu versiyada “danışiq” bəhsi yoxdur, hansı ki, sağlamlığa aid qarışıq qruplarla təhsildə digər mənaları qiymətləndirir.

LSP fəlsəfəsi insanın həyat bacarıqlarınıdaha çox öyrənir, həyat bacarıqlarının olub-olmamasını müqayisə edir və vurğulayır. Bu ən çox insanın bacara bildiklərini, nəinki bacara bilmədiklərini göstərir. Mövzunun qiymətləndirilməsi o deməkdir ki, yüksək qiymətləndirmə yüksək bacarıq səviyyəsini bildirir, məsələn, GAF-ın yüksək qiymətləndirilməsi fəaliyyətin yüksək səviyyədə olmasını göstərir. Bəzi-bəzi LSP istifadəçiləri ümumi qiymətləndirməni belə izah edirlər ki, yüksək qiymətləndirmə aşağı bacarığın səviyyəsini bildirir və ya yüksək defisitini göstəricisidir), məsələn, HoNOS-da yüksək qiymət aşağı fəaliyyət göstəricisidir (14)

Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası (Health of the Nation Outcome Scales-HoNOS) 1993-cü ildə UK Sağlamlıq Departamenti CRU-ya ağır psixi pozuntusu olan insanların sosial fəaliyyətlərinin və sağlamlıqlarının ölçülməsi şkalasının inkişaf etməsini etibar etdi. HoNOS İngilis psixi sağlamlıq xidmətləri tərəfindən istifadə edilən ən geniş istifadə gündəlik klinik nəticə tədbirdir.

Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi (The Social and Occupational Functioning Assessment Scale-SOFAS) Qlobal Qiymətləndirmə şkalasının (Global Assessment of Functioning-GAF) başlanğıcı 1962-ci ildə nəşr olunan "Clinicians Judgements of Mental Health" qəzetində Luborski tərəfindən yazılmış “Sağlamlıq səviyyəsini şkalası” məqaləsilə başladı. 1976-cı ildən yenidən Endicott tərəfindən nəşr olunmuş "The Global

Assessment Scale: Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance" qəzetində yenidən baxılıb. Sonra bu DSM-III və DSM-IV-də fəaliyyətin Qlobal Qiymətləndirməsi şkalası kimi dəyişilib və çap olunub. Ona yaxın olan SOFAS haqqında əvvəlcədən Goldman tərəfindən 1992-ci ildə nəşr olunmuş 'Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning' qəzetində bəhs olunmuşdur və o DSM- IV-ə "Gələcək təhsil üçün kriteriya istiqamətləri və oxları" adı ilə əlavə olunub.

Bu şkala Qlobal Qiymətləndirmə şkalası (Global Assessment of Functioning-GAF) ilə eynidir və sosial və peşə fəaliyyətinin fərdin səviyyəsinə yönəlməsi və bu fərdin psixoloji simptomlarının ümumi əsasına birbaşa təsir etməməsilə fərqlənir.

GAF ilə müqayisədə sosial və peşə fəaliyyətinin pisləşməsində SOFAS-ın reytinginin yaranması ümumi tibbi şəraitə əsaslanır. SOFAS , adətən, cari zaman dilimində fəaliyyətin səviyyəsinin artırılmasında istifadə olunur(yeni ki, qiymətləndirmə müddətində fəaliyyətin səviyyəsini). Həmçinin, SOFAS-dan başqa zaman dilimində fəaliyyətin səviyyəsinin artırılmasında istifadə oluna bilər (25).

2.4. Statistik təhlil.

Nəticələrin işlənməsi SPSS proqramı 16.0 versiyaları vasitəsi ilə həyata keçirilmişdir. Əhəmiyyətliyi səviyyəsi ($p < 0,05$) olmalıdır. Dürüslük p əmsalı vasitəsilə yoxlanılmışdır ($p < 0,05$).

Klinik və sosial göstəricilər arasında korrelyasiyanı müəyyən etmək məqsədilə bivariate korrelyasiya, Spearman əmsalından istifadə olunmuşdur.

III Fəsil. Ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrin psixososial rehabilitasiya xidmətlərinin ölçülməsi.

3.1. Ağır psixi pozuntusu olan xəstələrin həyati bacarıqların profili şkalası(LSP-16) və nəticələrin təhlili.

Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan pasientlərə reabilitasiya xidmətlərinin təsirinin ölçülməsi və onların sosial həyataadaptasiya imkanlarının necə dəyişməsinə müəyyən etmək üçün biz LSP-16 şkalasından istifadə etdik.

Tədqiqat göstərdi ki, psixososial reabilitasiya xidmətləri alandan sonra pasientlər daha yaxşıhəyati bacarıqlar profiline sahib olmuşlar. Bu zaman əksər göstəricilər: sosial izolyasiya özünə qulluq, antisosiallıq üzrə statistik dürüstlük ödənilmişdir. Əməkdaşlıqda isə dürüstlük ödənilməmişdir. Çünki biz onsuz da psixososial reabilitasiyaya razı olan xəstələrlə tədqiqat aparmışdıq.

Tədqiqatın I mərhələsində psixososial reabilitasiya xidmətləri almayan xəstələrlə LSP-16 şkalasından istifadə etdik. Tədqiqatda 50 nəfər ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstə iştirak etdi. Tədqiqatın nəticələrinin doğruluğunu yoxlamaq üçün tədqiqat 2 dəfə eyni xəstələrlə keçirilmişdir.

Növbəti tədqiqat həmin 6 ay sonra psixososial reabilitasiya xidmətləri alıqdan sonra həmin xəstələrlə keçirilmişdir.

Məqsədə uyğun olaraq, tədqiqatın nəticələrinin düzgünlüyünü yoxlamaq üçün 2 mərhələdə keçirdik.

Tədqiqatın müqayisəli nəticəsi Cədvəl 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl 3. Həyat bacarıqları profili-LSP-16

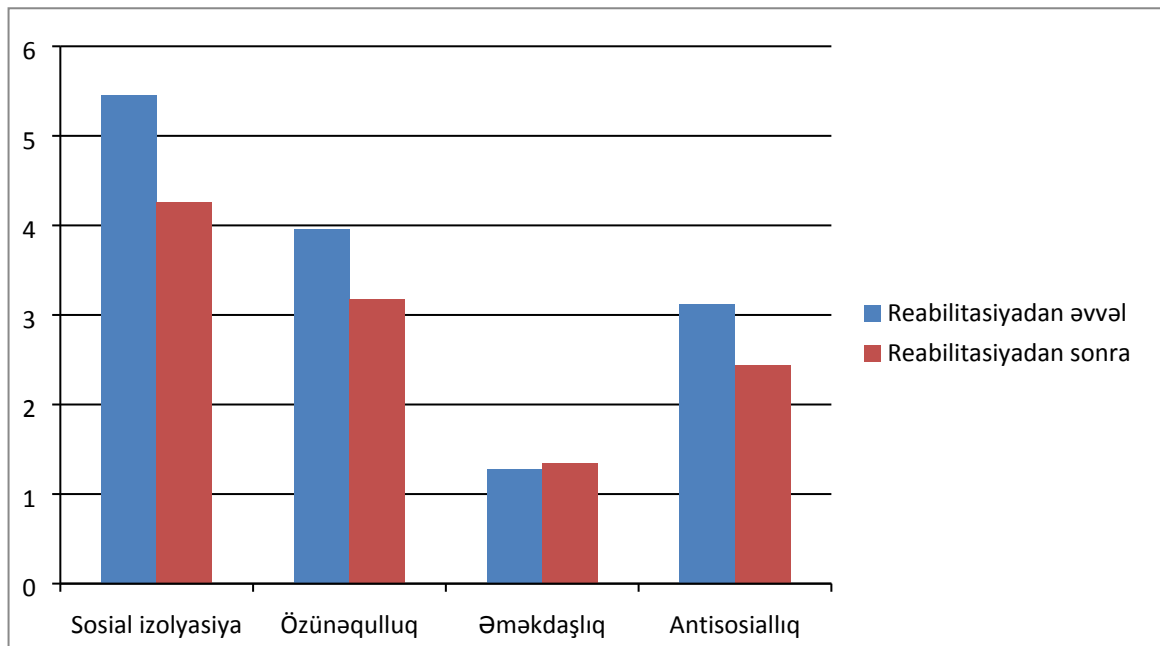
Göstəricilər	Reabilitasiyadan əvvəl M(SD)	Reabilitasiyadan sonra M(SD)	T	df	P
Sosial izolyasiya	5.46(2.58)	4.26(2.42)	4.041	49	0,000
Özünə qulluq	3.96(2.55)	3.18(2.35)	2.623	49	0,012
Əməkdaşlıq	1.28(1.48)	1.34(1.21)	-0.221	49	0,826
Antisosiallıq	3.12(1.77)	2.44(1.79)	3.036	49	0,004
LSP-16 (Ümumi bal)	13.78(5.04)	11.14(5.35)	4.113	49	0,000

Nəticələrin müqayisəsi LSP-16-nın ümumi balı 4,113 qədər ortalama balda fərq göstərir. Bu isə reabilitasiyanın təsirini açıq-aşkar ortaya qoyur. Demək ki, psixososial reabilitasiya Həyati Bacarıqlar profilinə müsbət təsir edir və xəstələrin daha yaxşı bir həyat tərzinə sahib olmasına xidmət edir. Həyati bacarıqları yüksəlməkdə olan xəstələrin həyata daha anlamlı baxdıqları və özünə inamlı olduqları danılmaz faktır.

Sosial izolyasiya, özünəqulluq, antisosiallıq kimi göstəricilərdə müsbət nəticələr əldə etsək də əməkdaşlıqda eyni nəticəni ala bilmirik, bunun səbəbi isə biz tədqiqata başlamazdan əvvəl psixososial reabilitasiyaya razı olan bizimlə əməkdaşlıq edən xəstələrlə könülü şəkildə tədqiqat aparmışdıq. Əməkdaşlığa dair nəticədə məhz buna görə dürüstlük ödənmir.

Nəticələri Şəkil 1-də daha aydın görmək olar.

Şəkil 1. Həyat bacarıqlarının profil şkalası.



3.2. Ağır psixi pozuntusu olan xəstələrin sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi şkalası (SOFAS).

Ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrin Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi şkalası ilə apardığımız tədqiqat göstərdi ki, psixosial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrin Sosial və peşə fəaliyyəti daha yüksək səviyyəyə çatır. Tədqiqatımızın müddəti az olduğu üçün nəticədə az əhəmiyyətli dəyişiklik aldığımız, bu da sosial və peşə fəaliyyətinin yaxşılaşmasının uzunmüddətli proses olması ilə əlaqədardır.

Tədqiqatın I mərhələsində ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən 50 nəfər xəstə ilə sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi şkalasını keçirdik.

Tədqiqatın II mərhələsi isə həmin xəstələrin psixosial reabilitasiya xidmətləri aldıqdan 6 ay sonra keçirildi. Nəticələr Cədvəl 4-də göstərilmişdir. Tədqiqat göstərdi ki, psixosial reabilitasiya xidmətləri alan pasientlər daha yaxşı nəticələrə sahib olmuşdurlar.

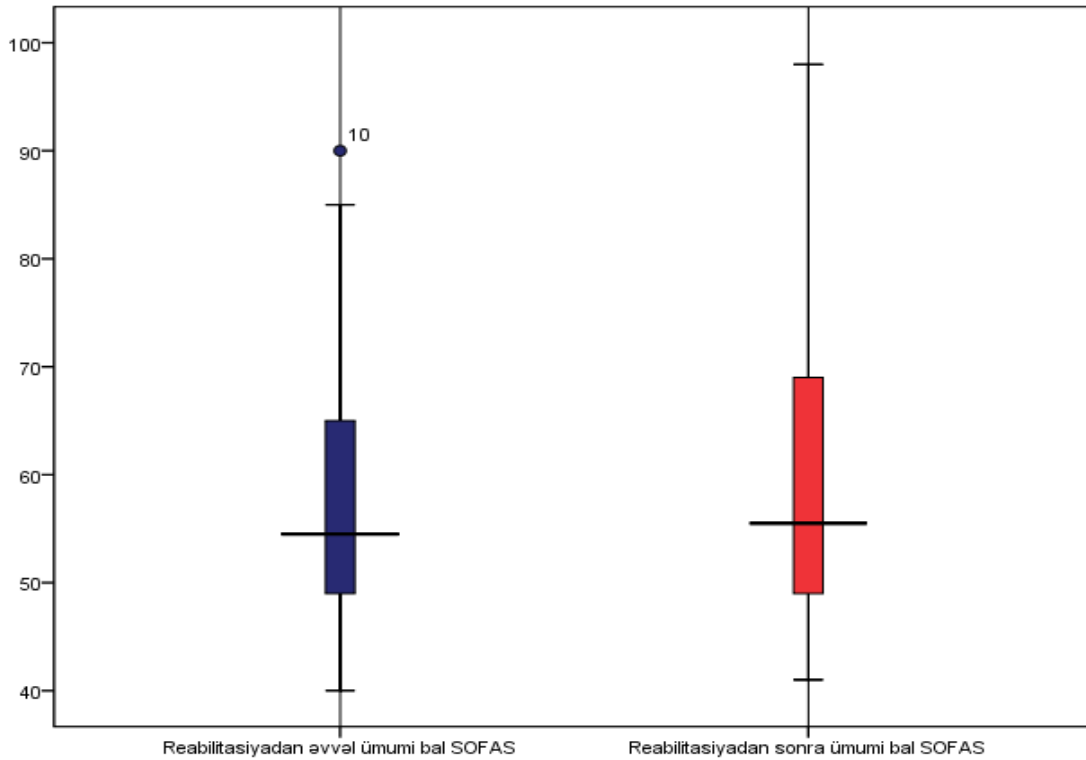
Cədvəl 4. Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi şkalası (SOFAS)

Göstəricilər	Reabilitasiyadan əvvəl M(SD)	Reabilitasiyadan sonra M(SD)	T	df	P
SOFAS ümumi bal	58.04(13.64)	59.30(13.87)	-1.047	49	0,300

Sosial və peşə fəaliyyətində aldığımız nəticələr dürüstlük əmsalını ödəmir. Aldığımız nəticələr az əhəmiyyətli olsa da psixososial reabilitasiyanın əhəmiyyətini az da olsa göstərsə də simptomatikada və davranış problemlərində, sosial problemlərdə və ümumiyyətlə sosial göstəricilərdə dəyişikliklər olduqca sosial və peşə fəaliyyətində nəzərə çarpan və əhəmiyyətli dəyişikliklər olacaqdır. Çünki sosial adaptasiya uzunmüddətli prosesdir və kəmiyyət kimi qiymətləndirsək asılı kəmiyyətdir. Həyati bacarıqlar profilində və Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalasında nə qədər ürəkaçan nəticələr əldə etsək o qədər Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsində yüksək nəticələrə sahib olarıq. Psixososial reabilitasiyanın sosial və peşə fəaliyyətinə təsiri daxili və xarici faktorlardan asılı olduğu üçün uyğun qiymətlərə görə yüksək və ya kafi nəticələrə sahib oluruq.

Tədqiqatın nəticəsini aşağıdakı diaqramdan daha aydın görə bilərik.

Şəkil 2. Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsi şkalası.



3.3. Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası(*Health of the Nation Outcome Scales-HoNOS*).

Millətin sağlamlığının qorunması şkalası ilə apardığımız tədqiqatda psixososial reabilitasiyasının təsirini ölçdük. Tədqiqat göstərdi ki, psixososial reabilitasiya xidmətləri alandan sonra pasientlər daha yaxşı həyati bacarıqlar profiline sahib olmuşlar. Bu zaman bütün göstəricilər: Davranış problemləri, sağlamlığın pisləşməsi, simptomatika, sosial problemlər üzrə statistik dürüstlük ödənilmişdir.

Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası ilə ağır psixi pozuntusu olan psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrin sağlamlığını ölçdük.

Tədqiqatın I mərhələsində psixososial reabilitasiya xidmətləri almayan, ənənəvi üsulla müalicə alan 50 nəfər ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstə ilə

HoNOS-u keçirdik. Tədqiqatın nəticələrinin doğruluğunu yoxlamaq üçün tədqiqat 2 dəfə eyni xəstələrlə keçirilmişdir.

Tədqiqatın II mərhələsi eyni xəstələrlə 6 ay müddətdən sonra psixososial reabilitasiya xidmətləri aldıqdan sonra keçirilmişdir. Tədqiqatın nəticələrinin doğruluğunu yoxlamaq üçün tədqiqat 2 dəfə eyni xəstələrlə keçirilmişdir.

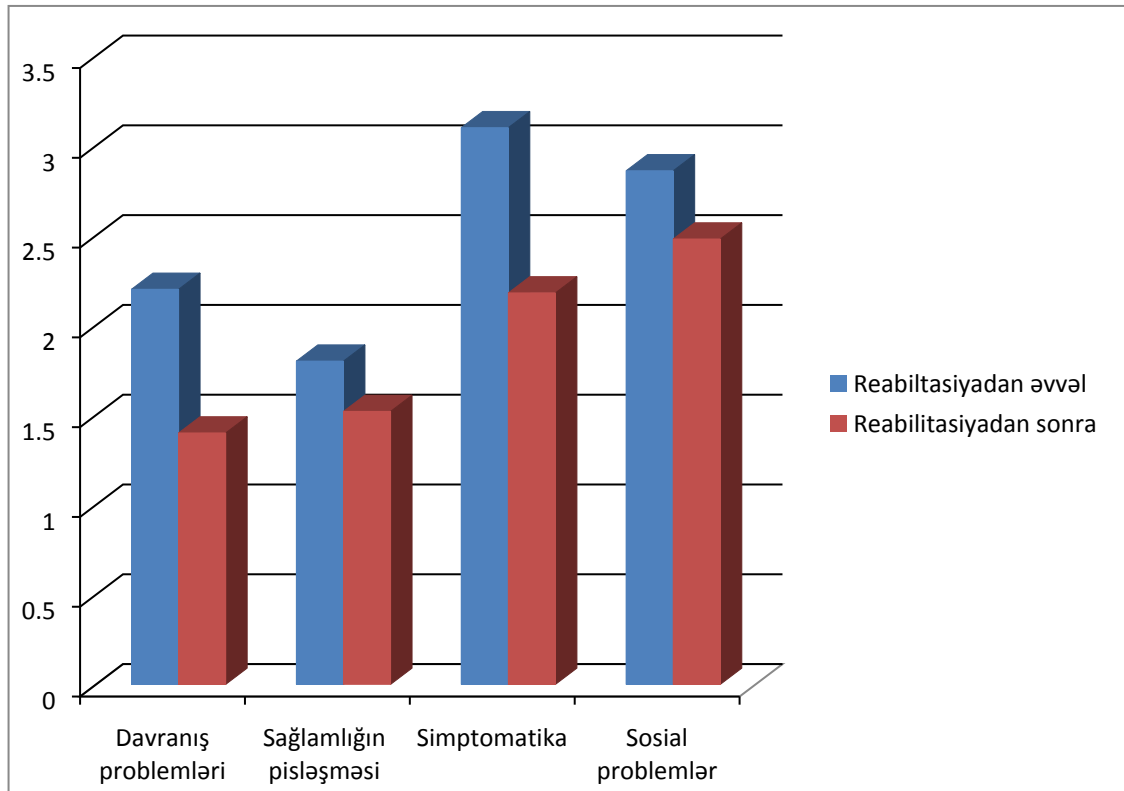
Tədqiqatın nəticələrinin müqayisəsi zamanı psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrin ənənəvi üsulla müalicə aldığı dövrdən fərqi ortaya çıxır. Davranış problemləri azalmış, sağlamlığın pisləşməsi xeyli azalmış, simptomatikada gözlə görülən fərqlər ortaya çıxmış, sosial problemlər azalmışdır. Tədqiqatın nəticələri Cədvəl 5-də qeyd edilmişdir.

Cədvəl 5. Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası(HoNOS).

Göstəricilər	Reabilitasiyadan əvvəl M(SD)	Reabilitasiyadan sonra M(SD)	T	df	P
Davranış problemləri	2.20(1.49)	1.40(1.01)	3.347	49	0,000
Sağlamlığın pisləşməsi	1.80(1.33)	1.52(0.91)	1.460	49	0,012
Simptomatika	3.10(1.49)	2.18(1.59)	4.309	49	0,826
Sosial problemlər	2.86(2.48)	2.48(2.31)	1.902	49	0,004
HoNOS ümumi bal	8.94(3.58)	8.40(4.22)	0.954	49	0,000

Şəkil 3-də nəticələri açıqca görmək olar.

Şəkil 3. Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası.



IV Fəsil. Psixososial reabilitasiya xidmətlərində Korrelyasiya və Regressiyanın ölçülməsi.

4.1. Psixososial reabilitasiya xidmətlərində korrelyasiyanın tətbiqi, təhlili və bəzi nəticələri.

Korrelyasiya — iki və daha artıq təsadüfi dəyişənlər arasındakı statistik əlaqəni təsvir edir. Bu dəyişənlərdən birinin və ya bir neçəsinin dəyişməsi digərlərinin sistemətik dəyişməsinə gətirib çıxarır. İki dəyişən arasındakı korrelyasiya riyazi olaraq əmsallarla ifadə olunur. Əmsallar qarşılıqlı əlaqənin xarakterindən asılı olaraq mənfi və ya müsbət olurlar. Mənfi korrelyasiya zamanı bir dəyişənin artması digərlərinin azalmasına və əksinə təsir edir.

Korrelyasiya əmsalı ehtimal nəzəriyyəsində iki təsadüfi dəyişənin qarşılıqlı təsiri üçün göstərici kimi qəbul edilir. Korellyasiya əmsalı R hərfi ilə işarə olunur və -1 və + 1 arasında qiymətlər alır. Əgər əmsalın qiyməti 1-ə yaxın olarsa onda dəyişənlər arasında əlaqənin güclü olması ehtimal olunur. Əmsal 0-a yaxınlaşdıqca əksinə olaraq əlaqə zəifləyir. Əmsal 1-ə bərabər olduqda dəyişənlər arasında funksional asılılıq mövcud olur, yəni iki parametrin dəyişməsinə xətti funksiya ilə təsvir etmək olar.

Korrelyasiya əmsallarını öyrənmək üçün →korrelyasiya analizi aparılır. Analiz zamanı bir və ya bir neçə cüt arasında statistik asılılıq işləmək üçün korrelyasiya əmsalları müqayisə olunur. Statistik verilənlərin bu üsulla emal olunması iqtisadiyyatda, sosial elmlərlə bərabər maşınqayırmada keyfiyyətə nəzarət, metallşünaslıqda və digər sahələrdə istifadə olunur. Üsulun populyar olması korrelyasiya əmsallarının hesablanması asan olması, onların tətbiqi üçün heç bir riyazi hazırlama işlərinin aparılmasına ehtiyac olmaması ilə bağlıdır.

Psixososial reabilitasiya xidmətlərində korrelyasiya Həyat bacarıqlarının profilində ölçüldü və nəticədə sosial izolyasiya, özünəqulluq və antisosiallıqda müsbət korrelyasiya, əməkdaşlıqda isə mənfi korrelyasiya əldə edildi. Əməkdaşlıqda isə mənfi korrelyasiya alındı, bunun səbəbi isə psixososial

reabilitasiyanın könüllü olmasıdır, belə ki, əməkdaşlıq etmək istəməyən xəstələr reabilitasiya xidmətləri almağa məcbur edilmirdi.

Sosial və peşə fəaliyyətinin qiymətləndirilməsində də müsbət korrelyasiya əldə olundu.

Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalasında müsbət korrelyasiya əldə edildi.

4.2. Psixososial reabilitasiya xidmətlərində reqressiyanın tətbiqi, təhlili və mühüm nəticələri.

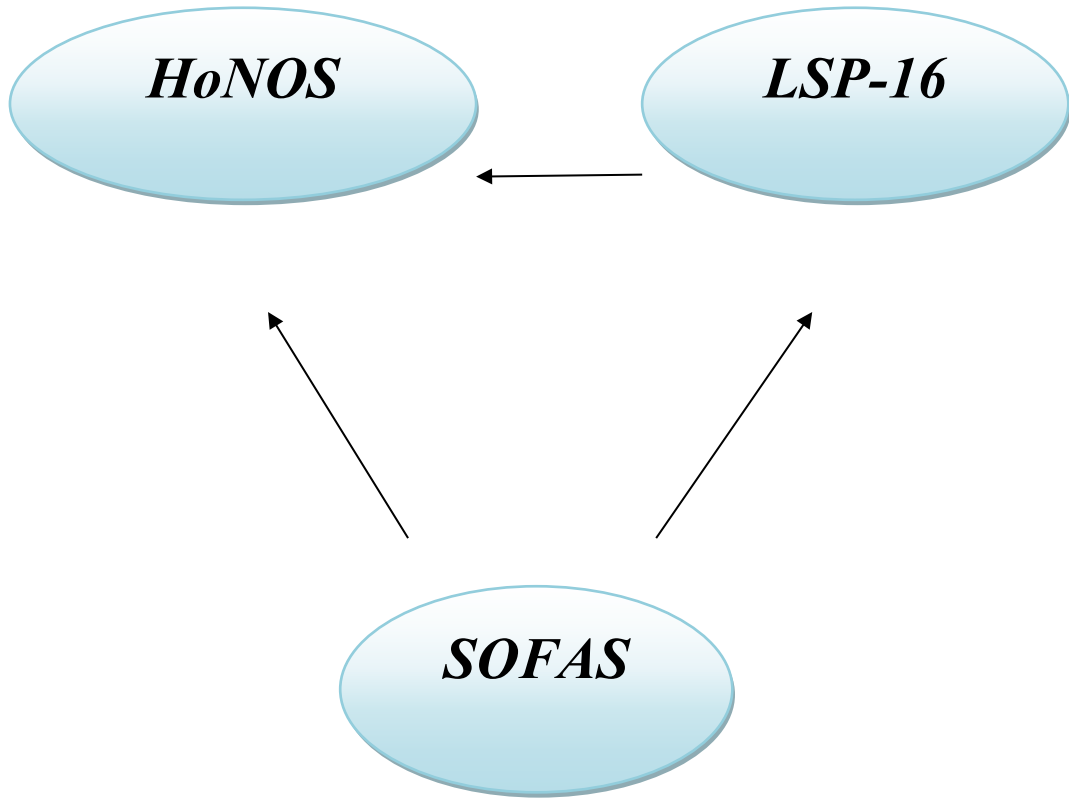
Reqressiya analizi — bir və ya bir neçə asılı olmayan dəyişənin digər asılı dəyişənə təsirinin statistik analiz üsuludur. Məqsədi bir asılı olan, və bir və ya bir neçə asılı olmayan dəyişənlər arasındakı münasibəti araşdırmaqdır. Burada asılı dəyişənlərin sistematik təsiri nəticəsində asılı olmayan dəyişənlərin özlərini aparmasını izah etmək və onları təsadüfi təsirlədən ayırd etmək əsas məsələlərdəndir.

Asılı olmayan dəyişənlərə reqressorlar və ya prediktorlar, asılı olan dəyişənlər isə kriterial dəyişənlər adlanır. Tədqiqatda yalnız riyazi asılılıq nəzərdə tutulur.

Tədqiqatda istifadə edilən hər üç şkalada reqressiya ölçüldü. Bu nəticə əldə edildi ki, Həyat bacarıqlarının qiymətləndirilməsində nə qədər yaxşı nəticələr əldə olunarsa, Millətin sağlamlığının qorunmasının qiymətləndirilməsi şkalasında da o qədər müsbət nəticələr əldə olunur, Millətin sağlamlığının qorunması şkalası bir növ həyat bacarıqlarının profili şkalasından asılı kəmiyyət olur. Sosial və peşə fəaliyyətinin yaxşılaşması isə onların hər ikisinin yaxşılaşmasından asılıdır. Çünki həyat bacarıqları və sosial və peşə fəaliyyəti simptomatikadan və ümumiyyətlə köklü problemdən asılı vəziyyətdədir. Xəstəliyin vəziyyəti nə qədər yüngülləşərsə psixososial reabilitasiya da o qədər çox faydalı olar.

Şəkil 4-dən asılılığı aydın görə bilərik.

Şəkil 4. Şkalaların bir-birindən asılılığı.



NƏTİCƏ

Psixiatrik reabilitasiya işləri psixi sağlamlıq problemləri olan şəxslərin ictimaiyyətə inteqrasiya və müstəqilliyini bərpa etməyə kömək məqsədi ilə ortaya çıxdı. Psixososial reabilitasiya- psixi pozuntusu olan şəxslərin cəmiyyətdə özünün optimal səviyyədə müstəqil fəaliyyət göstərməsi imkanına nail olmağa yönələn prosesdir. O, psixi xəstəlikdən əziyyət çəkən və ya psixi pozuntusu olan şəxslərin bacarıqlarının inkişaf etdirilməsini, eyni zamanda bu şəxslərə imkan dərəcədə həyat keyfiyyətlərinin yüksəldilməsinə təkan verən sosial mühitin dəyişdirilməsini nəzərdə tutur. Tədqiqat işinin başlıca məqsədi ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələrin psixososial reabilitasiya xidmətlərinin ölçülməsidir. Tədqiqatın hər iki mərhələsində 50 nəfərdən ibarət, 18-60 yaş aralığında ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən xəstələr iştirak etmişlər. Tədqiqat zamanı xəstələrin Həyati bacarıqlar profili, Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi və Sosial və peşə fəaliyyəti şkalasından istifadə edilmişdir. Tədqiqatın göstəricilərinə görə aşağıdakı nəticələrə gəlinmiş və tövsiyələrin irəli sürülməsi nəzərdə tutulmuşdur:

- Psixososial reabilitasiya ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən pasientlərin həyati bacarıqlarını ən optimal vəziyyətə gətirir.
- Psixososial reabilitasiya ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən pasientlərin sağlamlığını və cəmiyyətə inteqrasiyasını maksimum həddə çatdırır.
- Psixososial reabilitasiya ağır psixi pozuntudan əziyyət çəkən pasientlərin sosial və peşə fəaliyyətinin yaxşılaşdırılması və münasibətlərin qurulmasına müsbət təsir edir.
- Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrin sağlamlığının pisləşməsi kəskin surətdə azalmışdır .
- Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrdə xəstəliyin simptomatikası daha az özünü biruzə verir.
- Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrin davranış pozuntusu azalmışdır.

- Psixososial reabilitasiya daha uzun müddətdə daha yaxşı nəticələr verir.
- Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrin özünəqulluq bacarıqları artmışdır.
- Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrin sosial münasibətlərindəki çətinliklərin azalmasına gətirib çıxardı.
- Psixososial reabilitasiya xidmətləri alan xəstələrdə sosial izolyasiya – ünsiyyət zamanı çətinliklər , sosial əlaqələrdən kənar qalma, isti,yaxınlıq hisslərini göstərmək, dostluq münasibətlərini davam etdirmək kimi problemlərdə müsbət nəticələr əldə olunmuşdur.
- Psixososial reabilitasiyada Millətin sağlamlığının qiymətləndirilməsi şkalası nə qədər yüksək qiymətlər əldə etsə, həyat bacarıqları şkalası da o qədər yüksək nəticələr əldə edər və sosial və peşə fəaliyyəti də bir o qədər yaxşılaşar.

İSTİFADƏ EDİLMİŞ ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı №1(24)2013
2. Bäuml J., Pitschel-Walz G., Volz A., Engel R. R., Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich psychosis information project study // J Clin Psychiatry, 2007
3. Donabediane A. Evaluating the Quality of Medical Care // The Milbank Quarterly, 2005
4. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial: III. Five-year follow-up // Br J Psychiatry, 2000
5. İnkişaf naminə təşəbbüs jurnalı, psixi sağlamlığın qorunması probleminin siyasətdə, istifadəçilərin maraqların müstəqil təmsil olunması və lobbiçilik strategiyalarında aktuallaşdırılması çapı,
6. İnkişaf naminə təşəbbüs jurnalı, Psixi sağlamlıq və insan hüquqları çapı, 2000
7. İnkişaf naminə təşəbbüs jurnalı, Psixi sağlamlıq və insan hüquqları çapı, 2003
8. İnkişaf naminə təşəbbüs jurnalı, Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması sferasında xidmətlər çapı, 2001
9. İnkişaf naminə təşəbbüs jurnalı, Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması sferasında xidmətlər çapı, 2011
10. İnkişaf naminə təşəbbüs jurnalı, Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması sferasında xidmətlər çapı, 2007
11. İnkişaf naminə təşəbbüs jurnalı, Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması sferasında xidmətlər çapı, 2005
12. Jones C., Cormac I., Silveira da Mota Neto J. I., Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia // Cochrane Database Syst Rev, 2004
13. quality of life, social functioning and self-esteem //Psychiatr Danub, 2013

14. Kuehnel T. G., Liberman R. P., Rose G. Resource Book for Psychiatric Rehabilitation, 1990
15. Krabbendam L., Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies //Psychopharmacology (Berl). 2003
16. Liberman RP., Hilty DM, Drake RE., Hector W., Tsang H. Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation //Psychiatric Services, 2001
17. Life Skills Profil.pdf
18. Lisa B., Dixon., Anthony F., Lehman. Family Interventions for Schizophrenia //Schizophrenia Bulletin, 1995
19. Lincoln T. M., Wilhelm K., Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis // Schizophr Res, 2007
20. Mueser K.T., Meyer P. S., Penn D. L., Clancy R., Clancy D. M., Salyers M.P. The illness management and recovery program: Rationale development and preliminary findings //Schizophr Bull, 2006
21. NICE, National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary // London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists, 2003
22. Nyer M., Kasckow J., Fellows I., Lawrence E. C., Golshan S., Solorzano E., Zisook S. The relationship of marital status and clinical characteristics in middle- aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms Ann Clin Psychiatry 2010
23. Psixi sağlamlıq sahəsində milli strategiya, səh 5 (http://www.psm.az/uploads/faydali_melumatlar/Psixi_saglamliq_sahesinde_mill_i_strategiya.pdf)
24. Psixiatriyada qlobal təşəbbüs və İnkişaf naminə təşəbbüs İctimai birliyinin “ Yaşayış yeri üzrə psixi sağlamlığın qorunması sferasında xidmətlər” adlı jurnalı, 2009

25. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich psychosis information project study // J Clin Psychiatry, 2007
26. Redick R. W., Witkin M. J., Atay J. E. Staffing of Mental Health Organizations in the United States // Mental Health Statistical, 1991
27. Rosen A., Trauer T., Hadzi-Pavlovic D., Parker G. Development of a brief form of the Life Skills Profile: the LSP-20 // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2001.
28. Rosen, A., Hadzi-Pavlovic., Parker D. G., 1989. The Life Skills Profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia . Schizophrenia Bulletin 1998
29. Ruggeri M., Lasalvia A., Bisoffi G., Thornicroft G., Vázquez-Barquero JL., Becker T., Knapp M., Knudsen HC., Schene A., Tansella M., EPSILON Study Group. Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON Study. Schizophr Bull 2003.
30. Sibitz I., Amering M., Unger A., Seyringer M. E., Bachmann A., Schrank B., Benesch T., Schulze B., Woppmann A. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia Skantze K., Malm U., Dencker S. J., May P. R., Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients // Br J Psychiatry, 1992
31. Thara R., Kamath S., Kumar S. Women with schizophrenia and broken marriages doubly disadvantaged? Part II: family perspective // Int J Soc Psychiatry 2003
32. Thara R., Srinivasan T. N. Outcome of marriage in schizophrenia // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997
33. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı – Dünyada səhiyyənin vəziyyəti haqqında hesabat, 2001. Psixi sağlamlıq: yeni anlayış, yeni ümid. WHO, Geneva, 2001

34. Wang L., Zhou J., Yu X., Qiu J., Wang B. Psychosocial Rehabilitation Training in the Treatment of Schizophrenia Outpatients: Randomized Psychosocial Rehabilitation training and Monomedication-Controlled

WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 14 January 2005

35. Wilken J. P., Hollander D. D. Rehabilitation and Recovery. 2005. p. 264

World Health Organization. Division of Mental Health, WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness Psychosocial Rehabilitation a Consensus Statement, WHO, Geneva:1996.

35. World Health Organization. Division of Mental Health, WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness Psychosocial Rehabilitation a Consensus Statement, WHO, Geneva:1996.

36. World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope , 2001

37. Zahid M. A., Ohaeri J. U., Al-Zayed A. A. Factors associated with hospital service satisfaction in a sample of Arab subjects with schizophrenia. BMC Health Serv Res 2010;10:294

ƏLAVƏLƏR

ANKET

Adı:

Soyadı:

Yaş:	Sosial vəziyyət:	Ailə vəziyyəti:
Cins: 0 qadın 1 kişi	0 bilinmir 1 məktəbli, tələbə 2 işləyir	0 bilinmir 1 subay 2 evli
Xəstəliyin diaqnozu:	3 əlil 4 evdar	3 boşanmış 4 dul
Xəstəliyin başlanma yaşı:	5 işsiz 6 başqa	
Xəstəliyin davamlılığı:	Suisidal cəhd 1 mövcuddur 2 mövcud deyil	
Yardım: 0 Psixosial rehabilitasiya	Hospitallaşdırma sayı:	
1 TAU (therapy asusual)	Xəstəxanada qalma müddəti:	
	Epizodların sayı:	

Həyati bacarıqların profili (LSP-16)

Şkalalar	Bölmələr	Balla
A. Sosial izolyasiya		0-12
1. Ünsiyyət zamanı çətinliklər	0-3	
2. Sosial əlaqələrdən kənar qalma	0-3	
3. İsti, yaxınlıq hisslərini göstərmək	0-3	
B. Özünəqulluq		0-15
4. Xarici görünüş	0-3	
5. Geyimin təmizliyi, səliqəliliyi	0-3	
6. Sağlamlığa laqeydlik	0-3	
C. Əməkdaşlıq		0-9
10. Dərmanlarının qəbuluna riayət etmək	0-3	
11. Təyin edilən malicəni qəbul etməyə razılıq	0-3	
D. Antisosiallıq		0-12
7. Aqresssiya	0-3	
13. Ətrafındakılarla problemlər	0-3	
14. Yolverilməz davranış	0-3	
E. Ümumi bal	0-48	

İstifadə olunmuş qısaldılmış mürəkkəb sözlər və ya abreveturalar

BAP- Bipolyar Affektiv Pozuntu

CBT- Cognitive Behavioral Teraphy

CSS-Community Support System

DALY- Disability-adjusted life year

DSM-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GAF- Global Assessment of Functioning

HoNOS- Health of the Nation Outcome

XBT-Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı

İSRT- İnterpersonal və Sosial Ritm Terapiyası

İPT-İnterpesonal Terapiya

KDT- Koqnitiv Davranış terapiyası

LSP- Life Skills Profile

PSM- Psixi Sağlamlıq Mərkəzi

RX- Ruhi Xəstəxana

SN- Səhiyyə Nazirliyi

SOFAS- Social and Occupational Functioning Assessment Scale

UK- United Kingdom

ÜST- Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı